

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**NURSING transculturale e terminalità: L'IMPIEGO
DELLA COMPETENZA CULTURALE NEL FINE VITA. UNA
REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatore: Dott.ssa Sanzovo Giannina

Correlatore: Dott.ssa De Pin Benedetta

Laureanda: Genovese Ilaria

Matricola:1196792

Anno Accademico 2020/2021

ABSTRACT

Background: La popolazione di immigrati residenti in Italia, pari a 5 milioni, e le stime ISTAT di crescita nell'immigrazione, indicano la necessità per il sistema sanitario e quindi anche per l'infermiere di adattarsi a tale cambiamento del bacino demografico di riferimento al fine di fornire un'assistenza personalizzata nel rispetto delle credenze e della cultura della persona. Un approccio utile è quello della competenza culturale, concetto che fonda le sue radici nella teoria infermieristica del Transcultural Nursing di Madeleine Leininger. La competenza culturale può essere definita come l'abilità, acquisita gradualmente e in modo continuo attraverso un processo, di fornire un'assistenza efficace, sicura e di qualità, ad assistiti appartenenti a diverse culture; quindi l'abilità di tenere in considerazione i differenti aspetti della loro cultura nello svolgimento dell'assistenza.

Obiettivo: effettuare una revisione di letteratura sull'applicazione della competenza culturale nell'ambito dell'assistenza nel fine vita in hospice. Approfondire le competenze comunicative richieste e il concetto di buona morte nelle culture maggiormente presenti in Italia.

Materiali e metodi: è stata condotta una revisione della letteratura prendendo in considerazione le banche dati Pubmed e Scopus Elsevier. Sono state prese in considerazione le pubblicazioni degli ultimi dieci anni, in Italiano e Inglese, con full text disponibile, pertinenti all'argomento, strutturando le stringhe di ricerca in riferimento a tre quesiti. Sono stati selezionati 26 articoli.

Risultati: Sono emersi tre aspetti di maggiore rilevanza e inter-correlati tra loro. L'applicazione della competenza culturale passa prima per la formazione degli operatori, quindi dell'infermiere, all'autoriflessione e al riconoscimento del proprio background culturale come fattori influenti sulle modalità di erogazione dell'assistenza; necessita di un atteggiamento di apertura al diverso e di predisposizione ad imparare e comprendere le differenti percezioni di morte e malattia e le aspettative sull'assistenza, sostenuto anche da una formazione in merito; richiede infine un'adeguata comunicazione interculturale, un lavoro d'equipe e l'accertamento specifico dei bisogni culturali dell'assistito su cui fondare la pianificazione assistenziale.

Conclusion: L'impiego della competenza culturale nell'assistenza alle persone nella terminalità può portare benefici sia per la qualità di vita dell'assistito che per il benessere degli operatori, in quanto consente di personalizzare l'assistenza considerando in modo olistico le necessità dell'assistito e può fornire una guida orientativa per l'operatore nel rapportarsi con una realtà differente da quella conosciuta.

Parole chiave: competenza culturale, nursing transculturale, cure palliative, malati terminali, comunicazione, assistenza alla terminalità/assistenza al fine vita, Cinesi, Musulmani, Romeni, Albanesi.

Key words: cultural competence, transcultural nursing, palliative care, terminally ill, communication, terminal care/end of life care, Chinese, Muslim, Romanian, Albanian.

INDICE

1. INTRODUZIONE	2
1.1 La Teoria del Transcultural Nursing o CCT	4
1.1.1 Il modello del sole nascente	6
1.2 Definizione di competenza culturale	8
2. MATERIALI E METODI	10
2.1 Obiettivi e quesiti di ricerca	10
2.2 Fonti dei dati, parole chiave e analisi degli articoli	10
3. RISULTATI DELLA RICERCA	12
3.1 Il concetto di “Buona Morte”	12
3.2 Comunicazione transculturale efficace	15
3.3 La competenza culturale nella pratica clinica in hospice	18
4. DISCUSSIONE	23
5. CONCLUSIONE	27

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1: “PRISMA”

Allegato 2: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

Allegato 3: Grafici statistici

1. INTRODUZIONE

L'argomento scelto per il presente elaborato di tesi è quello dell'impiego della competenza culturale nella comunicazione e nella gestione assistenziale della persona terminale.

L'interesse per tale argomento di tesi è emerso a partire dall'introduzione alla teoria di Madeleine Leininger durante il percorso di studi universitari e in seguito ad un'esperienza di tirocinio nel reparto di Oncologia dell'ospedale di Treviso, per cui è nata la necessità di approfondire le modalità applicative di tale teoria e quindi della competenza culturale, nella pratica clinica e specificatamente nell'ambito della terminalità.

La popolazione di immigrati residenti in Italia, pari a 5 milioni, e le stime ISTAT di crescita nell'immigrazione, per le quali nell'intervallo fino al 2065 immigreranno in Italia circa 14.4 milioni di individui, raggiungendo un picco massimo di 162 mila unità annue nel 2035 ⁽¹⁾, indicano la necessità per il sistema sanitario e quindi anche per l'infermiere di adattarsi a tale cambiamento del bacino demografico di riferimento, al fine di fornire un'assistenza personalizzata nel rispetto delle credenze e della cultura della persona.

Il presente elaborato di tesi ha come setting di riferimento quello dell'hospice, un luogo di accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale l'assistito, insieme alla sua famiglia/caregiver, viene accompagnato nelle ultime fasi della vita con un appropriato sostegno sanitario, psicologico e spirituale, affinché viva questa fase con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile. Si tratta di una struttura integrata all'ospedale e al domicilio, che costituisce uno dei nodi della Rete Locale di Cure Palliative e che garantisce assistenza sociosanitaria residenziale a bassa tecnologia, ma ad altissimo livello di prestazioni assistenziali. L'hospice costituisce l'ambiente di accoglienza più adatto quando la persona malata ha bisogno di cure che non possono più essere erogate al domicilio, quando l'impegno assistenziale diventa troppo difficile e gravoso per la famiglia, quando la sintomatologia correlata alla malattia si acuisce rendendone difficile la gestione a casa, oppure quando il malato vive solo o in condizioni abitative inadeguate.

Le cure palliative in hospice sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. ⁽²⁾⁽³⁾

L'assistenza in hospice è garantita da un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale della quale fa parte anche l'infermiere, al quale è richiesto da codice deontologico di *“Prestare assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconoscere l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. Sostenere i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.”* ⁽⁴⁾

Nell'assistere persone con differenti background culturali, al fine di rispettare quanto richiesto dalla deontologia e quindi di garantire un'adeguata e soddisfacente assistenza, l'approccio Transculturale può rappresentare uno strumento che consente un più facile riconoscimento e una maggiore comprensione e rispetto dei bisogni dell'assistito, contribuendo a raggiungere l'obiettivo di accompagnare la persona verso la morte garantendo sempre la migliore qualità di vita possibile.

1.2 La teoria del Transcultural Nursing o Culture Care Theory

Il punto di partenza dell'elaborato di tesi è rappresentato dalla teoria di Madeleine Leininger sull'Assistenza Culturale. Tale corpo teorico ha costituito la base per lo sviluppo del concetto di Competenza Culturale perché, a partire dalla riflessione della teorica, si è iniziato a considerare la dimensione culturale stessa come una variabile importante che influisce sulla concezione di salute e sui bisogni assistenziali.

La teoria del Transcultural Nursing o Culture Care Theory fu sviluppata da Madeleine Leininger e concettualizzata nella sua tesi di dottorato in Antropologia nel 1966. La necessità di sviluppare tale teoria, tuttavia, emerse già negli anni Cinquanta durante il suo impiego in un reparto di neuropsichiatria infantile in cui si trovò a dover prestare assistenza a bambini provenienti da diversi background etnici e culturali. Da questa esperienza Leininger comprese che la sua inadeguata conoscenza dei vari aspetti culturali rappresentava un ostacolo all'erogazione di un'adeguata assistenza ed ebbe modo di osservare che i fattori culturali influiscono su tutti gli aspetti della vita, nel caso dei suoi assistiti influivano sul modo di parlare, giocare, interagire con gli altri, con lo staff e con i genitori. Da ciò dedusse che questi fattori influiscono anche sulla concezione e percezione di salute, sul tipo di assistenza erogata e richiesta e quindi maturò l'idea alla base della teoria dell'Assistenza culturale o Transcultural Nursing.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

L'obiettivo centrale della teoria che quindi sviluppò è quello di scoprire, documentare, interpretare e spiegare il fenomeno dell'assistenza culturale in un corpo teorico unitario, affinché rappresenti una base di partenza per erogare un'assistenza infermieristica culturalmente congrua e per migliorare o offrire un tipo di assistenza personalizzata a persone appartenenti a culture differenti.⁽⁵⁾

L'assunto primario della teoria di Leininger risiede nella centralità dell'assistenza infermieristica, che rappresenta l'essenza della professione e un fenomeno proprio, unificante ed essenziale del nursing. Da qui deriva l'espressione "*There can be no curing without caring, but caring can exist without curing*". Per Leininger esistono due tipi di assistenza infermieristica: professionale e generica. L'assistenza professionale corrisponde a quella appresa e poi messa in pratica da infermieri formati e che viene largamente impiegata nei contesti clinici. L'assistenza generica si riferisce

invece alle pratiche di assistenza tradizionali, familiari, naturali su cui fanno affidamento le diverse culture come pratiche di assistenza primarie di base. Entrambi questi tipi di assistenza devono essere riconosciuti e integrati tra loro nella pratica clinica. ⁽⁵⁾

Attorno a questa visione dell'assistenza la teorica sviluppa i principi fondanti della teoria ⁽⁷⁾ (tabella I)

Tabella I: Principi della teoria

- Il modello dell'assistenza culturale è la sintesi dei concetti di assistenza e di cultura, che indirizzano il ricercatore nella scoperta, spiegazione e nel riconoscimento della salute, del benessere, delle espressioni assistenziali
- Le espressioni, i significati, i percorsi e i processi di assistenza sono differenti ma presentano degli elementi di universalità all'interno di una stessa cultura e tra culture diverse
- La visione del mondo, i fattori socio-culturali, l'assistenza professionale e generica influenzano consistentemente i significati, le espressioni e i percorsi dell'assistenza culturale nelle varie culture
- Assistenza generica e professionale influenzano lo stato di salute e malattia e quindi devono essere insegnate, indagate e integrate nella pratica assistenziale
- L'assistenza è culturalmente congrua quando i valori culturali, le credenze, le espressioni e i percorsi sono esplicitamente conosciuti e utilizzati in modo appropriato, sensibile e significativo con persone appartenenti a culture differenti o simili
- Preservazione e mantenimento, adattamento e negoziazione, rimodellamento e strutturazione sono tre strategie d'azione e decisionali da applicare per fornire un'assistenza culturalmente congrua

1.1.1 Modello del sole nascente

Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care

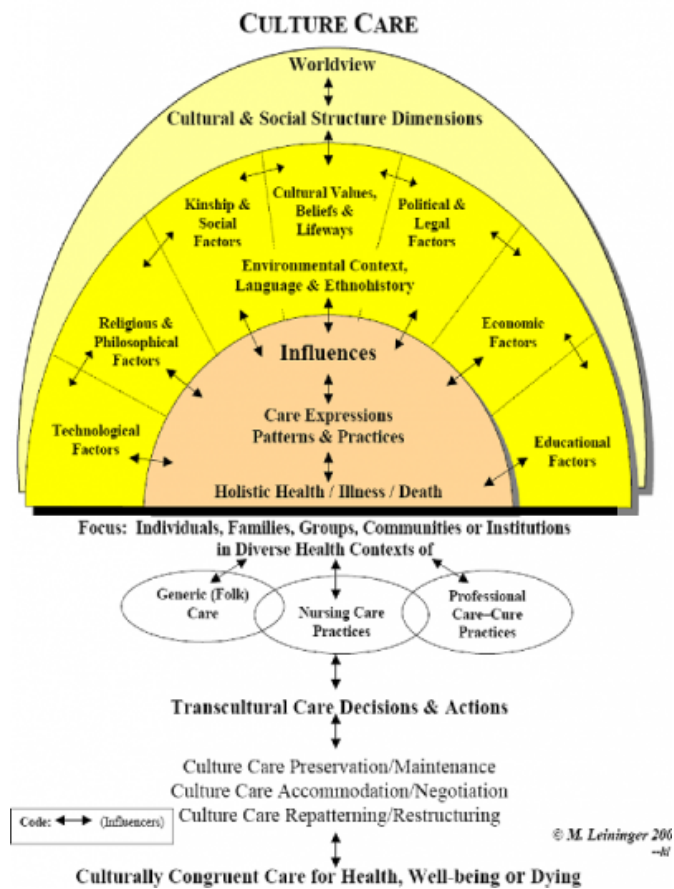


Figura 1: Modello del Sole Nascente. Tratto da: Tobruk Dario. *Nursing e Assistenza Infermieristica Transculturale di Madeleine Leininger*. dicembre 2021

Per semplificare la comprensione della teoria del Transcultural Nursing, Leininger sviluppa il Modello del Sole Nascente (figura 1). Esso rappresenta una mappa concettuale che funge da guida per l'infermiere verso l'acquisizione di una completa conoscenza relativa all'assistenza culturale al fine di fornire un'assistenza congrua, appropriata e significativa agli assistiti. Corrisponde ad una mappa cognitiva finalizzata ad orientare e rappresentare le dimensioni, componenti e sfaccettature influenti e i concetti più rilevanti della teoria con una visione integrata di queste dimensioni. Il modello è impiegato come guida nelle ricerche di ethno-nursing per esplorare la complessità e le diverse influenze sull'assistenza e sulla cultura. L'obiettivo di tale modello è quello di rappresentare graficamente l'interazione e interattività tra le componenti della teoria. Il modello venne progettato per aiutare gli infermieri ad ampliare la loro conoscenza

di base e scoprire i molteplici fattori che possono influenzare gli aspetti pratici e decisionali nell'assistenza infermieristica transculturale. ⁽⁷⁾

Il livello superiore del modello del sole nascente, raffigurato da dei raggi solari, rappresenta le dimensioni strutturali e sociali della visione del mondo dell'assistenza culturale. I raggi sono anche gli elementi base della valutazione culturale. La convergenza dei raggi all'interno di un nucleo centrale indica che l'interazione di questi elementi influenza la singolare espressione e pratica assistenziale degli individui, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle istituzioni. Il livello intermedio del modello rappresenta l'assistenza infermieristica come un cerchio, a cui si sovrappongono altri cerchi rappresentanti l'assistenza generica e quella professionale. Il modello suggerisce che le decisioni e le azioni relative all'assistenza infermieristica dovrebbero basarsi su una conoscenza integrata del sistema di assistenza generica o professionale. Il livello più basso, infine, illustra tre tipi di strategie infermieristiche: Preservazione dell'assistenza culturale, Adattamento dell'assistenza culturale, Rimodellamento dell'assistenza culturale. Da ultimo la presenza nel modello di frecce bidirezionali rappresentanti gli elementi influenzanti, suggerisce che tutte le componenti influenzano o sono influenzate dalle altre, e si trovano quindi in un rapporto di co-dipendenza. ⁽⁶⁾

Studi recenti hanno introdotto all'interno del modello i fattori biologici e l'assistenza integrata. L'introduzione dei primi assicura l'inclusione e il riconoscimento delle patologie fisiche e psichiche, delle condizioni ereditarie e genetiche e degli aspetti influenzati o che influenzano l'assistenza professionale o generica. L'assistenza integrata invece è un modo creativo di unire pratiche e conoscenze olistiche, generiche e professionali in modo tale da offrire alla persona un maggiore benessere o un miglioramento della condizione umana o dello stile di vita. ⁽⁵⁾⁽⁷⁾

1.3 Definizione di Competenza culturale

L'obiettivo dell'elaborato di tesi è quello di individuare le modalità di applicazione della tesi di Leininger e specificatamente del concetto di competenza culturale. ⁽⁸⁾

Leininger definisce come Assistenza Culturalmente Competente l'impiego esplicito di un'assistenza che si fonda sugli aspetti culturali e su una conoscenza della salute applicata in modo sensibile, creativo e significativo in modo da adattarsi agli stili di vita e ai bisogni degli individui e/o di gruppi a beneficio della salute e del benessere, e per poter affrontare uno stato di malattia, disabilità o la morte. In tale definizione Leininger offre un approccio di tipo metodologico che si concentra sul metodo che un professionista può applicare al fine di divenire culturalmente competente e fornire un'assistenza, a sua volta, culturalmente congrua. ⁽⁸⁾

Il concetto di competenza culturale nel tempo si è evoluto e vari autori e teorici hanno elaborato una propria definizione, conferendo al concetto declinazioni differenti. Non esiste quindi un'unica definizione per competenza culturale ma studi recenti si sono occupati di individuare gli elementi più condivisi in letteratura in modo da integrarli in una sola definizione. ⁽⁹⁾

In sintesi la competenza culturale può essere definita come l'abilità di fornire un'assistenza efficace, sicura e di qualità, ad assistiti appartenenti a diverse culture; quindi l'abilità di tenere in considerazione i differenti aspetti della loro cultura nello svolgimento dell'assistenza. Questa abilità viene acquisita gradualmente e in modo continuo attraverso un processo. Gli elementi definenti del concetto di competenza culturale sono:

- consapevolezza culturale: comprendere l'effetto della propria cultura sulla propria visione del mondo. Permette di individuare i propri stereotipi e pregiudizi ed è la base di partenza per riconoscere il valore delle credenze e dei valori di culture altre;
- conoscenza culturale: la continua acquisizione di informazioni in merito a differenti culture, è la base della comprensione culturale;
- sensibilità culturale: conferire valore, rispettare e ammirare la diversità culturale;

- abilità culturale: capacità di stabilire una comunicazione efficace con altre culture considerando le diverse credenze, i differenti sistemi di valori e i diversi metodi di fornire assistenza;
- scambio culturale o dinamicità: diventare competenti attraverso l'incontro con le varie culture;
- desiderio culturale: l'impegno per il cambiamento attraverso l'acquisizione di nuove conoscenze e abilità e la condivisione per mezzo di programmi di formazione e articoli. ⁽⁹⁾

La competenza culturale è una componente essenziale del rendere efficaci e culturalmente sensibili i servizi di assistenza a persone culturalmente e etnicamente diverse, ed è particolarmente importante nell'assistenza nel fine vita perché le credenze culturali, i valori e le esperienze modellano la definizione di "buona morte" per ciascun assistito. ⁽⁷⁾⁽⁹⁾

2. MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivi e quesiti di ricerca

L'obiettivo di questa tesi è quello di indagare, attraverso una revisione della letteratura, come migliorare la qualità di vita dell'assistito attraverso l'impiego della competenza culturale nella comunicazione e nella gestione del fine vita da parte dell'infermiere, evidenziando i bisogni assistenziali specifici della persona nella terminalità, rapportandoli alla specifica visione culturale della morte ed individuando come integrare la competenza culturale nella comunicazione e nella pratica assistenziale. Si è scelto di condurre un'analisi sul concetto di buona morte tra le popolazioni straniere maggiormente presenti in Italia a partire da statistiche visibili all'Allegato 3.

Per formulare i quesiti di ricerca è stato usato il metodo PICO (tabella II)

Tabella II: PICO

P	Assistito di culture diverse in cure palliative nella fase di terminalità
I	Potenziare la competenza culturale dell'infermiere nella comunicazione e gestione del fine vita
C	/
O	Migliorare la qualità di vita dell'assistito

A seguito della formulazione del PICO i quesiti di ricerca delineati sono i seguenti:

- Qual è il concetto di “buona morte” nelle culture maggiormente presenti in Italia?
- Quali sono le competenze comunicative per accogliere un assistito di cultura diversa dalla propria?
- Come impiegare la competenza culturale nella pratica assistenziale in hospice?

2.2 Fonti dei dati, parole chiave e analisi degli articoli

Per la realizzazione della revisione di letteratura è stata effettuata una ricerca bibliografica su due database scientifici: PubMed e Scopus Elsevier.

Le parole chiave utilizzate sono: *cultural competence, transcultural nursing, palliative care, terminally ill, communication, terminal care/end of life care, Chinese, Muslim, Romanian, Albanian.*

Per la ricerca degli articoli scientifici sono state realizzate le seguenti stringhe di ricerca:

- (terminally ill) AND (cultural competence) AND (communication)
- (palliative care) AND (cultural competence) AND (communication)
- (((("Cultural Competency"[Mesh]) OR "Transcultural Nursing"[Mesh]) AND "Terminal Care"[Mesh])
- Ricerca libera con parole chiave

Dalla ricerca tramite le stringhe sopra citate, sono stati reperiti 844 articoli. Sono stati considerati solo gli studi pubblicati tra il 2012-2022, in lingua inglese e italiana. Nel database Scopus è stato applicato il filtro per la ricerca di articoli esclusivamente in area infermieristica e medica, e il filtro per includere solo articoli di studi qualitativi, quantitativi e revisioni sistematiche.

La selezione degli articoli è stata eseguita secondo il metodo PRISMA (Allegato 1). La prima selezione dei risultati è avvenuta per mezzo dell'analisi dei titoli. Sono stati esclusi i titoli non contenenti le parole chiave individuate, non pertinenti all'assistenza al fine vita e alle cure palliative, riferiti a popolazioni non presenti in Italia, quelli relativi all'area pediatrica e ai setting di assistenza quali domicilio o terapia intensiva. Sono stati selezionati quindi 125 studi. Successivamente sono stati esaminati gli abstract. Sono stati esclusi gli studi di cui non era disponibile abstract e full text, gli studi relativi all'area pediatrica, e riguardanti popolazioni poco presenti in Italia. Tale selezione ha permesso di individuare 41 studi per l'analisi full text, con l'esclusione dei duplicati pari a 26.

Dall'analisi full text sono stati selezionati 26 studi, il criterio di inclusione scelto è: correlazione della competenza culturale alla pratica infermieristica e clinica.

3. RISULTATI

Gli articoli selezionati dopo analisi full text sono 26, rispettivamente 13 articoli sono ricerche qualitative, 9 sono revisioni della letteratura, 2 sono Case study, 1 *Grounded Theory*, 1 ricerca Mixed-Method. Gli articoli sono stati suddivisi in tre macro-argomenti rispettivamente correlati ai tre quesiti di ricerca, 9 per il primo quesito, 6 per il secondo, e 11 per il terzo quesito. Per l'analisi degli articoli sono state redatte delle tabelle sinottiche. (Allegato 2)

3.1 Il concetto di “Buona Morte”

La selezione degli articoli relativi al quesito sul concetto di “Buona Morte” si è basata sulle statistiche relative alla provenienza della popolazione straniera maggiormente presente in Italia ⁽¹⁰⁾ e sulle statistiche relative all'appartenenza religiosa della popolazione straniera in Italia ⁽¹¹⁾. Nell'ambito di queste popolazioni e della loro appartenenza religiosa la letteratura è eterogenea, e ad alcune di esse, per la loro maggior diffusione nel mondo, è dato un maggiore rilievo di altre: è il caso della popolazione cinese (quarta popolazione straniera più presente in Italia, 288.923 abitanti) ⁽¹⁰⁾ e della religione islamica (seconda religione più praticata tra gli stranieri presenti in Italia pari al 27.1 %, prevalentemente di origine marocchina e albanese rispettivamente la terza e seconda popolazione più presente in Italia).⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ I grafici delle statistiche sono visibili in Allegato 3.

Rispetto al concetto di buona morte per la popolazione cinese emergono due concetti rilevanti “morte come tabù” e “morte dignitosa”.

Il concetto di “morte come tabù” è citato in tre degli studi individuati. Due degli studi descrivono come la discussione sulla morte sia stigmatizzata nella cultura cinese in quanto solo parlarne può attirare la sfortuna o avvicinare il momento della dipartita, e che pertanto l'approccio utilizzato sia quello dell'evitamento ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

Dall'altro lato un terzo studio di tipo qualitativo che si pone l'obiettivo di verificare la veridicità dell'assunto per cui la morte sia un tabù nella cultura cinese, attraverso dei focus group che coinvolgono 46 anziani nel fine vita di origine cinese immigrati in Canada, rileva la disponibilità del campione a discutere di tale argomento e conclude con tre possibili risposte al quesito iniziale: la morte non rappresenta un tabù; esiste

una maggiore predisposizione a discuterne in setting particolari, come in una discussione tra pari o in una discussione in un setting di ricerca finalizzata a produrre nuove conoscenze.⁽¹⁵⁾ Un ulteriore studio qualitativo su sedici assistiti cinesi in cure palliative rileva che la maggior parte dei partecipanti ritiene cruciale la discussione relativa alla traiettoria della malattia per consentire un'adeguata pianificazione.⁽¹⁶⁾

Da due studi emerge che per la popolazione cinese una buona morte si verifica quando alla persona è consentito di preservare la propria dignità.⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾ In particolare lo studio qualitativo di Ho, A.H.Y. *et al.* indaga gli aspetti che influiscono sul condurre ad una morte dignitosa basandosi sul “*Dignity Model*” di Chochinov, e rileva tre macro-temi: le risorse che permettono di conservare la dignità, ad esempio mantenere un certo grado di normalità nelle attività quotidiane; le preoccupazioni correlate alla malattia come perdita dell'autonomia e capacità funzionale; gli aspetti sociali che influiscono sulla conservazione della dignità come il rispetto della privacy. L'autore sostiene che tutti questi aspetti sono radicati in un sistema di valori che valorizza una condotta morale, il dovere di accudimento da parte dei figli, e l'armonia spirituale.⁽¹⁶⁾

Gli ultimi due aspetti di rilievo per la percezione di buona morte nella cultura cinese, emersi nella letteratura reperita sono rispettivamente il ruolo della famiglia e il ruolo del dolore e della sofferenza. Il ruolo della famiglia è direttamente correlato al principio della pietà filiale dietro al quale si cela un dovere morale di assistenza al genitore da parte dei figli, ne consegue un minore accesso ai servizi di cure palliative ed un minor ricorso all'assistenza di professionisti e dall'altro lato un maggior desiderio di prendersi cura a domicilio del familiare e una maggiore condivisione dei processi decisionali all'interno del nucleo familiare.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Da due studi emerge come il concetto di dolore nella cultura cinese sia correlato agli insegnamenti del confucianesimo e del buddhismo per cui la tolleranza del dolore è una virtù che consente di rafforzare la propria spiritualità.⁽¹³⁾⁽¹⁶⁾

La buona morte per i musulmani si correla alla visione stessa della morte come una decisione divina da accettare con pazienza e con la preghiera, allo stesso tempo la malattia e il fine vita possono rappresentare un periodo di espiatione delle colpe prima che sopraggiunga la morte.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ Da questa percezione derivano una serie di implicazioni: tre articoli menzionano la preghiera, che corrisponde ad uno dei cinque

pilastrini dell'islam, come un rito fondamentale che fornisce una connessione diretta con Allah, e che deve poter essere svolto fino alla fine, con l'assistenza di familiari o caregiver e l'ausilio del *tayammum* (kit secco per le abluzioni con sabbia o una roccia).⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾ La necessità di mantenere questo rituale per tutto il fine vita prevede la conservazione dello stato di coscienza quanto più possibile. Tale aspetto, insieme alla credenza che la tolleranza della sofferenza conduca all'espiazione, può contrastare con l'utilizzo di oppiacei per la gestione del dolore, sebbene l'utilizzo non sia scoraggiato dai dettami della fede.⁽¹⁷⁾⁽²⁰⁾ Un'ultima implicazione, correlata alle credenze sulla predestinazione e alla necessità di rispettare il naturale corso della vita, si ha sulla possibilità di decidere la sospensione di trattamenti, nel momento in cui questi siano sproporzionati o non vi sia nessuna possibilità di guarigione.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Due degli articoli individuati analizzano l'importanza di preservare dignità e modestia nel fine vita. Il concetto di dignità nell'islam include al suo interno anche i principi di modestia, purezza e rispetto, ed è essenziale per la cura spirituale ma anche per l'assistenza fisica. La preghiera e la possibilità di eseguire rituali tradizionali consentono di affrontare la morte dignitosamente sul piano spirituale, sul piano fisico la dignità può essere preservata attraverso l'assistenza da parte di caregiver dello stesso sesso o limitando l'esposizione di parti del corpo al minimo necessario.⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Due articoli menzionano l'importante ruolo della famiglia, dove si ritrova il dovere morale per i figli di prendersi cura dei genitori e prendere parte ai processi decisionali.⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁾

La popolazione straniera più presente in Italia è quella romena e la religione maggiormente praticata dalle minoranze è quella cristiana ortodossa⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾, tuttavia la letteratura relativa alla percezione di buona morte in tali gruppi è scarsa. In una ricerca qualitativa condotta in un hospice in Romania su 43 infermiere, con l'obiettivo di definire le pratiche delle partecipanti finalizzate a garantire una morte dignitosa, emerge come l'integrazione di pratiche spirituali proprie della religione ortodossa fosse considerato fondamentale per garantire una buona morte, in quanto le pratiche spirituali rappresentano una risorsa per raggiungere l'accettazione della prognosi infausta e forniscono un supporto nell'affrontare la morte. Il coinvolgimento della

famiglia nel processo assistenziale, in particolare nella gestione del dolore, è ritenuto rilevante per offrire una morte dignitosa e per sostenere la famiglia stessa. ⁽²¹⁾

3.2 Comunicazione transculturale efficace

La rilevanza delle barriere comunicative e linguistiche, e dunque l'importanza e necessità di sviluppare una comunicazione transculturale efficace emerge in 15 dei 26 studi selezionati, soltanto sei si focalizzano esclusivamente sugli aspetti comunicativi e sulle strategie comunicative più adeguate per una comunicazione transculturale di qualità.

Dei sei articoli presi in considerazione tre propongono dei modelli comunicativi e tre si focalizzano sulle strategie comunicative adottate nella pratica clinica da infermieri e medici.

In una ricerca qualitativa su un campione di 83 individui comprendenti assistiti in cure palliative e familiari di origine turca e marocchina, e professionisti olandesi che si occupano della loro assistenza, si esplora come la comunicazione e i processi decisionali siano influenzati da diversi stili di gestione dell'assistenza ponendo come riferimento teorico il concetto di "*care management group*" elaborato dall'antropologo Janzen. Il "*care management group*" sottolinea l'importanza del ruolo di mediazione dell'ambiente sociale di appartenenza (famiglia, comunità, contesto socio-culturale e socio-economico) dell'assistito nei processi comunicativi e decisionali e relativizza il controllo esercitato dai professionisti sulle decisioni assistenziali, bilanciando l'autonomia decisionale tra assistito, professionista, e familiari di cui viene riconosciuto il ruolo cruciale, e il cui coinvolgimento, specie se la cultura di appartenenza è di tipo collettivistico o riconosce il principio morale di pietà filiale, è fondamentale per garantire un'assistenza di qualità. Nell'articolo si sostiene che tale modello è particolarmente rilevante nell'ambito delle cure palliative, poiché in questo contesto la negoziazione tra professionisti, assistiti e familiari interessa perlopiù problematiche di natura sociale e culturale rispetto alle problematiche mediche. ⁽²²⁾

In un altro studio vengono analizzate le modalità, le aspettative e le possibili barriere alla comunicazione interculturale e in particolare il modello della comunicazione in

triade. Emerge la presenza rilevante e talvolta percepita come ingombrante dai professionisti del nucleo familiare degli assistiti, che si esplicita particolarmente nel modello di comunicazione in triade. Tale modello viene applicato per superare le barriere linguistiche quando l'assistito non parla la lingua del paese di residenza. I professionisti sanitari partecipanti allo studio affermano uno scarso utilizzo di interpreti professionisti sia perché ritenuto portare via tempo dalla pratica sia perché poco accettato dai familiari, che preferirebbero svolgere essi stessi il ruolo di interprete al fine di tutelare l'assistito da una comunicazione troppo diretta delle informazioni. Questa impostazione tuttavia può rappresentare una fonte di distress sia per gli operatori sanitari che non si sentono in grado di garantire il principio di autonomia e di decisione informata dell'assistito, sia per i familiari che possono trovarsi in difficoltà a comunicare cattive notizie o a tradurre il gergo specialistico. Lo studio conclude auspicando che gli operatori imparino a comunicare in triade, ricorrendo anche al supporto di un interprete professionista e che allo stesso tempo riconoscano il ruolo dei familiari e adattino la comunicazione al concetto di buona assistenza proprio dell'assistito e della famiglia. ⁽²³⁾

In un case study Krystallidou, D. et al. valuta i dilemmi etici derivati da una comunicazione in triade tra professionisti, assistita e figlio dell'assistita. La comunicazione avviene in inglese, seconda lingua sia per i professionisti sanitari, sia per il figlio che si impone come interprete dall'inglese al greco per la madre, rifiutando il supporto di un interprete. La mancata accettazione da parte dell'assistita di tutte le opzioni di trattamento fa sorgere il dubbio di una mancata comprensione delle possibili terapie nell'equipe di professionisti, che quindi si confrontano con il figlio riproponendo l'ausilio di un interprete, viene però nuovamente rifiutato. Emergono quindi tre dilemmi etici per il team: come tutelare l'autonomia dell'assistita dall'intervento paternalistico dei familiari; come rispettare il contesto relazionale nel quale l'assistita può esprimere la propria autonomia; come rispettare i valori culturali etno-culturali dell'assistita e dei suoi familiari. La soluzione individuata nell'articolo corrisponde al coinvolgimento di un interprete professionista, che consenta all'equipe di individuare il desiderio o meno di ricevere informazioni da parte dell'assistita e fornire una più accurata e imparziale traduzione durante lo scambio di informazioni; e

allo stesso tempo garantire il coinvolgimento del figlio in modo che fornisca supporto alla madre e possa esprimere le preoccupazioni della famiglia. ⁽²⁴⁾

Altri tre studi selezionati, che non si focalizzano esclusivamente sull'aspetto comunicativo, riportano l'importanza del ricorso ad interpreti per facilitare la comunicazione e superare le barriere linguistiche con una comprensione delle norme culturali, sfumature e significati con cui le parole sono utilizzate in determinate situazioni e una conoscenza del linguaggio del corpo più appropriato. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

In due degli articoli selezionati si ha un focus relativo alle strategie applicate nella pratica clinica dagli infermieri per ottenere una comunicazione efficace ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾, in un terzo si analizzano le barriere e si individuano le strategie per una comunicazione transculturale efficace tra medico e assistito. ⁽³⁰⁾ Da tutti e tre gli articoli emergono risultati concordi che possono essere raggruppati in due categorie: competenze comunicative di base della comunicazione e competenze comunicative specifiche per un approccio transculturale. La seguente tabella riassume quanto emerso dai tre articoli. ^(tabella III)

Tabella II: Competenze e strategie comunicative

Competenze e strategie comunicative	
Competenze di base	Competenze specifiche
<ul style="list-style-type: none"> • Ascolto attivo e comprensione • Adattare il linguaggio alla capacità di comprensione • Parlare lentamente, ripetere il discorso • Utilizzare la comunicazione non verbale es. gesti • Verificare il grado di comprensione e incoraggiare a richiedere chiarimenti • Dimostrare disponibilità • Consentire all'assistito e ai familiari di parlare per primi, incoraggiandoli con l'ausilio di domande aperte e non tendenziose • Dare tempo • Costruire una relazione terapeutica di fiducia 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di autoriflessione e consapevolezza della propria cultura • Consapevolezza delle differenze nella percezione della sofferenza, malattia e della morte • Riconoscere possibili problematiche culturali, di genere, intergenerazionali • Riconoscere il ruolo dei familiari e coinvolgerli • Accertare il modello decisionale dell'assistito e della famiglia • Riconoscere e gestire il distress e le manifestazioni emotive con sospensione del giudizio

3.3 La competenza culturale nella pratica clinica in hospice

Dagli articoli precedenti è già emerso come la cultura influenzi la percezione di malattia, morte e l'esperienza del fine vita, dal punto di vista pratico essa è un fattore influente anche sulla percezione di cure palliative e hospice e quindi sull'accesso alle cure. Alcuni articoli rilevano che tra gli immigrati e in generale tra le popolazioni di minoranza esiste un ridotto accesso a questi servizi, ⁽²⁶⁾⁽³¹⁾ tra le cause maggiormente citate vi sono: l'accezione negativa conferita al termine equivalente di cure palliative nella lingua madre; l'assenza di tali servizi nel paese di origine; la diffidenza nei confronti del sistema sanitario dovuta a precedenti esperienze negative; una scarsa o incompleta informazione sull'esistenza, le modalità di accesso e operative delle strutture.⁽¹³⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾ La letteratura è quindi concorde sull'importanza dell'informare e formare le popolazioni straniere presenti sul territorio sulla natura e sulla disponibilità di questi servizi, istituendo una cooperazione con le comunità al fine di accertarne i bisogni.⁽²⁷⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾

Sette articoli rilevano l'importanza di formare il personale alla competenza culturale al fine di migliorare gli outcome assistenziali. ⁽²⁵⁾⁽³¹⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾ In uno studio *grounded theory* finalizzato ad indagare la prospettiva di professionisti, familiari e persone coinvolte nell'assistenza di immigrati con diagnosi di cancro emerge come l'assenza di competenza culturale predisponga il personale a utilizzare altre risorse come compassione ed empatia ma che permane un forte senso di inadeguatezza degli operatori nel fornire assistenza interculturale, indicando la necessità di training. ⁽²⁷⁾

L'educazione alla competenza culturale dovrebbe formare il professionista sanitario all'autoriflessione rispetto alla propria cultura di appartenenza, rispetto ai pregiudizi e preconcetti che ad essa si correlano, ad essere flessibili e a porsi con un'attitudine di apertura alla cultura e di predisposizione ad apprendere. ⁽²⁶⁾⁽³¹⁾ Gli studi reperiti inoltre, contrappongono ad una metodologia di educazione nozionistica, finalizzata ad analizzare le caratteristiche principali delle culture e delle religioni a cui appartengono gli assistiti, un approccio olistico. Tale approccio riconosce che esistono caratteri di universalità tra culture e individui e allo stesso tempo che possono esistere variazioni all'interno del medesimo gruppo, quanto ne esistono tra gruppi diversi. ⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³⁴⁾⁽³⁶⁾

Il *core curriculum* dell'infermiere in Cure palliative, elaborato dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP), evidenzia come il professionista infermiere debba possedere la capacità di prendersi cura della persona assistita e della sua famiglia, garantendo il rispetto dei loro diritti, delle loro credenze e del loro sistema di valori e dei loro desideri. Il professionista infermiere quindi, in equipe multidisciplinare, comprende, analizza e risponde appropriatamente alle diversità culturali, etniche, generazionali, di genere e di percezione e gestione della malattia, del processo del morire, della morte e del lutto. ⁽³⁷⁾

Tra gli strumenti di applicazione della competenza culturale nella pratica assistenziale, che consentirebbero all'infermiere di assolvere agli aspetti appena descritti, due articoli citano la costruzione di una relazione terapeutica fondata sulla fiducia necessaria per individuare i bisogni culturali e individuali specifici degli assistiti. ⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾ Un altro strumento applicativo correlato alla relazione terapeutica è quella dell'accertamento dei bisogni dell'assistito in un'ottica culturale. Quattro articoli menzionano la necessità di permettere direttamente all'assistito di esprimere tali bisogni, utilizzando domande aperte ed un atteggiamento disponibile e non giudicante. ⁽²⁶⁾⁽³⁴⁾⁽³⁶⁾⁽³⁸⁾ Due di questi articoli, nello specifico, strutturano due modelli di accertamento culturale riassunti nelle seguenti tabelle. ^{(tabella IV) (tabella V)}

Tabella IV: Quadro operativo in 5 fasi: Adattata da: Vedi nota bibliografica ⁽³⁸⁾

Quadro operativo in 5 fasi	
Concetti chiave	Domande esemplificative
Riconoscere il modello esplicativo adottato dall'assistito per approcciarsi alla patologia	-Cosa ha compreso della sua malattia? -Cosa pensa abbia causato la sua malattia? -Che tipo di trattamento spera di ricevere?
Considerare i valori religiosi e spirituali dell'assistito	-È in pace con sé stesso? -Trova conforto nella religione o nella spiritualità?
Determinare la volontà dell'assistito di ricevere o meno informazioni sul suo stato clinico	-Quali informazioni vorrebbe avere rispetto al suo stato di salute?
Valutare il grado di coinvolgimento della famiglia nell'assistenza	-Prende decisioni insieme alla sua famiglia?
Negoziare eventuali conflitti qualora emergessero	-Cos'è più importante per lei in riferimento alla sua patologia? -Mi può parlare dei suoi valori?

Tabella V: Accertamento ABCDE. Adattata da: Vedi nota bibliografica ⁽²⁶⁾

Accertamento ABCDE		
	Informazioni rilevanti	Domande e Strategie
Attitudini dell'assistito e dei familiari	Attitudini verso la comunicazione di prognosi e diagnosi da parte del gruppo culturale di appartenenza in generale, e dell'assistito e della famiglia in particolare	Apprendere attitudini comuni del gruppo culturale di appartenenza maggiormente emerse nella pratica. Determinare le attitudini dell'assistito. Esempio: Qual è il significato simbolico di una particolare patologia?
Beliefs (Credenze)	Credenze spirituali e religiose dell'assistito e della famiglia correlate al significato della morte, dell'aldilà e la possibilità di miracoli	Riconoscere il sostegno offerto dalla spiritualità e dalla religione nei momenti difficili. Esempio: Come possiamo supportare i suoi bisogni e le sue pratiche religiose e spirituali?
Contesto	Informazioni relative al contesto storico e politico in cui sono vissuti, compreso il luogo di nascita, status di rifugiato, storia di migrazione, povertà, esperienze di discriminazione o ridotto accesso alle cure, lingue conosciute, grado di integrazione all'interno della loro comunità etnica	Organizzazioni religiose o comunitarie possono fornire delle informazioni generali sul gruppo. Fare domande specifiche. Esempio: In quale lingua sarebbe più a suo agio ad esprimersi per discutere in merito al suo stato di salute?
Decision making style (Modello decisionale)	Ruolo dell'assistito e della famiglia nel processo decisionale	Esempio: Chi è il capo famiglia?
Environment (Ambiente)	Risorse disponibili per supportare la componente culturale nell'assistenza	Individuare le associazioni religiose e comunitarie associate ai gruppi culturali più frequentemente incontrati nella pratica

Nei modelli illustrati rispettivamente alle tabelle IV e V ricorrono degli aspetti menzionati anche in altri articoli. L'importanza della spiritualità e della religione nel fine vita è illustrata in cinque articoli, esse infatti contribuiscono direttamente a modellare la percezione di buona morte. I professionisti dell'assistenza devono riconoscere, documentare e dunque assecondare il più possibile le pratiche che vanno a soddisfare tali bisogni, supportando in modo concreto l'assistito nel prendere parte ad attività e rituali, ad esempio preparando il kit per le abluzioni prima della preghiera per un musulmano o ricercando il supporto di una guida spirituale. ⁽²⁵⁾⁽³¹⁾⁽³⁴⁾⁽³⁶⁾

Si correla alla spiritualità e alla religione la gestione del dolore. L'esperienza del dolore e della sofferenza deve essere considerata da una prospettiva psicologica, sociale, culturale e spirituale, in quanto ognuna di queste contribuisce a costituirne il significato. Tale variabilità influisce sulla gestione assistenziale del dolore e in particolare sull'accertamento dello stesso, ad esempio una visione della tolleranza alla sofferenza come virtù, promossa da alcune religioni o orientamenti filosofici, può rendere più complesso intervenire sul dolore. In funzione alla variabilità nella percezione di sofferenza può essere rilevante anche associare al consueto trattamento con farmaci, trattamenti non farmacologici. ⁽²⁶⁾⁽³⁴⁾⁽³⁶⁾

Un altro aspetto pratico che può correlarsi a fattori culturali, religiosi e spirituali, è quello della comunicazione della prognosi e di informazioni sullo stato di salute all'assistito che può essere ostacolato dalla famiglia, con il fine di proteggere il congiunto e prevenire stress e depressione con il mantenimento della speranza, o dall'assistito stesso per fattori culturali correlati, ad esempio, alla percezione della discussione sulla morte come tabù o per fattori psicologici quali ansia e paura. Attraverso l'accertamento è bene appurare la volontà dell'assistito e della famiglia, e da qui tutelare il principio di autonomia oltre a rispondere ai bisogni dei familiari attraverso una buona comunicazione. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽³²⁾

Il ruolo della famiglia è descritto in sei articoli, i quali sono concordi sull'importanza di coinvolgere la famiglia nel processo assistenziale e decisionale, in quanto ciò permette di soddisfare i bisogni sia dell'assistito che dei familiari, i quali spesso percepiscono un dovere morale nell'assistenza al congiunto oltre ad una pressione sociale dalla propria comunità di appartenenza. L'inclusione del familiare nella pratica assistenziale può avvenire attraverso una pianificazione condivisa e per mezzo di una educazione diretta alla gestione dei sintomi. ⁽²⁶⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾ Dall'altro lato in due dei sei articoli si sottolinea anche la necessità di tutelare l'assistito dalla famiglia rispetto all'autonomia decisionale ed educare la famiglia sui possibili rischi di alcune pratiche assistenziali che hanno una base culturale come ad esempio la gestione del dolore con oppiacei e la gestione della nutrizione al fine di prevenire polmoniti ab ingestis. ⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾

Da ultimo in una ricerca qualitativa transnazionale condotta in hospice in Inghilterra e Danimarca viene attribuita agli aspetti organizzativi della struttura, anch'essi

condizionati da fattori culturali, un'importante influenza sui modelli di assistenza adottati dagli operatori per assistere persone con background culturale diverso dal proprio. Secondo l'autore quindi, al fine di garantire lo sviluppo e l'applicazione nella pratica della competenza culturale, l'organizzazione stessa della struttura deve essere flessibile e adattarsi alle variazioni dei bisogni degli assistiti.⁽³⁹⁾ Questa stessa linea è condivisa da un secondo articolo che ha l'obiettivo di analizzare le barriere organizzative in hospice, e rileva la necessaria condivisione di una impostazione culturalmente congruente tra organizzazione e professionisti.⁽³³⁾

4. DISCUSSIONE

Il confronto dei risultati ha evidenziato che esistono tre aspetti di maggiore rilevanza e tali aspetti sono correlati tra di loro nella pratica. Il primo di questi corrisponde alla necessità di educazione e formazione sia del personale che della popolazione straniera. Per il personale l'educazione alla competenza culturale rappresenterebbe uno strumento per andare a supportare la pratica clinica e ridurre il distress morale correlato allo shock culturale e ad una ridotta comprensione dei bisogni degli assistiti o all'incapacità di gestire i conflitti. Per le popolazioni di cultura differente invece, la formazione, mediata anche dal contatto con organizzazioni religiose o comunitarie, permetterebbe di renderle coscienti delle varie opportunità offerte per la gestione della terminalità e contrastare la diffidenza verso il sistema.

In correlazione con l'aspetto educativo del personale, da alcuni articoli emerge la necessità di fare formazione abbandonando l'approccio di tipo nozionistico, fondato sulla conoscenza teorica degli aspetti salienti di una specifica cultura o religione e prediligendo invece una formazione che consenta di divenire consapevoli del proprio background culturale e degli stereotipi che possono essere insiti in esso, che permetta di riconoscere e affiancare alle risorse individuali, quali compassione ed empatia, un'attitudine di apertura verso il diverso, e competenze specifiche quali quelle comunicative.

La critica all'impostazione nozionistica degli articoli esaminati in risposta al terzo quesito, potrebbe sembrare in contrasto con il quesito relativo al concetto di buona morte e con i relativi articoli individuati che offrono un quadro teorico delle popolazioni prese in considerazione. Tuttavia, nel primo capitolo dei risultati si offre una linea orientativa che può facilitare la comprensione dei bisogni specifici degli assistiti contestualizzandoli nella loro concezione di "buona morte" evidenziando, ugualmente, le possibili contraddizioni dovute alla generalizzazione e alla stereotipizzazione. Nello studio qualitativo di Zhang W. ⁽¹⁵⁾ si analizza la veridicità dell'assunto per cui la morte rappresenti un tabù nella cultura cinese, in contrapposizione con altri articoli in cui è dato per certo, sottolineando quindi l'importanza di considerare la variabilità interna alle varie culture.

Il secondo aspetto rilevante, variamente citato in 15 articoli su 26 in modo più o meno approfondito, è quello comunicativo. Emerge come la comunicazione sia lo strumento principe per applicare la competenza culturale nella pratica clinica in quanto essa è alla base dello sviluppo di una relazione terapeutica di fiducia, consente di indagare i bisogni individuali degli assistiti, di dirimere eventuali conflitti, di migliorare l'informazione relativa a tali servizi e facilitare l'accesso per le popolazioni di minoranza, di lavorare in un'equipe che comprenda professionisti cruciali per la soddisfazione delle necessità squisitamente culturali dell'assistito.

In correlazione a ciò si ha il terzo aspetto rilevante per la pratica, ovvero l'accertamento dei bisogni propriamente spirituali e culturali comprendenti le credenze sul fine vita religiose e spirituali, il ruolo della famiglia, i processi decisionali. Comunicazione e accertamento sono elementi inter-correlati tra loro, in quanto un buon modello comunicativo, caratterizzato da un atteggiamento non giudicante, una predisposizione all'ascolto e l'utilizzo di domande aperte non tendenziose consente di mettere a proprio agio l'assistito e di predisporlo a manifestare liberamente i propri bisogni. Contemporaneamente l'accertamento specificamente adattato alla dimensione culturale consente di tenere in conto il background dell'assistito senza stereotipare, e contribuendo a strutturare un piano di assistenza condiviso e individualizzato.

Tutti gli aspetti maggiori e minori rilevati dalla revisione si incasellano negli elementi definenti la competenza culturale ⁽⁹⁾: la necessità di autoriflessione e conoscenza del proprio background culturale per i professionisti, ma anche la necessità di riconoscere l'influenza della cultura di appartenenza sugli aspetti organizzativi del sistema sanitario e specificatamente degli hospice in questo caso, è inquadrato nell'aspetto della consapevolezza culturale; l'acquisizione di conoscenze di base sui concetti di fine vita e buona morte per i gruppi culturali maggiormente incontrati nella pratica clinica con il fine di comprenderne meglio i bisogni rientra nell'elemento della conoscenza culturale; il riconoscimento della rilevanza dell'aspetto culturale e l'accertamento dei bisogni specifici degli assistiti in questo contesto rientrano nell'aspetto della sensibilità culturale; le abilità comunicative e di mediazione, la capacità di lavorare in equipe, le risorse emotive individuali come l'empatia e la compassione appartengono alla dimensione dell'abilità culturale; il raggiungimento delle popolazioni di minoranza con l'informazione, la costruzione di relazioni con

associazioni religiose e comunitarie sul territorio, la predisposizione del professionista ad entrare in relazione con gli assistiti di diverse culture acquisendo nuove conoscenze fa parte dello scambio culturale; e infine il riconoscimento di queste minoranze e la volontà di garantire un'assistenza culturalmente congrua anche attraverso programmi di formazione fa riferimento all'elemento del desiderio culturale.

Il setting prescelto per tale elaborato di tesi è quello dell'hospice, sebbene non tutti gli articoli relativi alla competenza culturale nell'assistenza al fine vita fossero collocati in questo setting, gli hospice possono rappresentare gli ambienti più idonei e dove è più facilmente applicabile. Tali strutture infatti, come riportato nel documento "La rete delle cure palliative" del Ministero della Salute: *offrono accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente, insieme alla sua famiglia/caregiver, viene accompagnato nelle ultime fasi della vita con un appropriato sostegno sanitario, psicologico e spirituale affinché le possa vivere con dignità, nel modo meno traumatico e doloroso possibile.* ⁽²⁾ Già da questa definizione viene posto l'accento sul ruolo dei familiari e sull'importanza dei bisogni spirituali, aspetti emersi anche durante la revisione di letteratura, e dal momento che la pianificazione assistenziale è individualizzata dovrebbe essere fisiologica l'emersione e la soddisfazione di tali bisogni anche per assistiti di altra cultura. Inoltre aspetti organizzativi e strutturali quali l'accesso libero per i familiari e la possibilità di avere stanze singole private che possono consentire la permanenza dei familiari stessi anche nelle ore notturne consente di avvicinare questo ambiente alle caratteristiche del domicilio, rendendolo più familiare e adattabile ai bisogni specifici dell'assistito. Inoltre nell'ambito dell'hospice è di prassi il lavoro in equipe multiprofessionale nella quale possono rientrare l'assistente spirituale e l'interprete, necessari per una pratica clinica culturalmente congrua. ⁽³⁾

In tale equipe l'infermiere rappresenta la figura maggiormente a contatto con gli assistiti e i familiari, ed è pertanto in una posizione privilegiata per instaurare una relazione terapeutica di fiducia con gli assistiti, dalla quale deriva la possibilità di indagare i bisogni specifici in modo completo. In questo contesto la competenza culturale andrebbe a supportare l'operato dell'infermiere che si trova a prestare assistenza a persone terminali appartenenti a differenti culture, fornendogli consapevolezza dei possibili errori correlati al proprio background culturale da evitare;

consentendogli di avere una linea guida su cui orientare la propria comprensione dei bisogni dell'assistito, i propri comportamenti e su cui strutturare l'accertamento dei bisogni. Dal punto di vista pratico l'applicazione della competenza culturale può essere utile all'infermiere per eseguire un adeguato monitoraggio del dolore, per predisporre interventi educativi per i familiari, per strutturare la pianificazione assistenziale.

La competenza culturale sarebbe dunque uno strumento che non solo permetterebbe di migliorare gli outcomes di assistenza aumentando la qualità della vita delle persone di differenti culture nella terminalità, ma potrebbe anche contribuire a ridurre il distress morale degli infermieri derivato da una ridotta preparazione ad affrontare le aspettative assistenziali di persone con percezioni culturalmente diverse in merito al fine vita.

Le limitazioni di tale elaborato di tesi risiedono nella selezione di articoli prevalentemente di tipo qualitativo con campioni di riferimento limitati che quindi possono essere poco rappresentativi. Possono essere inoltre stati tralasciati studi che hanno impiegato parole chiave differenti. L'utilizzo di soli due database e l'applicazione dei filtri può avere limitato la ricerca. Un altro limite è strettamente correlato a fattori culturali e sociali, infatti la maggior parte della letteratura reperita è di origine anglosassone (Stati Uniti, Canada, Regno Unito, Nuova Zelanda, Australia), mentre si è potuto selezionare solo uno studio italiano. Le differenze culturali che intercorrono tra l'Italia e questi paesi, le differenti popolazioni di minoranza presenti in questi territori, ma anche la differente impostazione dei Sistemi Sanitari Nazionali può aver conferito maggiore enfasi a problematiche poco rilevanti in Italia e averne trascurate altre di maggiore importanza per il nostro paese.

5. CONCLUSIONE

Con il presente elaborato di tesi si sono indagate le modalità di applicazione della competenza culturale nel fine vita, nel setting dell'hospice, con un'analisi dei concetti di buona morte nelle popolazioni di diverse culture in Italia, degli aspetti comunicativi e delle implicazioni nella pratica.

È emerso che l'impiego della competenza culturale richiede l'interrelazione di più aspetti e competenze. La conoscenza di base delle culture maggiormente presenti, che deve essere impiegata per ottenere una migliore comprensione dei bisogni e delle aspettative assistenziali, evitando le generalizzazioni e tenendo presente delle variabilità all'interno di uno stesso gruppo, va unita alle competenze comunicative e di negoziazione atte a predisporre un contesto dove l'assistito si senta a suo agio ad esprimere le proprie necessità e dove l'infermiere possa accertarle, a mediare e risolvere eventuali conflitti. Questi aspetti vanno a loro volta integrati alla pratica clinica attraverso la loro applicazione nella fase di accertamento con l'individuazione dei bisogni culturali specifici, nella pianificazione condivisa con gli assistiti e i familiari nel rispetto delle aspettative di cura degli assistiti, nella gestione del dolore con una modalità di rilevazione e trattamento che tenga conto della possibile influenza delle percezioni individuali.

L'infermiere quindi dovrebbe essere adeguatamente formato al fine di acquisire in divenire queste competenze, per poter riconoscere i possibili limiti dell'assistenza erogata, e quindi modularla e adattarla ai bisogni dell'assistito.

Con tale revisione di letteratura si è messa in rilevanza l'importanza della competenza culturale nell'assistenza alle persone nella terminalità, e i benefici che possono derivare sia per la qualità di vita dell'assistito che per il benessere degli operatori, rilevando gli strumenti pratici utili per l'attività assistenziale.

Da tale elaborato di tesi è emersa, inoltre, la carenza di letteratura nell'ambito italiano, indicando come potrebbe essere necessario ampliare le conoscenze sull'applicazione di tale competenza nello specifico contesto del nostro paese, al fine di adattare la formazione e l'attuazione della competenza culturale alle problematiche specifiche del contesto assistenziale italiano.

BIBLIOGRAFIA

1. ISTAT. Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065. aprile 2017
2. Ministero della Salute. La rete di Cure Palliative. aprile 2021
3. Federazione Cure Palliative. Glossario delle cure palliative. Novembre 2019
4. Comitato centrale FNOPI. Codice deontologico delle professioni infermieristiche Art 24. aprile 2019
5. Leininger M. Culture care theory, research, and practice. *Nurs Sci Q.* 1996;9(2):71–8.
6. Nelson J. Madeleine Leininger’s culture care theory: the theory of culture care diversity and universality. *International Journal for Human Caring.* dicembre 2006;10(4):50–6.
7. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger’s Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *J Transcult Nurs.* novembre 2019;30(6):540–57.
8. Shen Z. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *J Transcult Nurs.* maggio 2015;26(3):308–21.
9. Sharifi N, Adib-Hajbaghery M, Najafi M. Cultural competence in nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Stud.* novembre 2019; 99:103386.
10. Istat. Foreign population in Italy as of 2020, by leading country of origin. Statista. Statista Inc. 2020
11. La Fondazione ISMU. Religious affiliation of foreign population in Italy in 2021. Statista. Statista Inc. 2021
12. La Fondazione ISMU. Resident Muslims in Italy in 2020, by most frequent country of origin (in 1,000s). Statista. Statista Inc. 2020

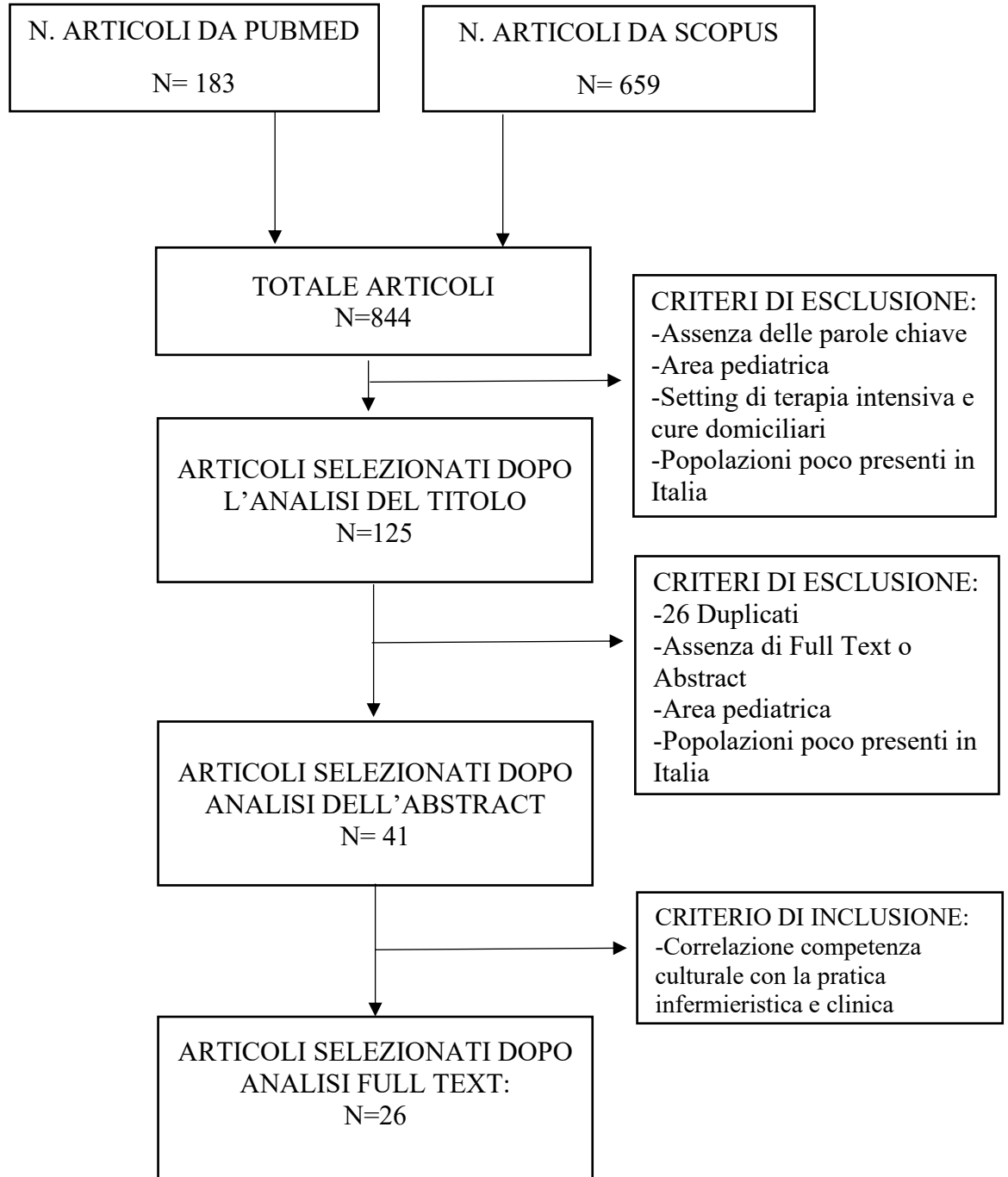
13. Tian J, An S, Yuan W. Palliative care for Chinese immigrants in New Zealand: Experiences and perceptions. *Acta Bioethica*. 2021;27(2):193–200.
14. Kwok HHY, Low J, Devakumar D, Candy B. Experience and perspectives on palliative or end-of-life care of Chinese people and their families as immigrants to high-income countries: A systematic review and thematic synthesis. *BMJ Global Health*. 2020;5(12).
15. Zhang W. Is Death Taboo for Older Chinese Immigrants? *Omega (United States)*. 2020
16. Ho AHY, Chan CLW, Leung PPY, Chochinov HM, Neimeyer RA, Pang SMC, et al. Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. *Age Ageing*. luglio 2013;42(4):455–61.
17. Leong M, Olnick S, Akmal T, Copenhaver A, Razzak R. How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016;52(6):771-774.e3.
18. Gustafson C, Lazenby M. Assessing the Unique Experiences and Needs of Muslim Oncology Patients Receiving Palliative and End-of-Life Care: An Integrative Review. *J Palliat Care*. gennaio 2019;34(1):52–61.
19. Stephenson. The Delivery of End-of-Life Spiritual Care to Muslim Patients by Non-Muslim Providers. *Medsurg nursing*. 2018;27(5).
20. Abudari G, Hazeim H, Ginete G. Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses. *Palliat Support Care*. dicembre 2016;14(6):599–611.
21. Vosit-Steller J, White P, Barron A-M, Gerzevitz D, Morse A. Enhancing end-of-life care with dignity: characterizing hospice nursing in Romania. *Int J Palliat Nurs*. settembre 2010;16(9):459–64.
22. de Graaff FM, Francke AL, van den Muijsenbergh METC, van der Geest S. Understanding and improving communication and decision-making in palliative care for Turkish and Moroccan immigrants: a multiperspective study. *Ethn Health*. 2012;17(4):363–84.

23. de Graaff FM, Francke AL, van den Muijsenbergh METC, van der Geest S. Talking in triads: communication with Turkish and Moroccan immigrants in the palliative phase of cancer. *J Clin Nurs*. novembre 2012;21(21–22):3143–52.
24. Krystallidou D, Devisch I, van de Velde D, Pype P. Understanding patient needs without understanding the patient: the need for complementary use of professional interpreters in end-of-life care. *Med Health Care Philos*. dicembre 2017;20(4):477–81.
25. Jansky M, Owusu-Boakye S, Nauck F. «an odyssey without receiving proper care» - Experts' views on palliative care provision for patients with migration background in Germany. *BMC Palliative Care*. 2019;18(1).
26. Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(5):1408–19.
27. Sacchi S, Capone R, Ferrari F, Sforacchi F, Di Leo S, Ghirotto L. “Achieve the best while rushing against time”: A grounded theory study on caring for low-income immigrant cancer patients at end of life. *Palliative Medicine*. 2021;35(2):426–36.
28. Johnstone M-J, Hutchinson AM, Rawson H, Redley B. Nursing Strategies for Engaging Families of Older Immigrants Hospitalized for End-of-Life Care: An Australian Study. *Journal of Patient Experience*. 2016;3(3):57–63.
29. Watts KJ, Meiser B, Zilliacus E, Kaur R, Taouk M, Girgis A, et al. Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017; 26:83–90.
30. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJJA, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(4):420–45.
31. Fang ML, Sixsmith J, Sinclair S, Horst G. A knowledge synthesis of culturally- and spiritually-sensitive end-of-life care: Findings from a scoping review. *BMC Geriatrics*. 2016;16(1).

32. Evans N, Meñaca A, Andrew EVW, Koffman J, Harding R, Higginson IJ, et al. Systematic review of the primary research on minority ethnic groups and end-of-life care from the United Kingdom. *J Pain Symptom Manage*. febbraio 2012;43(2):261–86.
33. Reese DJ, Beckwith SK. Organizational Barriers to Cultural Competence in Hospice. *Am J Hosp Palliat Care*. novembre 2015;32(7):685–94.
34. Hanssen I, Pedersen G. Pain relief, spiritual needs, and family support: Three central areas in intercultural palliative care. *Palliative and Supportive Care*. 2013;11(6):523–30.
35. Roider-Schur S, Rumpold T, Kirchheiner K, Masel EK, Nemecek R, Amering M, et al. Migrate your mind: the role of palliative care in transcultural cancer treatment: A qualitative analysis. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 2019;131(9–10):191–9.
36. Green A, Jerzmanowska N, Green M, Lobb EA. «Death is difficult in any language»: A qualitative study of palliative care professionals' experiences when providing end-of-life care to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *Palliat Med*. settembre 2018;32(8):1419–27.
37. Società Italiana di Cure Palliative, SICP. Il core competence italiano dell'infermiere in cure palliative. 2018
38. Partain DK, Ingram C, Strand JJ. Providing Appropriate End-of-Life Care to Religious and Ethnic Minorities. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92(1):147–52.
39. Pentaris P, Thomsen LL. Cultural and Religious Diversity in Hospice and Palliative Care: A Qualitative Cross-Country Comparative Analysis of the Challenges of Health-Care Professionals. *Omega (Westport)*. settembre 2020;81(4):648–69.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: PRISMA



ALLEGATO 2: TABELLE SINOTTICHE

STRINGA 1: ((terminally ill) AND (cultural competence) AND (communication))

Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio/Campione	Obiettivo	Risultati Principali	Conclusioni
Evans N, Meñaca A, Andrew EVW, Koffman J, Harding R, Higginson IJ, et al. Systematic review of the primary research on minority ethnic groups and end-of-life care from the United Kingdom. J Pain Symptom Manage. febbraio 2012;43(2):261–86.	Revisione di letteratura Persone appartenenti ad una minoranza etnica nel Regno Unito eleggibili ad assistenza per una condizione di terminalità.	Identificare in modo sistematico e revisionare tutti gli studi originali che trattano di gruppi etnici minoritari e assistenza al fine vita nel Regno Unito, quindi eseguire un'analisi critica della qualità di tali studi, determinare temi chiave condivisi nei vari studi, identificare carenze conoscitive.	Dall'analisi degli articoli sono emersi sette temi d'interesse: -Età demografica -Disuguaglianza in base alla patologia (agli assistiti oncologici è data maggiore rilevanza) -Indirizzamento dell'assistito ai servizi di cure palliative da parte del medico -Caregiver -Luogo di cura e setting di morte -Conoscenza dei servizi e comunicazione -Competenza culturale	Tra gli argomenti maggiormente emersi e condivisi negli articoli si ritrova quello della consapevolezza dell'esistenza dei servizi da parte dell'assistito e dell'importanza di un'adeguata comunicazione. L'articolo evidenzia come non vi sia ancora una concordanza su aspetti come l'impiego di interpreti o dei familiari come tramite nella comunicazione, ma esiste concordanza sull'importanza di una comunicazione di qualità al fine di rendere l'assistito adeguatamente consapevole e informato sul suo stato di salute. Emerge dagli articoli una mancanza di uniformità nella definizione di competenza culturale da cui consegue anche una inadeguata formazione del personale sanitario.
Tian J. Palliative care for Chinese immigrants in New Zealand: experiences and perceptions. Acta bioethica. 2021;27(2):193–200.	Revisione di letteratura Popolazione immigrata di origine cinese eleggibile alle cure palliative in Nuova Zelanda.	Incrementare la comprensione di come i valori culturali della popolazione Cinese influenzino la loro attitudine e fruizione delle cure palliative al fine di fornire una più efficiente assistenza a questa minoranza in Nuova Zelanda.	Vengono considerati aspetti quali la percezione della morte e il setting di morte, l'attitudine nei confronti della pianificazione e della scelta dei trattamenti, il modello familiare e di assistenza, le difficoltà linguistiche, la ridotta competenza culturale dei professionisti.	Un aspetto chiave per la relazione terapeutica rimane la competenza culturale. Il professionista prima di tutto deve avere consapevolezza culturale e quindi avviare una riflessione sulla propria percezione della morte, delle cure palliative, dell'assistenza in hospice, al fine di individuare eventuali <i>bias</i> che possono ostacolare la relazione con l'assistito. Il professionista quindi deve interrogarsi ed indagare, in modo da comprendere, le difficoltà culturali dei propri assistiti. Avviare una comunicazione con la persona assistita stessa e la famiglia in modo da comprenderne necessità e desideri assistenziali, mantenere a mente il differente approccio al principio di

				autonomia in questa cultura.
Sacchi S, Capone R, Ferrari F, Sforacchi F, Di Leo S, Ghirotto L. “Achieve the best while rushing against time” : A grounded theory study on caring for low-income immigrant cancer patients at end of life. Palliative Medicine. 2021;35(2):426–36.	Grounded theory Campione di 27 individui comprendenti professionisti sanitari, familiari, caregivers e altre figure recentemente coinvolte nell’assistenza e accompagnamento nel fine vita di assistiti oncologici con un background di migrazione.	Indagare la prospettiva di professionisti, familiari e persone coinvolte nell’assistenza di assistiti migranti, a basso reddito, oncologici nel fine vita.	Viene evidenziato come i professionisti non si sentano adeguatamente preparati ad assistere adeguatamente malati oncologici con un background di migrazione, ma esiste una forte determinazione a garantire la miglior assistenza possibile nel limitato tempo a disposizione e con limitate risorse. Si rilevano inoltre quattro sotto-categorie correlate all’assistere al meglio nel breve tempo rimasto: -Fornire e ricevere ospitalità: garantisce fiducia nel sistema sanitario e garantisce un adeguato ricorso ai servizi -Comprensione reciproca: si riferisce alla necessità di superare le barriere linguistiche in particolare per quanto riguarda la comunicazione di una prognosi infausta -Riconoscere la diversità: emerge il desiderio dei familiari di essere compresi dal punto di vista culturale, e di contro come questo aspetto sia trascurato, per stessa ammissione del personale -Contesto di contorno: comprende i familiari e tutti quei servizi o associazioni che supportano l’assistito.	Nonostante il mancato impiego della competenza culturale e l’assenza di percorsi e linee guida di comportamento di riferimento, emerge l’impiego da parte dei professionisti di empatia e compassione. L’impiego di queste competenze, tuttavia, non può sostituirsi alla competenza culturale, permangono perciò la necessità di fornire supporto a tali risorse messe in campo, per mezzo di formazione mirata a riconoscere e sviluppare questa specifica competenza.
Kwok HHY, Low J, Devakumar D, Candy B. Experience and perspectives on palliative or end-of-life care of Chinese people and their families as immigrants to high-income countries: A systematic review and thematic synthesis. BMJ Global Health. 2020;5(12).	Revisione di letteratura e una sintesi tematica di studi qualitativi Immigrati cinesi di prima generazione e i loro familiari in paesi ad elevato reddito.	Comprendere la prospettiva culturale su cui si basa la percezione dell’assistenza nell’ambito delle cure palliative da parte di immigrati Cinesi di prima generazione e i loro familiari in paesi ad alto reddito, per identificare le possibili barriere che ostacolano l’accesso a tale tipo di assistenza.	Sono stati rilevati quattro temi rilevanti: -Percezione intrinseca delle pratiche culturali: conflitto percepito tra le norme sociali correlate all’assistenza al fine vita del paese ospite e quelle della cultura di origine. -Aspettative degli assistiti rispetto all’assistenza nel fine vita: emergono l’importanza dei valori familiari e del ruolo della famiglia nei processi decisionali -Prospettive e influenze dei familiari: riluttanza a cercare aiuto esterno nell’assistenza e a fornire informazioni complete sulla prognosi all’assistito -Conoscenza e comunicazione relativa all’assistenza al fine vita nel paese ospitante: limitata conoscenza del contesto delle cure	Emerge come i migranti di origine Cinese eleggibili a cure palliative e i loro familiari spesso non siano motivati a ricorrere al supporto di professionisti nell’assistenza a causa di vari fattori con fondamento culturale. I professionisti devono giungere a consapevolezza che i servizi erogati potrebbero essere insufficientemente sensibili per soddisfare le esigenze di gruppi etnici differenti da quello maggioritario e che quindi devono essere strutturate e messe in campo delle strategie per garantire un’assistenza culturalmente congrua

			palliative anche del paese di origine, difficoltà maggiore nell'esprimere bisogni se presente barriera linguistica.	in grado di raggiungere tutti gli aventi diritto.
Zhang W. Is Death Taboo for Older Chinese Immigrants? Omega (United States). 2020;	Studio qualitativo 46 anziani nel fine vita di origine cinese immigrati in Canada	Verificare per mezzo di focus group che coinvolgono immigrati provenienti dalla Cina, da Hong Kong e Taiwan, se l'assunto per cui nella cultura cinese la morte e la discussione della morte sono un tabù, è vero.	La maggior parte dei partecipanti era disponibile a discutere di vari argomenti correlati al concetto di morte, alcuni utilizzando il termine "morte", altri utilizzando eufemismi come "passare a miglior vita". Risultano quindi tre possibili risposte al quesito originario: -La morte non è un tabù per gli immigrati cinesi -Gli anziani tendono a discutere di morte solo in determinate circostanze, e qui specificatamente con i propri pari (focus group) -Gli anziani hanno discusso di morte apertamente o quasi nei focus group, perché si trattava di una ricerca finalizzata a produrre nuove conoscenze.	Emerge che a prescindere da come la morte sia percepita, esistono delle variabili individuali e in particolare di contesto. Infatti a seconda del contesto in cui si verifica la conversazione (interlocutore, fine del discorso) può risultare più o meno semplice discutere di morte, ad esempio parlare di morte in generale senza correlarla all'esperienza personale può risultare più facile, oppure una discussione tra pari, in particolare tra anziani può andare contro questo tabù più facilmente, rispetto a quando coinvolge dei giovani.
Roider-Schur S, Rumpold T, Kirchheiner K, Masel EK, Nemecek R, Amering M, et al. Migrate your mind: the role of palliative care in transcultural cancer treatment: A qualitative analysis. Wiener Klinische Wochenschrift. 2019;131(9-10):191-9.	Studio qualitativo 21 individui appartenenti allo staff operante in un reparto di oncologia e cure palliative sottoposti a interviste semi-strutturate relative alla loro esperienza di assistenza a malati oncologici con background di migrazione e i loro familiari	Ottenere una panoramica degli aspetti pratici delle cure palliative nell'ambito dell'incontro clinico con assistiti oncologici terminali con un background di migrazione e il loro familiari. Quindi individuare specifiche competenze e prospettive attuate per andare incontro alla diversità e soddisfare i bisogni e i desideri dei migranti e dei loro familiari.	A seguito della somministrazione di interviste semi-strutturate sono stati individuati quattro argomenti chiave: -condizioni strutturali: l'importanza di un rapporto numerico infermiere-assistiti adeguato, al fine di agevolare la personalizzazione dell'assistenza; ridotto numero di assistiti per stanza in modo da favorire la privacy e una maggiore flessibilità nel soddisfare i bisogni degli assistiti, come consentire l'accesso ad un maggior numero di familiari. -condizioni del personale: organizzazione multidisciplinare multiprofessionale dell'equipe -assistenza specifica e scopi del trattamento: dal momento che lo scopo finale del trattamento non è più la guarigione, esso deve essere convertito adattandolo a desideri e obiettivi dell'assistito come ad esempio un ritorno alle tradizioni culturali -attitudini e requisiti del personale: abilità di comunicare anche se le possibilità di espressione	Le credenze, i valori culturali e i bisogni dell'assistito impattano molto sulla qualità di vita degli assistiti oncologici e in particolare nelle persone terminali. Da qui emerge la necessità di formare adeguatamente gli operatori sanitari e promuovere riflessioni sull'argomento all'interno del sistema. Un altro aspetto importante è quello comunicativo, in quanto un'adeguata comunicazione può consentire di sfatare miti e risolvere fraintendimenti in merito alle cure palliative, il superamento della barriera linguistica e l'impiego di un'assistenza culturalmente congrua e sensibile garantisce la soddisfazione dei bisogni degli assistiti e un miglioramento della qualità di vita.

			verbale/linguistica sono limitate, disponibilità a manipolare/adattare le regole alle necessità dell'assistito	
Jansky M. “an odyssey without receiving proper care” - Experts’ views on palliative care provision for patients with migration background in Germany. BMC palliative care. 2019;18(1).	Ricerca pilota di tipo qualitativo Interviste di 13 esperti nell’ambito di cure palliative, hospice, ricerca e educazione per valutare le possibili barriere all’accesso alle cure palliative, le sfide dell’assistenza, e le strategie di risoluzione delle problematiche	Identificare: - possibili barriere di accesso alle cure palliative specializzate -problemi e sfide nell’assistenza -risorse utili nell’assistenza di assistiti terminali migranti	I risultati emersi sono stati suddivisi in tematiche: - limiti all’accesso alle cure palliative specializzate -sfide dell’assistenza -strategie di risoluzione delle problematiche. Tra i fattori di maggiore rilevanza emersi vi è una mancanza di adeguata comunicazione, sia rispetto all’informazione sulla disponibilità delle cure palliative, sia nell’ambito della relazione terapeutica, ossia la comunicazione delle scelte terapeutiche e l’interazione verbale e non verbale. Un’ altro aspetto importante emerso è la necessità di formazione del personale rispetto alla competenza culturale.	Esistono dei caratteri di universalità nei desideri e bisogni assistenziali di migranti e non migranti. Tuttavia l’esperienza dell’immigrazione dovrebbe essere tenuta in considerazione, in quanto può influenzare largamente l’esperienza della persona, in particolare tale status può condizionare le possibilità e le scelte di accesso alle cure, la barriera linguistica può rappresentare un ostacolo al rispetto del diritto al consenso informato.
Green A, Jertzmanowska N, Green M, Lobb EA. ‘Death is difficult in any language’: A qualitative study of palliative care professionals’ experiences when providing end-of-life care to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. Palliative Medicine. 2018;32(8):1419–27.	Ricerca qualitativa 28 individui appartenenti allo staff operante nell’ambito delle cure palliative in Australia	Indagare le esperienze dei professionisti operanti nell’ambito delle cure palliative, nello specifico dell’assistenza a persone con un background culturale e linguistico che differisce da quello della popolazione australiana maggioritaria	Il tema di maggiore rilevanza emerso dall’indagine è che la morte come esperienza complessa e difficile è un aspetto universale che trascende gli aspetti linguistici e culturali. Altri temi emersi sono: -necessità di determinare delle regole di riferimento per le discussioni relative a diagnosi e prognosi -come affrontare la sfida imposta dalle barriere linguistiche per garantire all’assistito la miglior comprensione della propria condizione e l’autonomia decisionale informata -comprendere l’esperienza dell’emigrazione per stabilire un rapporto di fiducia con l’assistito che è alla base della relazione terapeutica -mantenere l’equilibrio tra la prevenzione dei rischi per la sicurezza della persona assistita e il garantire ai familiari la possibilità di fornire un’assistenza confacente a tradizioni e desideri (gestione del dolore, nutrizione) -garantire una “buona morte” attraverso la soddisfazione dei bisogni e consentendo l’espressione delle credenze spirituali e	È stato rilevato come nell’ambito specifico delle cure palliative esistono più elementi di universalità transculturale che differenze. Questo aspetto va riconosciuto nello sviluppo di un’assistenza culturalmente congrua. Emerge anche una scarsa formazione del personale per affrontare lo stress derivante dal conflitto tra il modello di assistenza occidentale e i valori differenti degli assistiti.

			culturali, come ad esempio lo svolgimento di rituali -accreditare il ruolo di rilevanza della famiglia, mantenendo in primo piano le preferenze dell'assistito.	
Krystallidou D, Devisch I, Van de Velde D, Pype P. Understanding patient needs without understanding the patient: the need for complementary use of professional interpreters in end-of-life care. Med Health Care Philos. dicembre 2017;20(4):477-81.	Case study Assistita di origine greca con diagnosi di nuovo riscontro di carcinoma ovarico epiteliale al terzo stadio, con metastasi in cavo peritoneale e polmoni. Vive con il figlio in Belgio, nessuno parla olandese, il figlio parla inglese. Un team multidisciplinare composto da ginecologo, oncologo, radioterapista, patologo organizza un incontro per discutere i possibili trattamenti con l'assistita e propone di richiedere l'intervento di un interprete, ma tale proposta viene declinata dal figlio che si propone come interprete. L'assistita rifiuta però tutti i trattamenti proposti, sorge quindi il dubbio sul grado di comprensione del figlio dei trattamenti proposti. Alla richiesta di chiarimenti, e alla successiva proposta di coinvolgere l'interprete il figlio appare irritato.	Presentare un caso nel quale il figlio di una donna assistita nell'ambito delle cure palliative funge da interprete. Discutere sui dilemmi etici che emergono: -Come tutelare l'autonomia dell'assistita dall'intervento paternalistico dei familiari? -Come rispettare il contesto relazionale nel quale l'assistita può esprimere la propria autonomia? -Come rispettare i valori etno-culturali dell'assistita e dei suoi familiari?	Sebbene accettare il ruolo di interprete del figlio possa rappresentare un segno di rispetto dei valori culturali e delle tradizioni dell'assistito e della famiglia, può provocare distress morale nei professionisti dell'assistenza che non possono assicurare la tutela dell'autonomia dell'assistito e il rispetto delle sue preferenze. Una possibile soluzione a tali dilemmi etici è rappresentata dall'assicurare un'assistenza nel processo decisionale garantendo la presenza sia del familiare sia dell'interprete, i quali possono svolgere un ruolo complementare nel favorire una decisione condivisa, in cui l'assistito mantiene un ruolo centrale	Riconoscere le preferenze dell'assistito nel fine vita è fondamentale per un'assistenza di buona qualità. Nell'ambito di una comunicazione con barriere linguistiche e culturali la collaborazione nella pratica tra professionisti dell'assistenza e interpreti professionisti, che è allo stesso tempo sensibile alle norme e ai valori etno-culturali e familiari, può favorire una buona comprensione delle preferenze dell'assistito.
Fang ML, Sixsmith J, Sinclair S, Horst G. A knowledge synthesis of culturally- and spiritually-sensitive end-of-life care: Findings from a scoping review. BMC Geriatrics. 2016;16(1).	Revisione di letteratura Gruppi culturalmente e spiritualmente differenti dalla cultura dominante eleggibili ad accedere	Esplorare il concetto di fine vita sia dalla prospettiva metodologica sia da quella sperimentale e revisionare materiali riguardanti la	Sono state identificate barriere e sistemi di supporto a livello di sistema, a livello di comunità e famiglia. Le principali barriere sono: -differenze culturali tra operatori sanitari, assistiti e loro familiari	Evidenzia la carenza di studi che esplorino le differenti esperienze delle minoranze nell'ambito dell'assistenza nel fine vita, e soprattutto la carenza di linee guida e raccomandazioni che

	all'assistenza nel fine vita	condizione dei gruppi di minoranza etnica e culturale in rapporto alla convivenza con le culture dominanti. Valutare le barriere e il supporto incontrati da gruppi con caratteristiche culturali e spirituali specifiche nell'accesso all'assistenza nel fine vita	-ridotto utilizzo dei modelli di assistenza culturalmente sensibile e competente strutturati per migliorare l'assistenza nel fine vita -barriere linguistiche -mancanza di consapevolezza rispetto a problematiche relative alla diversità -esclusione dei familiari dal processo decisionale -discriminazione razziale e religiosa da parte del personale -mancanza di adeguata informazione adattata con competenza culturale all'assistito e ai suoi familiari al fine di facilitare il processo decisionale	aiutino nella pratica clinica
Leong M, Olnick S, Akmal T, Copenhaver A, Razzak R. How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. Journal of Pain and Symptom Management. 2016;52(6):771-774.e3.	Studio qualitativo Indagine conoscitiva sulle conoscenze di 14 clinici (infermieri inclusi) relative all'islam e seguente intervento educativo su clinici che operano nelle cure palliative Professionisti operanti nell'ambito delle cure palliative	Migliorare la conoscenza dei principi e insegnamenti dell'islam relativi all'assistenza al fine vita rilevanti per la pratica clinica	Dal questionario somministrato emerge una conoscenza ridotta in merito ai principi e le credenze dell'islam, correlate al fine vita, da parte dei clinici. Viene quindi strutturato un intervento educativo che pone l'accento sulle pratiche rilevanti nel fine vita e nell'immediato post-decesso	Nell'intervento educativo sono fornite informazioni rispetto alle pratiche pre e post morte per gli assistiti musulmani. Sono inoltre forniti tre principi che possono rappresentare una linea guida nella pratica clinica per gli operatori: 1. Rivolgersi ad un Imam se esistono delle preoccupazioni relative a problematiche di tipo spirituale 2. Non generalizzare o meglio evitare di fare presupposizioni su desideri, bisogni o credenze solo sulla base della religione, ma considerare sempre le possibili variabili date dal background individuale 3. Non è necessario arrivare a conoscere perfettamente i dettami di una specifica fede, ma è fondamentale mantenere una mente aperta e una predisposizione ad apprendere
Abudari G, Hazeim H, Ginete G. Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses. Palliat Support Care. dicembre 2016;14(6):599-611.	Ricerca qualitativa descrittiva 10 infermieri non musulmani che prestano assistenza a malati terminali di religione musulmana	Esplorare l'esperienza di infermieri non musulmani nel prestare assistenza ad assistiti di religione musulmana e ai loro familiari in rapporto alle pratiche fisiche, sociali, culturali, spirituali e	Sono state individuate tre tematiche principali: -Ruolo della famiglia: tale aspetto si declina nella partecipazione dei familiari nell'assistenza, in particolare nei processi decisionali e nella divulgazione di informazioni relative alla prognosi -Pratiche correlate al fine vita: comprendono l'impiego della medicina	La famiglia ha una doppia valenza nel fine vita, essa interferisce nei processi decisionali e può indicare di limitare la divulgazione delle informazioni all'assistito, ma il suo coinvolgimento migliora la qualità di vita dell'assistito e della famiglia, e funge da strategia di coping per affrontare il lutto.

		<p>religiose. Investigare i contesti o le situazioni che influenzano queste esperienze.</p>	<p>tradizionale (preparati a base di erbe); la preghiera -Sfide per la pratica infermieristica: comunicazione</p>	<p>L'infermiere deve comprendere e accettare la dinamica familiare e le preferenze dell'assistito nei processi decisionali per prevenire i conflitti e fornire un'assistenza culturalmente competente.</p>
<p>Hanssen I, Pedersen G. Pain relief, spiritual needs, and family support: Three central areas in intercultural palliative care. Palliative and Supportive Care. 2013;11(6):523–30.</p>	<p>Revisione di letteratura Popolazione di immigrati con patologie terminali</p>	<p>Tratteggiare ed unire le informazioni trovate in letteratura su specifici argomenti relativi all'erogazione di un'assistenza culturalmente sensibile nell'ambito delle cure palliative</p>	<p>Sono emerse tre macroaree: -Dolore (percezione culturale, espressione del dolore) -Bisogni spirituali ed esistenziali (i bisogni sono modellati da fattori culturali, psicosociali, individuali; affrontare il discorso sulla morte) -Supporto familiare (ruolo famiglia nelle società collettiviste in particolare, tenere conto sia dei bisogni dell'assistito sia del familiare, fornire supporto al caregiver)</p>	<p>I professionisti dell'assistenza sanitaria necessitano di essere formati nella competenza culturale, allo stesso tempo gli immigrati devono essere informati rispetto ai servizi disponibili, da cui possono avere supporto. È importante tenere presente che accanto alle variabili culturali vi sono quelle individuali, e che pertanto, nella pratica clinica vanno indagati i bisogni del singolo individuo, consentendo di esprimerli liberamente.</p>
<p>de Graaff FM, Francke AL, van den Muijsenbergh METC, van der Geest S. Understanding and improving communication and decision-making in palliative care for Turkish and Moroccan immigrants: a multiperspective study. Ethn Health. 2012;17(4):363–84.</p>	<p>Studio qualitativo 83 individui tra assistiti, familiari di origine turca e marocchina, professionisti sanitari olandesi nell'ambito delle cure palliative</p>	<p>Esplorare come la comunicazione e i processi decisionali sono influenzati da diversi stili di gestione dell'assistenza nell'ambito delle cure palliative tra famiglie di origine turca e marocchina e professionisti sanitari olandesi</p>	<p>Sono stati individuati quattro scenari ricorrenti: -Problematiche comunicative e mancanza di processi decisionali condivisi tra familiari e professionisti - Problematiche comunicative all'interno del nucleo familiare con ripercussioni negative sui processi decisionali -Mancanza di comunicazione tra professionisti ed equipe con effetti negativi sulla condivisione dei processi decisionali tra professionisti, familiari ed assistiti -Processi decisionali condivisi tra tutte le parti e strategie adeguate per la gestione delle problematiche comunicative</p>	<p>I professionisti dell'assistenza dovrebbero tenere presente che i problemi che emergono nei processi decisionali che coinvolgono assistiti in cure palliative con background di migrazione possono avere diverse cause, che trascendono anche i fattori culturali. La comunicazione risulta quindi fondamentale, ed il modello del "Care management group" strutturato da Janzen, che sottolinea l'importanza del ruolo di mediazione dell'ambiente sociale di appartenenza dell'assistito e relativizza il controllo esercitato dai professionisti sulle decisioni assistenziali, può rappresentare un punto di riferimento per rendere più efficace il processo assistenziale e decisionale.</p>

STRINGA 2: ((palliative care) AND (cultural competence)) AND (communication)

Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Risultati Principali	Conclusioni
Cain CL, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. Journal of Pain and Symptom Management. 2018;55(5):1408–19.	Revisione di letteratura Assistiti con background culturale differente da quello maggioritario e da quello del clinico, e professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza	Illustrare i conflitti/contrasti nell'erogazione delle cure palliative ad assistiti con diverso background culturale, al fine di migliorare l'assistenza	Evidenzia le problematiche in quattro aree di maggior interesse per le cure palliative: -Preferenze nell'assistenza (comprendono preferenze sull'uso di analgesici, sugli interventi messi in atto, sul grado di coinvolgimento della famiglia e sul desiderio di conoscere o meno, totalmente o parzialmente le proprie condizioni) -Percorsi comunicativi (uso dell'interprete, illustrazione della prognosi) -Significato della sofferenza (influenze culturali e individuali) -Processi decisionali (valore del principio di autonomia, percezione del ruolo del medico, influenze religiose e culturali). A partire dalle problematiche emerse sono individuate delle raccomandazioni per la pratica clinica con un approccio ABCDE (Attitudini di assistito e famiglia, Beliefs/Credenze, Contesto, stile Decisionale, Environment/Ambiente).	Nel fine vita il riconoscimento dell'interpretazione culturale fornita dagli assistiti alla propria condizione è importante e quindi viene richiesto ai professionisti dell'assistenza di prestare ascolto ai bisogni delle persone terminali e dei loro familiari proveniente da background culturali diversi al fine di apprendere le loro attitudini, preferenze e pratiche e integrarle nella pianificazione assistenziale.
Partain DK, Ingram C, Strand JJ. Providing Appropriate End-of-Life Care to Religious and Ethnic Minorities. Mayo Clinic Proceedings. 2017;92(1):147–52.	Intervento educativo a partire da un case study Assistita oncologica originaria del Bahrain con possibile diagnosi di tumore di origine gastrointestinale con massa metastatica in zona pelvica, carcinomatosi peritoneale, lesioni epatiche e metastasi pleuriche. Viene iniziata la chemioterapia. A due settimane dall'inizio del trattamento arriva la famiglia dal Bahrain che desidera ridiscutere l'intero piano terapeutico	Valutare le modalità di discussione degli obiettivi di cura con l'assistita e la sua famiglia appartenenti ad un gruppo religioso e culturale di minoranza	Viene elaborato un quadro operativo di riferimento in cinque parti: -Riconoscere il modello esplicativo adottato dall'assistito per approcciarsi alla patologia -Considerare i valori religiosi e spirituali dell'assistito -Determinare la volontà dell'assistito di ricevere o meno informazioni sul suo stato clinico -Valutare il grado di coinvolgimento della famiglia nell'assistenza -Negoziare eventuali conflitti qualora emergessero	Il corpo teorico elaborato può essere utile nella pratica clinica per individuare le credenze culturali, religiose e spirituali, supportare gli assistiti dove possibile. Tale utilizzo deve essere associato al mantenimento di un approccio curioso e aperto nei confronti di altre culture e al lavoro multidisciplinare.
de Graaff FM, Francke AL, van den Muijsenbergh METC,	Studio qualitativo descrittivo	Fare una panoramica dei fattori che	Emergono cinque macro-temi:	Le difficoltà comunicative nell'ambito delle cure

<p>van der Geest S. Talking in triads: communication with Turkish and Moroccan immigrants in the palliative phase of cancer. J Clin Nurs. novembre 2012;21(21-22):3143-52.</p>	<p>83 assistiti oncologici, familiari, operatori sanitari</p>	<p>influenzano la comunicazione tra operatori sanitari e assistiti immigrati di origini turche o marocchine con diagnosi di cancro in fase di trattamento palliativo</p>	<p>-Il modello comunicativo a triade (la comunicazione professionista e assistito è mediata dai familiari) -Differente concetto di buona comunicazione (alcuni argomenti, ritenuti importanti da uno degli interlocutori, è trascurato dalla controparte) -Diverse idee relative alla suddivisione dei ruoli nella comunicazione (il familiare è talvolta percepito dagli operatori come un ostacolo alla comunicazione con l'assistito e al rispetto dell'autonomia di quest'ultimo, mentre i familiari vorrebbero essere riconosciuti come interlocutori veri e propri) -Risposta di assistito e familiari a conflitti di opinione -Risposta degli operatori a conflitti di opinioni</p>	<p>palliative possono essere correlate a fattori culturali, barriere linguistiche ma anche dal modello di comunicazione a triade. Gli operatori sanitari dovrebbero riconoscere i possibili ostacoli alla comunicazione e adattarla di conseguenza.</p>
<p>Watts KJ, Meiser B, Zilliacus E, Kaur R, Taouk M, Girgis A, et al. Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. European Journal of Oncology Nursing. 2017; 26:83-90.</p>	<p>Ricerca qualitativa eseguita per mezzo di interviste semi-strutturate o focus group 38 professionisti operanti in reparti oncologici</p>	<p>Identificare le esperienze e sfide affrontate da infermieri del reparto di oncologia e oncologi nella comunicazione con assistiti provenienti da un background culturale differente</p>	<p>Sono stati rilevati cinque macro-temi relativi alle sfide comunicative emerse: -Grado di sicurezza delle proprie capacità nel lavorare con la diversità -Supporto ad assistiti e familiari appartenenti ad una minoranza -Barriere linguistiche e strategie per superarle (semplificazione del linguaggio, ripetizione del discorso, parlare lentamente, monitorare il livello di comprensione, sollecitare l'assistito e i familiari a contattare il personale se necessitano di chiarimenti, utilizzo della comunicazione non verbale) -Barriere culturali (di genere, correlate alle cure palliative) -Ruolo della famiglia e autonomia dell'assistito</p>	<p>Emerge come la barriera linguistica e culturale influenzano la qualità dell'assistenza e quindi la necessità di formare il personale con appositi training volti a sviluppare e migliorare la competenza culturale, la capacità di comunicare in modo sensibile e quindi gli strumenti per superare tali barriere.</p>
<p>Johnstone M-J, Hutchinson AM, Rawson H, Redley B. Nursing Strategies for Engaging Families of Older Immigrants Hospitalized for End-of-Life Care: An Australian Study. Journal of Patient Experience. 2016;3(3):57-63.</p>	<p>Studio qualitativo descrittivo 22 infermiere provenienti da 4 ospedali australiani con esperienza di assistenza ad anziani nel fine vita con background di migrazione e non parlanti la lingua inglese</p>	<p>Esplorare e descrivere le strategie utilizzate dagli infermieri per coinvolgere le famiglie di assistiti anziani che non parlano inglese (la lingua dominante), con un background di migrazione, nel fine vita</p>	<p>Sono state individuate 6 strategie impiegate: -Ascoltare e comprendere la famiglia -Incoraggiare i familiari a parlare per primi attraverso domande aperte -Individuare il modello decisionale della famiglia -Gestire l'angoscia/ansia -Correggere una visione troppo ingenua del processo di morte, fornendo informazioni rilevanti in modo sensibile e nei tempi adeguati, e rendendosi disponibili a dirimere eventuali dubbi</p>	<p>Emerge come le strategie individuate dalla ricerca qualitativa corrispondano con quelle già individuate in letteratura. Si rileva inoltre il ruolo cruciale dell'infermiere nello stabilire una relazione terapeutica che garantisca un'assistenza efficace accanto ad una conoscenza di base e alle abilità relazionali e comunicative.</p>

			-Gestire le differenze inter-generazionali	
<p>Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpier AJJA, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. Patient Education and Counseling. 2015;98(4):420–45.</p>	<p>Revisione sistematica Medici e assistiti in una relazione terapeutica transculturale</p>	<p>Riassumere l'attuale letteratura e quindi la conoscenza in merito ai fattori influenzanti la comunicazione interculturale, esplorare i meccanismi attraverso i quali questi fattori influiscono su questo tipo di comunicazione.</p>	<p>Sono state individuati gli aspetti influenzanti la comunicazione interculturale e categorizzati in termini di contesto, meccanismi e risultati. Il contesto comprende quattro sfide da affrontare nell'ambito della comunicazione interculturale:</p> <ul style="list-style-type: none"> -differenze linguistiche -differenze nella concezione di stato di malattia e patologia -differenze nella percezione delle componenti socio-culturali nella comunicazione relativa all'ambito della salute -pregiudizi e preconcetti del medico e dell'assistito <p>Sono state individuate nell'ambito dei meccanismi due tipi di abilità comunicative:</p> <ul style="list-style-type: none"> -abilità di base, ovvero le abilità principali della comunicazione come ad esempio l'ascolto -abilità specifiche, ovvero quelle impiegate in situazioni e contesti specifici, come nel caso della comunicazione interculturale <p>I risultati infine sono quegli elementi che ostacolano o facilitano la comunicazione.</p>	<p>Nella comunicazione inter culturale è fondamentale che gli attori, in particolar modo il medico, siano consapevoli delle sfide a cui va incontro e che quindi metta in campo sia le abilità comunicative di base, sia quelle specifiche. È quindi importante che nella formazione comunicativa si punti a sviluppare una serie di abilità comunicative specifiche che si integrino tra loro.</p>

STRINGA 3: (((("Cultural Competency"[Mesh]) OR "Transcultural Nursing"[Mesh]) AND "Terminal Care"[Mesh]) OR "Hospice Care"[Mesh])

Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio/Campione	Obiettivo	Risultati Principali	Conclusioni
<p>Reese DJ, Beckwith SK. Organizational Barriers to Cultural Competence in Hospice. Am J Hosp Palliat Care. novembre 2015;32(7):685–94.</p>	<p>Ricerca a metodo misto Fase 1: 207 direttori di hospice Fase 2: 100 individui composti da ricercatori, amministratori, e operatori sanitari operanti in hospice e facenti parte del pubblico di una conferenza mirata a presentare i dati della fase 1</p>	<p>Identificare le barriere organizzative all'applicazione della competenza culturale in hospice e individuare delle possibili strategie per superarle Testare due ipotesi: -La diversità culturale del quadro dirigenziale può predire la diversità dello staff, dei volontari e degli assistiti</p>	<p>Evidenzia diverse barriere all'applicazione della competenza culturale in hospice:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mancanza di fondi per assumere staff che gestisca i contatti con la comunità o per sviluppare programmi che promuovano la competenza culturale -Mancanza equipe multietnica -Mancanza di conoscenze da parte dei professionisti sulle culture differenti da quella maggioritaria, e sulle comunità non adeguatamente coinvolte -Mancanza di priorità della competenza culturale -Mancanza di stanziamenti per servizi culturalmente competenti 	<p>Emerge come alla base della maggior parte delle barriere vi sia una mancanza di finanziamenti e di supporto allo sviluppo della competenza culturale che ha quindi risvolti diretti sulla pratica clinica.</p>

		-La diversità dello staff e dei volontari predice la diversità degli assistiti	-Mancata valorizzazione dell'importanza della competenza culturale da parte dello staff Sono state quindi individuate delle strategie per migliorare l'impiego della competenza culturale tra cui emergono: aumentare la diversità culturale nello staff, costruire relazioni tra comunità e strutture. Le due ipotesi formulate sono state solo parzialmente confermate	
Pentaris P, Thomsen LL. Cultural and Religious Diversity in Hospice and Palliative Care: A Qualitative Cross-Country Comparative Analysis of the Challenges of Health-Care Professionals. Omega (Westport). settembre 2020;81(4):648–69.	Analisi qualitativa comparativa di due studi rispettivamente danese e inglese, sulla competenza culturale e la conoscenza delle religioni tra 37 professionisti operanti nell'ambito delle cure palliative.	Esplorare le sfide affrontate dai professionisti delle cure palliative in Danimarca e Inghilterra. Aprire una conversazione rispetto a come la morte, il processo del morire e la sofferenza sono gestiti nell'ambito dell'assistenza istituzionalizzata, con una particolare attenzione per gli aspetti culturali e religiosi	Sono individuati sei modelli di approccio pratico alle differenze culturali e religiose: -Approccio neutrale -Approccio universalistico -Approccio pragmatico -Approccio evitante -Approccio domestico/centrato sui principi della religione cristiana -Approccio fattuale Emerge come tutti questi approcci sono potenzialmente errati, perché possono cadere in una serie di bias che possono essere insiti al modello o correlati ad errori nell'applicazione. Si rileva inoltre che tali modelli sono influenzati da i fondamenti organizzativi delle strutture (policy delle strutture), dalla cultura organizzativa (i valori e i comportamenti che influenzano l'organizzazione), aspetti individuali nella pratica professionale dei singoli operatori.	Emerge quindi che le attitudini professionali e gli approcci verso le religioni e le varie identità culturali sono mutevoli, a causa dell'aumento delle conoscenze sull'argomento e delle variazioni nei fattori organizzativi. Gli operatori tendono ad adattarsi a queste variazioni strutturando gli approcci descritti come meccanismi di coping. In conclusione la formazione della competenza culturale deve tenere conto dei fattori organizzativi.

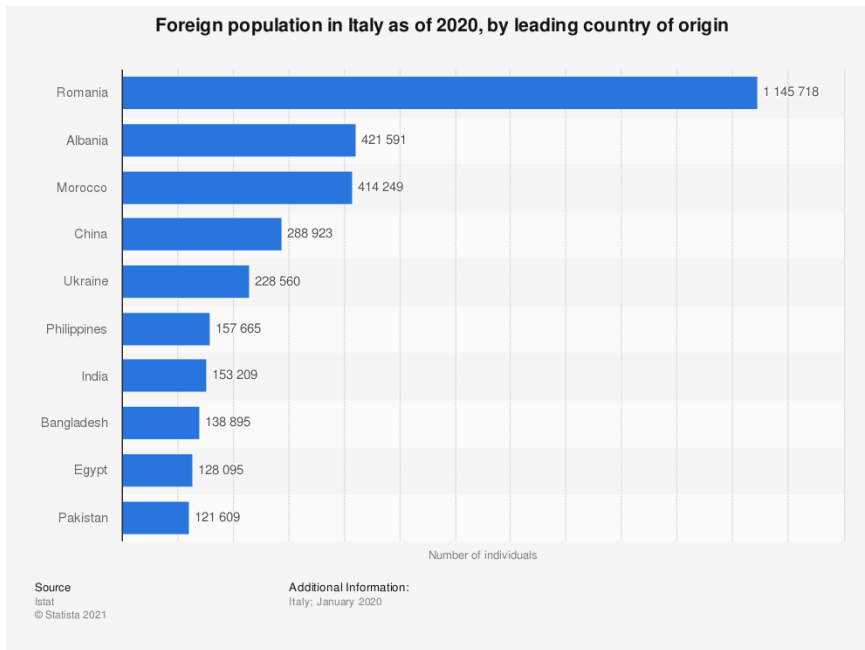
Ricerca libera con parole chiave: “attitude to death”, “end of life”, “Moroccan”, “Muslim”, “Chinese”, “Romanian”, “Albanian”

Autore/Anno/Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Risultati Principali	Conclusioni
Gustafson C. Assessing the Unique Experiences and Needs of Muslim Oncology Patients Receiving Palliative and End-of-Life Care: An Integrative Review. Journal of palliative care. 2019;34(1):52–61.	Revisione di letteratura Assistiti oncologici di fede musulmana e i loro familiari, in un contesto in cui rappresentano	Integrare in una revisione la letteratura riguardante l'esperienza del fine vita di assistiti oncologici musulmani, fornendo un riferimento per la pratica clinica, al fine di garantire	Dalla revisione di letteratura emergono tre macro temi: -esperienza dell'assistito -suggerimenti per fornire un'assistenza adeguata	I bisogni degli assistiti appartenenti al campione di riferimento potrebbero essere sottovalutati e non soddisfatti in un contesto clinico dove rappresentano una minoranza, a causa di barriere culturali e

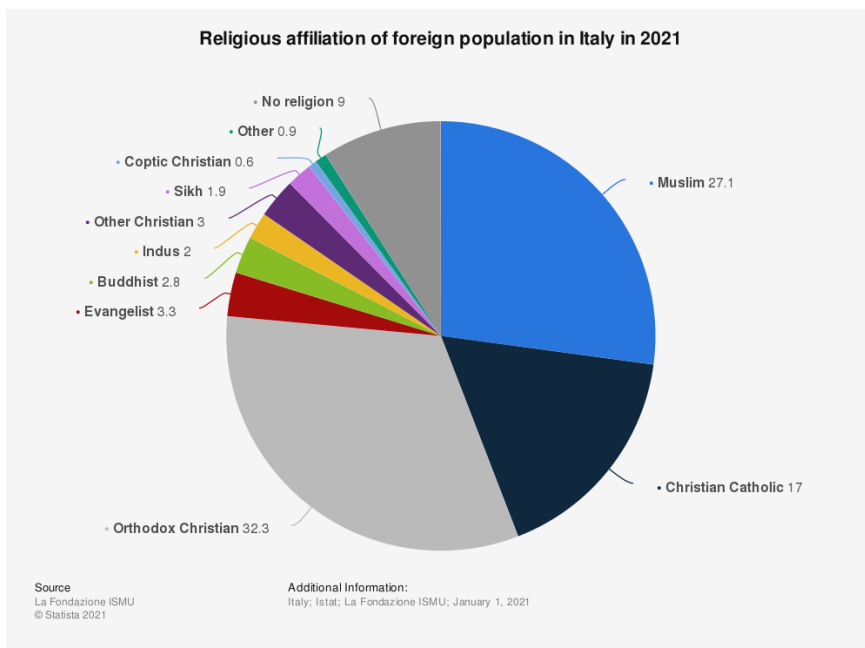
	una minoranza, nel percorso di assistenza del fine vita	un'assistenza al fine vita culturalmente congrua. Individuare le modalità attraverso cui gli operatori possono essere meglio educati nel riconoscere e soddisfare i bisogni di assistiti musulmani nel fine vita e identificare le barriere che gli assistiti musulmani incontrano quando sono assistiti per mezzo di modelli di assistenza strutturati per una popolazione non musulmana.	-il concetto e la percezione della morte nell'islam. Sono quindi individuate delle raccomandazioni per la pratica assistenziale degli assistiti appartenenti al campione di riferimento.	linguistiche, di pregiudizi o mancanza di consapevolezza. Pertanto i professionisti sanitari dovrebbero essere formati per fornire un'assistenza culturalmente congrua, che integri le credenze e le pratiche religiose nell'assistenza, migliorando così la qualità di vita in fase terminale sia per l'assistito che per la famiglia
Stephenson. The Delivery of End-of-Life Spiritual Care to Muslim Patients by Non-Muslim Providers. Medsurg nursing. 2018;27(5).	Revisione di letteratura sulle caratteristiche della religione e spiritualità musulmana	Considerare la mancanza di conoscenze relative ai bisogni spirituali di assistiti musulmani affetti da una patologia incurabile per mezzo di una revisione di letteratura al fine di determinare quali sono gli aspetti relativi alla spiritualità musulmana maggiormente rilevanti	Sono stati individuati gli aspetti di maggiore rilevanza per la pratica clinica e le modalità di intervento del personale in merito. In questi aspetti rientrano: -Supporto nella preghiera -Assistenza al fine vita correlata specificatamente ai trattamenti invasivi -Le problematiche di genere correlate all'assistenza e la preservazione della dignità dell'assistito -Il supporto familiare	I risultati della ricerca devono rappresentare una base di partenza per gli operatori, al fine di meglio comprendere e anticipare i bisogni degli assistiti ma non devono andare a sostituirsi all'accertamento dei bisogni individuali per mezzo della comunicazione e del dialogo.
Ho AHY. Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. Age and ageing. 2013;42(4):455–61.	Studio qualitativo descrittivo 16 assistiti anziani nel fine vita di origine cinese	Esaminare la possibilità di generalizzare il "Dignity Model" ad assistiti anziani di origine cinese sottoposti a cure palliative ed esplorare le influenze culturali sul concetto di dignità.	Emergono tre macro-temi: -Preoccupazioni correlate alla malattia quali perdita dell'indipendenza, della capacità funzionale e acuità cognitiva, distress fisico, psichico e correlato alla sintomatologia -Risorse che consentono la conservazione della dignità quali spirito di resilienza, mantenere la normalità nelle attività quotidiane, lasciare in eredità qualcosa di valore in grado di trascendere la morte -Aspetti sociali correlati all'essere malati terminali come necessità tutela della privacy, supporto sociale	Lo studio evidenzia che il concetto di dignità è influenzato sia da una dimensione familiare sia da quella culturale, sottolinea l'importanza della consapevolezza e della competenza culturale per professionisti che lavorano con diversi gruppi etnici. Indica come approccio più adeguato per l'assistenza del campione considerato quello culturalmente sensibile e che ha come focus la famiglia.
Vosit-Steller J, White P, Barron A-M, Gerzevitz	Ricerca qualitativa su	Definire le modalità pratiche di assistenza	I temi rilevati sono:	Attraverso l'inclusione dei familiari,

<p>D, Morse A. Enhancing end-of-life care with dignity: characterizing hospice nursing in Romania. Int J Palliat Nurs. settembre 2010;16(9):459–64.</p>	<p>43 infermiere romene</p>	<p>di infermiere romene operanti in un hospice, che promuovono una morte dignitosa ed esplorare il bisogno di promuovere una morte dignitosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Gestione del dolore e dei sintomi -Favorire i rapporti tra assistito e familiari attraverso la comunicazione -Essere presenti (ascolto attivo, prendersi il tempo per costruire una relazione terapeutica) -Comprensione e auto-riflessione -Sostenere un approccio multiprofessionale, multidisciplinare e il lavoro di equipe -Fornire assistenza ed educare al processo di morte -Favorire l'accesso in hospice attraverso la collaborazione con gli ospedali -Porre attenzione sulla spiritualità 	<p>l'attenzione ai bisogni spirituali, abilità di mindfulness e autoriflessione le infermiere del campione hanno potuto garantire un'assistenza dignitosa nel fine vita</p>
--	-----------------------------	--	---	---

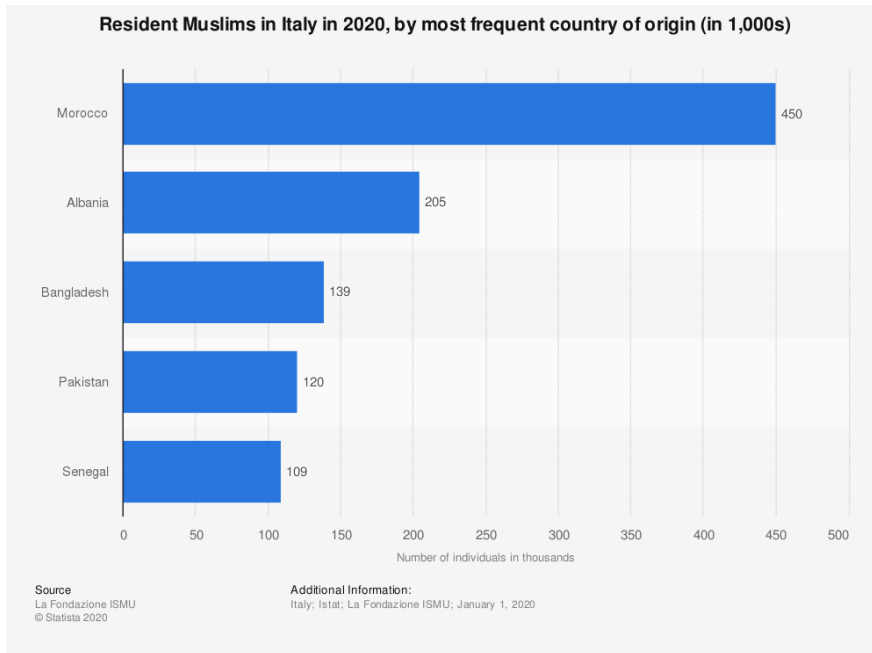
ALLEGATO 3: Grafici statistici



Foreign population in Italy as of 2020, by leading country of origin. Statista. Statista Inc. 2020



La Fondazione ISMU. Religious affiliation of foreign population in Italy in 2021. Statista. Statista Inc. 2021



La Fondazione ISMU. Resident Muslims in Italy in 2020, by most frequent country of origin (in 1000s). Statista Inc. 2020