

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



**La barriera linguistica tra infermieri e pazienti:
revisione della letteratura.**

Relatrice: **Dott.ssa Giacomello Matilde**

Laureanda: **Opara Uchechi Sonia**

Matricola n. 1238671

Anno Accademico 2021/2022

*"L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare." _ **Capo 1, Art.3 Codice Deontologico infermieri 2019.***

ABSTRACT

INTRODUZIONE: La barriera linguistica è definita come un ostacolo alla comunicazione, dovuto principalmente all'uso di lingue, dialetti o gerghi diversi tra due o più interlocutori. La globalizzazione e l'incremento dei flussi migratori comportano un aumento della probabilità che si frapponga una barriera linguistica tra gli operatori sanitari ed i pazienti all'interno del sistema sanitario. Se da una parte le varietà culturali sono arricchenti per le società, dall'altra le barriere linguistiche che ne derivano possono determinare in ambito sanitario importanti conseguenze negative per la salute, come diagnosi errate e prolungamento dei tempi di cura.

OBIETTIVO: L'obiettivo di questo studio è quello di indagare quali sono le conseguenze per i pazienti e per gli operatori sanitari che sperimentano il fenomeno della barriera linguistica e quali possono essere le strategie più efficaci per contrastarle rendendo la comunicazione più efficace.

METODI. È stata redatta una revisione della letteratura mediante consultazione delle banche dati Scopus, Pubmed e Cinahl. Sono stati ricercati articoli che riguardassero pazienti adulti stranieri e che fossero stati pubblicati non più di 10 anni fa.

RISULTATI. Sono stati selezionati 20 articoli che rispondevano ai criteri di inclusione: 1 revisione di letteratura, 13 studi qualitativi, 3 studi quantitativi, 3 studi con metodo misto.

DISCUSSIONE. Dall'analisi degli articoli sono emersi vari temi. Per quanto riguarda le conseguenze della barriera linguistica sui pazienti sono emersi tre temi: discriminazione e razzismo, incomprendione e cattiva comunicazione, disparità nella qualità dell'assistenza sanitaria. Circa le conseguenze verso infermieri e operatori sanitari sono emersi tre temi: sensazione di inefficienza sul lavoro, vincolo temporale e distress. Sono state individuate sei strategie possibili per il superamento della barriera linguistica: l'utilizzo di interpreti, preferibilmente con una formazione complementare sanitaria, la traduzione automatica per mezzo di app, il "video-interpretariato" da remoto, personale bilingue, l'aumento della competenza culturale anche attraverso programmi educativi, e altri.

CONCLUSIONI. Dalla revisione è emerso che le barriere linguistiche nell'assistenza sanitaria possono avere conseguenze gravi sui pazienti ed influenzare emotivamente anche gli operatori sanitari. La presente analisi ha anche discusso vari modi riportati dalla letteratura per mitigare l'effetto delle barriere linguistiche e sono stati evidenziati alcuni suggerimenti. Questo studio potrebbe essere una base per ulteriori studi sulle barriere linguistiche nell'assistenza sanitaria.

Parole chiave: "barriera linguistica", interculturale, comunicazione, paziente, infermiere, conseguenze, strategie.

Keywords: "language barrier", intercultural, communication, patient, nursing, impact, strategies.

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
1. QUADRO TEORICO	pag. 5
1.1 La comunicazione	pag. 5
<i>1.1.1 Forme, tipi e stili di comunicazione</i>	pag. 5
<i>1.1.2 La comunicazione interculturale</i>	pag. 6
1.2 La comunicazione in ambito sanitario	pag. 8
1.3 La barriera linguistica	pag. 9
1.4 Il nursing transculturale	pag.10
1.5 I dati sulla migrazione	pag.11
2. PROBLEMA	pag.13
3. MATERIALI E METODI	pag.15
3.1 Obiettivo	pag.15
3.2 Disegno di studio	pag.15
3.3 Quesiti di ricerca	pag.15
3.4 Banche dati consultate	pag.15
3.5 Parole chiave e strategia di ricerca	pag.15
3.6 Stringhe di ricerca	pag.16
3.7 Limiti inseriti	pag.18
3.8 Criteri di inclusione ed esclusione	pag.18
4. RISULTATI	pag.21
5. DISCUSSIONE	pag.23
5.1 Primo quesito di ricerca	pag.23
<i>5.1.1 Discriminazione e razzismo</i>	pag.23
<i>5.1.2 Incomprensione e cattiva comunicazione</i>	pag.23
<i>5.1.3 Disparità nella qualità dell'assistenza sanitaria</i>	pag.24

5.2 Secondo quesito di ricerca	pag.25
<i>5.2.1 Sensazione di inefficienza sul posto di lavoro</i>	pag.25
<i>5.2.2 Vincoli temporali</i>	pag.26
<i>5.2.3 Distress</i>	pag.27
5.3 Terzo quesito di ricerca	pag.27
<i>5.3.1 Interpreti</i>	pag.27
<i>5.3.2 Traduzione automatica</i>	pag.28
<i>5.3.3 Interpretazione a distanza</i>	pag.29
<i>5.3.4 Infermieri bilingue</i>	pag.30
<i>5.3.5 Competenza culturale</i>	pag.29
<i>5.3.6 Altri</i>	pag.31
5.4 Limiti dello studio	pag.32
 CONCLUSIONI	 pag.33

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

Il linguaggio può essere definito come "un sistema di simboli e regole che ci permettono di comunicare". I simboli sono cose che rappresentano altre cose: le parole, scritte o pronunciate, sono simboli e le regole specificano come le parole sono ordinate per formare frasi (Harley, 2001). La lingua è cambiata enormemente nel tempo e una conseguenza ovvia di questi cambiamenti è che ora nel mondo vengono parlate moltissime lingue diverse, con stime che variano tra le 2.700 e le 10.000 (Harley, 2001). Data questa enorme varietà di idiomi, si vengono inevitabilmente a creare situazioni in cui persone di culture e lingue diverse devono comunicare tra loro. Gli specialisti definiscono la comunicazione interculturale come "lo scambio di informazioni tra individui che non sono culturalmente simili" (Jackson, 2020). Nella comunicazione interculturale, si può creare una barriera alla comunicazione, definita come "barriera linguistica", cioè parole o frasi che potrebbero non essere comprese dall'interlocutore, portando così ad errori ed incomprensioni nella comunicazione. Questa barriera può derivare non solamente dall'uso di una lingua diversa, ma anche da un dialetto che non è comune all'altra persona, o da un gergo di cui gli altri non conoscono il significato (Communication, 2015).

Con l'aumento dei tassi di migrazione globale, i paesi di tutto il mondo stanno iniziando ad affrontare problemi sempre crescenti di diversità culturale all'interno delle proprie popolazioni. All'interno di una società multiculturale, una comunicazione efficace è tanto fondamentale quanto sfidante, in particolare nell'assistenza sanitaria. L'assistenza infermieristica interculturale richiede che gli infermieri siano in grado di prendersi cura di pazienti di diversa estrazione culturale, considerando le loro esigenze. Un requisito fondamentale è che gli infermieri siano in grado di comunicare efficacemente con pazienti di varie culture per fornire cure olistiche e culturalmente appropriate ad una popolazione sempre più diversificata (Mosed & Periord, 2021).

Al 1° gennaio 2021 gli stranieri complessivamente censiti in Italia risultavano in poco meno di 5,2 milioni: circa 132.000 presenze in più rispetto all'anno precedente e un aumento di quasi 853.000 unità nel corso dell'ultimo decennio. A livello nazionale nel 2021 si registra un aumento della popolazione straniera del 2,6%, con incrementi più elevati in alcune aree del territorio (Immigrazione, 2022).

La barriera linguistica è un fenomeno che ho potuto rilevare anche durante la mia esperienza di tirocinante. Ad esempio, mi è capitato di assistere una coppia di turisti tedeschi

la quale ha dovuto partorire prematuramente in Italia ed il bambino prematuro è stato ricoverato nel reparto di patologia neonatale. La coppia tedesca non parlava italiano ma parlava un po' di inglese, mentre le infermiere italiane non conoscevano la lingua inglese. La comunicazione tra il personale sanitario ed i genitori era difficoltosa poiché i genitori dovevano spesso essere presenti in ospedale e gli interpreti non erano sempre facilmente disponibili. Io, parlando la lingua inglese, venivo chiamata spesso per tradurre ciò che le infermiere volevano dire ai genitori e viceversa. Sono stata motivata trattare questo argomento non solo perché è un problema reale che si verifica frequentemente nel contesto sanitario, ma anche perché mi riguarda personalmente, essendo una immigrata che si è trasferita in Italia negli ultimi cinque anni ed una futura infermiera che molto probabilmente incontrerà queste sfide. L'analisi di questo fenomeno risulta quindi essenziale non solo per comprenderlo ma, soprattutto, per individuare le strategie più efficaci per affrontarlo.

In questa ricerca, ho deciso di esplorare le conseguenze della barriera linguistica per i pazienti e per gli infermieri. Va notato che la barriera linguistica non riguarda solamente la comunicazione con utenti stranieri, ma potrebbe essere altrettanto vissuta in pazienti diversamente abili (autistici, sordi, muti), pazienti anziani che sono abituati solo ad un particolare dialetto, eccetera. Tuttavia, la presente analisi prende in considerazione i pazienti adulti stranieri che non parlano e non comprendono la lingua del loro attuale paese ospitante. In conclusione, verranno evidenziate le strategie adottate in letteratura per limitare o superare le conseguenze negative derivate dalla barriera linguistica, sottolineandone i pro e i contro.

1. QUADRO TEORICO

1.1 La Comunicazione

1.1.1 Forme, tipi e stili di comunicazione

Il dizionario delle lingue di Oxford definisce la comunicazione come l'impartizione o lo scambio di informazioni in forma orale, scritta o tramite l'utilizzo di altri mezzi. La comunicazione è il processo di generazione di significato che si ottiene inviando e ricevendo simboli e segni verbali e non verbali che sono influenzati da più contesti (Richard G. Jones Jr., 2013). Sono state descritte cinque principali forme di comunicazione:

- **Comunicazione intrapersonale:** comunicazione con se stessi utilizzando la vocalizzazione interna o il pensiero riflessivo. A differenza delle altre forme di comunicazione, la comunicazione intrapersonale avviene solo all'interno della nostra testa.
- **Comunicazione interpersonale:** comunicazione tra due persone.
- **Comunicazione di gruppo:** comunicazione tra tre o più persone che interagiscono per raggiungere un obiettivo condiviso.
- **Comunicazione pubblica:** una forma di comunicazione incentrata sul mittente in cui una persona è responsabile della trasmissione di informazioni ad un pubblico.
- **Comunicazione di massa:** comunicazione trasmessa a molte persone attraverso la stampa o i media elettronici. (Richard G. Jones Jr., 2013)

Il linguaggio ed i simboli sono il veicolo primario per la comunicazione. I sistemi linguistici sono costituiti principalmente da simboli. I simboli possono essere comunicati verbalmente (es. pronunciando la parola "ciao"), per iscritto (es. mettendo insieme le lettere C-I-A-O) o non verbalmente (es. agitando la mano avanti e indietro). Quindi la comunicazione può essere:

- **Verbale:** cioè lo scambio di informazioni usando le parole.
- **Non verbale:** processo di generazione di significato utilizzando comportamenti diversi dalle parole (Richard G. Jones Jr., 2013)
- **Para-verbale:** non riguarda ciò che diciamo, ma come lo diciamo. Si compone di tre parti che sono il volume (alto o basso), il tono (crea lo "stile della comunicazione" e

veicola diversi stati d'animo) e la velocità delle nostre parole quando comunichiamo (Wilson & Litterini, 2022).

Si possono inoltre identificare quattro stili di comunicazione di base:

1. **Comunicazione passiva:** è uno stile in cui gli individui hanno sviluppato un modello per evitare di esprimere le loro opinioni o sentimenti, per proteggere i loro diritti e soddisfare i loro bisogni. La conseguenza di un modello di comunicazione passiva è che le persone che lo utilizzano spesso si sentono ansiose, depresse, risentite, confuse e immature.
2. **Comunicazione aggressiva:** è uno stile in cui gli individui esprimono i loro sentimenti e le loro opinioni e difendono i loro bisogni in un modo che tende a prevaricare e violare i diritti degli altri.
3. **Comunicazione passivo-aggressiva:** è uno stile in cui gli individui appaiono passivi all'apparenza ma in realtà agiscono con aggressività in modo sottile ed indiretto.
4. **Comunicazione assertiva:** è uno stile in cui gli individui dichiarano chiaramente le loro opinioni e sentimenti e difendono fermamente i loro diritti e bisogni senza violare i diritti degli altri (UK Violence Intervention and Prevention Center, 2017).

1.1.2 La comunicazione interculturale

Richard Jones ha definito la cultura come la negoziazione continua di credenze, atteggiamenti, valori e comportamenti appresi e modellati. La cultura quindi è dinamica e la comunicazione interculturale è una comunicazione faccia a faccia, verbale o non verbale, che si verifica tra persone con identità culturali diverse (Richard G. Jones Jr., 2013). La capacità di interagire con persone di cultura diversa è vitale nell'assistenza infermieristica per fornire cure ottimali ai pazienti (Mosed & Periord, 2021).

I contatti interculturali possono assumere varie forme. Gli interlocutori possono essere di “lingua madre” diversa ma parlare una seconda lingua comune (ad esempio, una lingua internazionale come l'inglese) oppure possono parlare la lingua madre di uno dei partecipanti o una combinazione di lingue. Un esempio di comunicazione interculturale è uno studente universitario sudcoreano a Seoul che interagisce in inglese con uno studente svedese: nessuno dei due usa la propria lingua madre e provengono da ambienti sociali e culturali completamente diversi. Un altro esempio può essere uno studente americano che conversa

su Skype con un amico australiano. Anche se entrambi parlano la loro lingua madre, usano diverse varietà di inglese e provengono da contesti sociali e culturali diversi. In un altro scenario, un anziano monaco buddista di Bangkok conversa con una giovane donna thailandese cristiana. Anche se condividono la stessa nazionalità ed etnia, gli interagenti hanno un background religioso diverso e differiscono in termini di età, occupazione e genere (Jackson, 2020).

A causa della globalizzazione, dell'internazionalizzazione, dei trasporti e dei progressi tecnologici, dei cambiamenti demografici e delle situazioni di conflitto, la comunicazione interculturale è ora più importante che mai ed emerge la necessità di imparare ad adattarsi e prosperare in ambienti sconosciuti per contribuire allo sviluppo comune in modo costruttivo e pacifico. Attraverso l'interazione con persone provenienti da diversi background linguistici e culturali, possiamo imparare di più su noi stessi e scoprire modi rispettosi per costruire e coltivare relazioni interculturali (Jackson, 2020).

Un individuo per definirsi un “comunicatore interculturale”:

1. Considera le persone uguali, anche quando le loro convinzioni o valori differiscono dalle proprie;
2. Cerca attivamente e interagisce con persone di diversa provenienza (ad esempio, etnia, religione, genere, lingua, disabilità fisica, ecc.);
3. Ascolta attentamente e si astiene dal formulare giudizi rapidi e negativi sui comportamenti di persone provenienti da un diverso background culturale o linguistico;
4. Pone pazientemente domande per confermare il significato della comunicazione;
5. Riconosce che possono sorgere malintesi a causa di differenze linguistiche e/o culturali;
6. Cerca e fornisce feedback (verbali e non verbali) per garantire che i messaggi siano stati ricevuti e compresi;
7. Si sforza di conoscere la lingua e le pratiche culturali di persone che sono cresciute in background culturali diversi dal proprio;
8. Riconosce che i comportamenti di persone provenienti da altri background culturali sono razionali e comprensibili se contestualizzati nel loro ambiente culturale;
9. Valorizza la cooperazione interculturale, la mediazione e la risoluzione pacifica dei conflitti;

10. Riconosce la diversità all'interno dei gruppi culturali e che nessun individuo può essere considerato come rappresentante di un'intera comunità o cultura;
11. Cerca di includere tutte le diverse voci e istanze nelle interazioni interculturali;
12. Tratta le persone di altre culture con rispetto e dignità (Jackson, 2020).

1.2 La comunicazione in ambito sanitario

Una comunicazione efficace tra paziente e personale sanitario è fondamentale per la diagnosi ed il trattamento (López et al., 2015) e potrebbe aiutare ad evitare errori ed incomprensioni che potrebbero mettere in pericolo la vita del paziente (Meuter et al., 2015). Richard L. Street Jr. ha affermato che la comunicazione in ambito sanitario può avere un impatto diretto sul risultato che si vuole ottenere, ma molto spesso ha un effetto indiretto attraverso la sua influenza sulle variabili intermedie, come la comprensione del paziente, l'accordo tra medico e paziente e l'aderenza al trattamento. Ad esempio, parlare ai pazienti del dolore potrebbe non migliorare direttamente il controllo del dolore per i malati di cancro. Tuttavia, può farlo indirettamente spingendo i pazienti a parlare a loro volta di dolore da cancro, il che potrebbe portare il medico a modificare la terapia antidolorifica, e di conseguenza si potrebbe ottenere un migliore controllo del dolore (Street, 2013).

Nella relazione di aiuto tra paziente e operatore sanitario, anche lo stile comunicativo dell'operatore sanitario sembra essere molto importante. Dalla letteratura emerge che uno stile di comunicazione assertivo riduce l'ansia del paziente e ne facilita la disponibilità ad attenersi ai trattamenti, mentre uno stile di comunicazione dominante o imperativo, con atteggiamenti di rimprovero, si traduce in una riduzione della compliance del paziente (Vogel et al., 2018). Altri fattori contribuiscono a rendere la comunicazione nelle relazioni sanitarie meno efficace, tra cui: la carenza del personale, gli atteggiamenti personali, lo stato d'animo, la paura delle critiche, il rumore, le barriere dovute a problemi di salute, le differenze culturali e le barriere linguistiche (Vogel et al., 2018). L'uso di termini medici specialistici da parte degli operatori sanitari può rendere altrettanto inefficace la comunicazione poiché, come emerge dallo studio di Bittner et al., gli utenti spesso non comprendono appieno le informazioni mediche fornite a causa del gergo medico e tecnico utilizzato; inoltre, i termini medici e scientifici assumono spesso connotazioni negative da parte dei pazienti e possono essere fraintesi più o meno intenzionalmente. Tuttavia, i medici

spesso utilizzano termini tecnici incomprensibili per i pazienti e tendono a sopravvalutare la chiarezza della loro comunicazione (Bittner et al., 2016).

Una comunicazione efficace con gli utenti è in grado di prevenire situazioni che potrebbero metterne potenzialmente a rischio la vita.

1.3 La Barriera Linguistica

Una comunicazione efficace è un processo di scambio di idee, pensieri, conoscenze e informazioni in modo tale che lo scopo o l'intenzione del messaggio siano soddisfatti nel miglior modo possibile (Could, 2020). Le caratteristiche di una comunicazione efficace includono: un messaggio chiaro, corretto, completo e preciso, l'affidabilità, la considerazione del destinatario per quanto riguarda atteggiamento, lingua, conoscenza, livello di istruzione e impostazioni fisiche, e la cortesia del mittente. Gli ostacoli a una comunicazione efficace sono:

1. L'uso di termini gergali, troppo complicati o non familiari;
2. Le barriere emotive ed i tabù;
3. La mancanza di attenzione, interesse, distrazioni o irrilevanza per il destinatario;
4. Le differenze di percezione e punto di vista;
5. Le disabilità fisiche come problemi di udito o difficoltà di linguaggio;
6. Le barriere fisiche alla comunicazione non verbale;
7. Le differenze linguistiche e difficoltà a comprendere accenti non familiari;
8. Le aspettative e pregiudizi che possono portare a false ipotesi o stereotipi;
9. Le differenze culturali (Could, 2020).

Una barriera linguistica è definita come un ostacolo che intercorre nel processo di comunicazione, dovuto principalmente all'uso di lingue diverse, dialetti, o gerghi che il ricevente non è in grado di decodificare correttamente con la conseguenza di non comprendere o mal intendere il messaggio che gli è stato inviato. Le barriere linguistiche si riscontrano principalmente in persone di culture diverse che non parlano la stessa lingua madre, ma potrebbero essere presenti anche tra persone dello stesso paese, che parlano la stessa lingua ma con dialetti diversi.

Le possibili cause delle barriere linguistiche in ambito sanitario sono molteplici. Il numero crescente di pazienti migranti da una parte e di personale proveniente da un paese diverso da

quello nel quale lavora dall'altra, implica che sono sempre più probabili errori di comunicazione tra questi (Meuter et al., 2015). Sebbene gli interpreti possano essere utilizzati anche in ambito sanitario per ridurre al minimo il divario di comunicazione, la maggior parte di questi non ha una formazione medica e quindi potrebbe non conoscere e comprendere a loro volta i termini utilizzati (Azam et al., 2018). Dalla letteratura emerge inoltre la mancanza di competenza culturale da parte degli operatori sanitari (Majda et al., 2021) e l'utilizzo di una comunicazione superficiale quando si interfacciano con pazienti migranti (Evgin & Muz, 2020). Infine, l'uso del gergo specialistico e delle abbreviazioni, che come già accennato sopra rende la comunicazione tra sanitari e pazienti complicata, può essere ancora più d'ostacolo se si somma alla diversità della lingua parlata (Could, 2020). Nel panorama attuale la migrazione globale e la diversità linguistica sono a livelli record, rendendo sempre più elevata la probabilità che si creino barriere linguistiche anche all'interno del settore sanitario. Gli infermieri, che spesso rappresentano il primo contatto con i pazienti nel sistema sanitario, attraverso il modo in cui sono in grado di superare le barriere linguistiche e culturali, possono migliorare sensibilmente la sicurezza e la soddisfazione dei pazienti (Gerchow et al., 2021).

1.4 Il nursing transculturale

Il nursing transculturale è definito come «un campo, o una branca dell'infermieristica che prende in considerazione lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute e malattia, alle credenze e ai valori, con lo scopo di fornire alle persone un'assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i propri valori culturali ed il proprio contesto» (M. Leininger). Madeleine Leininger, la fondatrice del nursing transculturale, ha iniziato ad approfondire la tematica della «diversità culturale» quando, lavorando in un centro psichiatrico, nel tentativo di assistere bambini e genitori subì un “trauma culturale”, sentendosi incapace di reagire nei loro confronti. Si accorse che la considerazione della cultura era assente nell'assistenza infermieristica e che le diversità, così palesi nella vita quotidiana, non erano per nulla prese in carico. I principi guida del nursing transculturale di Madeleine Leininger sono: l'accoglienza ed il rispetto di ciascun individuo come essere unico e irripetibile, la conoscenza dei problemi prioritari di salute che colpiscono determinati gruppi culturali, l'accertamento delle credenze relative alle pratiche sanitarie delle diverse culture,

l'elaborazione di un piano di assistenza compatibile con il sistema di valori e credenze relativi alla salute di ogni individuo (Medicina & Mestre, 2021).

1.5 I dati sulla migrazione

L'alto tasso di migrazione a livello mondiale contribuisce alla creazione di una società multiculturale ed alla diversità linguistica. Secondo i dati dell'IOM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni), nel 2020 c'erano 281 milioni di migranti internazionali a livello globale, ovvero il 3,6% della popolazione mondiale, rispetto a 272 milioni (o 3,5%) nel 2019. Inoltre, 89,4 milioni di persone hanno vissuto in condizioni di sfollamento a livello globale del 2020 rispetto a 84,8 milioni nel 2019 (Migration, 2022).

Nel corso del 2020, secondo le stime dell'Eurostat, circa 1,9 milioni di persone (2,7 milioni nel 2019) sono immigrate nell'Unione Europea (Ue-27) da un paese non comunitario e circa 1,2 milioni di persone (1,4 milioni nel 2019) si sono spostate all'interno della stessa, muovendosi da uno stato all'altro. In quasi la totalità dei paesi UE (con le sole eccezioni di Croazia, Lettonia e Romania) i flussi migratori in entrata hanno superato, pur in calo rispetto al 2019, quelli in uscita. La Germania è stato il paese con il maggior flusso in ingresso nel corso del 2020 (728.600). Seguono Spagna (467.900), Francia (283.200) ed Italia (247.500). Al 1° gennaio 2020, il numero complessivo delle persone residenti in uno stato dell'Unione Europea con la cittadinanza di uno stato non comunitario sono 23,7 milioni, il 5,3% della popolazione residente. Il numero delle persone che risiedono in uno stato dell'Unione Europea con la cittadinanza di un altro stato dell'Unione sono 13,7 milioni (Immigrazione, 2022).

Al 1° gennaio 2021 gli stranieri complessivamente censiti in Italia risultano poco meno di 5,2 milioni, circa 132.000 presenze in più rispetto all'anno precedente e un aumento di quasi 853.000 unità nel corso dell'ultimo decennio. A livello nazionale nel 2021 si registra un aumento della popolazione immigrata del 2,6% con incrementi più elevati in alcune aree del territorio. Le regioni con il maggior numero di stranieri residenti al 1° gennaio 2021 si confermano la Lombardia (poco meno di 1,2 milioni, il 3,6% in più rispetto al 1° gennaio 2020), il Lazio (686.000 +1%) e l'Emilia-Romagna (562.000 +4,6%). Il Veneto è la quarta regione per numero di stranieri residenti, pari al 9,8% della popolazione straniera in Italia.

Insieme, le prime quattro regioni raggruppano il 56% del totale degli stranieri presenti in Italia (Immigrazione, 2022).

Analizzando le provenienze della popolazione straniera iscritta all'anagrafe italiana al 1° gennaio 2021 si evidenzia che, ferma restando l'assoluta dominanza della componente comunitaria Romena, con 1.138.000 residenti (il 23% circa degli stranieri), i cittadini dei paesi terzi coprono circa il 70% del totale (3.543.000 unità, includendo anche il Regno Unito), e vedono al primo posto gli Albanesi e i Marocchini con, rispettivamente, l'11,6% e l'11,5% del totale dei residenti extra-UE. Seguono per numerosità, nell'ordine, le provenienze da Ucraina, Filippine, India e Bangladesh. Va comunque osservato che, tra le prime dieci nazionalità per numero di iscritti in anagrafe (Romania, Albania, Marocco, Cina R.P., Ucraina, Filippine, India, Bangladesh, Egitto, Pakistan) sono i cittadini egiziani quelli che, nel biennio 2019-2020, hanno fatto registrare l'incremento più rilevante (+8,6%) (Ismu, 2021).

Per quanto riguarda le aree di provenienza degli immigrati in Veneto, al 1° gennaio 2021 le risultanze censuarie confermano il prevalere dei cittadini europei, in particolare di quelli afferenti agli stati membri dell'Unione Europea. I residenti con la cittadinanza di un paese europeo (nell'insieme circa 278.000) rappresentano il 54,6% del totale degli stranieri in regione. Il 46% è rappresentato da stranieri non comunitari, soprattutto dell'area centro-orientale. Tra le altre provenienze, il continente asiatico con 109.000 presenze, pari al 21,4% del totale dei residenti, è divenuto il secondo territorio di origine della popolazione straniera residente in regione. Al terzo posto, si collocano le provenienze africane: oltre 102.000 residenti ed un peso sul totale pari al 20% (Immigrazione, 2022).

Quanto ai singoli Paesi di cittadinanza, la Romania si conferma stabilmente al primo posto tra le principali provenienze. Con oltre 126.000 residenti, questo gruppo rappresenta circa 1/4 della presenza complessiva di stranieri nel territorio regionale. Seguono, per numerosità dei residenti, il Marocco (47.000, pari al 9,2% del totale), la Cina (con oltre 39.000 residenti), l'Albania (33.000) e la Moldavia (32.000). Insieme, queste 5 comunità, rappresentano il 55% di tutti gli stranieri residenti in regione (Immigrazione, 2022).

2. PROBLEMA

La barriera linguistica tra operatore sanitario e paziente è un fenomeno molto presente nel settore sanitario. La migrazione globale sta rendendo i paesi di tutto il mondo sempre più linguisticamente diversificati e le barriere linguistiche tra operatori sanitari e pazienti più prevalenti (Gerchow et al., 2021). Come ho più volte avuto modo di osservare durante il tirocinio, il fenomeno della barriera linguistica è presente e questo è un problema nell'assistenza sanitaria perché i pazienti che non parlano o non capiscono la lingua madre del paese ospitante affrontano disparità in termini di salute e ricevono cure di qualità inferiore e da cui derivano peggiori esiti (Espinoza & Derrington, 2021). Allo stesso modo, le barriere linguistiche influenzano l'accesso all'assistenza sanitaria, la soddisfazione del paziente e la sua sicurezza (Gerchow et al., 2021) e comportano conseguenze negative anche per gli operatori sanitari.

Gerchow et al. hanno affermato che gli infermieri sono spesso il primo punto di contatto professionale per i pazienti nel sistema sanitario e la loro gestione delle barriere linguistiche è in grado di ridurre la durata della degenza, gli errori e il tasso di riammissione. Hanno anche affermato che l'integrazione dei servizi di interpretariato sia nel processo di erogazione delle cure che nella relazione terapeutica riduce al minimo le disparità (Gerchow et al., 2021). Tuttavia, in molti contesti gli interpreti non sono disponibili oppure non vengono utilizzati dai clinici (López et al., 2015).

Allo stesso modo, Espinoza et al. hanno affermato che le disparità di salute legate alle barriere linguistiche sono profondamente e moralmente ingiuste. Le organizzazioni sanitarie e gli operatori della salute hanno obblighi etici e legali di prendersi cura dei pazienti indipendentemente dalla loro lingua, dall'etnia o dal paese di origine. Inoltre, la capacità di un individuo di imparare una lingua è influenzata da numerosi altri fattori e non ha nulla a che fare con il loro bisogno di salute. I pazienti che sperimentano una barriera linguistica hanno il diritto di ricevere un'assistenza di qualità uguale agli altri pazienti (Espinoza & Derrington, 2021).

È quindi necessario che siano adottate misure standardizzate ed efficienti, supportate da prove di efficacia, per risolvere questo problema che sta gradualmente dilagando nel settore sanitario. Degrie et al. richiedono una prospettiva più ampia verso un'assistenza culturale

sensibile in cui i pazienti siano curati in modo olistico salvaguardando la loro dignità (Degrie et al., 2017).

Lo scopo di questa tesi è quindi quello di esplorare quali conseguenze può causare la presenza di una barriera linguistica nella relazione sanitaria, tanto sugli infermieri quanto sui pazienti, e quali sono le possibili strategie riportate in letteratura per superarle.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo

Questa tesi si pone l'obiettivo di:

- descrivere quali sono gli effetti che provoca la barriera linguistica sul paziente e sul personale sanitario,
- indagare quali sono le possibili strategie per rendere la comunicazione più efficace.

Si prende in considerazione la barriera linguistica derivata dall'utilizzo di lingue diverse, che intercorre tra operatori sanitari e pazienti adulti stranieri di ogni nazionalità.

3.2 Disegno di studio

È stata redatta una revisione della letteratura.

3.3 Quesiti di ricerca

1. Nell'assistenza ad un paziente straniero, quali sono le conseguenze della barriera linguistica per il paziente?
2. Nell'assistenza ad un paziente straniero, quali sono le conseguenze della barriera linguistica per l'infermiere?
3. Quali sono le strategie utilizzate per rendere la comunicazione più efficace in presenza di barriera linguistica?

3.4 Banche dati consultate

Il materiale per la ricerca è stato selezionato attraverso la consultazione delle banche dati elettroniche Pubmed, Cinahl e Scopus, nel periodo tra Settembre e Ottobre 2022.

3.5 Parole chiave e strategie di ricerca

È stato utilizzato il metodo PIO (Tabelle I, II e III) per la formulazione delle parole chiave a partire dai quesiti di ricerca.

3.6 Stringhe di ricerca

Dopo aver individuato le parole chiave relative ai quesiti di ricerca sono state create, come riportato nelle Tabelle IV e V, le stringhe di ricerca utilizzate per ogni banca dati. Tali parole chiave sono state utilizzate in combinazione con l'operatore booleano "AND" e "OR". La consultazione dei documenti in formato digitale è stata resa disponibile dal servizio di Auth-Proxy fornito dalla biblioteca Pinali dell'Università di Padova.

Tabella I: PIO relativo al primo quesito

PIO		PAROLE CHIAVI
P	Paziente straniero	Foreign patient
I	Barriera linguistica	Language barrier
O	Conseguenze sul paziente in termini di qualità dell'assistenza ricevuta	Consequences, impacts, effects on patient, quality of care

Tabella II: PIO relativo al secondo quesito

PIO		PAROLE CHIAVI
P	Paziente straniero	Foreign patient
I	Barriera linguistica	Language barrier
O	Conseguenze sull'infermiere in termini di qualità di assistenza erogata	Consequences, impacts, effects on nurse / healthcare workers, quality of care

Tabella III: PIO relativo al terzo quesito

PIO		PAROLE CHIAVI
P	Paziente straniero con barriera linguistica	Foreign patient with language barrier
I	Strategie	Overcoming, strategies, techniques.
O	Miglior efficacia della comunicazione	Communication, efficacy

Tabella IV: Stringhe di ricerca relative al primo e secondo quesito

	Banca dati	Stringa	Risultati	Articoli selezionati	Ultima visualizzazione
1	Scopus	("language barriers" AND nursing) AND (impact OR effects OR consequences)	19	3	29/09/2022 alle ore 14:42
2	Cinahl	("Language barriers" AND nursing) AND (effects OR impact OR consequences)	15	1	29/09/2022 alle ore 15:11
3	PubMed	((“language barriers”) AND (nursing)) AND (“effect on patients” OR “consequences on patients” OR “impact on patients”)	51	4	30/09/2022 alle ore 09:46
4	Pubmed	((“language barriers”) AND (nursing)) AND (“effect on nurses” OR “consequences on nurses” OR “impact on nurses”)	45	3	30/09/2022 alle ore 09:52

Tabella V: Stringhe di ricerca relative al terzo quesito

	Banca dati	Stringa	Risultati	Articoli Selezionati	Ultima visualizzazione
1	Scopus	("Language barriers" AND healthcare) AND (overcoming OR strategies OR techniques)	84	3	29/09/2022 alle ore 14.54
2	Cinahl	("Language barriers" AND healthcare) AND (strategies OR techniques OR overcoming)	38	0	15/10/2017 alle ore 21.32
3	Pubmed	("language barriers") AND (healthcare)) AND ("strategies" OR "overcoming" OR "techniques")	165	6	30/09/2022 alle ore 10:00

3.7 Limiti inseriti

Sono stati presi in considerazione gli studi pubblicati negli ultimi dieci anni (dal 2012 al 2022), disponibili in full text o open access, e pubblicati esclusivamente in lingua inglese (Tabella VI).

3.8 Criteri di inclusione ed esclusione

Per effettuare la ricerca sono stati innanzitutto chiariti i criteri di inclusione ed esclusione degli studi (Tabella VII). Sono state quindi create le stringhe di ricerca e sono stati individuati, attraverso una prima analisi di titolo ed abstract, gli studi potenzialmente rilevanti. Gli articoli presenti tra i risultati di più stringhe di ricerca sono stati considerati solamente una volta.

Tabella VI: Limiti inseriti per la ricerca

Banca dati	Limiti inseriti
Scopus	-Articoli pubblicati tra il 2012 e il 2022 -Articoli pubblicati in lingua inglese - Articoli open access
Cinahl	-Articoli pubblicati tra il 2012 e il 2022 -Articoli pubblicati in lingua inglese -Articoli full text
Pubmed	-Articoli pubblicati tra il 2012 e il 2022 -Articoli pubblicati in lingua inglese Articoli full text

Tabella VII: Criteri di inclusione ed esclusione degli studi.

Banca dati	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Scopus Cinahl Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> - Studi relativi a pazienti e/o infermieri che si relazionano in una lingua diversa dalla propria lingua madre - Studi relativi a pazienti stranieri di ogni nazionalità - Studi relativi a pazienti adulti 	<ul style="list-style-type: none"> - Studi relativi a pazienti pediatrici - Studi relativi a pazienti cognitivamente compromessi - Studi riguardanti barriera linguistica dovuta a disabilità

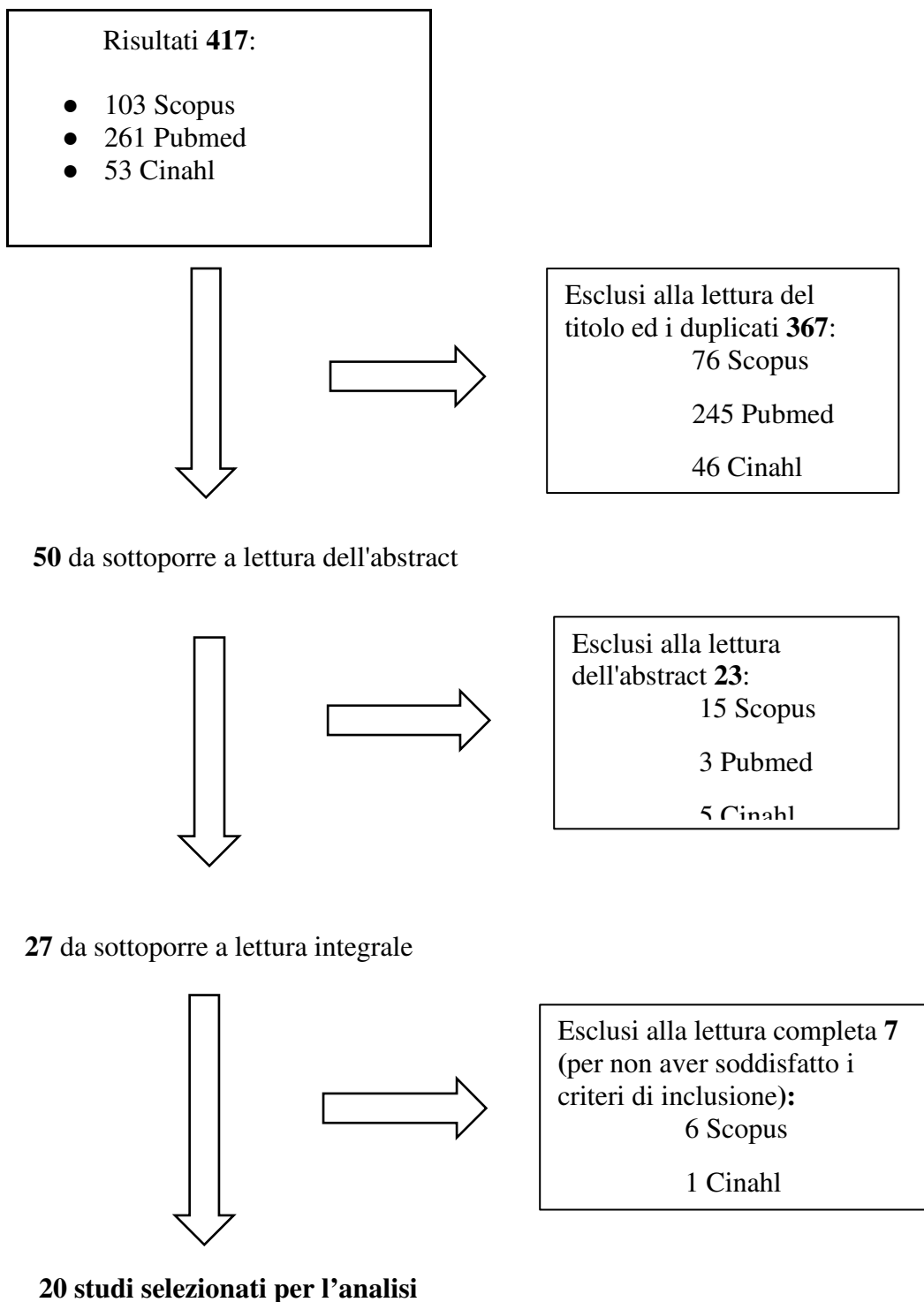
4. RISULTATI

La ricerca bibliografica effettuata all'interno delle banche dati Pubmed, Scopus e Cinhal attraverso le parole chiavi organizzate in stringhe di ricerca, ha consentito l'individuazione di 417 articoli: 130 risultati per il primo e secondo quesito e 287 risultati per il terzo quesito. Gli articoli totali selezionati e ritenuti pertinenti sono stati, al termine dell'analisi, 20 così suddivisi: 6 per il primo quesito, 6 per il secondo quesito e 8 per il terzo quesito. La flow-chart di seguito riportata rappresenta sinteticamente il processo di selezione degli articoli.

I 20 studi selezionati comprendono: 1 revisione della letteratura, 13 studi qualitativi, 3 studi quantitativi e 3 studi di metodo misto.

Per ogni articolo sono state sintetizzate le informazioni riguardanti il titolo, l'autore, la data di pubblicazione, la tipologia di studio, la rivista in cui è stato pubblicato, l'obiettivo, il campione, materiali e metodi, i risultati ottenuti, i limiti dello studio e le conclusioni (Allegato 1).

Flow chart del processo di selezione degli articoli



5. DISCUSSIONE

5.1 Primo quesito di ricerca

Nell'assistenza ad un paziente straniero, quali sono le conseguenze della barriera linguistica per il paziente?

Dalla letteratura è emerso che i pazienti sperimentano diverse conseguenze a causa della presenza di una barriera linguistica all'interno della relazione di cura. Tali conseguenze sono state suddivise nei seguenti tre temi.

5.1.1 Discriminazione e razzismo

Aderire alla logica dell'etnocentrismo per cui alcuni individui sono convinti che la loro cultura sia più importante delle altre, impedisce di percepire e comprendere le barriere e le difficoltà affrontate dai migranti e dalle minoranze etniche (ad esempio, la mancanza di interpreti). Questo porta spesso i nativi a descrivere i migranti come insensibili, con scarsa motivazione e irresponsabili. Ciò induce una cultura del razzismo in cui la conoscenza della lingua madre del paese ospitante diventa uno dei criteri più importanti che distingue i migranti desiderabili e meritevoli da quelli indesiderati e non meritevoli di cure e attenzione. Questi ultimi sono oggetto privilegiato di atteggiamenti razzisti (Cebon, 2021). Il pregiudizio basato sulla diversità culturale a volte proviene dai pazienti stessi, ma in larga misura proviene dai colleghi. I partecipanti allo studio di Henderson et al. hanno rivelato che la non familiarità con la diversità culturale imponeva loro sfide di comunicazione e che tale mancanza di competenza culturale derivava dalla scarsa formazione in merito (Henderson et al., 2016). Avere un atteggiamento discriminatorio nei confronti di questi pazienti comporta anche disparità in termini di trattamenti, sfiducia nelle cure fornite dal team sanitario, ridotta alfabetizzazione sanitaria dei pazienti che si traducono infine in esiti di salute peggiori (Adebayo et al., 2020).

5.1.2 Incomprensione e cattiva comunicazione

Le conseguenze negative dell'incomprensione nella comunicazione tra paziente e gli operatori sanitari non possono essere sottovalutate. Da uno degli studi è emerso che, se un interprete con formazione medica non era disponibile tempestivamente, i chirurghi

tendevano maggiormente ad utilizzare interpreti “generici” o le loro stesse abilità linguistiche, spesso senza averne la piena padronanza, mettendo quindi i pazienti nella condizione di acconsentire a procedure chirurgiche senza comprenderne appieno l’utilità ed i possibili rischi (Darshan N. Patel et al., 2017).

In un altro studio, la cattiva comunicazione ha contribuito ad una scarsa valutazione del paziente, ad una diagnosi errata e/o ad un trattamento ritardato, ad una comprensione incompleta delle condizioni del paziente e del trattamento prescritto e ad una ridotta fiducia nei servizi ricevuti (Moissac & Bowen, 2019). Molti pazienti hanno riconosciuto che, a causa delle barriere linguistiche, i clinici avevano maggiori difficoltà a fare una diagnosi corretta. In una delle interviste è riportato il caso di una paziente che si è recata dal medico per cattivi odori provenienti dalle parti intime ma, poiché aveva problemi ad esprimersi in una lingua diversa dalla propria, il medico le ha diagnosticato un'infezione. Quando è morta poco dopo, si è scoperto che aveva in realtà un cancro all'utero (Moissac & Bowen, 2019). Nello stesso studio i pazienti hanno inoltre riferito di dover ripetere più volte le loro preoccupazioni, faticando a trovare i termini corretti o facendo ripetere le domande all’operatore sanitario, dilatando così il processo di diagnosi e cura (Moissac & Bowen, 2019). Per comprendere la portata delle conseguenze, immaginiamo l'esito di ritardare la valutazione di un paziente con un infarto miocardico o un’altra problematica acuta che necessita un trattamento tempestivo. Il paziente potrebbe inoltre non comprendere correttamente le indicazioni relative ai trattamenti, con conseguente mancata o scarsa aderenza alla terapia (Moissac & Bowen, 2019).

Allo stesso modo, Suarez et al. hanno identificato tra le conseguenze della barriera linguistica valutazione e trattamento subottimali dei sintomi del paziente, insoddisfazione da parte di pazienti e familiari nei confronti del sistema sanitario, ridotta autonomia del paziente, desideri di fine vita non soddisfatti e disagio clinico (Suarez et al., 2021).

5.1.3 Disparità nella qualità dell'assistenza sanitaria

Che si tratti di discriminazione o cattiva comunicazione o di qualsiasi altra conseguenza negativa che il paziente sperimenta a causa di una barriera linguistica, queste creano disparità in termini di risultati di salute, come può essere il caso di un paziente che non ha capito il trattamento prescritto e non lo segue come dovrebbe. Alcuni dei partecipanti allo studio di

Moissac et al., hanno percepito iniquità e disparità nella qualità delle cure ricevute (Moissac & Bowen, 2019).

Krampe et al., che hanno affermato che la barriera linguistica ha un impatto negativo sulla qualità delle cure e sulla sicurezza dei pazienti e causa un aumento dei costi attraverso l'utilizzo di esami diagnostici non necessari, ricoveri evitabili e degenze ospedaliere più lunghe (Krampe et al., 2022). Risultati analoghi emergono anche dallo studio di Robertson et al. (Robertson & Salehi, 2016). Una ricerca condotta negli Stati Uniti e in Canada tra gli immigrati con una scarsa conoscenza della lingua inglese ricoverati nell'unità di terapia intensiva, dimostra disparità nel processo decisionale e nell'assistenza erogata a questi pazienti. Le cause sono probabilmente multifattoriali, riflettendo barriere di comunicazione secondarie a problemi clinici, nonché a preferenze individuali del paziente e della famiglia legate a credenze culturali e spirituali. (Suarez et al., 2021).

Dressler et al hanno notato che lo stile e il modo utilizzati dagli interpreti influenzano l'efficacia della comunicazione durante conversazioni complesse sulla prognosi, gli obiettivi di cura e il fine vita. Ad esempio, il disagio provato dall'interprete durante la discussione di temi quali la malattia grave o il fine vita, si manifesta sul suo linguaggio del corpo ed influenza a sua volta il modo in cui il paziente riceve le cure che l'infermiere o l'operatore sanitario intendono erogare, dimostrando che è necessario un ordine di interpretazione linguistica superiore a quello tipicamente disponibile (Dressler et al., 2021).

5.2 Secondo quesito di ricerca

Nell'assistenza ad un paziente straniero, quali sono le conseguenze della barriera linguistica per l'infermiere?

Dai vari articoli esaminati, sono emersi tre temi.

5.2.1 Sensazione di inefficienza sul lavoro

Gli infermieri hanno sperimentato un più alto grado di imprevedibilità nella relazione con pazienti appartenenti a minoranze etniche, data la loro mancanza di conoscenza di ciò che fosse considerato "normale" secondo la cultura di quei pazienti. La paura di fraintendimenti ed incomprensioni spesso induceva gli infermieri a modificare intenzionalmente il loro comportamento quando assistevano pazienti appartenenti a minoranze (Debesay et al., 2014). Anche Evgin et al. hanno affermato che la barriera

linguistica ha portato ad una percezione dell'insufficienza delle cure fornite da parte degli infermieri che, non potendo comunicare con i pazienti, non erano in grado di comprendere se stessero erogando cure culturalmente accettate o meno. La maggioranza degli studenti di infermieristica che hanno partecipato allo studio ha dichiarato di sentirsi incompetente e inadeguata nel fornire supporto psicologico e di sentirsi impotente nel fornire assistenza ai pazienti rifugiati (Evgin, 2021). Da uno studio è emerso che le barriere linguistiche influiscono negativamente anche sulla sensazione di soddisfazione sul lavoro percepita dagli infermieri (Al-Harasis & Al-, 2012).

5.2.2 Vincoli temporali

Il vincolo temporale è stato un tema importante che è emerso in quasi tutti gli articoli selezionati per rispondere al secondo quesito. Assistere pazienti che presentano differenze culturali e barriere linguistiche richiede maggiori sforzi e tempo da parte degli infermieri, soprattutto nei sistemi in cui lo stato pone un limite in termini di “minuti assistenziali” che un infermiere dovrebbe dedicare a ciascun paziente. Molti partecipanti allo studio di Debesay et al. hanno descritto il limite di tempo stabilito come troppo limitato, in particolare per l'assistenza dei pazienti appartenenti a minoranze etniche. Gli infermieri hanno riferito di essere a maggior rischio di creare ritardi durante le visite domiciliari a questi pazienti. Secondo gli infermieri, il tempo necessario per la conversazione e per l'aiuto nelle attività di vita quotidiana era troppo limitato il che li portava a sperimentare sentimenti di insoddisfazione (Debesay et al., 2014).

Lo studio di Robertson et al. ha evidenziato che i vincoli di tempo e risorse influenzano negativamente la qualità delle cure che un operatore sanitario è in grado di fornire a un paziente. Il processo di chiamata di un interprete può richiedere molto tempo e ciò fa sì che i medici facciano meno ricorso ad un servizio di traduzione linguistica, soprattutto quando le domande che hanno da porre al paziente sono poche. Tuttavia, in situazioni in cui l'utilizzo di interpreti era necessario, molti medici hanno espresso come la visita richiedesse quasi il doppio del tempo a causa della ripetizione delle conversazioni (in lingua “madre” e poi tradotte), e che quindi si vedevano costretti, a causa della mancanza di tempo, a dare la priorità a ciò che intendevano chiedere o dire ai pazienti (Robertson & Salehi, 2016).

Allo stesso modo, Azam et al. hanno affermato che quando il tempo non veniva utilizzato per escogitare una strategia di comunicazione efficace con i pazienti, veniva utilizzato nel tentativo di reperire l'interprete, cosa non sempre semplice ed immediata (Azam et al., 2018).

5.2.3 Distress

Poiché la comunicazione è un aspetto fondamentale dell'assistenza e una componente essenziale del ruolo professionale dell'infermiere, la barriera linguistica rappresenta ovviamente un ostacolo all'erogazione di cure adeguate, appropriate, efficaci e tempestive ai pazienti che la sperimentano (Azam et al., 2018). Il 49% degli infermieri partecipanti ad uno studio ha riferito di avere difficoltà ad assistere i pazienti a causa della barriera linguistica (Al-Harasis & Al, 2012). Gli infermieri hanno condiviso il loro desiderio di comprendere le esigenze dei loro pazienti e delle loro famiglie, e la volontà di comunicare informazioni importanti verbalmente e non verbalmente. Alcune infermiere hanno manifestato sentimenti di frustrazione quando non erano in grado di soddisfare le esigenze dei pazienti e/o dei loro familiari e sperimentavano disagio per non riuscire a soddisfare il desiderio che avevano di comunicare e connettersi con i loro pazienti (Coleman & Angosta, 2016).

Un altro studio riporta il disagio emotivo provato da alcuni infermieri che, coscienti del fatto che i pazienti stranieri sperimentassero disparità di salute, cercavano inconsciamente di fare di più ("*little extras*") per questi pazienti, ma senza ottenere in cambio alcun compenso aggiuntivo o riconoscimento (Debesay et al., 2014).

5.3 Terzo quesito di ricerca

Quali sono le strategie utilizzate per abbattere la barriera linguistica?

Di seguito sono riportate cinque strategie che studi precedenti hanno dichiarato come modi possibili per mitigare gli errori di comunicazione tra pazienti, familiari e operatori sanitari.

5.3.1 Interpreti

Spesso, in presenza di una barriera linguistica, l'operatore sanitario tende ad utilizzare strategie di soluzione immediata come individuare un altro membro del personale che parla la lingua usata dal paziente o invitare il paziente ad attendere e a richiedere

l'assistenza di un interprete "laico" (ad esempio un suo familiare, solitamente i figli). Entrambe le soluzioni possono però mettere a rischio la sicurezza del paziente e sollevare dilemmi etici, come nel caso di minori usati come interpreti (Klete et al., 2021). L'uso di interpreti senza formazione sanitaria e di familiari presenta criticità, in quanto spesso, mancando di familiarità con la complessa terminologia medica, rende ancora più difficoltosa la comunicazione. La letteratura consiglia invece l'utilizzo di interpreti con una formazione complementare in ambito sanitario (Dressler et al., 2021).

Gli interpreti "medici" sono definiti come traduttori certificati con una formazione complementare in ambito sanitario che gli operatori sanitari possono richiedere quando si presenta una barriera linguistica con un paziente. Il loro utilizzo è stato definito come Gold standard dalla letteratura (Robertson & Salehi, 2016).

Krampe et al. hanno sperimentato *Interpret2Improve*, un intervento educativo in cui studenti di medicina e infermieristica imparano insieme come affrontare le barriere linguistiche e collaborare efficacemente con gli interpreti. Hanno scoperto che riunire studenti di medicina e infermieristica per conoscere l'importanza delle barriere linguistiche e migliorare la collaborazione con gli interpreti è fattibile e apprezzato dai partecipanti. Il 98% dei partecipanti era a favore di una continuazione del corso (Krampe et al., 2022).

Tuttavia, l'uso degli interpreti non è privo di problemi, primo tra cui il tempo necessario per contattarli: se da un lato l'uso di interpreti è il gold standard per il supporto linguistico, il processo di chiamata di un interprete può richiedere molto tempo (Robertson & Salehi, 2016). Altre volte, i medici hanno dichiarato che spesso non possono chiamare un interprete a causa di mancanza di risorse, o perché tale figura era disponibile solamente in determinati giorni o fasce orarie, o perché il paziente appartiene ad una minoranza e parla una lingua poco diffusa (Robertson & Salehi, 2016). Infine, da uno studio è emerso che l'utilizzo di un interprete non consentiva agli infermieri di trasmettere le emozioni che avrebbero voluto veicolare con la comunicazione, poiché la presenza di una terza persona costituiva un elemento di disturbo alla costruzione di un rapporto terapeutico con il paziente (Dressler et al., 2021).

5.3.2 Traduzione automatica

Vi è una crescente evidenza che i medici e altri operatori sanitari utilizzano servizi online gratuiti come *Google Translate*TM come ulteriore risorsa quando non sono disponibili

servizi di interpretariato. Nello studio di Robertson et al., è stato riscontrato che i sistemi di traduzione automatica consentono ai medici di risparmiare tempo e aiutano anche gli interpreti a fornire servizi di traduzione, in particolare per le lingue meno diffuse. I medici hanno affermato di utilizzare gli strumenti di traduzione automatica per fornire istruzioni di dimissione scritte nella lingua principale del paziente (Robertson & Salehi, 2016). Tuttavia, la traduzione automatica non è priva di svantaggi. In contesti ad alto rischio, dove gli errori possono essere pericolosi per la vita, gli operatori sanitari esprimevano preoccupazioni sull'accuratezza delle traduzioni automatiche (Robertson & Salehi, 2016). Nello studio di Panayiotou et al., alcune app di traduzione automatica a frase fissa (cioè con frasi sanitarie preimpostate che possono essere tradotte in lingue diverse attraverso una combinazione di output audio, testo e immagini come *TalkToMe* e *CALDAssist*) sono state considerate più favorevoli rispetto alle applicazioni di traduzione mobile voice-to-voice in tempo reale (come *Google Translate*TM). Le applicazioni di traduzione automatica possono essere utili per ridurre le barriere linguistiche, ma per il loro utilizzo è necessario considerare il contesto, l'accuratezza e la facilità d'uso (Panayiotou et al., 2020).

5.3.3 Interpretazione a distanza

Nell'interpretazione a distanza l'interprete interagisce attraverso una videochiamata in tempo reale con il paziente e l'operatore sanitario, ma non è fisicamente presente tra loro. Nello studio di Klete et al. sono stati riportati vari vantaggi nell'uso della traduzione video tra cui la rapida disponibilità, il rispetto della protezione dei dati, l'assenza di potenziali influenze esterne derivanti da relazioni personali, la tecnica di facile utilizzo e risparmi sui costi. Tuttavia, la disponibilità di questi servizi è ancora limitata e lo studio esaminato si è concentrato solo sulle opinioni degli operatori sanitari e non sulla ricaduta di tale strategia sulla pratica (Klete et al., 2021).

5.3.4 Infermieri bilingue

Gli infermieri bilingue sono infermieri con la capacità di parlare, scrivere e comprendere fluentemente almeno due lingue. Gli infermieri si sentono a proprio agio nel parlare la stessa lingua parlata dal paziente e i pazienti comprendono pienamente le cure che stanno ricevendo e a cui stanno acconsentendo, riducendone l'ansia e favorendo la fiducia e

l'espressione dei propri bisogni (Ali & Johnson, 2017). Alcuni studi hanno incoraggiato l'assunzione di operatori sanitari bilingue (Al-Harasis & Al-, 2012). Larsen et al. hanno affermato che gli infermieri bilingue saranno sempre più richiesti (Larsen et al., 2021). Nello studio di Ali et al., alcuni dei partecipanti hanno affermato che in assenza di politiche organizzative chiare e supportive ed in mancanza di riconoscimento appropriato delle loro competenze, la loro capacità di parlare un'altra lingua si traduce in ulteriore pressione e in un aumento del loro carico di lavoro. Alcuni partecipanti hanno inoltre affermato che alcuni pazienti si sentono a disagio nel vedere infermieri parlare con altri pazienti in un'altra lingua. Altri partecipanti hanno affermato che a volte i propri colleghi o i superiori disapprovano la comunicazione in lingue diverse dalla lingua madre. Inoltre, la mancanza di linee guida e politiche organizzative chiare su ciò che è (o non è) accettabile ha influenzato negativamente la disponibilità e la fiducia degli infermieri nell'uso delle loro abilità di bilinguismo (Ali & Johnson, 2017).

5.3.5 Competenza culturale

La traduzione linguistica non è l'unica sfida che gli operatori sanitari devono affrontare nella comunicazione con i pazienti stranieri. Nell'assistenza a questi pazienti è presente la difficoltà a fornire cure culturalmente appropriate e a costruire un rapporto di fiducia al di là delle differenze culturali. Queste difficoltà sono esacerbate dalle barriere linguistiche ma non necessariamente risolte dal solo supporto dell'interprete (Robertson & Salehi, 2016). La competenza culturale è una componente fondamentale dell'infermieristica e significa dare cure buone e sicure pur essendo consapevoli delle diverse esigenze culturali o personali dei pazienti (Larsen et al., 2021).

Gli infermieri che hanno preso parte allo studio di Henderson hanno fatto ricorso alla costruzione di alleanze. Hanno riferito che quando si sono trovati di fronte a sfide di comunicazione interculturale, hanno cercato di costruire connessioni interculturali e alleanze con le persone assistite. Per fare ciò hanno stabilito un contatto sociale deliberato con questi pazienti, adeguando i propri comportamenti culturali ed essendo amichevoli, cercando in modo proattivo chiarimenti nel caso di incomprensioni durante la comunicazione (Henderson et al., 2016).

Nello studio di Tambo et al., la maggior parte degli studenti di infermieristica ha affermato di non avere abbastanza conoscenze in termini di competenza culturale. Alcuni studenti

hanno affermato che la loro competenza culturale si basava principalmente sulle loro esperienze di cura vissute durante il tirocinio clinico. Mentre alcuni di loro si sentivano a proprio agio con il proprio livello percepito di competenza culturale, la maggior parte riteneva di avere ancora molto da imparare. Alcuni studenti hanno sottolineato la mancanza di conoscenza e comprensione di specifiche culture minoritarie. Osservando i benefici della competenza infermieristica transculturale, gli studenti di infermieristica partecipanti allo studio hanno suggerito una maggiore integrazione dei contenuti di nursing transculturale nel curriculum infermieristico universitario (Tambo-lizalde et al., 2021). Un altro studio ha rilevato che gli studenti di infermieristica hanno manifestato difficoltà nel prendersi cura di pazienti rifugiati, ma che i programmi di educazione infermieristica basati sull'assistenza multiculturale erano in grado di migliorare le loro conoscenze e la percezione della qualità delle cure fornite ai pazienti di culture diverse (Evgin, 2021). Si sottolinea quindi la necessità di integrare un programma educativo multiculturale nei percorsi formativi per infermieri.

5.3.6 Altri

Altri metodi utilizzati dagli operatori sanitari per rendere la comunicazione tra loro e i loro pazienti più efficace includono: riformulare e semplificare i termini medici, utilizzare tecniche di *“back-translation”* (ad esempio, dire all'interprete di ripetere ciò che ha tradotto al paziente), comunicazione non verbale (come gesti, disegni), accertarsi della reale comprensione del paziente, sia rivolgendo domande dirette oppure prestando attenzione alla comunicazione non verbale (Robertson & Salehi, 2016).

Pfrunder et al. hanno affermato che nell'emergenza preospedaliera, per comunicare con i pazienti, gli infermieri hanno usato strategie come il linguaggio del corpo, la valutazione strutturata in conformità con le linee guida mediche (*“Voglio dire, se segui ABCDE non ti perdi nulla, e non importa se non puoi comunicare ...”*) il coinvolgimento di caregiver, le app di traduzione, e infine il trasporto del paziente direttamente al pronto soccorso quando non era possibile trovare un modo sicuro per valutare e prendersi cura dei pazienti in ambulanza (Alm-Pfrunder et al., 2018).

5.4 Limiti dello studio

Questo studio presenta diversi limiti. Innanzitutto, gli articoli selezionati sono condotti in paesi diversi, con campioni di pazienti poco numerosi e appartenenti a contesti culturali totalmente differenti tra loro. Per questi motivi i risultati emersi potrebbero non essere generalizzabili ad altri contesti o ad altre popolazioni di pazienti. Alcuni studi, inoltre, non riguardano solamente gli infermieri, ma anche medici e altri operatori sanitari, per cui le strategie utilizzate da un professionista potrebbero non essere ugualmente applicabili da altri. Altri studi hanno indagato solamente la percezione dei pazienti o degli operatori circa l'utilizzo di una determinata strategia, senza valutarne la reale ricaduta in termini di efficacia della comunicazione e diminuzione del rischio per il paziente.

Tuttavia, dato che il fenomeno della barriera linguistica nell'ambito sanitario non riguarda solo alcune popolazioni ma è un fenomeno mondiale, i paesi possono prendere spunto da pratiche basate sull'evidenza che funzionano per altri gruppi di pazienti ed implementarle nel proprio sistema sanitario dopo le opportune valutazioni critiche.

Infine, un limite di questo lavoro di ricerca potrebbe essere la presenza di un bias personale, in quanto la mia personale esperienza di straniera immigrata in Italia potrebbe aver influenzato l'analisi e l'interpretazione dei risultati emersi.

CONCLUSIONI

In questa tesi, è stata condotta una revisione della letteratura per studiare gli effetti che le barriere linguistiche hanno nell'assistenza sanitaria e le strategie messe in atto per mitigare i suoi effetti negativi.

La barriera linguistica tra operatori sanitari e pazienti può influire notevolmente sulla qualità delle cure fornite e ricevute. Tra le conseguenze negative per i pazienti sono emerse: discriminazione, diagnosi errate, trattamenti errati o di cui i pazienti non erano realmente "informati". Sentimenti di frustrazione o "distress", il limite di tempo e la sensazione di inefficienza sono emersi essere le conseguenze delle barriere linguistiche sull'operatore sanitario. Gli infermieri che cercano di trovare strategie di comunicazione con i loro pazienti impiegano molto tempo e, il più delle volte, non si sentono in grado di fornire cure adeguate, non solo per il divario comunicativo ma anche per l'incertezza sul fatto che stiano prestando un'assistenza culturalmente competente o meno. Questo si traduce in una sensazione di insoddisfazione sul lavoro.

Infine, tra le strategie messe in atto per comunicare efficacemente con i pazienti stranieri è stato messo in evidenza l'impiego di un interprete con formazione sanitaria, definito come "gold standard", sebbene presenti anche alcuni svantaggi tra cui l'incapacità di trasferire le stesse emozioni che l'infermiere intende trasmettere, il tempo eccessivo necessario al suo reperimento o l'aumento del tempo per visite e trattamenti. Sono stati inoltre menzionati i servizi di interpretariato a distanza tramite video, grazie ai quali l'interprete non deve essere fisicamente presente, ma può essere raggiunto ovunque si trovi semplicemente utilizzando una videochiamata. Un'altra strategia utilizzabile è la traduzione automatica, ma la sua accuratezza in situazioni ad alto rischio non è stata garantita. Anche gli infermieri bilingue sono presentati come una risorsa nel sistema sanitario, anche se a causa della mancanza del riconoscimento ufficiale delle loro competenze, questa loro abilità è a volte vissuta come un ulteriore carico di lavoro. Infine, anche la competenza culturale si è rivelata fondamentale in quanto non è sufficiente una corretta traduzione, ma il saper prendersi cura del paziente olisticamente, sapendo che proviene da una cultura diversa che potrebbe influenzare anche i suoi valori di salute. È emersa la necessità di implementare la formazione sull'assistenza transculturale.

Questo studio potrebbe costituire una base per futuri lavori di ricerca. Una ulteriore ricerca, ad esempio, potrebbe essere fatta sulla possibilità di creare una società di traduzione medica

con filiali in tutto il mondo, dove ogni filiale forma interpreti con competenze in ambito sanitario nel proprio paese e li rende disponibili agli altri paesi. Ulteriori ricerche potrebbero essere condotte per analizzare la capacità degli infermieri e/o degli studenti di infermieristica di erogare un'assistenza culturalmente competente e la ricaduta dell'inserimento di programmi di nursing transculturale all'interno del curriculum universitario. Inoltre, si potrebbe valutare l'impatto dell'inserimento nel percorso di tirocini o esperienze a contatto con pazienti immigrati (es. strutture per rifugiati).

Infine, lo studio ha preso in considerazione pazienti stranieri di qualsiasi provenienza. In prospettiva futura potrebbe essere utile indagare quali sono le specificità linguistiche e culturali dei gruppi di immigrati più rappresentativi della nostra realtà nazionale e regionale, in modo da comprendere al meglio le conseguenze causate a loro dalla barriera linguistica ed effettuare degli interventi educativi quali circa le strategie più adeguate per queste specifiche popolazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Adebayo, C. T., Walker, K., Hawkins, M., Olukotun, O., Shaw, L., Parcell, E. S., Dressel, A., Luft, H., & Mkandawire-valhmu, L. (2020). *Race and Blackness : A Thematic Review of Communication Challenges Confronting the Black Community Within the U . S . Health Care System*. <https://doi.org/10.1177/1043659619889111>
- Al-Harasis, S., & Al-, S. (2012). IMPACT OF LANGUAgE BARRIER ON qUALITy OF NURSING CARE AT ARMED FORCES HOSpITALS, TAIF, SAUDI ARABIA. *Middle East Journal of Nursing*, 6(200).
- Ali, P. A., & Johnson, S. (2017). Speaking my patient's language: bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 421–432. <https://doi.org/10.1111/jan.13143>
- Alm-Pfrunder, A. B., Falk, A.-C., Vicente, V., Lindstr, V., & Om Rn, €. (2018). *Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish-English proficiency*. <https://doi.org/10.1111/jocn.14484>
- Azam, P., Rn, A., Watson, | Roger, Parveen, C., & Ali, A. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *J Clin Nurs*, 27, 1152–1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>
- Bittner, A., Bittner, J., Jonietz, A., Dybowski, C., & Harendza, S. (2016). Translating medical documents improves students' communication skills in simulated physician-patient encounters. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0594-4>
- ˆCebron, U. L. (2021). Language as a Trigger for Racism : Language Barriers at Healthcare Institution in Slovenia. *Social Sciences*, 10 (4), 125
- Coleman, J., & Angosta, A. D. (2016). *The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency : A silent shift*. <https://doi.org/10.1111/jocn.13567>
- Communcation, E. (2015). Unit : 1 Communication - Introduction , Meaning & Definition. *Uttarakhand Open University*, 1–171.
- Could, J. R. (2020). Top 13 Communication Barriers and How to Tackle Them communication. *Smarp.Com*, 3.

- Darshan N. Patel et al. (2017). *HHS Public Access*. 200(2), 514–522.
<https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.09.033>. Preoperative
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014). Social Science & Medicine
 Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a
 changing organizational context. *Social Science & Medicine*, 119, 74–80.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.025>
- Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B., & Denier, Y. (2017). “How
 do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? a
 systematic review of qualitative research.” *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1186/s12910-016-0163-8>
- Dressler, G., Cicoello, K., & Anandarajah, G. (2021). ““ Are They Saying It How I ” m
 Saying It ?” A Qualitative Study of Language Barriers and Disparities in Hospice
 Enrollment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(3), 504–512.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.019>
- Espinoza, J., & Derrington, S. (2021). How Should Clinicians Respond to Language Barriers
 That Exacerbate Health Inequity? *AMA Journal of Ethics*, 23(2), E109–E116.
<https://doi.org/10.1001/AMAJETHICS.2021.109>
- Evgin, D. (2021). *Nursing students learning to care for refugee patients : a qualitative study*
 †. <https://doi.org/10.1111/inr.12641>
- Evgin, D., & Muz, G. (2020). *Nursing students learning to care for refugee patients: a*
qualitative study †. <https://doi.org/10.1111/inr.12641>
- Gerchow, L., Burka, L. R., Miner, S., & Squires, A. (2021). Language barriers between
 nurses and patients: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 534–
 553. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.017>
- Harley, T. A. (2001). *THE PSYCHOLOGY*.
- Henderson, S., Barker, M., & Mak, A. (2016). Nurse Education in Practice Strategies used
 by nurses , academics and students to overcome intercultural communication
 challenges. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 71–78.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.010>
- Immigrazione, O. (2022). *Immigrazione straniera in veneto*.
- Ismu, C. (2021). *Ventisettesimo Rapporto sulle migrazioni 2021*.
- Jackson, J. (2020). *Introducing Language and Intercultural Communication*.

- Klete, M., Parrag, S., Doppler, K., Michael, S. V., & Wenzel, T. (2021). *Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings*. 610–619. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01806-7>
- Krampe, F., Fabry, G., & Langer, T. (2022). Overcoming language barriers , enhancing collaboration with interpreters – an interprofessional learning intervention. *BMC Medical Education*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03213-0>
- Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 32(4), 310–317. <https://doi.org/10.1177/1043659620920693>
- López, L., Rodriguez, F., Huerta, D., Soukup, J., & Hicks, L. (2015). Use of interpreters by physicians for hospitalized limited English proficient patients and its impact on patient outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 30(6), 783–789. <https://doi.org/10.1007/S11606-015-3213-X>
- Majda, A., El, I., Zalewska-puchała, J., & Barzykowski, K. (2021). *Cultural Competence and Cultural Intelligence of Healthcare Professionals Providing Emergency Medical Services*. 1–12.
- Medicina, D., & Mestre, S. (2021). *Madeleine leininger (1925 –2012)*.
- Meuter, R. F. I., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., & Hocking, J. (2015). *Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language*. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8>
- Migration, W. (2022). *WORLD MIGRATION REPORT 2022*.
- Moissac, D. De, & Bowen, S. (2019). *Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada*. 6(1), 24–32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>
- Mosed, H., & Periord, M. (2021). *A concept analysis of intercultural communication*. December 2020, 993–999. <https://doi.org/10.1111/nuf.12622>
- Panayiotou, A., Hwang, K., Williams, S., Chong, T. W. H., Logiudice, D., Haralambous, B., Lin, X., Zucchi, E., Goh, M. M. A. M. Y., You, E., & Batchelor, F. (2020). *The perceptions of translation apps for everyday health care in healthcare workers and*

- older people : A multi-method study.* <https://doi.org/10.1111/jocn.15390>
- Richard G. Jones Jr. (2013). *Communication in the Real World Communication in the Real World An Introduction to Communication Studies.*
- Robertson, S., & Salehi, N. (2016). *Reliable and Safe Use of Machine Translation in Medical Settings.* 2016–2025.
- Street, R. L. (2013). Patient Education and Counseling How clinician – patient communication contributes to health improvement : Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 286–291. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.004>
- Suarez, N. R. E., Urtecho, M., Nyquist, C. A., Jaramillo, C., Yeow, M., Thorsteinsdottir, B., Wilson, M. E., & Barwise, A. K. (2021). Consequences of suboptimal communication for patients with limited English proficiency in the intensive care unit and suggestions for a way forward : A qualitative study of healthcare team perceptions. *Journal of Critical Care*, 61, 247–251. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.10.012>
- Tambo-lizalde, E., Hamam-alcober, N., Coelho, M., Coelho, T., Casa, A., Id, N., Cordeiro, R., & Hue, I. (2021). *PLOS ONE Nursing students ' experience of learning cultural competence.* 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259802>
- UK Violence Intervention and Prevention Center. (2017). The Four Basic Styles of Communication. *UK Violence Intervention and Prevention Center*, 1–3. http://www.uky.edu/hr/sites/www.uky.edu.hr/files/wellness/images/Conf14_FourCommunicationStyles.pdf
- Vogel, D., Meyer, M., & Harendza, S. (2018). *Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students.* <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1260-9>
- Wilson, C. M., & Litterini, A. J. (2022). Communication strategies. *Physical Activity and Rehabilitation in Life-Threatening Illness*, 96–109. <https://doi.org/10.4324/9781315739410->

ALLEGATI

Allegato 1: Tabella di estrazione degli articoli selezionati Articoli relativi al 1° quesito (1-6), al 2° quesito (7-12) e al 3° quesito (13-20)

Tabella VIII: articoli relativi al 1° quesito

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: “Are They Saying It How I’m Saying it?” A Qualitative Study of Language Barriers and Disparities in Hospice Enrolment</p> <p>AUTORI: Gabrielle Dressler, MBE, Katherine Cicoello, MD, and Gowri Anandarajah, MD.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2021</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo</p> <p>RIVISTA: Journal of Pain and Symptom Management.</p>	<p>OBIETTIVO: Acquisire una comprensione di come le barriere linguistiche e l’uso di interpreti contribuiscano alle disparità nell’ingresso agli hospice e nell’assistenza ospedaliera per i pazienti con limitata conoscenza dell’inglese.</p> <p>CAMPIONE: Ventidue partecipanti (sei infermieri / assistenti infermieristici, cinque medici, tre amministratori, tre assistenti sociali, tre caregiver dei pazienti e due cappellani) provenienti da background culturali / etnici differenti. Tutti i partecipanti hanno vissuto o lavorato nel RI (Rhode Island).</p> <p>MATERIALI E METODI: Sono state condotte interviste qualitative e</p>	<p>RISULTATI: Tre temi sono emersi riguardo alle barriere linguistiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le barriere strutturali impediscono l’accesso agli interpreti; 2) la variabilità nell’accuratezza della traduzione dei concetti di fine vita aggrava le barriere linguistiche; 3) lo stile e il modo di fare degli interpreti influenzano l’efficacia della comunicazione durante conversazioni complesse sulla prognosi, gli obiettivi di cura e l’ingresso all’hospice. Ad esempio, il disagio provato dall’interprete durante la discussione di temi quali la malattia grave o il fine vita, si manifesta sul suo linguaggio del corpo ed influenza a sua volta il modo in cui il paziente riceve le 	<p>CONCLUSIONI: Le disparità nella qualità delle cure di fine vita e nell’arruolamento negli hospice persistono per i pazienti con LEP (limitata conoscenza della lingua inglese), nonostante i tentativi di migliorare l’accesso a interpreti medici qualificati attraverso l’implementazione di standard di servizi culturalmente e linguisticamente appropriati, una maggiore formazione per gli interpreti medici e l’accesso ai servizi di interpretariato telefonico e video. Questo studio dimostra che le conversazioni sfumate e complesse, essenziali per un’adeguata ed equa cura di fine vita per tutte le persone, richiedono un’interpretazione linguistica di ordine superiore rispetto a quella tipicamente</p>

	<p>individuali in merito agli ostacoli alla qualità dell'assistenza di fine vita in diverse popolazioni di pazienti. Le interviste sono state registrate e trascritte alla lettera. I dati sono stati codificati utilizzando NVivo 11 (QSR International Pty Ltd., Melbourne, Australia). Tre ricercatori hanno analizzato tutti i dati relativi alle barriere linguistiche, prima individualmente, poi in riunioni di gruppo, utilizzando un approccio teorico fondato, fino a raggiungere il consenso sui temi.</p>	<p>cure che l'infermiere o l'operatore sanitario intendono erogare.</p>	<p>disponibile per pazienti e fornitori.</p> <p>LIMITI: I risultati di questo studio potrebbero non essere generalizzabili a stati diversi dal RI o a contesti internazionali perché diversi mix di lingue e culture potrebbero avere un impatto diverso.. Tuttavia, le diverse voci nel loro gruppo di partecipanti potrebbero aver ridotto in qualche modo questa limitazione.</p>
<p>TITOLO: Language as a trigger for racism: language barriers at healthcare institutions in Slovenia</p> <p>AUTORI: Ursula Lipovec Cebon</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2021</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo multicentrico</p> <p>RIVISTA: Social Sciences</p>	<p>OBIETTIVO: analizzare l'impatto delle barriere linguistiche sul trattamento medico dei pazienti di lingua straniera e illustrare che l'assenza di risposte sistematiche e istituzionali alle barriere linguistiche nelle strutture sanitarie aggrava gli atteggiamenti razzisti nei confronti dei migranti e dei gruppi etnici.</p> <p>CAMPIONE: 343 partecipanti (operatori sanitari, datori di lavoro delle istituzioni sanitarie pubbliche, professionisti del settore non governativo, utenti dei servizi</p>	<p>RISULTATI:</p> <p>* I migranti sono stati visti come il gruppo vulnerabile, sono stati classificati come un gruppo omogeneo ignorando la provenienza da culture diverse. I "nativi" ignorano le barriere strutturali che i migranti devono affrontare, insistendo sul fatto che dovrebbero abbandonare le loro credenze e adattarsi alla cultura del paese ospitante. Aderire a questa logica impedisce ai dipendenti di percepire e comprendere le barriere strutturali affrontate dai migranti e dalle</p>	<p>CONCLUSIONI: L'assenza di una rete accessibile di mediatori o interpreti interculturali crea una cultura del razzismo in cui la conoscenza della lingua slovena diventa uno dei criteri più importanti che distingue i migranti desiderabili e meritevoli da quelli non desiderati e non meritevoli di cure. Questi ultimi sono oggetto privilegiato di risposte razziste.</p>

	<p>sanitari e persone con varie vulnerabilità).</p> <p>MATERIALI E METODI: L'articolo presenta un'analisi delle interviste raccolte in 12 comunità locali in Slovenia. Sono state condotte 201 interviste che hanno coinvolto 343 partecipanti tra il 2018 e il 2019.</p>	<p>minoranze etniche, che spesso vengono descritti come insensibili, demotivati e irresponsabili.</p> <p>* Ci sono state varie conseguenze negative delle barriere linguistiche vissute dagli operatori sanitari e dai pazienti di lingua straniera come: molteplici incomprensioni tra operatori sanitari e pazienti, una minore compliance dei pazienti, insoddisfazione per le cure mediche, angoscia e maggiore carico di lavoro per gli operatori sanitari e sentimenti di intolleranza tra gli operatori sanitari nei confronti dei migranti che possono sfociare in dichiarazioni apertamente razziste.</p> <p>* In assenza di una rete accessibile di mediatori o interpreti interculturali, gli operatori sanitari sono lasciati a loro stessi per inventare modi diversi per superare le barriere linguistiche.</p> <p>* Molti interlocutori sono sempre più alla ricerca del colpevole di questa situazione. Alcuni operatori sanitari attribuiscono la responsabilità al concetto astratto di "sistema", mentre altri attribuiscono la responsabilità esclusivamente ai migranti, perpetuando così elementi</p>	
--	--	---	--

		chiave della cultura del razzismo. In questa ottica, la conoscenza della lingua madre diventa uno dei criteri più importanti che distingue i migranti meritevoli da quelli immeritevoli.	
<p>TITOLO: Consequences of suboptimal communication for patients with limited English proficiency in the intensive care unit and suggestions for a way forward: A qualitative study of healthcare team perceptions</p> <p>AUTORI: Nataly R. Espinoza Suarez, Meritxell Urtecho, Christina A. Nyquist, Carolina Jaramillo, Mei-Ean Yeow, Bjorg Thorsteinsdottir, Michael E. Wilson, Amelia K. Barwise.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2020</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo</p> <p>RIVISTA: Journal of Critical Care-Elsevier</p>	<p>OBIETTIVO: Comprendere le percezioni del team sanitario sulle conseguenze negative di una comunicazione non ottimale e le loro raccomandazioni per migliorare la comunicazione con i pazienti e le famiglie che hanno una conoscenza limitata dell'inglese (LEP) nell'unità di terapia intensiva (ICU).</p> <p>CAMPIONE: 12 interpreti, 16 medici e 12 infermieri. Adulti (≥ 18 anni) che hanno riferito di aver avuto esperienza nella cura di pazienti con LEP e di aver lavorato in una terapia intensiva medica o chirurgica generale in un ospedale di assistenza terziaria</p> <p>MATERIALI E METODI : studio qualitativo tramite interviste semi-strutturate a medici, infermieri e interpreti provenienti da 3 unità di terapia intensiva presso la Mayo Clinic Rochester, USA tra</p>	<p>RISULTATI: le conseguenze di una comunicazione non ottimale sono state identificate come:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Valutazione e trattamento subottimali dei sintomi del paziente; 2) Aspettative insoddisfatte dei pazienti e delle famiglie; 3) Diminuzione dell'autonomia del paziente; 4) Desideri di fine vita non soddisfatti; 5) Distress clinico. <p>Le raccomandazioni per migliorare la comunicazione dedotte dallo studio includono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Istruzione e formazione per pazienti, famiglie e interpreti sulla cultura in terapia intensiva e sui disturbi comuni osservati in terapia intensiva in diverse lingue; 2) Educazione dei medici sulle cure 	<p>CONCLUSIONI: I pazienti con LEP (limitata conoscenza dell'inglese o barriere linguistiche) sono a rischio di sperimentare una comunicazione non ottimale con il team sanitario in terapia intensiva. Lo studio evidenzia le conseguenze negative percepite non intenzionali di una comunicazione subottimale per i pazienti e le famiglie con LEP e i medici. Descrive inoltre le raccomandazioni per migliorare la comunicazione e la cura di questa popolazione vulnerabile.</p> <p>LIMITI:</p> <p>* Lo studio è stato condotto in un centro medico accademico di assistenza terziaria nel Midwest. I risultati dello studio potrebbero quindi avere una generalizzabilità limitata ad altre comunità e contesti con diverse popolazioni di pazienti con LEP.</p>

	novembre 2017 e aprile 2018.	culturalmente sensibili e sulle capacità comunicative; 3) Maggiore integrazione degli interpreti nel team di terapia intensiva.	* Non sono stati intervistati i pazienti ma sono state raccolte solamente le percezioni di infermieri, medici e interpreti. *A causa del loro reclutamento tramite e-mail, lo studio potrebbe essere soggetto a bias di selezione. * In particolare tutti gli infermieri che hanno partecipato sono nati negli Stati Uniti e questo può aver influenzato le loro risposte.
<p>TITOLO: Race and blackness: a thematic review of communication challenges confronting the black community within the U.S healthcare system.</p> <p>AUTORI: Comfort Tosin Adebayo, Kimberly Walker, Maren Hawkins, Oluwatoyin Olukotun, Leslie Shaw, Erin Sahlsetein Parcell, Anne Dressel, Heidi Luft and Lucy Mkandawire-Valhmu</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2020</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Revisione della letteratura</p> <p>RIVISTA: Journal of transcultural</p>	<p>OBIETTIVO: Analizzare quali sono le sfide di comunicazione sperimentate dai pazienti di origine africana negli Stati Uniti e come si riflettono sul loro accesso ai servizi sanitari.</p> <p>MATERIALI E METODI: Una ricerca bibliografica è stata condotta nei database di CINAHL, ProQuest, Google Scholar e Black Studies Centre. Sono stati selezionati studi che hanno soddisfatto i seguenti criteri di inclusione: (a) concentrarsi sulle esperienze di assistenza sanitaria degli afroamericani o degli immigrati africani o di entrambi i gruppi, (b) concentrarsi sulle esperienze di comunicazione di uno</p>	<p>RISULTATI: L'analisi ha rivelato quanto segue:</p> <p>1) Discriminazione, che è stata significativamente correlata a disparità di trattamento contro gli afroamericani o gli immigrati africani;</p> <p>2) Sfiducia: i pazienti avevano sviluppato sfiducia nella genuinità delle cure fornite dall'équipe sanitaria;</p> <p>3) L'alfabetizzazione sanitaria è stata influenzata principalmente dal basso livello di istruzione tra la popolazione migrante. Vi era mancanza di interpreti e accesso iniquo ai servizi sanitari per questi</p>	<p>CONCLUSIONI: Gli autori hanno raccomandato lo sviluppo di corsi di formazione sulle competenze interculturali per gli operatori sanitari. In relazione alle barriere linguistiche, gli infermieri e altri operatori sanitari possono servire come risorse preziose per i pazienti con scarsa conoscenza della lingua inglese e bassa alfabetizzazione sanitaria adattando la loro comunicazione con i pazienti, evitando gerghi medici, utilizzando parole semplici, fornendo materiali stampati e parlando lentamente.</p> <p>LIMITI: Lo studio non ha riportato esperienze di immigrati africani rappresentati da diversi paesi</p>

nursing	<p>/ entrambi i gruppi e (c) concentrarsi sul ruolo dell'assistenza infermieristica nel fornire assistenza di qualità agli immigrati neri o agli afroamericani.</p> <p>Un totale di 31 studi ha soddisfatto i criteri di inclusione e sono stati analizzati.</p>	<p>pazienti ed il paziente aveva paura di sentirsi discriminato e tutto ciò si traduce in un impatto negativo sui loro risultati di salute.</p>	<p>africani, da diversi status socio economici e durata di permanenza negli Stati Uniti.</p>
<p>TITOLO: Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada</p> <p>AUTORI: Danielle de Moissac, and Sarah Bowen.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2018</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio con metodo misto, multicentrico.</p> <p>RIVISTA: Journal of Patient Experience.</p>	<p>OBIETTIVO: Esplorare l'esperienza della minoranza francofona che vive in 4 province canadesi.</p> <p>CAMPIONE: 297 francofoni di lingua minoritaria, 5 interpreti di comunità e operatori sanitari</p> <p>MATERIALI E METODI: Studio con metodo multiplo (sondaggi online e cartacei combinati con interviste individuali semi-strutturate con pazienti e interpreti-operatori sanitari).</p>	<p>RISULTATI: I francofoni intervistati erano più spesso donne (65%), con istruzione di livello universitario (70,0%) e un reddito annuo personale di Can\$ 50.000 o più (45,0%). Due terzi (63,2%) sono nati in Canada; L'85% ha riportato il francese come lingua più usata a casa e il 42,1% ha riportato LEP durante una visita medica. I pazienti e gli interpreti hanno descritto esperienze in cui le barriere linguistiche hanno contribuito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Valutazione del paziente più scadente, diagnosi errata e / o trattamento ritardato. * Scarsa comprensione della diagnosi o del trattamento da parte dei pazienti. * Fiducia compromessa nei servizi ricevuti e disparità percepita nella 	<p>CONCLUSIONI: Una comunicazione efficace tra operatore sanitario, paziente e famiglie è fondamentale per la fornitura di cure sicure e di alta qualità. Le organizzazioni sanitarie dovrebbero essere sostenute, a tutti i livelli, nei loro sforzi per aumentare la consapevolezza dell'impatto delle barriere linguistiche e nello sviluppo e nell'attuazione di strategie pratiche per ridurle. Solo così potremo garantire equità nella qualità delle cure e nella sicurezza dei pazienti per le popolazioni minoritarie.</p> <p>LIMITI:</p> <ul style="list-style-type: none"> *La dimensione del campione di indagine era piccola. * La selezione dei partecipanti è stata non casuale e non stratificata, con una maggiore rappresentanza da

		<p>qualità delle cure ricevute</p> <p>* Aumento dello stress legato all'incapacità di descrivere adeguatamente i sintomi o comprendere il trattamento</p> <p>È stato segnalato l'affidamento a Google Translate da parte di interpreti non addestrati, nonostante le prove evidenziano i rischi associati a tale pratica.</p>	<p>alcune province. Tuttavia, le differenze tra le province erano minori, suggerendo che i risultati possono essere generalizzati alle minoranze francofone in tutto il Canada.</p>
<p>TITOLO: Preoperative consent for patients with limited English proficiency</p> <p>AUTORI: Darshan N. Patel, Elliot Wakeam, MPHb, Margaux Genoff, Imran Mujawar, Stanley W. Ashley, and Lisa C. Diamond.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2016</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio quantitativo descrittivo longitudinale</p> <p>RIVISTA: Journal of Surgical Research.</p>	<p>OBIETTIVO:</p> <p>Comprendere il processo di richiesta del consenso informato preoperatorio dei chirurghi con pazienti LEP (limited English proficiency)</p> <p>Esaminare come i chirurghi autovalutano i loro livelli di conoscenza della lingua non inglese utilizzando una scala standardizzata.</p> <p>Identificare la relazione tra la conoscenza di una lingua non inglese e l'uso di interpreti durante il consenso informato preoperatorio.</p> <p>CAMPIONE: 158 chirurghi provenienti da diverse specialità a Boston, MA.</p>	<p>RISULTATI:</p> <p>* Il sondaggio ha avuto un tasso di risposta del 33,1% (158 su 477). Gli intervistati erano principalmente appartenenti alla specialità di chirurgia ginecologica (n = 59, 37%), seguita da chirurgia generale (n = 32, 20%), chirurgia ortopedica (n = 32, 15%) e altre specialità (44, 28%). La maggior parte degli intervistati era bianca (n = 124, 79%) e parlava inglese come prima lingua (n = 130, 84%).</p> <p>* Per la richiesta del consenso non in inglese (coloro che parlavano fluentemente più di una lingua), circa un terzo degli intervistati (n = 50, 32%) ha riferito di utilizzare le proprie competenze linguistiche non</p>	<p>CONCLUSIONI: I chirurghi hanno riferito di fare affidamento sulle proprie competenze linguistiche non inglesi, sul personale bilingue e sulla famiglia e sugli amici dei pazienti per ottenere il consenso informato dai pazienti LEP, suggerendo che è necessaria un'ulteriore comprensione degli ostacoli all'uso dell'interprete professionista.</p> <p>LIMITI: L'indagine ha avuto un basso tasso di risposta e dimensioni del campione, limitando la forza delle associazioni che abbiamo potuto ricavare dalla nostra analisi. Tuttavia, gli studi hanno dimostrato che i tassi di risposta al sondaggio tra i medici sono notoriamente bassi</p>

	<p>MATERIALI E METODI: Un questionario di trentadue item è stato somministrato tra ottobre 2013 e gennaio 2014 per via telematica utilizzando Research Electronic Data Capture (REDCap) al personale medico e ai tirocinanti di tutte le specialità chirurgiche presso un centro medico accademico a Boston, MA.</p>	<p>inglesi per acquisire da parte dei pazienti il consenso all'intervento chirurgico. La maggior parte degli intervistati che ha riferito di parlare fluentemente una lingua diversa dall'inglese, ha riferito di utilizzare raramente o mai un interprete per quella lingua (n = 20, 67%).</p> <p>* I chirurghi che non parlavano fluentemente una lingua diversa dall'inglese hanno riferito di utilizzare le loro competenze linguistiche anche quando un interprete era prontamente disponibile. Questo era ancora più frequente (80%) quando non c'erano familiari bilingue che accompagnavano il paziente e aspettare un interprete avrebbe richiesto più di 15 minuti. Molti chirurghi hanno riferito di fare affidamento su membri del personale ospedaliero bilingue, familiari e / o minori per fungere da interpreti per ottenere il consenso informato se un interprete non era disponibile in modo tempestivo. Il sottoutilizzo di interpreti può violare l'etica medica, usando i minori e mettendo i pazienti a rischio di acconsentire a procedure che non capiscono veramente.</p>	<p>e i loro risultati sono in linea con i tassi di risposta precedentemente riportati per i sondaggi medici.</p>
--	---	---	--

Tabella IX: articoli relativi al 2° quesito

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Nursing students learning to care for refugee patients: a qualitative study</p> <p>AUTORI: D. Evgin and G.Muz</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2021</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo fenomenologico</p> <p>RIVISTA: International Nursing Review</p>	<p>OBIETTIVO: Analizzare le difficoltà affrontate dagli studenti di infermieristica che si prendono cura dei pazienti rifugiati.</p> <p>CAMPIONE: 25 studenti di infermieristica di un'istituzione educativa in Turchia, che nel loro tirocinio si prendevano cura di pazienti rifugiati.</p> <p>MATERIALI E METODI: Studio qualitativo fenomenologico condotto attraverso interviste e focus group. Il materiale raccolto è stato analizzato utilizzando il metodo in sette fasi di Colaizzi.</p>	<p>RISULTATI: Dalle interviste sono stati individuati due temi e tre sottotemi:</p> <p>1) La barriera linguistica può portare all'erogazione di cure insufficienti da parte degli infermieri in quanto, non potendo comunicare con i pazienti, non sapevano se le cure fornite fossero culturalmente accettate o meno.</p> <p>a) A causa della comunicazione superficiale, c'era anche insufficienza nel supporto psicologico al paziente/familiare.</p> <p>2) Il punto di vista degli studenti sull'essere un rifugiato:</p> <p>b) date le difficili e precarie condizioni di vita del rifugiato gli studenti temevano che i pazienti potessero contrarre malattie infettive;</p>	<p>CONCLUSIONI: Gli studenti di infermieristica di questo studio hanno manifestato difficoltà a prendersi cura dei pazienti rifugiati.</p> <p>I programmi di educazione infermieristica basati sull'approccio culturale alle cure possono migliorare le loro conoscenze e percezioni e quindi la qualità delle cure che forniscono a pazienti di culture diverse. Un programma di educazione multiculturale aiuta a gettare le basi per un'integrazione di successo degli studenti di infermieristica in nuove culture.</p> <p>LIMITI: Lo studio è stato condotto in un'università in Turchia, e non è stato fatto in una città dove vivono densamente i rifugiati.</p>

		<p>c) molti bisogni di base e bisogni di assistenza rimangono insoddisfatti.</p> <p>Gli studenti di infermieristica hanno suggerito inoltre varie idee, tra cui, tenere traccia degli screening medici necessari, fornire educazione sanitaria ai pazienti e indirizzarli alle istituzioni di supporto finanziario.</p>	
<p>TITOLO: Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives</p> <p>AUTORI: Parveen Azam Ali RN, MScN, PhD, SFHEA, Senior Lecturer1 Roger Watson PhD, RN, FAAN, Professor of Nursing2</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2017</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo</p> <p>RIVISTA: Wiley Journal of Clinical Nursing</p>	<p>OBIETTIVO: Esplorare le prospettive degli infermieri sulle barriere linguistiche e il loro impatto sull'erogazione di assistenza a pazienti con limitata conoscenza dell'inglese provenienti da diversi background linguistici.</p> <p>CAMPIONE: 59 infermieri che lavorano negli ospedali terziari in Inghilterra</p> <p>MATERIALI E METODI: è stato utilizzato un approccio descrittivo qualitativo. Utilizzando interviste individuali e focus group, sono stati raccolti dati da 59 infermieri che lavorano negli ospedali di assistenza terziaria in Inghilterra. Per analizzare i dati è stata utilizzata un'analisi tematica.</p>	<p>RISULTATI: sono emersi tre temi:</p> <p>1) Multietnicità e barriere linguistiche: le barriere linguistiche sono state identificate come i maggiori ostacoli nel fornire cure adeguate, appropriate, efficaci e tempestive ai pazienti con una conoscenza limitata dell'inglese;</p> <p>2) L'impatto delle barriere linguistiche: la comunicazione è stata identificata come l'aspetto più importante dell'erogazione di assistenza e una componente essenziale del ruolo professionale dell'infermiere, indipendentemente dall'area clinica o dalla specialità;</p> <p>3) Comunicare tramite interpreti: l'uso di interpreti professionisti è stato ritenuto utile. Tuttavia, sono stati menzionati i limiti associati</p>	<p>CONCLUSIONI: Le barriere linguistiche, in qualsiasi paese o contesto, possono influire negativamente sulla capacità degli infermieri di comunicare efficacemente con i loro pazienti e quindi avere un impatto negativo sull'erogazione di cure appropriate, tempestive, sicure ed efficaci per soddisfare le esigenze del paziente. Gli infermieri non possono imparare ogni lingua per soddisfare le esigenze di ogni paziente. Tuttavia, la comprensione della barriera linguistica e del suo impatto può aiutare gli infermieri a trovare il modo di superare le sfide e fornire cure efficaci ai loro pazienti.</p> <p>LIMITI: Lo studio ha esplorato la questione delle barriere linguistiche che colpiscono le pratiche degli</p>

		<p>all'uso del servizio di interpretariato, tra cui le difficoltà di organizzazione, la disponibilità e l'accessibilità degli interpreti, la riservatezza e le questioni relative alla privacy e l'impatto sul comfort del paziente. Inoltre, i partecipanti hanno ritenuto che gli interpreti non sempre comprendano la terminologia medica e ciò si traduce in un'interpretazione errata con conseguente errata comunicazione delle informazioni.</p>	<p>infermieri in un paese di lingua inglese. Tuttavia, i risultati dello studio sono rilevanti per la più ampia comunità infermieristica, indipendentemente dalla posizione geografica in quanto le barriere linguistiche possono influenzare qualsiasi ambiente clinico in cui infermieri e pazienti non usano la stessa lingua per comunicare.</p>
<p>TITOLO: The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: A silent shift</p> <p>AUTORI: Jami-Sue Coleman and Alona D Angosta</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2016</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo fenomenologico</p> <p>RIVISTA: Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>OBIETTIVO: Esplorare le esperienze vissute dagli infermieri che si prendono cura dei pazienti e delle loro famiglie con una conoscenza limitata dell'inglese, in reparti di assistenza per acuti.</p> <p>CAMPIONE: 40 infermieri che lavorano in un ospedale da 380 posti letto negli Stati Uniti occidentali</p> <p>MATERIALI E METODI: Si tratta di uno studio qualitativo che utilizza un approccio esplorativo fenomenologico utilizzando interviste individuali.</p>	<p>RISULTATI: Quattro temi sono emersi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Desiderio degli infermieri di comunicare; 2) Desiderio di connettersi con il paziente e i suoi familiari; 3) Desiderio di fornire assistenza; 4) Desiderio di fornire rispetto e comprensione culturale. <p>Alcuni degli infermieri in questo studio hanno espresso frustrazioni quando non sono stati in grado di soddisfare le esigenze dei loro pazienti e/o dei familiari. Hanno espresso il desiderio di avere più</p>	<p>CONCLUSIONI: La cura dei pazienti con limitata conoscenza della lingua inglese è una sfida per molti infermieri e altri operatori sanitari. Questo studio rafforza la necessità di dare agli infermieri maggior voce in capitolo per condividere le loro esperienze e idee di soluzioni.</p> <p>LIMITI: Un potenziale limite dello studio è il bias del ricercatore. La sua stessa esperienza di infermiere può aver influenzato il processo di intervista e / o l'obiettività durante la fase di analisi.</p>

		tempo per entrare in relazione con i loro pazienti e le loro famiglie, condividendo l'importanza di costruire relazioni di fiducia attraverso un'accurata comunicazione medica. Hanno inoltre segnalato la carenza di interpreti.	
<p>TITOLO: Strategies used by nurses, academics, and students to overcome intercultural communication challenges.</p> <p>AUTORI: Saras Henderson, Michelle Barker, Anita Mak.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2015</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo descrittivo</p> <p>RIVISTA: Elsevier- Nurse Education in Practice</p>	<p>OBIETTIVO: Lo scopo di questo studio era quello di esplorare le esperienze di infermieri clinici, infermieri accademici e studenti per quanto riguarda le sfide di comunicazione interculturale e le strategie utilizzate per contrastarle.</p> <p>CAMPIONE: 41 partecipanti. Diciannove facilitatori clinici (infermieri che supervisionano gli studenti infermieri nella pratica clinica), cinque infermieri clinici e dieci studenti, sette infermieri accademici sono stati intervistati.</p> <p>MATERIALI E METODI: Il campione mirato è stato prelevato da un ospedale terziario e da un'università in Australia. I partecipanti sono stati invitati a discutere, tramite interviste, scenari interculturali impegnativi che hanno vissuto, comprese le strategie che</p>	<p>RISULTATI: Sono emerse quattro categorie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pregiudizio basato sulla diversità culturale: a volte il pregiudizio proveniva dai pazienti, ma in larga misura proveniva da colleghi, coetanei e altri studenti. 2) Scarsa familiarità con i confini culturali: i partecipanti hanno rivelato di avere poca formazione nella loro istruzione a riguardo della competenza culturale e hanno espresso la necessità di riceverne. 3) Stereotipi: i partecipanti hanno ammesso di aver bisogno di acquisire maggiori conoscenze su altre culture per evitare errori di comunicazione derivanti da pregiudizi.. 4) Difficoltà a comprendere l'inglese: i partecipanti hanno 	<p>CONCLUSIONI: Questo studio evidenzia le sfide interculturali che studenti, medici e accademici affrontano e indica strategie utili per strutturare al meglio la formazione infermieristica.</p> <p>LIMITI: I risultati di questo studio hanno un'applicabilità limitata ad altri contesti. Ulteriori ricerche in altri paesi saranno necessarie.</p>

	<p>hanno usato per superare tali sfide.</p>	<p>spiegato come la presenza di un determinato accento o non conoscere il linguaggio gergale abbia avuto un impatto negativo sul loro apprendimento. Preferivano osservare piuttosto che agire e questo li faceva apparire meno “seri” e competenti.</p> <p>Le strategie utilizzate per mitigare gli errori di comunicazione interculturale includevano:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Ricorrere alla convalida culturale attraverso la costruzione di alleanze: i partecipanti hanno riferito che quando si sono trovati di fronte a sfide di comunicazione interculturale, hanno cercato di costruire connessioni interculturali e alleanze con le persone assistite. Per fare ciò hanno stabilito un contatto sociale deliberato con questi pazienti, adeguando i propri comportamenti culturali ed essendo amichevoli.2) Cercare in modo proattivo chiarimenti quando si sono verificati malintesi durante episodi di comunicazione interculturale.3) Acquisire conoscenze culturali: tutti i partecipanti hanno dichiarato	
--	---	--	--

		che la loro conoscenza sulle diversità culturali era limitata.	
<p>TITOLO: Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational context</p> <p>AUTORI: Jonas Debesay, Ivan Harsløf, Bernd Rechel, Halvard Vike</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2014</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo</p> <p>RIVISTA: Elsevier- Social Science & Medicine.</p>	<p>OBIETTIVO: esaminare le esperienze degli infermieri nel lavorare con pazienti appartenenti a minoranze etniche nel contesto delle pressioni derivanti dalle riforme organizzative</p> <p>CAMPIONE: campione composto da 19 infermieri di comunità, 17 donne e 2 uomini. L'età dei partecipanti era compresa tra i 20 ai 60 anni, con un'età media di 43 anni. La maggior parte aveva una vasta esperienza lavorativa. 6 partecipanti erano immigrati dall'Africa (4), dall'Asia (1) e dall'Europa (1), tutti trasferiti in Norvegia da adulti. La selezione dei partecipanti ha seguito una strategia di campionamento mirato volta a includere infermieri provenienti da distretti sanitari domiciliari con una grande percentuale di pazienti appartenenti a minoranze etniche non occidentali.</p> <p>MATERIALI E METODI: I dati sono stati raccolti nel marzo 2008 attraverso interviste semi-strutturate e approfondite, che sono state audio</p>	<p>RISULTATI: Sono emersi tre temi:</p> <p>1) Gli infermieri non si sentivano efficienti nel prendersi cura dei loro pazienti appartenenti a minoranze etniche. Molti infermieri hanno riferito che la pressione dovuta ad un limite di tempo fissato per l'assistenza ha ostacolato notevolmente il loro lavoro, rendendo particolarmente difficile assistere pazienti provenienti da minoranze etniche, la cui assistenza richiede più tempo e sforzi a causa delle differenze culturali e delle barriere linguistiche.</p> <p>2) Gli infermieri hanno sperimentato un più alto grado di imprevedibilità nella relazione con pazienti appartenenti a minoranze etniche, data la loro mancanza di conoscenza di ciò che fosse considerato "normale" secondo la cultura di quei pazienti. La paura di fraintendimenti ed incomprensioni spesso induceva gli infermieri a modificare intenzionalmente il loro comportamento quando assistevano pazienti appartenenti a minoranze</p>	<p>CONCLUSIONI: Gli sforzi per aumentare l'efficienza nel settore dell'assistenza domiciliare norvegese renderanno ancora più difficile per gli infermieri di comunità svolgere un lavoro relazionale in linea con la loro etica professionale, con un conseguente deterioramento del loro rapporto con i pazienti di minoranze etniche. Riconoscere il lavoro emotivo degli infermieri di comunità e tentare di ridurre le implicazioni negative dei requisiti di efficienza sarebbe un passo importante verso il miglioramento della parità di accesso a cure di qualità per diverse popolazioni di pazienti.</p>

	<p>registrate e trascritte alla lettera. Le interviste hanno raccolto informazioni su come gli infermieri percepivano differenze o somiglianze nel modo in cui fornivano assistenza ai pazienti appartenenti a minoranze etniche, rispetto ai pazienti norvegesi, quali situazioni trovavano particolarmente impegnative e come comprendevano la situazione dei pazienti appartenenti a minoranze etniche. Sono stati trattati anche i problemi relativi al tipo di emozioni emerse in questi incontri, al tipo di strategie utilizzate dagli infermieri e ai valori o agli attributi che consideravano appropriati, fornendo servizi a questo tipo di utente.</p>	<p>etiche. "...Con le persone che parlano bene il norvegese, puoi essere giocoso o scherzare ed essere capito."</p> <p>3) Molti infermieri, coscienti e preoccupati della posizione svantaggiata dei loro assistiti stranieri, cercavano inconsciamente di fare di più ("<i>little extras</i>") per questi pazienti con azioni che andavano oltre i compiti di assistenza loro richiesti, ma senza ottenere in cambio alcun compenso aggiuntivo o riconoscimento. I membri del personale compensano quindi una carenza di gestione con i propri sforzi, senza che vengano portati all'attenzione delle autorità responsabili.</p>	
<p>TITOLO: Impact of language barrier on quality of nursing care at Armed Forces Hospitals, Taif, Saudi Arabia</p> <p>AUTORI: Sameer Al-Harasis</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2013</p>	<p>OBIETTIVO: Determinare l'effetto delle barriere linguistiche sulla qualità dell'assistenza infermieristica negli ospedali delle forze armate di Taif e suggerire possibili interventi per mitigare l'effetto delle barriere linguistiche sulla qualità dell'assistenza infermieristica.</p> <p>CAMPIONE: 343 infermieri che lavorano presso gli Ospedali delle</p>	<p>RISULTATI:</p> <p>Il 49% degli infermieri ha riferito di avere difficoltà ad assistere i pazienti a causa della barriera linguistica.</p> <p>* I risultati sanitari negativi dovuti alle barriere linguistiche includono il ritardo nell'assistenza infermieristica, la comprensione errata delle esigenze dei pazienti, la</p>	<p>CONCLUSIONI: Una corretta comunicazione è essenziale per una cura ottimale del paziente. Poiché l'Arabia Saudita assume professionisti sanitari con background multiculturali e multilingue, la presenza di interpreti o familiari dei pazienti appositamente formati è essenziale per fornire assistenza sanitaria avanzata e cure culturalmente</p>

<p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio quantitativo descrittivo longitudinale</p> <p>RIVISTA: Middle East Journal of Nursing.</p>	<p>Forze Armate, Taif, Arabia Saudita, e 227 pazienti</p> <p>MATERIALI E METODI: Lo studio è stato condotto negli ospedali delle forze armate, nella regione di Taif. Sono stati applicati due diversi questionari, uno per 343 infermieri in inglese (la lingua utilizzata da tutti gli infermieri stranieri) per indagare i loro atteggiamenti nei confronti dell'impatto della barriera linguistica sulla qualità dell'assistenza sanitaria, le loro esperienze e i loro suggerimenti per risolvere il problema. L'altro questionario è stato utilizzato per 227 pazienti arabi, per indagare la loro valutazione dell'entità della barriera linguistica e la sua relazione con le difficoltà di comunicazione con il personale infermieristico, e la loro soddisfazione per l'assistenza fornita.</p>	<p>comunicazione difficoltosa con i pazienti, gli errori sanitari, la ridotta fiducia nell'assistenza infermieristica e la sensazione di insoddisfazione sul lavoro.</p> <p>* Una percentuale uguale di infermieri e pazienti (90% e 89,5%, rispettivamente) ha suggerito che frequentare un corso di arabo è molto importante. Altri hanno suggerito il dizionario, il traduttore, il linguaggio del corpo e l'assunzione di personale di lingua araba.</p> <p>* Sia gli infermieri che i pazienti sono concordi nel ritenere necessaria la presenza di interpreti nei reparti (85% e 83,1%, rispettivamente).</p>	<p>competenti.</p> <p>Anche se è riconosciuta la valenza dell'utilizzo di interpreti, un interprete non addestrato, può portare a comunicazioni imprecise e violazioni etiche. L'utilizzo di un membro della famiglia come interprete potrebbe non essere adatto, soprattutto quando il contenuto è sensibile. Gli interpreti adatti includono: operatori sanitari bilingue, interpreti professionisti qualificati, interpreti volontari della comunità adeguatamente formati e utilizzo dell'interpretariato telefonico.</p>
---	--	---	---

Tabella X: articoli relativi al 3° quesito

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Reliable and Safe Use of Machine Translation in Medical Settings</p> <p>AUTORI: Nikita Mehandru, Saamantha Robertson, and Niloufar Salehi.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2022</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio Qualitativo</p> <p>RIVISTA: Conference on fairness, accountability, and transparency (FAccT'22)</p>	<p>OBIETTIVO: Capire come i medici attualmente affrontano le barriere linguistiche, quando e perché usano la traduzione automatica (MT); quali preoccupazioni emergono sull'uso di tali sistemi e come valutano la qualità delle traduzioni.</p> <p>CAMPIONE: 20 medici sanitari in 7 specialità.</p> <p>MATERIALI E METODI: 20 interviste semi-strutturate con medici negli Stati Uniti in 7 specialità che affrontano regolarmente barriere linguistiche con i pazienti</p>	<p>RISULTATI:</p> <p>* Hanno scoperto che i seguenti fattori hanno influenzato negativamente la comunicazione paziente-medico:</p> <p>I) Mancanza di tempo e risorse;</p> <p>II) Barriere culturali e scarsa alfabetizzazione ai termini medici</p> <p>III) l'accuratezza non sempre eccellente delle traduzioni automatiche. L'accuratezza della traduzione è invece particolarmente importante in contesti ad alto rischio come l'ambiente sanitario, dove eventuali errori possono sfociare in conseguenze anche gravi per la vita o la salute del paziente..</p> <p>* Le strategie che hanno usato dipendevano da una situazione di alto o basso rischio. Di fronte a una barriera linguistica, i medici si sono</p>	<p>CONCLUSIONI: I sistemi di traduzione automatica "generici" non soddisfano le esigenze del medico, pertanto, è necessario sviluppare sistemi che siano altamente accurati durante la traduzione del linguaggio medico. Un altro fattore importante che i medici hanno identificato per lo sviluppo futuro è garantire il supporto per diversi dialetti. Infine, sosteniamo che qualsiasi strumento come la MT che viene implementato in contesti medici dovrebbe passare attraverso una rigorosa valutazione e approvazione da parte di un organo di governo competente.</p> <p>LIMITI: La traduzione linguistica non è l'unica sfida che gli operatori sanitari devono affrontare nella comunicazione con i pazienti stranieri. Gli operatori sanitari</p>

		<p>affidati a una combinazione di interpreti, traduzione automatica e propria conoscenza dell'altra lingua.</p> <p>In risposta alle sfide di comunicazione, i medici hanno utilizzato quattro tattiche principali per confermare l'affidabilità della comunicazione tra loro e i loro pazienti, che includono:</p> <p>i) riformulare e semplificare i termini medici</p> <p>ii) traduzione “<i>back-to-back</i>” (ad esempio, dire all'interprete di ripetere ciò che ha tradotto al paziente)</p> <p>iii) comunicazione non verbale (come gesti, disegni)</p> <p>iv) testare la comprensione del paziente, sia chiedendo "capisci?" o prestando attenzione ai segnali come il linguaggio del corpo.</p>	<p>hanno anche difficoltà a fornire cure culturalmente appropriate e a costruire una relazione di fiducia con i pazienti al di là delle differenze culturali. Queste difficoltà sono esacerbate dalle barriere linguistiche, ma non necessariamente risolte dal solo supporto dell'interprete.</p>
<p>TITOLO: Overcoming language barriers, enhancing collaboration with interpreters – an interprofessional learning intervention (Interpret2Improve)</p> <p>AUTORI: Franziska Krampe, Götz</p>	<p>OBIETTIVO: valutare la fattibilità del modulo di apprendimento collaborativo e valutarne l'effetto dal punto di vista degli studenti.</p> <p>CAMPIONE: Cinquantuno studenti (trenta di medicina, 21 di infermieristica) di una università</p>	<p>RISULTATI: Le barriere linguistiche possono essere superate utilizzando interpreti. Tuttavia, la collaborazione con gli interpreti è un'attività professionale che può e deve essere appresa. Interpret2Improve è un intervento</p>	<p>CONCLUSIONI: Gli studenti hanno ritenuto che le loro capacità nell'affrontare le barriere linguistiche collaborando efficacemente con gli interpreti siano aumentate durante questo intervento di formazione</p>

<p>Fabry, and Thorsten Langer.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2022</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio quantitativo semi-sperimentale</p> <p>RIVISTA: BMC Education</p>	<p>della Germania.</p> <p>MATERIALI E METODI: Il corso di tre ore si compone di due parti: Dopo una breve introduzione sulla rilevanza delle barriere linguistiche e le conseguenti questioni di sicurezza del paziente, gli studenti a coppie partecipano a due conversazioni con pazienti simulati non di lingua tedesca e interpreti professionisti. La valutazione dell'intervento educativo è avvenuta tramite un questionario pre-post validato.</p>	<p>educativo innovativo in cui studenti di medicina e infermieristica imparano insieme come affrontare le barriere linguistiche e collaborare efficacemente con gli interpreti.</p> <p>Hanno scoperto che riunire studenti di medicina e infermieristica per conoscere l'importanza delle barriere linguistiche e migliorare la collaborazione con gli interpreti è fattibile e apprezzato dai partecipanti. Il novantotto per cento dei partecipanti era a favore di una continuazione del corso.</p>	<p>interprofessionale.</p> <p>LIMITI: I limiti del presente studio sono il numero relativamente piccolo di partecipanti e la partecipazione al corso su base volontaria. Pertanto, i risultati potrebbero essere influenzati dal precedente interesse per l'argomento e da altri fattori motivazionali.</p>
<p>TITOLO: Nursing students' experience of learning cultural competence.</p> <p>AUTORI: Isabel Antó'n-Solanas, Elena Tambo-Lizalde, Nadia Hamam-Alcober, Vale'rie Vanceulebroeck, Shana Dehaes, Indrani Kalkan, Nuran Ko'mu'rcu', Margarida Coelho, Teresa Coelho, Antonio Casa Nova, Raul Cordeiro, Lucía Sagarra-Romero, Ana B. Subiro'n-Valera, Isabel Hue'rcanos-Esparza.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE:</p>	<p>OBIETTIVO: Analizzare l'esperienza degli studenti infermieri europei nell'apprendimento delle competenze culturali e nel lavoro con pazienti provenienti da diversi background culturali.</p> <p>CAMPIONE: 40 studenti di infermieristica iscritti a un programma di Bachelor of Nursing.</p> <p>MATERIALI E METODI: Un approccio fenomenologico è stato selezionato attraverso un metodo di ricerca qualitativo. 7 focus group semistrutturati con 5-7 studenti si sono svolti presso le rispettive</p>	<p>RISULTATI: 5 temi e 16 sottotemi sono emersi dall'analisi dei focus group.</p> <p>Tema 1: concetto di cultura/diversità culturale; l'etnocentrismo.</p> <p>Tema 2: la consapevolezza personale, integra l'auto-percezione degli studenti della competenza culturale e le loro esigenze di apprendimento, che era variabile (alcuni si sentivano sicuri della competenza in quanto già sviluppate nella pratica, mentre altri non avevano l'opportunità e imparavano</p>	<p>CONCLUSIONI: il livello percepito di competenza culturale degli studenti di infermieristica era variabile.</p> <p>Gli autori raccomandano che le voci degli studenti siano ascoltate prima di attuare strategie educative per affrontare questioni culturali in classe. Inoltre, hanno suggerito che siano fornite opportunità di discussione e riflessione critica su questi temi, in particolare quelli che emergono dalla pratica.</p> <p>I programmi di formazione sanitaria dovrebbero affrontare le</p>

<p>2021</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: studio qualitativo fenomenologico</p> <p>RIVISTA: Plos One</p>	<p>università dei partecipanti in Spagna, Belgio, Turchia e Portogallo.</p>	<p>solo dal curriculum scolastico).</p> <p>Tema 3: impatto della cultura, approfondisce l'impatto culturale percepito dai partecipanti sia sull'assistenza infermieristica che sui risultati dei pazienti. Comportamenti culturali specifici diversi dai propri erano percepiti come positivi, mentre altri erano percepiti come esercitanti un'influenza negativa sulle scelte dei pazienti e, quindi, sulla salute (lingua, religione e costumi tradizionali)</p> <p>Tema 4: l'apprendimento delle competenze culturali, integra le esperienze di apprendimento dei partecipanti come parte di altre opportunità di apprendimento accademiche o extra-accademiche. La maggior parte di loro ritiene che le opportunità di apprendimento attuali siano insufficienti.</p> <p>Tema 5: l'apprendimento della competenza culturale durante i tirocini pratici.</p>	<p>disuguaglianze sanitarie e progettare e attuare misure per ridurre le disparità, comprese quelle relative alla differenza culturale.</p> <p>LIMITI: Lo studio non ha ascoltato le voci degli studenti di infermieristica appartenenti a gruppi minoritari.</p>
--	---	--	--

<p>TITOLO: Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study</p> <p>AUTORI: Risa Larsen, BSN-RN, BFA1, Elisabeth Mangrio, PhD, RN1, and Karin Persson, PhD, RN1</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2021</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo descrittivo</p> <p>RIVISTA: Journal of Transcultural Nursing.</p>	<p>OBIETTIVO: acquisire una comprensione più profonda della comunicazione sperimentata dagli infermieri che lavorano in ospedali ospitanti pazienti da diversi paesi, in India</p> <p>CAMPIONE: 12 infermiere di sesso femminile e maschile di età compresa tra i 20 e i 65 anni, che lavorano con pazienti internazionali da almeno 5 mesi.</p> <p>MATERIALI E METODI: sono state analizzate 12 interviste semi-strutturate condotte con infermieri di due diversi ospedali</p>	<p>RISULTATI: Sono emersi due temi, il primo focalizzato sugli strumenti e le tecniche specifiche utilizzate dagli infermieri per lavorare con pazienti culturalmente diversi.</p> <p>Il primo tema comprendeva quattro sottotemi: 1) la lingua come importante competenza infermieristica quando si lavora con gruppi di pazienti transculturali; 2) la necessità di una facile accessibilità agli interpreti professionisti; 3) veicoli per la comprensione nell'assistenza sanitaria come le tecniche non verbali e 4) essere preparati nel sistema sanitario globalizzato, ricevendo una formazione culturale.</p> <p>Il secondo tema ha riguardato aspetti su come gli infermieri sostengono la qualità delle cure in ospedali culturalmente diversi. Tre sottotemi sono stati inclusi: 1) la competenza culturale come strumento in infermieristica, cioè dare cure buone e sicure pur essendo consapevoli delle diverse esigenze culturali o personali, indipendentemente dal background culturale dei pazienti; 2) soddisfare</p>	<p>CONCLUSIONI: Le barriere comunicative sorgono quando l'infermiere non condivide la stessa lingua del paziente o non capisce il background culturale del paziente. Le risorse linguistiche e le conoscenze culturali hanno aiutato gli infermieri ad acquisire fiducia e a prevedere le esigenze dei pazienti. Poiché la comunità sanitaria incontra costantemente persone di culture diverse, inserire le tecniche di comunicazione interculturale negli ospedali e nei sistemi educativi è fondamentale.</p>
--	---	--	---

		i bisogni personali e culturali del paziente, e 3) compassione e conforto nella relazione infermiere-paziente.	
<p>TITOLO: Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings</p> <p>AUTORI: Maria Kleťková · Sabine Parrag · Klara Doppler · Sabine Völkl-Kernstock · Michael Wagner · Thomas Wenzel</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2020</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio con metodo misto</p> <p>RIVISTA: The Central European Journal of Medicine.</p>	<p>OBIETTIVO: valutare il tele-interpretariato tramite video (VRI) nella sanità pubblica.</p> <p>CAMPIONE: 144 medici e infermieri di 6 diversi contesti (ambulatori, reparti ospedalieri, emergenza, psichiatria, riabilitazione) di un'azienda sanitaria dell'Austria.</p> <p>MATERIALI E METODI: I questionari quantitativi sono stati compilati dagli operatori sanitari e il software di video interpretariato ha registrato i dati rilevanti, come la durata della chiamata e la lingua utilizzata. Sono seguite interviste qualitative semi-strutturate condotte con gli stessi operatori sanitari. Nel corso del progetto sono stati inviati anche questionari ai pazienti e sono state condotte interviste semi-strutturate con gli interpreti.</p>	<p>RISULTATI</p> <p>1) La parte iniziale indicava varie conseguenze negative causate dalle barriere linguistiche nell'assistenza sanitaria al punto che alcuni partecipanti hanno affermato di essersi trovati in situazioni in cui la conversazione con i pazienti era così problematica che la consultazione doveva essere interrotta. In questi casi l'unica possibilità era quella di utilizzare una strategia di soluzione alternativa, come individuare un membro del personale che parla la lingua pertinente o invitare il paziente a tornare per un nuovo appuntamento con la richiesta di portare qualcuno come interprete. Entrambe le soluzioni possono portare a risultati insoddisfacenti, mettere a rischio la sicurezza dei pazienti e entrare in conflitto con l'etica medica come nel caso di minori utilizzati come interpreti.</p> <p>2) La seconda parte affronta l'uso</p>	<p>CONCLUSIONI:</p> <p>L'interpretariato e la traduzione professionali sono elementi chiave per il miglioramento della salute pubblica e della sicurezza dei pazienti in un'era caratterizzata da crescenti esigenze migratorie e multiculturali. La sicurezza del paziente richiede una comunicazione chiara e affidabile per evitare errori nella diagnosi e nel trattamento. A causa della vasta numerosità di lingue straniere che si potrebbero incontrare nella pratica, l'interpretazione telefonica per mezzo di video (VI) potrebbe soddisfare la richiesta di interpreti qualificati in tempi brevi e raggiungendo anche le aree più remote.</p> <p>LIMITI: Questo studio si è concentrato maggiormente sul punto di vista dell'operatore sanitario e degli interpreti.</p>

		<p>del video interpretariato come strategia di soluzione ed il livello di soddisfazione correlato. Gli operatori sanitari hanno identificato che tale sistema: è rapidamente disponibile, rispetta la protezione dei dati sensibili, annulla potenziali influenze esterne derivanti da relazioni personali, è una tecnica di facile utilizzo e consente risparmi sui costi.</p>	
<p>TITOLO: The perceptions of translation apps for everyday health care in healthcare workers and older people: A multi-method study</p> <p>AUTORI: Anita Panayiotou, Kerry Hwang, Sue Williams, Terence W. H. Chong, Dina LoGiudice, Betty Haralambous, Xiaoping Lin, Emiliano Zucchi, Monita Mascitti-Meuter, Anita M. Y. Goh, Emily You, Frances Batchelo</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2019</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio con metodo misto</p> <p>RIVISTA: Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>OBIETTIVO: Comprendere gli atteggiamenti e le percezioni delle persone anziane con conoscenza limitata dell'inglese (LEP) e degli operatori sanitari circa l'utilizzo della tecnologia di traduzione istantanea per superare le barriere linguistiche in ambito sanitario.</p> <p>CAMPIONE: 12 persone anziane provenienti da contesti culturalmente e linguisticamente diversi e 17 operatori sanitari (infermieri e professionisti sanitari affini).</p> <p>MATERIALI E METODI: sono stati condotti dei focus group con i pazienti e con gli operatori sanitari per comprendere le loro percezioni sulla tecnologia di traduzione. I dati</p>	<p>RISULTATI: Tre app di traduzione compatibili con iPad sono state selezionate per la valutazione da parte dei partecipanti: CALD Assist, TalkToMe e Google Translate™. CALD Assist e TalkToMe contenevano frasi preimpostate che potevano essere tradotte in diverse lingue attraverso una combinazione di output audio, testo e immagini. Google Translate™ consentiva la traduzione audio o testuale in tempo reale e richiedeva una connessione Internet.</p> <p>Nel complesso, i pazienti e il personale sanitario concordano sul fatto che la tecnologia di traduzione potrebbe svolgere un ruolo nella riduzione delle barriere di</p>	<p>CONCLUSIONI: Le applicazioni di traduzione possono avere un ruolo nel ridurre le barriere linguistiche nella comunicazione sanitaria quotidiana, ma è necessario considerare il contesto, l'accuratezza e la facilità d'uso.</p> <p>LIMITI: In primo luogo, hanno condotto consultazioni solo con due comunità di migranti dell'Australia quindi i risultati potrebbero non essere generalizzabili ad altre comunità di migranti.</p> <p>Inoltre, il tipo di reclutamento potrebbe aver introdotto dei bias e aver selezionato un campione, peraltro molto piccolo, non rappresentativo di partecipanti che</p>

	<p>qualitativi sono stati analizzati utilizzando l'analisi induttiva del contenuto. I partecipanti hanno anche valutato tre app di traduzione esistenti tramite sondaggio e i risultati sono stati analizzati utilizzando statistiche descrittive.</p>	<p>comunicazione. I pazienti si sono dimostrati volenterosi di imparare ad utilizzare la tecnologia, mentre il personale sanitario ne ha visto il potenziale per affrontare le barriere di comunicazione nel proprio lavoro.</p> <p>Gli ostacoli identificati includevano: accuratezza della traduzione e delle frasi, rischio di errori di traduzione nelle conversazioni ad alto rischio e incapacità di verificare l'accuratezza della traduzione.</p> <p>Le app di traduzione a frase fissa sono state considerate più favorevoli rispetto alle applicazioni di traduzione mobile voice-to-voice in tempo reale.</p>	<p>accedono ai servizi.</p>
<p>TITOLO: Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish-English proficiency.</p> <p>AUTORI: Annika B Alm-Pfrunder , Ann-Charlotte Falk Veronica Vicente, and Veronica Lindstrom</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2018</p>	<p>OBIETTIVO: Esplorare le strategie degli infermieri che lavorano nel servizio di ambulanza mentre si prendono cura di pazienti con limitata conoscenza dello svedese-inglese.</p> <p>CAMPIONE: 11 infermieri di emergenza pre-ospedaliera (che lavorano nei servizi di ambulanza) con almeno un anno di esperienza lavorativa.</p>	<p>RISULTATI: La strategia principale utilizzata è stata quella di adattarsi alle esigenze dei pazienti e alla situazione di cura.</p> <p>1) Gli infermieri utilizzavano il proprio corpo e il tono di voce per creare un senso di fiducia e sicurezza.</p> <p>2) Gli infermieri hanno anche utilizzato una valutazione strutturata in conformità con le linee guida</p>	<p>CONCLUSIONI: Gli infermieri devono essere preparati su come valutare e prendersi cura dei pazienti quando c'è una barriera linguistica. In caso contrario, vi è il rischio di una maggiore disparità di assistenza sanitaria.</p> <p>LIMITI: *Le esperienze degli autori che partecipano allo studio possono essere sia un limite che un punto di forza. Due degli autori non</p>

<p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo</p> <p>RIVISTA: Journal of Clinical Nursing</p>	<p>MATERIALI E METODI: È stato utilizzato un disegno di studio qualitativo basato su interviste e sono stati utilizzati un campione mirato e una tecnica di campionamento a palla di neve.</p>	<p>mediche: gli infermieri hanno cercato di ottenere una valutazione sicura del paziente senza avere la possibilità di acquisire una conoscenza più approfondita dei sintomi, della malattia e della storia sanitaria dei pazienti. <i>"Voglio dire, se segui ABCDE non ti perdi nulla, e non importa se non riesci a comunicare..."</i></p> <p>3) I dispositivi di traduzione e i parenti sono stati utilizzati come interpreti quando possibile.</p> <p>4) Un'altra strategia era quella di trasportare il paziente direttamente al pronto soccorso quando non era possibile trovare un modo sicuro per valutare e prendersi cura dei pazienti nell'ambulanza.</p>	<p>hanno alcuna conoscenza contestuale e due autori sono infermieri esperti nel servizio di ambulanza. La conoscenza contestuale può causare distorsioni nell'analisi, ma le discussioni tra tutti gli autori hanno assicurato la credibilità dell'analisi.</p> <p>* La tecnica di campionamento a palla di neve potrebbe aver indotto un bias di selezione.</p> <p>* L'uso delle interviste per la raccolta dei dati ha dei limiti ed è possibile che i partecipanti non abbiano descritto tutto sulla loro esperienza di cura di pazienti con limitata conoscenza dello svedese-inglese, a causa dell'incertezza di esplorare le proprie carenze nella cura di questi pazienti. Un'altra limitazione nell'intervista può essere che alcune esperienze significative potrebbero essere state dimenticate e quindi non narrate.</p>
<p>TITOLO: Speaking my patient's language: bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency</p>	<p>OBIETTIVO: esplorare il vissuto degli infermieri bilingue che erogano assistenza ai pazienti con limitata conoscenza dell'inglese (LEP).</p>	<p>RISULTATI:</p> <p>1) Quando parliamo la stessa lingua: tutti i partecipanti si sono sentiti a proprio agio e fiduciosi nel fornire cure nella stessa lingua parlata dai</p>	<p>CONCLUSIONI: Gli infermieri bilingue possono svolgere un ruolo molto importante nella fornitura di assistenza per i pazienti con LEP nonostante le varie sfide che l'infermiere bilingue deve</p>

<p>AUTORI: Parveen Azam Ali & Stacy Johnson</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2016</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo descrittivo</p> <p>RIVISTA: Journal of Advanced Nursing.</p>	<p>CAMPIONE: 59 infermieri bilingue, che lavorano in ospedali del Regno Unito</p> <p>MATERIALI E METODI: I dati sono stati raccolti (gennaio-agosto 2015) attraverso interviste individuali semi-strutturate e Focus Group. Ogni singola intervista è durata 50-75 minuti. I tre focus group sono durati 75-90 minuti,. Con il permesso dei partecipanti, interviste e FG sono stati registrati e poi trascritti per essere analizzati.</p>	<p>pazienti.</p> <p>2) Quando parlo la lingua del mio paziente: i partecipanti hanno però affermato che in assenza di politiche organizzative chiare e in mancanza di un riconoscimento appropriato delle loro competenze, la loro capacità di parlare un'altra lingua si traduce in ulteriore aumento del loro carico di lavoro.</p> <p>3) Cosa facilita l'assistenza: caratteristiche personali come la fiducia in se stessi, la durata dell'esperienza come infermiere, il rapporto con i colleghi ed i superiori.</p> <p>4) Cosa ostacola l'assistenza: alcuni pazienti si sentono a disagio nel vedere gli infermieri parlare con altri pazienti in un'altra lingua, sebbene tali situazioni siano rare. Altri partecipanti hanno affermato che a volte i propri colleghi o i superiori disapprovano la comunicazione in lingue diverse dalla lingua madre. Inoltre, la mancanza di linee guida e politiche organizzative chiare su ciò che è (o non è) accettabile ha influenzato negativamente la disponibilità e la fiducia degli infermieri nell'uso delle loro abilità di bilinguismo.</p>	<p>affrontare. Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare la prospettiva del paziente.</p> <p>LIMITI:</p> <p>* I risultati dello studio devono essere interpretati con cautela in quanto si trattava solo di un piccolo studio. L'uso del campionamento a palla di neve può aver introdotto un bias di selezione.</p> <p>* Lo studio presenta solo la prospettiva degli infermieri bilingue, mentre la prospettiva dei pazienti e dei dirigenti infermieristici non è stata esplorata.</p>
--	---	--	---

