



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

I BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA
LA RISPOSTA ATTRAVERSO UN APPROCCIO TRANSCULTURALE

Relatore: Prof.ssa Galzignato Stefania

Laureando: Petrini Gaia

Anno accademico 2014-2015

INDICE

RIASSUNTO	Pag.
1. CAPITOLO 1.....	1
1.1 Immigrazione come fenomeno storico	
1.2 Il contesto italiano attuale: flussi migratori, distribuzione e accoglienza	
<i>1.2.1 Analisi dei flussi</i>	
<i>1.2.2 Distribuzione sul territorio nazionale</i>	
<i>1.2.3 Strutture di accoglienza</i>	
<i>1.2.4 L'associazione Emergency</i>	
2. CAPITOLO 2.....	11
2.1 Materiali e metodi	
2.2 Caratteristiche della ricerca	
3. CAPITOLO 3.....	15
3.1 Immigrazione e salute nel contesto Italiano	
<i>3.1.1 Fattori che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari</i>	
<i>3.1.2 Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso alle cure degli stranieri residenti in Italia</i>	
<i>3.1.3 La salute degli immigrati che giungono via mare</i>	
<i>3.1.4 Migranti e malattie infettive</i>	
3.2 L'esperienza di Emergency nella realtà di Marghera (VE)	
<i>3.2.1 Il Poliambulatorio di Emergency a Marghera: i bisogni e le difficoltà dei pazienti immigrati</i>	
4. CAPITOLO 4.....	27
4.1 L'importanza di un approccio transculturale nella risposta ai bisogni di salute della popolazione immigrata	
4.2 Implicazioni per la pratica	

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

RIASSUNTO

Problema: Da sempre terra di flussi migratori sia in entrata che in uscita, negli ultimi decenni l'Italia ha dovuto far fronte ad un fenomeno migratorio di dimensioni storiche che sta interessando i propri territori. La necessità di accogliere persone provenienti da ogni parte del mondo e di diverso background culturale porta ad una continua modifica del tessuto sociale, con specifiche ripercussioni sulla salute e sull'assistenza. L'incontro tra operatori sanitari italiani e utenti stranieri comporta un cambiamento reciproco nei comportamenti e negli atteggiamenti, spesso condizionati da stereotipi, diffidenza ed etnocentrismo in risposta alla "diversità". Dalla letteratura e dall'analisi della situazione nazionale attuale, emerge la necessità di far fronte a eventuali nuovi bisogni di salute ma soprattutto differenti modi di concepire e affrontare la salute e la malattia.

Obiettivi: analizzare i bisogni di salute della popolazione immigrata nel contesto attuale Italiano e valutare se, attraverso un approccio transculturale, è possibile rispondere in maniera adeguata a tali bisogni.

Materiali e metodi: la ricerca bibliografica si è concentrata sulla lettura critica di articoli degli ultimi 5 anni e sull'analisi di dati e statistiche ufficiali degli ultimi 2 anni; ho inoltre effettuato un'intervista alla direttrice e ad un infermiere volontario del Poliambulatorio di Emergency di Marghera per approfondire quali siano i bisogni di salute emersi nel contesto locale. L'attenzione è stata posta sui bisogni di salute della popolazione immigrata, principalmente di coloro che vivono in Italia in condizione di irregolarità, e sulle modalità di risposta a tali bisogni attraverso uno studio dei modelli di nursing transculturale.

Risultati della ricerca: dalla ricerca è emerso che i bisogni di salute sono molteplici e differenziati a seconda dell'etnia di provenienza e delle credenze individuali, e che la risposta a tali bisogni non è sempre possibile in quanto sarebbe necessaria una profonda modifica del contesto sociale in cui molte delle categorie prese in considerazione si trovano

a vivere. Tuttavia appare necessario un intervento prevalentemente di tipo educativo per tentare di eradicare il più possibile i fattori di rischio cui si espongono e che costituiscono la principale causa di insorgenza di patologie. Per quanto riguarda l'approccio transculturale, nonostante i modelli teorici del nursing transculturale non forniscano indicazioni pratiche all'agire, essi indicano un percorso di consapevolezza culturale che appare utile ed efficace per analizzare e comprendere le differenze culturali di cui il paziente è portatore, avere una visione olistica e attuare un'assistenza efficace.

CAPITOLO 1

1.1. Immigrazione come fenomeno storico

L'immigrazione è un fenomeno che da sempre ha caratterizzato la vita dell'essere umano, oggi questa parola risulta molto attuale e rappresentativa di un universo variegato. Definita come “trasferimento permanente o spostamento temporaneo di persone in un paese diverso da quello d'origine”¹, l'immigrazione interessa popoli e persone provenienti da ogni parte del mondo, benché gli stati di partenza e arrivo siano mutati col susseguirsi delle epoche storiche. Come in ogni fenomeno, anche l'immigrazione è caratterizzata da motivazioni molteplici. Una delle principali spinte ad abbandonare il proprio paese d'origine è la povertà: emigrare in un altro paese rappresenta spesso l'unico modo d'uscita ad una vita passata nell'indigenza, una via per migliorare le proprie condizioni di vita cercando un lavoro da svolgere all'interno del paese ospitante. Altre volte il motivo che spinge alla migrazione è invece legato al contesto politico: dittature, persecuzioni, guerre e genocidi spingono intere famiglie a cercare la libertà al di fuori del proprio paese oppresso.

Nel corso della storia l'Italia dal punto di vista migratorio risulta essere un paese molto particolare, infatti è stata terra di flussi prima in uscita e oggi in entrata. In passato l'Italia è stata soprattutto un luogo di partenze: sono stati gli italiani, infatti, ad essere i protagonisti del più grande esodo migratorio che ha interessato l'epoca moderna (nel corso della durata di tutto il periodo migratorio, furono circa 24 milioni di italiani, in prevalenza maschi e giovani, a lasciare la penisola).^{2 3}

Dall'altro lato gli ultimi decenni hanno visto l'Italia diventare luogo di immigrazione: sono migliaia le persone che, per cause economiche o politiche, sono approdate o stanno per approdare nella nostra penisola. Questo fenomeno ebbe inizio negli anni '80, decennio che divide due opposte tendenze: se prima l'Italia era coinvolta solo marginalmente nel flusso migratorio verso i propri territori, successivamente ne fu investita in modo massiccio tanto che il problema immigrazione è, ormai da decenni, in cima alle questioni che infiammano l'opinione pubblica e il dibattito politico.²

Molteplici sono i motivi per cui l'Italia è divenuta luogo di immigrazione, e il primo tra tutti

¹ Dizionario della lingua Italiana Sabatini Coletti, edizione anno 2008.

² Enciclopedia online Sapere.it, Immigrazione: definizione e storicità di un fenomeno che oggi diventa emergenza, 22-04-2015, Disponibile da: <http://www.sapere.it/sapere/pillole-di-sapere/costume-e-societa/immigrazione-definizione-e-storicit-di-un-fenomeno-oggi-emergenza.html>

³ Bonifazi C, Le migrazioni Italiane, Nuova informazione Bibliografica, Il mulino, Aprile-Giugno 2015; 333-360.

è di carattere puramente geografico: esposta per la maggior parte al mare e caratterizzata quasi nella sua totalità da territori costieri, l'Italia è poco controllabile. In secondo luogo, posizionata nel mezzo del Mediterraneo, la nostra penisola rappresenta la prima (e più semplice) frontiera da attraversare per arrivare in Europa. Il nostro paese possiede dunque moltissime caratteristiche che hanno giocato a favore dello sviluppo dell'immigrazione, facendo dell'Italia un paese anomalo e unico al mondo sotto questo punto di vista.

La nostra penisola, avendo conosciuto entrambi i fenomeni (emigrazione ed immigrazione) è l'esempio lampante di come la storia sia da sempre caratterizzata dalla ciclicità. Una ciclicità che deve oggi trovare un piano d'azione serio ed efficiente per affrontare quella che, oggi, è diventata una vera e propria emergenza umanitaria e territoriale.^{2 3}

1.2. Il contesto italiano attuale: flussi migratori, distribuzione e accoglienza

1.2.1 Analisi dei Flussi

Nel 2011, l'Italia ha registrato un aumento vertiginoso degli arrivi: 62.700, contro i 4.500 dell'anno prima. Dopo una diminuzione nel 2012, i numeri hanno cominciato a risalire nel 2013 (43.000 arrivi). I Paesi di origine dei migranti erano principalmente: Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina.⁴

Un nuovo picco si è registrato nel 2014 (170.000) ma l'anno corrente sembra destinato a stabilire un nuovo record.

Nella prima metà di quest'anno il Mar Mediterraneo è stato attraversato da 130.000 rifugiati e migranti, in viaggio su imbarcazioni e gommoni non sicuri e in condizioni terribili; molte sono le persone morte prima di giungere sulle nostre coste: a metà Aprile si ha assistito al più grande naufragio di rifugiati mai registrato, che ha portato alla morte di oltre 800 persone. Questa tragedia ha dato inizio ad una serie di riunioni di emergenza da parte dell'Unione Europea per accordarsi su quale possa essere la risposta comune più efficace.⁵

La maggior parte di coloro che scelgono di affrontare la via del mare per giungere in Europa sono rifugiati, in fuga da guerre, conflitti o persecuzioni. Gli stati membri dell'UE, oltre ad una responsabilità morale e politica, hanno anche l'obbligo comune di soccorrere coloro che

⁴ Caritas Italiana, XXIII Rapporto sull'immigrazione Caritas e Migrantes 2013: dati e caratteristiche del fenomeno, 23 Gennaio 2014. Disponibile da http://www.caritasitaliana.it/caritasitaliana/allegati/3960/Presentazione_Rapporto_immigrazione_FORTI.pdf (Ultimo accesso: 11 settembre 2015)

⁵ UNHCR, Global Trends 2015, World at War. Disponibile da: <http://unhcr.org/556725e69.html>

si trovano in mare in situazione di pericolo.⁵

Fino all'inizio del 2015 l'aumento degli arrivi attraverso il mare ha interessato prevalentemente le coste italiane: nel 2014 più di tre quarti dei rifugiati e migranti in arrivo via mare (170.000) sono giunti in Italia. Meno di un quinto del totale (43.500) erano le persone arrivate in Grecia nello stesso anno.⁵ (Allegato 1)

Nel 2015 si ha avuto un cambiamento nel quadro Europeo. Nell'ultimo anno è stato registrato un notevole aumento di migranti sulla “via del Mediterraneo orientale” ovvero dalle coste turche a quelle greche. Si tratta principalmente di rifugiati provenienti da Siria (57%), Afghanistan (22%), Iraq (5%) e Somalia.⁵

L'Italia rimane la principale destinazione per persone provenienti da Eritrea (25%), Nigeria (10%) e Somalia (10%), seguite da Siria (7%) e Gambia (6%), per un totale di 67,500 arrivi registrati tra Gennaio e Giugno 2015.⁵

Di questi solo 28.500 persone hanno presentato domanda di asilo; nell'intero anno 2014 le domande erano state 62.000 e presumibilmente per la maggior parte da persone arrivate via mare. Questo dato evidenzia come gran parte dei migranti e rifugiati che giungono nel Sud Europa abbia l'intenzione di continuare il proprio viaggio verso paesi dell'Europa settentrionale e occidentale, in particolare Svezia e Germania.⁵

I volti dell'immigrazione sono dunque molteplici: i cittadini europei, per lo più provenienti dall'est Europa, “migranti forzati” in fuga da guerre, eccidi e altre sciagure umanitarie che spesso in Italia sono destinate a tortuosi percorsi burocratici e irrazionali per ottenere il riconoscimento di status come rifugiati e richiedenti asilo. Ma parlando di immigrazione sono inclusi anche gli immigrati che vivono in Italia regolarmente con permesso di soggiorno e i giovani stranieri di seconda generazione.⁶

1.2.2 Distribuzione sul territorio nazionale

I dati statistici divulgati dal Ministero degli Interni riguardanti la distribuzione nelle strutture di accoglienza presenti nel territorio italiano dei migranti e rifugiati giunti sulle nostre coste via mare, aggiornati al mese di Febbraio 2015, ci mostrano come nonostante la maggior parte di essi rimanga nelle regioni del sud interessate direttamente dagli sbarchi, nessuna regione è esente dall'istituire strutture per l'accoglienza.⁷

⁶ Colombo M., I volti della migrazione in Italia: dalla crisi economica a una nuova fase per l'integrazione sociale, Focus, Migranti, il difficile cammino dell'integrazione, n.1 2014, pp 22-29.

⁷ Ministero degli Interni, Distribuzione generale dei migranti nelle strutture temporanee, nei CARA e nello

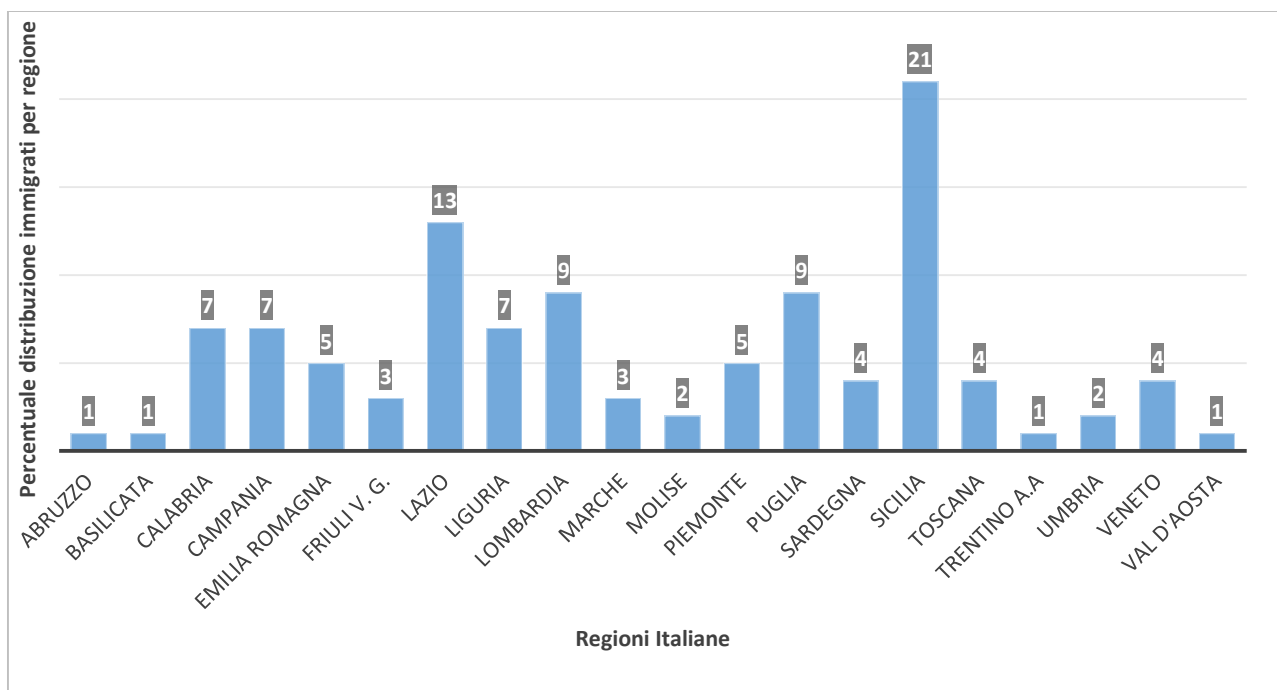


Figura 1: rappresentazione grafica della suddivisione dei migranti per regione, in percentuale.⁷

1.2.3 Strutture di accoglienza

I cittadini stranieri entrati in modo irregolare in Italia sono accolti nei centri per l'immigrazione dove ricevono assistenza, vengono identificati e trattenuti in vista dell'espulsione oppure, nel caso di richiedenti protezione internazionale, per le procedure di accertamento dei requisiti. Queste strutture si dividono in: centri di primo soccorso e accoglienza (Cpsa), centri di accoglienza (Cda), centri di accoglienza per richiedenti asilo (Cara) e centri di identificazione ed espulsione (Cie),⁸ e al loro interno troviamo sempre la figura dell'infermiere per fornire assistenza sanitaria, in molti casi si tratta di volontari.⁹

⁷ SPRAR, Dati statistici Marzo 2015.

⁸ Ministero degli Interni, Centri per l'immigrazione, 28 Luglio 2015.

⁹ IPASVI, Cives: infermieri volontari per l'emergenza, 24 Ottobre 2014.

Territorio	immigrati presenti nelle strutture temporanee	immigrati presenti nei CARA/CDA E CPSA	Posti SPRAR occupati	totale immigrati presenti sul territorio Regione	percentuale di distribuzione dei migranti presenti per Regione
Sicilia	5036	4231	4732	13.999	21%
Lazio	2891	830	4769	8.490	13%
Puglia	1619	2353	1854	5.826	9%
Lombardia	4915		948	5.863	9%
Calabria	1541	1458	1841	4.840	7%
Campania	3740		1080	4.820	7%
Piemonte	2677		889	3.566	5%
Emilia-Romagna	2672		782	3.454	5%
Toscana	2064		549	2.613	4%
Veneto	2191		303	2.494	4%
Marche	1174	80	538	1.792	3%
Friuli-Venezia Giulia	1289	258	323	1.870	3%
Sardegna	1020	294	88	1.402	2%
Liguria	953		313	1.266	2%
Molise	704		443	1.147	2%
Umbria	729		379	1.102	2%
Abruzzo*	733		227	960	1%
Basilicata	503		395	898	1%
Trentino A. A.	516		149	665	1%
Valle d'Aosta	61			61	0%
TOTALI	37.028,00	9.504,00	20.596,00	67.128,00	100%

Figura 2: Distribuzione generale dei migranti nelle strutture temporanee, nei CARA e nello SPRAR. Dati del Ministero degli Interni, aggiornati a Febbraio 2015.⁷

Lo **SPRAR**, Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati, è il primo sistema pubblico di accoglienza per titolari e richiedenti protezione internazionale, costituito dalla rete degli enti locali che, per la realizzazione di progetti di accoglienza integrata, accedono al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. Si tratta di alloggi di prima e di seconda accoglienza. È stato introdotto dalla legge n. 189/2002. Il periodo di permanenza assistita all'interno di un centro di accoglienza del sistema SPRAR ha durata non superiore a complessivi sei mesi, prorogabili ulteriormente per circostanze eccezionali e debitamente motivate, previa autorizzazione del Ministero dell'Interno tramite il Servizio centrale, fino a un massimo di ulteriori 6 mesi o di 9 mesi per i nuclei familiari che versano in condizioni di oggettiva difficoltà. Per le persone appartenenti alle categorie vulnerabili, titolari di protezione internazionale e umanitaria, i tempi di accoglienza possono essere prorogati, sulla base di comprovate esigenze, previa autorizzazione del Ministero dell'Interno tramite il Servizio centrale dello Sprar. Il Servizio Centrale è la struttura di

coordinamento dello Sprar, ha sede a Roma e la gestione è dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI).⁸

Il Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (**CARA**) è una struttura in cui vengono accolti i migranti appena giunti in Italia irregolarmente che intendono chiedere la protezione internazionale. Sono gestiti dal ministero dell'Interno attraverso le prefetture, che appaltano i servizi dei centri a enti gestori privati attraverso bandi di gara. Le convenzioni variano e lo Stato versa all'ente gestore una quota al giorno a richiedente asilo. Con quella cifra devono essere garantiti l'alloggio, i pasti, l'assistenza legale e sanitaria, l'interprete e i servizi psicosociali. Nel Cara i migranti rimangono per il tempo necessario affinché una delle dieci commissioni territoriali competenti per l'esame delle domande di asilo esamini la richiesta di protezione internazionale. Al termine dell'iter può essere riconosciuto lo status di rifugiato, che equipara lo straniero al cittadino italiano, oppure una forma di protezione diversa: sussidiaria o per motivi umanitari. Oppure si può ricevere il diniego, al quale si può fare ricorso. Se la protezione non viene riconosciuta, al termine dell'iter il richiedente asilo diniegato lascia il Cara con l'ordine di lasciare il territorio nazionale in pochi giorni. Diventa così un migrante irregolare.^{8 10}

I **CDA** "garantiscono prima accoglienza allo straniero rintracciato sul territorio nazionale per il tempo necessario alla sua identificazione e all'accertamento sulla regolarità della sua permanenza in Italia. Lo straniero irregolare che richiede la protezione internazionale viene invece inviato nei centri di accoglienza per richiedenti asilo"^{8 9}

I Cda servono ad accogliere per un periodo limitato i migranti il cui status giuridico non è ancora definito.

I **CPSA** sono strutture istituite nel 2006 al fine di garantire immediato soccorso e prima accoglienza agli stranieri appena giunti in Italia e prima di un loro trasferimento presso gli altri Centri presenti (CDA o CARA o CIE) in base alle caratteristiche giuridiche del singolo migrante.⁸

Gli stranieri giunti in modo irregolare in Italia che non fanno richiesta di protezione internazionale o non ne hanno i requisiti sono trattenuti nei Centri di Identificazione ed Espulsione (**CIE**), istituiti per evitare la dispersione sul territorio di chi è in via di espulsione e consentire l'esecuzione del relativo provvedimento da parte delle Forze

¹⁰ Marchetti C, Rifugiati e migranti forzati in Italia. Il pendolo tra emergenza e sistema, Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 43, p. 53-70, 2014.

dell'ordine. Il tempo di permanenza (18 mesi al massimo - link al decreto legge n.89/2011 convertito dalla legge n.129/2011) è funzionale alle procedure di identificazione e a quelle successive di espulsione e rimpatrio.^{8 9}

Oltre ai Centri di Accoglienza istituiti dallo Stato, sul territorio Italiano sono presenti numerose Associazioni di volontariato sociale e umanitario. Molte di esse operano direttamente nei Paesi del terzo mondo e in via di sviluppo promuovendo azioni di solidarietà in sostegno della popolazione e favorire lo sviluppo sanitario e sociale delle popolazioni più povere attraverso il loro coinvolgimento attivo, mentre a livello nazionale si occupano di organizzare manifestazioni, eventi, incontri, conferenze, feste di autofinanziamento, cene solidali e corsi nelle scuole per la sensibilizzazione dei ragazzi, etc. (Allegato 2)

Tra queste troviamo associazioni quali: MSF Medici Senza Frontiere, Amnesty International, CESVI cooperazione e sviluppo, COOPI cooperazione internazionale, COCIS, UnAltroMondo Onlus, AMREF Italia, TDH Terre des Hommes, INTERSOS, FOCSIV volontari nel mondo.

Sono però presenti anche Associazioni che offrono assistenza socio-sanitaria diretta anche sul territorio Italiano. Tra queste molte sono Associazioni Cristiane gestite dalla Chiesa o da laici cattolici; le più grandi sono: la Caritas, la Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, AIC Italia -Gruppi di volontariato Vincenziano, Associazione Figlie della Carità San Vincenzo de' Paoli, Associazione Papa Giovanni XXIII, Sermig – servizio Missionario Giovani – e CIS – Cooperativa Internazionale per lo Sviluppo.

Tra le Associazioni umanitarie non governative, internazionali, no-profit e non religiose che svolgono servizi di assistenza sanitaria e sociale non solo nei paesi del terzo mondo o in via di sviluppo, ma anche sul territorio nazionale, una delle più grandi è Emergency.

3.2.1 L'associazione Emergency

“Emergency è un'associazione italiana indipendente e neutrale, nata nel 1994 per offrire cure medico-chirurgiche gratuite e di elevata qualità alle vittime delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà. Emergency promuove una cultura di pace, solidarietà e rispetto dei diritti umani. L'impegno umanitario di Emergency è possibile grazie al contributo di migliaia di volontari e di sostenitori. Dalla sua nascita a oggi, Emergency ha curato oltre 6

milioni di persone in 16 Paesi.”¹¹

I principi che guidano l'attività di Emergency sono espressi nel “Manifesto per una medicina basata sui diritti umani” (Allegato 3), in cui il "diritto a essere curato" rappresenta il principio fondamentale e diritto inalienabile appartenente a ciascun essere umano, e propone e promuove una sanità “basata sull'equità, sulla qualità e sulla responsabilità sociale.”¹¹

Al fine di rispettare questo diritto, Emergency offre assistenza completamente gratuita, garantisce cure a chiunque ne abbia bisogno senza discriminazioni politiche, ideologiche o religiose, dando una risposta sanitaria di elevata qualità; inoltre forma il personale locale fino al raggiungimento della completa autonomia operativa.

Per farlo costruisce e gestisce ospedali dedicati alle vittime di guerra e alle emergenze chirurgiche, centri di riabilitazione fisica e sociale, posti di primo soccorso per il trattamento delle emergenze, centri sanitari per l'assistenza medica di base, centri pediatrici, centri di maternità, poliambulatori e ambulatori mobili per migranti e persone disagiate, ed anche centri di eccellenza. Tutte queste strutture sono progettate, costruite e gestite da staff internazionale specializzato, impegnato anche nella formazione del personale locale.

Gli ambiti di intervento in cui opera sono quello chirurgico (chirurgia pediatrica e per adulti, chirurgia di guerra, d'urgenza e traumatologia, generale, ortopedica e di pronto soccorso), quello medico (cardiologia, medicina di base e interna, neonatologia, oculistica, ostetricia e ginecologia, pediatria e odontoiatria) e quello riabilitativo (fisioterapia, produzione di protesi e ortosi, formazione professionale e cooperative per disabili).

Circa l'80% dei fondi raccolti da Emergency proviene da aziende e fondazioni private e da privati cittadini. Il restante 20% è invece fornito da enti internazionali e governi di Paesi in cui l'organizzazione opera, che hanno deciso di sostenerne l'intervento.¹¹

Emergency è operativa in 7 Paesi: Sierra Leone, Repubblica Centrafricana, Sudan, Iraq, Afghanistan e Italia.

In Italia, Emergency ha offerto oltre 165.000 prestazioni (dato aggiornato al 31 dicembre 2014).¹²

Nel 2006 Emergency ha aperto in Sicilia, a Palermo, un poliambulatorio per garantire assistenza sanitaria gratuita ai migranti, con o senza permesso di soggiorno, e a tutti coloro che ne abbiano bisogno. Un secondo Poliambulatorio ha iniziato le attività a Marghera (VE)

¹¹ Emergency, sito ufficiale. disponibile da: <http://www.emergency.it/chi-siamo.html>

¹² Emergency, Dossier: Report di attività 1994/2014, Marzo 2015.

a dicembre 2010; a luglio 2013 sono iniziate le attività del Poliambulatorio di Polistena (RC) e nel 2015 il Programma Italia si è ampliato con l'Ambulatorio a Castel Volturno (CE) e l'Ambulatorio a Napoli.
A metà dicembre 2012 Emergency ha aperto a Sassari uno sportello di orientamento socio-sanitario.

Cinque ambulatori mobili portano assistenza sanitaria dove più c'è bisogno. Da luglio 2013, i medici dell'associazione garantiscono assistenza sanitaria ai migranti che sbarcano sulle coste del sud est siciliano.
Due unità mobili offrono informazione e prevenzione per le prostitute che lavorano nel casertano (dal 2014) e servizi di orientamento socio-sanitario a Bologna (dall'estate 2015).
A eccezione di alcune figure che garantiscono la continuità e l'organizzazione del servizio, lo staff del Programma Italia opera a titolo gratuito.

Successivamente approfondirò il contesto del Poliambulatorio di Marghera (VE) per evidenziare e analizzare quali siano i bisogni di salute emersi a livello locale.

CAPITOLO 2

Ogni straniero in Italia porta con sé una cultura, tradizioni e, a volte, nuovi bisogni di salute. Il confronto con persone di culture, storie, aspettative, espressioni, percezioni dei bisogni (sanitari e sociali) e reali bisogni diversi dai nostri porta e porterà a continue trasformazioni della nostra società, non solo nei comportamenti, negli atteggiamenti, nel linguaggio, ma anche nell'assistenza sanitaria e infermieristica. Affinché l'assistenza e la prevenzione possano essere calibrate nel rispetto della specificità e della differenza culturale, appare importante riflettere sulla pluralità di modelli culturali presenti all'interno della nostra stessa società. L'obiettivo principale della ricerca è stato analizzare i flussi migratori in entrata nel nostro Paese negli ultimi anni e cercare di definire quali siano i principali bisogni di salute dei migranti. La ricerca si è poi spostata sulle modalità di approccio transculturale più adeguate per definire se sia possibile affrontare adeguatamente i bisogni socio sanitari che l'immigrazione porta con sé, attraverso un approccio transculturale, facendo riferimento ai modelli del Nursing Transculturale.

2.1 Materiali e metodi

Per raggiungere l'obiettivo è stata effettuata un'indagine utilizzando due motori di ricerca Google Scholar e PubMed, e consultando alcuni libri cartacei.

Per rendere i risultati più appropriati all'obiettivo dello studio, sono stati posti dei limiti (filtri) alla ricerca.

Per quanto riguarda la ricerca in Google Scholar i filtri dati sono stati:

- Intervallo di tempo dal 2014 ad oggi;
- Ordina per pertinenza;
- Cerca nel web.

In PubMed i limiti dati alla ricerca sono invece stati:

- Text Availability: full text, free full text;
- Article Types: clinical trial, review;
- Publication dates: five years;
- Languages: English

Di seguito vengono riportate le parole chiave e le stringhe di ricerca utilizzate, con i rispettivi risultati.

In Google Scholar:

- Immigrazione; Italia; flussi migratori; tra gli items risultati sono stati selezionati due articoli;
- Distribuzione immigrati Italia; distribuzione regionale immigrati; tra gli items risultati non è stato scelto nessun articolo;
- Sistema accoglienza migranti; strutture accoglienza immigrati, centri accoglienza immigrati Italia; tra gli items risultati è stato scelto un articolo;
- Bisogni salute immigrati; malattie immigrati; accesso alle cure immigrati; tra gli items risultati sono stati selezionati tre articoli.

In Pubmed:

- Immigrants health Italy; tra gli items trovati sono stati selezionati due articoli;
- Reception facilities immigrants Italy; Immigrants' reception Italy; Reception centers Italy; tra gli items trovati non è stato selezionato nessun articolo;
- Migration Italy; distribution immigrants Italy; tra gli items trovati è stato selezionato un articolo.

La successiva lettura del materiale trovato ha portato ad un'attenta scrematura del numero di articoli.

In totale i riferimenti bibliografici sono 31. Agli articoli reperiti su PubMed e Google Scholar sono stati aggiunti articoli disponibili dal web, libri disponibili online, dati ISTAT e del Ministero degli Interni, dati dell'UNHCR, della Caritas Italia e di Emergency Italia, disponibili e consultabili online, e un'intervista effettuata ad alcuni operatori del Poliambulatorio di Emergency di Marghera.

2.2 Caratteristiche degli articoli e del materiale utilizzato

Degli articoli presi in considerazione la maggior parte è in lingua italiana, uno in lingua inglese. Si tratta di revisioni ed aggiornamenti di articoli precedenti e di uno studio osservazionale prospettico.

Sommariamente gli studi e gli articoli prendono in considerazione la situazione nazionale attuale per quanto riguarda i flussi migratori, la distribuzione degli immigrati sul territorio e i centri di accoglienza a disposizione.

Gli articoli e statistiche reperiti online nei siti ufficiali del Ministero degli Interni e dell'ISTAT mi hanno fornito dati ufficiali riguardo alla distribuzione sul territorio nazionale

dei migranti, mentre i siti ufficiali di UNHCR e Caritas Italiana mi sono stati utile per reperire dati e statistiche riguardo alle caratteristiche dei flussi in entrata. Ho dato loro particolare rilevanza in quanto aggiornati all'anno corrente e specifici nell'indicare i numeri degli sbarchi e le etnie di provenienza dei migranti.

Nella prima parte dell'indagine si fa riferimento ai primi 12 punti della bibliografia grazie ai quali ho potuto fornire un quadro generale del contesto nazionale attuale per quanto riguarda flussi, distribuzione, centri di accoglienza e associazioni attive per l'assistenza ai migranti sul territorio.

Successivamente invece è stato utile avvalersi delle informazioni dei restanti riferimenti bibliografici. Essi offrivano informazioni esaustive su bisogni di salute, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e difficoltà comunicative dei pazienti immigrati. Inoltre particolare rilevanza è stata data all'intervista effettuata agli operatori del Poliambulatorio di Emergency di Marghera che mi ha permesso di fornire un quadro di quali siano i principali bisogni di salute degli immigrati a livello locale.

Infine sono stati utilizzati libri di testo, alcuni cartacei altri reperibili online, che hanno fornito informazioni sui modelli teorici del nursing transculturale e sull'importanza di un approccio che tenga conto delle differenze culturali.

Nonostante l'immigrazione sia una tematica molto in risalto nell'ultimo decennio e in particolare negli ultimi due anni, la ricerca non è risultata priva di difficoltà. La scarsa presenza di articoli che analizzino e forniscano dati riguardanti i bisogni di salute dei migranti è risultata una contraddizione, se si pensa a quanto l'argomento sia oggetto di dibattito a livello nazionale ed europeo. Sorge spontaneo pensare che l'assistenza sanitaria a queste persone sia ritenuta una problematica meno rilevante rispetto alla loro distribuzione e regolamentazione.

CAPITOLO 3

3.1 Immigrazione e salute

Molti sono i fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti. Prima dell'arrivo nel Paese ospite, questi comprendono l'esposizione a eventuali fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali, ecc) e l'accesso a servizi sanitari preventivi e curativi nel Paese di origine e/o di immigrazione intermedia. A questi si aggiungono le conseguenze delle difficoltà fisiche e psicologiche affrontate durante il percorso migratorio. Dopo l'arrivo nel Paese ospite, diventano invece significative le condizioni di vita (economiche, ambientali, ecc) e l'accesso ai servizi socio-sanitari.¹³

La maggior parte di coloro che giungono in Italia è fondamentalmente in buona salute. Si osserva infatti il cosiddetto "effetto migrante sano"¹³, 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. Inoltre bisogna considerare che nel tempo la rilevanza dell' "effetto migrante sano" tenderà a diminuire, con la stabilizzazione del fenomeno migratorio e l'integrazione sociale dei migranti nelle realtà locali.

Vista la molteplicità dei contesti e delle situazioni che influenzano i bisogni della popolazione immigrata, ho scelto di approfondire alcuni aspetti che ho ritenuto importanti per riuscire ad ottenere un quadro generale; in particolare mi sono concentrata su quali siano i fattori che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, sui bisogni di salute, i fattori di rischio e l'accesso alle cure degli immigrati residenti in Italia, sulla salute degli immigrati che giungono via mare e sull'incidenza di malattie infettive nella popolazione migrante.

3.1.1 *Fattori che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari*

Le possibili barriere nell'accesso ai servizi socio-sanitari sono:

- a) le barriere giuridico-legali; (al fine di comprendere a pieno quali siano queste barriere è utile la consultazione dell' Allegato 4)
- b) le barriere economiche;

¹³ EpiCentro: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, Migranti e salute, informazioni generali.

Le possibili barriere nella fruibilità dei servizi socio-sanitari sono legate ad aspetti culturali:

- e) barriere linguistiche;
- f) barriere comunicative;
- g) barriere interpretative.^{14 15}

Barriere legislative: i cittadini non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, hanno diritto comunque alle cure



Figura 2: schema dei fattori che ostacolano l'accesso ai servizi della popolazione immigrata.

ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, anche se continuative, per malattia e infortunio, nelle strutture pubbliche o private convenzionate (vedi Allegato 4).¹⁰ Molti tuttavia non sono a conoscenza dei diritti che spettano loro e sono quindi restii dal richiedere cure negli ospedali pubblici e privati; la paura di essere denunciati alle autorità per la propria condizione di irregolarità è un ulteriore fattore che ostacola l'accesso ai servizi.

Barriere culturali: gran parte dei servizi mostrano attualmente alcuni significativi ostacoli di tipo linguistico, comunicativo e, in generale relazionale, Ciò pone l'accento su come i concetti di salute, malattia, cura siano fortemente condizionati dalla cultura d'appartenenza. Come visto precedentemente, in Italia sono presenti oltre 4 milioni di immigrati, provenienti da una numerosa gamma di paesi diversi, con concezioni alquanto differenziate in materia di salute e malattia, legate all'esperienza di vita individuale e influenzate dalla cultura d'origine. Pertanto, gli immigrati che si trovano a interagire con gli operatori sanitari hanno un approccio alla malattia legato in parte ai principi della biomedicina e in parte alle pratiche impiegate dalle medicine tradizionali e popolari. Non tenere conto di questo fattore da parte dei servizi sanitari implica la cura del corpo a prescindere dall'orizzonte culturale in cui la malattia viene vissuta, con il rischio di proporsi ai malati in termini di estraneità, di ripulsione e quindi di inefficienza.^{10 11}

¹⁴ Geraci S, Migranti e accessibilità ai servizi sanitari, Italian Journal of Public Health, Year 9, Volume 8, Number 3, Suppl. 3, 2011

¹⁵ Libanora R, Immigrazione e salute: politiche sanitarie inclusive ed il nodo dell'accessibilità, Dossier UmanamENTE, 2010.

Oltre a una difficoltà connessa a visioni culturali diverse delle pratiche sanitarie, si riscontra una difficoltà pratica di relazione tra l'operatore e il paziente immigrato. Il primo ostacolo, oltre alla ovvia barriera linguistica, è costituito da una difficoltà comunicativa. Il secondo riguarda gli ostacoli più tipicamente culturali a rapportarsi con il personale sanitario, quali le difficoltà da parte delle donne di alcune comunità a farsi visitare da medici di sesso maschile o, come nel caso di pazienti etiopi maschi in età adulta, la riluttanza a farsi visitare regolarmente dal medico, poiché indice di debolezza.^{10 11}

Infine un'ultima conseguenza delle problematiche di interrelazione operatore sanitario-paziente riguarda lo sviluppo di pregiudizi reciproci che portano da parte del medico ad elaborare una "visione esotica" dell'immigrato come portatore di malattie tropicali, dall'altra il paziente straniero alla formazione dell'aspettativa di una sanità ipertecnologica e totipotente".^{10 11}

3.1.2 Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso alle cure degli stranieri residenti in Italia

Il Ministero della salute, in collaborazione con l'ISTAT, ha realizzato un'indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari degli stranieri residenti in Italia, attraverso circa 12 mila interviste a famiglie residenti nel nostro paese con almeno una persona di cittadinanza straniera.¹⁶

L'analisi rileva che:

Tra i cittadini stranieri prevale una percezione positiva del proprio stato di salute, più che negli italiani. Per l'87,5% dei cittadini stranieri, infatti, le proprie condizioni di salute sono buone o molto buone a fronte dell'83,5% degli italiani che affermano di trovarsi nella stessa condizione.

Una miglior percezione dello stato di salute si registra, per i cittadini dei paesi UE, tra i polacchi (88,4%) e, per i cittadini non comunitari, tra i cinesi (90,2%) e gli indiani (88,8%). Valori inferiori alla media interessano gli ucraini (85,8%) e i marocchini (85,2%)

- Gli indici sintetici di salute fisica e psicologica evidenziano per tutte le comunità punteggi in linea con quelli medi, pari rispettivamente a 54,6 e 53,9; uniche eccezioni gli indiani, tra i quali i punteggi sono superiori e i tunisini, per i quali, al contrario,

¹⁶ Report ISTAT, Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari, 30 gennaio 2014.

L'indice assume valori più bassi della media della popolazione straniera.

- L'indice di salute mentale evidenzia una situazione di maggior svantaggio per i cittadini provenienti da Tunisia e Marocco. Viceversa, le collettività con valori più alti della media sono principalmente quella indiana, soprattutto le donne, e quella filippina, specialmente gli uomini.
- Il 23,2% degli stranieri (14 anni e più) consuma abitualmente tabacco, contro il 25,8% degli italiani. La quota di fumatori è doppia tra gli uomini rispetto alle donne (32,4% contro 15,1%) e tra i cittadini comunitari rispetto ai non comunitari (34,6% contro 18,5%). Più virtuosi per il numero di persone che non hanno mai fumato, sono gli indiani, i filippini, i cinesi e i marocchini.
- Uno straniero su cinque ha fatto uso di farmaci nelle due settimane precedenti l'intervista (20,6%), acquistandoli prevalentemente nelle farmacie italiane (82,8%). Più inclini all'uso di farmaci provenienti solo dall'estero o comunque non disponibili nelle farmacie italiane sono i cinesi (il 6,7% rispetto all'1% del totale degli stranieri).
- Si rivolgono al pronto soccorso soprattutto tunisini e marocchini, meno degli altri i cinesi; al consultorio soprattutto le donne tra i 25 e i 34 anni.
- Il 13,8% degli stranieri (14 anni e più) ha difficoltà a spiegare in italiano al medico i disturbi e il 14,9% a comprendere ciò che il medico dice. Lo svantaggio è maggiore per le donne, per gli over 54, per chi ha un titolo di studio basso e per i cinesi, gli indiani, i filippini e i marocchini.
- Il 12% dei cittadini stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a svolgere le pratiche amministrativo-burocratiche di accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto tra i cinesi e gli indiani.
- Il 2,7% dei cittadini stranieri (di 15 anni e più) ha dichiarato di aver subito discriminazioni quando ha usufruito di prestazioni sanitarie (visite mediche, controlli, ricoveri, ecc.) solo perché straniero o di origini straniere.

I dati del report forniscono un quadro sintetico in cui emergono le differenze in salute della popolazione straniera residente in Italia per paese d'origine.

3.1.3 La salute degli immigrati che giungono via mare

La prima assistenza medica fornita nel momento in cui gli immigrati che giungono via mare arrivano sulle nostre coste ha valutato come le principali patologie riscontrate siano quasi

sempre legate al viaggio.

“Può essere necessaria solo una compressa per il mal di testa oppure infezioni respiratorie, ipotermia, ustioni, traumi. Il nostro intervento è importante per evitare l’eccessivo afflusso di persone nei pronto soccorsi nei territori degli sbarchi.”¹⁷ -è la testimonianza della Dott.ssa Diodati, direttrice sanitaria delle Attività di assistenza ai migranti della Croce Rossa Italiana- “C’è una paura diffusa che queste persone “portino malattie”. Viceversa spesso si ammalano da noi, per le condizioni difficili in cui sono costretti a vivere. Le patologie più frequenti sono quelle dermatologiche soprattutto scabbia, foruncolosi e impetigine, seguite da malattie del sistema respiratorio, con infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali. Pochissimi i casi di TBC che, in ogni caso, vengono individuati e curati bene e subito perché è attiva un’attenta sorveglianza. In questi anni di forte migrazione non sono stati registrati episodi per un’eventuale diffusione o contagio sul resto della popolazione.”¹⁴

3.1.4 Malattie infettive

Tubercolosi: in Italia, negli ultimi 10 anni, il numero di casi di TBC in persone nate all’estero è aumentato parallelamente all’incremento della loro numerosità: dal 2003 al 2012 la percentuale del numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all’estero è passata da circa il 37% al 58% del totale dei casi notificati. Il numero dei casi di TBC nei migranti aumenta molto meno del loro incremento numerico. La condizione di “immigrato” rappresenta in qualche modo un fattore di rischio di sviluppare la tubercolosi per la maggiore prevalenza di infezione latente negli immigrati che provengono aree ad alta endemia, ma soprattutto per le condizioni di vulnerabilità e di precarietà, oltre che per le obiettive difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura che caratterizzano lo status d’immigrato. Gli stranieri che provengono da paesi ad alta incidenza possono aver acquisito l’infezione prima di partire ma non hanno come destino ineluttabile quello di ammalarsi e diventare contagiosi: solo il 10% delle persone che acquisiscono l’infezione sviluppa in seguito la malattia tubercolare diventando contagioso per altri. Nel caso del migrante, il rischio di riattivazione dell’infezione una volta a destinazione è più elevato a causa di una serie di fattori: le condizioni di vita (denutrizione o cattiva nutrizione, scarsa igiene), di lavoro e di alloggio (permanenza in luoghi chiusi, sovraffollati e scarsamente arieggiati e illuminati). Non a caso

¹⁷ Intervista alla Dott.ssa Diodati, direttrice sanitaria delle Attività di assistenza ai migranti della Croce Rossa Italiana, eseguita da RaiNews a Roma il 18 Maggio 2015.

L'incidenza della malattia al momento dell'arrivo in Italia (agli sbarchi per esempio) è molto bassa e tende ad aumentare sino a pareggiare l'incidenza nella popolazione generale italiana dopo alcuni anni di permanenza in Italia.¹⁸

HIV-AIDS: Molti degli immigrati che transitano sul suolo italiano provengono da paesi in cui l'infezione continua ad avere una tristemente elevata prevalenza. Rispetto alla popolazione italiana, quella straniera residente in Italia risulta avere un'incidenza dell'infezione (seppur con una diminuzione del numero assoluto dei casi) di quasi quattro volte superiore alla popolazione italiana.

Ebola: il virus Ebola è estremamente letale e nella maggior parte dei casi provoca malattia sintomatica e poi morte nell'arco di pochi giorni dall'infezione. Questo vanifica la possibilità che una persona infettata si avventuri nel travagliato viaggio via terra e poi via mare che dovrebbe condurlo in Italia. In secondo luogo, si deve tener conto del fatto che generalmente i viaggi migratori hanno la durata di mesi, spesso anni, mentre il periodo massimo di incubazione è di 21 giorni. Nel corso di questo tempo, l'infezione avrebbe quindi abbondantemente concluso la sua evoluzione, conducendo o al decesso o alla sopravvivenza (e guarigione) della persona colpita. Nei fatti, dall'inizio dell'epidemia, i soli casi di Ebola notificati nel nostro paese sono stati quelli di operatori umanitari infettatisi nel corso delle loro missioni sul terreno e evacuati in Italia per ricevere le cure necessarie (esitate nella guarigione completa).¹⁸

¹⁸ Castelli F, Geraci S, Egidi S, Malattie infettive e immigrazione: facciamo chiarezza, 2 settembre 2015.

3.2. L'esperienza di Emergency nella realtà di Marghera (VE)

Per approfondire ulteriormente quali siano i bisogni di salute della popolazione immigrata, ho voluto focalizzare la mia ricerca nel contesto più ristretto del Poliambulatorio di Emergency di Marghera, tramite un'intervista agli operatori che quotidianamente si occupano della cura e del sostegno ai pazienti che vi si recano. Innanzitutto ho ritenuto opportuno approfondire cosa sia e che servizi offra l'associazione Emergency che, come già detto precedentemente è tra le più grandi tra le Associazioni umanitarie non governative, internazionali, no-profit e non religiose che svolgono servizi di assistenza sanitaria e sociale non solo nei paesi del terzo mondo o in via di sviluppo, ma anche sul territorio nazionale.

3.2.2. Il Poliambulatorio di Emergency a Marghera: i bisogni e le difficoltà dei pazienti immigrati

I dati e le informazioni riportate successivamente sono state reperite grazie ad un'intervista frontale effettuata ad operatori del Poliambulatorio di Emergency di Marghera, nato nel 2010 sulla scorta dell'esperienza del Poliambulatorio nato a Palermo nel 2006.¹⁹

Al Poliambulatorio si rivolgono i migranti che abitano nella provincia, provenienti dall'est Europa, dal Senegal, dal Bangladesh e anche molti italiani (circa il 20% dei pazienti curati). I servizi offerti quotidianamente sono quelli di medicina generale e medicazioni e di orientamento socio-sanitario (assistenza per le pratiche amministrative legate alla sanità e per esami e visite specialistiche non disponibili al Poliambulatorio).

Su appuntamento si accede ai servizi specialistici di: odontoiatria, oculistica, ginecologia, pediatria e punto di ascolto psicologico.

Il Poliambulatorio non esegue esami diagnostici (tranne stick glicemici ed urine, ed ecografie).

Le figure che operano nella struttura sono medici, infermieri, mediatori linguistici, psicologi ed assistenti sociali, tutti a titolo gratuito tranne coloro che si occupano del sistema organizzativo.

Al primo accesso di un paziente, il primo incontro che si ha è con il mediatore socio-sanitario principalmente per le valutazioni di tipo amministrativo, ovvero verificare il possesso o meno della tessera sanitaria (e quindi l'iscrizione al SSN). Nel caso il paziente ne sia sprovvisto ma ne abbia diritto è importante comprendere la motivazione, che può essere

¹⁹ Intervista agli operatori del Poliambulatorio di Emergency di Marghera, 26 Settembre 2015.

legata a mancata conoscenza o difficoltà linguistiche. Nel caso in cui, invece, non possa avere accesso al Sistema Sanitario Nazionale (cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno e cittadini comunitari non regolari), egli diventa a tutti gli effetti un paziente del Poliambulatorio.¹⁸

Il 40% dei pazienti è composto da cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno, il 22,4% da cittadini extracomunitari con permesso di soggiorno ma che non hanno ancora avuto la tessera sanitaria, il 16,68% da cittadini comunitari senza i requisiti necessari per l'iscrizione al SSN (es. disoccupati), il 14,68% da Italiani principalmente senza dimora, il 5,8% da cittadini comunitari regolari.

Molteplici sono i Target di pazienti che si recano presso il Poliambulatorio, si tratta principalmente di immigrati non regolari senza fissa dimora, prostitute, persone di etnia Rom, badanti immigrate non regolari, italiani senza fissa dimora, immigrati stanziali non regolari.

Dall'apertura del Poliambulatorio ad oggi hanno avuto accesso alle cure 5.717 pazienti, per un totale di 35.635 prestazioni, di queste:

- 14.940 odontoiatriche;
- 14.689 di medicina generale;
- 2.689 altre prestazioni specialistiche;
- 614 prettamente infermieristiche;
- 300 pediatriche.

Si parla di circa 30 prestazioni al giorno, media che ha avuto un incremento negli ultimi anni. Dall'inizio del 2015 ad oggi si sono registrate circa 7.800 prestazioni (dato in continuo aggiornamento) per circa 1.660 pazienti.²⁰

La figura dell'infermiere è essenziale in questo tipo di contesto, grazie alle sue competenze non solo legate all'assistenza sanitaria, ma anche relazionali ed educative. Durante ogni tipologia di visita è prevista la presenza di un infermiere in affiancamento al medico, si occupa invece autonomamente delle prestazioni di sua pertinenza.

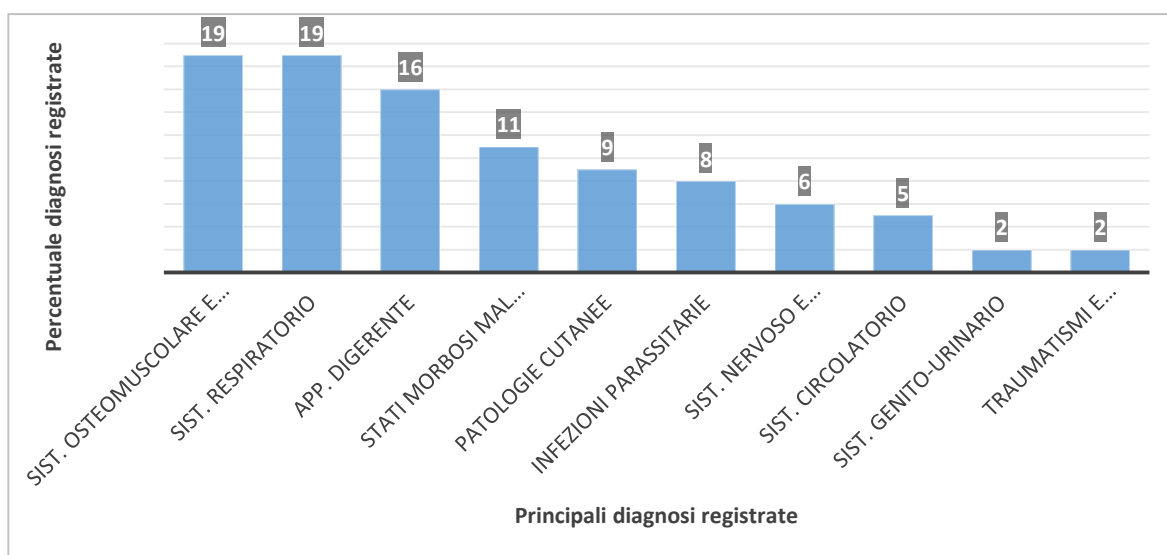
Il 16,8 % degli utenti è di etnia Rumena, il 13,6% Italiana, circa il 6% Senegalese, seguono poi in ordine: Ucraini, Marocchini, Moldavi, Bengalesi, Nigeriani, Tunisini e Bulgari.¹⁹

Dai dati emerge una netta prevalenza di utenti di sesso maschile (67,25%) su quello femminile (32,75%).

²⁰ Emergency, dati e statistiche ufficiali anno 2014.

Per quanto riguarda l'età degli utenti, per il 50% è compresa tra i 19 e i 40 anni, il 34% sono pazienti di età compresa tra i 41 e i 60 anni, l'8% sono ultrasessantenni e circa il 6,5% ragazzi e bambini di età inferiore ai 18 anni.

Figura 4: il grafico sottostante illustra, in percentuale, le principali diagnosi registrate da Emergency nel corso del 2014 a livello Nazionale.

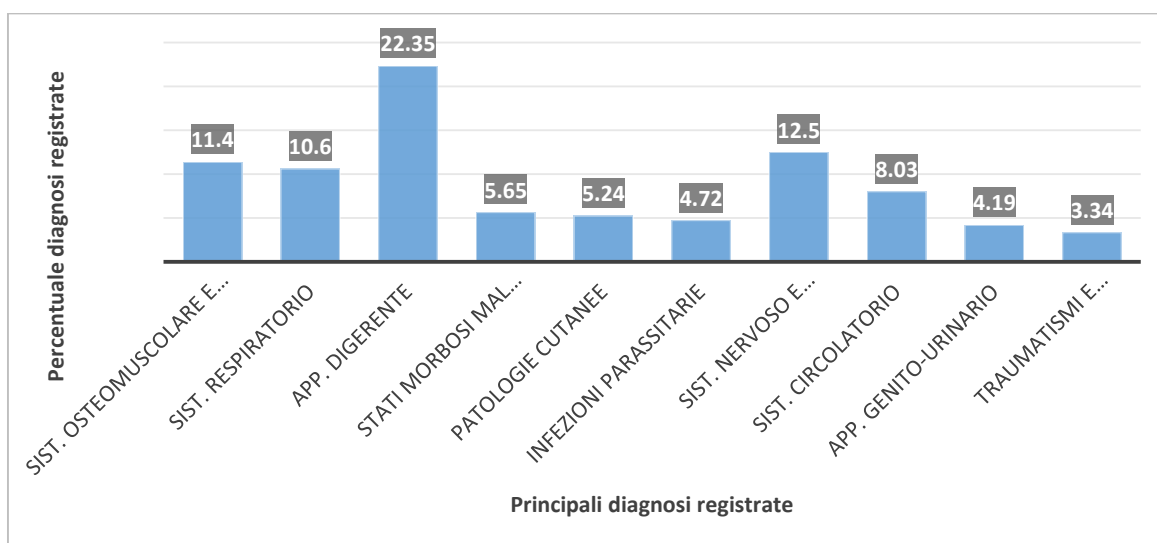


Il grafico evidenzia la prevalenza di patologie legate al sistema osteomuscolare e connettivo e al sistema respiratorio, questo dato sembra essere legato ai tipi di lavoro svolto dagli immigrati, in particolare dai lavoratori stagionali nelle campagne, è infatti una percentuale che si ripresenta come prevalente anche nei dati provenienti dal Poliambulatorio di Emergency di Palermo.

Si tratta di lavori che richiedono una grande forza e affaticamento, nonché sovraccarico delle articolazioni, che affiancati ad un'alimentazione povera e scorretta, costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo delle patologie sopracitate.

Appare evidente che l'intervento che gli infermieri ed il personale di Emergency possono mettere in atto devono essere principalmente di tipo educativo.

Figura 5: il grafico seguente illustra invece, in percentuale, le principali diagnosi registrate da Emergency nel corso del 2014 nel contesto del Poliambulatorio di Marghera (VE)¹⁹



Nell'ambito del Poliambulatorio di Marghera, la percentuale più alta è quella che riguarda le patologie dell'apparato digerente, seguite da quelle del Sistema nervoso, osteomuscolare e connettivo e respiratorio.

È necessario però fare una distinzione in base ai target di utenti che frequentano il Poliambulatorio, in quanto i tipi di patologie prevalenti variano notevolmente.

La maggior parte degli immigrati che giungono via mare da Paesi centro e nord africani presentano una condizione fisica sana ("effetto migrante sano" forma di autoselezione all'origine in base a cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute⁸) che tuttavia tende a peggiorare durante i periodi più o meno lunghi di permanenza nelle strutture di accoglienza (spesso al completo e in stato di emergenza per l'ingente numero di arrivi), soprattutto per coloro che svolgono lavori che richiedono un grande sforzo fisico (es. raccoglitori nelle campagne, muratori, ecc.), o il contatto con sostanze nocive che provocano patologie a livello respiratorio.²¹

Lo sforzo fisico richiesto e l'alto numero di ore di lavoro provocano nella maggior parte dei casi forti dolori e problemi muscolari; un intervento fondamentale per diminuire l'incidenza di questi casi, è quello educativo (es. insegnare il giusto posizionamento di gambe e spalle per sollevare carichi, la posizione più adeguata da assumere per effettuare i raccolti, ecc.).

²¹ Lombardi C1, Canonica GW, Passalacqua G; IGRAM, Italian Group on Respiratory Allergy in Migrants. The possible influence of the environment on respiratory allergy: a survey on immigrants to Italy, Ann Allergy Asthma Immunol. 2011 May;106(5):407-11.

In questa tipologia di utenti si rileva un'alta incidenza anche di problemi gastrointestinali (es. gastroenteriti, acidità, ecc.) legati ad un'alimentazione scorretta e poco variegata; anche in questo caso l'intervento educativo appare essere il primo da mettere in atto, anche se non sempre efficace visto il contesto e le condizioni di vita degli interessati. Un'altra problematica legata alle condizioni di vita e di lavoro riguarda le patologie dermatologiche, infezioni cutanee e irritazioni dovute spesso alla mancanza di igiene.

Per quanto riguarda i pazienti di etnia Rom, si evidenzia un'alta incidenza di patologie legate ai fattori di vita: dipendenza da fumo, elevato consumo di alcolici e condizioni igieniche molto precarie. Quest'ultimo fattore è dovuto sia alle condizioni in cui versano la maggior parte degli accampamenti in cui vivono, senza acqua corrente, sia ad abitudini culturali. Risulta molto difficile riuscire a modificare questi fattori di rischio e a comprendere a pieno alcuni aspetti di questa cultura.

Un altro target di utenza è costituito dalle prostitute che frequentano le strade della città di Marghera, molte delle quali sfruttate e quindi non libere ma costrette a rendere sempre conto al loro "protettore". La maggior parte di loro sono giovani donne provenienti dalla Bulgaria, portate in Italia spesso con l'inganno e senza aver ricevuto un'istruzione. La motivazione per cui si rivolgono al Poliambulatorio è quasi sempre il sospetto di una gravidanza o le conseguenze traumatiche di violenze subite, al contrario risultano totalmente ignare dei rischi legati alle malattie sessualmente trasmissibili e, di conseguenza, alla prevenzione delle stesse. Anche in questo caso lo staff del Poliambulatorio, oltre a fornire l'assistenza medico-infermieristica necessaria, deve mettere in atto interventi educativi mirati al fine di prevenire quanto possibile la trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili.

Molto presenti nel territorio sono le badanti provenienti dall'Est Europa, giunte in Italia molti anni fa e mai regolarizzate. Molte di loro sono colte e consapevoli della necessità di eseguire controlli medici e screening, ma mentre quando erano nel loro paese facevano i controlli necessari, giunte in Italia smettono di farlo, spesso non avendone la possibilità vista il loro status di cittadine e lavoratrici non in regola. Invecchiando nel nostro Paese iniziano a manifestarsi patologie tumorali che non possono gestire e curare adeguatamente. Tuttavia il principale problema che riguarda questa tipologia di utenza sembra essere di tipo psicologico. Gli operatori del Poliambulatorio riferiscono una tendenza a stati depressivi dovuti alle condizioni di precarietà in cui si trovano e alla perdita di identità che percepiscono.

Molti utenti che frequentano il Poliambulatorio sono uomini di origine Bengalese (spesso sono solo gli uomini a giungere in Italia per lavorare e mantenere le loro famiglie che restano in Bangladesh). In questi pazienti è stata rilevata un'alta incidenza di diabete di tipo II, dunque insulina-dipendente. Il Poliambulatorio non può soddisfare la loro necessità di reperire farmaci e insulina in breve tempo, dunque è costretto a reindirizzare questi pazienti al Centro anti-diabetico. Le cause di questa elevata incidenza sono spesso legate allo stile di vita ma anche ad una familiarità.²²²³

Per quanto riguarda i pazienti italiani, coloro che sono senza dimora hanno diritto a tutta l'assistenza sanitaria che il Poliambulatorio può offrire e, come nel caso della popolazione Rom, spesso le principali problematiche sono legate alla mancanza di igiene, dunque infezioni e problemi cutanei. I cittadini italiani in possesso di tessera sanitaria che si rivolgono al Poliambulatorio sono coloro con ISE < 8.500 euro che necessitano di protesi oftalmiche e odontoiatriche.

Dall'intervista emerge che una delle difficoltà principali che gli infermieri del Poliambulatorio, come anche il resto dello staff, percepiscono, è quella di fornire un'educazione sanitaria ad i propri pazienti, a seconda della problematica prevalente in ogni categoria. Spesso infatti le patologie degli utenti sono legate a fattori di rischio cui questi si espongono quotidianamente; le abitudini malsane, se dovute a fattori culturali, appaiono estremamente difficili da modificare.

Un'altra difficoltà è quella riscontrata con i pazienti del Mali, i quali rifiutano i prelievi ematici e altri esami che hanno a che fare con il prelievo o trasfusione di sangue, in quanto le loro credenze tradizionali vedono queste manovre come una violazione della propria anima. Sembrano tuttavia pronti a mettere da parte queste credenze se informati adeguatamente dal personale, in questo caso, dunque, l'educazione sanitaria risulta generalmente efficace.

Dal punto di vista relazionale emerge la diffidenza da parte degli utenti di origine africana e in particolare nord-africana, ad essere visitati da personale femminile; viceversa spesso le donne di origine musulmana rifiutano di essere visitate da medici e infermieri di sesso maschile, soprattutto se si tratta di visite ginecologiche (al Poliambulatorio lavorano solo ginecologhe di sesso femminile per prevenire questo tipo di problematiche).

²² International Diabets federation south-east Asia, Diabets in Bangladesh, 2014.

²³ Osservatorio ARNO Diabete.

CAPITOLO 4

Dal materiale utilizzato nella ricerca e dall'intervista fatta sono emersi molteplici difficoltà e bisogni sociali e sanitari da parte della popolazione immigrata nel territorio italiano.

Occorre sottolineare che la maggior parte dei bisogni emersi sono legati a fattori di rischio cui le diverse categorie si espongono per mancanza di conoscenze o abitudini e tradizioni poco salutari e necessitano, quindi, di un intervento di tipo educativo.

Tali fattori di rischio sono prevalentemente: alimentazione scorretta, carenza di igiene, abitudine al fumo di sigaretta, abuso di alcolici, non utilizzo di precauzioni nei rapporti sessuali, mancanza di conoscenze riguardo ai controlli preventivi e agli screening

Inoltre è emersa una comune difficoltà comunicativa e una carenza conoscitiva che ostacolano l'accesso ai servizi, sia per coloro che sono iscritti al SSN sia per gli irregolari; in entrambi i casi infatti, gli utenti appaiono ignari di quali siano i loro diritti e di quali siano le strutture alle quali possono rivolgersi per ricevere assistenza; nel caso di alcune culture, a costituire un ostacolo è la diffidenza nei confronti del nostro SSN e la preferenza a riferirsi alla propria medicina tradizionale.

4.1 L'importanza di un approccio transculturale nella risposta ai bisogni di salute della popolazione immigrata

Dare una risposta efficace ai bisogni emersi non appare facile viste le numerose variabili che influiscono nei comportamenti, nelle abitudini e nel modo di percepire e definire la salute e la malattia da parte dei diversi gruppi etnici e di ogni singolo individuo.

Per dare un'indicazione di comportamento e di modalità di approccio efficace a questi bisogni, può essere utile fare riferimento ai Modelli teorici del Nursing transculturale presenti in letteratura.

È importante partire dalla consapevolezza che gli atteggiamenti e le risposte con cui l'essere umano affronta i problemi concernenti il campo della salute e della malattia sono spesso molteplici, non si presentano suddivisi nettamente come nelle diverse categorie mediche, il cui scopo è la diagnosi e il trattamento della malattia. Mentre l'approccio biomedico rivolge la propria attenzione prevalentemente alla malattia come "disease", intesa in termini biologici, come disfunzione o lesione, nel loro agire quotidiano i professionisti della salute si trovano a dover considerare l'esperienza del dolore, le emozioni e i vissuti dei pazienti che riguardano la malattia e il suo trattamento. Si trovano dunque a dover considerare la

malattia in quanto “illness”, ovvero in riferimento al fenomeno di percezione individuale di sé alterata dalla malattia, a come il paziente e i suoi cari vivono e rispondono a questa esperienza.²⁴

Tra i ruoli che il personale infermieristico ricopre, assume grande rilievo la funzione di interfaccia tra medico, istituzioni sanitarie e paziente. In questo compito, per l’infermiere può risultare prezioso un approccio antropologico che gli permetta una valutazione appropriata degli orientamenti percettivi, cognitivi ed affettivi dei diversi gruppi culturali, rivelando quella che è la visione dei fenomeni di salute e malattia del paziente.

Nel corso degli anni '60 l’infermiera e antropologa Madeleine Leininger, studiando le connessioni tra assistenza infermieristica e fattori culturali si fece precorritrice di una nuova visione del nursing, espressa nel suo primo libro del 1970 “Nursing and antropology: two worlds to bend”. Secondo il suo pensiero: “l’assistenza infermieristica, se lasciata a se stessa porta all’etnocentrismo come modo intenzionale di imporre i propri valori, credenze e pratiche su altri in quanto l’esercente li ritiene superiori o migliori”²⁵. Da qui nasce l’esigenza di un approccio differente, che abbia come fondamento la comprensione e il rispetto delle culture estranee alla propria e che definisca un metodo assistenziale efficace per ogni cultura e universalmente: si tratta del Nursing Transculturale.

La Teoria del Nursing transculturale si definisce come “Una branca del Nursing fondata sullo studio comparato e sull’analisi dei diversi comportamenti sanitari delle diverse culture, finalizzate a sviluppare un sapere scientifico e umanistico capace di consentire la realizzazione di pratiche assistenziali specifiche per ogni cultura e universali”²⁶.

M. Leininger fu solo la prima tra le Teoriche del Nursing transculturale, questa branca è stata infatti analizzata successivamente da altri teorici che hanno proposto nuovi modelli allo scopo di indicare un approccio adeguato a pazienti di culture e tradizioni differenti.

Dallo studio e dall’analisi di questi modelli è emerso che nessuno di essi offre delle indicazioni pratiche di risposta ai differenti e molteplici bisogni, è infatti estremamente difficile trasformare le conoscenze acquisite riguardo ai diversi modi di prendersi cura della propria salute, in uno strumento di approccio valido e comune alle scienze infermieristiche, vista l’enorme variabilità delle credenze individuali.

²⁴ Christman N.J, Marezki, Antropology in nursing: an exploration of adaptation, 1982, pagina 117.

²⁵ George J.B, Le teorie del nursing. Le basi per l’esercizio professionale, Torino, Utet 1995, pagine 249-250.

²⁶ Tortolici C.B, Stievano A, Antropologia e Nursing: due mondi che si incontrano, Cartocci Faber, Marzo 2016.

Tuttavia tutti i Modelli analizzati hanno in comune il fornire indicazioni su come approcciarsi alle differenti culture e credenze in maniera tale da attuare una visione globale della persona ed un approccio olistico che si focalizzi sull'individuo considerando il contesto ambientale, sociale e culturale da cui proviene.

Lo studio delle etnie non può offrire delle istruzioni sistematiche su come comportarsi ma per essere utile deve orientare in maniera indiretta la capacità di osservazione e di ascolto e fornire gli strumenti per comprendere e rispettare le differenze culturali ed avere una visione globale di una determinata cultura. Conoscere una lista di caratteristiche culturali di un determinato gruppo etnico o conoscenze concrete sulle loro abitudini, non è sufficiente a fornire un'assistenza appropriata ed efficace, ma rischia di tradursi in visioni stereotipate.²⁷ Innanzitutto quando ci si trova a rapportarsi con pazienti di differenti culture, appare importante partire da un'autoanalisi. A tale proposito, nel "Processo della competenza culturale nell'erogare servizi per la salute", Campinha-Bacote stabilisce come primo punto di tale processo il prendere atto della "propria competenza culturale"²⁸; allo stesso modo nel proprio modello per sviluppare la competenza culturale, Papadopoulus, Tilki e Taylor pongono alla base la "consapevolezza dei valori di base, delle credenze, degli usi, delle abitudini e dei costumi dell'infermiere e di come tutti questi aspetti hanno influenza sull'erogazione dell'assistenza infermieristica".²⁴

Per giungere a questa consapevolezza, il modello di Campinha-Bacote invita a porsi una domanda "*have I ASKED myself the right question?*"²⁴ in cui ASKED rappresenta un acronimo che ricorda le 5 domande che l'infermiere dovrebbe porsi per valutare il proprio grado di competenza culturale:

- Awareness: sono consapevole di tutti gli errori o i pregiudizi che ho verso gli altri?
- Skill: ho le competenze per compiere una valutazione sensibile alle diversità culturali?
- Knowledge: sono informato sulle altre culture?
- Encounters: cerco l'incontro con coloro che sono diversi da me?
- Desire: voglio davvero diventare culturalmente competente?

Quest'ultimo punto si riferisce al "desiderio culturale" indicato dal modello come uno dei concetti fondamentali, definito come "l'energia che origina il viaggio verso la competenza

²⁷ Cozzi D, Nigris D, Gestì di cura, Colibri, II edizione, Febbraio 2003, pagina 11.

²⁸ Rocco G, Cipolla C, Stievano A, La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale, Laboratorio Sociologico, I edizione 2015.

culturale dell'infermiere" e rappresentato da un'eruzione vulcanica che erompe stimolando il processo che porta alla competenza culturale.²⁴

Emerge quindi l'importanza di uno studio non solo della specifica cultura di cui il paziente fa parte, ma anche di quella di cui gli infermieri sono portatori, imparando a far emergere i presupposti che inconsciamente si danno per scontati e a distinguere tra nostri bisogni e quelli del malato, e quindi tra un'assistenza effettiva e appropriata ed una pratica centrata sulle proprie certezze indiscusse. Imparare a distinguere gli aspetti e le credenze che fanno parte del sistema popolare o "folk" (ovvero il concetto di *Emic* espresso da M. Leininger)²⁹ e quelle che fanno parte del sistema professionale e dell'assistenza offerta da personale sanitari preparato (*Etic*), sia per quanto riguarda il proprio pensare che quello del paziente. Sempre secondo il Modello di M. Leininger, per erogare un'assistenza infermieristica culturalmente congruente è necessario un continuo confronto ed eventuali adattamenti o rimodellamenti, ovvero azioni che portano la persona ad adattarsi o a patteggiare con altri per un risultato di salute benefico o soddisfacente, o azioni che aiutano a cambiare il proprio stile di vita pur rispettando i modelli e le convinzioni culturali.^{25 30}

Per cogliere le dinamiche culturali legate al processo di cura e assistenza, la Leininger indicò l'*Ethnonursing*, un metodo qualitativo che si fonda sull'approccio etnografico e sui principi e tecniche tipiche degli studi antropologici. Quindi sviluppò la tecnica dell' "osservazione partecipante" che permette di raccogliere dati significativi in maniera accurata.²⁵

A tale proposito, Ginger e Davidhizard individuarono in particolare sei fenomeni culturali e per ciascuno di essi segnarono quali fossero gli aspetti che devono essere valutati da parte del personale infermieristico, attraverso l'ascolto e l'osservazione, per ottenere una visione olistica del paziente.^{23 24} Questi sei fattori sono:

- La comunicazione: lingua parlata, tono di voce, pronuncia, ricorso a pause e silenzi, comunicazione non verbale;
- Lo spazio: il grado di comfort osservato, la prossimità degli altri, i movimenti del corpo e la percezione dello spazio;
- L'organizzazione sociale: cultura, appartenenza etnica, ruolo e funzione attribuiti alla famiglia, il lavoro e il tempo libero, la religione e i legami affettivi;

²⁹ Leininger M, *Transcultural nursing. Concepts, theories and practices*, M. Leininger (1978). New York, Wiley, 1978.

³⁰ Leininger M, *Transcultural nursing. Concepts, theories and practices*, M. Leininger (1978). New York, Wiley, 1978.

- Il tempo: il modo di utilizzarlo, di misurarlo, la definizione che gli si dà, l'articolazione in tempo lavorativo e sociale, l'orientamento rispetto al futuro, al presente e al passato;
- Il controllo ambientale: riguarda le pratiche culturali di salute e malattia;
- Le variazioni biologiche: dimensioni fisiche (struttura, colore della pelle, etc.) ed aspetti genetici o enzimatici di malattia presenti in alcune popolazioni, preferenze o carenze nutrizionali, ma anche caratteristiche psicologiche.^{23 24}

Tale modello sostiene che ogni individuo sia culturalmente unico e che possa essere valutato tramite i sei fattori descritti, che sono in relazione tra loro.

Non è detto che individui appartenenti alla stessa etnia o gruppo abbiano comportamenti simili dunque è importante seguire un modello di cura che tenga conto delle differenze sia fra i gruppi sociali che tra i singoli individui che li compongono, evitando di incorrere in stereotipi.^{23 24}

Proprio per questo il modello di Campinha-Bacote, nel processo per la competenza culturale, indica la necessità di un “incontro culturale”^{23 24} ovvero un incontro individuale diretto dal paziente e il professionista al fine di prevenire eventuali stereotipi e modificare le proprie credenze.

Inoltre bisogna sempre tenere conto di eventuali *fenomeni sconosciuti*³¹ appartenenti alla cultura di riferimento, fenomeni rappresentati nel modello di Purnell e Paulanka dal cerchio nero interno allo schema, ovvero di quegli aspetti intrinseci a tale cultura, che emergono in maniera inconscia nel comportamento del paziente.

Le abitudini e gli stili di vita non vanno comunque considerati come imm modificabili, ma va tenuto conto dell'influenza delle circostanze esterne e di quanto la migrazione possa costituire un fattore di rinforzo come di allontanamento dai propri valori tradizionali.

4.2 Implicazioni per la pratica

³¹ Peplau H, *Interpersonal reactions in nursing*, New York, G. P. Putnam, 1952.

Come già rilevato precedentemente, molti dei bisogni di salute emersi derivano dall'esposizione a fattori di rischio, dunque l'intervento prioritario appare essere quello educativo. È necessario tuttavia tenere conto del fatto che, in molti casi, l'esposizione a tali fattori non costituisce una scelta o un'abitudine voluta per il paziente in questione, ma è solo la conseguenza delle condizioni in cui tale individuo si trova, suo malgrado, a vivere.

In ogni caso, nel momento in cui un professionista della salute si trova di fronte ad una persona con un background culturale differente dal proprio, con esperienze e tradizioni spesso sconosciute, il suo operato non può basarsi unicamente sul metodo e sull'evidenza scientifica, né divenire un atto puramente tecnico, ma aprirsi all'ascolto e ad accogliere la persona nella sua totalità.

I modelli teorici del nursing transculturale rappresentano uno strumento utile per l'assistenza in quanto forniscono le indicazioni per aumentare la propria competenza culturale attraverso un processo di consapevolezza e di analisi dell'universo culturale del paziente.

Prendere atto di tale universo culturale mette l'infermiere nella condizione di comprendere, affrontare e prevedere i suoi comportamenti, eventuali conflitti o mancanza di collaborazione. Non meno importante è la valutazione del gruppo etnico e sociale da cui il paziente proviene, al fine di adeguare i propri metodi di informazione, prevenzione o intervento sanitari. Dal momento che l'incontro tra gli operatori sanitari e il paziente determina anche il confronto tra due universi culturali differenti, è indispensabile che l'infermiere divenga sensibile ai valori e agli stili di vita espressi dall'altro, ma anche al significato culturale delle proprie credenze e pratiche.

Tra i modelli presi in considerazione non vi sono differenze sostanziali, ciascuno di essi suggerisce un percorso o uno schema di analisi diverso ma lo scopo finale di raggiungere una competenza sufficiente a fornire un'assistenza efficace, è comune a tutti.

Come già detto non bisogna aspettarsi da questi modelli delle indicazioni pratiche su come affrontare e risolvere i molteplici bisogni che si possono presentare, piuttosto costituiscono una base comune dalla quale partire per fornire un'assistenza mirata alle esigenze del paziente.

BIBLIOGRAFIA:

1. Dizionario della lingua Italiana Sabatini Coletti, edizione anno 2008.
2. Enciclopedia online Sapere.it, Immigrazione: definizione e storicità di un fenomeno che oggi diventa emergenza, 22-04-2015.
3. Bonifazi C, Le migrazioni Italiane, Nuova informazione Bibliografica, Il mulino, Aprile-Giugno 2015; 333-360.
4. Caritas Italiana, XXIII Rapporto sull'immigrazione Caritas e Migrantes 2013: dati e caratteristiche del fenomeno, 23 Gennaio 2014.
5. UNHCR, Global Trends 2015, World at War. Disponibile da: <http://unhcr.org/556725e69.html>
6. Colombo M., I volti della migrazione in Italia: dalla crisi economica a una nuova fase per l'integrazione sociale, Focus, Migranti, il difficile cammino dell'integrazione, n.1 2014, pp 22-29.
7. Ministero degli Interni, Distribuzione generale dei migranti nelle strutture temporanee, nei CARA e nello SPRAR, Dati statistici Marzo 2015.
8. Ministero degli Interni, Centri per l'immigrazione, 28 Luglio 2015.
9. IPASVI, Cives: infermieri volontari per l'emergenza, 24 Ottobre 2014.
10. Marchetti C, Rifugiati e migranti forzati in Italia. Il pendolo tra emergenza e sistema, Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 43, p. 53-70, 2014.
11. Emergency, Dossier: Report di attività 1994/2014, Marzo 2015.
12. Emergency, sito ufficiale, disponibile da: <http://www.emergency.it/chiamo.html>
13. EpiCentro, il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, Migranti e salute, informazioni generali.
14. Geraci S, Migranti e accessibilità ai servizi sanitari, Italian Journal of Public Health, Year 9, Volume 8, Number 3, Suppl. 3, 2011.
15. Libanora R, Immigrazione e salute: politiche sanitarie inclusive ed il nodo dell'accessibilità, Dossier UmanamENTE, 2010.
16. Report ISTAT, Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari, 30 gennaio 2014.

17. Intervista alla Dott.ssa Diodati, direttrice sanitaria delle Attività di assistenza ai migranti della Croce Rossa Italiana, eseguita da RaiNews a Roma il 18 Maggio 2015.
18. Castelli F, Geraci S, Egidi S, Malattie infettive e immigrazione, 2 settembre 2015.
19. Intervista agli operatori del Poliambulatorio di Emergency di Marghera, 26 Settembre 2015.
20. Emergency, dati e statistiche ufficiali anno 2014.
21. Lombardi C1, Canonica GW, Passalacqua G; IGRAM, Italian Group on Respiratory Allergy in Migrants. The possible influence of the environment on respiratory allergy: a survey on immigrants to Italy, *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2011 May;106(5):407-11.
22. International Diabets federation south-east Asia, Diabets in Bangladesh, 2014.
23. Osservatorio ARNO Diabete, 2013.
24. Christman N.J, Maretzki, *Antropology in nursing: an exploration of adaptation*, 1982, pagina 117.
25. George J.B, *Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale*, Torino, Utet 1995, pagine 249-250.
26. Tortolici C.B, Stievano A, *Antropologia e Nursing: due mondi che si incontrano*, Cartocci Faber, Marzo 2016.
27. Cozzi D, Nigris D, *Gesti di cura, Colibri*, II edizione, Febbraio 2003, pagina 11.
28. Rocco G, Cipolla C, Stievano A, *La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale*, Laboratorio Sociologico, I edizione 2015.
29. Leininger M, *The theory of culture care diversity and universality*, Leininger, New York: National League for Nursing, 1991, pagine 44-45.
30. Leininger M, *Transcultural nursing. Concepts, theories and practices*, M. Leininger (1978). New York, Wiley, 1978.
31. Peplau H, *Interpersonal reactions in nursing*, New York, G. P. Putnam, 1952.

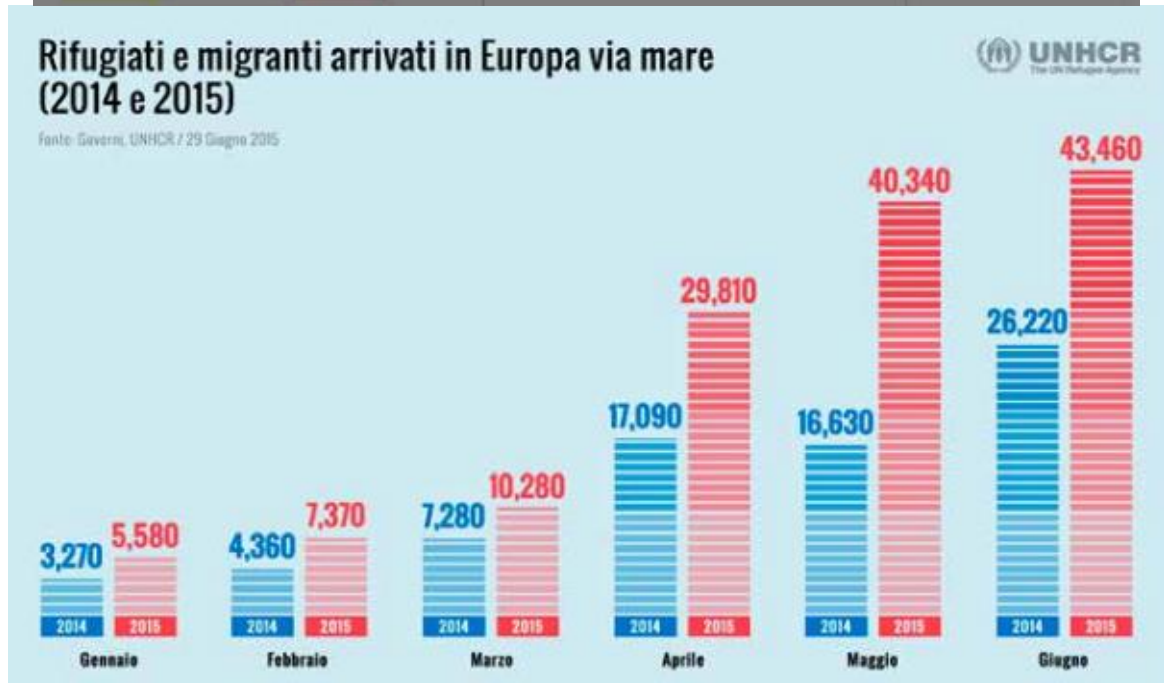
ALLEGATI

INDICE ALLEGATI

1. ALLEGATO 1: Rotte e numero di migranti e rifugiati che giungono in Europa via mare.
2. ALLEGATO 2: Associazioni Nazionali di volontariato sociale e umanitario.
3. ALLEGATO 3: Manifesto di Emergency per una Medicina basata sui Diritti Umani.
4. ALLEGATO 4: Il diritto alle cure e la tutela della salute degli immigrati da un punto di vista normativo.
5. ALLEGATO 5: I modelli teorici del nursing transculturale.

ALLEGATO 1

Rotte e numero di migranti e rifugiati che giungono in Europa via mare.



ALLEGATO 2

Associazioni Nazionali di volontariato sociale e umanitario

MSF – Medici Senza Frontiere: è un'associazione internazionale nata per offrire soccorso sanitario alle popolazioni in pericolo e testimoniare le violazioni dei diritti umani cui assiste durante le sue missioni. MSF in Italia si occupa in particolare della raccolta dei fondi, della sensibilizzazione, della promozione e del reclutamento dei volontari.

Sito Ufficiale: www.msf.it

Amnesty International: le sezioni nazionali dell'associazione coordinano il lavoro degli iscritti e dei sostenitori di Amnesty International nel proprio paese. I sostenitori intraprendono azioni di sensibilizzazione, promozione, educazione ai diritti umani, campaigning, lobby nei confronti delle istituzioni e raccolta fondi. Alle sezioni nazionali può essere richiesto da parte del Segretario Internazionale lo svolgimento di campagne a tema o su paesi con la relativa sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

Sito Ufficiale: www.amnesty.it

CESVI – Cooperazione e Sviluppo: è un'organizzazione umanitaria indipendente che opera in tutti i continenti per affrontare ogni tipo di emergenza e ricostruire la società civile dopo le guerre e le calamità, interviene con progetti di lotta alla povertà.

Sito Ufficiale: www.cesvi.com

COOPI – Cooperazione Internazionale: organizzazione non governativa italiana, che si impegna ogni anno con progetti di sviluppo e interventi di emergenza. I volontari delle sedi locali della COOPI organizzano attività anche in Italia per favorire la conoscenza e lo scambio tra le diverse culture, organizza corsi sulla cooperazione che sono rivolti ai volontari, master universitari, pubblicazioni, raccolta fondi, turismo responsabile e viaggi.

Sito Ufficiale: www.coopi.org

COCIS: è una federazione di organizzazioni non governative che operano in diversi settori della cooperazione allo sviluppo, condividendo un'etica basata sulla promozione dell'autosviluppo, della solidarietà tra popoli e della centralità della persona.

Sito Ufficiale: www.cocis.it

UnAltroMondo Onlus: è un'associazione composta interamente da volontari che sostengono e promuovono lo sviluppo del Mali, del Senegal, del Togo e dell'India. Organizzano e creano con la popolazione le condizioni di vita più umane per tutti. In Italia organizza conferenze, convegni, eventi, feste di autofinanziamento, cene solidali e corsi nelle scuole con l'obiettivo

di sensibilizzare i ragazzi sulla vita dei popoli dell’Africa e dell’India. Ha sedi a Milano, Genova, Roma e Bergamo.

Sito Ufficiale: www.unaltromondo.it

AMREF Italia: organizzazione sanitaria privata (che ha i noti Flying Doctors) senza fini di lucro, basata in Africa. Ha come obiettivo quello di favorire lo sviluppo sanitario e sociale delle popolazioni più povere attraverso il loro coinvolgimento attivo. In Italia i volontari aiutano a organizzare manifestazioni, eventi, incontri, conferenze, ecc. Per essere volontari viene richiesto un minimo di continuità, sincerità e una motivazione giusta che spinge la persona a dedicare il proprio tempo al volontariato. L’organizzazione crea dei gruppi di sostegno locali è già presente in alcune città (Genova, Torino e Napoli).

Sito Ufficiale: www.amref.it

TDH – Terre des Homme: è un’associazione che opera in 16 Paesi e in 4 Continenti con progetti di aiuto umanitario d’emergenza e di cooperazione internazionale per garantire i diritti fondamentali dei bambini, in particolare per garantire il diritto al gioco, alla formazione, all’istruzione e alla salute in Italia. Svolge diverse attività di diffusione e di sensibilizzazione dei diritti dei bambini sia a livello di grande pubblico che a livello istituzionale.

Sito Ufficiale: www.tdhitaly.org

INTERSOS: organizzazione umanitaria senza fini di lucro, che opera a favore della popolazione in pericolo, vittime di calamità naturali e di conflitti armati. La sede centrale in Italia progetta e coordina gli interventi degli uffici periferici nelle diverse aree di intervento. Le caratteristiche per un operatore INTERSOS sono: professionalità, competenza, senso verso la missione umanitaria, motivazione, condivisione dei valori, degli obiettivi e delle modalità di intervento. Per diventare volontario inoltre è richiesto un buon inglese di base, una conoscenza della lingua corrente del Paese in cui si opera, disponibilità e capacità di lavorare in gruppi multiculturali. Sono previsti percorsi di inserimento specifici per giovani e neolaureati.

Sito Ufficiale: www.intersos.org

FOCSIV – Volontari nel mondo: federazione non governativa che opera nei paesi più poveri del mondo con l’obbiettivo di contribuire alla lotta contro ogni forma di povertà ed esclusione, all’affermazione della dignità e dei diritti di ogni uomo, è anche una federazione che riunisce gli organismi cristiani di servizio internazionale di volontariato presenti in Italia.

La FOCSIV invia volontari internazionali e collabora con i partner locali, contribuendo alla realizzazione dei progetti di sviluppo.

Sito Ufficiale: www.focsiv.it

CARITAS: la Caritas nel settore sociale interviene per aiutare e togliere dall'emarginazione i malati di Aids, anziani, carcerati, tossicodipendenti, disabili, donne maltrattate, minori, malati psichiatrici, rom, immigrati e nell'assistenza alle vittime della prostituzione. Opera per la Famiglia, la Prevenzione e la Cittadinanza attiva nelle Politiche Sociali, legislazione e non profit, per la Casa e il Lavoro, per i Diritti umani, la Pace e il disarmo, l'utilizzo etico del denaro.

Sito Ufficiale: www.caritas.it

Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia: i servizi sociali offerti dalle misericordie vanno dall'assistenza domiciliare alla telefonia sociale, dai centri fisioterapici all'emodialisi e alla Fratres (Consociazione Nazionale dei Donatori di Sangue). Si occupa di anziani, minori, carcerati, disabili, immigrati, tossicodipendenze, aids e di usura (fondo di prevenzione per le famiglie). Ha ambulatori in varie regioni.

Sito ufficiale: www.misericordie.org

AIC Italia – Gruppi di volontariato Vincenziano: associazione di laici cattolici che lotta contro la povertà e le sue cause in collaborazione con la società civile e la chiesa. I gruppi svolgono in ogni regione vari servizi, rispondono al bisogno del territorio, tra cui visite a domicilio, asili nido e scuole materne, case di accoglienza e case di riposo, centri di ascolto, mense, ospedali, carceri, centri diurni, soggiorni estivi, corsi di italiano per stranieri, animazione della terza età.

Figlie della Carità San Vincenzo de' Paoli: svolge azioni e opere educative e di formazione, sanitarie, sociali e caritative. Opera in case di riposo per anziani, in centri di ascolto, nelle mense per i poveri e i senza dimora, nelle carceri, nei campi nomadi, negli istituti per sordomuti e handicap, nelle case di accoglienza per minori e stranieri. Offre assistenza a domicilio e aiuto a ex detenuti, stranieri e minori in difficoltà.

Sito Ufficiale: www.fdesanvincenzo.it

Associazione Papa Giovanni XXIII: associazione di Rimini diretta da Don Oreste Benzi con una vasta gamma di attività svolte su numerosi fronti del disagio quali: tossicodipendenze, prostituzione, minori, affidamento, maternità difficili, ex detenuti. L'associazione ha 172 case – famiglia, 6 Centri diurni per sviluppare e valorizzare le capacità specifiche di persone

con handicap in situazioni di gravità, 32 Comunità terapeutiche per il recupero dei tossicodipendenti, 15 Cooperative sociali (alcune sono delle imprese produttive), che hanno lo scopo di valorizzare e sviluppare le capacità lavorative di persone che sarebbero escluse dal mercato del lavoro, 7 Centri di pronto soccorso per adulti e 7 per minori, 1 Centro (Capanna di Betlemme) per l'accoglienza dei poveri che non hanno il coraggio di chiedere aiuto, 4 Case di Preghiera, 8 Case di fraternità e 20 Campi di condivisione.

Sito Ufficiale: www.comune.modena.it/associazioni/apg23mo/index.html

Sermig – servizio Missionario Giovani – e CIS – Cooperativa Internazionale per lo Sviluppo: Centro aperto 24 ore su 24, è un punto d'incontro tra culture, religioni, schieramenti diversi, è un riferimento per i giovani che vogliono dare un senso alla propria vita, una casa aperta per chi cerca soccorso (madri sole, carcerati, stranieri, persone che necessitano di cure, di casa, di lavoro). Gestisce i progetti del Sermig e del Cis sostenendo la nascita di comunità con base spirituale che coordina sul posto i propri progetti e quelli per la pace nei paesi in guerra.

Sito Ufficiale: www.sermig.org

ALLEGATO 3

Manifesto di Emergency per una Medicina basata sui Diritti Umani

A 60 anni dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani

A seguito del seminario internazionale «Costruire Medicina in Africa. Principi e Strategie» ospitato presso l'Isola di San Servolo, Venezia, Italia, dal 14 al 15 maggio 2008, e in accordo con lo spirito e i principi della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani nella quale si afferma che «Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti».

(art. 1) «Ogni individuo ha il diritto...alle cure mediche»

(art. 25) «Il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali ed inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo»

(Preambolo) DICHIARIAMO il «Diritto ad essere curato» come un diritto fondamentale e inalienabile appartenente a ciascun membro della famiglia umana.

CHIEDIAMO QUINDI la creazione di sistemi sanitari e progetti dedicati esclusivamente a preservare, allungare e migliorare la vita dei pazienti e basarsi sui seguenti principi:

Eguaglianza Ogni essere umano ha diritto ad essere curato a prescindere dalla condizione economica e sociale, dal sesso, dall'etnia, dalla lingua, dalla religione e dalle opinioni. Le migliori cure rese possibili dal progresso e dalla scienza medica devono essere fornite equamente e senza discriminazioni a tutti i pazienti.

Qualità Sistemi sanitari di alta qualità devono essere basati sui bisogni di tutti ed essere adeguati ai progressi della scienza medica. Non possono essere orientati, strutturati o determinati dai gruppi di potere né dalle aziende coinvolte nell'industria della salute.

Responsabilità Sociale I governi devono considerare come prioritari la salute e il benessere dei propri cittadini, e destinare a questo fine le risorse umane ed economiche necessarie. I Servizi forniti dai sistemi sanitari nazionali e i progetti umanitari in campo sanitario devono essere gratuiti e accessibili a tutti.

In qualità di Autorità Sanitarie e Organizzazioni Umanitarie RICONOSCIAMO sistemi sanitari e progetti basati sui principi EQS (Eguaglianza, Qualità, responsabilità Sociale) che rispettino i diritti umani, permettano lo sviluppo della scienza medica e siano efficaci nel promuovere la salute rafforzando e generando risorse umane, scientifiche e materiali.

CI IMPEGNIAMO a realizzare e sviluppare politiche, sistemi sanitari e progetti basati sui

principi EQS; a cooperare tra di noi per identificare bisogni comuni nel settore sanitario e programmare progetti congiunti.

FACCIAMO APPELLO alle altre Autorità sanitarie e alle organizzazioni umanitarie perché firmino questo Manifesto e si uniscano a noi nel promuovere una medicina basata sui principi EQS; ai donatori e alla comunità internazionale perché sostengano, finanzino e partecipino alla progettazione e alla realizzazione di programmi basati sui principi EQS.

ALLEGATO 4

Il diritto alle cure e la tutela della salute degli immigrati da un punto di vista normativo

Il diritto alle cure è garantito in Italia dall'Articolo 32 della Costituzione secondo il quale *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

Tutti i cittadini extracomunitari o comunitari hanno diritto a ricevere le cure necessarie anche se privi di regolare documento di soggiorno.

I cittadini extracomunitari con regolare permesso di soggiorno e i loro familiari a carico regolarmente soggiornanti in Italia hanno diritto: all'iscrizione al SSN (Servizio Sanitari Nazionale, ovvero la sanità pubblica) presso la ASL del territorio di residenza ovvero il luogo indicato nel permesso di soggiorno; hanno inoltre diritto alla scelta del proprio medico di base, al rilascio della Tessera Sanitaria, alla scelta del pediatra per i figli fino ai 14 anni, all'assistenza per le donne durante la gravidanza, il parto e nel periodo successivo al parto, ad accedere al consultorio familiare (un servizio socio-sanitario pubblico che tutela e promuove la salute psico-fisica e sociale della donna, della coppia, degli adolescenti e dei bambini), a visite ed esami specialistici, alle vaccinazioni e all'esenzione dal pagamento del ticket nei casi previsti dalla legge al pari dei cittadini italiani.

I documenti che servono per l'iscrizione al SSN sono: copia del permesso/carta di soggiorno o della ricevuta di prima richiesta o di rinnovo, un documento d'identità, il codice fiscale (autocertificazione) e la residenza (autocertificazione) o dichiarazione di effettiva dimora. Questi documenti devono essere portati all'Ufficio Anagrafe Sanitaria dell'Azienda Sanitaria del luogo in cui si abita. Tutti i minori, con o senza permesso di soggiorno, sono iscritti obbligatoriamente al SSN.

I cittadini comunitari hanno diritto: all'iscrizione al SSN (se in presenza dei requisiti previsti), alla scelta del proprio medico di base e pediatra, nonché a tutte le altre prestazioni a cui hanno diritto i cittadini non comunitari ed i cittadini italiani, all'esenzione della spesa sanitaria nel caso sussistano condizioni previste dalla legge.

Per l'iscrizione obbligatoria al SSN la documentazione necessaria è: documento d'identità, codice fiscale, residenza o dichiarazione di effettiva dimora o attestazione di richiesta di residenza. A questi bisogna aggiungere: per i lavori subordinati, anche stagionali, una copia del contratto di lavoro registrato all'INPS; per i lavoratori autonomi una copia dell'iscrizione

alla camera di commercio (o all'albo o ordine professionale) e dell'apertura di Partita IVA o apertura posizione INPS; per i disoccupati l'iscrizione al Centro per l'impiego e documento attestante la cessazione del rapporto di lavoro e la sua durata in stato di disoccupazione involontaria; se si è iscritti ad un corso di formazione professionale serve un documento di attestazione dell'iscrizione al corso; per i familiari comunitari a carico serve il certificato di matrimonio e/o certificato di nascita per i figli e/o certificazione di familiare a carico; per i familiari extracomunitari di cittadino comunitario il permesso di soggiorno o carta di soggiorno nel caso di familiari di cittadini UE; per il cittadino comunitario con attestazione di soggiorno permanente serve presentare l'attestato di soggiorno permanente.

I cittadini stranieri non comunitari senza permesso di soggiorno e i cittadini comunitari non regolari hanno diritto all'assistenza sanitaria, garantita attraverso il rilascio di un tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) o ENI (Europeo Non Iscrivibile).

Il tesserino STP/ENI assicura l'erogazione delle seguenti prestazioni sanitarie: cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, anche continuative, per malattia e infortunio; programmi di medicina preventiva; tutela della gravidanza e della maternità; tutela della salute dei minori; vaccinazioni obbligatorie; interventi di profilassi internazionale; profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive; cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

La tessera/codice STP/ENI è rilasciata dall'Azienda ASL e dall'Azienda Ospedaliera nei punti di primo accesso (Pronto Soccorso, consultori, sportelli, ambulatori STP/ENI, ecc.).

Il tesserino STP ha una validità di 6 mesi su tutto il territorio italiano ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero. Il tesserino ENI ha validità di 6 mesi sul territorio regionale di emissione ed è rinnovabile. Un cittadino straniero irregolare è tenuto a pagare le prestazioni erogate, salvo che risulti privo di risorse economiche sufficienti e rilasci una dichiarazione scritta relativa alla sua condizione di indigente.

Alle strutture sanitarie è vietato segnalare alle autorità di polizia la presenza di stranieri irregolari salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto (negli stessi casi previsti per i cittadini italiani, es. istigazione o aiuto al suicidio, morte come conseguenza di altro delitto, lesioni personali gravissime).

Tutti i cittadini italiani hanno diritto all'assistenza sanitaria e sono iscritti obbligatoriamente al Servizio Sanitario Nazionale. L'iscrizione consente di ottenere l'assistenza del medico di famiglia o del pediatra.

Esenzione da spese sanitarie (ticket): per i servizi che il Sistema Sanitario italiano fornisce è necessario il pagamento da parte del cittadino di una certa quota (ticket), che varia a seconda del tipo di servizio richiesto (analisi, farmaci, ecc.). È però prevista l'esenzione parziale o totale del pagamento del ticket per motivi di: età, reddito, disoccupazione; patologia (malattie croniche); diagnosi precoce dei tumori; gravidanza, malattie rare, invalidità e test HIV.

Esenzione età reddito e disoccupazione: i cittadini di età inferiore a 6 anni e superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro (Codice E01); disoccupati e loro familiari a carico appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (Codice E02); titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico (Codice E03); titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza di coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (Codice E04).

Esenzione per patologia: l'esenzione o riduzione del ticket per patologia può essere richiesta da tutti i cittadini affetti da malattie croniche e invalidanti (ad es. ipertensione, diabete, epatite, insufficienza renale cronica, ecc.). Il cittadino extracomunitario/comunitario assistito con tessera STP/ENI ha diritto all'esenzione per patologia e per la gravidanza. Il cittadino extracomunitario titolare di tessera STP, se privo di risorse economiche, ha diritto all'esenzione per indigenza (Codice x01). In alcune regioni questa esenzione è valida anche per i cittadini comunitari titolari di tessera ENI. Per ottenere l'esenzione, l'interessato deve rivolgersi agli uffici della Azienda Sanitaria, presentando la seguente documentazione a seconda dei casi:

- Esenzione per disoccupazione: certificato di iscrizione al Centro per l'impiego che attesta lo stato di disoccupazione;
- Esenzione per reddito ed età: è sufficiente l'autocertificazione;
- Esenzione per patologia o gravidanza: documentazione che dimostra la propria patologia o la gravidanza;
- Esenzione per indigenza per i cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno: dichiarazione di indigenza.

ALLEGATO 5

I modelli teorici del nursing transculturale

La nascita del nursing transculturale: la teoria di Madeleine Leininger

Madeleine Leininger nasce a Sutton (Nebraska) alla fine degli anni venti, si diploma come infermiera nel 1948 e due anni dopo consegue il Bachelor of Science in nursing presso il Benedictine College in Kansas. Dopo aver lavorato come direttrice del personale infermieristico presso il reparto psichiatrico dell'ospedale di Omaha, nel 1953 ottiene il Master's Degree in “assistenza infermieristica psichiatrica” presso la Catholic University di Washington, specializzandosi nel nursing psichiatrico. E' proprio lavorando con bambini affetti da disturbi mentali che nel 1955 si rende conto dell'influenza dei fattori culturali sul comportamento dei bambini. Si iscrive a un corso di antropologia presso la Catholic University conseguendo nel 1965 il dottorato con una tesi di ricerca sulle popolazioni Gadsup della Nuova Guinea. Fondamentale è l'incontro con l'antropologa Margaret Mead che la stimola nello studio delle connessioni tra assistenza infermieristica e antropologia. Nel 1966 tiene il primo corso di Nursing Transculturale presso l'Università del Colorado, successivamente (nel 1969) insegna Nursing e Antropologia presso l'Università di Washington a Seattle. Nel 1970 pubblica il primo libro: “Nursing and antropology: two worlds to blend” a cui fanno seguito numerose altre pubblicazioni. Muore nell'agosto 2012. Secondo il suo pensiero: “l'assistenza infermieristica, se lasciata a se stessa porta all'etnocentrismo come modo intenzionale di imporre i propri valori, credenze e pratiche su altri in quanto l'esercente li ritiene superiori o migliori”. Da qui nasce l'esigenza di un approccio differente, che abbia come fondamento la comprensione e il rispetto delle culture estranee alla propria e che definisca un metodo assistenziale efficace per ogni cultura e universalmente: si tratta del Nursing Transculturale.

La Teoria del Nursing transculturale si definisce come “Una branca del Nursing fondata sullo studio comparato e sull'analisi dei diversi comportamenti sanitari delle diverse culture, finalizzate a sviluppare un sapere scientifico e umanistico capace di consentire la realizzazione di pratiche assistenziali specifiche per ogni cultura e universali”.

Emic ed Etic: due concetti fondamentali del Nursing Transculturale:

Emic : Sistema popolare o “folk” o assistenza sanitaria tradizionale, locale, pratiche assistenziali, particolarmente utilizzate a domicilio o nella comunità ; metodi orientati alla

guarigione.

Etic : Sistema professionale, assistenza professionale o i servizi di cura offerti da personale sanitario preparato attraverso programmi di studi professionali, formalizzati in particolari istituzioni educative. Tutte le culture hanno un sistema sanitario, sia popolare che professionale per erogare pratiche assistenziali.

Una mappa concettuale del modello della Leininger è costituita dal Modello del Sole Nascente:

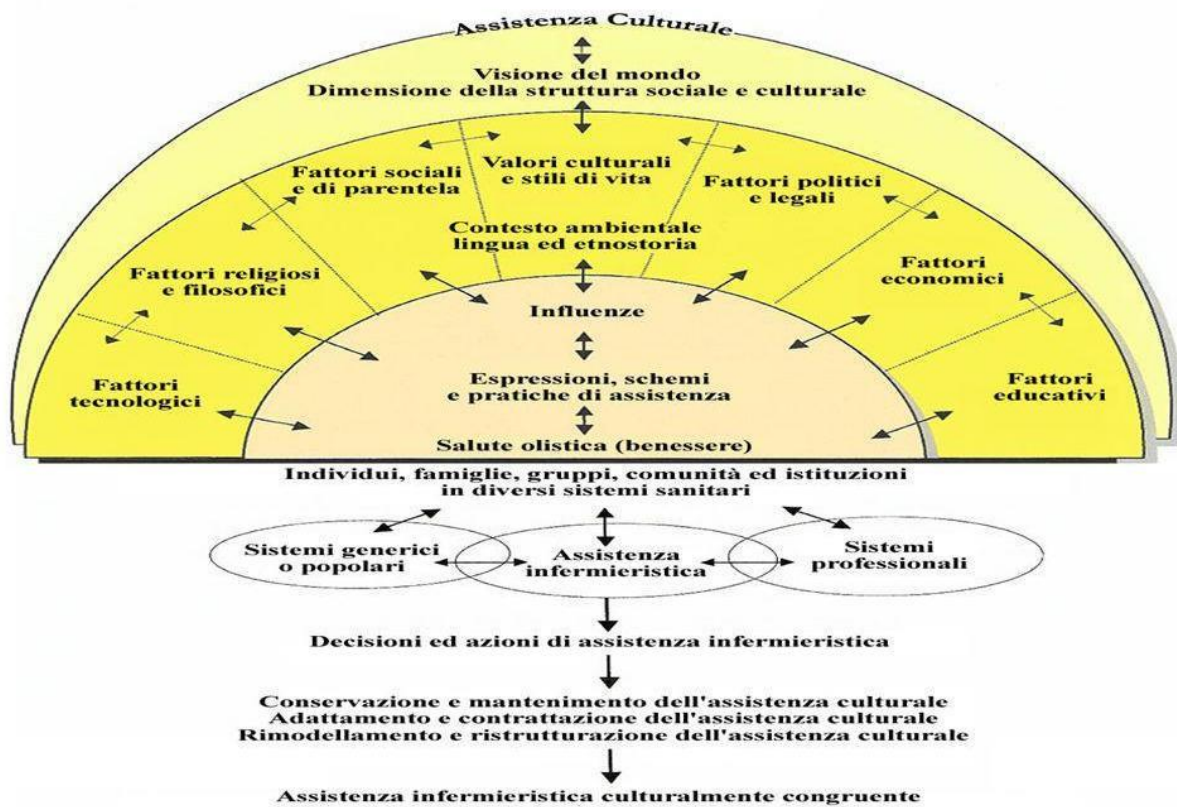


Figura 3: rappresentazione del Modello del sole Nascente

esso aiuta a definire i quattro livelli da indagare per giungere ad una assistenza infermieristica culturalmente congruente, ciascuno di essi ha un livello di astrazione differente:

I° LIVELLO: visione del mondo e sistema sociale (fattori e valori che influenzano gli stili di vita, pratiche assistenziali e concetto di salute);

II° LIVELLO: relazione tra individui, famiglie, gruppi, comunità ed istituzioni nei diversi sistemi sanitari;

III° LIVELLO: integrazione tra sistemi popolari e professionali nell'area dell'assistenza

infermieristica (sistema popolare o folk – sistema professionale);

IV° LIVELLO: erogazione dell'assistenza infermieristica culturalmente congruente attraverso un continuo confronto per eventuali adattamenti o rimodellamenti.

Questi livelli sono fasi di una ricerca induttiva e qualitativa che richiede un coinvolgimento dell'operatore utilizzando il modello antropologico di osservazione-partecipazione-riflessione.

Il metaparadigma del nursing secondo M. Leininger

PERSONA: è considerata sia dal punto di vista antropologico che infermieristico. Dal momento che in numerose culture non occidentali il concetto di “persona” non riveste un ruolo centrale o è addirittura inesistente, la Leininger sostiene che “l'assistenza infermieristica non deve basarsi esclusivamente sull'interazione infermiere paziente, ma deve allargarsi alla relazione con la famiglia, i gruppi e le comunità”.

SALUTE: è intesa come “stato di benessere definito, valutato e praticato secondo la cultura, che riflette le abilità individuali (o di gruppo) a svolgere le attività quotidiane secondo gli stili di vita espressi culturalmente, utili e modellati”.

AMBIENTE: è inteso come “contesto ambientale” ed è riferito alla totalità di un evento, situazione o particolare esperienza, in quanto dà significato alle espressioni ed interazioni sociali, in particolare al contesto fisico, ecologico, sociopolitico e/o culturale”.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA: è intesa come professione e disciplina, umanistica e scientifica, centrata sui fenomeni e sui comportamenti di assistenza per assistere, supportare, facilitare gli individui (o i gruppi) a migliorare o mantenere la loro salute o per aiutare le persone a far fronte alla morte. Distingue inoltre diverse tipologie di assistenza che, integrate l'una con l'altra, porteranno ad una visione olistica ed efficace:

- Sistema di assistenza generico o tradizionale: conoscenze e abilità imparate e trasmesse con la cultura utilizzate per fornire atti di assistenza.
- Sistema di assistenza professionale: assistenza professionale formalmente insegnata, appresa e trasmessa. Predomina in istituzioni professionali dove il personale offre servizi al cliente.
- Assistenza infermieristica culturalmente congruente: azioni e decisioni di tipo cognitivo di assistenza fatte su misura per adattarsi ai valori e stili di vita culturali di individui o gruppi al fine di garantire la salute o il benessere con prestazioni valide e soddisfacenti.

La Leininger individua tre metodi di azione allo scopo di garantire un'assistenza olistica e

culturalmente congruente

- Conservazione/mantenimento: aiuta a mantenere o preservare i valori rilevanti dell'assistenza in modo da poter mantenere il proprio benessere, guarire e affrontare la morte;
- Adattamento/negoziazione: azioni che portano la persona ad adattarsi o a patteggiare con altri per un risultato di salute benefico o soddisfacente;
- Rimodellamento/ristrutturazione: azioni che aiutano a cambiare il proprio stile di vita pur rispettando i loro modelli e convinzioni culturali.

Madeleine Leininger si rese conto che oltre a proporre un modello teorico fosse necessario indicare un metodo di indagine idoneo affinché la ricerca potesse cogliere le dinamiche culturali legate al processo di cura e assistenza. Indicò così l' *Ethnonursing* come modalità ideale di ricerca, ovvero un metodo qualitativo che si fonda sull'approccio etnografico e sui principi e tecniche tipiche degli studi antropologici.

Il ricercatore è qui visto non come straniero, ma immerso in una prospettiva “emica”. Sviluppò la tecnica dell'*osservazione partecipante* che permette di raccogliere dati significativi in maniera accurata.

In particolare l'ethnonursing si articola in quattro fasi:

- Raccolta, descrizione e documentazione dei dati;
- Individuazione e categorizzazione di “descrittori e componenti” inclusa la codifica dei dati e l'analisi delle differenze e delle similarità tra i descrittori etici ed emici;
- Analisi del contesto, in cui i dati sono analizzati secondo il principio della “saturazione di idee e di modelli”;
- Sintesi ed interpretazione per temi principali, risultati dell'indagine, formulazioni teoriche e raccomandazioni”.

Diversità culturale e universalità culturale

Madeleine Leininger ha inventato dei nuovi termini per definire i concetti di base della sua teoria; comprendere questi termini è fondamentale se si vuole comprendere a pieno la teoria.

- CULTURA: sistema di valori, credenze e norme appresi, trasmessi e condivisi, e stili di vita di uno specifico individuo o gruppo, che guida il loro modo di pensare, di prendere decisioni, di agire e di porsi obiettivi;
- ASSISTENZA CULTURALE: si riferisce ai molteplici aspetti di una cultura che influenzano e permettono ad un individuo o gruppo di migliorare le proprie condizioni di vita e di confrontarsi con la malattia e la morte;

- **DIVERSITÀ CULTURALE:** si riferisce alle differenze di significati, valori o modelli accettabili di assistenza all'interno di un gruppo o tra gruppi differenti;
- **UNIVERSALITÀ CULTURALE:** si riferisce al concetto universale di “prendersi cura”, comune a tutte le etnie e gruppi.

Giger e Davidhizar: il modello di valutazione transculturale

Il modello fu elaborato nel 1988 dopo che gli autori ebbero eseguito uno studio sul sistema sanitario statunitense esaminando le variazioni che esistono nelle risposte del *caregiver* e nelle reazioni dei destinatari, in relazione alle diversità culturali che si manifestano.

Nella stesura del loro modello partono dall'idea che sebbene ogni cultura sia differente dalle altre, tutte condividono gli stessi fattori organizzativi di base.

Giger e Davidhizar individuarono in particolare sei fenomeni culturali e per ciascuno di questi fattori, segnarono quali fossero gli aspetti che devono essere valutati da parte del personale infermieristico:

- La comunicazione: lingua parlata, tono di voce, pronuncia, ricorso a pause e silenzi, comunicazione non verbale;
- Lo spazio: il grado di comfort osservato, la prossimità degli altri, i movimenti del corpo e la percezione dello spazio;
- L'organizzazione sociale: cultura, appartenenza etnica, ruolo e funzione attribuiti alla famiglia, il lavoro e il tempo libero, la religione e i legami affettivi;
- Il tempo: il modo di utilizzarlo, di misurarlo, la definizione che gli si dà, l'articolazione in tempo lavorativo e sociale, l'orientamento rispetto al futuro, al presente e al passato;
- Il controllo ambientale: riguarda le pratiche culturali di salute e malattia;
- Le variazioni biologiche: dimensioni fisiche (struttura, colore della pelle, etc.) ed aspetti genetici o enzimatici di malattia presenti in alcune popolazioni, preferenze o carenze nutrizionali, ma anche caratteristiche psicologiche.

Tale modello sostiene che ogni individuo sia culturalmente unico e che possa essere valutato tramite i sei fattori descritti, che sono in relazione tra loro. Non è detto che individui appartenenti alla stessa etnia o gruppo abbiano comportamenti simili dunque è importante seguire un modello di cura che tenga conto delle differenze sia fra i gruppi sociali che tra i singoli individui che li compongono, evitando di incorrere in stereotipi.

Campinha-Bacote: il processo della competenza culturale nell'erogare servizi per la salute

La teorica Campinha-Bacote nel 1991 identifica la competenza culturale nell'erogare servizi per la salute come il “processo dinamico, in cui l'operatore sanitario continuamente rinnova le *skills*, per lavorare con efficacia all'interno dell'universo culturale dell'utente”.

Secondo l'autrice la competenza culturale non costituisce un punto d'arrivo, bensì un processo che perdura e che deve essere sostenuto in modo continuo, al fine di sviluppare le capacità di lavorare efficacemente con individui e gruppi provenienti da culture diverse.

Il processo è stato composto, strutturalmente, dapprima da quattro concetti e poi da cinque assunti (fu aggiunto nel 1998 il costrutto del desiderio culturale), interrelati, che l'operatore sanitario deve sviluppare per avere un'adeguata competenza culturale nel nursing.

- La propria consapevolezza culturale: capacità di auto-valutazione dei propri pregiudizi verso le altre culture e del proprio background professionale;
- La conoscenza culturale dell'altro: processo attraverso cui i professionisti sanitari ottengono informazioni riguardo alle rappresentazioni culturali dei diversi gruppi ed etnie, le varietà biologiche, di salute e malattia, metabolismo e farmaci;
- L'abilità culturale: capacità di svolgere una valutazione culturale per raccogliere dati rilevanti dal punto di vista culturale riguardo ai pazienti, ma anche compiere una valutazione fisica fondata su aspetti culturali;
- L'incontro culturale: processo che incoraggia l'incontro diretto tra professionisti e persone provenienti da altre culture, allo scopo di modificare le proprie credenze e prevenire eventuali stereotipi;
- Il desiderio culturale: motivazione dei professionisti sanitari ad innescare il processo che li renderà culturalmente competenti. Questo punto è considerato cruciale dall'autrice che ritiene che gli infermieri dovrebbero essere realmente desiderosi di avere una competenza culturale e non vederla come un'imposizione; lo definisce come: *“l'energia che origina il viaggio verso la competenza culturale dell'infermiere”*.

Successivamente Campinha-Bacote ha stilizzato la sua teoria raffigurandola come un vulcano, paragonando il desiderio culturale ad un'eruzione che erompe stimolando il processo che porta alla competenza culturale.

Per iniziare o continuare tale processo, l'autrice invita a porsi una domanda: *“have I ASKED myself the right question?”* in cui ASKED rappresenta un acronimo che ricorda le 5 domande che l'infermiere dovrebbe porsi per valutare il proprio grado di competenza culturale:

- Awareness: sono consapevole di tutti gli errori o i pregiudizi che ho verso gli altri?
- Skill: ho le competenze per compiere una valutazione sensibile alle diversità culturali?
- Knowledge: sono informato sulle altre culture?
- Encounters: cerco l'incontro con coloro che sono diversi da me?
- Desire: voglio davvero diventare culturalmente competente?

Purnell e Paulanka: il modello di competenza culturale

Tale modello sviluppato nel 1998, in ambito accademico statunitense, come strumento di valutazione clinica per gli studenti infermieri, ha avuto subito un grande successo ed è usato in numerosi paesi (Australia, Belgio, Canada, Corea, Svezia, etc.).

Si tratta di un modello che può essere utilizzato da tutti i professionisti sanitari, non unicamente dagli infermieri; è infatti rivolto a risolvere differenze culturali che possono emergere sia nella relazione con i pazienti, ma anche all'interno del team sanitario.^{18 19}

Il modello è rappresentato iconograficamente come un circolo:

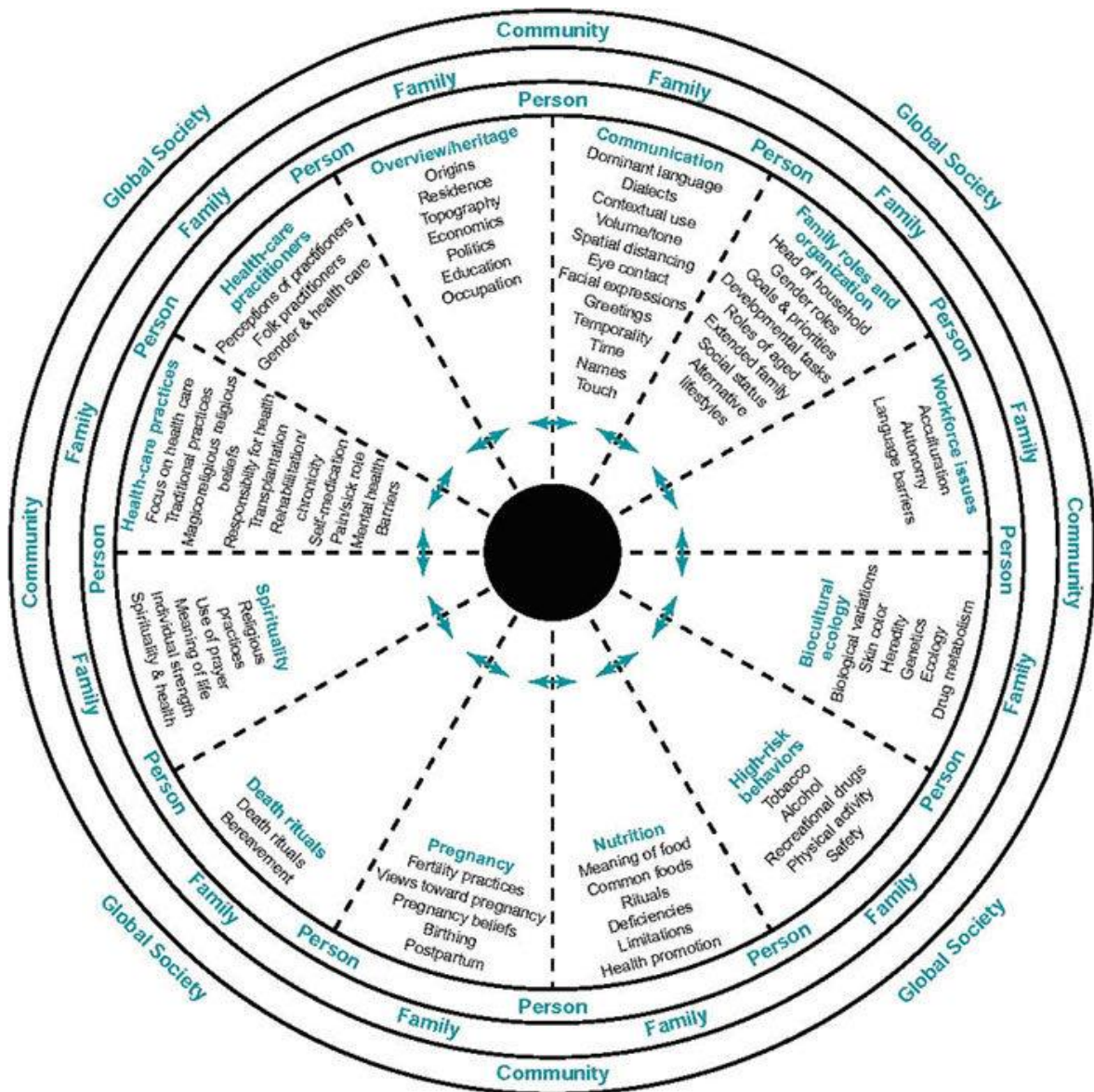
- Il bordo esterno rappresenta la *società globale* che include: la comunicazione globale, la politica, i conflitti, i disastri naturali, gli scambi commerciali e educativi, l'information technology, gli avanzamenti nelle scienze della salute e le sempre maggiori opportunità da parte delle persone di spostarsi e interagire con altri individui. Inoltre, in questo primo macro aspetto del modello abbiamo gli eventi globali trasmessi dai media elettronici e digitali che socializzano, direttamente o indirettamente, tutte le società e che inconsciamente influenzano gli stili di vita e le visioni del mondo delle persone.

- Il secondo bordo rappresenta la *comunità* che è un gruppo di persone che hanno un comune interesse o identità. La comunità include le caratteristiche sociali, fisiche e simboliche che sono la causa della connessione tra individui. L'età, la religione, lo stato civile, la politica delineano il concetto sociale di comunità. Sono caratteristiche simboliche di una comunità condividere uno stesso linguaggio, stile di vita, storia, vestiti o arte. Gli individui interagiscono con la comunità attivamente e passivamente e possono cambiare volontariamente la comunità di riferimento quando i loro bisogni fisici, sociali e simbolici non possono essere presi in considerazione.

- Il terzo bordo rappresenta la *famiglia*, ovvero il concetto che lega due o più persone, unite affettivamente che vivono spesso in stretta vicinanza ma anche persone che non hanno

legami di parentela ma che hanno significato profondo per la vita di una persona. La struttura familiare e i ruoli al suo interno cambiano in accordo con l'età, generazione, stato civile, immigrazione, trasferimenti, status socioeconomico e tutto ciò richiede un ripensamento sulle strategie di vita e sui modi di vivere.

- Il quarto circolo più interno rappresenta la *persona* che è un essere bio-psico-socio-culturale che è in adattamento continuo con la sua comunità. Gli esseri umani si adattano sia biologicamente che fisiologicamente al processo d'invecchiamento, psicologicamente alle relazioni sociali, allo stress, poiché interagiscono con la società dinamica ed etnoculturalmente dentro la più vasta società globale. La concezione prettamente individualistica della persona nelle culture occidentali lascia poco spazio a forme di pensare la persona come gruppo comunità in altri tipi di contesto.



- L'interno del cerchio è diviso in 12 spicchi che rappresentano i diversi significati di *cultura*:

- topografia del luogo dove si pratica il nursing e visione del mondo,
- comunicazione,
- famiglia,
- ruoli e organizzazione,
- problematiche relative allo stato di lavoro,
- ecologia biculturale,
- comportamenti ad alto rischio per la salute,
- l'alimentazione,
- pratiche inerenti alla gravidanza e alla maternità ,
- rituali di fine vita,
- spiritualità,
- le pratiche di salute/assistenza e coloro che eseguono le pratiche.

Tali concetti sono tra loro correlati e si modificano vicendevolmente nei loro significati simbolici.

- Il cerchio nero centrale raffigura i *fenomeni sconosciuti* della cultura di riferimento.

I principali obiettivi che si propone il modello sono:

- Fornire una cornice organizzativa a tutti gli operatori sanitari per apprendere concetti e caratteristiche sulla cultura;
- Definire le circostanze che influenzano la visione culturale del mondo nel contesto storico;
- Correlare le caratteristiche di una cultura per promuovere e facilitare l'erogazione di interventi competenti sulla sfera salute –malattia;
- Fornire una cornice organizzativa che riflette le caratteristiche umane come la motivazione, l'intenzionalità e il significato;
- Fornire una struttura concettuale per analizzare i dati;
- Comprendere la persona, la famiglia o il gruppo dentro il loro ambiente etnoculturale.

Papadopoulus, Tilki e Taylor: il modello per sviluppare la competenza culturale

Il modello pubblicato per la prima volta nel 1998 dalle tre autrici anglosassoni, poi ridefinito da Papadopoulos e da Lees nel 2003, cerca di raggiungere l'obiettivo di

sviluppare la competenza culturale dell'infermiere attraverso un processo progressivo di acquisizione di consapevolezza, conoscenza, e sensibilità culturale, per giungere ad una soddisfacente competenza culturale, nel rapporto d'assistenza infermieristica con l'altro.

Il modello è composto da quattro passi correlati:

- La prima fase è costituita dalla *consapevolezza* dei valori di base, delle credenze, degli usi, delle abitudini e dei costumi dell'infermiere e di come tutti questi aspetti hanno influenza sull'erogazione dell'assistenza infermieristica; è la consapevolezza culturale dell'operatore che deve essere indagata approfonditamente: la sua cultural awareness.

- La seconda fase rappresentata dalla *conoscenza* delle dinamiche culturali proprie può essere acquisita in varie maniere. Ad esempio, attraverso lo studio di discipline come l'antropologia culturale, la psicologia, la biologia, la medicina. In ogni modo, la prassi assistenziale, aiuta sotto quest'aspetto, infatti, porta al contatto frequente con individui portatori di tratti culturali altri da quello dell'operatore e ciò costituisce un valido ausilio per prendere conoscenza delle credenze e dei tratti culturali di differenti gruppi etnici.

- La terza fase o della *sensibilità* culturale mette in risalto il concetto della relazione interpersonale dialogica tra infermiere e paziente, questa fase va ben oltre l'approfondimento dei sottostrati culturali ed etno-assistenziali dell'operatore e dell'assistito ed entra in un campo chiamato di comprensione dialogica.

- La quarta fase è raggiunta dall'acquisizione della *competenza culturale* che viene definita, dalle tre autrici anglosassoni, come la capacità di erogare un'assistenza infermieristica che prenda in conto le credenze, i comportamenti e i bisogni culturali dell'individuo. La competenza culturale è l'output finale, della sintesi di conoscenze e abilità nel soddisfacimento delle esigenze assistenziali dell'utente, che è sviluppato durante tutta la vita professionale.

