



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

Sapienza Università di Roma  
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive  
Dottore di Filosofia in  
Malattie Infettive, Microbiologia e Sanità Pubblica  
XXXI° Ciclo

**LA COMPETENZA CULTURALE DEGLI INFERMIERI  
E LA PERCEZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELLE CURE  
DEI PAZIENTI STRANIERI**

Maria Ymelda Tolentino Diaz

Coordinatore Dottorato: Prof. Stefano D'Amelio  
Tutor: Prof. Maurizio Marceca Sapienza Università di Roma

Anno Accademico 2017-2018

## INDICE

	<b>Pag.</b>
<b>Abstract</b>	<b>04</b>
<b>Introduzione</b>	<b>05</b>
<b>Capitolo 1. La migrazione</b>	<b>07</b>
1.1 L'Immigrazione nel mondo e in Italia	07
1.2 Strumenti di protezione degli immigrati	14
1.3 Immigrazione, lavoro e salute	18
1.3.1 Quadro normativo sull'assistenza sanitaria agli immigrati	22
<b>Capitolo 2. La competenza culturale in sanità</b>	<b>27</b>
2.1 La competenza culturale	27
2.2 I modelli di competenza culturale in sanità	28
2.3 Agire nella direzione della competenza culturale	36
2.4 Tecniche per raggiungere la competenza culturale	38
<b>Capitolo 3. Competenza culturale e ricerca infermieristica</b>	<b>42</b>
3.1 La formazione delle competenze culturali dell'infermiere	42
3.2 Setting di cura	45
3.3 Competenza culturale, infermieristica ed etica	47
3.4 Linee guida per le cure infermieristiche culturalmente competenti	48
<b>Capitolo 4. Indagine sulla competenza culturale degli infermieri e la percezione della soddisfazione delle cure dei pazienti stranieri</b>	<b>59</b>
4.1 Obiettivi della ricerca	59
4.2 Gli strumenti di raccolta dati	59
4.2.1 Lo strumento <i>Cultural Competence Assessment Tool</i> - (CCATool)	59

4.2.2 Scala delle Competenze Culturali Infermieristiche SCCI	61
4.3 Il campo di indagine	62
4.3.1 Gli infermieri	62
4.3.2 I pazienti stranieri	69
4.4 La procedura	74
4.5 Risultati Quantitativi	75
4.6 Risultati Qualitativi	91
<b>Conclusioni</b>	<b>93</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>97</b>
Lista di Figure	104
Lista di Grafici	105
Lista di Tabelle	106
Allegato 1. Scala delle Competenze Culturali Infermieristiche (SCCI)	108
Allegato 2. Questionario sulla competenza culturale	117
Allegato 3. Tabella n.36	120
Ringraziamenti	122

## **ABSTRACT**

### **Background**

Operatori sanitari e pazienti vivono parte del processo di sviluppo sociale e culturale nel mondo. La competenza culturale si verifica quando gli operatori sanitari lavorano in modo efficace nel rispetto e nel contesto culturale del paziente. La qualità dell'assistenza e la relazione infermiere-paziente migliorano quando i professionisti comprendono i valori, le credenze e i modi di vita del paziente.

### **Obiettivi**

La finalità di questa ricerca di tipo descrittivo è di valutare la competenza culturale degli infermieri attraverso la percezione dei pazienti e la loro soddisfazione per le cure ricevute, nonché l'autopercezione della propria competenza culturale da parte degli infermieri.

### **Metodi**

Lo studio descrittivo è stato effettuato presso l'Azienda AUSL Roma 2 (ex-Roma B): Distretto n.3 e Presidio Ospedaliero Sandro Pertini, e l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, dal marzo 2017 al febbraio 2018. Gli strumenti di raccolta dati sono la *Cultural Competence Assessment Tool* per gli infermieri e la Scala delle Competenze Culturali Infermieristiche per i pazienti.

### **Risultati**

Lo studio ha coinvolto 192 infermieri e 148 pazienti provenienti da 37 nazioni. L'età media dei professionisti è stata di  $46,2 \pm 7,9$  anni e l'età media dei pazienti è stata di  $35 \pm 11$  anni. La maggior parte degli infermieri (77,6%) e dei pazienti (85,8%) erano donne. Gli infermieri hanno avuto un'esperienza lavorativa media di  $21,4 \pm 8,8$  anni. Il 65,1% del campione di infermieri non ha mai seguito alcun tipo di corso sulla multiculturalità. I dati emersi evidenziano: un punteggio medio complessivo di competenza culturale degli infermieri di 4,19 (DS=0,57; range=2,75-5,71); è emersa una associazione tra livello di competenza culturale percepita e livello di soddisfazione delle cure dei pazienti appartenenti al gruppo del territorio (Chi quadro di  $Pearson=22,904$ ;  $p<0,001$ ). Il 41,7% degli infermieri non si considera 'né competente né incompetente'.

### **Conclusioni**

I risultati di questa indagine mostrano che, nonostante gli infermieri abbiano un livello di competenza culturale accettabile e la maggior parte dei pazienti, soprattutto del territorio, siano soddisfatti per la qualità delle cure ricevute, vi sia la necessità di acquisire maggiore formazione specifica. Inoltre, il sentirsi 'diverso' continua ad essere percepito come un marchio, in cui molte persone non vogliono più rispecchiarsi per non subire discriminazioni. La competenza culturale non deve essere impiegata solo per la cura degli immigrati o delle minoranze etniche, ma anche in incontri con tutte le tipologie di pazienti.

## **INTRODUZIONE**

In un'epoca caratterizzata dalla globalizzazione, l'immigrazione rappresenta la nuova sfida nell'attuale società, soprattutto nel raggiungimento del più ampio livello d'integrazione. Integrarsi vuol dire attraversare un processo complesso e graduale che comprende dimensioni distinte ma correlate: economica, legale, sociale e culturale; alla base di queste dimensioni ci dovrebbe essere la tutela della salute come diritto fondamentale.

Questa ricerca nasce inizialmente dall'osservazione dell'assistenza erogata ai pazienti stranieri nei diversi setting lavorativi frequentati da chi scrive e dallo scarso coinvolgimento degli stessi nelle decisioni che li riguardano, elementi che hanno fatto emergere l'esigenza di approfondire l'argomento. La consapevolezza del problema ha guidato la ricerca bibliografica su quali siano le motivazioni e i comportamenti degli operatori quando assistono pazienti stranieri, ed è scaturito che la competenza culturale è uno dei principali fattori verso il cambiamento di prospettiva e di approccio al paziente immigrato.

È necessario innanzitutto fare un breve excursus storico, a livello internazionale e italiano, per meglio comprendere il fenomeno migratorio e le sue cause, gli aspetti riguardanti le disuguaglianze di salute e la normativa pertinente, argomenti che si analizzeranno nel primo capitolo.

Un sistema sanitario moderno sempre più deve rispondere ai nuovi bisogni dei cittadini, dal miglioramento dei servizi e quindi delle prestazioni fornite. Questo percorso non deve trascurare la politica orientata al paziente/utente che dovrebbe assicurare che tali prestazioni siano erogate da un personale competente anche culturalmente. Competenza culturale da valorizzare come patrimonio intangibile fatto di conoscenze, relazioni, identità; argomento che sarà trattato nel secondo capitolo.

Nel terzo capitolo, si intende presentare la competenza culturale dal punto di vista della ricerca infermieristica, compresa la formazione, e valutare come l'etica possa essere momento di riflessione dell'agire professionale, per poi proporre delle linee guida per un'assistenza culturalmente competente.

La condivisione degli obiettivi di salute rende i pazienti/utenti, non solo stranieri, consapevoli di essere parte integrante di un percorso assistenziale, favorendo da una

parte la possibilità di partecipazione alla cura e da un'altra lo sviluppo professionale degli operatori che erogano assistenza di qualità.

Come strumenti operativi di questa tesi di Dottorato, sono stati somministrati due questionari, il primo al personale infermieristico del terzo Distretto della Azienda AUSL Roma 2 (ex-Roma B), Presidio Ospedaliero Pertini e Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, e il secondo ai pazienti assistiti negli stessi setting di cura, la cui metodologia e i cui risultati sono descritti nel quarto capitolo.

Obiettivo fondamentale dell'indagine è l'approfondimento e la valutazione delle conoscenze sulla competenza culturale degli infermieri e la percezione che hanno i pazienti stranieri su di essa e la soddisfazione delle cure, al fine di individuare le eventuali criticità in un determinato contesto, ed elaborare strategie di cambiamento.

## **CAPITOLO 1.**

### **LA MIGRAZIONE**

In questo capitolo si tratterà una delle tre componenti demografiche del cambiamento della popolazione insieme alle nascite e ai decessi, spesso descritta come la più difficile da misurare, cioè la migrazione. A differenza della natalità e della mortalità, la migrazione non è un singolo evento nel tempo e nello spazio, ma può ripetersi nel corso della vita di un individuo [107]. Sia per la migrazione interna che per la migrazione esterna o internazionale, sono diverse le motivazioni che inducono le persone, talvolta interi popoli, a lasciare i propri paesi di origine. In tutti i casi, la migrazione e la salute sono intrinsecamente legate ed influenzate dai cosiddetti ‘determinanti della salute’, come l’ambiente sociale ed economico, l’ambiente fisico, le caratteristiche e i comportamenti individuali della persona [117], argomento che verrà trattato alla fine di questo capitolo.

#### **1.1. L’immigrazione nel mondo e in Italia**

L’immigrazione è definita come *“l’ingresso e l’insediamento, in un paese o in una regione, di persone provenienti da altri paesi o regioni”*[102]. Insieme con la corrispondente emigrazione rientra nel fenomeno più ampio delle migrazioni internazionali e interne. Quando i movimenti avvengono entro un solo Stato, si parla di migrazioni interne; quando gli spostamenti comportano il passaggio delle frontiere nazionali, si parla di migrazione esterna o internazionale. In base alla classificazione temporale si parla di migrazioni temporanee e definitive. Un esempio di migrazione temporanea è la migrazione stagionale, che interessa i lavoratori in particolari periodi dell’anno (ad es. per le raccolte agricole). Le migrazioni frontaliere riguardano i lavoratori che si recano giornalmente in una Nazione confinante. Le migrazioni ricorrenti invece riguardano gli spostamenti ciclici in cui a periodi di soggiorno all’estero fanno seguito periodi di rientro in patria [103].

L’International Organization for Migration (IOM) definisce un migrante come *“qualsiasi persona che si muove o si è mossa attraverso un confine internazionale o all’interno di uno stato lontano dal suo luogo di residenza abituale indipendentemente da: lo status giuridico della persona; se il movimento è*

*volontario o involontario; quali sono le cause del movimento; o qual è la durata del soggiorno” [55].*

Le cause che inducono ad emigrare sono state definite come: fattori di espulsione (*push-factors*) dal paese di origine e fattori di attrazione (*pull-factors*) della nazione cui si migra. *“Quale dei due gruppi di fattori sia la causa dell’altro non è facile da stabilire, ed è intorno a questo quesito che si intrecciano le analisi e le polemiche sulle migrazioni” [97].* I fattori di espulsione sono per esempio, la crisi economica e l’impoverimento dovuti ad eventi naturali come carestie e inondazioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, ma anche determinati dai conflitti bellici, etnici e religiosi. I fattori di attrazione da parte del Paese di destinazione possono essere economici, politici, sociali e culturali. Alcuni autori citano anche i *‘choice factors’*, ad indicare il peso che variabili individuali (ad es. la lingua o le preferenze culturali) possono esercitare sul migrante nello scegliere un Paese piuttosto che un altro.

È doveroso dare uno sguardo agli studi storici, soprattutto ai movimenti migratori degli europei verso gli Stati Uniti d’America del diciannovesimo secolo, in questo caso sulla migrazione di ritorno. Si stima, infatti, che tra il 1861 e il 1913 circa il 40% degli immigrati inglesi e gallesi degli Stati Uniti tornarono nei loro paesi d’origine. Tra il 40% e il 50% dei migranti italiani negli Stati Uniti è tornato in Italia all’inizio del XX secolo, e i tassi di ritorno dei migranti dall’Argentina e dal Brasile nello stesso periodo, in particolare degli italiani, erano simili [107]. Nei dati più recenti sulle “uscite” dall’Australia, circa il 20% di tutti i migranti permanenti nel periodo del secondo dopoguerra successivamente lasciò il paese. Tuttavia, i tradizionali paesi di emigrazione come gli Stati Uniti d’America, l’Australia e il Canada, dove si può considerare l’immigrazione come parte integrante della costruzione della nazione, sono passati a programmi temporanei per competere per capacità e lavoro in un mondo sempre più globalizzato. Una preoccupazione tra i responsabili delle politiche è che i migranti temporanei rimangano e diventino migranti permanenti o a lungo termine. Alcuni governi si concentrano su coloro che sono entrati attraverso un programma temporaneo, ad esempio per gli studenti, che potrebbero diventare migranti permanenti. Tra quelli accettati dall’Australia come coloni permanenti nel 2010-2011, il 40% era già nel paese ed era entrato in precedenza attraverso un canale temporaneo.



Quindi, sebbene esistano canali di ingresso permanenti e temporanei, la realtà sottostante del movimento della popolazione fa trapelare una distinzione significativa. Il sistema di migrazione globale è cambiato negli ultimi decenni per quanto riguarda le origini e le destinazioni, nonché il volume e i tipi di migranti. I paesi che una volta erano origine delle migrazioni diventano destinazioni di migranti e viceversa [107].

Da questo cambiamento non è essente l'Italia, Paese che ha conosciuto tre periodi emigratori:

- il primo, detto della 'Grande Emigrazione', ha avuto inizio nel 1861 con l'Unità d'Italia<sup>1</sup> [97] ed è terminato con l'ascesa del fascismo;
- il secondo periodo conosciuto come 'Migrazione Europea', è avvenuto tra la fine della Seconda guerra mondiale (1945) e gli anni '70. Tra il 1861 e il 1985 hanno lasciato il Paese, senza farvi più ritorno, circa 18.725.000 di cittadini italiani [85]. I loro discendenti, che sono chiamati "oriundi italiani", possono entrare in possesso, oltre che della cittadinanza del Paese di nascita, anche della cittadinanza italiana per effetto della legge italiana attuale basata sullo 'ius sanguinis'. Gli oriundi italiani ammontano nel mondo a un numero compreso tra i 60 e gli 80 milioni [82];
- il terzo periodo emigratorio è iniziato nel 2007 ed è conosciuto come 'Nuova Emigrazione', ed è causato dalla crisi economica mondiale, interessando principalmente i giovani, nonostante, allo stesso tempo, l'Italia continui ad essere destinazione di migranti, soprattutto per la sua conformazione geografica.

Per quanto attiene il Mediterraneo, il *push factor* generale, indipendentemente dalle specifiche origini, tende ad essere la necessità di fuggire dall'instabilità. Questa instabilità può essere dovuta a guerre o conflitti (come nel caso dei richiedenti asilo

---

<sup>1</sup> Un esempio di migrazione prima dell'Unità d'Italia è avvenuta verso il Perù, "iniziata nel secolo XVI perché in quell'epoca gli stati del ducato di Milano, il regno di Napoli e il Regno di Sicilia, erano alleati alla corona spagnola". "Molti marinai liguri furono reclutati, nonostante la repubblica di Genova non facesse parte dei territori imperiali, per mancanza di capitani esperti nella marina spagnola". "Alcuni marinai parteciparono alla conquista spagnola come nell'isola del Gallo e nella cattura dell'Inca Atahualpa". "Inizialmente ai marinai seguirono i commercianti e avventurieri, in un secondo momento gli italiani della nobiltà e del clero, poi gli artisti, studiosi e medici". Bonfiglio G, citato in Stievano A et al., 2012.

siriani e di ivoriani, maliani e nigeriani) o essere motivate da pressioni economiche o sociali. Può riguardare salari bassi o basso potere d'acquisto, mancanza di occupazione, mancanza di opportunità o mezzi per l'istruzione, o un ambiente sfavorevole per una vita stabile (assenza di legalità e diritti umani).

Tuttavia, considerando che parte della popolazione nei loro paesi d'origine è altrettanto povera, ma rimane, non emigra, questo implica che la povertà non è necessariamente l'unico fattore che influenza la decisione di migrare. La povertà di solito ha bisogno di essere accompagnata da una percezione di disuguaglianza o dall'apprezzamento del fatto che esiste qualcosa di più grande [4; 72].

Nel 2017, l'Asia e l'Europa hanno ospitato oltre il 60% dei migranti internazionali di tutto il mondo, con quasi 80 milioni di migranti internazionali in Asia e 78 milioni in Europa. L'America del Nord ha ospitato il terzo maggior numero con 58 milioni, seguita dall'Africa con 25 milioni, dall'America Latina e dai Caraibi con 10 milioni e dall'Oceania con 8 milioni, (Tabella n.1).

**Tab. n.1 Numero e tasso annuale del cambiamento dei migranti internazionali per gruppo di sviluppo, livello di reddito e regione, 1990-2017**

	International migrant stock (millions)				Average annual change in migrant stock (percent)			
	1990	2000	2010	2017	1990-2000	2000-2010	2010-2017	2000-2017
World	152.5	172.6	220.0	257.7	1.2	2.4	2.3	2.4
Developed regions	82.4	103.4	130.7	146.0	2.3	2.3	1.6	2.0
Developed regions	70.2	69.2	89.3	111.7	-0.1	2.6	3.2	2.8
High-income countries	75.2	100.4	141.8	164.8	2.9	3.5	2.2	2.9
Middle-income countries	68.5	64.0	70.2	81.4	-0.7	0.9	2.1	1.4
Low-income countries	8.5	7.7	7.5	10.9	-1.0	-0.2	5.3	2.0
Africa	15.7	14.8	17.0	24.7	-0.6	1.4	5.3	3.0
Asia	48.1	49.2	65.9	79.6	0.2	2.9	2.7	2.8
Europe	49.2	56.3	70.7	77.9	1.3	2.3	1.4	1.9
LAC	7.2	6.6	8.2	9.5	-0.9	2.3	2.0	2.2
NA	27.6	40.4	51.0	57.7	3.8	2.3	1.8	2.1
Oceania	4.7	5.4	7.1	8.4	1.2	2.8	2.4	2.7

Fonte: Nazioni Unite, 2017.

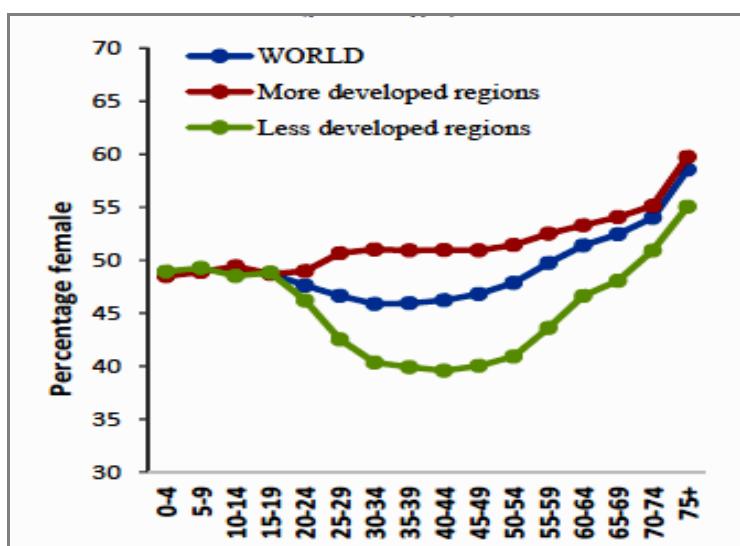
NOTA: LAC si riferisce all'America Latina e ai Caraibi, mentre NA si riferisce all'America del Nord.

Nello stesso anno, le donne rappresentavano il 48,4% di tutti i migranti internazionali nel mondo mentre al Nord costituivano il 51,8%, e al Sud il 43,%. La percentuale di

donne tra tutti i migranti è diminuita dal 47% nel 1990 a 43,9% nel 2017 nelle regioni in via di sviluppo.

Nello stesso periodo, il 55% dei migranti internazionali di età pari o superiore a 65 anni erano donne: di queste, il 57% era nelle regioni sviluppate, rispetto al 52% nelle regioni in via di sviluppo, (Figura n.1) [109].

**Fig. n.1 Percentuale femminile tra tutti i migranti internazionali per età e gruppo di sviluppo, 2017**



Fonte: Nazioni Unite, 2017.

Tra il 2010 e il 2015, Stati Uniti d'America, Germania, Turchia, Arabia Saudita e Libano erano i paesi con i più alti livelli di immigrazione netta, mentre Siria, India, Bangladesh, Cina e Pakistan erano i paesi con i più alti livelli di emigrazione netta (Tabella n.2).

**Tab. n.2 Dieci paesi con il più alto e il più basso livello netto di migrazione dal 2000-2010 e dal 2010-2015 (migliaia di migranti all'anno)**

<b>A. Net immigration countries</b>				
<b>Rank</b>	<b>Country or area</b>	<b>2000-2010</b>	<b>Country or area</b>	<b>2010-2015</b>
1.	United States of America	1,024	United States of America	900
2.	Spain	510	Germany	355
3.	United Arab Emirates	449	Turkey	325
4.	Russian Federation	389	Saudi Arabia	318
5.	United Kingdom	300	Lebanon	250
6.	Italy	263	Canada	229
7.	Canada	226	Russian Federation	204
8.	Saudi Arabia	173	United Kingdom	198
9.	Australia	170	Jordan	195
10.	Malaysia	136	Australia	183
<b>B. Net immigration countries</b>				
<b>Rank</b>	<b>Country or area</b>	<b>2000-2010</b>	<b>Country or area</b>	<b>2010-2015</b>
1.	Bangladesh	511	Syrian Arab Republic	832
2.	India	486	India	516
3.	China	442	Bangladesh	505
4.	Mexico	316	China	340
5.	Myanmar	271	Pakistan	236
6.	Philippines	260	Indonesia	167
7.	Pakistan	207	Philippines	130
8.	Nepal	182	Sudan	118
9.	Australia	162	Spain	114
10.	Indonesia	160	Sri Lanka	97

*Fonte: Nazioni Unite, 2017.*

Dopo il 2010, Spagna, Emirati Arabi Uniti e Malesia sono stati sostituiti da Germania, Turchia, Libano e Giordania nella lista dei 10 paesi con i più alti livelli di immigrazione netta. Analogamente, per il periodo dal 2010 al 2015, Messico, Myanmar e Nepal lasciavano il passo a Siria, Spagna e Sri Lanka con i più alti livelli di emigrazione netta [109].

Come sopra accennato, l'Italia è anche destinazione di migranti. Il numero di cittadini stranieri residenti è attualmente più di 5 milioni, e rappresenta l'8,5% della popolazione totale, appartenendo a circa 200 nazionalità: nella metà dei casi si tratta di cittadini europei (oltre 2,6 milioni) e la comunità straniera maggiormente rappresentata è quella romena. La cittadinanza più rappresentata tra i cittadini non comunitari è quella marocchina (13%) seguita da quella albanese (12,3%) (Tabella n. 3) [76].

**Tab. n.3 Cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti, primi 40 Paesi di cittadinanza al 1° gennaio 2016 (v.a. e %)**

POS	PAESI DI CITTADINANZA	Sogg. regolari	% sul totale stranieri	% donne	POS	PAESI DI CITTADINANZA	Sogg. regolari	% sul totale stranieri	% donne
1	Marocco	510.450	13,0	45,1	22	Russia Federazione	40.536	1,0	81,6
2	Albania	482.959	12,3	48,3	23	Stati Uniti	37.379	1,0	60,9
3	Rep. Pop. China	333.986	8,5	49,4	24	Rep. Dominicana	29.278	0,7	63,8
4	Ucraina	240.141	6,1	79,2	25	Costa d'Avorio	28.697	0,7	40,3
5	India	169.394	4,3	39,1	26	Algeria	28.004	0,7	37,0
6	Filippine	167.176	4,3	57,3	27	Bosnia-Erzegovina	27.997	0,7	44,9
7	Egitto	143.232	3,6	30,7	28	Cuba	23.913	0,6	75,0
8	Bangladesh	142.403	3,6	28,4	29	Turchia	22.470	0,6	43,1
9	Moldova	141.305	3,6	66,9	30	Colombia	20.326	0,5	62,9
10	Pakistan	122.884	3,1	30,4	31	Burkina Faso	16.405	0,4	35,0
11	Tunisia	118.821	3,0	37,4	32	Camerun	14.027	0,4	48,3
12	Sri Lanka	109.968	2,8	46,0	33	Mali	13.835	0,4	4,9
13	Senegal	107.260	2,7	26,6	34	Bolivia	13.535	0,3	62,9
14	Perù	103.341	2,6	59,1	35	Georgia	13.380	0,3	83,3
15	Nigeria	88.953	2,3	44,2	36	Afghanistan	12.705	0,3	5,4
16	Ecuador	86.802	2,2	58,0	37	El Salvador	12.568	0,3	62,3
17	Rep. Di Macedonia	80.793	2,1	46,4	38	Gambia	12.287	0,3	3,4
18	Ghana	57.172	1,5	38,3	39	Iran	11.878	0,3	47,4
19	Serbia	52.253	1,3	49,7	40	Eritrea	11.248	0,3	46,2
20	Kosovo	52.055	1,3	44,1		Altri stati	185.787	4,7	54,8
21	Brasile	43.530	1,1	74,2		Totale	3.931.133	100,0	48,7

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017

Per quanto riguarda le ripartizioni geografiche, il Centro ed il Nord Ovest hanno le percentuali più alte di presenza di immigrati: l'11, il 10 e il 7 % rispettivamente (Tabella n. 4) [58]. Il Lazio è la seconda regione italiana, dopo la Lombardia, per residenti stranieri e la terza, dopo l'Emilia-Romagna e la Lombardia, per incidenza di questi sulla popolazione. Al 1° gennaio 2018 nel Lazio si contavano 679.474, il 51,6% dei quali donne, il 13,2% degli stranieri residenti in tutto il Paese. Rispetto alla popolazione totale, 11 residenti ogni 100 sono stranieri (11,5%; in Italia: 8,5%) [52].

La Città Metropolitana di Roma, con 556.794 residenti stranieri al 2017, pari al 12,8% di quelli residenti in Italia (5.896.693), è la prima provincia per numero di immigrati. Nel corso del 2017 i residenti stranieri sono aumentati del 2,5%,

l'incremento più alto tra le province italiane, con un ritmo di crescita superiore a quello medio nazionale (+1,9%) [52].

**Tab. n.4 Popolazione residente per ripartizione geografica al 31 dicembre 2017**

R I P A R T I Z I O N I  G E O G R A F I C H E	POPOLAZIONE AL 31 DICEMBRE 2017					VARIAZIONE RISPETTO AL 31 DICEMBRE 2016			
	Totale Popolaz.	di cui Stranieri	di cui % Stranieri	Comp.% Popolazione Totale	Compo. % Popolazione Stranieri	Popolazione Totale	Popolazione Totale %	Popolazione Straniera	Popolazione Straniera %
Nord-ovest	16.095.306	1.727.178	10,7	26,6	33,6	-8.576	-0,05	22.260	1,31
Nord-est	11.640.852	1.225.466	10,5	19,3	23,8	3.750	0,03	13.126	1,08
Centro	12.050.054	1.319.692	11	19,9	25,7	-17.470	-0,14	24.261	1,87
Sud	14.022.596	624.866	4,5	23,2	12,1	-48.565	-0,35	30.042	5,05
Isole	6.675.165	247.238	3,7	11	4,8	-34.611	-0,52	7.723	3,22
Italia	60.483.973	5.144.440	8,5	100	100	-105.472	-0,17	97.412	1,93

Fonte: Istat, 2017.

## 1.2 Strumenti di protezione degli immigrati

Finora si è parlato di aspetti quantitativi che riguardano il complesso fenomeno della migrazione di esseri umani; si rende necessario aprire una finestra sui diritti e gli strumenti di protezione degli immigrati, nonché su alcuni dati sui richiedenti asilo in Italia.

La migrazione è presente nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, proclamata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948:

### Articolo 13

1. “Ogni individuo ha diritto alla libertà di movimento e di residenza entro confini di ogni Stato”.
2. “Ogni individuo ha diritto di lasciare qualsiasi paese, incluso il proprio, e di ritornare nel proprio paese”

### Articolo 14

1. “Ogni individuo ha il diritto di cercare e di godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni”.

Nel mondo, diversi migranti subiscono violazioni dei diritti umani, abuso e discriminazione. In particolare, donne e bambini possono essere vittime del traffico di esseri umani e delle forme di sfruttamento nefaste che esso comporta.

Le Nazioni Unite hanno diversi strumenti giuridici relativi alla migrazione internazionale; i principali sono: La Convenzione del 1951 e il Protocollo del 1967 relativi allo status dei rifugiati; la Convenzione Internazionale del 1990 sulla protezione dei diritti di tutti i lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie; il Protocollo del 2000 per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare donne e bambini; il Protocollo del 2000 contro il traffico di migranti di terra, mare e aria; il '*Global Compact*', un patto globale per una migrazione sicura, ordinata e regolare, il processo per svilupparlo è iniziato nell'aprile 2017.

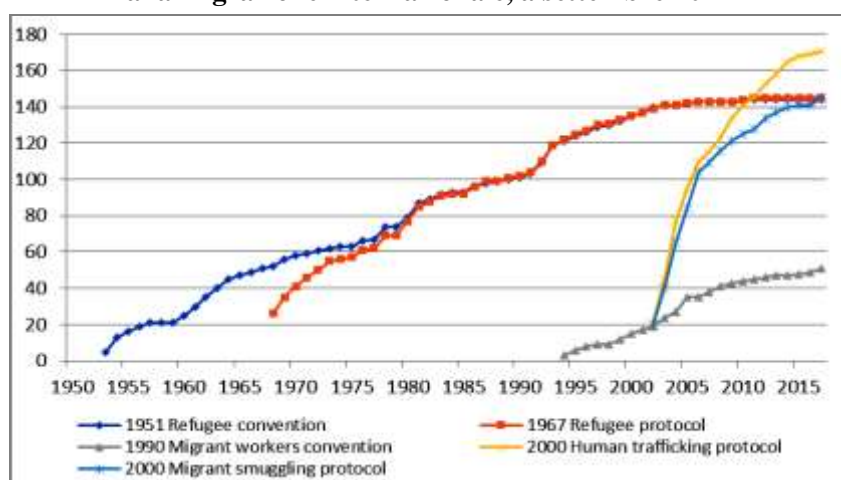
Questi strumenti, insieme a quelli sui diritti dei lavoratori migranti adottati dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL), costituiscono la base del quadro internazionale normativo e legale sulla migrazione internazionale [108].

La Convenzione delle Nazioni Unite di Ginevra relativa allo status dei rifugiati adottata nel 1951 -fondata sull'articolo 14 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo- entrata in vigore nel 1954, è stata oggetto di un solo emendamento sotto forma di un protocollo del 1967, che ha rimosso i limiti geografici e temporali della Convenzione del 1951. Essa definisce un rifugiato come una persona che, per timore fondato di persecuzione per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un particolare gruppo sociale od opinione politica, è al di fuori del paese della sua nazionalità e non è in grado o, a causa di tale paura, non è disposto ad avvalersi della protezione di quel paese. La disposizione più importante contenuta riguarda il principio di non-refoulement (letteralmente, non respingimento) di cui all'articolo 33, colonna portante di questo sistema. Secondo tale principio, i rifugiati non possono essere espulsi o rimpatriati verso situazioni, dove la loro vita o la loro libertà, potrebbero essere a rischio [106].

La ratifica degli strumenti giuridici delle Nazioni Unite di cui sopra, non è ultimata. La Convenzione sui rifugiati del 1951 e il suo Protocollo del 1967 sono stati ratificati rispettivamente da 145 e 146 Stati membri delle Nazioni Unite. Allo stesso modo, 171 paesi hanno ratificato il protocollo per combattere la tratta di esseri umani e 145 paesi hanno ratificato il protocollo che cerca di arginare il traffico di migranti. Ad

oggi 152 paesi hanno ratificato il *Global Compact on Migration*, cinque sono contrari e 12 paesi si sono astenuti tra cui purtroppo l'Italia. Tuttavia, solo 51 paesi hanno ratificato la Convenzione Internazionale del 1990 sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e delle loro famiglie. A settembre 2017, 37 Stati membri hanno ratificato tutti e cinque gli strumenti giuridici delle Nazioni Unite relativi alla migrazione internazionale e 13 Stati membri non hanno ratificato alcun strumento (Figura n. 2) [108]. Come afferma l'UNHCR: *“La sfida maggiore in termini di protezione dei rifugiati non è certamente quella della Convenzione di Ginevra del 1951 in sé, ma piuttosto quella di assicurare che gli Stati la applichino in modo efficace, con spirito di cooperazione internazionale e di condivisione delle responsabilità”* [106].

**Fig. n.2 Numero di ratifiche dei cinque strumenti giuridici delle Nazioni Unite relativi alla migrazione internazionale, a settembre 2017**



Fonte: Nazioni Unite, 2017.

Nell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite tenutasi a New York il 19 settembre 2016 gli Stati membri hanno stipulato la Dichiarazione per i Migranti e Rifugiati (*New York Declaration for Refugees and Migrants*), dove hanno riconosciuto il bisogno di un approccio comprensivo alla mobilità umana, rafforzando la cooperazione a livello globale ed impegnandosi a:

- proteggere la sicurezza, la dignità, i diritti umani e le libertà fondamentali di tutti i migranti, indipendentemente dal loro status, in ogni momento;



- supportare i paesi nel salvataggio, ricezione ed accoglienza di rifugiati e migranti;
- integrare i migranti attraverso l'assistenza umanitaria e programmi di sviluppo – indirizzando i bisogni e le capacità dei migranti e quelle delle comunità che li accolgono;
- combattere xenofobia, razzismo e discriminazione nei confronti dei migranti;
- sviluppare, attraverso processi guidati dagli Stati, principi e linee guida sul trattamento dei migranti in condizioni di vulnerabilità;
- rafforzare la *governance* globale sulla migrazione, con l'entrata dell'OIM all'interno delle Nazioni Unite e con lo sviluppo del *Global Compact* per una migrazione sicura, ordinata e regolare, da adottare nel corso di una successiva conferenza intergovernativa sulla migrazione, che ha poi avuto luogo nel dicembre 2018.

Il *Global Compact* per la Migrazione mira all'individuazione di procedure e alla definizione di impegni condivisi da parte della comunità internazionale, al fine di una migliore gestione dei fenomeni migratori a livello globale e della valorizzazione della mobilità umana quale motore dei processi di sviluppo sostenibile [56;110] .

L'Italia, nel frangente dei flussi migratori dei rifugiati registra un sensibile aumento dei permessi per asilo e motivi umanitari. Nel 2015 sono arrivati a superare il 28% del totale dei nuovi rilasci (nel 2013 l'incidenza era stata del 7,5%). Attualmente, i permessi per asilo e motivi umanitari sono quasi il 10% dei permessi con scadenza, esclusi quelli di lungo periodo, in corso di validità, mentre nel 2013 erano meno del 5%. I rifugiati e i richiedenti asilo hanno caratteristiche particolari: ad esempio in circa nove casi su dieci si tratta di uomini (Tabella n. 5), con alcune eccezioni (come la collettività nigeriana). Gli ingressi per motivi legati all'asilo sono prioritari rispetto alle migrazioni per lavoro o ricongiungimento familiare soprattutto per Mali, Gambia e Afghanistan [57].

In questo periodo, considerando la situazione geopolitica delle diverse aree di provenienza dei migranti e il fatto che si stima siano presenti nel mondo oltre 45 conflitti [1] è possibile che i flussi di richiedenti asilo siano destinati ad aumentare in maniera crescente.

**Tab. n.5 Indicatori relativi ai cittadini non comunitari entrati in Italia per asilo politico e motivi umanitari per paese di cittadinanza-Anno 2016**

PAESE DI CITTADINANZA	Valori assoluti	Composizione percentuale	Quota di maschi	Variazione percentuale rispetto al 2014	Quota di percentuale per asilo sul totale di permessi	Quota di minori
Nigeria	13.739	20,4	80,9	94,5	80,5	3,2
Pakistan	8.571	12,7	99,2	56,1	59,4	0,7
Gambia	7.229	10,7	99,0	25,0	96,9	6,0
Senegal	5.411	8,0	98,3	65,7	55,0	3,3
Mali	5.240	7,8	99,2	-26,2	97,8	2,9
Bangladesh	5.085	7,6	99,6	78,3	47,7	1,9
Afghanistan	3.731	5,5	97,6	43,4	95,0	2,8
Ucraina	3.058	4,5	48,3	170,1	29,0	9,1
Ghana	2.896	4,3	96,5	87,6	64,6	3,7
Costa d'Avorio	2.501	3,7	93,6	140,9	74,6	3,0
Altri Paesi	9.810	14,6	82,2	-1,4	6,5	8,5
<b>Totale</b>	<b>67.271</b>	<b>100,0</b>	<b>90,2</b>	<b>40,05</b>	<b>28,2</b>	<b>4,1</b>

*Fonte: Istat, 2017.*

### **1.3 Immigrazione, lavoro e salute**

Nella migrazione internazionale, come già accennato, molte volte le persone si trasferiscono alla ricerca di lavoro, opportunità, istruzione e più in generale qualità della vita, altre per i conflitti, la povertà, la mancanza di mezzi di sostentamento, costringendoli a lasciare i propri paesi di origine per cercare un futuro migliore per sé stessi e le loro famiglie. Se è vero che la migrazione contribuisce, attraverso le rimesse, alla crescita economica delle proprie comunità, allo stesso tempo contribuisce allo sviluppo di quelle ospitanti.

Nel 2016, i migranti dei paesi in via di sviluppo hanno inviato a casa circa 413 miliardi di dollari in rimesse. Le rimesse costituiscono una fonte significativa di reddito familiare che migliora i mezzi di sostentamento delle famiglie e delle comunità. Non solo, i paesi di destinazione possono trarre un beneficio rilevante dalla migrazione poiché i migranti spesso colmano le lacune del lavoro, creano posti di lavoro come imprenditori e pagano tasse e contributi previdenziali. Alcuni migranti sono tra i membri più dinamici in alcune società di accoglienza, a volte

contribuiscono allo sviluppo della scienza e della tecnologia e arricchiscono le comunità che li accoglie con la diversità culturale [108].

L'economia dell'immigrazione in Italia presenta dei dati importanti da porre in evidenza; ad esempio: gli occupati stranieri sono 2,4 milioni, rappresentando un decimo del totale; il valore aggiunto generato è stimato in 131 miliardi di euro, l'8,7% del PIL; gli imprenditori immigrati sono 691 mila, in crescita negli ultimi 5 anni (+16,3%). Allo stesso modo si presenta l'impatto fiscale e contributivo: i contributi previdenziali giungono a 11,9 miliardi di euro, i redditi dichiarati sono 27,2 miliardi e il gettito Irpef raggiunge i 3,3 miliardi [35]. Ciò nonostante, la maggior parte dei lavoratori stranieri svolge un lavoro alle dipendenze e poco meno dell'80% è impiegato con la qualifica di operaio. È confermata, infatti, la scarsa presenza di lavoratori stranieri tra i ruoli dirigenziali e apicali: appena lo 0,9% degli occupati ha una qualifica di dirigente (Tabella n.6) [76].

**Tab. n.6 Occupati 15 anni e oltre per posizione nella professione e cittadinanza (v%) 2016**

POSIZIONE NELLA PROFESSIONE	STRANIERI					Totale
	Italiani	di cui:			Totale	
		UE	Extra UE			
<b>Dipendente</b>	<b>74,8</b>	<b>86,6</b>	<b>89,5</b>	<b>85,1</b>	<b>76,1</b>	
Apprendista	0,5	0,5	0,3	0,6	0,5	
Dirigente	1,9	0,4	0,8	0,2	0,5	
Impiegato	35,9	8,6	10,7	7,6	33,0	
Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Operaio	30,7	76,6	76,6	76,5	35,5	
Quadro	5,7	0,5	1,1	0,2	5,2	
<b>Autonomo</b>	<b>23,8</b>	<b>11,9</b>	<b>9,0</b>	<b>13,3</b>	<b>22,6</b>	
Coadiuvante nell'azienda di un familiare	1,4	0,7	0,2	0,9	1,4	
Imprenditore	1,1	0,3	0,3	0,3	1,0	
Lavoratore in proprio	14,5	9,6	6,7	11,1	14,0	
Libero professionista	6,7	1,2	1,7	1,0	6,1	
Socio di cooperativa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
<b>Collaboratore</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>1,6</b>	<b>1,3</b>	
Collaborazione coordinata e continuativa	0,7	0,6	0,7	0,5	0,7	
Prestazione d'opera occasionale	0,6	0,9	0,7	1,1	0,6	
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Istat, 2017.

Con riferimento al lavoro e ai livelli di istruzione, i dati consentono di rilevare che: il 21% dei lavoratori UE e non UE impiegati con mansioni di basso livello è laureato e

il 36,4% dei laureati svolge la funzione di Dirigenti, professioni intellettuali e tecniche; nel caso dei lavoratori con educazione secondaria superiore equivalente al diploma, il 31,2% dei cittadini UE e non UE svolge un lavoro manuale specializzato; i lavoratori stranieri con al massimo la licenza media che svolgono mansioni tecniche di tipo operaio sono il 32,1% [76].

Malgrado i benefici della migrazione internazionale, alcuni migranti rimangono tra i membri più vulnerabili della società [21]. I migranti sono spesso i primi a perdere il lavoro in caso di recessione economica. Alcuni lavorano per retribuzioni più basse, per più ore e in condizioni peggiori rispetto ai lavoratori autoctoni [108]; se a ciò si associa la possibilità di isolamento sociale, di cattiva alimentazione, di alloggi in condizioni malsane, si capisce come la convergenza di tali fattori possa essere la causa del loro precario stato di salute, che può a sua volta ridurli in povertà in un circolo vizioso [15]. Indipendentemente dal tipo di migrazione, i migranti sono generalmente in una posizione potenzialmente vulnerabile e le disuguaglianze di salute sono considerate strettamente legate all'esclusione sociale e alla povertà.

I determinanti della salute sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e di una comunità: sono usualmente distinti in prossimali, intermedi e distali.

- Fra i determinanti prossimali si evidenziano i fattori costituzionali (sesso, età, e patrimonio genetico) – imm modificabili - e gli stili di vita, che possono essere insalubri (fumo di tabacco, l'eccessivo consumo di alcol, l'alimentazione scorretta, etc.) e che sono considerati mediatori delle disuguaglianze nell'insorgenza di problemi sanitari. Tali fattori sono considerati modificabili. In realtà i determinanti prossimali (ed in particolare gli stili di vita adottati) sono influenzati dai cosiddetti determinanti intermedi e distali.
- Tra i determinanti intermedi spicca la rete - più o meno strutturata- di relazioni sociali, e la sua qualità.
- I determinanti distali si configurano come cause indirette degli eventi sanitari osservati e agiscono attraverso una serie di cause intermedie. Tra i determinanti distali si evidenziano: livello d'istruzione, condizione occupazionale, professione svolta, reddito medio familiare e beni di proprietà, grado di deprivazione dell'area in cui si abita. In alcuni studi è stato appurato

che la dimensione che meglio predice lo stato di salute della popolazione adulta è l'istruzione [2].

Michael Marmot, illustre epidemiologo sociale ed ex Presidente della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute ha affermato che: *“L'azione sui determinanti sociali della salute è necessaria, non solo per migliorare la salute, ma anche perché tale miglioramento indicherà che la società si è mossa in una direzione per soddisfare i bisogni umani”* [73].

La documentazione scientifica disponibile non evidenzia differenze nella salute tra stranieri immigrati ed autoctoni, che possano essere riconducibili all'appartenenza “etnica” o alla specificità genetica, quanto piuttosto ne evidenzia la correlazione con l'appartenenza comune ad un gruppo socioeconomico più vulnerabile. I determinanti sociali della salute sopra citati s'inseriscono sulle possibili dinamiche di ‘esposizione’ su base sociale di alcuni gruppi di stranieri immigrati, come ad esempio: nell'infortunistica occupazionale (edilizia, e lavorazione del legno, e del cuoio e pellame), nel ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e nella partecipazione ai programmi di screening oncologico femminili (pap-test, mammografia). In tutti questi esempi vi sono, infatti, evidenze scientifiche di disuguaglianze di salute a sfavore delle comunità migranti. In questo frangente urge la necessità per gli operatori della sanità di essere sempre più competenti, strategici, integrati e flessibili [70]. Secondo Geraci: *“l'equità è alla base del convivere sociale, ed è alla base di tutte le professioni d'aiuto: intendiamo equità non come dare a tutti, tutto allo stesso modo, ma dare a ciascuno pari opportunità, per vivere, crescere, sperare,... curarsi”* [45].

Tuttavia, oltre le considerazioni scientifiche che guidano le strategie in sanità, e oltre al fattore economico, che risulta essere una barriera importante all'accesso alle cure, si aggiungono le barriere culturali, che comprendono la comunicazione, la lingua e che compromettono la relazione. Secondo Marceca: *“è (però) nozione comune che la comunicazione sia un processo complesso, che travalichi la semplice capacità di comprensione linguistica per abbracciare la dimensione simbolica e quella più ampiamente culturale”* [71]. L'immigrato ha concetti di salute, malattia e cura

condizionati dalla propria cultura oltreché, in parte, dalla medicina occidentale: ignorare questo significa ignorare il vissuto culturale della malattia.

### **1.3.1 Quadro normativo sull'assistenza sanitaria agli immigrati**

Questa breve rassegna sulla normativa italiana riguardante l'immigrazione non pretende di essere esaustiva, ma intende focalizzarsi sull'utilità dei concetti fondamentali che gli operatori in contatto con pazienti immigrati possono loro esprimere.

Dalla riforma costituzionale del 2001 le politiche riguardanti immigrazione e asilo sono di competenza esclusiva dello Stato, mentre per l'assistenza sanitaria compete alle Regioni e Province Autonome. Questo ha prodotto negli anni una disomogeneità nell'applicazione della norma a livello territoriale [77].

Dal punto di vista sanitario la principale normativa, tuttora in vigore, è il Decreto Lgs. n. 286 del 1998, conosciuto come legge Turco-Napoletano o Testo Unico (TU) sull'immigrazione (artt. 34 e 35), che in attuazione dell'articolo 10, secondo comma, della Costituzione, si applica, ai cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea e agli apolidi, indicati come stranieri [39].

Un anno dopo, il Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 1999, e successive modificazioni, ha introdotto il Regolamento recante le norme di attuazione del testo unico citato corrispondenti agli artt. 34 e 35 de TU. Gli artt. 42 e 43, riguardano l'assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, e l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale rispettivamente [41].

Il Decreto Legislativo n. 81 del 2008, conosciuto come legge Bossi-Fini, all'art. 1 garantisce l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati [38]. Va precisato che questo Decreto non ha modificato le disposizioni sanitarie. Stante le diffuse disomogeneità applicative delle norme citate a livello locale, anche legate a una loro difforme

interpretazione negli anni, si è sentita la necessità, ed anche per effetto del ruolo di *advocacy* esercitato da alcune organizzazioni ed in particolare dalla Società Italiana delle Migrazioni (SIMM) - di condividere, in un dialogo tecnico tra Stato, regioni e Province Autonome durato più di un anno, una interpretazione univoca delle norme esistenti-. Ne è scaturito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Rep. Atti n. 255/CSR); con esso si favorisce un accesso più omogeneo alle cure da parte dei migranti e si facilita il lavoro degli operatori sanitari. Nel documento è previsto, tra l'altro, che i minori figli di stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, possano essere iscritti al Servizio Sanitario Nazionale attraverso il riconoscimento del diritto al Pediatra di libera scelta (PLS) ed usufruiscano dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani (articolo 63, comma 4) [42].

Per l'attuazione della successiva direttiva 2013/33/UE, è stato quindi appurato il Decreto legislativo 142/2015, recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE che indica procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale esso prevede che le misure sull'accoglienza si applicano dal momento della manifestazione della volontà di chiedere la protezione internazionale. Al fine di ottimizzare la procedura d'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), l'Agenzia delle Entrate, di concerto con il Ministero dell'Interno, con apposita procedura telematica, attribuisce un codice fiscale numerico provvisorio, contestualmente alla verbalizzazione della domanda. Tale procedura prevede il rilascio del codice fiscale provvisorio numerico da parte della questura e della polizia di frontiera, consentendo l'iscrizione al SSN. Il codice fiscale provvisorio verrà riportato sulla ricevuta attestante la presentazione della richiesta di protezione internazionale sopradescritta [40].

Una importante novità legislativa è rappresentata dalla legge 47 del 2017, dedicata ai minori stranieri non accompagnati; essa ha previsto una serie di interventi in favore di questi minori presenti sul territorio italiano, riconoscendoli quali persone vulnerabili titolari di diritti. In particolare, viene prevista l'equiparazione tra minori

stranieri non accompagnati e minori italiani; sono individuate le modalità e le procedure di accertamento dell'età e dell'identificazione, con la presenza dei mediatori culturali durante tutta la procedura; viene semplificata la materia dei permessi di soggiorno per i minori stranieri, che il minore potrà richiedere direttamente il permesso di soggiorno alla Questura competente, anche in assenza della nomina del tutore. È prevista la figura dei tutori volontari ed è sancito il 'diritto all'ascolto' nei procedimenti amministrativi e giudiziari che li riguardano, e il diritto all'assistenza legale a spese dello Stato [37].

Per i cittadini stranieri, comunitari e non, l'iscrizione al SSN garantisce tutta l'assistenza sanitaria prevista dall'ordinamento italiano e comporta parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani, per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dallo stesso SSN ed alla sua validità temporale. Sono obbligati ad iscriversi e ottenere la tessera TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia): i cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno che svolgono regolare attività di lavoro subordinato, autonomo o che siano iscritti alle liste di collocamento; i cittadini stranieri regolarmente soggiornanti o quelli che abbiano chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza o per motivi religiosi; i familiari a carico (regolarmente soggiornanti) dei cittadini stranieri rientranti nelle categorie sopra indicate. Non hanno obbligo ma facoltà di iscriversi volontariamente al SSN, i cittadini stranieri non rientranti fra le suddette categorie, (ad es. i titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio e i collocati alla pari) che in alternativa devono assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di polizza assicurativa valida sul territorio italiano, anche per i familiari a carico [42].

Per cittadini non UE non in regola con l'ingresso e il soggiorno in Italia, è previsto il rilascio di una Tessera STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) da parte del Servizio Sanitario Regionale (SSR); ad essi sono assicurate le 'cure urgenti', quelle che non possono essere rimandate senza pericolo di vita o danno per la salute della persona; le 'cure essenziali', quelle relative a malattie non pericolose nel breve periodo, ma che nel tempo potrebbero creare problemi di salute o rischi per la vita;



entrambe vanno garantite in ambito ospedaliero od ambulatoriale, anche in maniera continuativa, se necessario (come nel caso delle malattie croniche).

Questo tesserino è rilasciato dal Pronto Soccorso o dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) al momento della prima cura medica, o richiesto dall'immigrato per iniziare un percorso di cure. Le persone senza permesso di soggiorno che richiedono cure mediche non possono essere segnalate alla Polizia. Ciò nonostante, periodicamente (l'ultimo episodio conosciuto è avvenuto a Trento nel luglio scorso) tale esplicito divieto viene disatteso. I documenti necessari all'ottenimento della Tessera STP sono: documento di identità o dichiarazione del nome, cognome, sesso, data di nascita e nazionalità; autodichiarazione di essere in difficoltà economiche; autodichiarazione di non potersi iscrivere al SSR e di non avere una assicurazione sanitaria. Una particolare menzione sulle cure da garantire è posta sull'assistenza nella gravidanza e della maternità, l'assistenza della salute del minore, le vaccinazioni, la profilassi internazionale, la profilassi e cura delle malattie infettive, la cura e riabilitazione in caso di tossicodipendenza. Il tesserino STP è valido su tutto il territorio nazionale per 6 mesi, con possibilità di rinnovo [42].

Per quanto riguarda i cittadini comunitari, non residenti sul territorio regionale, che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSR e non sono assistiti dagli Stati di provenienza che non possono pagare il servizio sanitario perché indigenti, nella maggior parte delle Regioni questi possono a seguito di autocertificazione alla ASL, avere il tesserino ENI (Europeo Non Iscritto), che assicura le stesse cure previste per gli STP. Anche per loro l'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con i cittadini italiani. [42]. Come sopra descritto, l'Italia ha sviluppato esperienze significative spesso sostenute da una profusa ed articolata produzione normativa, volta a tutelare in vario modo la salute e secondo un approccio multiculturale [24].

Nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), dedicato al rapporto tra immigrazione e salute, si rimarca *“la tutela della salute quale principio costituzionale, in quanto, diritto sociale, ossia bene della persona e della collettività da garantire nel suo contenuto essenziale e senza discriminazioni a chiunque si trovi*

*sul territorio nazionale, indipendentemente dal fatto che le persone siano giunte sul territorio nazionale in modo regolare o meno, che siano irregolari, profughi, richiedenti asilo o migranti economici". Il CNB inoltre formula le seguenti raccomandazioni: un progressivo aumento delle competenze interculturali degli operatori del SSN; di studi e ricerche riguardanti la relazione terapeutica in una prospettiva interculturale; l'invito agli Ordini professionali ad aggiornare i propri codici deontologici, con riferimenti al dovere da parte del professionista di tenere conto delle differenti identità culturali di appartenenza dei pazienti [24].*

## CAPITOLO 2.

### LA COMPETENZA CULTURALE IN SANITA'

In questo capitolo sarà trattata la competenza culturale, dal suo significato ai modelli e agli approcci per raggiungerla da parte dei professionisti della salute, coinvolti in modo incisivo nella produzione degli *outcome* di salute dei pazienti di cultura diversa.

#### 2.1. La competenza culturale

Sul Vocabolario Treccani si legge: *competenza* /kompe'tentsa/ s. f. [dal lat. tardo *competentia*, der. di *competere* "competere"]. - 1. a. L'essere competente; idoneità e autorità di trattare, giudicare, risolvere determinate questioni. [104]. Sinonimo di abilità, perizia, preparazione, esperienza, pratica, capacità. Per 'cultura' sulla stessa fonte si legge: s. f. [dal lat. *cultura*, der. di *colere* «coltivare», part. pass. *cultus*; nel sign. 2, per influenza del ted. *Kultur*]. In etnologia, sociologia e antropologia culturale, l'insieme dei valori, simboli, concezioni, credenze, modelli di comportamento, e anche delle attività materiali, che caratterizzano il modo di vita di un gruppo sociale. [105].

Il concetto di "*cultural competence*" non è nuovo, molti autori se ne sono occupati pur con diverse terminologie, ad esempio in termini di "competenza interculturale" [28], che -sulla base dei dati generati da studiosi interculturali attraverso lo studio Delphi- è definita come "*la capacità di comunicare in modo efficace ed adeguato in situazioni interculturali, grazie al possesso di conoscenze interculturali, abilità e attitudini*". In ambito sanitario, la competenza culturale descrive la capacità dei sistemi di fornire assistenza ai pazienti portatori di valori diversi, credenze e comportamenti, tra cui la preparazione a dare le cure per soddisfare bisogni sociali, culturali, linguistici dei pazienti [8], combinando un insieme di comportamenti congruenti con atteggiamenti e conoscenze che facilitano l'operatore sanitario e il sistema a lavorare con successo in contesti culturali diversi dalla propria cultura [12]. L'incontro con i pazienti di cultura diversa può portare i fornitori di cura a ritenere

che la propria sia la migliore, con il rischio che l'interazione, la diagnosi e il trattamento possano essere deviati dai pregiudizi. Questo richiede un processo di continua auto-riflessione e autocritica per correggere gli squilibri nelle dinamiche relazionali, superare il proprio etnocentrismo, richiede umiltà. Il concetto di "competenza culturale" potrebbe essere meglio descritto come "l'umiltà culturale" [98].

Secondo Vasquez: *"La cura, ignorando l'ethos della cultura di coloro che devono essere curati, ci porterebbe, da un lato, a ignorare l'essere umano come prodotto e produttore di cultura e, dall'altro, ad abolire la natura relazionale dell'assistenza, essenziale e riconosciuta come un valore"* [113].

Il campo della 'competenza culturale' presenta una serie di limiti e di sfide, tra cui: mancanza di accordo su definizioni e approcci; mancanza di ricerca sull'impatto e l'efficacia; la confusione della razza con la cultura; la generalizzazione delle caratteristiche culturali che porta alla stereotipizzazione. Un ulteriore fattore di complicazione è che la competenza culturale non è semplicemente un insieme di abilità da insegnare, ma implica un cambiamento fondamentale nel modo in cui si percepisce il mondo. L'obiettivo dell'assistenza culturalmente competente è, in sostanza, coinvolgere pazienti e operatori sanitari in una nuova cultura di significati condivisi, valori e comportamenti attesi: dinamica, integrata e, infine, salutare [32].

## **2.2. I modelli di competenza culturale in sanità**

Prima di presentare alcuni modelli sulla competenza culturale in sanità, è necessario porre in evidenza inizialmente la teoria culturale di Madeleine Leininger, teorica del cosiddetto 'nursing transculturale'. Questa ricercatrice ha presentato un nuovo corpo di conoscenze transculturali e assistenziali la cui finalità è migliorare la qualità delle cure fornite alle persone di culture diverse [66].

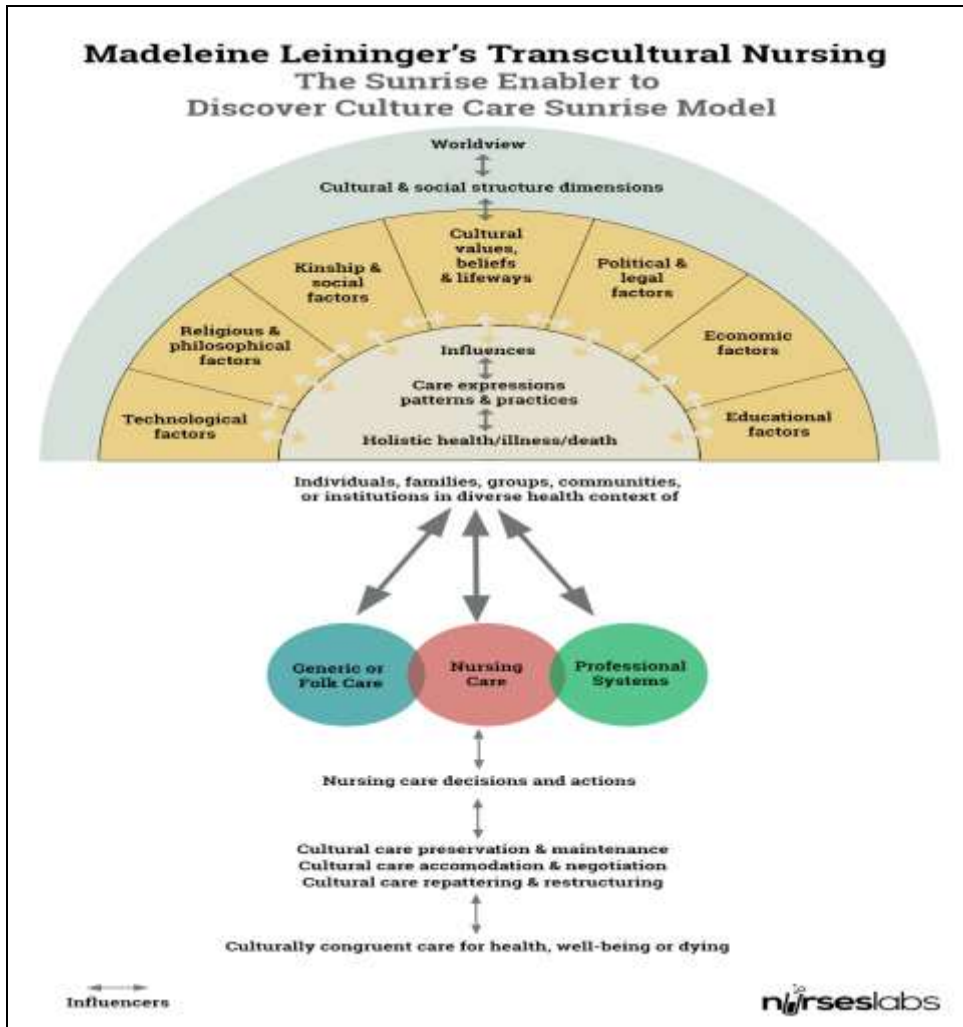
Infermieristica transculturale e competenze culturali sono considerate come soluzioni per soddisfare le esigenze specifiche degli immigrati [66]. Il modello *Sunrise*, di Madeleine Leininger<sup>2</sup> (Figura n.3) suggerisce l'importanza della visione del mondo

---

<sup>2</sup> Madeleine Leininger, oltre al modello teorico, utilizzò un metodo di indagine idoneo affinché la ricerca potesse cogliere le dinamiche culturali legate al processo di cura e assistenza, denominato Ethnonursing, modalità ideale

del paziente e della struttura sociale in cui si trova, entro il quale è possibile individuare quattro livelli.

Fig. n.3 Modello del sol nascente di Madeleine Leininger



Fonte: Nurseslabs. Leininger M, 2006.

I primi tre livelli sono di conoscenza, da parte dell'infermiere, del paziente e della sua situazione; il quarto è d'azione. 1° livello: rappresenta la visione del mondo e il sistema sociale; 2° livello: contribuisce alla conoscenza degli individui e dei gruppi nei diversi sistemi sanitari; 3° livello: evidenzia il sistema popolare o folk, il sistema professionale ed il nursing; 4° livello: rappresenta il livello delle decisioni e delle azioni d'assistenza infermieristica.

---

di ricerca qualitativa che si fonda sull'approccio etnografico e sui principi e le tecniche tipiche degli studi antropologici.

Questi livelli sono fasi di una ricerca induttiva e qualitativa che richiede un coinvolgimento dell'operatore utilizzando il modello antropologico di osservazione-partecipazione-riflessione. Il modello propone sette dimensioni di indagine: 1) i valori culturali e lo stile di vita, che identificano la maniera auspicabile di agire e di conoscere; 2) le credenze religiose, filosofiche e spirituali; 3) i fattori economici; 4) i fattori educativi; 5) i fattori tecnologici; 6) la parentela e i legami sociali; 7) i fattori politici e legali. I professionisti dovrebbero ottenere informazioni adeguate su ogni dimensione e personalizzare il trattamento che è più adatto al paziente. Ciò avverrà in diversi modi, attraverso: la conservazione/mantenimento, che aiuta a mantenere o preservare i valori rilevanti dell'assistenza in modo da poter mantenere il proprio benessere, guarire e affrontare la morte; l'adattamento/negoziazione, che prevede azioni che portano la persona ad adattarsi o a patteggiare per un risultato di salute benefico o soddisfacente; il rimodellamento/ristrutturazione, che richiede azioni che aiutano a cambiare il proprio stile di vita nel rispetto dei loro modelli e convinzioni culturali.

Di seguito vengono descritti altri modelli transculturali che sono stati proposti nel tempo agli operatori sanitari.

Il modello sviluppato dalla teorica **Josepha Campinha-Bacote**, sulla cura culturalmente competente, fa riferimento alla competenza culturale come un processo, dove il fornitore di assistenza sanitaria dovrebbe sforzarsi continuamente di lavorare efficacemente nel contesto culturale di ciascun paziente [65]. Questo modello identifica cinque componenti per la competenza culturale nell'erogazione dell'assistenza sanitaria:

- Consapevolezza culturale. L'auto-esame e l'esplorazione approfondita della propria cultura e del proprio *background* professionale, riconoscendo preconcetti, presupposti e pregiudizi.
- Conoscenze culturali. Il processo di ricerca e acquisizione di una base informativa su diversi gruppi culturali ed etnici. Qui, è importante concentrarsi su tre questioni, credenze relative alla salute e ai valori culturali (comprensione della visione del mondo del paziente); incidenza e prevalenza

della malattia (chi è più a rischio per alcune malattie, dati epidemiologici); efficacia del trattamento (farmacologia etnica, variazioni nel metabolismo dei farmaci). È necessaria cautela, in quanto “nessun individuo è uno stereotipo della sua cultura d'origine, ma piuttosto una miscela unica della diversità trovata all'interno di ciascuna cultura, un accumulo unico di esperienze di vita e il processo di acculturazione verso altre culture”. Infine, “sono i nostri pazienti-utenti, non un libro, un laboratorio, un seminario o un sito web, i veri esperti dei loro valori e pratiche culturali unici” [11].

- Abilità culturali. La capacità di raccogliere dati culturali rilevanti sul problema attuale dei pazienti e di eseguire con precisione una valutazione fisica specifica. Campinha-Bacote fornisce strumenti per acquisire tali dati, ma rafforza che questa componente è più che la semplice scelta di strumenti e la richiesta delle domande giuste. Si tratta più dell'ascolto e dell'apprendimento, in modo culturalmente sensibile, con interesse e senza giudizio. È necessaria più capacità di comunicazione. I fornitori di cura hanno bisogno di competenze specifiche per fornire una gamma di servizi adeguati alle variazioni biologiche e fisiologiche di ciascun paziente (come le differenze nella struttura corporea, il colore della pelle, le caratteristiche fisiche visibili, il peso, l'altezza e le variazioni di laboratorio). La padronanza delle abilità culturali include l'indirizzamento alle esigenze linguistiche - possono essere necessari interpreti o mediatori preparati (sono preferibili a familiari e amici).
- Incontri culturali. Esperienze personali con i pazienti di diversa provenienza. Un processo che incoraggia l'impegno nelle interazioni interculturali con pazienti di diversa provenienza. Interagire in questo modo raffinerà o modificherà le credenze esistenti sui gruppi culturali e preverrà gli stereotipi. Questo è un processo che dura tutta la vita.
- Desiderio culturale. La motivazione a “volere” impegnarsi nel processo di diventare culturalmente consapevoli, consapevoli e abili invece di considerarli come un requisito. Questo può essere realizzato solo quando un fornitore di cura ha una buona comprensione di sé stesso. Questo include una

genuina passione per essere aperti agli altri e la volontà di imparare dagli altri. Anche questo è un processo che dura tutta la vita [14].

Il modello articolato da **Schim, Doorenbos, Benkert e Miller** *Culturally Congruent Care* [92] include concetti di livello di cura dell'operatore sanitario al paziente. I quattro costrutti, interdipendenti tra loro, sono necessari per il conseguimento di cure culturalmente congruenti: diversità culturale, consapevolezza culturale, sensibilità culturale e competenza culturale.

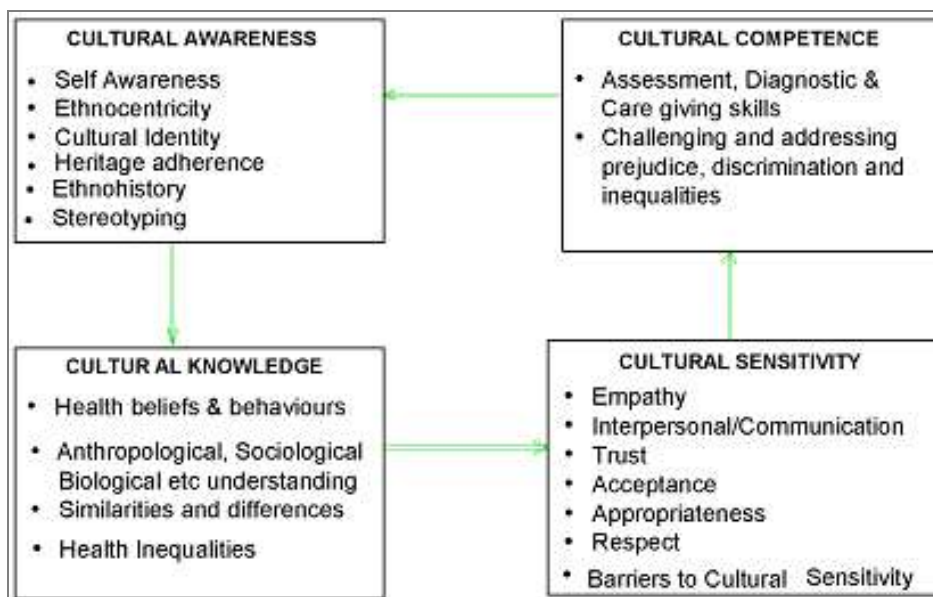
- Diversità culturale. Considera l'aumento della diversità nel mondo e il suo impatto. La diversità culturale è evidente in tutti gli aspetti della vita e varia in quantità e qualità attraverso il luogo e il tempo, mentre si verificano cambiamenti nella popolazione. Una valutazione accurata della diversità all'interno di una comunità e del suo impatto è essenziale per lo sviluppo di un'appropriata assistenza culturalmente congruente.
- Consapevolezza culturale. È un costrutto cognitivo, riflette la conoscenza delle differenze tra gruppi e individui e include la conoscenza delle domande da porre per determinare queste differenze.
- La sensibilità culturale. Riguarda la costruzione affettiva o attitudinale, include l'atteggiamento delle persone verso sé stessi e gli altri e la loro apertura alla conoscenza all'interno di molteplici dimensioni culturali.
- La competenza culturale. Si tratta di un costrutto comportamentale, include azioni intraprese in risposta alla diversità culturale, alla consapevolezza e alla sensibilità. Questo costrutto implica la capacità di una persona di dimostrare determinati comportamenti in pubblico, come l'apprendimento delle culture nella comunità, l'adattamento delle cure alle esigenze del paziente e la documentazione delle valutazioni e degli adattamenti per la cura. L'obiettivo dello sviluppo della competenza culturale è quello di *“promuovere una dimostrazione coerente e appropriata dei comportamenti delle competenze”*.



Il modello **di Papadopoulos, Tilki e Taylor** *Cultural Competence Assesment* (PTT) [81], si riferisce alla capacità dell'infermiere di fornire un'assistenza efficace che tenga in considerazione le credenze, i comportamenti e le esigenze culturali del paziente nel processo infermieristico. Il modello, molto simile a quello di Schim, include quattro componenti di competenza culturale: la consapevolezza culturale, la conoscenza culturale, la sensibilità culturale e la competenza culturale.

- La consapevolezza culturale. Inizia con l'esame delle nostre credenze e dei valori personali. La natura della costruzione dell'identità culturale, così come la sua influenza sulle dottrine e le pratiche di salute delle persone sono viste come le basi necessarie di una piattaforma di apprendimento.
- La conoscenza culturale. La conoscenza può iniziare in modi diversi. Il contatto significativo con persone di diversi gruppi etnici può migliorare la conoscenza delle loro convinzioni e dei loro comportamenti in materia di salute e aumentare la comprensione dei problemi che devono affrontare.
- La sensibilità culturale. È il modo in cui i professionisti vedono le persone loro affidate. A meno che non si arrivi con i pazienti a una relazione paritaria, la cura culturalmente sensibile non viene raggiunta; fare altrimenti significa che i professionisti usano il loro potere in modo opprimente. Quindi, sono necessari coinvolgimento, fiducia, accettazione, rispetto, facilitazione e negoziazione, per lo sviluppo di appropriate relazioni interpersonali con i pazienti.
- La competenza culturale. Richiede la sintesi e l'applicazione di consapevolezza, conoscenza e sensibilità acquisite in precedenza. Successiva attenzione è data alla pratica cioè all'abilità, come valutazione dei bisogni, diagnosi clinica e altre capacità di cura. La variabile più importante che questo stadio di sviluppo porta è la capacità di riconoscere e sfidare il razzismo e altre forme di pratiche discriminatorie e oppressive (Figura n.4).

**Fig. n.4 Modello per lo sviluppo delle competenze culturale di Papadopoulos, Tilki e Taylor**

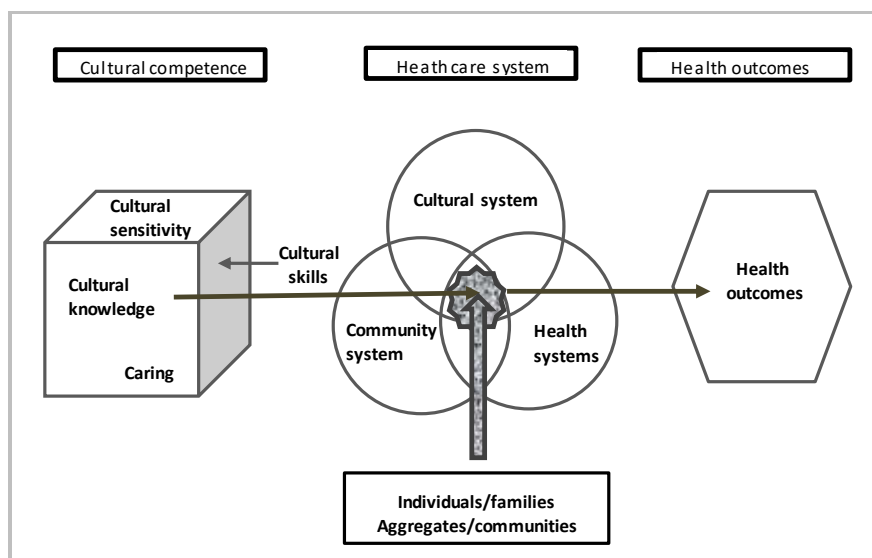


Fonte: Papadopoulos et al., 1998.

Secondo il modello PTT, è importante che gli infermieri comprendano in primo luogo le proprie visioni, credenze e sistemi di valori del proprio mondo per comprendere e rispettare quelli dei propri pazienti. Questo, secondo gli autori, è il primo passo per diventare culturalmente competenti. Il modello combina prospettive multiculturali e antirazziste, per facilitare lo sviluppo di un'ampia comprensione sulle disuguaglianze, diritti umani e di cittadinanza, pur promuovendo lo sviluppo delle competenze necessarie per realizzare il cambiamento a livello di paziente.

Nel **modello di Kim-Godwin** et al. sull'assistenza alla comunità culturalmente competente (CCCC) la cura si basa su un *continuum* incentrato sulla salute individuale e la salute e l'assistenza sanitaria di tutta la popolazione della comunità [63]. I tre costrutti di questo modello sono: competenza culturale, il sistema sanitario, e risultati di salute. Le quattro dimensioni dell'assistenza comunitaria culturalmente competente sono: la cura, la sensibilità culturale, la conoscenza culturale e le abilità culturali (Figura n. 5).

**Fig. n.5 Un modello per fornire cure culturalmente competenti alla comunità**



Fonte: Kim-Godwin et al., 2001.

Il sistema sanitario è il “luogo” per la cura della salute comunitaria con il presupposto che gli infermieri di salute della comunità portino allo sviluppo e alla progettazione di questi sistemi per soddisfare le esigenze di salute dei cittadini. Secondo gli autori, i risultati di salute si riferiscono a indicatori di salute pubblica, quali i tassi d’incidenza e prevalenza, e indicatori più qualitativi. Quando gli infermieri di salute comunitaria sono culturalmente competenti, si prevedono cambiamenti positivi in salute pubblica. Riguardano quattro dimensioni interdipendenti:

- Prendersi cura. Non c’è consenso sulla definizione o processo di “cura”. Comprende la volontà di prendersi cura, l’intento di prendersi cura e le azioni di cura più gli atteggiamenti, i giudizi e le azioni che supportano e permettono che si verifichi la cura. La cura in comunità è più difficile da misurare a causa della complessità dei sistemi umani più grandi.
- Sensibilità culturale. Aspetti affettivi della cura (attitudini, percezioni e valori rispettosi che mostrano una maggiore consapevolezza verso la propria cultura e quella di un'altra persona).
- Conoscenza culturale. La comprensione cognitiva delle abilità e dei comportamenti specifici della cultura.

- Abilità culturale. È la capacità di eseguire una valutazione culturale (esaminare credenze, valori e pratiche degli individui, gruppi e comunità) per determinare i bisogni di assistenza sanitaria all'interno del contesto culturale. Questa valutazione culturale fornisce i dati su cui basare le cure transculturali e la pianificazione dei programmi per promuovere la salute delle diverse popolazioni (salute della comunità). Le competenze linguistiche sono incluse qui.

Questo è l'unico modello completo che individua le competenze culturali nelle impostazioni della comunità. Il personale culturalmente competente può risolvere problemi tra sistemi culturali, di salute e comunitari.

Dai quattro modelli sopra menzionati, cui aspetti generali, riprendono gli studi della teorica Leininger, il modello PTT pone l'accento circa la necessità per gli infermieri di avere competenze sia di cultura generale sia specifica, applicabili tra i gruppi etnici e ha rilevato l'esigenza di promuovere la pratica antidiscriminatoria.

### **2.3. Agire nella direzione della competenza culturale**

È impossibile generalizzare le caratteristiche culturali di tutti i membri di un gruppo culturale; si finirebbe per cadere nello stereotipo, giacché non tutte le persone all'interno di un gruppo hanno gli stessi valori, credenze e comportamenti. Ci possono essere valori condivisi, ma questi possono essere adattabili, flessibili, coerenti e incoerenti allo stesso tempo [32].

Esistono una grande varietà di gruppi nazionali ed etnici, in ciascun gruppo nazionale, ognuno con la propria cultura o sottocultura. Ci sono anche diversi livelli di acculturazione e assimilazione all'interno di individui appartenenti a gruppi culturali. Anche le culture non sono omogenee o monolitiche. Come affermano Kagawa-Singer e collaboratori: *“Livelli variabili di acculturazione, assimilazione, età, istruzione, reddito, struttura familiare, genere, ricchezza, status di straniero rispetto al nativo e status di rifugiato o immigrato, modificano il grado in cui l'appartenenza al gruppo culturale può influenzare le pratiche di salute e lo stato di*

*salute*” [61]. Un semplice esempio di ciò che è difficile nell’approccio interculturale, e che si può adattare al contesto italiano, è il caso che include abitualmente una designazione razziale, come il caso di: “*un maschio bengalese di 50 anni che si presenta a un pronto soccorso con dolore toracico*”. Quali informazioni trasmette il “paziente bengalese”? *Quest'uomo potrebbe essere nato in Bangladesh, essere un professore universitario che parla quattro lingue compreso l'italiano, e vivere sei mesi all'anno in Italia e sei mesi in Bangladesh. Quest'uomo potrebbe essere invece una persona gentile di origine bengalese monolingue, nato in Italia, non sposato, e vivere da solo a Roma, con poca istruzione e molto povero.* Queste differenze perpetuano le valutazioni stereotipate che ci siamo costruite mentalmente e deviano da una valutazione accurata a potenziali conflitti con i singoli pazienti e le loro famiglie. I pionieri del movimento per le competenze culturali hanno riconosciuto che le disparità nella qualità dell'assistenza sanitaria possono derivare da barriere culturali e di altro tipo non solo tra pazienti e operatori sanitari ma anche tra comunità e sistemi sanitari [90].

L'incapacità di considerare la cultura contribuisce all'assistenza inadeguata [93] o, nella migliore delle ipotesi, ogni persona è trattata allo stesso modo. Nel peggiore dei casi, gli operatori ‘culturalmente ciechi’, propendono per una identificazione imprecisa dei problemi di salute e una mancanza di riconoscimento e trattamento della malattia. Ciò include cattive conseguenze per la salute, sottoutilizzazione dei servizi, iniquità, aumento degli oneri derivanti dalla morbidità e dalla mortalità. Ad esempio, negli Stati Uniti, gli afroamericani, le persone di origine ispanica e gli indiani americani hanno molte meno probabilità di ricevere angioplastica coronarica o bypass chirurgico, trattamento avanzato del cancro, trapianto renale o chirurgia per cancro del polmone rispetto ai pazienti bianchi con la stessa assicurazione, reddito, educazione e gravità della malattia, comorbidità, età, tipo di ospedale e altri possibili fattori. Queste differenze sono state trovate anche per gli elementi di base della cura clinica, come l'adeguatezza degli esami fisici, gli esami di laboratorio, l'adeguatezza dei farmaci antidolorifici [44].

La competenza culturale ha una grande importanza in sanità, perché: aiuta a negoziare le differenze; aumenta la *compliance* nei protocolli di trattamento;

influenza positivamente i risultati clinici; migliora la comunicazione con i pazienti; riduce lo stress; crea fiducia in una relazione; aumenta la soddisfazione del paziente. Sarebbe il caso di parlare di un nuovo modello che supporti i professionisti culturalmente competenti ad aiutare paziente e famiglia ad essere in grado di promuovere, mantenere e/o riacquistare livelli di salute reciprocamente desiderati e ottenibili all'interno della propria vita [44].

È importante sottolineare, in tutto ciò, che la competenza culturale non riguarda 'l'educare' il paziente al modello biomedico, giacché questo 'nega l'integrità della cultura ed è complesso in una società multiculturale'. È dimostrato che sempre più spesso i pazienti utilizzano sistemi di assistenza sanitaria diversi dalla biomedicina, come la medicina 'complementare' e 'alternativa', che richiede la necessità di migliorare la competenza culturale e la negoziazione con i pazienti in merito ai trattamenti [99]. Da qui l'idea che la competenza culturale non sia qualcosa che può essere insegnata in modi tradizionali, perché non è un'abilità tecnica che si può padroneggiare, o una capacità di *problem solving* da sviluppare o una tecnica di comunicazione da perfezionare. La competenza culturale, infatti, richiede un cambiamento fondamentale nel modo in cui le persone pensano, comprendono e interagiscono con il mondo che li circonda [32].

## **2.4 Tecniche per raggiungere la competenza culturale**

Le tecniche per raggiungere la competenza culturale nel settore sanitario sono molte: l'esempio che verrà descritto proviene dagli Stati Uniti [10]. In questo caso è stato proposto l'inserimento nel sistema sanitario di un gruppo di nove categorie, dove sono inclusi anche singoli progetti o modelli all'interno di ciascun gruppo: servizi di interpretariato; reclutamento di personale appartenente alle minoranze etniche; formazione; coordinamento con i guaritori tradizionali; utilizzo degli operatori sanitari della comunità; promozione della salute culturalmente competente; inclusione della famiglia e leader della comunità; immersione in un'altra cultura; amministrazione e organizzazione del servizio alberghiero.

I servizi di interpretariato. Riguardano le lingue straniere o la lingua dei segni, offerti da interpreti professionisti in loco, interpreti ad hoc e interpreti a distanza (che lavorano utilizzando auricolari e microfoni).

L'assunzione di personale delle minoranze etniche. Rappresenta un modo per migliorare la comunicazione, creare un ambiente accogliente e strutturare i sistemi sanitari per soddisfare i bisogni delle minoranze. Le tecniche comuni per realizzare il reclutamento di minoranze etniche includono: programmi di residenze per minoranze e programmi di borse di studio; assunzione di imprese di ricerca delle minoranze; adattamento della politica del personale per creare un luogo di lavoro accogliente e confortevole per le minoranze; tutoraggio di lavoratori di minoranza da parte di alti dirigenti; definizione dei principi per un trattamento rispettoso; pratiche e compensazioni delle risorse umane; rilevazione della soddisfazione del personale da parte di gruppi etnici e razziali.

La formazione delle competenze culturali. È auspicabile sia inserita all'interno dei programmi universitari degli operatori sanitari o nella formazione continua. Altresì, si può offrire formazione attraverso un evento o un corso. Secondo Dunn, gli operatori della sanità vogliono fare la cosa giusta per i pazienti di minoranza culturale, ma spesso ricorrono alla sola “cortesia e gentilezza” [32]. L'obiettivo, secondo questo autore, deve essere quello di cambiare il modo in cui le persone pensano, comprendono e interagiscono con il mondo che li circonda. Inoltre, diventare competenti culturalmente significa: a) conoscere la cultura dell'altro; b) essere in grado di valutare la cultura dell'altro; c) condividere la cultura dell'altro; d) avere la capacità di comunicare tra le culture; e) avere la capacità di dimostrare abilità al di fuori della propria cultura d'origine. Certamente, nei contesti monoculturali è più semplice acquisire conoscenze su una cultura piuttosto che in ambiti multiculturali come in Italia.

Secondo l'autore, per raggiungere la competenza culturale, una persona deve avere: empatia per gli altri, apertura al sentire ciò che sente l'altro; curiosità, disponibilità a fare domande per capire meglio; un rispetto di base per sé e gli altri, un

riconoscimento del valore intrinseco di tutti gli esseri umani. Dunn elenca sei elementi nel processo per lo sviluppo della competenza culturale, non necessariamente in sequenza:

- 1) Lavorare per cambiare la propria visione del mondo;
- 2) familiarizzare con le questioni culturali di base;
- 3) diventare ben informato sui gruppi culturali con cui si lavora;
- 4) acquisire familiarità con le principali questioni culturali relative alla salute e alla malattia;
- 5) sviluppare un rapporto di fiducia;
- 6) negoziare per interventi di assistenza reciprocamente accettabili e comprensibili.

La letteratura delinea molti altri programmi di training diversi ma correlati, uno di questi è basato su un caso di cinque moduli [17] che esplora i fattori sociali e culturali e insegna gli operatori a mettere in discussione le tecniche rispetto all'apprendimento delle presunte caratteristiche culturali.

Gli autori presentano l'ideologia e la struttura di un curriculum interculturale sviluppato e implementato sul paziente. È una fusione di tecniche di intervista con gli strumenti socioculturali ed etnografici dell'Antropologia.

Guaritori tradizionali. Alcune comunità di minoranze culturali usufruiscono dei guaritori tradizionali allo stesso tempo degli operatori sanitari con cure mediche convenzionali. Gli operatori sanitari si coordinano con i guaritori per garantire continuità ed evitare complicazioni. Ciò aumenta anche la possibilità che il paziente sia collaborativo e aderisca al trattamento.

Avvalersi degli operatori sanitari della comunità. Professionisti conosciuti e rispettati all'interno delle comunità culturali minoritarie, possono fungere da guide o collegamenti tra “il sistema” e i pazienti.

Promozione della salute culturalmente competente. Questa può variare dall'utilizzo da parte degli operatori sanitari di strumenti di screening e brevi interviste a



campagne di informazione pubblica più ampie. In tutti i casi, gli atteggiamenti e i valori specifici della cultura sono incorporati nei messaggi e nei materiali.

Inclusione dei familiari e membri della comunità. Alcuni gruppi di minoranza ritengono che i familiari debbano essere coinvolti nell'assistenza sanitaria. Coinvolgere famiglie e persino leader di comunità può essere cruciale in alcune comunità per consentire e aderire al trattamento.

L'immersione culturale. Si ritiene sia un modo eccellente per ottenere l'educazione trasformativa necessaria per diventare culturalmente più competenti. È stato dimostrato che l'immersione aiuta gli operatori della sanità a superare il proprio etnocentrismo, ad aumentare la consapevolezza culturale e ad integrare le convinzioni culturali nella pratica [10]. Alcuni programmi di formazione per infermieri e medici, ad esempio, richiedono allo studente di completare un lavoro o un periodo di apprendimento in un contesto internazionale o in un ospedale che offre servizi alle comunità minoritarie culturalmente diverse.

Amministrazione e organizzazione del servizio alberghiero. Queste strategie includono l'attenzione alla sede clinica, agli orari di attenzione, agli ambienti fisici, ai materiali scritti. I sistemi possono garantire ai loro pazienti un accesso equo a servizi e operatori sanitari di alta qualità. È importante tenere presente che la competenza va oltre i fornitori di cura, vale per tutto lo staff, dall'accoglienza, agli appuntamenti, dall'assistenza in sede, alla continuità assistenziale. L'obiettivo nell'interazione paziente-operatore sanitario non è quello di aumentare la corrispondenza, ma di includere pienamente il paziente nel processo decisionale relativo alla sua malattia. Condividendo valori e credenze, si verifica un mutuo cambiamento. Viene creata una nuova cultura che mantiene l'integrità della vecchia cultura, ma porta i partecipanti in un luogo di comprensione comune.

## **CAPITOLO 3.**

### **COMPETENZA CULTURALE E RICERCA INFERMIERISTICA**

Per la professione infermieristica è nota l'enorme variabilità delle credenze individuali dei pazienti; perciò, anche se le diverse tecniche e modelli -che sono stati trattati in precedenza- offrono una risposta ai bisogni dei pazienti culturalmente diversi, è arduo trasformare le conoscenze apprese sul binomio cura-cultura, utilizzando un metodo valido e comune a tutta la professione. Sebbene l'approccio olistico sia il migliore, si rende necessario agire su più fronti verso la competenza culturale per un'assistenza efficace. Perciò in questo capitolo si presenterà la competenza culturale dal punto di vista della ricerca infermieristica, giacché si ritiene che proposte attuate nei diversi studi sulla formazione, sia per gli studenti che per gli infermieri, sul lavoro nei diversi setting di cura, e con una base etica, siano la migliore cornice per presentare le linee guida infermieristiche per l'attuazione delle cure culturalmente competenti.

#### **3.1 La formazione delle competenze culturali dell'infermiere**

La professione infermieristica ha un interesse primario nel considerare la cultura dei pazienti nell'assistenza, e per questo deve cercare di provvedere a una formazione specifica di qualità che aiuti a ridurre le disparità di salute e migliori i risultati di salute individuali. Ciò va perseguito nonostante la consapevolezza che non si riuscirà mai ad essere pienamente competente in tutte le culture [23] e che gli interventi mirati per migliorare la salute alle popolazioni in generale non sono necessariamente efficaci per gli immigrati [30].

La maggior parte della ricerca infermieristica sulla competenza culturale è stata condotta negli Stati Uniti, in Canada, nel Regno Unito e in Australia, Paesi con una lunga storia di società multiculturali, che dedicano molti programmi formativi al personale sanitario. In Giappone, Taiwan, Svezia e Corea invece l'interesse accademico sulla competenza culturale degli infermieri è in una fase molto precoce [19]. Altrettanto per l'America Latina, dove si ribadisce in questi anni la necessità di formare infermieri con competenze culturali ai vari livelli di istruzione formale (di

base e specialistica) e di adeguare i programmi, a questo scopo anche al fine di creare spazi che favoriscano e stimolino le conoscenze e le competenze nella fornitura di assistenza a popolazioni culturalmente diverse e acquisire esperienze positive di cura [78; 114]. Per l’Africa, l’assistenza infermieristica transculturale non si è sviluppata completamente come disciplina in materia di formazione, ricerca e pratica e la sua attuazione non è stata ancora sufficientemente riconosciuta [101; 5].

Lo sviluppo dei programmi del corso universitario sulla competenza culturale degli studenti infermieri dovrebbe produrre maggiore conoscenza e abilità al fine di garantire una futura forza lavoro infermieristica culturalmente competente in Sanità Pubblica [34]. Devono essere considerati un disegno esplicito delle procedure, le pratiche e i potenziali problemi dei programmi proprio come l’aumento del rigore metodologico [43] per aiutare ad affrontare le incertezze e la complessità generate dalla diversità culturale [86]. Nel curriculum del corso universitario negli Stati Uniti è incorporata la competenza culturale nella formazione sul campo degli studenti e nella ricerca [34], in alcuni casi implementando piani di sviluppo molto impegnativi [26; 46]. Nell’ambito Europeo, un Progetto di curriculum Europeo in *Cultural Care* mira a sviluppare un curriculum-quadro per il miglioramento della competenza culturale nella formazione europea di assistenza sanitaria. Secondo questo progetto, lo sviluppo della competenza culturale è un processo multifattoriale comprensivo degli aspetti cognitivi, emotivi e sociali. Per ogni livello del contesto sono suggerite le comunità virtuali di apprendimento, l’interazione culturale faccia a faccia, l’indagine, e i *problem solving*. Il quadro raccomanda esperienze culturali coinvolgenti, come i giochi di simulazione, giochi di ruolo, per sviluppare lo stato di consapevolezza; l’uso di narrazioni, per accrescere lo stato di conoscenze; periodi di scambio, stage per lo sviluppo di abilità (Fig. n.6 terza colonna) [64]. Valutare la competenza culturale tra gli studenti infermieri può essere uno spunto per progettare un programma di formazione infermieristica focalizzato ma multimodale nel guidare gli studenti ad essere culturalmente sensibili, culturalmente adattivi e culturalmente motivati [25]. In altri *setting*, come nella comunità, un laboratorio culturale sul campo, insieme al curriculum formativo, potrebbe aiutare allo sviluppo della competenza infermieristica transculturale degli studenti [20].

**Fig. n.6 Quadro di riferimento per un curriculum europeo nella cura culturale**

	<b>Curricular stages and thematic questions to teachers</b>	<b>Curricular content</b>	<b>Some examples of Learning and teaching methods</b>
<b>C U L T U R A L  C O M P E T E N C E</b>	<b>Cultural awareness</b>  How do students develop Cultural awareness through Health care education?	Terminology Political, social and cultural factors Self-awareness Communication techniques Layers of Culture Cultural conflicts Human rights Ethical foundation Cultural shock	Simulation games, role-Gaming, experiential Methods in class  Critical incident writing Method from cultural Encounters in practice  Cultural safety issues in Practice/in class
	<b>Cultural knowledge</b>  What cultural, general and Specific knowledge do students require in order to increase their cultural Awareness?	Health literacy Health/illness belief in Caring and curing Assessment methods Cultural theories/models Migration - Current, historical, the World, Europe, own country, locality Migration as it affects clients, health care staff And health care systems Lifespan events	Blended learning  E-learning  Face-to-face learning  Case studies  Narratives  Cultural research referencing  Use of literature and films
	<b>Cultural skills</b>  What skills should students attain and practice to increase their cultural awareness and deliver culturally competent care?	Skill to deliver culturally Congruent (sensitive) care Identification of cultural Encounters Culturally safe interaction Evaluation of health care interventions	Intercultural immersion and study abroad  Mentor preparation  Reflective journal writing  Portfolio composing and cultural supervision

Fonte: Koskinen et al., 2012.

I docenti infermieristici hanno il potenziale d'influenzare l'assistenza infermieristica ma molti educatori non si sentono a proprio agio, qualche volta intimiditi, perché non preparati all'insegnamento dei contenuti sulla competenza culturale [96]. È necessaria una maggior incisività a livello formativo, ad esempio con la creazione di master specifici per i docenti, oltre al supporto a livello istituzionale [18] e l'aumento del numero di educatori infermieri di diversa provenienza [49] che indubbiamente possano dare un grande contributo.

Nella formazione della competenza culturale dei professionisti infermieri vi è la necessità di indagare meglio sulla natura e le finalità di eventi formativi (formazione continua, convegni, tutoraggio, etc.) per monitorare la loro efficacia nel migliorare le competenze culturali [50; 29]. Negli eventi di durata maggiore, si dovrebbe provvedere a una auto-valutazione iniziale [67], e a una valutazione post training a 3 - 6 mesi dalla formazione [29] che permetta di individuare i risultati sui setting lavorativi. Dalla letteratura si evince la necessità di valutare l'assistenza culturalmente competente dal punto di vista del paziente [50; 84] e le misure di impatto dell'intervento sui risultati [60].

### **3.2 Setting di cura**

Gli infermieri di comunità e di sanità pubblica sono in prima linea nell'assistenza sanitaria e sono chiamati a fornire servizi culturalmente competenti. La cura in comunità, come si è già specificato, è più difficile da misurare a causa della complessità dei sistemi umani più ampi. Nella cura su base comunitaria, la sensibilità è concentrata sul rapporto con gli individui e le famiglie, considerato che l'assistenza sanitaria, in questo ambito, si concentrerebbe sugli aspetti culturalmente sensibili allo sviluppo di programmi di salute [63]. Esaminare la competenza culturale dell'infermiere di comunità fornisce una base per la pianificazione e lo sviluppo di interventi e per garantire la cura competente [112]. In questo ambito, le pratiche devono diventare più congruenti con la cultura del paziente-utente dal primo contatto alla cessazione dei servizi [79]. Se si focalizza l'attenzione sulla pianificazione dei programmi di salute e di ricerca su base comunitaria, la competenza culturale implica la possibilità per i professionisti di sanità pubblica di conoscere completamente un'altra cultura, mentre la competenza interculturale è un processo a due facce [34]. Questo significa anche che affrontare le cause fondamentali della cattiva salute dei gruppi e individui, come la povertà, la discriminazione, il degrado ambientale, o la mancanza di risorse di quartiere -cioè questione di giustizia sociale- è al centro della promozione della salute culturalmente competente [80].

Gli infermieri delle *primary care* hanno stabilito *partnership* culturalmente sensibili con i pazienti, stimolando l'auto-aiuto e regolando le pratiche per soddisfare le

esigenze degli assistiti [80; 51], nel rispetto della percezione che loro hanno delle pratiche di salute occidentali da una prospettiva che comprende la loro cultura, religione e le credenze [48]. Nei centri gestiti da infermieri, la *leadership* organizzativa e la pratica avanzata aumentano la competenza dei membri dello staff nelle loro conoscenze culturali e capacità di sensibilità nel fornire assistenza alle popolazioni che servono [115; 116]. Secondo gli infermieri, la pratica olistica richiede comprensione sulle circostanze che influenzano il rispetto, quindi prendono tempo per fare in modo che i fattori invalidanti, come la lingua, siano compresi prima di etichettare un paziente come “diverso” [75; 91; 47] perché essere poco informato e privo di capacità di comunicazione assertiva aumenta la vulnerabilità [94].

Per quanto attiene l’assistenza infermieristica ospedaliera, l’importanza della comunicazione è cruciale nell’assistenza infermieristica [62; 94] soprattutto a livello emergenziale [74], dove urge lavorare in sinergia con l’organizzazione per abbattere le barriere linguistiche [59] e discriminatorie [6]. Uno dei maggiori problemi in questo setting di cura è la gestione del dolore. Non solo l’infermiere è consapevole che ci sono infinite variazioni nelle dinamiche interculturali nella gestione del dolore, ma dovrebbe essere preparato a fornire ai pazienti una gestione del dolore individualizzata e culturalmente rilevante, che sia consapevole dei contributi multifattoriali all’esperienza del dolore, come l’aspetto fisiologico, affettivo, cognitivo, comportamentale, socioculturale e ambientale [88; 68].

Sebbene la cura individualizzata e olistica, di cui si è parlato finora, fornita ai pazienti appartenenti a diversi contesti culturali è una sfida per gli infermieri in tutti i setting di cura [69], spesso si può presentare il caso, per un professionista sanitario culturalmente competente appartenente a un gruppo lavorativo, ma -come specificano Fuller e collaboratori- “*solitario nell’applicare competenze culturali che non sono apprezzate o riconosciute dai colleghi*”, di avvertire un vero disagio [36]. Non solo, non sarà in grado di fare alcuna differenza per la qualità del servizio. Le ragioni potrebbero trovarsi in un *leader* infermieristico non culturalmente competente [119] o anche nelle norme comportamentali (positive o negative) di un determinato *setting*. Le norme positive associate alle competenze culturali includono una *leadership* organizzativa positiva e una assunzione di valore nella diversità

[118]; in questo modo ci saranno maggiori probabilità di integrare questa competenza nella pratica quotidiana degli infermieri.

### **3.3 Competenza culturale, infermieristica ed etica**

Al centro di tutte le professioni sanitarie, e soprattutto dell'infermieristica, ci sono la direzione normativa e quella basata sui valori provenienti dall'etica. Questa integrazione è più evidente nei codici deontologici degli infermieri, che, per la maggior parte, hanno in comune il principio etico più rilevante della giustizia [87].

La cura culturalmente competente si basa sui principi di giustizia sociale e diritti umani, in linea con la prospettiva indirizzata dal Consiglio Internazionale degli Infermieri che dichiara: *“Gli infermieri sono difensori dei propri assistiti e dei non assistiti, insistendo sul fatto che la giustizia sociale, la prevenzione, la cura e il diritto alla cura sia di ogni essere umano”* [54].

Mentre tutti gli studiosi che promuovono la giustizia sociale condividono l'impegno di affrontare l'iniquità, nella pratica infermieristica orientare la pratica critica e riflessiva può aiutare a sviluppare la conoscenza del ruolo degli infermieri nel ridurre le disuguaglianze sanitarie e portare a una riflessione etica globale sul mandato sociale degli operatori sanitari [9].

Innanzitutto, una riflessione critica su dove si trovano le disuguaglianze nell'allocazione delle risorse per la salute e nell'accesso all'assistenza sanitaria, ma anche il riconoscimento dei limiti delle strutture sanitarie nell'erogazione dell'assistenza e degli effetti sull'assistenza ai pazienti dovuti alle dinamiche associate allo stato professionale [90].

Inoltre, riflettere sull'inadeguatezza delle competenze culturali e della conoscenza della propria cultura; riflettere sulla scarsa consapevolezza dei professionisti che i contesti culturali e di vita dei loro assistiti hanno una profonda influenza sulla gestione della malattia e l'esito delle cure. La riflessione su quanto si può fare a livello di cura-culturale, quanto si dovrebbe realizzare e non si riesce a fare e quali sono le diverse barriere culturali e organizzative da abbattere. Pianificare e attuare gli interventi assistenziali culturalmente competenti ponendo al centro l'assistito e in

collaborazione con lo staff e la famiglia, riguarda anche i pazienti autoctoni, perché i risultati benefici che si potranno ottenere contribuiranno allo sviluppo di misure specifiche per gli *outcome* di salute per tutti.

Quindi, è importante promuovere una riflessione critica ed etica, che potenzi il rispetto reciproco, l'uguaglianza e la fiducia nei pazienti per promuovere risultati positivi di cura [27]; l'attuazione di linee d'intervento e la valutazione del proprio operato, in ogni settore lavorativo infermieristico, porta infatti, all'incremento della competenza culturale degli infermieri, identificato come un modo per ridurre la disparità di cura per i gruppi vulnerabili e delle minoranze [43; 95].

### **3.4 Linee guida infermieristiche per l'attuazione delle cure culturalmente competenti**

La competenza culturale nella ricerca e nella pratica infermieristica è stata enfatizzata negli ultimi decenni. Tuttavia, poco è stato discusso su questioni metodologiche nello sviluppo di interventi culturalmente personalizzati e pochissime linee guida sono state sviluppate [33].

Le linee guida, strumenti per la pratica assistenziale, sono raccomandazioni di comportamento clinico basate sull'evidenza scientifica, nate dall'esigenza di cambiamento e per ridurre la variabilità dei comportamenti dei professionisti [83] e, in questo caso, progettate per essere adattate al contesto socio-culturale nell'erogazione dell'assistenza ai pazienti.

Le linee guida servono come risorsa agli infermieri operanti nei diversi ambiti lavorativi, da quello clinico al management, dalla docenza alla ricerca, e mettono in evidenza come l'assistenza infermieristica culturalmente competente *evidence-based* sia una priorità nella cura agli assistiti [31].

Le linee guida prese in considerazione in questo elaborato sono quelle predisposte da Douglas e colleghi, ritenute universalmente applicabili per l'attuazione della cura culturalmente competente; che hanno la seguente articolazione:

#### Conoscenza delle culture.



Gli infermieri devono acquisire una comprensione delle prospettive, tradizioni, valori, pratiche e sistemi familiari di cultura delle diverse popolazioni per le quali forniscono assistenza, nonché conoscenza delle variabili complesse che influenzano il loro raggiungimento di salute e benessere. Ad esempio, il caso dei richiedenti asilo e rifugiati così come una storia di oppressione, violenza e trauma recente che possano influenzare lo stato di salute [111].

#### Istruzione e formazione nella cura culturalmente competente.

Gli autori ritengono che gli infermieri debbano essere didatticamente preparati a fornire assistenza sanitaria culturalmente congruente. Inoltre, auspicano, oltre alla formazione iniziale e permanente adeguata, la formazione continua per praticare la competenza nel proprio campo di attività. In particolare, l'infermiere deve essere preparato a effettuare una valutazione di salute culturale e fornire in seguito assistenza infermieristica specifica ottimale alle persone, come determinato dalla loro condizione di salute ed esigenze di cura.

#### Riflessione critica.

Riflettere sui propri valori e credenze culturali e su quelli degli assistiti; su come la cultura dei professionisti possa influenzare l'assistenza ai pazienti di cultura diversa, esserne in conflitto e, di conseguenza, ostacolare le relazioni terapeutiche e risultati efficaci di cura del paziente. La riflessività critica è un'analisi personale che coinvolge convinzioni personali difficili e le ipotesi per migliorare la pratica professionale e personale [100].

#### Comunicazione interculturale.

Gli infermieri devono utilizzare capacità di comunicazione verbale e non verbale culturalmente competente per identificare valori, credenze, pratiche, percezioni e bisogni di assistenza sanitaria del paziente. Gli infermieri devono sforzarsi di comprendere le esigenze di assistenza sanitaria dei pazienti/utenti attraverso un ascolto efficace, un linguaggio attento del corpo e un contatto visivo. Per ciò che attiene la comunicazione culturale non verbale, essa può comprendere il tatto, il silenzio, l'abbigliamento, il genere dell'operatore e altri modelli ed espressioni

culturali. Se il linguaggio verbale di un paziente è poco familiare, dovrebbe essere fatto ogni tentativo per trovare un ‘mediatore linguistico-culturale’ qualificato, tenendo presente che valori culturali, sesso, età e status socioeconomico tra il mediatore e il paziente influenzano il processo di interpretazione. I mediatori devono garantire la riservatezza, essere informati circa il linguaggio proprio dell’assistenza sanitaria e condurre tutte le sessioni in modo etico, consentendo al paziente e al mediatore di avere qualche minuto insieme prima di compiere una valutazione approfondita. L’infermiere deve essere presente durante la valutazione e osservare la comunicazione non verbale, giacché è il “difensore” del paziente, e assiste il mediatore, se necessario. Sono importanti frasi specifiche come “*Hai dolore?*” utilizzando la stessa lingua del paziente perché tale modalità trasmette un senso di rispetto e una buona volontà di valutare lingua e diversità. Eventuali brochure o altri mezzi di comunicazione devono essere scelti nel rispetto della lingua, dei valori culturali e dell’età del paziente. Ma prima della distribuzione, si rende necessario revisionare la precisione del linguaggio, il livello di *Health Literacy*, il linguaggio e l’eventuale presenza di immagini offensive.

#### La pratica culturalmente competente.

La pratica transculturale in infermieristica comporta una fitta combinazione di conoscenze delle diverse pratiche culturali e visioni del mondo, riflettente l’autocoscienza della propria visione del mondo culturale, gli atteggiamenti circa le differenze culturali e le competenze nella valutazione interculturale e della comunicazione [13]. La pratica culturale inizia con una valutazione approfondita dell’aspetto fisico, psicologico e culturale come base della pianificazione della cura. La valutazione culturale comporta l’esame delle caratteristiche socioculturali, etiche, sociopolitiche che si trovano in modo univoco all’interno del continuum salute-malattia dei diversi pazienti. Secondo *l’Institute of Medicine*: “*Gli infermieri hanno maggiori probabilità di ottenere la competenza culturale attraverso la cura, quando la combinazione complessa della conoscenza della cultura, la consapevolezza, gli atteggiamenti e le competenze sono utilizzati in modo dinamico per la valutazione culturale di credenze e pratiche di salute dei pazienti, e per negoziare interventi sanitari culturalmente congruenti con un’abile comunicazione interculturale*” [53].

L'attuazione di questa linea guida sarà quindi influenzata dal livello di conoscenza degli infermieri sulle credenze e pratiche di salute culturale del paziente, dalla loro riflessione intenzionale sui propri atteggiamenti, dalla loro capacità di comunicazione interculturale e dalla loro capacità di valutare e mettere in atto la cura culturalmente congruente. Per assicurare un'adeguata preparazione degli studenti infermieri, queste variabili devono essere pienamente integrate in tutto il curriculum infermieristico. Per migliorare la competenza degli infermieri attraverso la pratica culturale, le istituzioni cliniche e le strutture sanitarie devono fornire laboratori didattici durante i corsi, tutoraggio e formazione orientata verso il continuo sviluppo di conoscenze e competenze culturali degli infermieri per la pratica interculturale efficace.

#### La competenza culturale nei sistemi sanitari e nelle organizzazioni.

Le organizzazioni sanitarie sono responsabili di fornire le infrastrutture necessarie per fornire cure sicure, culturalmente congruenti e compassionevoli a chi cerca i propri servizi, riflettendo questi principi nella sua missione, visione e valori dell'organizzazione.

#### L'advocacy e l'empowerment del paziente.

Gli infermieri capiscono che tutti i pazienti hanno diritti sociali e culturali necessari per la loro dignità e il loro libero sviluppo. Infermieri culturalmente competenti, tuttavia, riconoscono gli effetti nocivi dell'ignoranza, dell'odio, dell'etnocentrismo, del pregiudizio sulla salute dei loro pazienti. I professionisti infermieri sono sostenitori e talvolta 'voce' dei pazienti, fornendo o facilitando le loro esigenze e preoccupazioni. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, *advocacy* è un processo che interessa anche molti livelli e gli intervalli di risultati. Inoltre, gli infermieri garantiscono l'autonomia dei pazienti e il loro diritto di salvaguardare i valori, così come le esigenze di salute e di assistenza sanitaria [54]. Gli infermieri hanno necessità di competenze e capacità specifiche per sostenere, supportare e salvaguardare i pazienti nei confronti di svalutazione o cancellazione delle loro storie, espressioni ed esperienze culturali in una comunità globale. Queste abilità includono l'auto-riflessione e la conoscenza di sé, una comunicazione rispettosa, la

conoscenza culturale, l'accesso alle risorse e la comunicazione facilitata nel linguaggio del paziente. Rendere più consapevoli gli infermieri, fornendo sicurezza, ambienti favorevoli all'esercizio professionale e risorse di auto-miglioramento da parte dei datori di lavoro, migliora anche i risultati dei pazienti [7]. L'utilizzo di questa linea guida è influenzato da una serie di fattori e variabili di contesto, come ad esempio il ruolo dell'infermiere, le esigenze dei pazienti e la cultura, e, soprattutto, le risorse interne ed esterne dell'infermiere. Le risorse interne chiave saranno la conoscenza di sé e il rispetto dell'infermiere per i valori culturali, le credenze e i comportamenti tra pazienti e sé stesso.

#### La forza lavoro multiculturale.

Una misura per ottenere una forza lavoro multiculturale è il rafforzamento degli sforzi di assunzione e di mantenimento in organizzazioni sanitarie ed ambienti accademici di professionisti di origine straniera, molti dei quali porteranno una conoscenza culturale 'autoctona' e forniranno opportunità per l'acquisizione di competenze culturalmente adeguate a tutti gli infermieri.

#### La leadership interculturale.

La *leadership* infermieristica culturalmente competente promuove cambiamenti in sé stessi, altri professionisti e organizzazioni per ottenere risultati positivi per la salute degli individui, le famiglie, le comunità e le popolazioni. Gli infermieri devono garantire la conformità agli standard nazionali e internazionali di assistenza sanitaria e la pratica basata sulle evidenze e il modello di adattamento culturalmente competente di queste linee guida ai diversi contesti di vita degli individui, delle famiglie e delle comunità [16].

#### La pratica e la ricerca *Evidence-Based*.

Gli infermieri devono basare la loro pratica su interventi che siano stati sistematicamente testati ed abbiano dimostrato di essere i più efficaci per le popolazioni culturalmente diverse che assistono. La pratica basata sulle evidenze è un approccio che basa le decisioni cliniche e amministrative e le strategie di pratica su una combinazione di tre fonti di prova: i migliori risultati delle ricerche

disponibili, l'esperienza clinica e i valori del paziente [89]. Tuttavia, un grande corpo di ricerca qualitativa ha analizzato le variazioni culturali nei valori di assistenza sanitaria, credenze e pratiche che possono guidare l'infermiere nel fornire assistenza culturalmente congruente. Per ridurre le disparità nei risultati di salute, gli infermieri ricercatori hanno bisogno di condurre in modo significativo più studi di interventi efficaci. La maggior parte degli studi culturali sono descrittivi e di natura esplorativa e ora stanno fornendo la base per studi d'intervento futuri. La necessità è sempre più urgente per stabilire quali interventi siano i più efficaci per i pazienti. Secondo gli autori, Douglas et al.: *“Gli infermieri ricercatori hanno la capacità e l'obbligo di fornire agli infermieri interventi sistematicamente testati, clinicamente utili ed efficaci per popolazioni culturalmente diverse”* [31]. Di seguito sono mostrati in tabella alcuni esempi d'implementazione delle linee guida per l'assistenza infermieristica culturalmente competente (Tabella n.7).

**Tab. n.7 Esempi d'implementazione delle linee guida per l'assistenza infermieristica culturalmente competente**

<b>CAREGIVERS</b>	<b>ORGANIZZAZIONI SANITARIE</b>
<b>CONOSCENZA DELLE CULTURE</b>	
1. Partecipare a moduli di apprendimento sui principi generali di cura culturalmente competente.	1. Facilitare la partecipazione del personale a corsi per l'assistenza culturalmente competente e la conoscenza dei gruppi culturali serviti.
2. Partecipare all'apprendimento di moduli sulla specifica conoscenza dei gruppi culturali più comuni serviti.	2. Organizzare attività di sensibilizzazione per promuovere la competenza culturale (come ad esempio giornate di patrimonio culturale con diversi <i>speakers</i> , media, cibi etnici, etc.).
3. Identificare credenze e valori sanitari dell'infermiere, che possono essere differenti, da quelle del paziente e della famiglia.	3. Fornire risorse accessibili per il personale per conoscere culture specifiche e termini linguistici comuni utilizzati dalle popolazioni servite.
<b>ISTRUZIONE E FORMAZIONE</b>	
1. Frequentare l'orientamento richiesto e corsi annuali in servizio sulla diversità culturale.	1. Fornire orientamento e formazione annuale in servizio sulla competenza culturale per tutti i livelli del personale: management, professionale e personale ausiliario in ogni reparto che ha contatto con il paziente.
2. Frequentare corsi di educazione continua o altre esperienze di apprendimento per mantenere le competenze interculturali.	2. Fornire corsi per aumentare la conoscenza culturale del personale sui pazienti etnicamente diversi che ricevono i servizi sanitari nella struttura.
3. Essere mentori dei colleghi sanitari nella cura culturalmente competente.	3. Fornire lezioni per migliorare le competenze degli infermieri nelle capacità di valutazione e di comunicazione cross-culturale.
4. Seguire il modello di apprendimento permanente sulla competenza culturale.	4. Utilizzare varie modalità di insegnare le competenze culturali, quali workshop, conferenze, corsi di formazione on-line, film, ed esperienze di immersione.
	5. Fare partenariato con esperti transculturali per fornire al personale corsi di formazione continua, consultazione, e abilità pratiche per l'assistenza culturalmente competente.

<b>RIFLESSIONE CRITICA</b>	
1. Riflettere sulle proprie credenze culturali, valori e pratiche.	1. Incorporare la riflessione critica nelle valutazioni delle prestazioni del personale.
2. Analizzare i problemi di cura del paziente attraverso il prisma della riflessione critica.	2. Promuovere la riflessione critica del personale attraverso riunioni di gruppo e discussioni di casi di studio.
	3. Condurre programmi e workshop per il personale che incoraggino la riflessione critica e l'auto-consapevolezza dei valori e credenze culturali.
<b>COMUNICAZIONE INTERCULTURALE</b>	
1. Considerare le variazioni culturalmente specifiche di comunicazione, come ad esempio: linguaggio del corpo; contatto visivo; distanza tra gli interlocutori; volume e tono della voce, intonazione e inflessioni; volontà di condividere pensieri e sentimenti.	1. Fornire budget per la traduzione dei materiali.
2. Utilizzare scale del dolore nella lingua preferita del paziente o utilizzare la scala "volti del dolore" per chi non parla la lingua dei <i>caregiver</i> .	2. Sviluppare, produrre e / o distribuire materiali di educazione al paziente nelle lingue delle popolazioni servite.
3. Sviluppare competenze nell'utilizzo di interpreti e traduttori.	3. Coordinare un programma per utilizzare efficacemente gli interpreti all'interno della struttura.
4. Fornire ai pazienti materiale tradotto nella loro lingua.	4. Utilizzare simboli e pittogrammi in ospedali, cliniche e altre organizzazioni sanitarie, quando possibile.
5. Distribuire materiale educativo nella lingua preferita del paziente.	
<b>PRATICA CULTURALMENTE COMPETENTE</b>	
1. Stabilire un rapporto di fiducia attraverso una comunicazione aperta e sensibile, l'ascolto attivo, e il rispetto delle credenze e le pratiche culturali del paziente.	1. Sviluppare politiche che riflettono le credenze locali culturali, norme e pratiche.
2. Effettuare una valutazione culturale che comprenda le preferenze del paziente su: lingua, nomina di un decisore,	2. Sorvegliare il personale per garantire che la pratica infermieristica transculturale efficace sia stata eseguita.

percezione delle cause di salute e malattia, modalità di trattamento culturalmente definiti.	
3. Incorporare le informazioni di valutazione culturale nel programma di cura.	3. Fornire il personale di risorse adeguate al fine di assistere in modo culturalmente competente.
4. Dimostrare abilità nella mediazione culturale, essere ponte nella negoziazione in situazioni di conflitto.	4. Valutare l'efficacia dei servizi culturalmente appropriati.
	5. Rivedere le politiche relative ai servizi culturalmente appropriati in base alle esigenze.
<b>SALUTE CULTURALMENTE COMPETENTE, SISTEMI DI ASSISTENZA E ORGANIZZAZIONI</b>	
1. Partecipare ai comitati di struttura sulla diversità culturale.	1. Sviluppare sistemi per promuovere erogazione delle cure culturalmente competenti.
2. Partecipare a eventi sulla diversità culturale, sponsorizzati dalla struttura.	2. Assicurarsi che la missione e le politiche organizzative riflettano il rispetto e valori legati alla diversità e inclusione.
3. Mantenere il fabbisogno educativo annuo sulla competenza culturale.	3. Assegnare una <i>task force</i> di livello gestionale per sorvegliare questioni relative alla diversità legate all'interno dell'organizzazione.
	4. Stabilire un <i>budget</i> interno per la fornitura di assistenza culturalmente appropriata, come ad esempio: assunzione d'interpreti/mediatori culturali, produzione multilingua di materiali per l'educazione del paziente, aggiunta di segnaletica in lingue diverse, etc.
	5. Includere requisiti di competenza culturali nella descrizione delle mansioni, misure di performance e criteri di promozione. 6. Sviluppare un sistema di raccolta dati per monitorare le tendenze demografiche dell'area geografica servita dalla struttura. 7. Ottenere i dati sulla soddisfazione dei pazienti per determinare l'adeguatezza ed efficacia dei servizi. 8. Collaborare con altre agenzie sanitarie per condividere idee e risorse per soddisfare le esigenze di popolazioni culturalmente diverse. 9. Portare l'assistenza sanitaria direttamente alla popolazione di etnia locale. 10. Arruolare i membri della comunità a partecipare nei comitati di pianificazione del programma della struttura, per esempio, per smettere di fumare o di programmi di cura del neonato.
<b>PATIENT ADVOCACY AND EMPOWERMENT</b>	



1. Assistere i pazienti e le famiglie nell'accesso alle risorse per risolvere le differenze culturali nelle preferenze per la cura.	1. Implementare un meccanismo imparziale che i pazienti e le famiglie possono utilizzare per indirizzare le preferenze culturali per la cura.
2. Aiutare i pazienti e le loro famiglie a comunicare le loro preferenze per la cura a chi presta l'assistenza.	2. Creare un forum per gli infermieri al fine di esaminare le interazioni rispettose con le loro popolazioni di pazienti.
<b>FORZA LAVORO MULTICULTURALE</b>	
1. Partecipare come mentore del personale culturalmente diverso.	1. Stabilire una priorità di assunzione di personale bilingue / biculturale.
2. Fare i volontari per visitare le scuole e parlare con gli studenti sulle professioni sanitarie.	2. Esaltare le differenze culturali attraverso eventi speciali istituzionali.
	3. Stabilire le politiche di tolleranza zero per discriminazione da parte di tutti i fornitori di cure. 4. Sviluppare una rete di tutoraggio per il supporto di personale culturalmente diverso. 5. Inviare il personale sanitario alle scuole con un gran numero di studenti di diversa etnia al fine d'incoraggiare gli studenti a scegliere professioni sanitarie.
<b>LEADERSHIP INTERCULTURALE</b>	
1. Partecipare alle attività della comunità e / o iniziative organizzative per promuovere prestazione delle cure culturalmente competenti.	1. Partecipare a <i>partnership</i> di collaborazione per facilitare la partecipazione e promuovere una comunicazione efficace con la comunità di diversi utenti.
2. Partecipare ad associazioni professionali dedicate alla promozione dell'assistenza sanitaria culturalmente competente.	2. Contribuire a stabilire sistemi per il coordinamento dei servizi di cura tra tutti i livelli dell'assistenza sanitaria, sia internamente sia con le comunità culturalmente diverse in generale.
	3. Fornire supporto per la partecipazione collaborativa del personale nel campo della ricerca e l'integrazione delle migliori evidenze nelle cure specifiche per diverse popolazioni di pazienti.
<b>EVIDENCE-BASED PRACTICE E RICERCA</b>	
1. Partecipare ad un <i>journal club</i> per eseguire revisioni della letteratura sulla salute transculturale.	1. Fornire al personale infermieristico le risorse per migliorare la ricerca bibliografica e la ricerca critica sulle competenze del personale.
2. Partecipare a comitati che monitorino la soddisfazione dei	2. Stabilire <i>journal club</i> per la revisione della letteratura corrente sui gruppi culturali più comuni

pazienti provenienti da diversi <i>background</i> culturali e valutare l'efficacia delle cure fornite.	assistiti per garantire la pratica basata sulle evidenze.
3. Partecipare a comitati della struttura per indagare su un problema infermieristico transculturale che sia univoco per l'area di pratica.	3. Sviluppare consulenti infermieri di pratica avanzata per facilitare l'attuazione della pratica interculturale basata sulle evidenze.
4. Implementare i protocolli di ricerca basata sulla cura culturalmente competente.	4. Consultare gli esperti nella facoltà o scuola sul processo di ricerca e disegno dello studio.
	<p>5. Collaborare con i colleghi per stabilire un programma nazionale di priorità per la ricerca infermieristica transculturale.</p> <p>6. Sviluppare gruppi interdisciplinari di ricercatori per collaborare a progetti di miglioramento della qualità o studi di ricerca e chiedere i finanziamenti.</p> <p>7. Condurre ricerche attraverso le reti con alte percentuali di pazienti provenienti da diverse popolazioni.</p> <p>8. Collaborare con i colleghi a livello nazionale e internazionale per progettare e realizzare studi d'intervento dei fenomeni culturali su larga scala.</p> <p>9. Condurre <i>workshop</i> e conferenze per diffondere le evidenze sugli approcci efficaci per la pratica infermieristica culturalmente congruente.</p>

*Fonte: Douglas et al., 2014.*

## **CAPITOLO 4.**

### **INDAGINE SULLA COMPETENZA CULTURALE DEGLI INFERMIERI E LA PERCEZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELLE CURE DEI PAZIENTI STRANIERI**

La competenza culturale riguarda l'intero Sistema Sanitario, ma l'entusiasmo per eseguire quest'indagine si è dovuto misurare con le risorse disponibili e si è quindi deciso di analizzare una sola popolazione professionale, quella infermieristica operante in un Distretto della Azienda USL Roma 2 (ex-B) e in due strutture Ospedaliere, e i pazienti assistiti negli stessi setting lavorativi.

#### **4.1. Obiettivi della ricerca**

La finalità di questa ricerca di tipo descrittivo è di valutare la competenza culturale degli infermieri anche attraverso la percezione dei pazienti e la loro soddisfazione per le cure ricevute.

#### **4.2. Gli strumenti di raccolta dati**

**4.2.1. Cultural Competence Assessment Tool - (CCATool)**, versione italiana [22]. Lo strumento ha l'obiettivo di cogliere la percezione degli infermieri riguardo la competenza culturale. Comprende: 25 item per le sotto scale CAS e CCB, impostate su una scala Likert a 7 opzioni; dieci voci riguardano i dati anagrafici e professionali; 2 item attengono gli incontri con le diversità; 1 item concerne l'autovalutazione espressa dagli infermieri su una scala Likert a 5 opzioni. Lo strumento autosomministrato si presenta così suddiviso:

Dati anagrafici e professionali. Le informazioni che si intende acquisire in questa parte riguardano sia i dati anagrafici (genere, età), sia quelli culturali (titolo di studio) e professionali (anzianità di servizio, luogo di lavoro, aggiornamento professionale sulla diversità culturale, qualifica).

La seconda area. Riguarda la *cultural awareness and sensitivity* sotto scala CAS, dall'item n.1 al n.11, valuta la consapevolezza e sensibilità culturale con una scala Likert a 7 opzioni, da fortemente “in accordo” (punteggio 1) a “fortemente in disaccordo” (punteggio 7). La consapevolezza culturale si riferisce alla conoscenza dell'infermieri su quelle aree di espressione culturale in cui i gruppi tendono a differire e quelli in cui si notano somiglianze. La sensibilità culturale descrive atteggiamenti, valori, credenze e intuizioni personali. Il riconoscimento delle convinzioni personali, l'apertura alla ‘diversità’ e il rispetto per i modi complessi, in cui le questioni culturali influenzano l'aspetto dell'assistenza sanitaria sono essenziali per essere un fornitore di assistenza sanitaria sensibile.

La terza area. Attiene la *culturally competent behavior* sotto scala CCB, dall'item n.12 al n.25, che valuta il comportamento culturalmente competente con una scala Likert a 7 opzioni, da “sempre” (punteggio 1) a “mai” (punteggio 7). I comportamenti di competenza culturale sono i risultati osservabili dell'esperienza sulle diversità, maggiore consapevolezza, e raffinatezza della sensibilità. Apprezzare, adattare, negoziare, e spiegare l'assistenza sanitaria culturalmente congruente con le necessità del paziente sono determinanti nelle interazioni di cura della salute che risultano efficaci ed efficienti.

Sommando gli item delle due sotto scale CAS e CCB producono i rispettivi punteggi. Punteggi più alti indicano livelli più alti di conoscenza, atteggiamenti più positivi, e una maggiore frequenza di comportamenti competenti.

La quarta area. Consta di due elementi aggiuntivi: a) gli incontri avvenuti con alcuni gruppi etnici (item n.26) e altri gruppi sociali (item n.27) negli ultimi 12 mesi. L'esperienza sulla diversità culturale mostra solo un semplice conteggio del numero di gruppi incontrati, un numero più alto indica maggiore diversità di esperienze. b) L'autovalutazione delle competenze culturali da parte degli infermieri stessi (item n.28) su una scala Likert a 5 opzioni, da “molto competente” (punteggio 1) a “molto incompetente” (punteggio 5). L'autovalutazione non implica necessariamente auto-referenzialità, cioè chiusura entro dei parametri di giudizio personali e avulsi dalla realtà, comporta sempre una percezione di competenza, cioè un giudizio soggettivo.

**4.2.2. Scala delle Competenze Culturali Infermieristiche SCCI** (Versione italiana modificata per infermieri a cura di Gradellini C, Finotto S, Costi E.) - della scala PCCPS (*Physicians' Cultural Competence for Patient Satisfaction*) [3]. Questo strumento è stato somministrato ai pazienti. Valuta la competenza culturale degli infermieri attraverso la percezione dei pazienti e rileva altresì la soddisfazione per le cure ricevute. Lo strumento è composto da 49 item, 41 di essi impostati su una scala di tipo Likert a 5 opzioni. Le domande sono suddivise in cinque gruppi di contenuti:

- A. dati demografici;
- B. conoscenze generali interculturali dell'infermiere, sono presenti 18 item su una scala di tipo Likert a 5 opzioni, da “molto” (punteggio 1) a “per niente” (punteggio 5);
- C. livello di soddisfazione del paziente, comprende 5 item su una scala di tipo Likert a 5 opzioni, da “eccellente” (punteggio 1) a “insufficiente” (punteggio 5);
- D. percezione del paziente circa le capacità comunicative dell'infermiere, riguardano 16 item su una scala di tipo Likert a 5 opzioni, va da “molto” (punteggio 1) a “per niente” (punteggio 5);
- E. percezione del paziente circa le capacità interpersonali dell'infermiere riguardano 2 item su una scala di tipo Likert a 5 opzioni, va da “mai” (punteggio 1) a “sempre” (punteggio 5).

Questo strumento acquisisce la percezione da parte del paziente della capacità dell'infermiere di avere conoscenze generali sugli aspetti interculturali e di fornire assistenza sanitaria di qualità basata su questa consapevolezza. Inoltre, valuta la competenza culturale specifica per il paziente o la percezione che ha sulle capacità dell'infermiere di prendersi cura di ciascuna persona come individuo unico e di adattare l'assistenza sanitaria ai propri contesti specifici.

#### Analisi dei dati

Le variabili continue sono state riassunte come medie e deviazione standard (SD). Le variabili categoriche sono state sintetizzate come frequenze e percentuali.

Al fine di testare le differenze in punteggi tra i gruppi, sono state eseguite analisi a senso unico, test t di varianza e campioni indipendenti. La significatività statistica è stata impostata a  $p < 0.005$ . L'analisi statistica è stata eseguita con SPSS 24.0.

### **4.3. Il campo d'indagine**

Il campo d'indagine è costituito da un campione di convenienza composto da infermieri provenienti dall'ambito territoriale e ospedaliero. I criteri d'inclusione riguardavano lavorare nei setting di cura sopramenzionati e partecipare in forma volontaria. Per quanto riguarda il campione costituito dai pazienti assistiti nelle stesse aree assistenziali, il criterio d'inclusione era di avere conoscenze della lingua italiana e di aver incontrato un infermiere, per un problema di salute, almeno due settimane prima della somministrazione del questionario.

#### **4.3.1. Gli infermieri**

Gli infermieri, 260, lavorano sul territorio al distretto n.3 della Azienda AUSL Roma 2 (ex-B) e nell'ambito ospedaliero al presidio Ospedaliero Sandro Pertini e all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.

Gli infermieri del Distretto n.3<sup>3</sup> della Azienda AUSL Roma 2 (ex-B), provengono dal consultorio di via Duilio Cambellotti, 11 e via delle Canapiglie, 88; poliambulatorio di via Tenuta di Torrenova, 138 e di via Torricella Sicura, 4; poliambulatorio e consultorio di via Tommaso Agudio, 5; ambulatorio di medicina preventiva della età evolutiva di via Casilina, 1665; Ser.D via Casilina, 1368. Gli infermieri operano in due turni, mattina e pomeriggio, e sono in totale 64 unità.

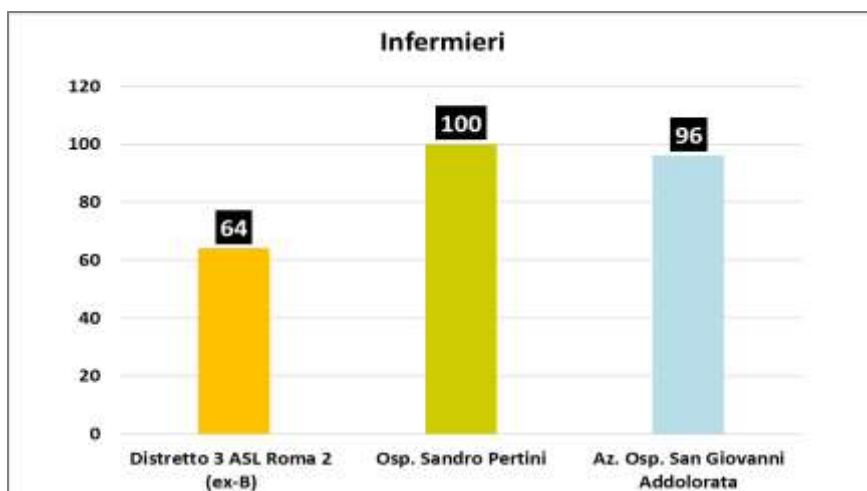
Infermieri del presidio Ospedaliero Sandro Pertini: operanti nei reparti di medicina generale, chirurgia, ortopedia, attivi nei tre turni; week surgery e week medicine, endoscopia digestiva, operanti in due turni. Il totale delle unità infermieristiche attive è di 100 unità.

---

<sup>3</sup> Il numero del Distretto è cambiato al n.6 dopo la fusione della ASL Roma B e la ASL Roma C in ASL Roma 2.

Infermieri dall’Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata: operanti nei reparti di ostetricia e ginecologia, medicina 3, medicina 4, otorinolaringoiatria, maxillo-facciale, ortopedia 1 e ortopedia 2. Infermieri operanti nei turni di mattina, pomeriggio e notte sono in totale 96 unità attive, (Grafico n.1).

**Graf. n.1 Campo d’indagine infermieristico**



Dei 260 questionari distribuiti agli infermieri coinvolti nell’indagine sono stati compilati 192, 59 appartenenti al territorio e 133 corrispondono al setting ospedaliero.

Dati anagrafici degli infermieri

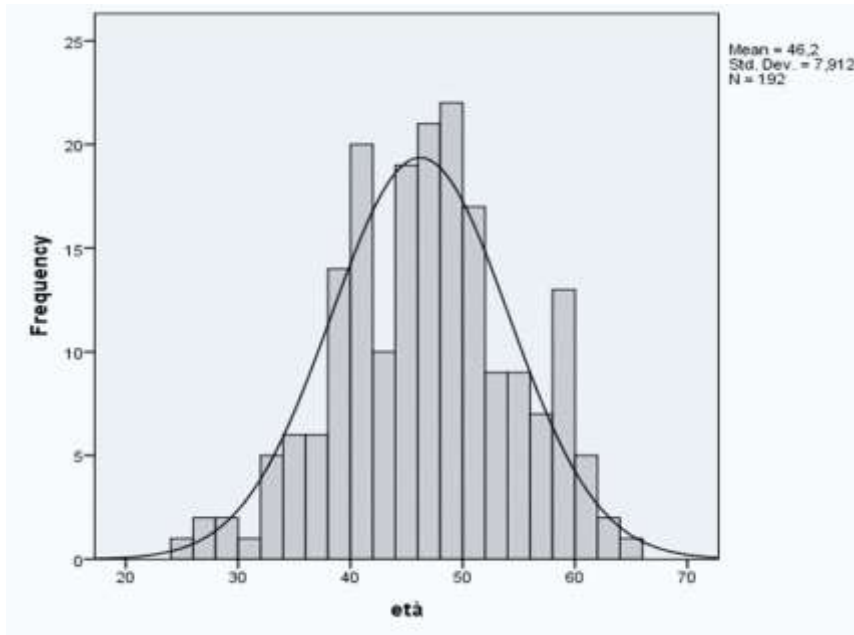
La maggior parte dei soggetti coinvolti nell’indagine è di genere femminile con una percentuale del 77,6% (Tabella n.8). Nella distribuzione del genere per setting, il territorio è meno rappresentato dal genere maschile 6,8% (3 infermieri su 59).

**Tab. n.8 Distribuzione frequenze e percentuale per genere**

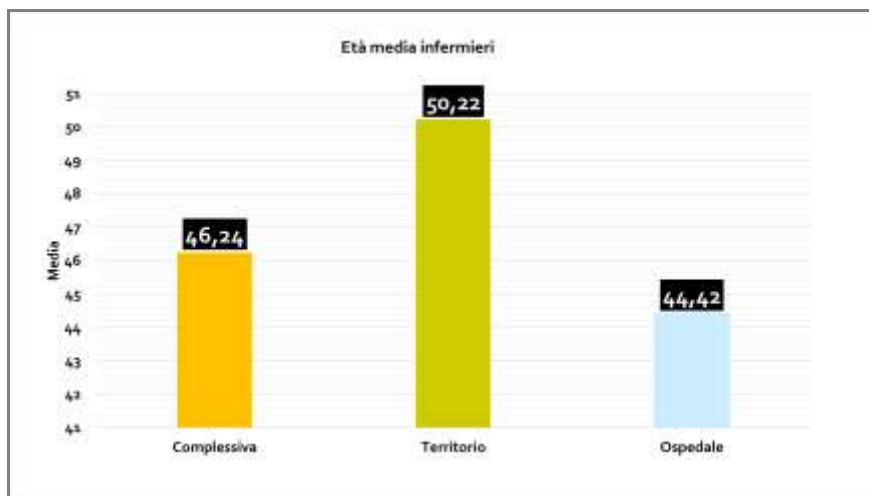
Genere		Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Valido	Maschile	43	22,4	22,4	22,4
	Femminile	149	77,6	77,6	100,0
	Totale	192	100,0	100,0	

L'età media degli infermieri osservati (Grafico n.2) è di 46,2 anni (range 25-64) mentre per quanto riguarda il territorio e l'ospedale, 50,2 anni e 44,42 rispettivamente (Grafico n.3).

**Graf. n.2** Frequenze ed età media degli infermieri



**Graf. n.3** Età media complessiva e per setting lavorativo degli infermieri





La classe di età più rappresentativa dell'intero campione d'infermieri è quella tra 41-50 anni con 92 unità; gli infermieri nella classe di età <30 anni sono solo 5 unità e rappresentano il 2,6% (Tabella n.9). I professionisti di genere maschile nella classe di età >50 anni rappresentano il 20,6% della stessa classe.

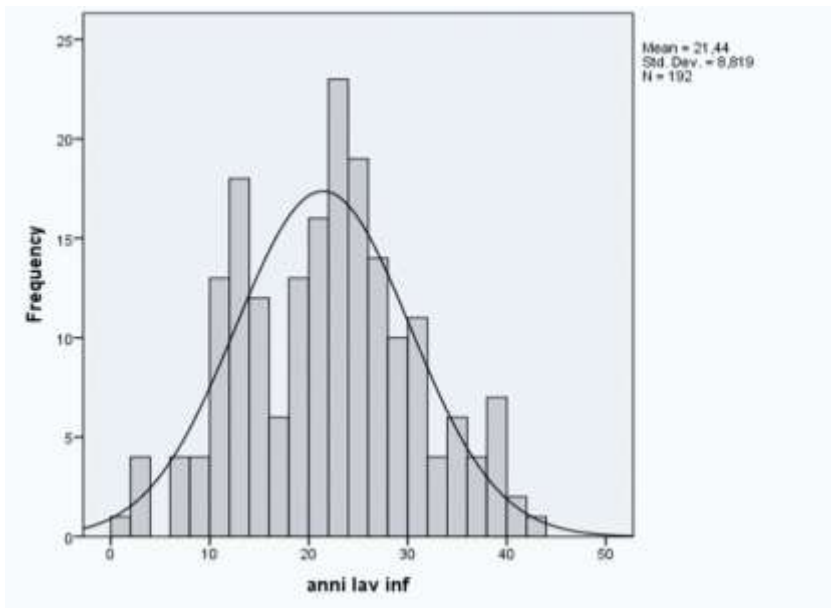
**Tab. n.9 Classi di età e genere degli infermieri**

Età CLASSI		genere		Totale	
		maschio	femmina		
<b>&lt;30</b>	Conteggio	1	4	5	
	% in etaCLASSI	20,0%	80,0%	100,0%	
	% in genere	2,3%	2,7%	2,6%	
	% del totale	0,5%	2,1%	2,6%	
	<b>30-40</b>	Conteggio	10	22	32
		% in etaCLASSI	31,3%	68,8%	100,0%
		% in genere	23,3%	14,8%	16,7%
		% del totale	5,2%	11,5%	16,7%
	<b>41-50</b>	Conteggio	19	73	92
		% in etaCLASSI	20,7%	79,3%	100,0%
		% in genere	44,2%	49,0%	47,9%
		% del totale	9,9%	38,0%	47,9%
	<b>&gt;50</b>	Conteggio	13	50	63
		% in etaCLASSI	20,6%	79,4%	100,0%
		% in genere	30,2%	33,6%	32,8%
		% del totale	6,8%	26,0%	32,8%
<b>Totale</b>	Conteggio	43	149	192	
	% in etaCLASSI	22,4%	77,6%	100,0%	
	% in genere	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del totale	22,4%	77,6%	100,0%	

### Dati professionali e culturali degli infermieri

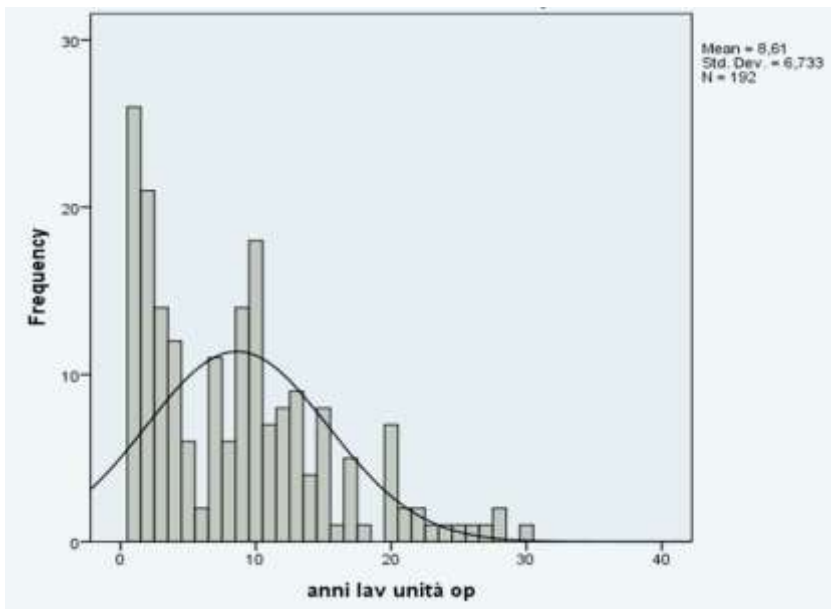
La media degli anni di lavoro complessivi degli infermieri (Grafico n.4) è di 21,4 anni, mentre per il setting ospedaliero la media si attesta a 18,5 anni.

**Graf. n.4 Media degli anni lavorativi complessivi degli infermieri**



Per quanto concerne la media degli anni lavorativi nelle unità operative cui lavoravano gli infermieri al momento dell'indagine è di 8,6 anni (Grafico n.5), per il territorio la media è di 8,9 anni, mentre per l'ambito ospedaliero è di 8,5 anni.

**Graf. n.5 Media anni lavorativi degli infermieri nell'unità operativa**



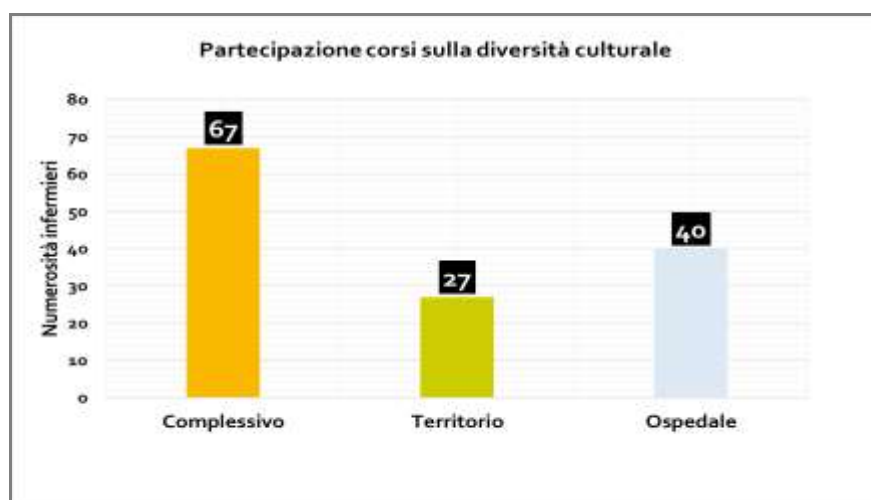
Per quanto riguarda il livello di formazione, si osserva che il 51% degli infermieri ha un diploma regionale triennale, il 13% ha un diploma universitario, i laureati triennali sono 51, mentre il 6,3% del campione ha una laurea magistrale (Tabella n.10) di cui 4 infermieri appartengono al setting territoriale.

**Tab. n.10 Livello formativo degli infermieri**

Formazione Infermieri	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Corso biennale regionale	6	3,1	3,1	3,1
Corso triennale regionale	98	51,0	<b>51,0</b>	54,2
Diploma universitario	25	13,0	13,0	67,2
Laurea triennale	51	26,6	<b>26,6</b>	93,8
Laurea magistrale	12	6,3	<b>6,3</b>	100,0
Total	192	100,0	100,0	

I dati emersi sulla partecipazione ad eventi/corsi sulla diversità culturale evidenziano che solo 67 infermieri su 192 vi hanno preso parte (Grafico n.6) quasi il 35% del totale, una percentuale alquanto bassa.

**Graf. n.6 Partecipazione degli infermieri ai corsi sulla diversità culturale e per setting di lavoro**



La maggior parte degli infermieri, il 19,8%, ha frequentato eventi accreditati aziendali o sotto formazione continua (Tabella n.11), venti infermieri hanno assistito a conferenze o seminari (Tabella n.12) mentre il 6,3% ha eseguito un corso di formazione online (Tabella n. 13).

**Tab. n.11 Partecipazione degli infermieri ad eventi sulla diversità culturale formazione continua/eventi accreditati aziendali**

Partecipazione Eventi accreditati aziendali		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	No	154	80,2	80,2	80,2
	Si	<b>38</b>	19,8	<b>19,8</b>	100,0
Totale		192	100,0	100,0	

**Tab. n.12 Partecipazione degli infermieri ad eventi sulla diversità culturale - conferenze /seminari**

Partecipazione conferenze - seminari		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	No	171	89,1	89,5	89,5
	Si	<b>20</b>	10,4	<b>10,5</b>	100,0
	Totale	191	99,5	100,0	
Mancante	Sistema	1	0,5		
Totale		192	100,0		

**Tab. n.13 Partecipazione degli infermieri ad eventi sulla diversità culturale -corsi formazione online**

Partecipazione corsi online		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	No	180	93,8	93,8	93,8
	Si	<b>12</b>	6,3	<b>6,3</b>	100,0
Totale		192	100,0	100,0	

I questionari sono stati distribuiti anche ai Coordinatori infermieristici, ma di loro hanno risposto in 8 unità (Tabella n.14), la maggior parte, 5, appartiene al setting territoriale. Il minor coinvolgimento all'indagine da parte dei coordinatori dell'area ospedaliera probabilmente è dovuto alla complessità delle loro attività quotidiane.

**Tab n.14 Ruolo degli infermieri**

Ruolo	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Infermiere	184	95,8	95,8	95,8
Inf. coordinatore	<b>8</b>	4,2	4,2	100,0
Totale	192	100,0	100,0	

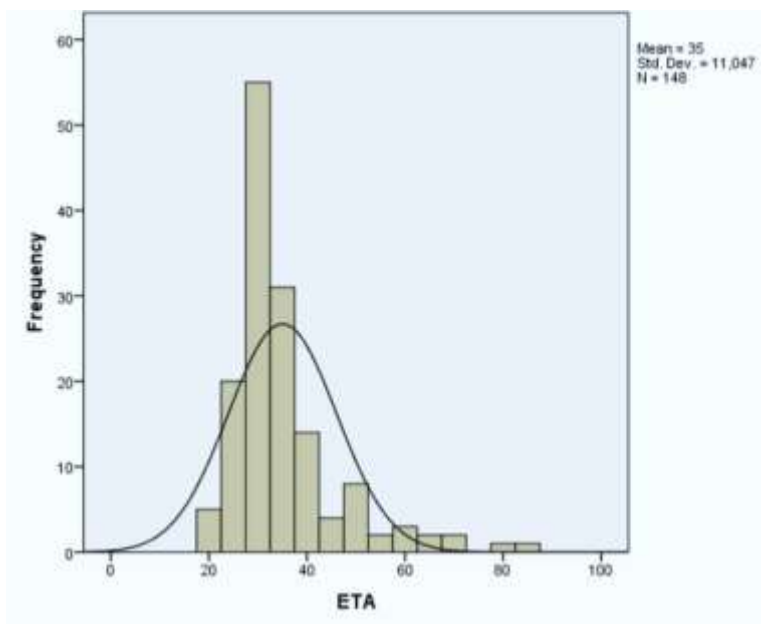
#### **4.3.2. I Pazienti stranieri**

I pazienti stranieri partecipanti all'indagine sono stati 148. Il reclutamento è avvenuto, come già descritto, negli stessi setting lavorativi degli infermieri.

##### Dati demografici pazienti

L'età media dei pazienti è di 35 anni (Grafico n.7). La classe di età più rappresentativa è 30-39 anni con il 48%, mentre 16 pazienti avevano  $\geq 50$  anni (Tabella n.15). Per quanto attiene il genere, la maggior parte è di sesso femminile, 85,8 % (Tabella n.16).

**Graf. n.7 Età media dei pazienti**



**Tab. n.15 Classi di età dei pazienti**

Classi età		Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Valido	<30	47	31,8	31,8	31,8
	<b>30-39</b>	71	48,0	<b>48,0</b>	79,7
	40-49	14	9,5	9,5	89,2
	>=50	16	10,8	10,8	100,0
	Total	148	100,0	100,0	

**Tab. n.16 Genere dei pazienti**

Genere		Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulative
Valido	Maschi	21	14,2	14,2	14,2
	Femmine	127	85,8	<b>85,8</b>	100,0
	Total	148	100,0	100,0	

È da evidenziare che i pazienti che vi hanno fatto parte in questa ricerca provengono da 37 nazioni, cinquantasei pazienti provengono dall'Europa, 43 dall'Africa, 29 dall'Asia, il 12,8% dal Sud America, mentre solo 1 paziente giunge dagli Stati Uniti (Tabella n.17).

**Tab. n.17 Continente di provenienza dei pazienti**

Continente Origine		Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulative
Valido	Europa	<b>56</b>	<b>37,8</b>	37,8	37,8
	Africa	43	<b>29,1</b>	29,1	66,9
	Asia	29	19,6	19,6	86,5
	Sud-America	19	12,8	12,8	99,3
	Altro	1	0,7	0,7	100,0
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

La nazione più rappresentativa è la Romania con il 26,4%, seguita dalla Nigeria e il Bangladesh con l'8,8% e 8,1% rispettivamente, mentre tra le nazioni meno rappresentate di trovano: Venezuela, Cuba, Stati Uniti, Russia, Inghilterra, Iran, Emirati Arabi, con un solo paziente (Tabella n.18).

**Tab. n. 18** Nazione di provenienza dei pazienti

Nazione	Frequenza	Percentuale
Romania	39	26,4
Nigeria	13	8,8
Bangladesh	12	8,1
Colombia	7	4,7
Egitto	6	4,1
India	6	4,1
Moldavia	6	4,1
Peru'	6	4,1
Ucraina	6	4,1
Eritrea	4	2,7
Marocco	4	2,7
Albania	3	2
Cina	3	2
Ecuador	3	2
Algeria	2	1,4
Etiopia	2	1,4
Filippine	2	1,4
Ghana	2	1,4
Polonia	2	1,4
Senegal	2	1,4
Sudan	2	1,4
Afghanistan	1	0,7
Brasile	1	0,7
Congo	1	0,7
Cuba	1	0,7
Emirati Arabi	1	0,7
Inghilterra	1	0,7
Iran	1	0,7
Isole Mauritius	1	0,7
Rep. Dem. Congo	1	0,7
Russia	1	0,7
Serbia	1	0,7
Siria	1	0,7
Sri Lanka	1	0,7
Stati Uniti	1	0,7
Tunisia	1	0,7
Venezuela	1	0,7
<b>Totale</b>	<b>148</b>	<b>100</b>



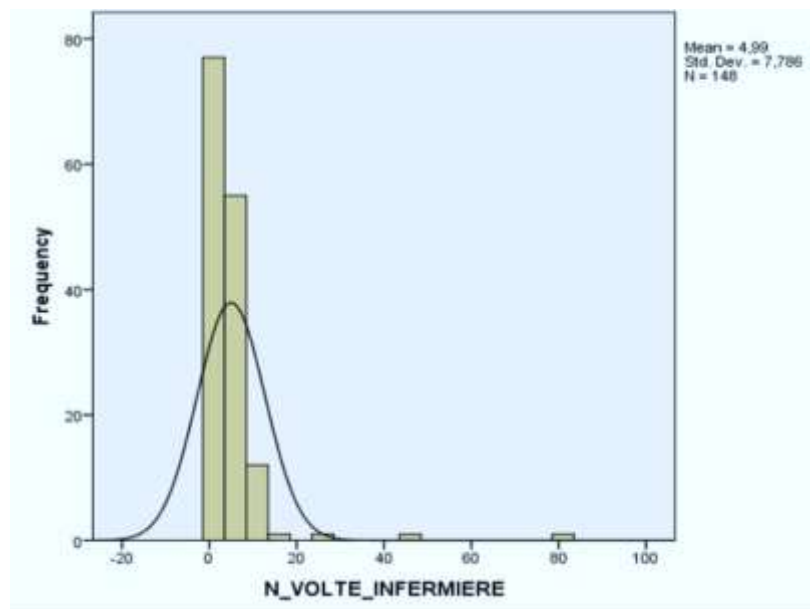
I dati sul livello di scolarità dei pazienti mostrano che il 44,6% ha studiato da un minimo di 9 a un massimo di 13 anni, 25 pazienti su 148 ha più di 13 anni di studio (Tabella n.19).

**Tab. n.19 Anni di scolarità dei pazienti**

Scolarità		Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Valido	<5 anni	2	1,4	1,4	1,4
	6-8 anni	55	37,2	37,2	38,5
	9-13 anni	66	44,6	<b>44,6</b>	83,1
	>13 anni	<b>25</b>	16,9	16,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Alla domanda: quante volte ha visto un infermiere l'anno scorso? La maggior parte dei pazienti, 23,6%, ha risposto 3 volte, mentre la media è 4,9 volte (Grafico n.8).

**Graf. n.8 Numero di incontri infermiere/ paziente**



La maggior parte dei pazienti, 98%, asserisce di essere stata assistita da infermieri italiani, mentre due assistiti hanno risposto che gli infermieri provenivano

dall’America meridionale e uno afferma che il professionista era originario da altra nazione Europea (Tabella 20).

**Tab. n.20 Nazionalità degli infermieri riferita dai pazienti**

Nazionalità infermieri		Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Valido	Italiana	145	98,0	98,0	<b>98,0</b>
	Sud-Americana	<b>2</b>	1,4	1,4	99,3
	Europea	1	0,7	0,7	100,0
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

#### **4.4. La procedura**

Ottenuta l’autorizzazione per la somministrazione dei questionari, sia agli infermieri sia ai pazienti, da parte delle Direzioni Sanitarie di ogni struttura coinvolta, si è provveduto alla diffusione dell’informazione alle unità operative, allegando una lettera di presentazione dell’indagine e delle finalità dello studio.

La presentazione è stata curata personalmente dal referente della ricerca, che ha illustrato le finalità dell’iniziativa; le aree su cui indaga il questionario; le modalità di compilazione; la garanzia dell’anonimato; la libertà di adesione.

Per la somministrazione del questionario ai pazienti, inoltre, si tiene a precisare che la proposta e somministrazione dei questionari è stata accompagnata dall’acquisizione del Consenso informato e che in data 16/12/2015 si è ricevuto parere unico favorevole da parte del Comitato Etico provinciale di Reggio Emilia, sede iniziale del progetto, ed è stata data relativa comunicazione alle strutture coinvolte nell’indagine.

Per la raccolta dei dati si è avvalsi dalla disponibilità e della collaborazione dei Coordinatori delle varie unità operative coinvolte.

Si è deciso di iniziare con la somministrazione dei questionari ai professionisti infermieri ma subito dopo e nella stessa giornata ai pazienti, questo per acquisire dati più rappresentativi.

L'indagine si è svolta da marzo 2017 a febbraio 2018, tempo necessario, dovuto alla natura della ricerca nel coinvolgere e acquisire dati dai pazienti stranieri.

#### 4.5. Risultati Quantitativi

##### Risultati relativi agli infermieri

Rispetto al campo d'indagine individuato hanno risposto 192 infermieri, 59 unità del setting territoriale e 133 dell'ambito ospedaliero, che rappresentano il 73,8% del totale (Tabella n.21). Come si osserva, il presidio Ospedaliero Sandro Pertini presenta una percentuale minore di adesione all'indagine, si potrebbe ipotizzare sia dovuto all'aumentato carico lavorativo nel periodo della raccolta dati.

**Tab. n.21 Infermieri che hanno risposto al questionario sul totale degli infermieri in organico (percentuale)**

Setting	Infermieri che hanno risposto	Infermieri in organico	%
Distretto n.3 ASL Roma 2 (ex-B)	59	64	92,2
Presidio Osp. Sandro Pertini	58	100	58,0
Azienda Osp. San Giovanni	25	75	78,1
<b>Totale</b>	<b>192</b>	<b>260</b>	<b>73,8</b>

I dati rilevati evidenziano un punteggio medio complessivo discreto di competenza culturale degli infermieri corrispondente a 4,19 (DS=0,57; range=2,75-5,71). Il punteggio medio relativo alla sotto scala CAS è di 4,28 (DS=0,53) riguardante la consapevolezza e sensibilità culturale degli infermieri.

Il livello di consapevolezza più alta corrisponde all'item: "credo che tutti dovrebbero essere trattati con rispetto, non importa quale sia il proprio patrimonio culturale" con un punteggio medio di 6,13 (DS:1,42); il punteggio più basso riguardava "le

credenze spirituali e religiose sono aspetti importanti di molti gruppi culturali” con 2,58 (DS=1,62).

All’analisi della sotto scala CCB si osserva un punteggio medio di 4,10 (DS=1,0; range=1,43-6,50) riguardante il comportamento culturalmente competente, inferiore alla sotto scala CAS. Si potrebbe ipotizzare che esista una difficoltà in esprimere le conoscenze e sensibilità in comportamenti culturalmente adeguati.

L’analisi ha dimostrato inoltre, che esiste una debole correlazione positiva o diretta (Indice di Pearson=0.033) tra anni di lavoro e livello di competenza culturale degli infermieri ma non è statisticamente significativa (p=0.647) (Tabella n.22).

**Tab. n.22 Correlazione tra anni di lavoro e livello di competenza culturale degli Infermieri**

Correlazione		anni lav inf	MEDIA CAS3 e CCB
<b>anni lavoro infermieri</b>	Correlazione di Pearson	1	<b>0,033</b>
	Sign. (a due code)		0,647
	N	192	192
<b>MEDIA CAS3 e CCB</b>	Correlazione di Pearson	0,033	1
	Sign. (a due code)	<b>0,647</b>	
	N	192	192

Esiste una debole correlazione diretta (Indice di Pearson = 0.044) non statisticamente significativa ( $p=0.547$ ) tra punteggio CAS e punteggio CCB indipendentemente e anni di esperienza lavorativa (Tabella n.23).

**Tab. n.23 Correlazione tra anni lavorativi degli infermieri e punteggi CAS e CCB**

Correlazione		anni lav inf	MEDIA CAS3	MEDIA CCB
<b>anni lavoro infermieri</b>	Correlazione di Pearson	1	-0,002	0,039
	Sign. (a due code)		0,976	0,588
	N	192	192	192
<b>MEDIA CAS3</b>	Correlazione di Pearson	-0,002	1	0,044
	Sign. (a due code)	0,976		<b>0,547</b>
	N	192	192	192
<b>MEDIA CCB</b>	Correlazione di Pearson	0,039	<b>0,044</b>	1
	Sign. (a due code)	0,588	0,547	
	N	192	192	192

Si osserva anche una correlazione inversa o negativa tra età punteggio CAS (Indice di Pearson = -0.058;  $p= 0.425$ ) e tra età e punteggio CCB (Indice di Pearson = -0.048;  $p= 0.506$ ) (Tabella n.24). Dati che potrebbero significare che a una maggior età dell'infermiere corrisponde un minor punteggio delle sotto scale CCB e CAS.

**Tab. n.24 Correlazioni tra età degli infermieri e punteggi CCB e CAS**

Correlazione		età	MEDIA CAS3	MEDIA CCB
<b>età</b>	Correlazione di Pearson	1	<b>-0,058</b>	-0,048
	Sign. (a due code)		0,425	<b>0,506</b>
	N	192	192	192
<b>MEDIA CAS3</b>	Correlazione di Pearson	-0,058	1	0,044
	Sign. (a due code)	<b>0,425</b>		0,547
	N	192	192	192
<b>MEDIA CCB</b>	Correlazione di Pearson	<b>-0,048</b>	0,044	1
	Sign. (a due code)	0,506	0,547	
	N	192	192	192

Si evidenzia una correlazione inversa o negativa (Indice di Pearson = -0.068) tra livello di competenza culturale (media tra CCB e CAS) ed età anagrafica, ma non statisticamente significativa (p=0.345) (Tabella n.25).

**Tab. n.25 Correlazione tra competenza culturale ed età anagrafica degli infermieri**

Correlazione		età	MEDIA CAS3 e CCB
<b>età</b>	Correlazione di Pearson	1	<b>-0,068</b>
	Sign. (a due code)		0,345
	N	192	192
<b>MEDIA CAS3 e CCB</b>	Correlazione di Pearson	-0,068	1
	Sign. (a due code)	<b>0,345</b>	
	N	192	192

Per quanto attiene i risultati per setting lavorativi, si osserva che anche se il livello di competenza culturale medio in ambito territoriale è lievemente superiore a quello ospedaliero, l'affermazione è ai limiti della significatività, (p=0.168) (Tabella n.26).

**Tab. n.26 Significatività tra la media CAS-CCB e luogo di lavoro degli infermieri ospedale/ territorio**

		osp/territ	N	Media	Deviazione std.	Media errore standard	
MEDIA CAS3 e CCB		ospedale	133	4,1887	0,61105	0,05298	
		territorio	59	4,2063	0,49672	0,06467	

		Test di Levene per l'eguaglianza delle varianze								Test campioni indipendenti			
		Test di Levene per l'eguaglianza delle varianze		Test t per l'eguaglianza delle medie				Intervallo di confidenza della differenza di 95%					
		F	Sign.	t	gl	Sign. (a due code)	Differenza della media	Diff. standard	Inferiore	Superiore			
MEDIA CAS3 e CCB	Varianze uguali presunte	1,91	0,168	-0,195	190	0,846	-0,01765	0,0905	-0,19616	0,16086			
	Varianze uguali non presunte			-0,211	135,23	0,833	-0,01765	0,0836	-0,18299	0,14768			

Inoltre, non esistono differenze statisticamente significative tra uomini e donne per quanto riguarda il livello di competenza culturale ( $p=0.555$ ) (Tabella n.27).

**Tab. n.27 Significatività del livello di competenza degli infermieri per genere**

		genere	N	Media	Deviazione std.	Media errore standard
MEDIA CAS3 e CCB		maschio	43	4,1614	0,59286	0,09041
		femmina	149	4,2035	0,57415	0,04704

		Test di Levene per l'eguaglianza delle varianze									Test campioni indipendenti			
		Test di Levene per l'eguaglianza delle varianze		Test t per l'eguaglianza delle medie										
		F	Sign.	t	gl	Sign.	Differenza della media	Differenza standard errore	Intervallo di confidenza della differenza di 95%					
						(a code)			Inferiore	Superiore				
MEDIA CAS3 e CCB	Varianze uguali presunte	0,35	0,55	-0,42	190	0,67	-0,04207	0,10012	-0,2395	0,15541				
	Varianze uguali non presunte			-0,413	66,432	0,681	-0,04207	0,10191	-0,2455	0,16138				

Ulteriormente, si osservano associazioni statisticamente significative tra anni di servizio e competenza culturale ( $p=0.001$ ) (Tabella n. 28). Si potrebbe dire che a una maggiore esperienza lavorativa degli infermieri corrisponde una maggiore competenza culturale (che riguarda il livello medio CAS – CCB).

**Tab. n.28** Significatività della competenza culturale degli infermieri e anni di servizio

	Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Tra gruppi	6,346	4	1,586	5,181	<b>0,001</b>
Entro i gruppi	57,263	187	0,306		
Totale	63,609	191			

	N	Media	Deviazione std.	Errore std.	95% di intervallo di confidenza per la media		Minimo	Massimo
					Limite inferiore	Limite superiore		
Molto competente	23	3,9790	0,60869	0,12692	3,7157	4,2422	2,76	5,32
Talvolta competente	46	4,0606	0,49458	0,07292	3,9137	4,2074	2,93	5,07
Né competente né incompetente	80	4,1699	0,53838	0,06019	4,0501	4,2897	2,99	5,28
Talvolta incompetente	38	4,4591	0,61624	0,09997	4,2565	4,6616	2,75	5,71
Molto incompetente	5	4,7851	0,53748	0,24037	4,1177	5,4524	4,19	5,53
Totale	192	4,1941	0,57709	0,04165	4,1119	4,2762	2,75	5,71



L'autovalutazione degli infermieri ha evidenziato che il 41,7% non si considera 'né competente né incompetente'; il 24% talvolta competente; il 12% si ritiene di essere molto competente (Tabella n.29).

**Tab. n.29 Autovalutazione della competenza culturale degli infermieri**

Autovalutazione		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	Molto competente	23	12,0	12,0	12,0
	Talvolta competente	46	24,0	<b>24,0</b>	35,9
	Né competente né incompetente	80	41,7	<b>41,7</b>	77,6
	Talvolta incompetente	38	19,8	19,8	97,4
	Molto incompetente	5	2,6	2,6	100,0
	<b>Totale</b>	<b>192</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Nell'autovalutazione della competenza culturale per genere, nessun infermiere di sesso maschile si ritiene incompetente e, 10 di essi, su 43, si ritiene molto competente, mentre 13 infermieri di sesso femminile su 149 si ritiene molto competente (Tabella n.30).

**Tab. n.30 Autovalutazione della competenza culturale degli infermieri per genere**

Autovalutazione per genere	Maschio	Femmina	Totale
Molto incompetente	0	5	5
Talvolta incompetente	5	33	38
Né competente né incompetente	16	64	80
Talvolta competente	12	34	46
Molto competente	<b>10</b>	13	23
<b>Totale</b>	<b>43</b>	<b>149</b>	<b>192</b>

Dai dati emersi non si osservano associazioni significative tra partecipazione ad eventi/corsi sulla diversità culturale e media delle sotto-scale CAS-CCB dell'infermiere ( $p=0.640$ ), (Tabella n.31). Il fatto che non esistano associazioni significative tra il livello di competenza culturale e la partecipazione ad eventi multiculturali può essere dovuto al campione insufficiente. Si ritiene comunque l'importanza della formazione sulla competenza culturale che potrebbe essere un modo efficace per sostenere gli infermieri nel loro lavoro clinico e nei servizi sanitari.

**Tab. n.31 Significatività sulla partecipazione ad eventi/corsi sulla diversità culturale degli infermieri e media CAS-CCB**

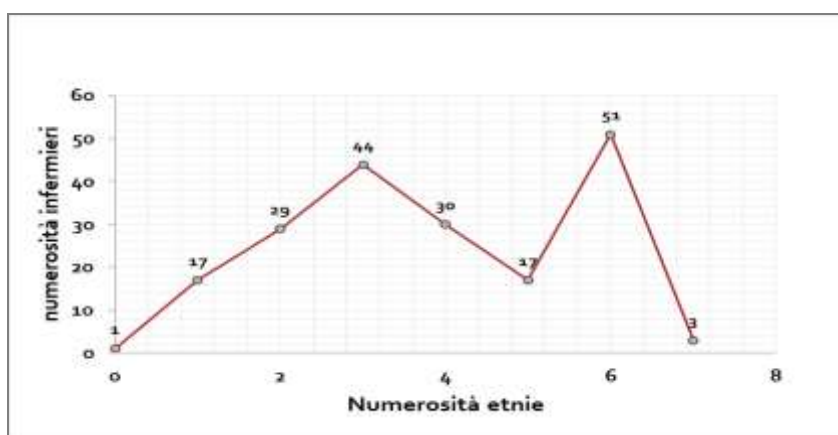
		Partecipazione eventi diversità culturale		N	Media	Deviazione std.	Media errore standard
MEDIA CAS3 e CCB		si	no	67	4,0580	0,57372	0,07009
				125	4,2670	0,56780	0,05079

		Test di Levene per l'eguaglianza delle varianze								
		Test campioni indipendenti								
		Test t per l'eguaglianza delle medie								
		Sign.		t		Diff.		Intervallo di confidenza della differenza di 95%		
		(a	due	Diff.	Diff.	Inferiore	Superiore			
		code	della	media	standard					
		)	media	standard						
			media	standard						
MEDIA CAS3 e CCB	Varianze uguali presunte	F	Sign.	t	gl	)	media	standard	Inferiore	Superiore
		0,219	<b>0,640</b>	-2,423	190	0,016	-0,20908	0,08628	-0,3792	-0,03888
	Varianze uguali non presunte			-2,416	133,854	0,017	-0,20908	0,08656	-0,3802	-0,03789

In relazione all'esperienza sulle diversità, gli infermieri che hanno riferito di avere incontrato (durante le attività di cura) solo pazienti di un solo gruppo etnico negli ultimi 12 mesi sono 17 unità; 51 infermieri hanno incontrato pazienti di 6 gruppi etnici e 44 professionisti dichiara di averne assistito 3 (Graf. n.9). Dai dati relativi alla tipologia di etnia con cui è avvenuto l'incontro, si può vedere che la maggior parte degli infermieri, 144 (75%), ha incontrato più pazienti di etnia africana.

**Graf. n.9 Esperienza degli infermieri sulla diversità e numerosità dei gruppi etnici**



Per l'incontro con gruppi sociali diversi, 142 dei professionisti (74%) dicono di aver assistito persone che professano religioni diverse (Tabella n.32). Si segnala che i gruppi etnici elencati corrispondono alla classificazione nordamericana, nonostante, singolarmente simili all'Italia. Nella classificazione dei gruppi sociali speciali, l'inserimento della categoria degli omosessuali come categoria 'speciale', non è condivisa.

**Tab. n.32 Esperienze degli infermieri sull'incontro con le diversità etniche e sociali**

Tipologia etnia	n	(%)
Ispanica/latina	100	52,1
Bianca/caucasica	110	57,3
Afroameric/africana	144	75,0
Indiana	116	60,4
Altre asiatiche	138	71,9
Araba	126	65,6
Altri	3	1,6
Gruppi sociali		
Sogg. Disturbi mentali	98	51,0
Sogg. Disabili	97	50,5
Senzatetto /SFD	106	55,2
Tossicodip/alcolisti	107	55,7
Transgender/omosess	63	32,8
Sogg. Div. religione	142	74,0
Altri	4	2,1

## Risultati relativi ai pazienti

Come si è già messo in evidenza, la maggior parte dei pazienti è di sesso femminile, arruolata negli ambulatori e consultori sul territorio, e nei diversi reparti ospedalieri, quindi, un gruppo eterogeneo che potrebbe esprimere molte diversità nelle proprie percezioni. Dai risultati emersi si evidenzia una associazione significativa tra i punteggi relativi alla percezione della competenza culturale e soddisfazione per le cure ricevute (Chi Quadro di Pearson= 21, 919 ;p <0,001) (Tabella n.33).

**Tab. n.33 Significatività sulla percezione della competenza culturale e soddisfazione delle cure dei pazienti**

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Media B	148	0,00	3,00	1,2930	0,46801
Media C	148	1,20	4,00	2,5000	0,53018
Numero di casi validi	148				

		Media C_cutoff		Totale	
		0	1		
Media B_cutoff	0	Conteggio	59	34	93
		% in MediaB_cutoff	63,4%	36,6%	100,0%
		% in MediaC_cutoff	81,9%	44,7%	62,8%
	1	Conteggio	13	42	55
		% in MediaB_cutoff	23,6%	76,4%	100,0%
		% in MediaC_cutoff	18,1%	55,3%	37,2%
Totale		Conteggio	72	76	148
		% in MediaB_cutoff	48,6%	51,4%	100,0%
		% in MediaC_cutoff	100,0%	100,0%	100,0%

	Valore	gl	Significatività asintotica (bilaterale)	Sign. esatta (bilaterale)	Sign. esatta (unilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	<b>21,919<sup>a</sup></b>	1	0,000		
Correzione di continuità <sup>b</sup>	20,355	1	0,000		
Rapporto di verosimiglianza	22,788	1	0,000		
Test esatto di Fisher				0,000	0,000
Associazione lineare per lineare	21,771	1	0,000		
N di casi validi	<b>148</b>				

Prendendo in considerazione i 2 gruppi (ospedale e territorio) si evince che esiste una associazione tra livello di competenza culturale percepita e livello di soddisfazione delle cure solo tra i pazienti appartenenti al gruppo del territorio. Questa associazione è statisticamente significativa (Chi quadro di Pearson=22,904;  $p < 0,001$ ) (Tabella n.34). Una spiegazione può essere dovuta a che i colleghi del settore territoriale potrebbero essere in maggior misura coinvolti in seguire i pazienti sia per il tipo di lavoro svolto, meno stressante che in ospedale, sia perché la durata dell'incontro favorisce la percezione più positiva.

**Tab. n.34 Significatività del livello di competenza culturale percepita e soddisfazione delle cure nelle risposte dei pazienti tra ospedale/territorio**

Test del chi-quadrato						
Ospedale/Territorio	Valore	gl	Significatività asintotica (bilaterale)	Sign. esatta (bilaterale)	Sign. esatta (unilaterale)	
1	Chi-quadrato di Pearson	0,909 <sup>c</sup>	1	0,340		
	Correzione di continuità	0,336	1	0,562		
	Rapporto di verosimiglianza	0,915	1	0,339		
	Test esatto di Fisher				0,462	0,282
	Associazione lineare per lineare	0,878	1	0,349		
	N di casi validi	29				
2	<b>Chi-quadrato di Pearson</b>	<b>22,904<sup>d</sup></b>	<b>1</b>	<b>0,000</b>		
	Correzione di continuità	21,104	1	0,000		
	Rapporto di verosimiglianza	24,224	1	0,000		
	Test esatto di Fisher				0,000	0,000
	Associazione lineare per lineare	22,712	1	0,000		
	N di casi validi	119				
Totale	Chi-quadrato di Pearson	21,919 <sup>a</sup>	1	0,000		
	Correzione di continuità	20,355	1	0,000		
	Rapporto di verosimiglianza	22,788	1	0,000		
	Test esatto di Fisher				0,000	0,000
	Associazione lineare per lineare	21,771	1	0,000		
	N di casi validi	148				

Anche se non ci sono associazioni statisticamente significative tra livello di soddisfazione e classe di età ( $p=0,123$ ), è da segnalare che la classe di età che ha segnalato un livello di soddisfazione percepito ritenuto come ‘buono’, è la fascia 30-39 anni con 39 pazienti. Ulteriormente, se si prende in considerazione il totale dei pazienti (148), il 3,4% dichiara un livello di percezione sulla soddisfazione delle cure ricevute come ‘eccellente’; il 54,7% asserisce un livello di percezione sulla soddisfazione delle cure ricevute come ‘buono’; il 35,8% ‘sufficiente’; il 5,4% ‘scarso’(Tabella n.35).

**Tab. n.35 Significatività del livello di soddisfazione dei pazienti per classi di età**

			LIVELLO_Soddisfazione					Totale
			Eccellente	Buono	Sufficiente	Scarso	Insufficiente	
<b>Età</b>	<b>&lt;30</b>	Conteggio	1	24	20	2	0	47
<b>CLASSI</b>		% in Età CLASSI	2,1%	51,1%	42,6%	4,3%	0,0%	100,0%
		% in LIVELLO_Soddisfazione	20,0%	29,6%	37,7%	25,0%	0,0%	31,8%
	<b>30-39</b>	Conteggio	2	39	24	6	0	71
		% in Età CLASSI	2,8%	54,9%	33,8%	8,5%	0,0%	100,0%
		% in LIVELLO_Soddisfazione	40,0%	48,1%	45,3%	75,0%	0,0%	48,0%
	<b>40-49</b>	Conteggio	0	10	4	0	0	14
		% in Età CLASSI	0,0%	71,4%	28,6%	0,0%	0,0%	100,0%
		% in LIVELLO_Soddisfazione	0,0%	12,3%	7,5%	0,0%	0,0%	9,5%
	<b>&gt;=50</b>	Conteggio	2	8	5	0	1	16
		% in Età CLASSI	12,5%	50,0%	31,3%	0,0%	6,3%	100,0%
		% in LIVELLO_Soddisfazione	40,0%	9,9%	9,4%	0,0%	100,0%	10,8%
<b>Totale</b>		Conteggio	5	81	53	8	1	148
		% in Età CLASSI	3,4%	54,7%	35,8%	5,4%	0,7%	100,0%
		% in LIVELLO_Soddisfazione	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Per quanto attiene il livello di soddisfazione per le cure ricevute dei pazienti per nazione di provenienza, il livello di soddisfazione dei pazienti è ritenuto basso dal 48,6% del totale dei pazienti mentre lo ritiene alto il 51,4%, ma non si sono riscontrate differenze statisticamente significative (Tabella n.36 in allegato n.3).

Se si osserva il livello di soddisfazione del paziente per continente di provenienza, anche qui non si evidenziano differenze statisticamente significative, ma come si può vedere, dai 56 pazienti europei 29 (51,8%) dichiarano un livello di percezione alto di soddisfazione (38,2%), mentre i pazienti di origine asiatica esprimono livelli di soddisfazione quasi simili, 19,4% per il livello basso e 19,7% per quello alto (Tabella n. 37).

**Tab. n.37 Significatività della soddisfazione del paziente per continente di provenienza**

			Livello di soddisfazione del paziente		
			basso	alto	Totale
<b>CONTINENTE origine</b>	Europa	Conteggio	27	29	56
		% in CONTINENTE origine	48,2%	<b>51,8%</b>	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	37,5%	<b>38,2%</b>	37,8%
	Africa	Conteggio	22	21	43
		% in CONTINENTE origine	51,2%	48,8%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	30,6%	27,6%	29,1%
	Asia	Conteggio	14	15	29
		% in CONTINENTE origine	48,3%	51,7%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	<b>19,4%</b>	<b>19,7%</b>	19,6%
	Sud America	Conteggio	9	10	19
		% in CONTINENTE origine	47,4%	52,6%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	12,5%	13,2%	12,8%
	altro	Conteggio	0	1	1
		% in CONTINENTE origine	0,0%	100,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
Totale	Conteggio	72	76	148	
	% in CONTINENTE origine	48,6%	51,4%	100,0%	
	% in Livello di	100,0%	100,0%	100,0%	
	soddisfazione del paziente				

	Valore	gl	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	1,074 <sup>a</sup>	4	0,898
Rapporto di verosimiglianza	1,460	4	0,834
Associazione lineare per lineare	0,077	1	0,781
N di casi validi	148		

Le risposte agli item sugli aspetti salienti da far notare nell'esperienza di relazione paziente-infermiere, sono ad esempio: "L'infermiere mi tratta con rispetto" ha ottenuto la risposta di 'abbastanza' da 120 pazienti e 'molto' da 10 (Tabella n.38); per ciò che riguarda l'item "l'infermiere rispetta la mia privacy" (Tabella n.39) la risposta 'abbastanza' è stata segnalata da 110 (79,7%) assistiti.

**Tab. n.38 Valutazioni dei pazienti relative all'atteggiamento di rispetto degli infermieri**

Rispetto		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	Molto	<b>10</b>	6,8	6,8	6,8
	Abbastanza	<b>120</b>	81,1	81,1	87,8
	Non so	1	0,7	0,7	88,5
	Poco	15	10,1	10,1	98,6
	Per niente	2	1,4	1,4	100,0
	<b>Totale</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Tab. n.39 Opinioni dei pazienti sull'atteggiamento degli infermieri riguardo il rispetto della privacy**

Privacy		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	Molto	15	10,1	10,1	10,1
	Abbastanza	110	74,3	74,3	84,5
	Non so	4	2,7	2,7	87,2
	Poco	15	10,1	10,1	97,3
	Per niente	4	2,7	2,7	100,0
	<b>Totale</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



Allo stesso modo per l'item "l'infermiere è capace nel dialogo" 112 pazienti ritengono che sia 'abbastanza' capace e 11 assistiti 'molto' capace (Tabella n.40).

**Tab. n.40 Valutazioni dei pazienti relative alla capacità di dialogo degli infermieri**

Dialogo		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	Molto	11	7,4	7,4	7,4
	Abbastanza	<b>112</b>	75,7	75,7	83,1
	Non so	4	2,7	2,7	85,8
	Poco	19	12,8	12,8	98,6
	Per niente	2	1,4	1,4	100,0
	<b>Totale</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Al contrario per la domanda "l'infermiere mi tratta con superiorità" 83 pazienti (56,1%) hanno risposto 'per niente'; 'poco' 47 pazienti (31.8%) e 'abbastanza' 11 assistiti (7,4%) (Tabella n.41).

**Tab. n.41 Opinioni dei pazienti relative all'atteggiamento di superiorità degli Infermieri**

Superiorità		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	Molto	1	0,7	0,7	0,7
	Abbastanza	11	<b>7,4</b>	7,4	8,1
	Non so	6	4,1	4,1	12,2
	Poco	47	<b>31,8</b>	31,8	43,9
	Per niente	83	<b>56,1</b>	56,1	100,0
	<b>Totale</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Per quanto attiene i sentimenti provati dopo il colloquio con l'infermiere, i pazienti hanno così risposto: in numero di 60 (40,5%) dichiara di sentirsi "quasi sempre calmo", mentre 57 (38,5%) pazienti di sentirsi "sempre calmi" (Tabella n.42). I

pazienti che ritengono di essere “sempre agitati” dopo il colloquio con l’infermiere sono solo 2, mentre il 40,5% ha risposto “mai” (Tabella n.43).

**Tab. n.42 Opinioni dei pazienti relative all’atteggiamento degli infermieri di infondere tranquillità**

<b>Mi Sento Calmo</b>		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	Mai	1	0,7	0,7	0,7
	Quasi mai	1	0,7	0,7	1,4
	A volte	29	19,6	19,6	20,9
	Quasi sempre	<b>60</b>	40,5	40,5	61,5
	Sempre	<b>57</b>	38,5	38,5	100,0
	Totale	148	100,0	100,0	

**Tab. n.43 Opinioni dei pazienti relative all’atteggiamento degli infermieri di suscitare irrequietezza**

<b>Mi Sento Agitato</b>		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	Mai	60	40,5	40,5	40,5
	Quasi mai	37	25,0	25,0	65,5
	A volte	43	29,1	29,1	94,6
	Quasi sempre	6	4,1	4,1	98,6
	Sempre	2	1,4	1,4	100,0
	Totale	148	100,0	100,0	

#### 4.6. Risultati qualitativi

Insieme ai dati quantitativi sono state raccolte anche testimonianze, espresse da donne intervistate presso consultori e ambulatori, di stralci di vita vissuta, che alcune pazienti hanno voluto condividere con l'intervistatrice e che sono qui riportati (i nomi sono fittizi):

1. Una paziente proveniente dal Marocco (Aicha) ci tiene a raccontare che ai tempi che è stata trattata in malo modo durante la prima gravidanza: l'ostetrica di turno ha eseguito la prima visita dimostrando molta aggressività negli atti manuali professionali. Ciò le ha lasciato un "brutto ricordo"; ciononostante la paziente dice: *"ma non mi sono arresa, e continuo a rimanere in Italia..."*.
2. Il marito di una paziente nata in Romania (Laura) ci tiene a raccontare che ai tempi in cui sua moglie era incinta del primo figlio, parlava poco italiano; mentre lui lavorava, si fa portare all'ospedale di zona, per un malore. Viene però rimandata indietro, avendole riferito che non ci sono urgenze in atto che riguardano la gravidanza. Al ritorno dal lavoro il marito la riporta in un altro ospedale e purtroppo constatano che la paziente già da qualche tempo aveva avuto un aborto spontaneo. Loro ci rimangono molto male, ma non prendono alcun provvedimento in termini di denuncia contro il primo ospedale; ora però dicono, *"di non fidarsi più..."*.
3. Una paziente proveniente dall'Egitto (Fatima) disse: *"...chi è più istruita è trattata meglio di chi lo è di meno"*: esprime una confidenza o riferisce una esperienza? Mi dice di averlo verificato di persona e dichiara di aiutare le sue stesse connazionali rendendole più consapevoli e informate sui percorsi da seguire nelle strutture territoriali.
4. Una donna proveniente dal Perù (Rosa) racconta come dopo un incidente, è stata portata in un ospedale nella zona di residenza di allora, dove le sue ferite

sono state medicate. Dopo essere rientrata a casa, torna in pronto soccorso nuovamente perché continuava ad avere molto dolore; non vogliono però riesaminare il suo caso perché non credono che il dolore sia così forte da giustificare un nuovo intervento in pronto soccorso. Rosa racconta di essere rimasta presso il PS dalle 9 alle 17 di quel giorno (N.d.R. finalmente), quando sono andati a scoprire le ferite, Rosa riferisce che: “...*alla fine di tutto hanno dovuto fare degli innesti per le condizioni in cui si trovavano le mie ferite*”.

5. Una donna proveniente dal Marocco (Malika) cui è deceduta una figlia e attualmente ha un figlio disabile affetto da una malattia rara, si lamenta che quando la vedono con il velo e cerca di parcheggiare nei posti autorizzati (ha il permesso per la macchina) riceve più di una volta degli insulti da parte di persone che ambivano a parcheggiare al suo posto, non avendo visto oltre il velo il contrassegno esposto nella sua macchina. La stessa signora racconta di essersi presentata agli sportelli del CUP con il figlio disabile in carrozzina, per eseguire il pagamento per la vaccinazione. Chiede quale sia la fila breve perché porta il figlio disabile e testimonia che: “...*mi hanno fatto fare la fila normale come gli altri., con 52 persone davanti*”.

Oltre a queste testimonianze raccolte c/o consultori e ambulatori, si riportano di seguito anche quella di un professionista ospedaliero.

Un infermiere ospedaliero riferisce le problematiche che vive ogni volta che si ricovera una paziente transgender. Infatti, in questi casi i pazienti di genere femminile ricoverati nello stesso reparto si lamentano perché non vogliono che la paziente transgender entri nei loro servizi igienici. Anche i pazienti di genere maschile però si lamentano per lo stesso motivo e ciò determina una difficoltà della paziente ad utilizzare una toilette. Ogni qualvolta ciò accade, l’infermiere racconta come deve mediare per far accettare la paziente alle/agli pazienti, ma che in nessun caso è ben accetta in reparto.

## CONCLUSIONI

Il fenomeno migratorio nel Mediterraneo, in questo periodo, è causato - in generale e indipendentemente dalle specifiche origini - dalla necessità di fuggire dall'instabilità delle proprie nazioni.

Sebbene la migrazione contribuisca, attraverso le rimesse nei propri paesi di origine, alla loro crescita economica, concorre, allo stesso tempo, allo sviluppo di quelli ospitanti.

Per quanto riguarda le differenze nella salute tra stranieri immigrati ed autoctoni, la letteratura scientifica disponibile evidenzia - in sostanza - la correlazione tra una maggiore vulnerabilità nella salute ed assistenza con l'appartenenza comune (di una parte) dei migranti ad un gruppo socioeconomico più fragile.

L'Italia, in tema di sanità e immigrazione, ha sviluppato negli ultimi decenni una profusa produzione normativa, che tutela la salute promuovendo un approccio multiculturale.

La competenza culturale implica un cambiamento fondamentale nel modo in cui si percepisce il mondo.

La sua importanza per gli infermieri, operatori in prima linea nei diversi ambiti lavorativi, assume un ruolo di rilievo nell'interazione con la cultura dell'individuo, la famiglia e la comunità.

Il primo obiettivo rilevante di questo elaborato è di diffondere il concetto di assistenza infermieristica culturalmente adeguata, come strumento essenziale di cura e promozione della salute.

Per quanto attiene l'indagine svolta, fulcro di questo lavoro, uno dei criteri adottati per la raccolta dati è stato quello di somministrare i questionari prima ai professionisti infermieri e subito dopo ai pazienti negli stessi *setting* di cura. Si sarebbe potuto scegliere il contrario, cioè somministrare lo strumento prima ai pazienti immediatamente dopo aver ricevuto le cure infermieristiche, ma è stato ritenuto che questo avrebbe potuto influenzare le loro risposte, e quindi distorcere la percezione del paziente sull'assistenza fruita. Inoltre, se i pazienti possono aver avuto contatto con più infermieri dello stesso reparto/servizio, la percezione corrisponde allo stesso personale infermieristico che ha partecipato all'indagine.

I risultati mostrano che la maggior parte degli infermieri ha incontrato più pazienti di etnia africana, mentre la maggior parte dei pazienti rispondenti allo strumento d'indagine proveniva dalla Romania: ciononostante, questo non ne determina una limitazione, perché la compilazione del questionario da parte degli infermieri nella sezione destinata all'incontro con le etnie è avvenuta dopo aver risposto agli item sulla valutazione e sull'autovalutazione della competenza culturale.

Si ritiene che un punto di forza di questa indagine sia quello di aver cercato di valutare l'assistenza culturalmente competente e la soddisfazione delle cure ricevute dal punto di vista del paziente contemporaneamente alla percezione da parte degli stessi infermieri sulla propria competenza culturale, nonostante le dimensioni dei campioni potrebbero rappresentare una limitazione.

Dai risultati quantitativi emerge un livello accettabile di competenza culturale, riconfermato dalla maggior parte dei pazienti, soprattutto da chi è stato assistito sul territorio; questi ultimi asseriscono di sentirsi soddisfatti delle cure ricevute, forse perché i ritmi di lavoro in questo *setting* sono diversi e l'incontro è percepito in modo più positivo dalla maggior parte dei pazienti, appartenenti a fascia di età più bassa, rispetto agli infermieri con esperienza assistenziale più che ventennale.

La sotto scala CCB riguardante i comportamenti culturalmente competenti ha ottenuto un punteggio minore dalla sotto scala CAS riguardante le conoscenze e la sensibilità culturale: ciò potrebbe mostrare la difficoltà dei professionisti di esprimersi o essere riconducibile alla mancanza di risorse. Ciò malgrado, gli infermieri si sono auto-valutati, per la maggior parte: “né competenti né incompetenti culturalmente”; questa autovalutazione corrisponde ad un aspetto soggettivo che potrebbe stare a significare insicurezza delle proprie conoscenze. Ipotesi, quest'ultima, che potrebbe essere confermata dalla bassa partecipazione ad eventi o corsi di formazione sulla multiculturalità.

È pertanto necessario che le organizzazioni sanitarie prestino maggiore attenzione alla disponibilità delle risorse, per il mantenimento nel tempo di comportamenti culturalmente competenti dei loro dipendenti; ad esempio, con l'offerta di corsi le cui valutazioni possano essere a medio e lungo termine.

I professionisti hanno segnalato inoltre come il rispetto per la diversità sia il fattore più importante di consapevolezza e sensibilità culturale, risultato rilevato anche da

altri studi; a riconferma di ciò, i pazienti, per la maggior parte, hanno asserito di riceverlo.

La maggioranza degli infermieri ha espresso di non essere completamente d'accordo sul fatto che le credenze spirituali e religiose siano aspetti importanti di molti gruppi culturali: sembrerebbe che i professionisti abbiano osservato tra i propri assistiti un minor coinvolgimento da questo punto di vista.

Dai dati osservati sulle capacità comunicative degli infermieri e la relazione interpersonale infermiere-paziente emerge una valutazione complessiva positiva: anche se il 4,7% dei pazienti dichiara di essere stato trattato con atteggiamento di superiorità, tale percezione, in quanto soggettiva, potrebbe essere ricondotta ad un particolare momento di stress o di difficoltà lavorativa dei professionisti.

Dai risultati qualitativi si ricava che sentirsi 'diverso' continua ad essere un 'marchio', in cui molte persone non vogliono più rispecchiarsi per non subire discriminazioni. Vivere all'estero ripropone spesso questa percezione di diversità/estraneità, ma non si ritiene che questo sia così drammatico o peculiare del nostro contesto nazionale; storie come queste sono raccontate in tutto il mondo: ciò che non si dovrebbe ammettere in nessun modo, è che si possa mettere a rischio la salute e l'incolumità delle persone per pregiudizi personali.

Riconoscere gli effetti nocivi dell'ignoranza, dell'etnocentrismo, del pregiudizio, della discriminazione o perfino dell'odio sulla salute dei pazienti, attraverso il pensiero critico, è un obiettivo centrale degli infermieri culturalmente competenti.

Si è appurato ampiamente come a livello internazionale ci siano diverse tecniche e modelli che offrono una risposta ai bisogni dei pazienti di altre culture; tuttavia sembra difficile trasformare le conoscenze apprese sul binomio 'cura-cultura' utilizzando un metodo valido e comune a tutta la professione.

A questa difficoltà possono venire incontro le Linee guida internazionali, che dovrebbero essere contestualizzate alla realtà italiana, soprattutto per l'aspetto che attiene la formazione. Ad esempio, per gli studenti in Infermieristica è necessario il coinvolgimento delle Università nella messa in opera di corsi sulla multiculturalità da inserire nei curricula dei corsi di laurea e post-laurea.

Altresì, in modo particolare, le attività di tirocinio che permettono di toccare con mano le diversità nei differenti ambiti, come nella comunità, dove un laboratorio

culturale sul campo, potrebbe aiutare allo sviluppo della competenza infermieristica transculturale degli studenti.

Altrettanto sembra indispensabile la formazione dei docenti con la disponibilità degli infermieri ad esempio, della stessa etnia dei pazienti.

Poiché gli infermieri non possono conoscere le caratteristiche di tutte le culture è indispensabile utilizzare un modello o quadro di valutazione culturale. Questa valutazione culturale dei pazienti è simile alle valutazioni che gli infermieri regolarmente compiono nei diversi ambiti lavorativi, ma è necessario, oltre ad una adeguata formazione, un coinvolgimento maggiore, nei termini di essere capaci di osservare, interagire e dialogare per la costruzione di un rapporto di fiducia. Così, i professionisti dovrebbero cercare conoscenze specialistiche dalla letteratura in infermieristica transculturale pratica, che si concentra sugli atteggiamenti specifici e universali, le conoscenze e le competenze utilizzate per valutare, pianificare e implementare l'assistenza infermieristica culturalmente competente che tenga conto dei modi di vita, dei valori, delle credenze dei pazienti e l'effetto degli atteggiamenti del paziente sui piani dall'assistenza infermieristica, con particolare riferimento all'aderenza terapeutica.

Si intende qui in sostanza sottolineare l'importanza, per i professionisti, di comprendere il complesso rapporto tra individualità e contesto culturale e di conoscere l'identità culturale come coesistenza fluida di altre differenze.

La cura centrata sul paziente ha successo quando sia l'infermiere che il paziente vanno d'accordo sulle esigenze di cura, le conoscenze e le esperienze.

È auspicabile quindi la realizzazione di progetti di collaborazione con altri colleghi, al fine di stabilire un programma a livello nazionale per la ricerca infermieristica transculturale, con cui progettare e realizzare studi esplorativi, nei diversi ambiti di cura e d'intervento su larga scala, a proposito di fenomeni culturali e, in futuro, anche a livello europeo.

Infine, si è convinti che la competenza culturale non debba essere utilizzata solo per la cura degli immigrati o delle minoranze etniche, ma anche negli incontri con tutti i pazienti nel rispetto delle differenze culturali, generazionali e di genere.



## BIBLIOGRAFIA

1. ACLED. Bringing clarity to crisis. Disponibile presso: <https://www.acleddata.com/category/regional-overviews/> data di accesso 22 ottobre 2018.
2. Agenzia regionale di Sanità della Toscana. Le diseguaglianze di salute. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2016. Disponibile presso: [https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2016/Diseguaglianze\\_web\\_apr\\_2017\\_ok\\_3.pdf](https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2016/Diseguaglianze_web_apr_2017_ok_3.pdf) data di accesso 23 ottobre 2018.
3. Ahmed R, Bates BR. Development of Scales to Assess Patients' Perception of Physicians' Cultural Competence in Health Care Interactions. *J Transcult Nurs* 2012 ; 23(3):287-296.
4. Altai Consulting. Migration Trends Across the Mediterranean: Connecting the Dots. Prepared by Altai Consulting for IOM MENA Regional Office, June 2015.
5. Aragaw A, Yigzaw T, Tetemke D, G/Amlak W. Cultural Competence among Maternal Healthcare Providers in Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia: Cross sectional Study. *BMC Pregnancy Child* 2015 ; 15: 227.
6. Babatunde-Sowole OO Jackson D, Davidson PM, Power T. Coming to a Strange Land: The West African Migrant Women's Establishment of Home and Family in a New Culture Within Australia. *J Transcult Nurs* 2016 ; 27(5):447-55.
7. Baumann A. Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and action tool kit. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2007.
8. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches Field report. The Commonwealth Fund, October 2002.
9. Blanchet Garneau A, Pepin J. Cultural competence: a constructivist definition. *J Transcult Nurs* 2015 ; 26(1):9-15.
10. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce ethnic and racial health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev* 2000 ; 57(Suppl 1):181-217.
11. Campinha-Bacote J & Munoz C. A Guiding Framework for Delivering Culturally Competence Services in Case Management. *The Case Manager* 2001 ; 12(2), 48-52.
12. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: The Journey Continues. *Transcultural C.A.R.E. Associates. Cincinnati, OH: 2007.*
13. Campinha-Bacote, J. Cultural competence in psychiatric mental Health nursing: A conceptual model. *Nursing Clinics of North Am* 2010 ; 29(1):1-8.
14. Campinha-Bacote, J. Cultural Desire: The Key to Unlocking Cultural Competence. *Journal of Nursing Educ* 2003 ; 42(6), 239-240.
15. Caritas Europa, Caritas Italiana. La migrazione: un viaggio verso la povertà? 2006.
16. Carpiano RM. Toward a neighborhood resource-based theory of social control for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science & Medicine* 2006 ; 62:165-175.

17. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross Cultural Primary Care: A Patient Based Approach. *Annals of Internal Medicine* 1999 ; 130(10):829-834.
18. Cavillo E, Clark L, Ballantyne J, Pacquiao D, Purnell L. & Villarruel A. Cultural competency in baccalaureate nursing education. *Journal of Transcultural Nurs* 2009 ; 20:137-145.
19. Chae DH, Lee CY. Development and psychometric evaluation of the Korean version of the cultural competence scale for clinical nurses. *Asian Nurs Res* 2014 ; 8(4):305-12.
20. Chang L, Chen SC, Hung SL. Embracing diversity and transcultural society through community health practicum among college nursing students. *Nurse Educ Pract* 2018 ; 31:156-160.
21. Chiarenza A. Strategie per lo sviluppo di servizi sanitari migrant-friendly e culturalmente competenti. In Mara Tognetti Bordogna (a cura di) *Arrivare non basta: complessità e fatica della migrazione*. Milano: Franco Angeli srl.;2007 p.306-320.
22. Cicolini G, Della Pelle C, Comparcini D, Tomietto M, Cerratti F, Schim SM, Di Giovanni P, Simonetti V. Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey. *Journal of Nursing Scholarsh* 2015 ; 47(6):536-543.
23. Collins J. Nursing Cultural Competencies: Improving Patient Care Quality and Satisfaction. *Ohio Nurses Rev* 2015 ; 90(1):10-1.
24. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Immigrazione e salute*. 23 giugno 2017.
25. Cruz JP, Aguinaldo AN, Estacio JC, Alotaibi A, Arguvanli S, Cayaban ARR, John Cecily HS, Machuca Contreras FA , Hussein A, Idemudia ES, Mohamed SAM, Sebaeng J. A Multicountry Perspective on Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. *J Nurs Scholarsh* 2018 ; 50(1):92-101.
26. Cuellar NG, Mrennan AM, Vito K, De Leon Siantz ML. Cultural competence in the undergraduate nursing curriculum. *J Prof Nurs* 2008 ; [(3): 143-9.
27. Darnell LK, Hickson SV. Cultural competent patient-centered nursing care. *Nurs Clin North Am* 2015 ; 50(1):99-108.
28. Deardoff DK. Identification and Assessment of Intercultural Competence as a Student Outcome of Internationalization *Journal of Studies in International Educ* 2006 ; 10(3):241-266.
29. Delgado DA, Ness S, Ferguson K, Engstrom PL, Gannon TM, Gillett C. Cultural Competence Training for Clinical Staff: Measuring the Effect of a One-Hour Class on Cultural Competence. *J Transcult Nurs* 2013 ; 24(2):204-13.
30. Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y, Holdsworth M, Salami B, Rammohan A, Yat-Nork Chung R, Padmadas SS, Krafft T. Interventions to improve immigrant health. A scoping review. *Systematic Review and Meta-Analyses. European Journal of Public Health* 2017 ; 27(3):433-439.
31. Douglas MK, Rosenkoetter M, Pacquiao DF, Callister LC, Hattar-Pollara M, Lauderdale J, Milstead J, Nardi D, Purnell L. Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. *J Transcult Nurs* 2014 ; 25(2):109-121.
32. Dunn AM. Cultural Competence and the Primary Care Provider. *Journal of Pediatric Health Care* 2002 ; (16)3:105-11.
33. Eun-Ok Im, What Makes an Intervention Culturally Competent? *Journal of Transcultural Nurs* 2014 ; 26(1):5.

34. Fleckman JM, Dal Corso M, Ramirez S, Begaliev M, Johnson CC. Intercultural competency in public health: a call for action to incorporate training into public health education. *Perspective* 2015 ; 3 Art 210.
35. Fondazione Leone Moressa. Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione: Prospettive di integrazione in un'Italia che invecchia. Bologna: Ed. Il Mulino; 2018 pp. 192.
36. Fuller JB, Hester K, Barnett T, Relyea LFC. Perceived organizational support and perceived external prestige: Predicting organizational attachment for university faculty, staff, and administrators. *Journal of Social Psych* 2006 ; 146:327-347.
37. G.U. n.93, 2017. Legge n. 47 del 7 aprile 2017.
38. G.U. Serie Generale n.101 del 30-04-2008 - Suppl. Ordinario n. 108. Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008.
39. G.U. Serie Generale n.191 del 18-08-1998 - Suppl. Ordinario n. 139. Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998.
40. G.U. Serie Generale n.214 del 15-09-2015. Decreto Legislativo n. 142 del 18 agosto 2015. Norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale.
41. G.U. Serie Generale n.258 del 03-11-1999 - Suppl. Ordinario n. 190. Decreto Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999.
42. G.U. Serie Generale n.32 del 07-02-2013 - Suppl. Ordinario n. 9. Accordo del 20 dicembre 2012 tra il governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.
43. Gallagher RW, Polanin JR. A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Educ Today* 2015 ; 35(2):333-40.
44. Geiger J. Racial stereotyping and medicine: the need for cultural competence. *Canadian Medical Association Journal* 2001 ; 164(12):1699-1700.
45. Geraci S et al., ( a cura di) in Campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione rom e sinti a Roma. Area sanitaria della Caritas di Roma per il GrIS (Gruppo Immigrazione e Salute-Lazio). Quaderni di InformaArea, n. 5, aprile 2008.p.5.
46. Govere L, Fioravanti MA, Tuite PK. Increasing the Cultural Competence Levels of Undergraduate Nursing Students. *J Nurs Educ* 2016 ; 55(3):155-9.
47. Hasnain M, Connell KJ, Menon U et al. Patient-centered care for muslim women: provider and patient perspectives. *J Women's Health (Larchmt)* 2011 ; 20(1):73-83.
48. Hill N, Hunt E, Hyrkäs K. Somali Immigrant Women's Health Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States. *J Transcult Nurs* 2012 ; 23(1):72-81.
49. Hinds L. Expanding diversity in the nurse educator workforce. *Nursing Education Perspect* 2008 ; 29:185.
50. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; 5(5):CD009405.
51. Hunter JL. Emelda's story: applying ethnographic insights to cultural assessment and cervical cancer control. *J Transcult Nurs* 2005 ; 16(4):322-30.

52. IDOS, Centro Studi e Ricerche IDOS in partenariato con il Centro Studi Confronti con la collaborazione dell'ULNAR. Dossier Statistico Immigrazione 2018. Ottobre 2018.
53. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
54. International Council of Nurses. Vision for the future of nurses. Approved by the ICN Board of Directors in 1998. Revised by the ICN Board of Directors in 2007. Disponibile presso: <http://www.icn.ch/who-we-are/icns-vision-for-the-future-of-nursing/> data di accesso 5 agosto 2018.
55. International Organization for Migration (IOM). Glossary on Migration, International Migration Law Series 2011;25.
56. International Organization for Migration (IOM). New York Declaration for Refugees and Migrants, 2016.
57. Istat. Istituto Nazionale di Statistica. Aspetti demografici e condizioni di vita. Rapporto Annuale 2017.
58. Istat. Istituto Nazionale di Statistica. Bilancio Demografico Nazionale, 2017. 13 giugno 2018.
59. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Providing Culturally and Linguistically Competent Health Care. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources; 2006 pp.138.
60. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC Health Services Research 2018 ; 18:232.
61. Kagawa-Singer, M and Kassim-Lakha S. A Strategy to Reduce Cross-cultural Miscommunication and Increase the Likelihood of Improving Health Outcomes. Academic Medic 2003 ; 78(6):577-587.
62. Kelly F & Papadopoulos I. Enhancing the cultural competence of healthcare professionals through an online course. Diversity in Health Care 2009 ; 6:77-84.
63. Kim-Godwin YS, Clarke PN, Barton L. A model for the delivery of culturally competent community care. J Adv Nurs 2001 ; 35(6):918-25.
64. Koskinen L, Kelly HT, Bergknut E, Lundberg P, Muir N, Olt H, Richardson E, Sairanen R, De Vlieger L. European higher health care education curriculum: development of a cultural framework. J Transcult Nurs 2012 ; 23(3):313-9.
65. Lehman D, Fenza P, Hollinger-Smith L. Diversity & Cultural Competency in Health Care Settings. Disponibile presso: [www.matherlifeways.com](http://www.matherlifeways.com) accesso 10 marzo 2016.
66. Leininger M & McFarland R. Culture Care Diversity and Universality: A worldwide nursing theory. 2nd ed. New York, NY: Jones and Bartlett; 2006.
67. Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. Scientific World J 2013 ; 2013:28910.
68. Lovering S. Cultural Attitudes and Beliefs About Pain. J Transcult Nurs 2006 ; 17; 389-395.
69. Maier-Lorentz MM. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. J Cult Divers 2008 ; 15(1):37-43.

70. Marceca M, Civitelli G, Rinaldi A. Cambiamenti socio-demografici e migrazioni: una società in trasformazione. In Calamo-Specchia F. (a cura di) *Manuale critico di sanità pubblica*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore; 2015 p. 263-271.
71. Marceca M. *Mediazione Interculturale*. *Care* 2005;4:22-25.
72. Marceca M. *Migration and Health from a Public Health Perspective*. Muenstermann I. (a cura di) *People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits*. Rijeka Croatia: SPi Global; 2017 Chapter 6 p.103-127.
73. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099 -104.
74. Martinez E. Planning for a culturally diverse environment. *Health Management Quarterly* 1994 ; 16:13-16.
75. Matteliano MA, Street D. Nurse practitioner's contributions to cultural competence in primary care settings. *J Am Acad Nurse Pract* 2012 ; 24(7):425-35.
76. Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione. *Settimo Rapporto annuale. Gli stranieri nel mercato del lavoro in Italia Sintesi delle principali evidenze, 2017*.
77. Ministero dell'Interno. *Tutela della salute dei migranti. Dossier SPRAR, gennaio 2018*.
78. Murcia SEA, Lopez L. The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis. *Rev Lat Am Enfermag* 2016 ; 24: e2718.
79. Olavarria M, Beaulac J, Bélanger A, Young M, Aubry T. Organizational cultural competence in community health and social service organizations; how to conduct a self-assessment. *Journal of Cultural Diversity* 2009 ; 16(4):140-150.
80. Pacquiaio DF. Transcultural nursing scholars' corner: cultural competence and social justice. *J Transcult Nurs* 2016 ; 27(1):86-87.
81. Papadopoulos I, Tilki, M, & Taylor G. *Transcultural Care: a culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davies. 1998.
82. Peregò G, 2011 *Il Rapporto Migrantes Italiani nel Mondo 2011*. Disponibile presso: [http://banchedati.chiesacattolica.it/cc\\_i\\_new\\_v3/allegati/21532/introduzione.pdf](http://banchedati.chiesacattolica.it/cc_i_new_v3/allegati/21532/introduzione.pdf) data di accesso 20 ottobre 2018.
83. Plebani M, Trenti T. *Praticare il Governo Clinico: qualità, efficacia e professionalità in Medicina*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2002. p.23-54.
84. Renzaho AM, Romios P, Crock C, Sønderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care a systematic review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2013 ; 25(3):261-9.
85. Rete Civica Milano. *Italiani emigrati: dove e quanti in 140 anni*. Disponibile presso: <http://fc.retecivica.milano.it/rcmweb/rssweb/Geopolitica/Indice%20Geopolitica/E migrazione%20italiana/Ricerche/S01EC51C5.1/emitot.htm> data accesso 20 luglio 2018.
86. Rifà-Ros R, Costa-Tutusaus L, Espinosa-Fresnedo C. The influence of education in cultural competence on third level nursing students' attitudes towards immigration. *FEM* 2013 ; 16(2):105-110.
87. Rodney P, Pauly B, Burgess M. Our theoretical landscape: complementary approaches to health care ethics. In: Storch J, Rodney P, Starzomski R, eds. *Toward a Moral Horizon: Nursing Ethics for Leadership and Practice*. Toronto, Ontario, Canada: Pearson-Prentice-Hall; 2004:77-97.

88. Rosa WE. Transcultural Pain Management: Theory, Practice, and Nurse-Client Partnerships. *Pain Manag Nurs* 2018 ; 19(1):23-33.
89. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. London England: Churchill Livingstone; 2000.
90. Saha S, et al. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *J Natl Med Assoc* 2008 ; 100(11):1275-1285.
91. Samarasinghe K, Fridlund B, Arvidsson B. Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *Int Nurs Rev* 2010 ; 57(2):224-31.
92. Schim S, Doorenbos A, Benkert R, & Miller J. Culturally congruent care: Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nurs* 2007 ; 18(2): 103-110.
93. Smith LS. Health of America's newcomers. *Journal of Community Health Nurs* 2001 ; (18):53-68.
94. Sobel LL, Metzler Sawin E. Guiding the Process of Culturally Competent Care with Hispanic Patients: A Grounded Theory Study. *J Transcult Nurs* 2016 ; 27(3):226-32.
95. Starr S & Wallace DC. Self-Reported Cultural Competence of Public Health Nurses in a Southeastern U.S. Public Health Department. *Public Health Nurs* 2009 ; 26(1):48-57.
96. Starr S et al. Do nurse educators feel competent to teach cultural competency concepts? *Teaching and Learning in Nurs* 2011 ; 6(2):84-88.
97. Stievano A, Tolentino Diaz MY, Duque-Páramo MC, Eslava Albarracín DG, Paganini MC. La professione infermieristica in Sudamerica in: Alessandro Stievano, Alessia Bertolazzi (a cura di) *Nursing transculturale Un confronto tra infermieri italiani e sudamericani*. Roma: Ed. Salute e Società Franco Angeli; 2012 pp. 37-78.
98. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Unders* 1998 ; 9(2):117-25.
99. Tervalon, M. Components of Culture in Health for Medical Students' Education. *Academic Medic* 2003 ; (78): 570-576.
100. Timmins, F. Critical practice in nursing care: Analysis, action and reflexivity. *Nursing Stand* 2006 ; 20:49-54.
101. Tjallinks, JE. Cultural issues in health and health care. A resource book for Southern Africa, 2004; edited by A Tjale and L de Villiers. Cape Town: Juta.
102. Treccani Enciclopedia online. Immigrazione. Disponibile presso: <http://www.treccani.it/enciclopedia/immigrazione/> data di accesso 28 luglio 2018.
103. Treccani Enciclopedia online. Migrazione, immigrazione. Disponibile presso: <http://www.treccani.it/enciclopedia/migrazione> data di accesso 25 luglio 2018.
104. Treccani Vocabolario online. Competenza. Disponibile presso: <http://www.treccani.it/vocabolario/competenza/> data di accesso 29 luglio 2018.
105. Treccani Vocabolario online. Cultura. Disponibile presso: <http://www.treccani.it/vocabolario/cultura/> data di accesso 209 luglio 2018.
106. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Convention and protocol relating to the status of refugees, 2010. Disponibile presso: <http://www.unhcr.org/3b66c2aa10> data di accesso 15 luglio 2018.

107. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division. Global Migration: Demographic Aspects and Its Relevance for Development. Ronald Skeldon, Technical Paper N° 2013/6.
108. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. International Migration Report highlights, 2017.
109. United Nations, Department of Economic and Social Affairs/Population Division. International Migration Report, 2017. New York; 2017.
110. United Nations. Global Compact for migration. Disponibile presso: <https://www.un.org/pga/72/wp-content/uploads/sites/51/2018/07/migration.pdf> data di accesso 18 dicembre 2018.
111. United Nations. Universal declaration of human rights: Dignity and justice for all of us, 2008. Disponibile presso: <http://www.un.org/en/event/human-rights-day/2008/theme.shtml> data di accesso 24 luglio 2018.
112. Vasiliou M, Kouta C, Raftopoulos V. The Use of the Cultural Competence Assessment Tool (Ccatool) In Community Nurses: The Pilot Study and Test Retest Reliability. *International Journal of Caring Sciences* 2013 ; 6(1):44-52.
113. Vásquez ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Invest educ enferm* 2006 ; 24(2):136-142.
114. Ventura CAA, Mendes IAC, Wilson LL, Godoy S, Tamy-Maury I, Zárata-Grajales R, et al. Global health competencies according to nursing faculty from Brazilian higher education institutions. *Rev. Latino-Am Enfermag* 2014 ; 22(2):179-86.
115. Waite R, Nardi D, Killian P. Context, health, and cultural competence: nurse managed health care centers serving the community. *J Cult Divers*. 2013 ; 20(4):190-4.
116. Waite R, Nardi D, Killian P. Examination of cultural knowledge and provider sensitivity in nurse managed health centers. *J Cult Divers* 2014 ; 21(2):74-9.
117. WHO. Health Impact Assessment (HIA), The determinants of health. Disponibile presso: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> data di accesso 18 luglio 2018.
118. Yamada AM, Brekke JS. Addressing mental health disparities through clinical competence not just cultural competence: The need for assessment of sociocultural issues in the delivery of evidence-based psychosocial rehabilitation services. *Clinical Psychology Review* 2008 ; 28:1386-99.
119. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; Issue 3, Art. No. CD000072.

## LISTA DI FIGURE

<b>Fig. n.1</b> Percentuale femminile tra tutti i migranti internazionali per età e gruppo di sviluppo, 2017	11
<b>Fig. n.2</b> Numero di ratifiche dei cinque strumenti giuridici delle Nazioni Unite relativi alla migrazione internazionale, a settembre 2017	16
<b>Fig. n.3</b> Modello del sol nascete di Madeleine Leininger	29
<b>Fig. n.4</b> Modello per lo sviluppo delle competenze culturale di Papadopoulos, Tilki e Taylor	34
<b>Fig. n.5</b> Un modello per fornire cure culturalmente competenti alla comunità	35
<b>Fig. n.6</b> Quadro di riferimento per un curriculum europeo nella cura culturale	44



## LISTA DI GRAFICI

<b>Graf. n.1</b> Campo d'indagine infermieristico	63
<b>Graf. n.2</b> Frequenze ed età media degli infermieri	64
<b>Graf. n.3</b> Età media complessiva e per setting lavorativo degli infermieri	64
<b>Graf. n.4</b> Media degli anni lavorativi complessivi degli infermieri	66
<b>Graf. n.5</b> Media anni lavorativi degli infermieri nell'unità operativa	66
<b>Graf. n.6</b> Partecipazione degli infermieri ai corsi sulla diversità culturale per Setting di lavoro	67
<b>Graf. n.7</b> Età media dei pazienti	70
<b>Graf. n.8</b> Numero di incontri infermiere/ paziente	73
<b>Graf. n.9</b> Esperienza degli infermieri sulla diversità e numerosità dei gruppi etnici	83

## LISTA DI TABELLE

<b>Tab. n.1</b> Numero e tasso annuale del cambiamento dei migranti internazionali per gruppo di sviluppo, livello di reddito e regione, 1990-2017	10
<b>Tab. n.2</b> Dieci paesi con il più alto e il più basso livello netto di migrazione dal 2000-2010 e dal 2010-2015 (migliaia di migranti all'anno)	12
<b>Tab. n.3</b> Cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti, primi 40 Paesi di cittadinanza al 1° gennaio 2016 (v.a. e %)	13
<b>Tab. n.4</b> Popolazione residente per ripartizione geografica al 31 dicembre 2017	14
<b>Tab. n.5</b> Indicatori relativi ai cittadini non comunitari entrati in Italia per asilo politico e motivi umanitari per paese di cittadinanza-Anno 2015	18
<b>Tab. n.6</b> Occupati 15 anni e oltre per posizione nella professione e cittadinanza (v%). Anno 2016	19
<b>Tab. n.7</b> Esempi d'implementazione delle linee guida per l'assistenza infermieristica culturalmente competente	54
<b>Tab. n.8</b> Distribuzione frequenze e percentuale per genere	63
<b>Tab. n.9</b> Classi di età e genere degli infermieri	65
<b>Tab. n.10</b> Livello formativo degli infermieri	67
<b>Tab. n.11</b> Partecipazione degli infermieri ad eventi sulla diversità culturale formazione continua/eventi accreditati aziendali	68
<b>Tab. n.12</b> Partecipazione degli infermieri ad eventi sulla diversità culturale conferenze /seminari	68
<b>Tab. n.13</b> Partecipazione degli infermieri ad eventi sulla diversità culturale - corsi formazione online	68
<b>Tab. n.14</b> Ruolo degli infermieri	69
<b>Tab. n.15</b> Classi di età dei pazienti	70
<b>Tab. n.16</b> Genere dei pazienti	70
<b>Tab. n.17</b> Continente di provenienza dei pazienti	71
<b>Tab. n. 18</b> Nazione di provenienza dei pazienti	72
<b>Tab. n.19</b> Anni di scolarità dei pazienti	73
<b>Tab. n.20</b> Nazionalità infermieri riferita dai pazienti	74
<b>Tab. n.21</b> Infermieri che hanno risposto al questionario sul totale degli infermieri in organico (percentuale)	75
<b>Tab. n.22</b> Correlazione tra anni di lavoro e livello di competenza culturale degli infermieri	76
<b>Tab. n.23</b> Correlazione tra anni lavorativi degli infermieri e punteggi CAS e	

CCB	77
<b>Tab. n.24</b> Correlazioni tra età degli infermieri e punteggi CCB e CAS	77
<b>Tab. n.25</b> Correlazione tra competenza culturale ed età anagrafica degli infermieri	78
<b>Tab. n.26</b> Significatività tra la media CAS-CCB e luogo di lavoro degli infermieri ospedale/ territorio	78
<b>Tab. n.27</b> Significatività del livello di competenza degli infermieri per genere	79
<b>Tab. n.28</b> Significatività della competenza culturale degli infermieri e anni di servizio	80
<b>Tab. n.29</b> Autovalutazione della competenza culturale degli infermieri	81
<b>Tab. n.30</b> Autovalutazione della competenza culturale degli infermieri per genere	81
<b>Tab. n.31</b> Significatività sulla partecipazione ad eventi/corsi sulla diversità culturale degli infermieri e media CAS-CCB	82
<b>Tab. n.32</b> Esperienze degli infermieri sull'incontro con le diversità etniche e sociali	83
<b>Tab. n.33</b> Significatività sulla percezione della competenza culturale e soddisfazione delle cure dei pazienti	84
<b>Tab. n.34</b> Significatività del livello di competenza culturale percepita e soddisfazione delle cure nelle risposte dei pazienti tra ospedale / territorio	85
<b>Tab. n.35</b> Significatività livello di soddisfazione dei pazienti per classi di età	86
<b>Tab. n.36</b> Significatività del livello di soddisfazione del paziente per nazione di Provenienza	119
<b>Tab. n.37</b> Pazienti significatività soddisfazione paziente per continente di provenienza	87
<b>Tab. n.38</b> Valutazioni dei pazienti relative all'atteggiamento di rispetto degli infermieri	88
<b>Tab. n.39</b> Opinioni dei pazienti sull'atteggiamento degli infermieri riguardo il rispetto della privacy	88
<b>Tab. n.40</b> Valutazioni dei pazienti relative alla capacità di dialogo degli infermieri	89
<b>Tab. n.41</b> Opinioni dei pazienti relative all'atteggiamento di superiorità degli infermieri	89
<b>Tab. n.42</b> Opinioni dei pazienti relative all'atteggiamento degli infermieri di infondere tranquillità	90
<b>Tab. n.43</b> Opinioni dei pazienti relative all'atteggiamento degli infermieri di infondere irrequietezza	90

## ALLEGATO 1. Scala delle Competenze Culturali Infermieristiche (SCCI)

PCCPS: T12 REV

### Scala delle Competenze Culturali Infermieristiche (SCCI)

(Versione italiana a cura di Gradellini C, Finotto S, Costi E.)

Sei pregato di rispondere alle seguenti domande mettendo una X sulla lettera che più rappresenta la tua risposta.

**A. Domande demografiche:** Queste domande riguardano i tuoi dati personali. Ogni informazione è strettamente riservata. Le tue risposte saranno usate solo per essere confrontate con le risposte di altre persone.

1. Quanti anni hai?

2. Di che sesso sei?

a. Maschio

b. Femmina

3. Da che paese vieni?

a. Europa

b. Africa

c. Asia

d. Sudamerica

e. Altro: \_\_\_\_\_

4. Quanti anni hai studiato?

a. Meno di 5 anni

b. Tra 5 e 8 anni

c. Tra 9 e 13 anni

d. Più di 13 anni

5. Quante volte hai visto un infermiere l'anno scorso?

\_\_\_\_\_

6. Dove sei nato?

Stato: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

7. Da quale paese sei entrato in Italia?

\_\_\_\_\_

**B. In riferimento alla tua ultima esperienza con l'infermiere, sei pregato di rispondere alle seguenti domande:**

**1. L'infermiere è:**

- a) Italiano
- b) Europeo
- c) Africano
- d) Asiatico
- e) Sudamericano
- f) Altro: \_\_\_\_\_

Sei pregato di rispondere alle seguenti domande mettendo una X sulla lettera che più rappresenta la tua risposta. Esempio, se la domanda è: "ti piacciono le caramelle" e a te non piacciono i cibi dolci, rispondi così:

- a) Molto
- a) Abbastanza
- b) Non so
- c) Poco
- Per niente

**2. L'infermiere è interessato alla mia nazionalità:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**3. L'infermiere è interessato alle mie origini:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**4. L'infermiere è interessato alle pratiche religiose legate alla salute:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**5. L'infermiere è interessato alla mia cultura:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**6. L'infermiere si informa su chi prende le decisioni importanti in famiglia:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**7. L'infermiere è interessato alle credenze spirituali legate alla salute:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**8. L'infermiere si informa su cosa mangio:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**9. L'infermiere si informa se stare vicini durante la visita è un problema:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**10. L'infermiere si informa se essere toccato durante la visita è un problema:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**11. L'infermiere si informa se la durata della visita è un problema:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**12. L'infermiere si informa se la durata delle cure è un problema:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**13. L'infermiere si informa sulla mia conoscenza dell'italiano:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**15. L'infermiere si informa su quali lingue parlo:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**16. L'infermiere richiede l'aiuto di un mediatore linguistico:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**17. L'infermiere cerca di capire i miei sentimenti/emozioni:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**18. L'infermiere si informa su cosa penso della mia malattia:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente

**19. L'infermiere mi coinvolge nella scelta degli obiettivi assistenziali:**

- a) Molto
- b) Abbastanza
- c) Non so
- d) Poco
- e) Per niente



**C. In termini di soddisfazione riguardo la tua ultima esperienza con l'infermiere, come valuti i seguenti aspetti?**

1. **Il tempo trascorso in ambulatorio:**
  - a. Eccellente
  - b. Buono
  - c. Sufficiente
  - d. Scarso
  - e. Insufficiente
  
2. **La spiegazione di ciò che è stato fatto per te:**
  - a. Eccellente
  - b. Buona
  - c. Sufficiente
  - d. Scarso
  - e. Insufficiente
  
3. **Le capacità tecniche dell'infermiere:**
  - a. Eccellenti
  - b. Buone
  - c. Sufficienti
  - d. Scarso
  - e. Insufficienti
  
4. **Il comportamento dell'infermiere:**
  - a. Eccellente
  - b. Buono
  - c. Sufficiente
  - d. Scarso
  - e. Insufficiente
  
5. **Il livello di soddisfazione complessivo:**
  - a. Eccellente
  - b. Buono
  - c. Sufficiente
  - d. Scarso
  - e. Insufficiente

**D. In base alla tua ultima esperienza con l'infermiere, sei pregato di valutare i seguenti aspetti:**

1. **L'infermiere mi incoraggia a fare domande:**
  - a. Molto
  - b. Abbastanza
  - c. Non so
  - d. Poco
  - e. Per niente

2. **L'infermiere capisce i miei problemi:**
- a. Molto
  - b. Abbastanza
  - c. Non so
  - d. Poco
  - e. Per niente
3. **L'infermiere ha una buona relazione con me:**
- a. Molto
  - b. Abbastanza
  - c. Non so
  - d. Poco
  - e. Per niente
4. **L'infermiere mi tranquillizza:**
- a. Molto
  - b. Abbastanza
  - c. Non so
  - d. Poco
  - e. Per niente
5. **L'infermiere chiede le informazioni a me:**
- a. Molto
  - b. Abbastanza
  - c. Non so
  - d. Poco
  - e. Per niente
6. **L'infermiere mi ascolta:**
- a. Molto
  - b. Abbastanza
  - c. Non so
  - d. Poco
  - e. Per niente
7. **L'infermiere controlla i documenti delle visite precedenti:**
- a. Molto
  - b. Abbastanza
  - c. Non so
  - d. Poco
  - e. Per niente
8. **L'infermiere mi chiede se ho capito:**
- a. Molto
  - b. Abbastanza
  - c. Non so
  - d. Poco
  - e. Per niente

9. L'infermiere mi spiega i sintomi:

- a. Molto
- b. Abbastanza
- c. Non so
- d. Poco
- e. Per niente

10. L'infermiere mi tratta con rispetto:

- a. Molto
- b. Abbastanza
- c. Non so
- d. Poco
- e. Per niente

11. L'infermiere è gentile con me:

- a. Molto
- b. Abbastanza
- c. Non so
- d. Poco
- e. Per niente

12. L'infermiere parla in modo chiaro:

- a. Molto
- b. Abbastanza
- c. Non so
- d. Poco
- e. Per niente

13. L'infermiere è capace nel dialogo:

- a. Molto
- b. Abbastanza
- c. Non so
- d. Poco
- e. Per niente

14. L'infermiere mi tratta con superiorità:

- a. Molto
- b. Abbastanza
- c. Non so
- d. Poco
- e. Per niente

15. L'infermiere rispetta la mia privacy:

- a. Molto
- b. Abbastanza
- c. Non so
- d. Poco
- e. Per niente

16. L'infermiere ascolta la mia opinione:

- a. Molto
- b. Abbastanza
- c. Non so
- d. Poco
- e. Per niente

**E. Sulla base dei sentimenti provati durante il colloquio con l'infermiere, come valuti i seguenti aspetti?**

1. Quando parlo col mio infermiere mi sento calmo:

- a. Mai
- b. Quasi mai
- c. A volte
- d. Quasi sempre
- e. Sempre

2. Quando parlo col mio infermiere mi sento agitato:

- a. Mai
- b. Quasi mai
- c. A volte
- d. Quasi sempre
- e. Sempre

## ALLEGATO 2.

### Questionario sulla competenza culturale degli operatori sanitari

#### INDAGINE SULLA COMPETENZA CULTURALE DEGLI OPERATORI SANITARI

Gentile Collega,

con il presente questionario chiediamo la Sua collaborazione per un'indagine esplorativa sulle competenze culturali degli operatori sanitari. Il questionario che segue è stato validato a livello internazionale e la Sua opinione contribuirà all'implementazione di interventi organizzativi-formativi per pianificare strategie di miglioramento.

Le domande di questa indagine hanno l'intento di acquisire informazioni sul Suo personale modo di pensare, sentire ed agire. Alcune domande potrebbero non adattarsi esattamente alla Sua situazione lavorativa attuale. È pregato di cercare di rispondere ad ogni domanda. Se dovesse essere incerto o non dovesse avere opinioni ad un determinato quesito, è pregato di contrassegnare l'opzione "Nessuna Opinione" o "Non sono sicuro". Non ci sono domande "giuste" o "sbagliate".

Le ricordiamo che tutti i dati raccolti nella presente indagine saranno trattati, esclusivamente in forma aggregata, secondo quanto previsto dalle vigenti normative in tema di privacy e di buona pratica clinica e che, in nessun caso, sarà possibile risalire ai suoi dati personali. La compilazione del questionario, inoltre, avverrà esclusivamente dopo la sottoscrizione, da parte Sua, dell'allegato modulo di consenso informato.

#### Dati del Compilatore.

Ospedale	
Unità operativa (esatta denominazione)	
Genere	(1) Maschio    (2) Femmina
Età	
Da quanti anni lavora come infermiere?	
Da quanti anni è in servizio nell'unità operativa dove attualmente lavora?	
Qual è il livello di formazione più elevato che possiede?	(1) Corso Biennale Regionale
	(2) Corso Triennale Regionale
	(3) Diploma Universitario
	(4) Laurea Triennale
	(5) Laurea Magistrale
	(6) Dottorato di Ricerca
Ha mai partecipato ad eventi formativi sulla diversità culturale?	(1) SI    (2) NO
Se ha avuto una formazione sulle tematiche della multiculturalità, quale tra le seguenti opzioni descrive meglio la tipologia di tale evento formativo? (Contrassegni tutte le risposte che ritiene applicabili)	(1) Formazione Universitaria
	(2) Conferenze/Seminari
	(3) Corsi Formazione Online
	(4) Formazione Continua/ Eventi accreditati Aziendali
	(5) Altro
Quale delle seguenti opzioni descrive il suo attuale ruolo lavorativo?	(1) Infermiere
	(2) Infermiere Coordinatore
	(3) Altro

<b>Scala di valutazione:</b>							
1=fortemente in accordo; 2=in accordo; 3=talvolta in accordo; 4=neutrale; 5=talvolta in disaccordo; 6=in disaccordo; 7=fortemente in disaccordo							
<i>Per ciascuna delle seguenti affermazioni, metta una "X" nella casella che meglio descrive le sensazioni riguardo alla frase</i>							
1. La razza è il fattore più importante nel determinare la cultura di una persona.	1	2	3	4	5	6	7
2. Le persone con un background culturale comune agiscono e pensano allo stesso modo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Molti aspetti legati alla cultura influenzano la salute e l'assistenza sanitaria.	1	2	3	4	5	6	7
4. Gli aspetti della diversità culturale necessitano di essere accertati per ogni individuo, gruppo e organizzazione.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se conosco la cultura di una persona, non ho bisogno di accertare la sua preferenza personale per i servizi sanitari.	1	2	3	4	5	6	7
6. Le credenze spirituali e religiose sono aspetti importanti di molti gruppi culturali.	1	2	3	4	5	6	7
7. I singoli individui possono identificarsi in più di un gruppo culturale.	1	2	3	4	5	6	7
8. Le barriere linguistiche sono le uniche difficoltà per gli immigrati di recente arrivo in Italia.	1	2	3	4	5	6	7
9. Credo che tutti dovrebbero essere trattati con rispetto, non importa quale sia il proprio patrimonio culturale.	1	2	3	4	5	6	7
10. Capisco che le persone di culture diverse possono definire il concetto di "assistenza sanitaria" in modi differenti.	1	2	3	4	5	6	7
11. Penso che conoscere i diversi gruppi culturali aiuti direttamente il mio lavoro con le persone, famiglie, gruppi e organizzazioni.	1	2	3	4	5	6	7
<b>Scala di valutazione:</b>							
1=sempre; 2=molto spesso; 3=piuttosto spesso; 4=spesso; 5=qualche volta; 6=raramente; 7=mai							
<i>Per ciascuna delle seguenti affermazioni, metta una "X" nella casella che meglio descrive le sensazioni riguardo alla frase</i>							
12. Includo l'accertamento culturale quando effettuo le valutazioni individuali o organizzative.	1	2	3	4	5	6	7
13. Se identifico persone nuove nel mio contesto lavorativo, mi informo sui bisogni culturali.	1	2	3	4	5	6	7
14. Ho a disposizione libri ed altro materiale fra le risorse che mi aiutano ad apprendere sulle persone provenienti da differenti culture.	1	2	3	4	5	6	7
15. Utilizzo una vasta gamma di risorse per apprendere sul patrimonio culturale delle altre persone.	1	2	3	4	5	6	7
16. Chiedo alle persone di parlarmi del significato che attribuiscono ai concetti di salute e malattia.	1	2	3	4	5	6	7
17. Chiedo alle persone di parlarmi delle loro aspettative nei confronti dei servizi sanitari.	1	2	3	4	5	6	7
18. Evito di usare generalizzazioni stereotipate riferite ad un gruppo di persone.	1	2	3	4	5	6	7
19. Riconosco le potenziali barriere all'accesso ai servizi sanitari, che potrebbero essere incontrate dalle diverse persone.	1	2	3	4	5	6	7
20. Quando identifico barriere di accesso ai servizi sanitari, rimuovo gli ostacoli incontrati dalle persone di cultura differente.	1	2	3	4	5	6	7
21. Quando le persone rilevano barriere che riguardano me, io rimuovo ciò che può essere di ostacolo alle persone di cultura differente.	1	2	3	4	5	6	7
22. Accetto volentieri i commenti dei pazienti su come mi relazionano con le persone provenienti da culture differenti.	1	2	3	4	5	6	7
23. Trovo il modo di adattare i miei comportamenti professionali alle diverse preferenze individuali e culturali.	1	2	3	4	5	6	7
24. Documento l'accertamento della dimensione culturale delle persone se erogo assistenza diretta.	1	2	3	4	5	6	7
25. Documento gli adattamenti che opero per le singole persone assistite, quando fornisco servizi direttamente alla persona assistita.	1	2	3	4	5	6	7

26. Negli ultimi 12 mesi, quali dei seguenti gruppi razziali/etnici ha incontrato nel Suo ambiente sanitario o fra i Suoi assistiti e le loro famiglie? Indichi con una 'X' ogni risposta che ritiene applicabile.

- Ispanico/Latino (inclusi: Messicano Portoricano, Cubano, altri ispanici)
- Bianco/Caucasico
- Afro-Americano/Africano
- Indiano
- Asiatico (Cinese, Filippino, Giapponese, Coreano, Vietnamita o altri asiatici)
- Arabo
- Altri (specificare) \_\_\_\_\_

27. Negli ultimi 12 mesi quali dei seguenti gruppi di persone ha incontrato fra i Suoi assistiti e le loro famiglie, o all'interno dell'ambiente assistenziale? Indichi con una 'X' ogni risposta applicabile.

- Soggetti affetti da disturbi della sfera mentale ed affettiva
- Soggetti disabili/Portatori di Handicap
- Senzatetto/senza fissa dimora
- Tossicodipendenti/Alcolisti
- Omosessuali/Bisessuali o Transgender
- Soggetti professanti differenti credo religiosi
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

28. Nel complesso, quanto Si sente competente a lavorare con persone che provengono da culture differenti dalla Sua?

Molto competente	Talvolta competente	Né competente né incompetente	Talvolta incompetente	Molto incompetente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GRAZIE PER IL SUO CONTRIBUTO**

NOTA: Il presente strumento può essere utilizzato solo con il permesso dell'autrice (Dr. S.M. Schim). Nessuna delle sue parti può essere riprodotta, senza preventiva autorizzazione.

Per ogni eventuale informazione contattare: [g.cicolini@unich.it](mailto:g.cicolini@unich.it)

### ALLEGATO N. 3

**Tab. n.36 Significatività del livello di soddisfazione del paziente per nazione di provenienza**

		Livello di soddisfazione del paziente		Totale	
		basso	alto		
A6 State	afghanistan	Conteggio	1	0	1
		% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	0,0%	0,7%
	albania	Conteggio	3	0	3
		% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	4,2%	0,0%	2,0%
	algeria	Conteggio	1	1	2
		% in A6 State	50,0%	50,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	1,3%	1,4%
	bangladesh	Conteggio	5	7	12
		% in A6 State	41,7%	58,3%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	6,9%	9,2%	8,1%
	brasile	Conteggio	1	0	1
		% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	0,0%	0,7%
	cina	Conteggio	2	1	3
		% in A6 State	66,7%	33,3%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	2,8%	1,3%	2,0%
	colombia	Conteggio	5	2	7
		% in A6 State	71,4%	28,6%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	6,9%	2,6%	4,7%
	congo	Conteggio	1	0	1
		% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	0,0%	0,7%
	cuba	Conteggio	0	1	1
		% in A6 State	0,0%	100,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
	ecuador	Conteggio	1	2	3
		% in A6 State	33,3%	66,7%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	2,6%	2,0%
	egitto	Conteggio	1	5	6
		% in A6 State	16,7%	83,3%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	6,6%	4,1%
	emirati arabi	Conteggio	1	0	1
		% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	0,0%	0,7%
	eritrea	Conteggio	2	2	4
		% in A6 State	50,0%	50,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	2,8%	2,6%	2,7%
	etiopia	Conteggio	1	1	2
		% in A6 State	50,0%	50,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	1,3%	1,4%
	filippine	Conteggio	1	1	2
		% in A6 State	50,0%	50,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	1,3%	1,4%
	ghana	Conteggio	1	1	2
		% in A6 State	50,0%	50,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	1,3%	1,4%
	india	Conteggio	3	3	6
		% in A6 State	50,0%	50,0%	100,0%
		% in Livello di soddisfazione del paziente	4,2%	3,9%	4,1%



inghilterra	Conteggio	0	1	1
	% in A6 State	0,0%	100,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
iran	Conteggio	0	1	1
	% in A6 State	0,0%	100,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
isole mauritius	Conteggio	1	0	1
	% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	0,0%	0,7%
marocco	Conteggio	3	1	4
	% in A6 State	75,0%	25,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	4,2%	1,3%	2,7%
moldavia	Conteggio	4	2	6
	% in A6 State	66,7%	33,3%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	5,6%	2,6%	4,1%
nigeria	Conteggio	6	7	13
	% in A6 State	46,2%	53,8%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	8,3%	9,2%	8,8%
peru'	Conteggio	2	4	6
	% in A6 State	33,3%	66,7%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	2,8%	5,3%	4,1%
polonia	Conteggio	1	1	2
	% in A6 State	50,0%	50,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	1,3%	1,4%
rep dem congo	Conteggio	1	0	1
	% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	0,0%	0,7%
romania	Conteggio	17	22	39
	% in A6 State	43,6%	56,4%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	23,6%	28,9%	26,4%
russia	Conteggio	0	1	1
	% in A6 State	0,0%	100,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
senegal	Conteggio	1	1	2
	% in A6 State	50,0%	50,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	1,3%	1,4%
serbia	Conteggio	1	0	1
	% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	0,0%	0,7%
siria	Conteggio	0	1	1
	% in A6 State	0,0%	100,0%	100,0%

sri lanka	% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
	Conteggio	1	0	1
	% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
stati uniti	% in Livello di soddisfazione del paziente	1,4%	0,0%	0,7%
	Conteggio	0	1	1
	% in A6 State	0,0%	100,0%	100,0%
sudan	% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
	Conteggio	2	0	2
	% in A6 State	100,0%	0,0%	100,0%
tunisia	% in Livello di soddisfazione del paziente	2,8%	0,0%	1,4%
	Conteggio	0	1	1
	% in A6 State	0,0%	100,0%	100,0%
ucraina	% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
	Conteggio	2	4	6
	% in A6 State	33,3%	66,7%	100,0%
venezuela	% in Livello di soddisfazione del paziente	2,8%	5,3%	4,1%
	Conteggio	0	1	1
	% in A6 State	0,0%	100,0%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	0,0%	1,3%	0,7%
	Conteggio	72	76	148
	% in A6 State	48,6%	51,4%	100,0%
	% in Livello di soddisfazione del paziente	100,0%	100,0%	100,0%

## **RINGRAZIAMENTI**

Un sentito ringraziamento al Prof. Maurizio Marceca per la sua preziosa guida come tutor e al Prof. Stefano D'Amelio, sempre presente ad ogni necessità. La mia gratitudine al Dr. Domenico Barbato, collega d'inestimabile valore. Ringrazio i Direttori Sanitari, Direttori Infermieristici, Posizioni Organizzative e Coordinatori dei setting coinvolti, tutti i miei Colleghi per la loro partecipazione all'indagine, nonostante gli impegni lavorativi, in special modo alle infermiere di via Canapiglie per l'accoglienza ricevuta!