

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

“L’assistenza infermieristica alla persona con dolore oncologico terminale: un approccio culturalmente sensibile”

Relatore:

Prof.ssa Migotto Sandra

Laureando:

Boukhaita Nihal

(Matricola n 2049402)

Anno Accademico 2023/2024

ABSTRACT

PROBLEMA: In Italia, la popolazione straniera rappresenta una parte significativa della società, con circa 5 milioni di residenti, pari all'8,7% della popolazione totale, prevalentemente concentrati nel Centro-Nord.

In una società sempre più multiculturale, diventa indispensabile integrare principi di umanizzazione e competenza culturale nelle pratiche di assistenza infermieristica, in particolare nella gestione del dolore terminale. La comprensione e il rispetto delle diverse prospettive culturali sono fondamentali per garantire cure appropriate, rispettose delle specificità di ogni individuo, e per migliorare la qualità della vita dei pazienti durante il fine vita. (ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica, 2024)

OBIETTIVO: Indagare come le diverse interpretazioni culturali del dolore terminale influenzano l'approccio infermieristico e la comunicazione con i pazienti, identificando le barriere che impediscono un controllo efficace del dolore e le competenze culturali necessarie per fornire un'assistenza adeguata.

CAMPIONE: Pazienti con dolore terminale oncologico con background culturali differenti di età \geq 18 anni.

METODI E STRUMENTI: Sono stati consultati i seguenti database elettronici: PubMed, Cochrane, Medline, Cinahl, Google Scholar, EBN Guidelines, durante il mese di agosto 2024. Gli articoli inclusi sono stati pubblicati negli ultimi 10 anni.

RISULTATI: Sono stati presi in considerazione 10 articoli in quanto rispondevano ai criteri di inclusione prestabiliti. Tutti e 10 revisioni sistematiche della letteratura

DISCUSSIONE: I risultati hanno dimostrato che il dolore è un'esperienza umana universale che colpisce le persone in fase terminale. I meccanismi di percezione e risposta al dolore differiscono tra individui e sono influenzati da molteplici fattori biologici, psicologici e sociali interrelati. I background culturali ed etnici sembrano influenzare ulteriormente il modo in cui gli individui percepiscono, manifestano e gestiscono il dolore. Questo aspetto è spesso trascurato nella pratica clinica e la mancanza di conoscenza può portare a errori di valutazione e trattamento del dolore. Inoltre vi sono differenze nell'uso degli oppiacei tra pazienti di gruppi etnici diversi.

In un contesto multiculturale comprendere i pazienti in base alla loro cultura, ai loro valori, stili di vita, religione permette di gestire al meglio il dolore in fase delicata come quella terminale.

CONCLUSIONE: La letteratura scientifica conferma quanto in una società sempre più multiculturale, sia importante che i professionisti sanitari abbiano una buona conoscenza delle diversità etniche, culturali e religiose dei pazienti per offrire cure personalizzate e adeguate. Questo richiede una formazione più approfondita degli infermieri riguardo alle influenze culturali, per garantire una pratica professionale più inclusiva ed efficace. Sviluppare competenze culturali permette di entrare nell'ottica del paziente, sapendo dell'esistenza di barriere condizionate dal credo religioso, dalle tradizioni, dall'influenza della famiglia e dalle credenze sugli oppioidi. L'integrazione di competenze culturali e di umanizzazione dell'assistenza quindi non solo migliora l'efficacia delle cure, ma contribuisce a creare un ambiente di cura inclusivo e comprensivo, dove ogni paziente può affrontare il dolore e il fine vita con dignità e conforto.

KEYWORDS (PAROLE CHIAVI): *cultural pain* (dolore culturale), *nursing* (assistenza infermieristica), *pain management* (gestione del dolore), *palliative care* (cure palliative), *cultural competence* (competenza culturale), *spiritual care* (assistenza spirituale), *cultural diversity* (diversità culturale), *cultural differences* (diversità culturale), *terminal pain* (dolore terminale), *ethnicity* (etnia), *spirituality* (spiritualità), *cancer pain* (dolore oncologico).

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	
1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	pag. 2
1.2 Obiettivo dello studio	pag. 3
1.3 Quesiti di ricerca	pag. 3
CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO	
2.1 Che cos'è il dolore?	pag. 4
2.1.1 <i>Dolore cronico oncologico</i>	pag. 4
2.1.2 <i>Fisiopatologia</i>	pag. 5
2.2.3 <i>Trasmissione e modulazione del dolore</i>	pag. 6
2.2 Etnia, Cultura e Dolore	pag. 7
2.3 Scegliere strumenti di valutazione culturalmente adattati	pag. 8
2.4 Madeleine Leininger e la Teoria Transculturale dell'assistenza infermieristica	pag. 9
2.4.1 <i>Modello del sole nascente</i>	pag. 11
2.5 Codice Deontologico dell'infermiere	pag. 12
CAPITOLO III - MATERIALI E METODI	
3.1 Criteri di selezione degli studi	pag. 14
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli	pag. 14
3.3 Descrizione degli studi inclusi ed esclusi	pag. 15

CAPITOLO IV - *RISULTATI*

4.1 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti pag. 21

CAPITOLO V - *DISCUSSIONE*

5.1 Discussione pag. 31

5.2 Limiti dello studio pag. 32

CAPITOLO VI - *CONCLUSIONI*

6.1 Conclusioni pag. 33

6.2 Implicazioni per la pratica clinica pag. 34

6.3 Implicazioni per la ricerca pag. 35

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

“Quello di cui le persone hanno più bisogno per crescere, rimanere in salute e sopravvivere o affrontare la morte, è dell’umanizzazione dell’assistenza. L’assistenza è l’essenza dell’infermieristica, ne è il cuore e l’anima e rappresenta quello che di più la gente cerca nel professionista sanitario e nei servizi sanitari. I professionisti sanitari devono acquisire conoscenza dei valori, delle credenze, e delle forme di assistenza espresse nelle varie culture e mettere a frutto tali conoscenze per prendersi cura delle persone sane e dei malati”. (Leininger, 1982)

Prendersi cura degli altri rappresenta l’essenza stessa dell’infermieristica, come sottolinea Leininger, e rappresenta ciò che le persone maggiormente cercano nei professionisti e nei servizi sanitari. Questo è particolarmente vero quando si tratta di affrontare il dolore terminale, un momento di estrema vulnerabilità in cui i pazienti e le loro famiglie hanno bisogno non solo di cure mediche, ma anche di un supporto emotivo e psicologico che rispetti la loro individualità e le loro specifiche esigenze.

L’approccio al dolore terminale, infatti, non può essere universale, ma deve essere personalizzato e adattato alle diverse credenze, valori e pratiche culturali dei pazienti. Questo richiede ai professionisti sanitari di sviluppare una conoscenza approfondita delle varie culture e di utilizzarle per fornire un’assistenza centrata sulla persona.

L’interesse nel trattare tale argomento nasce in seguito all’esperienza di tirocinio svolta presso l’U.O. delle Cure palliative situata a San Stino di Livenza (VE) e appartenente all’ AULSS-4 Veneto Orientale. Il periodo trascorso e l’interfacciarmi con le varie situazioni delle persone assistite, ognuno con la propria storia, il proprio bagaglio culturale, il proprio vissuto e la propria dinamica familiare mi ha permesso di riflettere sull’importanza di approfondire e comprendere come i valori culturali possono influenzare i facilitatori e le barriere alle cure palliative, cosa fondamentale per poterle erogare in maniera efficace ed efficiente. Ho voluto focalizzarmi su coloro che affrontano la battaglia del dolore oncologico terminale con un background culturale differente, esplorando le rispettive visioni, interpretazioni del dolore percepito e le loro ripercussioni a livello relazionale ed assistenziale assieme alle possibili accortezze da adottare per migliorarla.

CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

In un mondo sempre più globalizzato e di continuo scambio ed incontro tra più culture è fondamentale che anche in ambito sanitario le diversità, le similitudini, le peculiarità di ogni persona vengano prese in considerazione; soprattutto quando si parla di un'esperienza così sgradevole e allo stesso tempo debilitante come il dolore. In Italia, la popolazione straniera rappresenta una parte significativa della società, con circa 5 milioni di residenti stranieri, pari all'8,7% della popolazione totale. Inoltre è stata uno dei primi Paesi in Europa a sancire concretamente il diritto a tutte le persone (indipendentemente dalla loro cittadinanza questo significa che si riferisce anche agli immigrati, sia regolari che irregolari) ad aver accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative, tramite l'istituzione della legge n. 38 del 15 marzo 2010 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Il dolore non deve essere interpretato come un sintomo da sopportare. La partecipazione attiva del paziente al processo di identificazione e gestione del dolore è fondamentale. Il primo passo necessario è: conoscere come il dolore viene percepito e interpretato dalle persone di diverse culture per poterlo gestire in modo efficace. (Società Italiana di Cure Palliative, 2021)

Il convegno "Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze delle indagini multiscopo ISTAT" ha messo in evidenza alcuni aspetti chiave riguardanti la salute dei migranti. Inizialmente, i migranti volontari, generalmente giovani, tendono ad avere migliori condizioni di salute rispetto alla popolazione residente. Tuttavia, questo vantaggio iniziale diminuisce nel tempo a causa dell'accumulo di svantaggi socio economici, che possono influenzare negativamente la salute fisica e mentale. Le disuguaglianze di salute tra i migranti sono spesso amplificate oltre che dal loro basso livello socioeconomico anche dall'accesso limitato ai servizi sanitari. Questo suggerisce che le politiche sanitarie devono affrontare le disuguaglianze che si verificano.

La categoria "straniero immigrato" è quindi eterogenea e non può essere trattata come un gruppo omogeneo in termini di salute. (INMP & ISTAT, 2016)

Dalla letteratura scientifica emerge che l'esperienza del dolore è caratterizzata da solide differenze interindividuali, influenzate da fattori biopsicosociali complessi quali: fattori demografici, genetici e psicosociali. Le interazioni complesse tra tali variabili influiscono sul

dolore, creando un mosaico unico per ogni paziente. Capire queste diversità aiuta per una valutazione e gestione efficaci del dolore, e a sviluppare trattamenti personalizzati. (Fillingim et al., 2017)

Vedere il dolore in quest'ottica rende possibile che ogni individuo riceva le cure più appropriate e rispettose in base alla sua specificità, promuovendo un ambiente di cura più inclusivo e rendendo i pazienti più sereni aiutandoli a vivere il fine vita con dignità e conforto.

1.2 Obiettivo dello studio

Lo scopo di questo studio è quello di identificare, attraverso una revisione della letteratura, dati riguardanti gli approcci e interpretazione delle diverse culture verso il dolore terminale, comprendere l'impatto della cultura e delle credenze etniche nell'assistenza infermieristica. Quindi quali sono le differenti peculiarità che possono influenzare il trattamento, le possibili strategie infermieristiche e la comunicazione del dolore oncologico cronico nei pazienti terminali nelle diverse culture.

1.3 Quesiti di ricerca

L'elaborato di tesi ha come obiettivo di rispondere ai seguenti quesiti:

1. Quali sono le diverse interpretazioni culturali del dolore nella fase terminale e il significato che viene attribuito ad esso nelle varie culture?
2. Quali sono le barriere culturali che impediscono un efficace controllo del dolore terminale? Qual'è l'approccio all'uso degli oppioidi nelle diverse etnie?
3. Quali interventi non farmacologici possono essere implementati dagli infermieri nella gestione del dolore terminale nei pazienti di diverse culture?
4. Quali competenze culturali deve possedere l'infermiere per approcciarsi al meglio con pazienti provenienti da culture diverse che affrontano la battaglia del dolore terminale?

CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Che cos'è il dolore?

Il dolore è un'esperienza soggettiva, fisica ed emotiva modellata da valori e credenze culturali. È stata descritta come “un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a danno tissutale reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno” dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore. Ma la definizione fondamentale di McCaffrey, “il dolore è ciò che la persona che lo sperimenta dice di essere, esistente ogni volta che lo dice”, è particolarmente utile quando si parla di dolore in popolazioni culturalmente diverse.

Smith et al. hanno scoperto che in un campione rappresentativo a livello nazionale di anziani, la prevalenza del dolore da moderato a grave durante l'ultimo mese di vita era del 46%. Questa statistica illustra come il dolore sia tra i sintomi più comuni sperimentati alla fine della vita e l'importanza della sua gestione, inclusa la valutazione frequente e l'adeguamento degli interventi. (Martin et al., 2016)

2.1.1 Dolore cronico oncologico

Il dolore cronico da cancro è definito come un dolore persistente, causato direttamente dal tumore primario o dalle sue metastasi. Questo tipo di dolore ha una duplice origine: meccanismi infiammatori e neuropatici che derivano dalla risposta tissutale al tumore. L'espansione della massa tumorale provoca danni ai tessuti circostanti, con rilascio di mediatori infiammatori, mentre la compressione o distruzione dei nervi sensoriali conduce a cambiamenti di tipo neuropatico. Di conseguenza, il dolore oncologico viene tradizionalmente considerato una combinazione di dolore nocicettivo e neuropatico. Tuttavia, studi recenti suggeriscono che esso possiede caratteristiche peculiari che lo distinguono da altre forme di dolore, facendolo emergere come una categoria a sé stante.

La nuova classificazione della IASP per l'ICD-11 identifica il dolore cronico da cancro come una sindrome dolorosa cronica secondaria. Le cause principali sono due: il 70% dei casi è attribuibile all'invasione, compressione e infiltrazione dei tessuti da parte del tumore, mentre il 20% deriva dagli effetti collaterali delle terapie antitumorali, come chirurgia, chemioterapia e radioterapia. Inoltre, circa il 10% dei pazienti presenta dolore pre-esistente, non correlato alla malattia oncologica.

Infine, è importante considerare la componente bio-psico-sociale del dolore cronico oncologico, il quale richiede una valutazione e un approccio terapeutico che non si limitino agli aspetti fisici, ma includono anche quelli psicologici e sociali. (Bennett et al., 2019)

2.1.2 Fisiopatologia

Il dolore è un meccanismo di difesa che l'organismo utilizza per indicare la presenza di una minaccia, interna o esterna al corpo stesso. Lo scopo di questi stimoli, inviati al sistema nervoso, è quello di far in modo che la persona, una volta allertata, risponda alla minaccia ed eviti la comparsa di danni maggiori.

Nel 64% dei casi di cancro, la sintomatologia aiuta a diagnosticare la malattia. Il dolore, particolarmente comune nelle fasi avanzate del cancro, colpisce tra il 70-90% dei pazienti con malattia avanzata, metastatica o terminale. Tuttavia, il dolore oncologico è anche frequente nelle prime fasi della malattia, presentandosi nel 30-50% dei pazienti oncologici in questo stadio. In generale il dolore oncologico può rappresentare:

- la prima manifestazione di una patologia misconosciuta,
- un sintomo di ripresa/progressione di una patologia nota,
- un sintomo di accompagnamento di una malattia in fase avanzata.

In certi casi può essere dovuto alla chirurgia, alla radioterapia o alla chemioterapia (dolore dovuto a un "danno iatrogeno"). Può inoltre presentarsi a causa della liberazione di alcune sostanze (citochine) prodotte dal tumore stesso o da cellule dell'organismo, responsabili di una resistenza al trattamento con farmaci analgesici e/o di una percezione abnorme e dolorosa causata da stimoli di lieve entità, fenomeno conosciuto con il nome di iperalgesia. Infine il dolore si distingue in:

- Dolore nocicettivo: Il corpo umano presenta numerosi recettori in grado di captare vari stimoli, come il tatto, il freddo o il calore, ma anche il dolore. I recettori del dolore si trovano in particolar modo nella pelle, nelle ossa, nelle articolazioni, nei muscoli, negli organi interni. Sono presenti dunque in tante parti del corpo, tranne che nel tessuto cerebrale e polmonare. I dolori nocicettivi sono i dolori che hanno origine da un'irritazione dei nocicettori, ad esempio dall'irritazione dei recettori della pelle e delle ossa, come avviene nel caso di metastasi ossee o in presenza di disturbi nei muscoli e nelle articolazioni. Questi dolori prendono il nome di dolori "somatici" e si presentano come dolori tiranti, pungenti o trapananti. Generalmente sono facili da localizzare. I dolori "viscerali" sono invece quelli che si sviluppano negli organi dell'addome. Sono crampiformi e sordi, quindi più difficili da localizzare.

- Dolore neuropatico: Detto anche “nevralgia”, i dolori neuropatici sono quelli che nascono direttamente dal nervo, non dai nocicettori. La causa del dolore è dovuta a una neuropatia, o lesione del nervo. In questo caso il dolore può manifestarsi a riposo come sensazione di calore, bruciore o attacchi di dolore lancinante ma spesso non vengono percepiti nel punto da cui hanno origine.
- Dolore misto: In questo caso i dolori neuropatici e nocicettivi sono entrambi presenti. Il trattamento di questi dolori risulta essere più difficile in quanto non sempre si capisce di essere in presenza di entrambi i tipi di dolore. Questo sintomo assume inoltre un significato particolare, espresso come “dolore totale”, nel paziente oncologico. L’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) espone il problema, intendendolo come “sofferenza del paziente e della sua famiglia nel corso della malattia neoplastica”. Si tratta infatti di un dolore onnicomprensivo, che riguarda non solo la componente fisica, ma anche quella psicologica, sociale e spirituale. (Società Italiana di Cure Palliative, 2021)

2.1.3 Trasmissione e modulazione del dolore

Le fibre nocicettive entrano nel midollo spinale attraverso le radici posteriori e fanno sinapsi a livello del corno dorsale. Da qui le fibre, dopo aver decussato la linea mediana, decorrono nelle colonne laterali fino a raggiungere il talamo e quindi la corteccia cerebrale.

Ripetute stimolazioni (p. es. da parte di una condizione di dolore prolungato) possono sensibilizzare i neuroni delle corna dorsali del midollo spinale in maniera tale che uno stimolo periferico meno intenso è in grado di provocare dolore (fenomeno di sensibilizzazione centrale). I nervi periferici e le fibre nervose ad altri livelli del sistema nervoso centrale possono essere sensibilizzati a loro volta, determinando modificazioni sinaptiche a lungo termine nei campi recettivi corticali (rimodellamento) che sostengono una percezione esagerata del dolore. Questo processo di input afferente cronico che causa maggiore sensibilità (soglie più basse) e rimodellamento dei percorsi e dei recettori nocicettivi centrali è definito sensibilizzazione centrale. Spiega perché si verifica quanto segue:

- Allodinia (risposta dolorosa per uno stimolo non doloroso)
- Iperalgesia (eccessiva risposta dolorifica a un normale stimolo doloroso)

Le sostanze che vengono rilasciate quando il tessuto è danneggiato, incluse quelle coinvolte nella cascata infiammatoria, possono sensibilizzare i nocicettori periferici. Queste sostanze comprendono peptidi vasoattivi (p. es., peptide correlato al gene per la calcitonina, sostanza P,

neurochinina A) e altri mediatori (p. es., prostaglandina E2, serotonina, bradichinina, adrenalina).

Le informazioni nocicettive sono modulate a vari livelli, a opera di circuiti neuronali sia segmentali che discendenti, da numerosi mediatori neurochimici che includono endorfine (p. es., encefalina) e monoamine (p. es., serotonina, noradrenalina). Questi mediatori interagiscono attraverso un meccanismo scarsamente conosciuto in modo da aumentare, sostenere, accorciare o ridurre la percezione e la risposta al dolore. Essi mediano i potenziali effetti terapeutici di farmaci attivi sul sistema nervoso centrale (p. es., oppiacei, antidepressivi, anticonvulsivanti, stabilizzatori di membrana) che interagiscono con specifici recettori e neuromediatori nel trattamento del dolore cronico.

I fattori psicologici sono modulatori importanti del dolore. Essi non solo influenzano la verbalizzazione del dolore (ossia il fatto che i pazienti appaiono stoici o sensibili) e il modo in cui si comportano in risposta (p. es., il fare una smorfia o meno), ma generano anche un output neurale che modula la neurotrasmissione lungo le vie dolorifiche. Le reazioni psicologiche al dolore protratto interagiscono con altri fattori del sistema nervoso centrale inducendo cambiamenti a lungo termine nella percezione del dolore. (Watson, C. D. 2022)

2.2 Etnia, Cultura e Dolore

L'“etnicità” comprende le nozioni di un background sociale, culturale o religioso condiviso che è distinto e trasmesso tra le generazioni, portando a una identità condivisa. La “cultura” può essere descritta come le risposte comportamentali ripetute nella società, influenzate da fattori sociali, religiosi, intellettuali e artistici.

Il dolore oncologico e il dolore in generale non sono solo un costrutto biofisico, ma piuttosto un concetto multidimensionale di risposte fisiologiche e psicologiche, che include la dimensione bioculturale, nella modulazione della reazione fisiologica al dolore.

Il modello bio culturale proposto da Bates consente di studiare la variabilità nella percezione e nella risposta al dolore all'interno di un contesto culturale. Quest'ultimo ipotizza che l'apprendimento sociale dalla famiglia e dal proprio gruppo culturale possa influenzare i processi psicologici e fisiologici, che a loro volta possono influenzare la percezione e la modulazione del dolore. Una revisione sistematica della letteratura che descrive ogni tipo di dolore in diversi gruppi etnici ha indagato l'esistenza di supporto scientifico che colleghi le differenze nell'esperienza del dolore all'etnicità. (Crombez et al., 2019).

Le norme culturali possono influenzare la volontà dei pazienti a riferire il dolore o altri sintomi, oppure la loro comprensione del nesso di causalità.

Koffman et al hanno esplorato i significati del dolore attraverso interviste con 26 neri caraibici e 19 bianchi e neri nel sud di Londra, affetti da cancro in fase avanzata. Hanno riferito che sia i pazienti neri caraibici che quelli bianchi britannici trovavano il dolore una “sfida” che l’individuo deve dominare. Nei racconti dei pazienti neri Caraibi il dolore era una “prova di fede” che rafforzava la fede o veniva visto come una punizione per un’azione sbagliata. (Martin et al., 2016)

Quando il soggetto è colpito da una malattia cronica o da una diagnosi infausta il bisogno di ricevere risposte non solo a livello clinico ma anche psicologico, esistenziale e spirituale si accentua particolarmente.

Per quanto riguarda la spiritualità il vocabolario Treccani la definisce come “l’insieme degli elementi che caratterizzano i modi di vivere e di sperimentare realtà spirituali, sia con riguardo a forme di vita religiosa sia con riferimento a movimenti filosofici, letterari e simili”. (Treccani, 2003)

Quando parliamo di essa, non facciamo riferimento a religioni o dogmi, ma a un percorso di profonda conoscenza di noi stessi e della nostra vera essenza, il nostro spirito o Anima. La spiritualità implica un’osservazione consapevole dei nostri processi interiori, attraverso la quale ci rendiamo conto che il nostro corpo, le convinzioni e le emozioni non definiscono completamente chi siamo. Al contrario, nel momento in cui smettiamo di identificarci con le dimensioni superficiali, possiamo trovare una strada più allineata al nostro sentire autentico.

Essere spirituali significa quindi trascendere l’Ego, inteso come l’identità che crediamo di dover incarnare, e conoscere profondamente noi stessi. Questo ci permette di fare scelte e intraprendere azioni che siano in armonia con la nostra vera natura e con il nostro scopo in questa vita. (Luna scuola di coaching, 2022)

2.3 Scegliere strumenti di valutazioni culturalmente adattati

Per poter gestire il dolore nel migliore dei modi, si rende necessaria una sua precedente valutazione (grazie a misure metriche si approfondiscono specifici aspetti come l’intensità) l’infermiere infatti si avvale di scale. Quelle unidimensionali sono utilizzate per misurare l’intensità del dolore, tra cui la Scala Analogica Visiva (VAS), la Scala Numerica del Dolore (NRS), la Scala Verbale del Dolore (VRS) e le Scale di Valutazione delle Facce del Dolore. Di

queste, la VAS è la misura più frequentemente impiegata nell'ambito oncologico, la più adatta per i contesti multilinguistici invece è l'NRS, la quale è tradotta in numerose lingue, tra cui il cinese, francese, italiano, e giapponese, ed è ampiamente usata in tutto il mondo.

Dall'altra parte abbiamo le cosiddette scale multidimensionali che invece valutano vari aspetti del dolore, come intensità, tipo e qualità. Tra queste, il McGill Pain Questionnaire e il Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF) sono comunemente impiegati. Il BPI-SF ha dimostrato affidabilità nel misurare l'intensità del dolore e il suo impatto sulle attività quotidiane in diversi contesti culturali, come in Francia, Filippine, Singapore e Cina. È stato tradotto in molte lingue e si è dimostrato adatto anche per le comunità afro-americane, che tendono a parlare meno dell'impatto del dolore sulle funzioni quotidiane.

Le Scale di Valutazione delle Facce del Dolore, come la Wong-Baker, sono preferite in alcune culture, come Nepal e Cina, poiché non richiedono ai pazienti di associare il dolore a numeri o lunghezze su una linea. Inoltre, in contesti culturali dove l'uso dei numeri è meno comune o concreto, descrittori verbali del dolore o scale numeriche semplificate (da 1 a 5) sono ritenuti più adatti.

Uno studio su pazienti oncologici negli Stati Uniti ha rivelato differenze etniche significative nell'esperienza del dolore oncologico. I partecipanti asiatici e afro-americani non ispanici hanno riportato punteggi più bassi rispetto agli ispano-americani e ai bianchi non ispanici nelle valutazioni del dolore, evidenziando che l'etnia può essere un fattore predittivo significativo nei punteggi del dolore e dello stato funzionale.

Questi dati suggeriscono la necessità di strumenti di valutazione del dolore che siano culturalmente sensibili, per migliorare la comunicazione e la gestione del dolore in popolazioni diverse. (Martin et al., 2016)

E' importante ricordare che a fianco alla misurazione bisognerebbe ricorrere all'accertamento, ovvero un tentativo molto più ampio di considerare e di misurare diversi aspetti che contribuiscono alla formazione dell'esperienza globale del dolore.

2.4 Madeleine Leininger e la Teoria Transculturale dell'assistenza infermieristica

In un mondo di innovazione continua e globalizzazione, gli infermieri inevitabilmente entrano in contatto molto intimo con persone di ogni estrazione sociale. Gli infermieri possono diventare modelli nell'abbracciare i bisogni culturali dei pazienti nell'assistenza sanitaria e, di

conseguenza, è di grande importanza che riconoscano e comprendano la Teoria Transculturale dell'assistenza infermieristica illustrata da Madeleine Leininger.

La Teoria Transculturale dell'Assistenza Infermieristica di Madeleine Leininger enfatizza l'importanza di comprendere e rispettare le differenze culturali nelle pratiche infermieristiche.

La teoria si basa su alcuni concetti fondamentali:

1. **Cultura:** È l'insieme di valori, credenze, norme e pratiche che vengono trasmessi e condivisi all'interno di una comunità. La cultura guida il pensiero e le azioni, fornendo una base per i modelli comportamentali e le pratiche di cura. Gli esseri umani sono esseri culturali, e la loro capacità di adattarsi e sopravvivere è strettamente legata alla cultura.
2. **Assistenza:** Rappresenta i comportamenti e le pratiche che migliorano le condizioni di una persona, supportando nella gestione della vita e della salute. Questo concetto varia significativamente tra culture diverse e deve essere compreso nel contesto della visione del mondo e della struttura sociale di un gruppo.
3. **Assistenza Culturale:** Si riferisce ai valori e alle credenze che supportano il benessere del paziente e aiutano a gestire malattie, disabilità o la morte. La comprensione di queste pratiche è cruciale per offrire cure appropriate e culturalmente sensibili.
4. **Visione del Mondo:** Riguarda il modo in cui un individuo o un gruppo percepisce l'universo, basato sulla loro struttura sociale e contesto ambientale.
5. **Sistemi di Salute o Benessere Popolare:** Sono le pratiche di cura significative in una cultura specifica, integrate con i sistemi sanitari professionali. Questi sistemi sono utilizzati per guarire o assistere le persone a domicilio o nella comunità.
6. **Sistemi di Azione Infermieristica:** Leininger identifica tre sistemi principali:
 - **Conservazione dell'assistenza culturale:** Azioni che aiutano il paziente a mantenere la salute, guarire dalla malattia o affrontare la morte.
 - **Adattamento dell'assistenza culturale:** Azioni che aiutano il paziente ad adattarsi e a negoziare una condizione di salute positiva o affrontare la morte.

Rimodellamento dell'assistenza culturale: Azioni che aiutano il paziente a modificare il proprio stile di vita secondo modelli nuovi o diversi, culturalmente significativi e supportivi.

Leininger ha introdotto il concetto di care-caring:

- **CARE:** Riguarda le azioni dirette ad assistere e sostenere altri per migliorare una condizione umana o affrontare la morte.

- CARING: È la conoscenza e le abilità professionali acquisite attraverso l'educazione per fornire assistenza, supporto e migliorare la salute o affrontare la disabilità e la morte.

Leininger concepì l'assistenza infermieristica come una disciplina caratterizzata dall'assistenza transculturale, sostenendo che il "prendersi cura" è universale ma varia tra le culture in significato, manifestazioni e simboli. La competenza culturale implica la comprensione e l'uso creativo delle conoscenze culturali per offrire cure adeguate a pazienti di diverse culture.

Il metodo principale di Leininger, chiamato "etnonursing", è lo studio sistematico delle pratiche e dei valori di cura all'interno di culture specifiche, utilizzando la lingua e i valori locali. Inoltre, il concetto di "etnostoria" si riferisce alla comprensione di eventi e esperienze culturali che influenzano la vita umana in contesti specifici.

Le difficoltà culturali, come lo shock culturale, possono insorgere quando si cerca di adattarsi a culture diverse, portando a sentimenti di disorientamento e impotenza. Questo shock può essere mitigato con una preparazione culturale adeguata. (McFarland et al., 2019)

2.4.1 Modello del sole nascente

Il modello prevede l'incontro tra due mondi diversi, ovvero di due culture, dove è necessario conoscere la propria cultura per poter permettere all'altra cultura di arricchirsi ed è basato su scambi bidirezionali. E' un modello culturale che offre un'immagine visiva, una mappa concettuale, che serve da guida per l'esplorazione della cultura, permettendo all'infermiere di muoversi sistematicamente attraverso i principi fondamentali della teoria con l'obiettivo di fornire un'assistenza culturale competente, rispettando chiaramente i canoni e le evidenze scientifiche attuali. Il Sunrise Model è composto da quattro livelli, ciascuno con un diverso grado di astrazione:

1. Primo Livello: Visione del Mondo e Sistemi Sociali

- Micro-prospettiva: Analizza gli individui all'interno di una cultura.
- Media-prospettiva: Considera fattori complessi in una cultura specifica.
- Macro-prospettiva: Esamina fenomeni che riguardano diverse culture. Questo livello esplora come la struttura sociale e la visione del mondo influenzano la salute attraverso il linguaggio e l'ambiente.

2. Secondo Livello: Sistemi Sanitari e Significati dell'Assistenza Fornisce informazioni sugli individui, famiglie, gruppi e istituzioni all'interno dei diversi sistemi sanitari. Include significati ed espressioni specifiche in relazione all'assistenza sanitaria.
3. Terzo Livello: Sistemi Popolari e Professionali: Esamina i sistemi di salute popolari e professionali, inclusa l'assistenza infermieristica, all'interno di una cultura. Aiuta a individuare diversità e universalità culturale.
4. Quarto Livello: Azioni e Decisioni dell'Assistenza Infermieristica: Riguarda le azioni e decisioni dell'assistenza infermieristica, comprendendo:
 - Conservazione dell'assistenza culturale: Mantenere o preservare la salute del paziente.
 - Adattamento dell'assistenza culturale: Aiutare il paziente ad adattarsi a condizioni di salute o ad affrontare la morte.
 - Rimodellamento dell'assistenza culturale: Modificare il proprio stile di vita secondo modelli culturali significativi e soddisfacenti. (McFarland et al., 2019)

2.5 Codice Deontologico dell'infermiere

Il Codice Deontologico ha una funzione fondamentale nel regolare il comportamento professionale.

Il suo obiettivo principale è offrire supporto agli infermieri nel fornire la migliore assistenza possibile, basata su dati scientifici, metodi e strumenti appropriati, adattandosi alla specificità dei casi clinici e dei contesti organizzativi.

Esso pone un'enfasi sulla relazione con l'assistito, riconosciuta come un elemento fondamentale della pratica infermieristica. La frase "Il tempo di relazione è tempo di cura" esprime questa centralità. Esso non si limita alla tecnica, ma sottolinea l'importanza della relazione umana, dell'etica e della deontologia nella pratica infermieristica. Affronta temi come il dolore, il fine vita e la volontà espressa dal paziente, sostenendo anche i familiari. L'infermiere è attore attivo nella gestione del dolore, questo è previsto dall'art.18 del Codice Deontologico il quale dichiara quanto segue: "L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona".

Altri articoli che enunciano l'importanza del suo ruolo sul tema delle cure palliative e sulla non discriminazione sono:

- l'art.3 RISPETTO E NON DISCRIMINAZIONE:

“L’Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell’eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare”

- art. 24 CURA NEL FINE VITA:

“L’Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l’importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L’Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell’evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto”. (FNOPI, 2019)

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi

E' stata eseguita una revisione della letteratura: Sono stati selezionati tutti gli studi riguardanti il dolore cronico terminale nella patologia oncologica, le influenze culturali su di esso e le competenze culturali infermieristiche per gestirlo.

Di seguito si propone il PIO elaborato per facilitare la ricerca (**Tabella I**):

Tabella I: formulazione del PIO

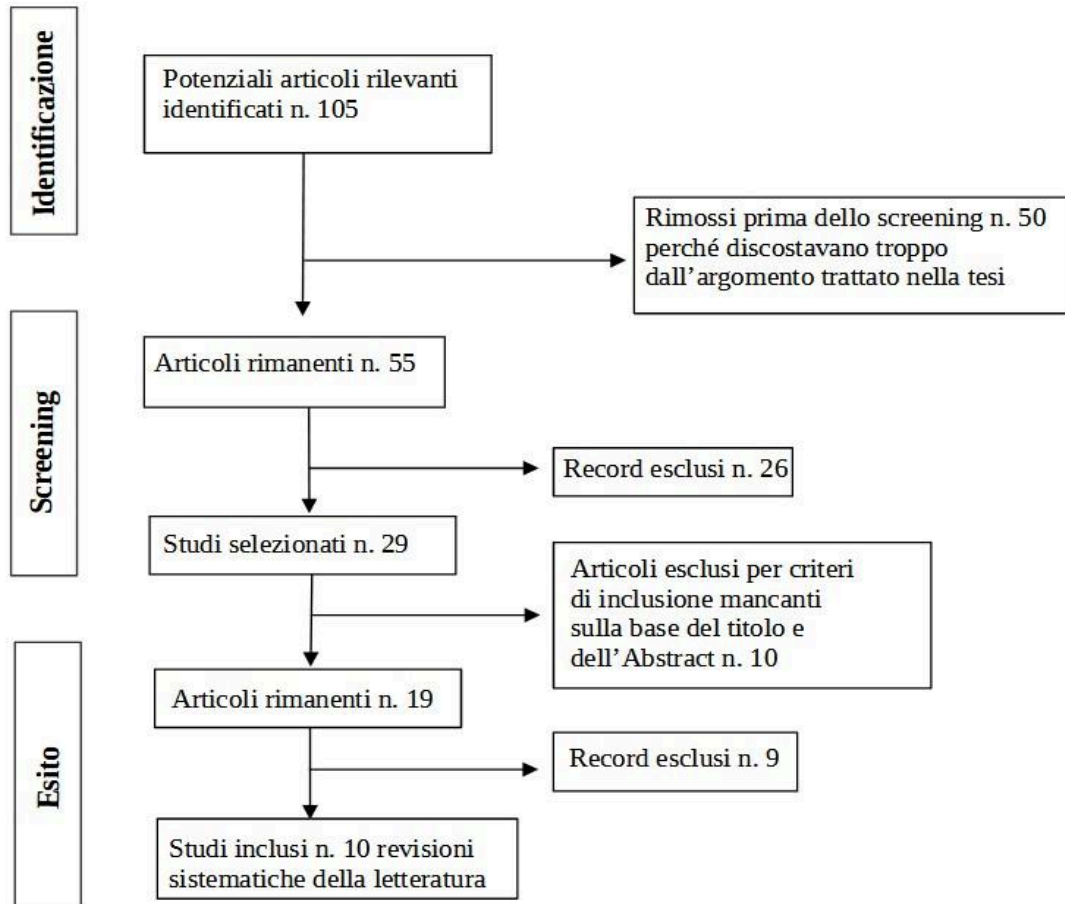
		PIO	Keywords
P	Popolazione	pazienti con dolore terminale oncologico di etnia diversa di età \geq a 18 anni	cultural pain, terminal pain, ethnicity, cancer pain
I	Intervento	assistenza infermieristica nella gestione del dolore	nursing care, pain management
O	Outcome	approccio culturalmente sensibile perchè l'etnia influenza l'esperienza di dolore	cultural competence, spiritual care

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli

La strategia individuata per identificare gli studi inclusi nella seguente revisione della letteratura comprende i seguenti criteri di selezione: l'età uguale o maggiore ai 18 anni, articoli in lingua inglese e pubblicati negli ultimi 10 anni tramite la consultazione dei database elettronici quali: Pubmed, Google Scholar, EBN Guidelines, CINAHL Database, Cochrane library, Medline. La banca dati maggiormente consultata è Pubmed, dalla quale sono stati reperiti la gran parte degli articoli inclusi nello studio. La ricerca è stata svolta sia attraverso l'utilizzo di termini liberi, sia di Medical Subject Headings (Mesh), arrivando anche alla creazione di diverse stringhe di ricerca per poter individuare, in modo preciso, quanti più studi possibile presenti in letteratura. Le parole chiave utilizzate sono : dolore culturale (*cultural pain*), assistenza infermieristica (*nursing care*), gestione del dolore (*pain management*), cure palliative (*palliative care*), competenza culturale (*cultural competence*), assistenza spirituale (*spiritual care*), diversità culturale (*cultural diversity*), dolore terminale (*terminal pain*), etnia

(*ethnicity*), spiritualità (*spirituality*), dolore oncologico (*cancer pain*). Varie keywords sono state utilizzate in combinazione con gli operatori booleani “AND” e “OR”.

Figura 1- PRISMA Flowchart



3.3 Descrizione degli studi inclusi ed esclusi

I 10 articoli inclusi in questa revisione della letteratura sono stati esaminati riportandoli nella seguente tabella (**Tabella II**) di analisi valutativa contenente: il titolo, autori, anno di pubblicazione, paese e tipo di studio, obiettivi e risultati. Per quanto riguarda gli studi esclusi dalla ricerca i criteri di esclusione riguardavano la tipologia di partecipanti: pazienti con età inferiore ai 18 anni, con dolore non oncologico e non appartenenti a diverse etnie.

Tabella II: descrizione degli studi inclusi

Titolo, autore, anno di pubblicazione e paese	tipo di studio	Obiettivo di studio	Risultati
<p>1-<i>“Ethnic differences in the perception of pain”</i> Krupić et al., 2019 Bosnia- Erzegovina</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L’obiettivo di questo studio è indagare se esistano prove scientifiche che collegano le differenze nell’esperienza del dolore all’etnia. Si esplora come i pazienti di diverse etnie percepiscono, riferiscono e gestiscono il dolore, considerando fattori culturali, psicologici e psicosociali spesso trascurati dalla medicina tradizionale. Il focus è su come i professionisti sanitari possano offrire un’assistenza equa e culturalmente sensibile, valutando anche l’impatto delle differenze etniche nell’espressione del dolore e nella risposta ai trattamenti.</p>	<p>I risultati dello studio mettono in evidenza le diverse esperienze di percezione e trattamento del dolore tra i vari gruppi etnici, concentrandosi sulla prospettiva dei pazienti. Nella prima sezione, si rilevano differenze significative nel modo in cui gli individui percepiscono il dolore. La seconda sezione esplora le strategie di coping, mostrando che i gruppi etnici gestiscono il dolore in modi distinti. Gli operatori sanitari devono quindi comprendere le differenze etniche, culturali e religiose per migliorare il trattamento e mitigare la sofferenza dei pazienti. Ulteriori ricerche sono necessarie per approfondire queste differenze e l’uso della preghiera come metodo di gestione del dolore.</p>
<p>2- <i>“Cultural Influences on Pain Perception and Management”</i> Miller et al., 2019 USA</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L’obiettivo di questi studi è investigare come le differenze culturali, etniche e di genere influenzano la percezione, la manifestazione e la gestione del dolore. In particolare, si cerca di comprendere in che modo fattori culturali e sociali incidono sull’intensità del dolore percepito, le strategie di coping adottate e le barriere che i pazienti di diverse origini possono affrontare nel cercare cure mediche adeguate.</p>	<p>I risultati delle ricerche rivelano che le differenze culturali ed etniche influenzano significativamente la percezione e la gestione del dolore. Le strategie di coping variano anch’esse in base all’etnia. Gli afroamericani utilizzano maggiormente strategie emotive e di speranza, mentre i caucasici preferiscono ignorare il dolore o usare tecniche di rilassamento. Gli ispanici negli Stati Uniti tendono a ricorrere ad approcci di auto-gestione come yoga e rimedi casalinghi, sebbene incontrino ostacoli come discriminazione e barriere linguistiche. Allo stesso modo, le donne asiatiche indiane nel Regno Unito attribuiscono il dolore a fattori culturali e climatici e utilizzano rimedi autogestiti.</p>

Titolo, autore, anno di pubblicazione e paese	tipo di studio	Obiettivo di studio	Risultati di studio
<p>3-<i>“The Global Burden of Cancer Pain”</i></p> <p>Can et al., 2019</p> <p>USA</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L'articolo si propone di esplorare il carico globale del dolore da cancro, analizzando vari aspetti della sua gestione con un focus particolare su considerazioni culturali. In primo luogo, vengono esaminate le influenze culturali sulla valutazione e gestione del dolore, sottolineando l'importanza di integrare le credenze religiose e culturali specifiche dei pazienti nella pratica clinica. Vengono presentati esempi di approcci innovativi adottati in diverse parti del mondo, dimostrando come le strategie variano tra culture e paesi, pur riconoscendo che questi esempi potrebbero non essere rappresentativi di tutte le persone all'interno di ciascuna sottopopolazione. Discute le dinamiche tra pazienti, famiglie e professionisti sanitari, inclusi i sistemi sanitari, per comprendere come queste interazioni influenzano la gestione del dolore da cancro. Si indagano le barriere che ostacolano una gestione efficace del dolore, come le differenze culturali, la mancanza di risorse e i pregiudizi professionali e approcci innovativi alla gestione del dolore.</p>	<p>Esistono significative disparità nella gestione del dolore a livello globale, specialmente nei paesi in via di sviluppo. Le differenze culturali e religiose influenzano la cura del dolore e la disponibilità di oppioidi è carente in molti paesi. Esistono barriere significative che ostacolano una buona gestione del dolore; tuttavia, alcuni paesi hanno compiuto passi positivi nel migliorare la gestione del dolore per la loro popolazione.</p>
<p>4- <i>“Leininger’s Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future</i></p> <p>McFarland et al., 2019</p> <p>USA</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L'articolo esamina la Teoria dell'Assistenza Culturale (Cultural Care Theory - CCT) di Madeleine Leininger, mettendo in luce come questa teoria possa essere integrata nella pratica infermieristica per rispondere alle differenze culturali. Gli obiettivi principali dell'articolo sono: Analizzare la Teoria dell'Assistenza Culturale (CCT), Esplorare l'uso del “Sunrise Enabler”, Valutare l'importanza della cura culturalmente congruente, Identificare future direzioni .</p>	<p>La teoria fornisce una guida pratica per comprendere e rispettare le credenze e i valori culturali dei pazienti, migliorando l'assistenza attraverso una maggiore consapevolezza culturale. Uno strumento chiave di questa teoria è il “Sunrise Enabler”, che aiuta a considerare i fattori culturali che influenzano la salute e le cure, promuovendo una pratica infermieristica più sensibile alle differenze culturali.</p>

Titolo, autore, anno di pubblicazione e paese	tipo di studio	Obiettivo di studio	Risultati di studio
<p>5- "<i>Multicultural approaches of cancer pain</i>"</p> <p>Crombez et al., 2019</p> <p>Belgio</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Il dolore continua a essere un sintomo prevalente nei pazienti oncologici. L'etnia del paziente può influenzare l'esperienza del dolore, con variazioni nei risultati del dolore tra diversi gruppi etnici. L'obiettivo di questa revisione tematica è indagare la relazione tra etnia e l'esperienza, la valutazione e la gestione del dolore oncologico.</p>	<p>Il dolore oncologico non è solo un costrutto biofisiologico, ma piuttosto un concetto multidimensionale che include risposte fisiologiche e psicosociali, tra cui la dimensione bioculturale. La cultura può influenzare significativamente le credenze e i comportamenti dei pazienti relativi al dolore oncologico, e l'etnia del paziente può influenzare l'esperienza del dolore.</p> <p>Tuttavia si è riscontrata una scarsità di dati e una letteratura incoerente che evidenzia lacune nella conoscenza, nella ricerca e nella pratica clinica riguardo alla gestione efficace del dolore oncologico in un contesto multiculturale.</p>
<p>6- "<i>The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care</i>"</p> <p>Givler. A. et al., 2018</p> <p>USA</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L'obiettivo principale di questo studio è di esplorare come le percezioni culturali del dolore influenzano l'accesso e la qualità delle cure palliative. Si pone quindi di identificare alcune percezioni culturali del dolore. Esaminare le barriere culturali alle cure palliative, Descrivere le differenze culturali nel dolore e in che modo il team interprofessionale può collaborare con il paziente e la famiglia per alleviare il dolore nell'ambito delle cure palliative.</p>	<p>La diversità culturale, religiosa, etnica e globale gioca un ruolo cruciale nella comprensione e nella gestione del dolore oncologico. È essenziale per i clinici riconoscere e apprezzare queste differenze per fornire cure che siano veramente rilevanti e apprezzate dai pazienti e dalle famiglie in tutto il mondo. Riconoscere e rispettare le differenze culturali, religiose, etniche e razziali non solo arricchisce l'approccio clinico ma migliora significativamente la qualità delle cure.</p>

Titolo, autore, anno di pubblicazione e paese	tipo di studio	Obiettivo di studio	Risultati di studio
<p>7- <i>“Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal”</i></p> <p>Filligim et al., 2017</p> <p>USA</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L'obiettivo dello studio è esaminare come le variabili biologiche e psicosociali, tra cui sesso, età, etnia, fattori genetici e processi psicosociali, contribuiscano alla variabilità individuale nell'esperienza del dolore. Lo studio esplora l'interazione complessa tra queste influenze, analizzando in particolare come i fattori genetici e psicosociali, come lo stress e la catastrofizzazione del dolore, si combinino per modellare le risposte al dolore sia clinico che sperimentale.</p>	<p>I risultati dello studio evidenziano come variabili biopsicosociali come sesso, etnia, età, genetica e fattori psicosociali contribuiscano significativamente alle differenze individuali nell'esperienza del dolore. Ad esempio, alcune associazioni genetiche variano in base al sesso e all'etnia, mentre fattori psicologici come lo stress e la catastrofizzazione possono amplificare il dolore. Le future ricerche dovranno concentrarsi sull'identificazione di fattori individuali e sulle loro interazioni per migliorare le terapie personalizzate e ottimizzare gli interventi clinici.</p>
<p>8- <i>“Culture and spirituality: essential components of palliative care”</i></p> <p>Speck. et al., 2016</p> <p>UK</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L'obiettivo di tale studio è esplorare l'importanza di un approccio olistico e multiprofessionale nelle cure palliative, che vada oltre il controllo dei sintomi fisici e consideri anche gli aspetti psicosociali, culturali e spirituali del paziente. Il contesto culturale e le credenze religiose o spirituali dei pazienti influenzano il modo in cui affrontano malattie potenzialmente letali. Lo studio mira a evidenziare come queste dimensioni vengono spesso trascurate nella pratica clinica a causa dell'enfasi sulle questioni biomediche e del disagio del personale nell'affrontare credenze culturali e spirituali. Inoltre, lo studio si propone di identificare le lacune nella ricerca e le difficoltà metodologiche, sottolineando la necessità di stabilire priorità di ricerca per orientare gli studi futuri e migliorare le evidenze in questo campo, al fine di offrire cure palliative più complete e personalizzate.</p>	<p>Lo studio mette in luce l'importanza di un approccio olistico nelle cure palliative, che comprenda non solo la gestione dei sintomi fisici, ma anche le dimensioni psicosociali, culturali e spirituali del paziente. Il supporto spirituale risulta fondamentale soprattutto tra le minoranze e i pazienti con forte coping religioso. Interventi religiosi e spirituali, come riti e consulenza pastorale, possono ridurre ansia e promuovere speranza. Le credenze del personale sanitario possono influenzare l'assistenza spirituale; quindi, è necessario integrare la formazione specifica per affrontare i bisogni culturali e spirituali dei pazienti. La gestione di questi aspetti deve essere inclusa nelle valutazioni cliniche e, se necessario, occorre rivolgersi a specialisti spirituali.</p>

Titolo, autore, anno di pubblicazione e paese	tipo di studio	Obiettivo di studio	Risultati di studio
<p>9- <i>“Improving cultural competence in end-of-life pain management”</i></p> <p>Martin et al., 2016</p> <p>USA</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L’obiettivo dello studio è esaminare come la diversità etnica e culturale influenzi la gestione del dolore nelle cure di fine vita, con un focus particolare sul ruolo degli infermieri. Lo studio mira a discutere i fattori culturali che possono influenzare la percezione e la gestione del dolore nei pazienti terminali e a proporre metodi per integrare la sensibilità culturale nella valutazione del dolore. Inoltre, l’articolo offre suggerimenti per migliorare le competenze degli infermieri nel prendersi cura di pazienti appartenenti a popolazioni culturalmente diverse, al fine di fornire un’assistenza più personalizzata e rispettosa delle diverse concezioni di “buona morte”.</p>	<p>La formazione degli operatori sanitari per le cure di fine vita in contesti culturalmente diversificati è fondamentale. Tradizionalmente, la competenza culturale è trattata come un modulo separato, ma gli studi suggeriscono di integrarla nel processo decisionale e nella comunicazione riguardo alle cure di fine vita. Studi recenti, come quello di Stein, Sherman e Bullock, evidenziano che i programmi educativi che incorporano le preoccupazioni culturali nel curriculum standard migliorano la preparazione degli operatori sanitari a fornire cure culturalmente sensibili. Alcuni pazienti possono evitare di affrontare il tema della morte per conformarsi all’idea di essere un “buon paziente” e si sottolinea la necessità di una formazione mirata.</p>
<p>10- <i>“Palliative care experiences of adult cancer patients from ethnocultural groups”</i></p> <p>Bussolo et al., 2015</p> <p>Canada</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L’obiettivo di questa revisione sistematica è sintetizzare le migliori evidenze disponibili sulle esperienze di cure palliative vissute dai pazienti adulti affetti da cancro, provenienti da diversi gruppi etno-culturali. In un contesto sempre più globalizzato, è essenziale comprendere come le differenze culturali ed etniche influenzano il modo in cui i pazienti affrontano la malattia, la sofferenza e la fine della vita, e come queste influenze plasmino le loro interazioni con i servizi di cure palliative.</p>	<p>Le esigenze di cure palliative riguardano aspetti fisici, emotivi e spirituali, con un forte bisogno di supporto da parte di familiari e amici. Cultura ed etnia influenzano la comunicazione, il processo decisionale e le risposte emotive, rendendo fondamentale l’adattamento delle pratiche di cura alle specificità di ciascun gruppo. La mancanza di competenze culturali negli operatori sanitari può portare a esperienze insoddisfacenti e a disuguaglianze nell’accesso ai servizi. Lo studio sottolinea anche la necessità di ulteriori ricerche sistematiche a riguardo, contribuendo a formare una base di conoscenze che migliori la preparazione degli operatori sanitari nel rispondere alle esigenze di ciascun gruppo etnico.</p>

CAPITOLO IV - RISULTATI

4.1 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

Dopo un'attenta analisi degli articoli selezionati, sono emersi i seguenti argomenti come i principali temi trattati: il dolore e le sue interpretazioni dal punto di vista culturale e personale ovvero il modo in cui il dolore è percepito e compreso dal paziente e dalla società in cui vive. Questa comprensione può variare a causa di cultura e etnicità, credenze religiose e spirituali, esperienze personali. Emergono le paure culturali legate agli oppioidi, ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore multiculturale, ostacoli alla gestione ottimale del dolore (barriere legate ai pazienti, barriere legate ai famigliari, barriere legate agli operatori sanitari e del sistema sanitario), strumenti di valutazione unidimensionali e multidimensionali, medicina complementare e alternativa e l'importanza dell'apprendimento e della competenza culturale. Tutte queste sono considerazioni importanti per gli infermieri come guida alla pratica assistenziale.

I punti chiave trattati negli articoli verranno rappresentati a seguire nella **tabella II**. Sull'asse delle ascisse sono riportati gli articoli selezionati per questa revisione, identificati ciascuno da un numero (per autore, titolo e data di pubblicazione vedi **tabella I**). Sull'asse delle ordinate, invece, sono indicati i principali argomenti trattati in ogni articolo. Per ogni tema affrontato, è segnata una "X" nello spazio corrispondente.

Tabella II: Principali argomenti trattati negli articoli

Principali argomenti trattati	Articoli (vedi tabella I)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Influenza culturale sul dolore	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Paure legate agli oppioidi						X			X	
Ruolo della Religione e Spiritualità	X		X			X		X	X	
Competenza culturale	X			X					X	X
Ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore Multiculturale				X	X				X	

	Articoli (vedi tabella II)									
Principali argomenti trattati	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Differenze nella risposta analgesica			X							
Barriere alla gestione del dolore	X	X	X		X	X			X	
Medicina Complementare e Alternativa					X	X				
Importanza della formazione futura		X	X		X	X		X	X	X

Di Seguito si risponde ai quesiti di ricerca in base ai risultati dimostrati dagli articoli inclusi nell' elaborato :

1. Quali sono le diverse interpretazioni culturali del dolore nella fase terminale e il significato che viene attribuito ad esso nelle varie culture?

La risposta a tale quesito è data da due sezioni: nella prima parte si affronta la visione del dolore nelle diverse etnie mentre nella seconda sezione emerge il dolore condizionato dal credo, tenendo in considerazione le 5 religioni più diffuse.

In un'indagine che ha confrontato asiatici, americani bianchi, latinoamericani e afroamericani, gli asiatici hanno mostrato la minore convinzione che il dolore sia controllabile. Un altro studio ha rilevato che gli indiani considerano il dolore come qualcosa che fa parte della vita e quindi non gestibile. Spesso esprimono il desiderio di morire a causa di un dolore insopportabile. La morte non è vista come qualcosa da temere, poiché è considerata una parte naturale della vita e per loro il dolore è associato ad eventi della vita passata e quindi è considerato inefficace. Vivere attraverso il dolore è un modo per gli induisti di affrontare la loro situazione.

Uno studio ha scoperto che le espressioni delle emozioni in relazione al dolore differiscono tra afroamericani e americani bianchi. Gli afroamericani hanno una connessione più forte tra le loro emozioni e il loro dolore, con sentimenti come depressione, rabbia, ansia e paura. La frustrazione in una situazione dolorosa, invece, era altrettanto forte in entrambi i gruppi. Gli indiani trovano più importante la vicinanza ai loro parenti rispetto al trattamento mentre gli americani vedono la sicurezza nel trovare il medico e il trattamento giusto. I risultati dello

studio hanno mostrato che c'era una grande differenza nel modo in cui diversi gruppi nella società, comprese le persone di origine minoritaria, venivano trattati per il loro dolore. È stato anche riscontrato che esistevano pregiudizi sia aperti che inconsci nel personale in relazione al modo in cui trattavano il dolore nei loro pazienti. (Krupić et al., 2019)

Il dolore, da un punto di vista religioso, invece, assume significati e interpretazioni profondamente differenti a seconda delle credenze. Le cinque principali religioni mondiali ovvero: Cristianesimo, Islam, Ebraismo, Buddismo e Induismo offrono prospettive uniche che influenzano il modo in cui i fedeli percepiscono e affrontano la sofferenza.

Nel Cristianesimo, viene percepito il dolore e la sofferenza come un'eredità della morte di Gesù sulla croce. Molti cristiani considerano il dolore come una punizione di Dio, il che aggrava la loro sofferenza. In particolare nel cattolicesimo, il principio del “doppio effetto” è fondamentale nella gestione del dolore fisico. Secondo questa dottrina, l'uso di analgesici come gli oppioidi è accettato purché i benefici superino gli effetti collaterali, come la sedazione o la possibile perdita di coscienza. Il dolore, in questo contesto, può essere visto come una via di purificazione e crescita spirituale.

Nell'Islam, il dolore è visto come una prova da parte di Dio, un mezzo per cercare il Suo perdono e per espiare i peccati. I musulmani sono incoraggiati ad accettare la sofferenza come parte del disegno divino, che proviene da Dio sia nei suoi aspetti positivi che negativi.

L'Ebraismo riconosce l'importanza del sollievo dal dolore, accettando l'uso di farmaci antidolorifici per garantire il massimo comfort. Sebbene la riduzione della coscienza sia un tema meno discusso rispetto ad altre religioni, il principio del “doppio effetto” può essere accettato anche dalla prospettiva ebraica, evidenziando il valore della compassione e del rispetto per la vita.

Nel Buddismo, la sofferenza è una parte intrinseca dell'esistenza umana. Le Quattro Nobili Verità offrono una chiave di lettura della sofferenza e del dolore, considerati un percorso inevitabile verso la crescita spirituale. Il dolore è visto come una condizione da accettare piuttosto che da evitare, poiché affrontarlo con consapevolezza può portare all'illuminazione e alla liberazione dal ciclo delle rinascite.

Infine, nell'Induismo, la fede nel karma gioca un ruolo cruciale nell'interpretazione del dolore. Il dolore è percepito come la conseguenza di azioni inappropriate compiute in questa o in vite passate, e non viene giudicato in termini di bene o male. Gli induisti vedono il dolore

come una manifestazione del karma e, quindi, un elemento da accettare come parte del volere divino, piuttosto che da combattere. (Can et al., 2019)

2. Quali sono le barriere culturali che impediscono un efficace controllo del dolore terminale? Qual'è l'approccio all'uso degli oppioidi nelle diverse etnie?

Lo studio di Crombez et al. (2019) ha dimostrato che le barriere alla gestione adeguata del dolore oncologico includono atteggiamenti sociali verso la gestione del dolore, barriere di sistema e normative, barriere del clinico, barriere del paziente e disparità etniche e socio economiche nella valutazione e gestione del dolore.

In primo luogo emerge la questione della riluttanza della famiglia a discutere questioni palliative con il paziente che viene spesso percepita da chi assiste come un ostacolo. Può essere interpretata erroneamente come un rifiuto da parte della famiglia o del paziente di accettare una gestione adeguata del dolore. Tuttavia, un'approfondita conoscenza permette di creare un ambiente più funzionale e supportivo per il paziente e la sua famiglia.

La gestione del dolore oncologico richiede un approccio sensibile alle convinzioni religiose e culturali dei pazienti. L'uso di oppioidi e farmaci psicotropi, spesso considerato essenziale per alleviare il dolore severo, può essere accettato o rifiutato in base a queste convinzioni. Ad esempio, alcune culture, come quelle indonesiana e libica, rifiutano l'uso di antidolorifici in prossimità della morte, preferendo affrontarlo per ragioni spirituali. Allo stesso modo, in culture cinesi e arabe tradizionali, le decisioni di gestione del dolore vengono spesso prese a livello familiare, rendendo essenziale il coinvolgimento dei parenti nel piano terapeutico. Dalla letteratura a tal proposito si comprende l'utilità di porre al paziente domande specifiche per comprendere meglio le sue priorità, come ad esempio:

- Quanto è importante per te rimanere mentalmente vigile negli ultimi giorni della vita?
- Quale livello di dolore sei disposto a tollerare?
- Quali tipi di antidolorifici o trattamenti alternativi preferiresti considerare?

Il paziente dovrebbe essere istruito riguardo alle opzioni farmacologiche e non farmacologiche per il trattamento del dolore. (Givler et al., 2018)

Una barriera comune nella gestione del dolore è la paura degli effetti collaterali degli oppioidi, come nausea, stitichezza e sonnolenza. Questa preoccupazione può indurre alcuni pazienti a preferire il dolore piuttosto che affrontare tali disagi. Inoltre, esiste una diffusa "paura della dipendenza" dagli oppioidi, spesso alimentata da una mancanza di conoscenza.

Tuttavia, studi mostrano che l'esperienza prolungata con l'uso di oppioidi riduce tali preoccupazioni, migliorando l'aderenza al trattamento.

Anche il livello di istruzione del paziente influisce nella gestione del dolore: un'istruzione superiore è associata a minori credenze fatalistiche e a una maggiore aderenza agli analgesici. Si aggiunge il coinvolgimento familiare che può influenzare positivamente o negativamente l'efficacia della gestione del dolore. Ad esempio, nelle famiglie cinesi tradizionali, le decisioni sanitarie sono basate su un consenso familiare, il che può complicare o migliorare il processo decisionale.

In alcuni paesi, come la Giordania, esistono norme sociali che ostacolano l'uso di oppioidi. I caregiver, per esempio, possono trattenere informazioni sul dolore per evitare che il paziente faccia eccessivo uso di farmaci. Le barriere culturali e sociali si combinano con quelle economiche e legali, specialmente nei paesi a basso e medio reddito (LMICs), dove la disponibilità di oppioidi è limitata a causa di costi elevati, politiche restrittive e mancanza di risorse. (Can et al., 2019)

Esistono diverse credenze e miti sull'uso degli oppioidi che devono essere dissipati. Alcuni pazienti e familiari temono che il loro uso sia equivalente all'eutanasia, mentre gli studi dimostrano che questi farmaci possono persino prolungare la vita, permettendo al paziente di comunicare e migliorando il suo comfort. Un'altra idea sbagliata comune è la credenza che il loro uso precoce riduca le opzioni terapeutiche future, ma è importante spiegare che gli oppioidi non hanno un dosaggio massimo e possono essere adattati in base alle necessità del paziente.

Un'ulteriore difficoltà nelle cure palliative è la barriera linguistica. Quando un paziente parla una lingua diversa, la comunicazione può essere compromessa, soprattutto se si usano familiari come traduttori. Questi, a causa delle loro credenze, potrebbero evitare di parlare di morte o trasmettere correttamente le informazioni mediche. L'uso di un traduttore professionista aiuta in tal senso e fa sì che il paziente riceva una valutazione accurata del dolore e comprenda appieno i rischi e i benefici del trattamento. (Givler et al., 2018)

3. Quali interventi non farmacologici possono essere implementati dagli infermieri nella gestione del dolore terminale nei pazienti di diverse culture?

Il benessere, anche in situazioni di dolore, può manifestarsi in modi diversi a seconda delle strategie adottate dai vari gruppi etnici per raggiungerlo. È essenziale considerare queste

differenze nella gestione del dolore, poiché potrebbero influire significativamente sul senso di sollievo soggettivo.

Ad esempio, indiani e americani hanno priorità differenti nei trattamenti, mentre gli afroamericani tendono a gestire il dolore con l'aiuto della preghiera e della speranza. Questo sottolinea l'importanza di un approccio personalizzato nella cura del dolore, che tenga conto delle credenze e preferenze culturali.

Diversi studi hanno esplorato l'efficacia di interventi di medicina complementare e alternativa (CAM) nel trattamento del dolore oncologico negli adulti. Tra questi, interventi come terapie psicoeducative, musicali, l'agopuntura, l'uso di erbe medicinali cinesi, il Reiki, la Stimolazione Elettrica Transcutanea dei Nervi (TENS), il qigong, lo yoga e l'omeopatia hanno mostrato un potenziale beneficio. Tuttavia, le evidenze scientifiche a sostegno dell'efficacia di tali terapie restano limitate. Alcuni interventi, come lo yoga, hanno dimostrato una certa efficacia nella riduzione del dolore oncologico, ma sono necessari ulteriori studi per confermare la sostenibilità a lungo termine. Inoltre, le preferenze per i trattamenti CAM variano a seconda della cultura e delle tradizioni etniche, con i cinesi che spesso ricorrono alle erbe medicinali, i nativi hawaiani che preferiscono la guarigione spirituale, e i filippini che si affidano maggiormente alla preghiera e alla guarigione religiosa (Crombez et al., 2019).

Torres, Thorn, Kapoor e DeMonte (2017) hanno esplorato come gli immigrati ispanici negli Stati Uniti percepiscono e gestiscono il dolore cronico. I risultati evidenziano che preferiscono strategie di autogestione non farmacologiche come lo yoga, farmaci da banco e rimedi casalinghi. Inoltre, evitano spesso le cure mediche a causa di barriere linguistiche, discriminazione percepita, responsabilità familiari e la sensazione di ricevere meno attenzione dal sistema sanitario. (Krupić et al., 2019)

I cinesi possono credere che il dolore sia il risultato di uno squilibrio tra yin e yang e preferire l'uso della medicina tradizionale cinese. Altri potrebbero preferire incontrare un guaritore spirituale o utilizzare terapie integrative come l'agopuntura, il massaggio, le erbe e terapie espressive (arte e musica) per la gestione del dolore. Gli operatori sanitari dovrebbero discutere delle opzioni basate su evidenze scientifiche con i pazienti, fornendo cure rispettose delle loro credenze e valori individuali. (Can et al., 2019)

Forti credenze religiose hanno aiutato la maggior parte dei pazienti delle minoranze etniche a dare un significato positivo mentre affrontano il cancro, minimizzando la loro esperienza del

dolore oncologico e tendendo a fare affidamento maggiormente su modalità naturali per la gestione del dolore questo ci fa comprendere il peso e l'importanza di conoscere e comprendere tali convinzioni. (Crombez et al., 2019)

Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza di alcune tecniche alternative di sollievo dal dolore che possono essere utilizzate in modo sicuro insieme agli oppioidi. Tra queste, agopuntura, erbe, coppettazione, coniazione e moxibustione. A volte i pazienti possono richiedere l'uso di un guaritore spirituale che può utilizzare erbe medicinali. Quando possibile, si può consentire rimedi tradizionali per la palliazione del dolore, a condizione che non siano dannosi per il paziente. (Givler et al., 2018)

Altre pratiche alternative per il trattamento del dolore, riguardano l'alimentazione: alcune culture ricorrono infatti al consumo di alimenti caldi o freddi per riequilibrare il corpo, questo è diffuso tra i cinesi americani e i messicani americani. I filippino-americani, invece, possono ricorrere a guaritori tradizionali, come l'herbolaryo, e alle erbe medicinali per prevenire l'ingresso di spiriti maligni nel corpo.

Oltre al dolore fisico, molti pazienti terminali sperimentano dolore spirituale. Le famiglie filippino-americane e afroamericane, ad esempio, si affidano spesso alla preghiera per alleviare il dolore durante il processo della morte. Gli infermieri devono essere consapevoli di queste pratiche spirituali e cercare di supportarle, estendendo gli orari di visita o offrendo spazi privati per la preghiera. Inoltre, devono considerare i rituali culturali legati alla morte: i pazienti musulmani potrebbero preferire essere posizionati verso la Mecca, mentre nelle famiglie buddiste si richiede che il corpo del defunto non venga toccato fino alla recitazione delle preghiere. (Martin et al., 2016)

4. Quali competenze culturali deve possedere l'infermiere per approcciarsi al meglio con pazienti provenienti da culture diverse che affrontano la battaglia del dolore terminale?

Nella gestione delle cure di fine vita, è fondamentale che gli infermieri considerino il ruolo della religione e del collettivismo nelle decisioni sanitarie dei pazienti e delle loro famiglie. I valori culturali influenzano profondamente il modo in cui vengono prese le decisioni sanitarie. Nelle culture occidentali, l'indipendenza e l'autonomia sono altamente valorizzate, mentre molte culture non occidentali privilegiano il collettivismo e il coinvolgimento della comunità. Per esempio, i pazienti cinesi spesso preferiscono che le loro famiglie discutano con i medici le decisioni riguardanti malattie gravi. Allo stesso modo, i messicano-americani e gli

afroamericani tendono a considerare la presa di decisioni sanitarie come un processo familiare, ritenendola meno isolante e gravosa. Il Modello Esplicativo della Malattia di Kleinman, offre un quadro di riferimento per esplorare come i valori culturali e le credenze del paziente influenzano la loro percezione della malattia. Attraverso otto domande chiave, gli infermieri possono comprendere meglio le prospettive del paziente:

1. Come chiami questo problema?
2. Quale credi sia la causa di questo problema?
3. Che corso ti aspetti che prenda?
4. Quanto è grave?
5. Cosa pensi che faccia questo problema nel tuo corpo?
6. Come influisce sul tuo corpo e sulla tua mente?
7. Cosa temi di più di questa condizione?
8. Cosa temi di più riguardo al trattamento?

Queste domande permettono agli infermieri di esplorare il significato che il paziente attribuisce alla propria condizione. (Martin et al., 2016)

La religione e la spiritualità giocano un ruolo cruciale nelle decisioni sanitarie. Studi hanno dimostrato che per molti pazienti, la fede in Dio è una considerazione fondamentale nella scelta del trattamento, anche se i medici e infermieri potrebbero non sempre tenerne conto. Inoltre, le cure di fine vita possono essere percepite negativamente in alcune culture a causa della sfiducia nel sistema sanitario o dei valori culturali associati alla cura familiare.

Per esempio, molti afroamericani possono avere una sfiducia storica nel sistema sanitario, alimentata da esperienze passate come lo studio di Tuskegee, che ha contribuito a una percezione negativa delle cure di fine vita. In questi casi, i programmi di ponte hospice, che permettono di continuare i trattamenti che prolungano la vita mentre si ricevono cure palliative, possono essere più accettabili.

Analogamente, in molte culture asiatiche, la pietà filiale e il rispetto per gli anziani sono valori predominanti. Le famiglie asiatico-americane potrebbero vedere le cure professionali di fine vita come un fallimento nel compiere il loro dovere verso i genitori anziani. Gli infermieri possono migliorare l'accettabilità delle cure di fine vita incoraggiando il coinvolgimento della famiglia nella cura quotidiana, come l'educazione su come fornire assistenza (per esempio igiene, mobilizzazione) e il monitoraggio dei pazienti.

È essenziale anche integrare i rimedi tradizionali, se sicuri. Gli infermieri devono valutare attentamente l'uso di medicine alternative e terapie erboristiche per evitare interazioni dannose con i farmaci prescritti. Collaborare con i farmacisti e medici può aiutare a garantire la sicurezza delle terapie complementari, specialmente quando si combinano con trattamenti farmacologici. (Martin et al., 2016)

Anche i bisogni spirituali e culturali devono essere inclusi in ogni rivalutazione. Quando si valutano pazienti che si presentano in uno stato di disagio, è importante considerare un rinvio spirituale/culturale quando la causa non può essere determinata come biomedica o psicologica. (Speck et al., 2016)

L'infermiere, essendo il contatto primario con i pazienti e il principale responsabile della rilevazione dei cambiamenti nei sintomi del dolore, ha un contributo prezioso nella sua gestione. È essenziale che comprendano le differenze culturali per evitare errori di valutazione e per offrire un'assistenza mirata. La mancanza di comprensione culturale può portare a malintesi e a un trattamento inadeguato, come dimostrato da studi che evidenziano che i professionisti con minore esperienza culturale tendono a giudicare in modo errato il dolore dei pazienti. È importante valutare accuratamente il dolore del paziente, tenendo conto di fattori come le norme culturali, le credenze, le circostanze ambientali e lo stato emotivo e cognitivo. Inoltre i professionisti sanitari devono essere consapevoli che le loro credenze e conoscenze influenzano le strategie di gestione e i risultati attesi.

Gli infermieri dovrebbero conoscere e utilizzare approcci integrativi culturalmente appropriati nella gestione del dolore, adattandoli alle preferenze individuali dei pazienti. Un esempio efficace è l'uso della musica, che può essere selezionata in base ai gusti culturali del paziente. Devono essere consapevoli delle diverse credenze rilevanti per la cura in fin di vita.

È essenziale che si sentano a loro agio nel chiedere ai pazienti le loro preferenze personali riguardo alla gestione del dolore coinvolgendo, se necessario, anche i familiari.

In caso di barriere linguistiche, è importante utilizzare un interprete qualificato. E dovrebbero informarsi sulle opzioni farmacologiche e non farmacologiche per il trattamento e spiegando benefici e rischi. I pazienti devono essere istruiti sui metodi di valutazione del dolore e su come usarli, e gli operatori devono interpretare i punteggi del dolore tenendo conto delle convinzioni culturali.

È importante collaborare con consulenti spirituali per aiutare i pazienti a fare pace con la loro morte imminente e soddisfare le loro richieste di spazio e tempo per la preghiera.

Con il tempo e la formazione, è possibile gestire il dolore e fornire un'assistenza compassionevole e culturalmente competente. Come ha detto la dottoressa Rachel Naomi Remen: “Il nostro potere di guarire è molto meno limitato del nostro potere di curare. La guarigione non è una relazione tra un esperto e un problema. È una relazione tra esseri umani.” (Givler et al., 2018)

CAPITOLO V - DISCUSSIONE

5.1 Discussione

Dalle ricerche emerge chiaramente che il dolore è un fenomeno influenzato da vari fattori sociali e culturali, plasmato da medici, infermieri, pazienti e istituzioni sanitarie. La percezione e gestione del dolore quindi differisce tra le etnie.

Studi dimostrano che il dolore può essere visto come una costruzione sociale, influenzata da fattori come religione, valori culturali, ambiente sociale e infrastrutture sanitarie. Per esempio, alcune culture promuovono un atteggiamento stoico verso il dolore, mentre altre vedono nella sofferenza una prova di fede o un'opportunità di crescita spirituale. Questa diversità di approccio implica che il trattamento non può essere standardizzato, ma necessita di essere personalizzato e culturalmente competente da parte degli operatori sanitari.

Un punto centrale emerso dai risultati è la necessità di una comunicazione efficace tra pazienti e infermieri. Le barriere linguistiche e culturali rappresentano un ostacolo significativo, spesso portando a incomprensioni e a una sottovalutazione del disagio, si potrebbero erroneamente presumere che il paziente non comprenda, o che l'infermiere non possieda le competenze linguistiche per cogliere i reali sentimenti del paziente. Per superare questi impedimenti, si può ricorrere all'uso di interpreti qualificati e una formazione adeguata del personale per migliorare la qualità delle cure e a fornire un trattamento equo.

Lungo il percorso assistenziale si presentano anche sfide etiche e religiose. Le differenti credenze religiose dei pazienti influenzano notevolmente le decisioni riguardanti il sollievo dal dolore, l'uso di farmaci e le scelte di fine vita. È emerso che in famiglie provenienti da culture africane, asiatiche, cinesi, indiane orientali, ispaniche, indonesiane, giapponesi, native americane e vietnamite, per esempio, potrebbero chiedere ai medici di non rivelare diagnosi terminali ai pazienti per evitare di causare sofferenze emotive e mantenere la speranza, mentre in altre religioni, come il cristianesimo, l'induismo, i testimoni di Geova, il mormonismo e l'islam, hanno ciascuno considerazioni diverse per quanto riguarda trattamenti farmacologici e non (compresi quelli di medicina complementare). I buddisti, invece, potrebbero rifiutare farmaci che alterano la lucidità mentale, poiché la chiarezza di pensiero è vista essenziale nell'approccio alla morte. Alcune credenze taiwanesi vedono il parlare apertamente della morte come un atto che porta sfortuna, e quindi tendono a evitare di discuterne.

L'adesione al trattamento dipende anche dal livello di istruzione e dalla conoscenza dei pazienti riguardo ai trattamenti disponibili, in particolare l'uso degli oppioidi. Educare i pazienti e le loro famiglie sui benefici di questi farmaci, dissipando i miti e le paure, contribuisce a garantire una terapia efficace e a migliorare l'assistenza ai pazienti terminali. Infine è cruciale sviluppare una comprensione globale delle loro esigenze in modo tale da fornire cure di fine vita che rispettino non solo il corpo, ma anche la mente, la cultura e lo spirito del paziente, contribuendo a una morte più serena e dignitosa.

5.2 Limiti dello studio

I limiti riscontrati riguardano la concentrazione degli studi prevalentemente in paesi come per esempio Svezia, Stati Uniti e Regno Unito pertanto è di estrema importanza condurre ulteriori ricerche per migliorare la conoscenza riguardo tale tematica.

È necessario continuare a studiare le differenze etniche, il modo in cui il dolore viene riportato e predetto e le sue conseguenze, inclusa la valutazione delle variabili associate ad esso.

Per quanto riguarda il tema della Medicina Complementare e Alternativa per gestire il dolore oncologico tra i diversi gruppi etnici e minoranze la letteratura non dimostra l'efficacia degli interventi perchè gli studi non sono sufficientemente robusti e dettagliati e quindi non si possono trarre conclusioni certe per quanto riguarda il loro utilizzo.

Non è stato pertanto possibile rispondere in maniera completa alla domanda: “Quali interventi non farmacologici possono essere implementati dagli infermieri nella gestione del dolore terminale nei pazienti di diverse culture?”

CAPITOLO VI - CONCLUSIONI

6.1 Conclusioni

In conclusione, si comprende che la percezione algica è scatenata da più fattori che riguardano situazioni esperienziali, dimensioni caratteriali, significati attribuiti al dolore, stati emotivi, memorie, sfera culturale, religione ed etnia: elementi che variano da individuo a individuo, rendendola un'esperienza unica. Sicuramente l'infermiere è uno dei professionisti della salute che gioca un ruolo di protagonista nell'identificare il paziente che ha dolore per valutarlo e per mettere in opera i vari metodi finalizzati al suo controllo perché ha contatti più frequenti con i pazienti, sia in ospedale che in hospice piuttosto che a domicilio.

Ricapitolando quindi: il dolore va considerato come un'esperienza multidimensionale, prima di qualsiasi intervento occorre accertare e valutare il dolore e il suo impatto sulla persona, gli interventi devono avere obiettivo ad aiutare il paziente a migliorare l'autoefficacia, l'autocontrollo, le abilità di controllo oltre che alleviare la sofferenza.

Il professionista deve evitare atteggiamenti pregiudiziali aprendosi all'uso di nuove tecniche proposte da evidenze scientifiche, che tengano conto delle preferenze culturali dell'assistito questi mirano non solo ad alleviare il dolore, ma anche a rendere il soggetto attivo nella cura di sé; svolge anche un ruolo cruciale nell'educazione del paziente, specialmente per quanto riguarda l'uso degli oppioidi nelle fasi terminali. È essenziale sfatare miti e paure legati a questi farmaci, evidenziando come il loro uso appropriato non riduca la sopravvivenza, ma offre sollievo fisico e psicologico.

È necessaria una formazione mirata che superi i moduli tradizionali sulla competenza culturale. La gestione olistica del paziente richiede attenzione ai bisogni fisici, psicologici, culturali e spirituali, con una rivalutazione costante nel corso della malattia.

Attraverso questo approccio integrato e inclusivo sarà possibile ridurre le disparità e garantire una gestione del dolore equa e culturalmente appropriata per tutti i pazienti, ricordando che con le attività tecniche si assolve solo una parte del del dovere professionale. Il professionista è calato nella relazione (inteso come persona con persona), per essere umanamente, culturalmente ed etnicamente sensibili è utile entrare nell'ottica della persona che ha bisogni, osservandola in maniera olistica. Questo indirizza verso l'appropriatezza degli interventi compresa l'assistenza relazionale.

6.2 Implicazioni per la pratica clinica

La letteratura scientifica sottolinea l'importanza dell'acquisizione da parte dei professionisti sanitari di una profonda conoscenza delle diversità etniche, culturali e religiose dei pazienti.

Gli operatori sanitari necessitano di una formazione specializzata per fornire cure di fine vita a popolazioni culturalmente diverse. Tradizionalmente, la competenza culturale viene trattata come un modulo separato nei programmi di formazione per le cure palliative, ma alcuni ricercatori raccomandano di includere la cultura come elemento chiave nella comunicazione e nel processo decisionale di fine vita, dimostrando che i partecipanti si sentivano meglio preparati a fornire cure culturalmente sensibili.

Suggerimenti per migliorare la competenza culturale nella gestione del dolore nel fine vita sono:

- Essere consapevoli delle diverse convinzioni culturali che circondano e che riguardano le cure. Chiedere le preferenze riguardo al processo decisionale (è opportuno parlare direttamente con il paziente, insieme alla sua famiglia, oppure solo con la famiglia del paziente?). Avvalersi di un interprete professionista per garantire la comprensione.
- Discutere la gestione del dolore nel fine vita. Cosa significa dolore per il paziente? Il paziente desidera sollievo dal dolore e, in caso affermativo, come dovrebbe essere trattato? Fornire opzioni sia farmacologiche che non farmacologiche per la gestione del dolore. Affrontare eventuali deficit di conoscenza sull'uso degli oppioidi. Prendere in considerazione eventuali terapie complementari desiderate negoziando su priorità e preferenze, verificarne la sicurezza e incorporarle nel piano di cura qualora possibile.
- Utilizzare strumenti validati di valutazione del dolore per comprendere l'efficacia degli interventi su di esso. Assicurarsi che il paziente capisca come usarli correttamente, i punteggi del dolore vanno analizzati alla luce delle convinzioni culturali del paziente.
- Valutare il dolore spirituale, da non trascurare. Collaborare con consulenti spirituali e cappellania sanitaria per aiutare i pazienti e le famiglie a fare pace con la loro morte, se il paziente lo desidera. Accogliere le richieste dei pazienti e della famiglia per quanto riguarda tempo e spazio per la preghiera, la meditazione e altri rituali.
- Approfondire con un'ulteriore formazione nell'ambito di cure di fine vita e sostenere iniziative volte ad aumentare la consapevolezza pubblica sui benefici dell'hospice.

- Per la barriera linguistica, gli Standard nazionali per i servizi sanitari culturalmente e linguisticamente appropriati stabiliscono che le organizzazioni sanitarie devono fornire materiale stampato di facile comprensione, inclusi moduli di consenso e istruzioni mediche o per il trattamento, per i pazienti nella loro lingua madre e l'uso di interpreti e materiali tradotti per facilitare la comprensione e la discussione.
- La letteratura suggerisce Il Modello Esplicativo della Malattia di Kleinman, come strumento utile ad aiutare nel colmare le lacune comunicative tra operatori sanitari e pazienti provenienti da diverse culture.

6.3 Implicazioni per la ricerca

Le teorie infermieristiche affermano che integrare le culture diverse e comprendere i vari riti sono importanti per fornire un'assistenza di qualità. Per le ricerche future sarebbe utile e interessante esplorare attraverso ulteriori studi l'efficacia di ricorrere alle sole tecniche farmacologiche o sole tecniche non farmacologiche o in combinazione tra loro per il controllo del dolore e la sofferenza nei pazienti. Comprendere se è possibile includere questi ultimi nel processo di cura in modo sicuro tenendo conto delle priorità e preferenze dell'assistito.

BIBLIOGRAFIA:

- Bennett, M. I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., & Treede, R.-D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic cancer-related pain. *Pain*, 160(1). <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>
- Diller, A. (1980). Cross-cultural pain semantics. *Pain*, 9(1), 9-26. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(80\)90025-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(80)90025-1)
- Fabry, L., McDermott, S., & Wilford, B. (2024). Culturally competent care for diverse populations: A review of transcultural nursing education. *The Journal of Transcultural Nursing*, 46(3), 274-282. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000526>
- Fillingim, R. B. (2017). Individual differences in pain: Understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*, 158(Suppl 1), S11-S18. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000775>
- Koffman, J. (2014). Servicing multi-cultural needs at the end of life. *Journal of Renal Care*, 40(Suppl 1), 6-15. <https://doi.org/10.1111/jorc.12087>
- Kizilhan, J. I. (2016). Cultural interpretation of pain in family-oriented societies. *Der Schmerz*, 30(4), 346-350. <https://doi.org/10.1007/s00482-016-0127-4>
- Latina, R. (2024). Aspetti culturali di base nella gestione del paziente con dolore: non solo infermieristica. Articolo 1-3.
- Lovering, S. (2006). Cultural attitudes and beliefs about pain. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(4), 389-395. <https://doi.org/10.1177/1043659606291546>
- Martin, E. M., & Barkley, T. W., Jr. (2016). Improving cultural competence in end-of-life pain management. *Nursing*, 46(1), 32-41. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000475480.75266.9a>
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- Ngamkham, S., Yang, J. J., & Smith, E. L. (2021). Thai Buddhism-based mindfulness for pain management in Thai outpatients with cancer: A pilot study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 88-94. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_20

- Satija, A., & Bhatnagar, S. (2017). Complementary therapies for symptom management in cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(4), 468-479. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_100_17
- Schäfer, D. (2017). Historical pain concepts: Cultural influences on pain perception and interpretation. *Der Schmerz*, 31(1), 75-85. <https://doi.org/10.1007/s00482-016-0185-7>
- Schuster-Wallace, C. J., Nouvet, E., Rigby, I., Krishnaraj, G., de Laat, S., Schwartz, L., & Hunt, M. (2021). Culturally sensitive palliative care in humanitarian action: Lessons from a critical interpretive synthesis of culture in palliative care literature. *Palliative & Supportive Care*, 19(5), 596-604. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000894>
- Sharma, S., Abbott, J. H., & Jensen, M. P. (2018). Why clinicians should consider the role of culture in chronic pain. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(5), 345–346. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.07.002>
- Sullivan, M. D. (2019). Clarifying our cultural contest about chronic pain. *Pain*, 160(4), 895-898. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001455>
- Re, L. G., & Andreola, I. (2020). Il dolore: un approccio culturalmente sensibile. *L'Infermiere*, (4).

SITOGRAFIA:

- Ministero della Salute. (2021). Cure palliative in ospedale: un diritto di tutti. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_518_allegato.pdf
Data ultima consultazione: 10 ottobre 2024
- INMP, & ISTAT. (2016). Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT. <https://www.epicentro.iss.it/migranti/documentazione-italia>
Data ultima consultazione: 20 agosto 2024
- Istituto Superiore di Sanità. (2018). Cure palliative. ISSalute. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cure-palliative>
Data ultima consultazione: 20 agosto 2024
- Società Italiana di Cure Palliative. (2021). Dolore oncologico. https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2021/01/Dolore_Oncologico_web_05601.pdf
Data ultima consultazione: 20 agosto 2024
- Watson, C. D. (2022). Panoramica sul dolore. Manuale MSD. <https://www.msdmanuals.com/>
Data ultima consultazione: 9 agosto 2024
- Treccani. (2003). Spiritualità. <https://www.treccani.it/vocabolario/spiritualita/>
Data ultima consultazione: 9 agosto 2024
- Luna Scuola di Coaching. (2022). *Spiritualità*: cosa significa davvero e perché coltivarla. <https://www.lunascuoladicoaching.com/spiritualita-cosa-significa-davvero-e-perche-coltivarla/>
Data ultima consultazione: 9 settembre 2024

- Istituto Nazionale di Statistica. (2023). Popolazione e società stranieri anno 2023. <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?L=0&categoria=4&dove=ITA#:~:text=In%20>
Data ultima consultazione: 15 agosto 2024
- Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Discriminazioni. (n.d.). Salute della popolazione immigrata/Osservatorio. <https://www.inmp.it/index.php/ita/Osservatorio-Epidemiologico/Salute-della-popolazione-immigrata>
Data ultima consultazione: 15 agosto 2024
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (2019). *Il Consiglio nazionale FNOPI approva il nuovo Codice deontologico degli infermieri.* <https://www.fnopi.it/>
Data ultima consultazione: 6 settembre 2024
- International Association for the Study of Pain (IASP). (n.d.). IASP announces revised definition of pain. IASP. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
Data ultima consultazione: 9 agosto 2024