



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**L'ACCOGLIMENTO
DEL BAMBINO STRANIERO IN OSPEDALE:
DIFFICOLTÀ ED OPPORTUNITÀ
DI MIGLIORAMENTO.
REVISIONE DELLA LETTERATURA.**

Relatore: Dott. Celon Nicola

Laureanda: Cestaro Lucia

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

Corso di Laurea in Infermieristica sede di Rovigo

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 – QUADRO GENERALE	3
1.1 Bambini immigrati e salute	3
1.2 L'ospedalizzazione in età pediatrica	5
1.3 L'accoglimento in ospedale	8
CAPITOLO 2 – IMPIANTO DELLA RICERCA	11
2.1 Materiali e metodi	11
2.2 Risultati	14
2.2.1 Difficoltà del bambino immigrato	14
2.2.2 Difficoltà della famiglia del bambino immigrato	15
2.2.3 Difficoltà degli operatori sanitari	15
2.3 Discussione	15
CONCLUSIONE	21
BIBLIOGRAFIA	23

ABSTRACT

Introduzione. Il ricovero di un bambino in ospedale rappresenta, per lui e per i suoi genitori un momento estremamente delicato, spesso doloroso e difficile da affrontare. E' estremamente importante creare fin dal primo momento una relazione di fiducia attraverso l'ascolto, l'osservazione e la comunicazione valorizzando la storia culturale dell'altro. Tutto questo può risultare maggiormente difficile quando si hanno di fronte bambini stranieri e famiglie con aspettative e esigenze culturali differenti.

Scopo della ricerca. La revisione della letteratura aveva lo scopo di approfondire l'accoglimento del bambino straniero in ospedale, comprendendo quali sono le difficoltà che il bambino e la sua famiglia incontrano e come l'operatore sanitario può aiutarli in questa delicata fase.

Materiali e metodi. La ricerca di letteratura è stata condotta mediante la consultazione attraverso Internet di articoli presenti nella banca dati PubMed. La ricerca ha prodotto 48 risultati in totale e tra questi sono stati selezionati 25 articoli scientifici. Per completare la ricerca sono stati utilizzati testi di infermieristica pediatrica e nursing transculturale.

Risultati. Gli articoli selezionati sono stati suddivisi in tre argomenti principali: difficoltà vissute dal bambino immigrato nella fase di accoglimento, difficoltà della famiglia del bambino immigrato e difficoltà degli operatori sanitari nell'accoglimento ospedaliero.

Conclusioni. La ricerca effettuata fa emergere come la comunicazione venga vissuta come un aspetto problematico da parte sia del bambino straniero e della sua famiglia, sia dell'operatore sanitario che si trova ad accoglierli. Per promuovere una cultura dell'accoglienza risulta importante fare attenzione agli stili comunicativi magari attraverso l'adozione di specifiche strategie e strumenti, alle reazioni emotive nell'incontro con la diversità e alle credenze e stereotipi nei confronti dell'utenza straniera. Emerge una forte necessità da parte dei professionisti sanitari di avere un'adeguata formazione e idonee indicazioni e linee guida per migliorare l'identificazione dei bisogni ed essere maggiormente efficaci negli interventi di accoglimento del bambino straniero.

INTRODUZIONE

L'aumento della complessità sociale per la presenza di persone appartenenti a diverse culture ed etnie ha evidenziato la necessità di una nuova coscienza culturale da parte della professione infermieristica con lo scopo di essere d'aiuto a chi parla un linguaggio ed esprime bisogni vissuti diversamente. Il numero crescente di immigrati e di persone provenienti da altre culture impone alla professione infermieristica l'acquisizione di nuove competenze, adeguate alle aspettative e alle esigenze culturali di ogni assistito. La svolta verso la multiculturalità, alimentata dai flussi migratori verso l'Italia, viene però vissuta come un problema, a volte addirittura come un'insidia o un pericolo. Potrebbe invece essere uno stimolo positivo riconoscendo le diversità nell'ottica di accettare questi mutamenti come opportunità anziché come ostacoli. In Italia il concetto di società multiculturale risulta ancora nuovo ed inesplorato, se non addirittura contrastato da atteggiamenti ed ideologie. Sono pertanto pochi gli studi ed i lavori di ricerca effettuati in questo ambito.

Si è quindi deciso di dar vita a questo elaborato di tesi, che attraverso una revisione bibliografica, vuole approfondire la prima fase del processo di ospedalizzazione del bambino immigrato: l'accoglimento.

La parola *accoglienza* deriva dal latino *colligere* e significa accogliere presso di sé, quindi ricevere uno con dimostrazione di affetto. Accettare, approvare, acconsentire (Vocabolario etimologico della lingua italiana di Ottorino Pamigiani). In ambito sanitario l'accoglienza viene interpretata da un punto di vista un po' diverso, sicuramente meno empatico, ma ne mantiene comunque il significato primo e più profondo e rimane in ogni caso il primo passo per una buona presa in carico del paziente influenzando tutto il processo terapeutico. Il ricovero di un bambino in ospedale rappresenta, per lui e per i suoi genitori un momento estremamente delicato, spesso doloroso e difficile da affrontare. E' estremamente importante creare fin dal primo momento una relazione di fiducia attraverso l'ascolto, l'osservazione e la comunicazione valorizzando la storia culturale dell'altro. Tutto questo può risultare maggiormente difficile quando si hanno di fronte bambini stranieri e famiglie con aspettative e esigenze culturali differenti.

L'elaborato di tesi si suddivide in tre parti. Il primo capitolo presenta un quadro generale sullo stato di salute dei bambini immigrati in Italia, descrive le necessità e i bisogni del

bambino ospedalizzato, per poi soffermarsi sugli aspetti principali dell'accoglimento in ambito ospedaliero. Nel secondo capitolo è esposta la metodologia utilizzata per la ricerca di letteratura, viene riportata una tabella riassuntiva con le stringhe utilizzate, i limiti imposti, il numero di articoli ottenuti e il titolo di quelli selezionati. Successivamente sono esposti e discussi i risultati ottenuti. Infine nelle conclusioni sono stati ripresi brevemente i risultati, mettendo in luce alcuni suggerimenti per la pratica quotidiana.

CAPITOLO 1 – QUADRO GENERALE

1.1 Bambini immigrati e salute

Il fenomeno dell'immigrazione in Italia è stato, da sempre, eterogeneo e in evoluzione. Negli ultimi vent'anni si è verificato, nell'ambito dei flussi migratori nel nostro Paese, un graduale cambiamento dei numeri e della provenienza delle persone immigrate sia nella popolazione adulta che in quella pediatrica.

In questo scenario dominato da crescenti flussi migratori è quanto mai necessario fornire agli operatori socio-sanitari e ai mediatori linguistico/culturali, strumenti di intervento volti ad assicurare una risposta efficace al bisogno di tutela della salute della persona straniera.

L'arrivo in numero sempre maggiore di bambini e famiglie da contesti geo-politici dissimili e con modalità di viaggio differenti rispetto ai precedenti flussi migratori, ha fatto nascere l'esigenza di ricercare e conoscere adeguate modalità di accoglienza del piccolo paziente all'interno dell'ambiente ospedaliero. Il fine ultimo dell'accogliere è la presa in carico nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale italiano e l'accesso a percorsi di cura dedicati in un'ottica di inclusione ed equità nella fornitura di servizi.

Secondo il 15° censimento generale della popolazione italiana, la popolazione straniera residente in Italia è triplicata da poco più di un milione e 300 mila persone nel 2001 a oltre 4 milioni nel 2011, crescita che ha riguardato tutte le regioni.

Diviene necessario quindi investigare quali possano essere le prassi più adeguate ed i saperi della cura da utilizzare con persone che possiedono eterogenei codici socio-culturali riguardanti la malattia, la famiglia, i ruoli di genere e i rapporti intergenerazionali.

Ad inizio 2014 si registrano in Italia 60.782.668 abitanti, di cui 4.922.085 stranieri e che rappresentano l'8,1% della popolazione italiana totale. Al primo gennaio 2014 il totale dei permessi di soggiorno rilasciati ammonta a 3.847.726. Considerando i motivi dei permessi di soggiorno si conferma la prevalenza dei motivi di lavoro e di famiglia.

Va sottolineato inoltre che il terzo motivo per importanza è quello legato alla richiesta di asilo e di protezione umanitaria che rispetto ai precedenti anni è aumentato.

La disaggregazione per classi di età del totale dei permessi di soggiorno rilasciati permette di notare che l'immigrazione italiana si mostra prevalentemente giovane. Il

23,9% riguarda infatti soggetti di età fino ai 17 anni, tenendo presente anche i soggetti minori non accompagnati. Volgendo lo sguardo alla regione Veneto dei 514.592 stranieri residenti i minori in età scolare sono 92.924 di cui la maggior parte (37.4%) alunni della scuola primaria (XXIV Rapporto immigrazione 2014).

Guardando alle collettività presenti ad inizio 2014 si conferma la prevalenza della nazionalità romena (22%) ed in ordine decrescente vi è quella albanese (10,1%) seguita da quella marocchina (9,2%). Entrando nel dettaglio delle presenze territoriali si concentrano in prevalenza nelle seguenti regioni: Lombardia, Lazio, Emilia Romagna e Veneto (XXIV Rapporto immigrazione 2014).

Per quanto riguarda la popolazione straniera in età pediatrica all'ultimo censimento svoltosi nel 2011 i minori censiti sono risultati essere 940.489 e le dieci nazionalità prevalenti sono: Romena, Albanese, Marocchina, Cinese, Ucraina, Moldava Filippina, Indiana, Peruviana, Polacca.

In riferimento allo stato di salute la maggior parte di coloro che giungono in Italia è fondamentalmente in buona salute. Si osserva infatti il cosiddetto "effetto migrante sano", una forma di autoselezione all'origine, in base a cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. Una volta nel nostro Paese, però, gli immigrati vedono progressivamente il loro stato di salute impoverirsi, poiché esposti a molti fattori di rischio legati a condizioni di vita generalmente precarie.

È utile tenere presente anche il fatto che per il cittadino straniero la malattia non andrà ad interferire solamente con i ritmi di vita quotidiani ma anche con il progetto migratorio in sé. Questo può implicare quindi un mancato riconoscimento della malattia portando a rinviarla nel tempo (Bertolini, Bombardi, & Manfredini, 2009).

Nel 2011-2012 l'Istat ha condotto una rilevazione statistica sulla "Condizione ed Integrazione sociale dei cittadini stranieri" attraverso la quale sono state rilevate informazioni su numerosi aspetti della vita e del processo di integrazione dei cittadini stranieri in Italia. L'indagine è stata supportata con l'interesse e il contributo finanziario di varie Istituzioni, tra le quali il Ministero della Salute che ha finanziato l'inserimento, nel modello di rilevazione, di un modulo specifico dedicato ad approfondire le condizioni di salute, l'utilizzo e l'accessibilità ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri.

Tra i cittadini stranieri prevale una percezione positiva del proprio stato di salute, più che tra gli italiani. Per l'87,5% le proprie condizioni di salute sono buone o molto buone a fronte dell'83,5% degli italiani. Le patologie più diffuse sono quelle dell'apparato

respiratorio (65,4 stranieri ogni mille). Seguono le malattie dell'apparato digerente e dei denti (20,2 per mille), quelle del sistema nervoso (19,8) - con prevalenza nelle donne - e quelle del sistema osteomuscolare (15,5).

Il 23,2% degli stranieri di 14 anni e più consuma abitualmente tabacco, contro il 25,8% degli italiani. Come nel caso degli italiani, l'abitudine è più diffusa tra gli uomini che non tra le donne. In assenza di disturbi o sintomi vanno dal medico il 57,5% degli stranieri, per la maggior parte donne e i giovani sotto i 14 anni. Si rivolgono al pronto soccorso soprattutto tunisini e marocchini ed invece al consultorio soprattutto le donne tra i 25 e i 34 anni (XXIV Rapporto immigrazione 2014).

1.2 L'ospedalizzazione in età pediatrica

Il contatto con l'ambiente ospedaliero e con tutto ciò che ne consegue è per il bambino un evento traumatico e fortemente stressante che va ad interrompere la continuità della vita quotidiana. La malattia e l'ospedalizzazione possono portare il bambino ad essere disorientato ed insicuro. Questa condizione influenza e va ad interagire con diversi ambiti della persona in interesse: la sfera cognitiva, affettiva/emozionale, della corporeità, relazionale e dell'identità sociale.

Le relazioni interpersonali a cui il bambino era abituato cambiano in modo improvviso, il vissuto dell'abbandono si fa più presente e tutti questi cambiamenti portano a un senso di instabilità emotiva e di confusione.

L'isolamento dall'ambiente d'origine, insieme alla depersonalizzazione che spesso l'istituzione sanitaria comporta, può causare una perdita di autostima nel bambino e metterne a rischio la costruzione dell'identità.

Le risposte dei bambini all'ospedalizzazione si dividono in due categorie: reazioni attive e reazioni passive (Capurso, 2001).

Tra le reazioni attive abbiamo:

- Piangere, gridare
- Opporsi alle terapie e alle medicazioni
- Aggrapparsi ai genitori
- Atteggiamenti auto lesivi
- Aggredire cose o persone
- Litigare

Tra le reazioni passive abbiamo:

- Dormire eccessivamente
- Diminuzione della comunicazione, del gioco e dell'appetito
- Diminuzione generale dell'interesse
- Guardare in modo eccessivo la televisione

Mentre le reazioni attive del bambino preoccupano operatori sanitari e genitori, quelle passive vengono maggiormente tollerate e giustificate, non pensando a come queste reazioni possano portare a stati di passività, a una involuzione dello sviluppo fisico e intellettuale del bambino (Capurso, 2001).

Lo stress del bambino per l'ospedalizzazione viene aumentato quando ci sono la scarsa conoscenza e familiarità con l'ospedale e le procedure terapeutiche, quando è necessaria la separazione con i genitori e i fratelli, quando non ci sono spazi dedicati. Anche l'età svolge un ruolo importante nel livello di stress. Ad esempio i bambini in età scolare hanno una struttura mentale che consente di vivere brevi separazioni dai genitori senza eccessive ansie e paure mentre soffrono facilmente la separazione da amici e compagni. Gli adolescenti invece assume atteggiamenti oscillanti: a volte appare indifeso e fragile, a volte oppone resistenza alle cure (Petrillo, 1993).

Diviene necessario pensare ed attuare un'ospedalizzazione a misura di bambino e quindi rispondere ai suoi bisogni predisponendo spazi e luoghi cercando di mantenere per quanto possibile un collegamento con le attività di vita quotidiane.

Il ruolo dell'infermiere sembra essere quello di colui destinato ad armonizzare evidencebased nursing ed umanizzazione della cura per ottenere un risultato assistenziale di alta qualità e soddisfazione per il paziente e la famiglia. Nello svolgere la propria attività deve privilegiare la disponibilità personale, il rispetto dell'autonomia e della libertà dell'ammalato, la capacità di integrarsi con il paziente e la collaborazione con altri professionisti della salute.

Per fare questo, un passaggio necessario è valorizzare l'incontro empatico non solo con il piccolo paziente ma anche con la sua famiglia. Quindi, relazionarsi con l'abilità di vedere il mondo con gli occhi dell'altro mettendo da parte i propri valori e le proprie concezioni e rimanendo integri, ben saldi e consapevoli del proprio ruolo. L'ospedalizzazione può portare il bambino ad essere spaesato ed insicuro in un ambiente ad egli estraneo, ma questa modalità di approccio basata sull'empatia permette l'instaurarsi di un sentimento di fiducia e facilita il rapporto con il paziente che non si sentirà solo.

Nella comunicazione con il bambino l'obiettivo è quello di comprendere i sentimenti e le

emozioni che esprime e quindi rispondervi in maniera efficace. Far sì che il bambino si senta a suo agio gli permetterà di esprimere il proprio pensiero riguardo la situazione in cui si trova ad essere.

Aspetti fondamentali nella comunicazione sono l'ascolto attivo, il linguaggio non verbale, la creazione di un ambiente idoneo, con un'attenzione particolare al rispetto della privacy. Per ascolto attivo si intende un approccio centrato sulla persona che permette innanzitutto al paziente di liberare i propri sentimenti ed emozioni ad una persona pur sempre estranea; inoltre gli consentirà di sentirsi preso in carico e partecipe nel percorso di cura.

Nello stesso tempo bisogna prestare attenzione all'aspetto non verbale del processo comunicativo, molte volte infatti è proprio dal linguaggio del corpo che si percepiscono informazioni sullo stato d'animo e sulle emozioni del bambino che si ha di fronte.

L'ultimo aspetto da considerare con attenzione è la creazione di un ambiente idoneo a mettere il più possibile a proprio agio il piccolo paziente. Si cercherà quindi di avere un ambiente in cui non ci siano confusione, viavai di persone, rumori forti ecc. Tutto questo contribuirà ad ottenere anche, cosa sempre molto importante, un luogo che consenta il rispetto della privacy e l'instaurarsi di un clima confidenziale e di fiducia.

Per ogni paziente è indispensabile creare un percorso di cura individuale e personalizzato, per arrivare a questo percorso è necessaria l'azione coordinata di un team multidisciplinare che combina esperienze e risorse ottimizzando i risultati.

Il lavoro in équipe richiede una stretta integrazione tra personale medico ed infermieristico al fine di garantire buoni standard assistenziali. In questa attività integrata il ruolo dell'infermiere è quanto mai centrale: l'assistenza al bambino richiede, oltre alle capacità professionali, doti umane particolari che permettano di entrare in sintonia con lui.

Lavorare in équipe è importante per:

- permettere la presa in carico globale della persona;
- facilitare la definizione del percorso e delle priorità;
- facilitare l'individuazione dei momenti critici;
- favorire la compliance;
- permettere all'operatore una migliore gestione delle proprie emozioni legate all'attività assistenziale;
- applicare modalità di lavoro e regole condivise.

In ogni caso però, ciascuna professionalità si muove sulla base della propria competenza e

nel rispetto dell'autonomia delle singole discipline.

1.3 L'accoglimento in ospedale

L'accoglimento, nel caso specifico in ambito ospedaliero, influenza tutto il successivo percorso di assistenza e cura ed è il presupposto fondamentale alla realizzazione di una relazione di fiducia tra utente ed operatore. Accogliere significa ricevere presso di sé, accettare, contenere, mettere temporaneamente a disposizione. Implica un atteggiamento cortese rivolto a far sentire l'ospite a proprio agio, implica la possibilità di alloggiare in un luogo diverso dalla propria casa, come accade durante l'ospedalizzazione. In ambito pediatrico accogliere in ospedale significa prendere in carico il bambino e la sua famiglia con competenza e professionalità (Bertolini et al., 2009).

In questa prima fase di approccio con l'utenza si intraprende la raccolta dati che servirà per poi orientarsi nella pianificazione del percorso di cura.

È proprio in questo momento di accoglienza che si inizia ad instaurare e creare un rapporto di fiducia e collaborazione con il piccolo utente e la famiglia e questa fiducia sarà fondamentale per l'adesione al progetto assistenziale nel suo insieme.

Per instaurare una relazione terapeutica funzionale che tenga conto della globalità e dell'unicità del piccolo paziente e della famiglia diviene necessario mostrare una "cultura dell'accoglienza".

Aspetti importanti da prendere in considerazione sono: (Bertolini et al., 2009)

- Dare la possibilità al bambino di esprimere la propria paura e spiegare che provare questo sentimento è normale trovandosi in un ambiente estraneo.
- Garantire un'atmosfera non minacciosa ma rassicurante predisponendo quindi un ambiente accogliente e sereno che possa riavvicinarsi il più possibile all'ambiente familiare con la presenza ad esempio di giocattoli nel reparto o giochi personali.
- Ad ogni intervento e nei momenti di informazione ed educazione, coinvolgere il bambino spiegandogli cosa si sta per andare a svolgere, con un linguaggio che sia il più adatto alla sua età di sviluppo
- Tenere nella giusta considerazione le eventuali credenze della famiglia circa lo stato della malattia provando a tenere conto anche dei rimedi proposti dalla tradizione culturale, considerando quindi le pratiche e le preferenze dettate dalla cultura del paziente straniero. Riconoscere ed accettare valori, credenze ed anche, dove presenti, le pratiche religiose.

- Identificare le risorse della famiglia e metterle in evidenza.
- Valutare le reazioni del bambino al ricovero.
- Valutare la composizione e le dinamiche del nucleo familiare, le modalità, ad esso interne, di comunicazione, di consolazione, incoraggiamento. L'espressione e l'utilizzo del linguaggio verbale e non verbale fra i genitori fra di loro e con il figlio.
- Comprendere e soppesare attentamente l'esperienza dolorosa del piccolo paziente utilizzando una scala di valutazione idonea per l'età di sviluppo. E' inoltre necessario individuare e promuovere comportamenti atti a far fronte all'esperienza del dolore causata, ad esempio, da manovre invasive. Utilizzare, a questo scopo, ad esempio il contatto fisico e la distrazione.
- Valutare e quantificare il livello di comprensione da parte dei genitori riguardo lo stato di malattia del proprio figlio, avendo cura particolare nel capire, ed eventualmente rassicurare, le loro preoccupazioni circa il ricovero del piccolo.
- Valorizzare l'importanza del ruolo genitoriale.

Intervistando i bambini riguardo ai momenti di maggiore tensione e paura vissuti durante la loro permanenza in ospedale, questi hanno chiaramente indicato due momenti principali: la fase della accettazione e lo svolgimento di procedure invasive da parte del personale.

Per quanto riguarda le procedure invasive, che sono comunque chiaramente individuabili come un momento critico da affrontare, gli infermieri hanno sviluppato svariate strategie come la distrazione e la rassicurazione (fisica e verbale).

Caso diverso invece è la paura vissuta durante il momento dell'accoglienza, si tratta di un aspetto meno evidente e per questo più insidioso da affrontare proprio perché di difficile individuazione e non ci sono strategie stabilite o linee guida studiate per ridurre questo disagio. (Schmidt et al., 2007)

Molto più facile è infatti capire che, ad esempio, la vista di una siringa incute timore, meno facile è comprendere che altrettanto timore lo può incutere un infermiere che si ponga con modi non adeguati alla situazione del piccolo paziente.

Molti bambini al loro ingresso nella struttura ospedaliera non sono consapevoli del ruolo dell'infermiere e, nel contempo, molti infermieri non si prendono il tempo necessario per far comprendere ai bambini chi sono loro e quale ruolo hanno.

E' confortante per il bambino sapere che qualcuno sarà sempre lì disponibile per badare a lui e prendersene cura.

Occorre inoltre mettere i professionisti della salute nelle condizioni di accogliere il giovane utente in maniera efficace e con modalità culturalmente sensibili: ecco un obiettivo che può essere raggiunto attraverso l'implementazione di una formazione per gli operatori in tema di transcultura, stili comunicativi e mediazione rendendo così il professionista più sensibile, preparato e sicuro nell'accoglimento della persona straniera.

CAPITOLO 2 – IMPIANTO DELLA RICERCA

2.1 Materiali e metodi

La ricerca bibliografica è stata riferita all'accoglienza del bambino straniero in ospedale, quale primo momento di contatto tra il bambino straniero, la famiglia e gli operatori sanitari.

L'analisi è stata effettuata nella banca dati PubMed, con parole chiave libere e termini MeSH, legate dall'operatore booleano "AND", nel periodo Giugno e Luglio 2015. I risultati della ricerca sono riassunti nella Tabella 1.

Parole Chiave	Limiti	Risultati	Risultati Selezionati	Titoli Articoli Selezionati
care experience AND admission	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	50	2	- Family orientation to a pediatric burn ICU hospital using a DVD. - Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards.
care experience AND hospitalization	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	124	1	- Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care.
pediatric care AND hospital admission	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	70	2	- Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland. - Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors.
hospitalized foreign child	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	3	1	Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: a review of the literature.
hospital admitting	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	10	1	- Admitting and caring for migrant children and their parents.

"Pediatric Nursing"[Mesh] AND hospital admission	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	40	3	-Pediatric nurse in a specialized admission unit for the high-risk child. -Setting up pre-admission visits for children undergoing day surgery: a practice development initiative. -Admitting the adolescent in consultation.
"Hospitalization"[Mesh] AND admission AND experience	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	21	1	-Building the future: children's views on nurses and hospital care.
"Hospitalization"[Mesh] AND child experience	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	46	2	-Children's experiences as hospital in-patients: voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. - Children's experiences of acute hospitalisation to a paediatric emergency and assessment unit-a qualitative study.
"Hospitalization"[Mesh] AND foreign child	- 10 years - Humans - Nursing Journals - Child	3	/	/
"Nursing"[Mesh] AND "Child"[Mesh] AND "Cultural Diversity"[Mesh]	- Humans - Nursing Journals - Child	84	9	- Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin- Primary Child Health Nurses' opinions. -Are there universal parenting concepts among culturally diverse families in an inner-city pediatric clinic? - Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a Child Transitional Communication Model. - The process of cultural competence in the delivery of healthcare

				<p>services: a model of care.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. - The way forward for transcultural nursing. - Bridging obstacles to transcultural caring relationships--tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. - The challenge of providing culturally competent services.
immigrant children AND hospitalization	<ul style="list-style-type: none"> - 10 years - Humans - Nursing Journals - Child 	3	/	/
"Cultural Diversity"[Mesh] AND hospital	<ul style="list-style-type: none"> - 10 years - Humans - Nursing Journals - Child 	19	1	- Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy.
"Pediatric Nursing"[Mesh] AND immigration	<ul style="list-style-type: none"> - 10 years - Humans - Nursing Journals - Child 	8	1	- Primary Child Health Care Nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents--a theoretical model.
"Pediatric Nursing"[Mesh] AND "Cultural Diversity"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - 10 years - Humans - Nursing Journals - Child 	20	/	/
"Pediatric Nursing"[Mesh] AND "Cultural Diversity"[Mesh] AND hospital	<ul style="list-style-type: none"> - 10 years - Humans - Nursing Journals - Child 	6	/	/
("Patient Acceptance of Health Care"[Mesh] AND "Child"[Mesh]) AND "Cultural Diversity"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - 10 years - Humans 	30	2	<ul style="list-style-type: none"> - Experiences of whānau/families when injured children are admitted to hospital: a multi-ethnic qualitative study from Aotearoa/New Zealand. - Seven essential strategies for promoting and sustaining systemic

				cultural competence.
--	--	--	--	----------------------

Tabella 1: Stringhe di ricerca e articoli selezionati

Combinando i risultati delle stringhe di ricerca, si sono ottenuti in totale di 537 articoli, per questi sono stati letti gli abstract, sulla base dei quali sono state escluse le fonti che solo marginalmente sono risultate pertinenti al tema oggetto di tesi.

Dei 48 articoli selezionati, sono stati acquisiti i full-text per 41 di essi. Per 7 fonti il testo integrale non è stato reperito, nemmeno a pagamento od attraverso il servizio di acquisizione della Biblioteca Pinali. Dopo lettura integrale dei 41 articoli acquisiti sono state ulteriormente escluse 16 fonti giudicate marginalmente pertinenti al tema specifico. La revisione della letteratura si è basata quindi su 25 articoli.

I criteri di selezione sono stati:

- Pertinenza al tema di studio: l'accoglienza del bambino straniero in ospedale quale primo momento di contatto per la presa in carico del paziente e della sua famiglia. Quali sono le difficoltà per il bambino? Quali sono le difficoltà per la famiglia? Quali sono le difficoltà per l'infermiere?;
- Tipologia di studio: priorità a studi descrittivi e qualitativi;
- Tipo di rivista: sono state privilegiate riviste di infermieristica ad ampia diffusione.

Per completare la ricerca, sono stati utilizzati testi di infermieristica pediatrica e nursing transculturale, al fine di ottenere un quadro completo del fenomeno da analizzare.

2.2 Risultati

Lo scopo della ricerca è stato quello di approfondire l'accoglimento del bambino straniero in ospedale, comprendendo quali possano essere le difficoltà che il bambino e la sua famiglia incontrano e come l'operatore sanitario può aiutarli in questa delicata fase.

Per questo motivo i risultati sono stati divisi in tre argomenti principali:

- Difficoltà del bambino nell'accoglimento
- Difficoltà della famiglia del bambino immigrato
- Difficoltà degli operatori sanitari nell'accoglimento

2.2.1 Difficoltà del bambino nell'accoglimento

Dalla ricerca emerge che 10 articoli su 25 trattano delle difficoltà del bambino straniero durante la fase di accoglimento. In particolare le difficoltà descritte riguardano: la paura e

il timore per il momento dell'ammissione in ospedale (Clift, Dampier, & Timmons, 2007; Jacquin & Warnier, 2008; Jensen, Jackson, Kolbaek, & Glasdam, 2012; Livesley & Long, 2013; Schmidt et al., 2007), le difficoltà nella comunicazione e il ruolo all'interno del processo comunicativo (Fletcher et al., 2011; Lambert, Glacken, & McCarron, 2008; Lambert, Glacken, & McCarron, 2011; O'Shea, Cummins, & Kelleher, 2010).

2.2.2 Difficoltà della famiglia del bambino immigrato

Tra gli studi selezionati 5 di questi si focalizzano sulle difficoltà della famiglia del bambino immigrato nell'accoglimento e successiva ospedalizzazione. Queste difficoltà riguardano esclusivamente le difficoltà comunicative: i genitori vogliono ottenere una chiara e corretta comprensione della condizione clinica del bambino (Foster, Whitehead, & Maybee, 2010; Lehna et al., 2011; O'Shea et al., 2010), ma spesso trovano numerose barriere linguistiche (Arlidge, Abel, Asiasiga, Milne, Crengle, & Ameratunga, 2009a; Arlidge, Abel, Asiasiga, Milne, Crengle, & Ameratunga, 2009b; McEvoy et al., 2005).

2.2.3 Difficoltà degli operatori sanitari nell'accoglimento

Dei 25 articoli selezionati, 12 si soffermano sulle problematiche incontrate dagli operatori. Risulta essere predominante una difficoltà di gestione del bambino straniero e della sua famiglia per difficoltà comunicative e per la carenza di una formazione specifica che si occupi di nursing transculturale (Berlin, Hylander, & Tornkvist, 2008; Betz, 2008; Campinha-Bacote, 2002; Foster et al., 2010; Price & Cortis, 2000), la richiesta di Linee Guida da parte per personale (Berlin, Johansson, & Tornkvist, 2006) e l'importanza di fornire servizi culturalmente competenti (Festini et al., 2009; Gailliot, Guerriau, Serafini, & Perrin, 2006; Ygge, Lindholm, & Arnetz, 2006).

2.3 Discussione

La revisione della letteratura mira ad evidenziare le difficoltà nell'accoglimento del bambino straniero nella struttura sanitaria. È emerso come negli ultimi anni le tematiche legate a questo momento della vita ospedaliera si siano ampliate per numero di casi e rese articolate per la varietà sempre maggiore di etnie e culture con le quali ci si viene a confrontare. Infatti il variare continuo dei flussi migratori e dei fenomeni ad essi legati, costringe ad una continua revisione degli aspetti considerati.

L'aspetto comunicativo viene vissuto come un aspetto problematico da parte sia del

bambino straniero e della sua famiglia, sia dell'operatore sanitario che si trova ad accoglierli. La buona comunicazione tra il professionista della salute e i suoi pazienti è la premessa per essere ascoltati, riconosciuti e rispettati, ciò è fondamento per la garanzia di un servizio di cure perlomeno adeguato. Come evidenziato dalle ricerche effettuate la barriera linguistica è il primo vero ostacolo nella relazione con il paziente straniero e la sua famiglia (Arlidge, Abel, Asiasiga, Milne, Crengle, & Ameratunga, 2009; McEvoy et al., 2005).

Una buona comunicazione tra chi opera all'interno di strutture sanitarie ed i loro pazienti è una componente fondamentale per fornire un servizio di cure adeguato al bambino ed alla sua famiglia, si può dire che è la carta in più, lo strumento per passare da una assistenza sanitaria "quantitativa" ad una assistenza di qualità.

I bambini stranieri hanno a disposizione diverse modalità per esprimere differenze culturali: con il tipo di alimentazione, col gioco, mediante il modo di rapportarsi con gli altri e comunque durante il normale espletamento delle attività assistenziali. Infatti questi sono normalmente dotati di grandi capacità espressive, sanno essere insistenti in ciò che vogliono o di cui sentono il bisogno. In questo modo possono arrivare a mettere in forte evidenza eventuali carenze di competenze dei professionisti con i quali vengono in contatto. (Bertolini et al., 2009)

In uno studio etnografico svoltosi nel 2005 in Irlanda è stata analizzata la comunicazione tra il professionista sanitario e il bambino straniero in ambiente ospedaliero. I risultati hanno portato all'individuazione di due posizioni in cui il bambino si colloca nel processo comunicativo: una come soggetto passivo, l'altra come partecipante attivo. Queste due posizioni rappresentano le sue due estremità di visibilità ed indicano il grado in cui il paziente viene incluso od escluso. Tuttavia queste posizioni non devono essere viste l'una come totalmente inibitoria e l'altra totalmente sbloccante rispetto alla buona comunicazione. Il bambino tende generalmente a muoversi tra queste due posizioni oscillando fra esse privilegiando ora una, ora l'altra e ciò dipende dal contesto e dai suoi bisogni di ogni singolo momento. Gli operatori sanitari dovrebbero essere flessibili nelle loro interazioni e riconoscere le necessità del bambino ma nello stesso tempo dare importanza e rilievo alla responsabilità dei genitori sia come principali guardiani del piccolo ma anche come portatori di culture diverse. (Lambert et al., 2011)

In alcuni particolari momenti i bambini sono contenti di essere soggetti passivi e essere messi in ombra dai genitori. Non tutti i bambini vogliono conoscere tutto riguardo alla loro

situazione e sono contenti quando la comunicazione, in alcune occasioni, è diretta a mamma e papà. Si evidenzia quindi la necessità per gli operatori sanitari di abbracciare l'individualismo di ogni bambino in riferimento alle sue specifiche esigenze di comunicazione. L'operatore deve anche capire se questo suo "nascondersi" all'ombra dei genitori è dovuto a ragioni di tipo culturale, religioso o di tradizioni.

Oltre all'ammissione nell'ambiente estraneo dell'ospedale ed allo svolgersi di procedure invasive, anche il distacco dai genitori e dall'ambiente familiare può essere un momento traumatico per il bambino. Nonostante questo, ci sono anche bambini che, nel periodo del ricovero, assumono una posizione da "leader" nella comunicazione, altrimenti definita "prima linea". Sono loro stessi che comunicano direttamente con i professionisti della salute, o comunque lo fanno in simultaneità con i genitori senza lasciare solamente a loro il compito di interagire con gli interlocutori che hanno di fronte.

In questo caso, l'operatore ha il compito di cercare di comprendere la visione del paziente riguardo all'evento traumatico ad esempio incaricandolo di raccontare quanto successo, magari inserendo, ove possibile, anche momenti di distensione e umorismo. Deve anche capire però se in qualche modo il suo operato in questo senso possa urtare e creare rigidità nel rapportarsi con etnie diverse. Una condotta di questo tipo può portare il bambino a sentirsi considerato e rispettato, questo avviene proprio attraverso questo processo di "inclusione", di partecipazione attiva. (Lambert et al., 2008)

Altra speciale attenzione deve essere rivolta alla paura che il momento dell'accoglimento può portare al bambino. L'abitudine a lavorare quotidianamente in un determinato ambiente può portare chi lavora in strutture ospedaliere a non coglierne più gli aspetti fonte di potenziale spavento. Chi opera in un pronto soccorso non fa più caso alla confusione, al via vai, alla presenza di attrezzi e strumenti di lavoro, a toni di voce alta, ad espressioni di dolore manifestate dai pazienti: tutto ciò fa parte della routine. Invece per il bambino che arriva per la prima volta tutti questi ed altri elementi sono fonte di tensione se non proprio di paura. Riportare l'attenzione al bambino e a prendersi cura delle sue tensioni magari con un atteggiamento calmo, tranquillizzante, sorridente, può essere un primo valido strumento per un buon accoglimento (Schmidt et al., 2007).

Ovviamente quanto detto più sopra va considerato e attuato, in modalità chiaramente diverse, anche per gli altri componenti della famiglia. Non va sottovalutato infatti il fatto che la tranquillità dei genitori si riverbera positivamente sul piccolo paziente. E' opportuno quindi approfondire ora quanto sia importante riuscire a farsi carico di tutta la famiglia

quando avviene il ricovero di un bambino straniero, attuando strategie di dialogo e interazione il più chiare possibile.

Le famiglie indicano il bisogno di capire gli interventi clinici che vengono intrapresi per il proprio bambino e i possibili impatti della malattia per il figlio sia a breve che a lungo termine. Questo passaggio di informazioni, in particolare negli accessi al pronto soccorso, viene però spesso a mancare e i genitori si sentono frustrati per la loro inability di accedere alle informazioni di cui hanno bisogno (Arlidge, Abel, Asiasiga, Milne, Crengle, & Ameratunga, 2009). Fornire informazioni scritte tradotte nelle lingue con cui si è principalmente in contatto, con l'aggiunta di immagini e simboli, può essere un primo passo per sopperire alla giustificata necessità di avere informazioni riguardo la propria salute e a quella dei propri cari. Anche l'utilizzo di interpreti dovrebbe essere uno strumento a disposizione dei professionisti sanitari, è opportuno infatti non avvalersi dei parenti come interpreti, questi infatti possono non comprendere alcune parole o essere fuorvianti. L'incapacità degli operatori sanitari nel comunicare con il paziente può contribuire al verificarsi di errori, incomprensioni riguardo la malattia e al come gestirla, poca aderenza medica e, una volta dimessi i pazienti, ad accidentali sovradosaggi di medicinali e farmaci. Il supporto degli interpreti risulta poco utilizzato ed anche la stessa formazione degli infermieri comprende uno sviluppo ridotto e sporadiche attenzioni al "transcultural nursing". Viene a mancare così un background culturale e questo può portare a chi opera nei reparti, anche a sentimenti di impotenza e frustrazione per la mancanza di comprensione. (Festini, Focardi, Bisogni, Mannini, & Neri, 2009). L'uso di innovative tecnologie, divenute ormai d'uso comune come tablet, touch screen per la fruizione di video / audio può risultare un valido aiuto. A questo proposito, in uno studio americano del 2011, viene descritto l'utilizzo di un dvd, tradotto in più lingue, realizzato per orientare i genitori all'interno dell'ambiente ospedaliero, dei locali utilizzabili, i punti in cui si possono richiedere informazioni, gli orari ed altro. Questo semplice strumento ha generato soddisfazione ed efficienza negli utenti (Lehna et al., 2011).

Un altro aspetto che si può ritenere interno alla comunicazione non verbale è il "tocco curativo" utilizzato generalmente con intenzione di dare conforto e per connettersi con il piccolo paziente o i suoi familiari. Il "tocco curativo" può essere maggiormente utile in ambito pediatrico, dove il contatto con il bambino risulta possedere particolare efficacia. Bisogna stare attenti però nell'utilizzare questa particolare modalità comunicativa in

quanto, quando si è in relazione con culture altre, il tocco può essere frainteso e sentito come offensivo in quanto vi sono codici culturali differenti. Come si evince dall'articolo svedese del 2008 di Pernilla Pergert è necessario essere cauti nell'usare questa tecnica, ad esempio, con i soggetti di cultura musulmana, per i quali non è indicato toccare pazienti del sesso opposto. Usare questo strumento in maniera incongruente inficia la possibilità di fornire cure nel rispetto della persona e della sua dignità (Pergert, Ekblad, Enskar, & Bjork, 2008).

La lingua è sia uno strumento di comunicazione sia uno strumento culturale ed il modo in cui i professionisti sanitari danno informazioni non sempre è il più efficace. Emerge, ad esempio, da uno studio neozelandese del 2008 che molte famiglie di etnia Maori e Pakeha dichiarano di sentirsi frustrate dall'incapacità di accedere alle informazioni atte a soddisfare le loro esigenze. In questo caso, per i soggetti per cui l'inglese era la seconda lingua, il materiale scritto (es: opuscoli) non era per loro chiaramente comprensibile come l'inglese parlato. Allo stesso tempo hanno avuto difficoltà a porre domande allo staff in quanto sempre occupato, veniva così a mancare la comunicazione di tipo orale che era a loro più congeniale. (Arlidge, Abel, Asiasiga, Milne, Crengle, & Ameratunga, 2009b).

Va aggiunto inoltre che alla difficoltà nella buona comunicazione e alla necessità di farsi carico della famiglia del malato nel suo insieme si aggiunge anche un'altra criticità: la carenza di una formazione specifica che fornisca competenze di tipo culturale.

Il tema della salute nei confronti dei migranti deve essere affrontato all'interno di un approccio più ampio che includa anche l'inserimento sociale, la formazione degli operatori diventa quindi un aspetto rilevante per un'efficace presa in carico dei migranti.

Sarebbe auspicabile inoltre, ma qui si esce dall'ambito strettamente sanitario, favorire l'integrazione mediante una sempre più necessaria informazione-mediazione verso gli stranieri stimolandone la comunicazione diretta alla società ospitante.

In Italia, che sta diventando una società multiculturale soltanto negli ultimi quindici/venti anni, il concetto di nursing transculturale è relativamente nuovo e i corsi di laurea danno una attenzione ad esso che andrebbe rafforzata (Festini et al., 2009).

Molti infermieri italiani hanno cura di pazienti stranieri con un supporto culturale solo parzialmente adeguato, questo fatto porta con sé il potenziale rischio di fornire prestazioni a loro volta inadeguate.

In uno studio esplorativo svoltosi in Italia a Firenze, sono state sottoposte al personale infermieristico pediatrico alcune domande riguardo alla presa in carico di pazienti stranieri.

L'analisi delle risposte ha evidenziato che il 78% degli intervistati ha riferito di aver sperimentato difficoltà nel fornire cure a pazienti e famiglie. Fra questi, il 51% ha avuto molti più problemi con determinate nazionalità rispetto ad altre. Riguardo a barriere linguistiche e comunicative, l'87% ha riscontrato situazioni in cui nessuno della famiglia parlava italiano, ciò assumeva particolare rilevanza all'atto delle dimissioni quando si trattava di dare istruzioni inerenti il proseguimento delle cure fra le mura domestiche. I mediatori culturali, principalmente volontari di associazioni no-profit, sono disponibili in tempo utile solo nel 66% dei casi. Fra gli aspetti segnalati più specificamente inerenti a differenze culturali fra infermieri e pazienti, emerge che circa il 50% degli intervistati incontra problemi nel fornire cure a causa del diverso concetto di igiene personale all'interno delle famiglie.

Per alcune culture l'igiene personale è importante e include determinate pratiche per portarla a compimento, per altre invece questo concetto risulta impostato su parametri diversi legati a condizioni ambientali differenti con minore disponibilità di acqua che viene impiegata quindi a scopo di sopravvivenza in senso stretto. Altre culture ancora, manifestano la sofferenza con la rinuncia al lavaggio di sé. (Bertolini et al., 2009; Festini et al., 2009).

Ancora di più quindi si rende evidente che il momento dell'accoglienza è il più importante e determinante per l'esito positivo di una presa in carico. Secondo Bertolini (2009) è necessario puntare alla promozione della cultura dell'accoglienza, ponendo particolare importanza a:

- stili comunicativi,
- propria reazione emotiva nell'incontro con la diversità,
- credenze e stereotipi nei confronti dell'utenza straniera (Bertolini et al., 2009)

È importante constatare la raggiunta consapevolezza, da parte degli operatori, della carenza di conoscenze sul ruolo che i fattori culturali giocano nell'ambito della salute fisica e mentale.

La revisione effettuata sottolinea una forte e riconosciuta necessità da parte dei professionisti sanitari di avere indicazioni, linee guida e un'organizzazione strutturale per migliorare l'identificazione dei bisogni ed essere maggiormente efficaci negli interventi (Berlin et al., 2006; Festini et al., 2009).

CONCLUSIONI

La revisione della letteratura aveva lo scopo di approfondire l'accoglimento del bambino straniero in ospedale, comprendendo quali sono le difficoltà che il bambino e la sua famiglia incontrano e come l'operatore sanitario può aiutarli in questa delicata fase.

L'indagine effettuata sottolinea l'esigenza di garantire un'assistenza culturalmente competente atta a superare gli ostacoli dovuti alle differenze, alle limitazioni di comunicazione del bambino straniero e di tutta la sua famiglia ed alla carente organizzazione ospedaliera. Fornisce un'importante panoramica di credenze, tradizioni e pratiche che famiglie di immigrati e rifugiati possono portare con loro nel nuovo Paese in cui risiederanno.

Più in generale emerge la necessità di conoscere e comprendere le specifiche credenze e le modalità di rapporto fra stranieri e procedure mediche, per far sì che dette procedure possano dare i migliori risultati utili per il bambino ed i suoi genitori. Questi aspetti devono però essere valutati all'interno di una cornice culturale, considerando che i risultati auspicati possono variare al variare della cultura di appartenenza con la quale si è chiamati ad interfacciarsi. Ovviamente, in una società sempre più multiculturale, questo processo diviene ancor di più una sfida ed un impegno.

Diversi sono gli spunti pratici a cui tale revisione porta.

E' evidente che le differenze culturali sottolineano l'importanza di una comunicazione chiara da porre in atto con le famiglie. Molti dei potenziali conflitti tra famiglia e personale medico partono da una lacuna in questo senso. Risultano essere state efficaci alcune particolari strategie per far fronte al problema dell'accoglimento del bambino straniero e della sua famiglia. Si evidenziano benefici nell'utilizzo di materiale di presentazione della struttura e del reparto ospitante su diversi supporti come ad esempio DVD, tablet ed opuscoli cartacei tradotti in più lingue (Delphin-Rittmon, Andres-Hyman, Flanagan, & Davidson, 2013; Lehna et al., 2011; O'Shea et al., 2010). Anche la formazione specifica per infermieri nel saper utilizzare efficacemente, ove necessario, il servizio offerto dagli interpreti è risultata una buona soluzione per fornire cure maggiormente adeguate. Si è dimostrato infatti che per gli infermieri che non ricevevano specifico addestramento, questa carenza influiva negativamente sulla qualità delle cure da loro erogate (Gerrish,

Chau, Sobowale, & Birks, 2004). Altro aspetto che riveste grande importanza è la chiarezza dei ruoli, che, mentre per l'utenza di nazionalità italiana può essere un dato di fatto chiaro e conosciuto, può non essere altrettanto chiara per uno straniero. Dare per scontata questa comprensione può essere un errore che genera tensioni ed equivoci. E' quindi compito dell'infermiere delineare in modo inequivocabile il proprio ruolo, spiegando, ad esempio, che non garantisce al paziente che non proverà dolore, ma che, nello stesso tempo, lui è lì per aiutare, sostenere e prendersi cura di lui.

Un limite riscontrato nella presente revisione è che la maggior parte degli studi presi in considerazione è stata condotta con campioni internazionali, molti dei quali si riferivano alla maggioranza della cultura straniera presente nel paese ospitante, esaminando quindi situazioni diverse da quella italiana. Inoltre gli articoli reperiti riguardanti ricerche o indagini svolte in Italia sono pochi, manca quindi una letteratura consistente sull'argomento, segno forse questo della mancanza di una vera presa di coscienza dell'esistenza ed influenza di questo aspetto della vita ospedaliera nel nostro paese. Per incrementare la comprensione del peso dei fattori culturali in ambito pediatrico vi è bisogno di maggiori ricerche sul campo.

Concludendo, abbiamo chiarito che l'incapacità di apprezzare e affrontare l'influenza della cultura di un determinato paziente sul trattamento, potrebbe influire negativamente sulla relazione paziente-operatori. Bambini e genitori stranieri, hanno identità diverse, interpretano il mondo in modi diversi, non sempre di facile comprensione da parte degli operatori. L'adozione di adeguate competenze è una tappa importante in quello che è il continuo processo evolutivo del sistema sanitario. Raggiungere questo obiettivo sarebbe una via per raggiungere equità nella cura che non significa solo eguali trattamenti per tutti, ma anzi cure tarate sui bisogni della singola famiglia e del singolo individuo, volgendo lo sguardo al substrato culturale di ognuno. Questo occhio di riguardo è fondamentale per sviluppare servizi di cura culturalmente competenti.

BIBLIOGRAFIA

- Arlidge, B., Abel, S., Asiasiga, L., Milne, S. L., Crengle, S., & Ameratunga, S. N. (2009a). Experiences of whanau/families when injured children are admitted to hospital: A multi-ethnic qualitative study from Aotearoa/New Zealand. *Ethnicity & Health, 14*(2), 169-183.
- Arlidge, B., Abel, S., Asiasiga, L., Milne, S. L., Crengle, S., & Ameratunga, S. N. (2009b). Experiences of whanau/families when injured children are admitted to hospital: A multi-ethnic qualitative study from Aotearoa/New Zealand. *Ethnicity & Health, 14*(2), 169-183.
- Berlin, A., Hylander, I., & Tornkvist, L. (2008). Primary child health care nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents--a theoretical model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*(1), 118-127.
- Berlin, A., Johansson, S. E., & Tornkvist, L. (2006). Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin--primary child health nurses' opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(2), 160-168.
- Bertolini, R., Bombardi, S., & Manfredini, M. (2009). *Assistenza infermieristica e ostetrica transculturale. teoria metodologia applicazioni*. Milano (Italy): Ulrico Hoepli Editore.
- Betz, C. L. (2008). The challenge of providing culturally competent services. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(6), 411-414.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society, 13*(3), 181-4; discussion 200-1.
- Capurso, M. (2001). *Gioco e studio in ospedale*. Trento, Ed. Erikson.
- Caritas e Migrantes (2015). *XXIV Rapporto Immigrazione 2014, Migranti attori di sviluppo*. Roma: IDOS.
- Clift, L., Dampier, S., & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care : For Professionals Working with Children in the Hospital and Community, 11*(3), 195-207.
- Delphin-Rittmon, M. E., Andres-Hyman, R., Flanagan, E. H., & Davidson, L. (2013). Seven essential strategies for promoting and sustaining systemic cultural competence. *The Psychiatric Quarterly, 84*(1), 53-64.
- 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 : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 41(2), 220-227.

- Fletcher, T., Glasper, A. E., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K., et al. (2011). Building the future: Children's views on nurses and hospital care. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 20(1), 39-45.*
- Foster, M., Whitehead, L., & Maybee, P. (2010). Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 47(9), 1184-1193.*
- Gailliot, C., Guerriau, C., Serafini, I., & Perrin, C. (2006). Pediatric nurse in a specialized admission unit for the high-risk child. [Puericultrice dans une cellule d'accueil specialise de l'enfance en danger] *Soins.Pediatrie, Puericulture, (232)(232), 40, 42-4.*
- Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A., & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: The use of interpreters in primary care nursing. *Health & Social Care in the Community, 12(5), 407-413.*
- Jacquín, P., & Warnier, E. (2008). Admitting the adolescent in consultation. [Accueillir l'adolescent en consultation] *Soins.Pediatrie, Puericulture, (243)(243), 41-44.*
- Jensen, C. S., Jackson, K., Kolbaek, R., & Glasdam, S. (2012). Children's experiences of acute hospitalisation to a paediatric emergency and assessment unit--a qualitative study. *Journal of Child Health Care : For Professionals Working with Children in the Hospital and Community, 16(3), 263-273.*
- Lambert, V., Glacken, M., & McCarron, M. (2008). 'Visible-ness': The nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the republic of ireland. *Journal of Clinical Nursing, 17(23), 3092-3102.*
- Lambert, V., Glacken, M., & McCarron, M. (2011). Communication between children and health professionals in a child hospital setting: A child transitional communication model. *Journal of Advanced Nursing, 67(3), 569-582.*
- Lehna, C., Rosenberg, L. E., Adler-Baugh, K., Epperson, K. M., Amrhein, C. A., & Agular, I. (2011). Family orientation to a pediatric burn ICU hospital using a DVD. *Pediatric Nursing, 37(4), 200-204.*
- Livesley, J., & Long, T. (2013). Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. messages for nursing from a critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies, 50(10), 1292-1303.*
- McEvoy, M., Lee, C., O'Neill, A., Groisman, A., Roberts-Butelman, K., Dinghra, K., et al. (2005). Are there universal parenting concepts among culturally diverse families in an inner-city pediatric clinic? *Journal of Pediatric Health Care : Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners, 19(3), 142-150.*

- O'Shea, M., Cummins, A., & Kelleher, A. (2010). Setting up pre-admission visits for children undergoing day surgery: A practice development initiative. *Journal of Perioperative Practice*, 20(6), 203-206.
- Pergert, P., Ekblad, S., Enskar, K., & Bjork, O. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships--tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 12(1), 35-43.
- Petrillo, M.(1993). *Assistenza psicologica al bambino ospedalizzato*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana
- Price, K. M., & Cortis, J. D. (2000). The way forward for transcultural nursing. *Nurse Education Today*, 20(3), 233-243.
- Schmidt, C., Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Chiappetta, M., & Sandrik, K. (2007). Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors. *MCN.the American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(6), 336-42; quiz 343-4.
- Ygge, B. M., Lindholm, C., & Arnetz, J. (2006). Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 534-542.