

Professione, deontologia ed esercizio professionale

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

La professione di infermiere costituisce oggi l'esercizio di una attività, non subordinata, caratterizzata dall'esistenza di una specifica attività lavorativa, la riconosciuta necessità di una formazione professionale, l'appartenenza ad un ordine professionale, il riconoscimento di una protezione legale, la dotazione di un codice etico.

Ancorché ciascuna di queste affermazioni si presti a commenti e critiche, è certo che la professione si forma dal momento in cui il gruppo professionale afferma la propria competenza specifica e quando il gruppo è stato riconosciuto e legittimato a difendere la propria autonomia e competenza con tutti i mezzi possibili.

Il riconoscimento formale (Legge 42/99) diventa dunque l'atto di nascita e la legittimazione dell'attività professionale, sicché non a caso è stato sancito (art. 2229 c.c.) che "la legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi od elenchi". Il riconoscimento legislativo (che è poi il riconoscimento della funzione sociale svolta) è essenziale per discutere dell'assetto normativo delle professioni intellettuali c.d. "protette".

Non è comunque sufficiente l'esistenza di un albo od elenco per legittimare l'appartenenza di una professione alla categoria delle professioni intellettuali; occorre anche che esista e sia riconosciuta normativamente l'associazione professionale di categoria (con un Consiglio dell'Ordine locale e Nazionale) cui compete "l'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti" (art. 2229, 2° comma, c.c.).

Ecco quindi delineati i requisiti necessari e sufficienti per riconoscere l'esistenza di una professione intellettuale e per meglio definirla: un'attività organizzata nel rispetto dei fini sociali ad essa ricollegati, e disciplinata con l'iscrizione in un albo, nell'autonomia degli organi professionali.

Nell'esercizio dell'attività professionale esiste poi un complesso di regole di condotta che devono essere rispettate.

Queste regole o norme deontologiche, riportate nel Codice Deontologico,

EDITORIALE

E' certo che la professione si forma dal momento in cui il gruppo professionale afferma la propria competenza specifica e quando il gruppo è stato riconosciuto e legittimato a difendere la propria autonomia e competenza con tutti i mezzi possibili.



sono da ritenere norme che, nell'ambito dell'ordinamento professionale, tendono in definitiva a salvaguardare la professionalità.

I professionisti che si rendono colpevoli di abusi e mancanze nell'esercizio della loro professione o comunque di fatti non conformi alla dignità e al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare.

La potestà disciplinare dunque, cioè il potere di decidere sulle infrazioni disciplinari commesse dagli iscritti agli albi, è riconosciuta chiaramente dalla legge.

Così, ad esempio, si è espressa la Cass., sez. un., 12 dicembre 1995, n.12723, affermando che " compete agli ordini professionali di emanare le regole di deontologia vincolanti per i propri iscritti, quale espressione di autogoverno della professione e di autodisciplina dei comportamenti degli iscritti: la violazione delle norme di etica professionale così stabilite, aventi valore di norme interne dell'ordinamento particolare della categoria, dà luogo ad illecito disciplinare, che può essere sanzionato al fine di ricondurre i destinatari delle norme all'osservanza dei doveri che la categoria si è imposti.

D'altronde non può essere applicata una sanzione se non sia individuata la specifica trasgressione ad un comportamento che avrebbe dovuto essere rispettato.

E' questa la funzione di autotutela (individuazione delle regole deontologiche e la potestà disciplinare) che nelle leggi professionali è riconosciuta direttamente al Consiglio Direttivo (nella rubrica della rivista: Aspetti Giuridici della Professione, sono pubblicati gli estremi dei provvedimenti disciplinari adottati).

Anche la revisione delle regole, in fondo, è un modo per esprimere la vitalità e promuovere l'immagine della professione.

Promuovere l'immagine professionale: far conoscere chiaramente chi siamo e quali sono gli ambiti di lavoro, di competenza, di conoscenza, sono obiettivi che come infermieri riteniamo di dover perseguire.

Invito pertanto tutti i colleghi a sentirsi fieri di essere infermieri, di appartenere ad una professione che, più di altre, riesce a comprendere e a dar risposta a tutte le problematiche della persona; in qualsiasi momento della sua vita siamo disponibili e preparati ad aiutarlo a mantenere il suo stato di benessere e garantirgli cure appropriate.

In questo numero, Tempo di Nursing ospita, tra i suoi articoli, i lavori di tesi di alcuni infermieri neolaureati delle università bresciane. Le recenti sessioni di laurea hanno fornito spunti per riflessioni ed approfondimenti disciplinari, assieme alla rinnovata convinzione della fondamentale importanza che hanno le università nel contribuire a determinare l'assetto disciplinare contemporaneo (e futuro) della professione. E' parso significativo, tra l'altro, l'interesse che gli studenti hanno fornito all'assistenza transculturale, nelle sue varie accezioni, forme e relazioni. La lettura degli articoli ospitati, brillanti anche nella loro disamina, contribuiranno a consolidare certezze e competenze o a suggerirne di nuove.

"Giornata del Sollievo 2004"

Sandro Simonelli

Studente 3° anno

Corso di Laurea in Infermieristica

Università Cattolica del Sacro Cuore

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" - Roma

10° Corso Parallelo – Sede di Brescia

Iniziativa ormai alla terza edizione, questa giornata è stata promossa dalla Fondazione Gigi Ghirotti con il patrocinio del Ministero della Salute, coadiuvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome e dalla Regione Lombardia.

"Dar voce alla sofferenza delle persone assistite", questa l'iniziativa del 30 maggio scorso, un'occasione per mettere al centro dell'attenzione la persona che sta percorrendo la faticosa strada della malattia e della sofferenza.

Accogliendo l'invito che ci è stato proposto questa primavera, noi allievi del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, con sede presso il Parco Scientifico-Didattico "Eugenia Menni" presso la Casa di Cura Poliambulanza di Brescia, abbiamo partecipato attivamente all'iniziativa, raccogliendo dati utili per dare efficacemente la parola ai nostri stessi pazienti.

In specifico si è somministrato, durante un'unica giornata, un questionario anonimo a tutte le persone ricoverate nella struttura.

Questo strumento di lavoro ha permesso di valutare alcuni dati forniti dai pazienti stessi, scattando un'istantanea della Casa di Cura, cogliendo, oltre ai dati demografici relativi alla totalità delle persone assistite, anche certe informazioni su come, ad esempio, essi valutino il proprio dolore, o su quale aspetto dell'assistenza si affidino per alleviarlo.

Successivamente, il 16 di giugno, presso la Sala Congressi della Casa di Cura Poliambulanza, sono stati riassunti e comunicati i risultati emersi dal questionario.

In tale occasione si è tenuta una conferenza, aperta anche alla popolazio-

OSSERVATORIO

La cura del dolore nei suoi aspetti più diversi: dall'analgesia nei traumatizzati e negli operati, alla disciplina delle cure palliative, al sostegno psicologico per i pazienti stessi e per le loro famiglie; questo è l'obiettivo sul quale ha posto l'accento la "Giornata del Sollievo".



ne, intitolata proprio “Giornata Nazionale del Solievo” che ha visto la partecipazione di alcuni medici impegnati nella cura del dolore.

Durante l’incontro, introdotto dal Direttore Sanitario della Casa di Cura dott. A. Signorini, è intervenuto il dott. A. Bernardini, responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione, che ha trattato il tema del dolore in un ospedale per acuti.

Di seguito il dott. G. Zaninetta, responsabile dell’U.O. di Cure Palliative presso la Casa di Cura Domus Salutis, ha esposto la questione del dolore oncologico e delle cure palliative mentre il dott. M. Martinelli, responsabile dell’U.O. di Riabilitazione Polifunzionale e Speciale della stessa Casa di Cura, si è occupato del dolore cronico non oncologico.

La parola è passata quindi alla dott.ssa Suor Maria Oliva Bufano, biologa presso la Casa di Cura Poliambulanza, che ha descritto il dolore attraverso l’esperienza della fondatrice dell’Ordine Santa Maria Crocifissa di Rosa.

A conclusione della conferenza la Coordinatrice del Corso di Laurea per Infermieri e responsabile dell’Ufficio Infermieristico della Casa di Cura Poliambulanza, IID L. Bazoli, ha descritto l’obiettivo dell’indagine ed i risultati stessi ottenuti.

Allo scopo sono stati distribuiti 300 questionari¹ e ne sono stati raccolti 200 compilati.

E’ stato interessante osservare i risultati, spesso inattesi, che si sono presentati ai nostri occhi di studenti durante lo scrutinio dei questionari stessi.

Alla domanda “Cosa significa per lei sollievo?” il 30% ha risposto “benessere” e il 27% “assenza di dolore”. E’ da notare come, fra i pazienti, il 13% (“ambiente psicologico propositivo”), il 10% (“gentilezza da parte degli operatori”) e il 5% (“aiuto-soccorso”) pongano attenzione non su di sé ma su noi operatori, come responsabili del loro sollievo.

Note

¹ Vedi allegato A

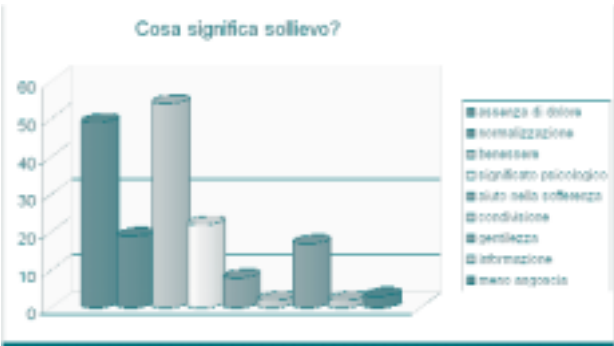


Grafico 1

Un'altra domanda interessante è stata: "Cosa desidera adesso per provare sollievo?".

Il 16% dei risultati ha risposto: "Provare meno dolore fisico" mentre il maggior numero di persone ha orientato le proprie risposte verso l'ambito relazionale dell'assistenza ("Presenza di persone vicine", "Chiare informazioni sulle cure", oppure "Sostegno psicologico", "Aiuto morale").



Grafico 2

Fondamentale è stato il "termometro della sofferenza", vale a dire una scala numerata che rappresenta il grado di dolore percepito dalla persona.

I pazienti stessi dovevano semplicemente apporre una croce di fianco al valore che corrispondeva numericamente alla loro percezione di dolore. La curiosità di quanto emerso è ragionevolmente spiegabile. L'immagine che si presenta inserendo i dati del "termometro" mostra come i pazienti abbiano fatto rilevare dei picchi di preferenze corrispondenti al livello minimo, al livello massimo ed un terzo picco esattamente nel mezzo del grafico.

È facilmente spiegabile l'alto numero di "minimi livelli di sofferenza", considerando che il questionario è stato consegnato a tutte le persone ricoverate in ospedale, incluse quelle degenti in reparti di day-hospital e quelle ormai in procinto di essere dimesse.

Altrettanto facile è spiegare il picco di "massimo livello di sofferenza", avendo interrogato anche pazienti cronici, post chirurgici e traumatizzati.

Non così semplice è stato analizzare il risultato che si poneva a metà della scala graduata. Il fatto che numerose fra le persone degenti che abbiamo intervistato non consideri il proprio dolore troppo forte né tanto meno nullo, fa pensare che essi vivano la propria sofferenza durante il ricovero considerandola "normale" o, peggio, dovuta; e che considerino, di conseguenza, l'ospedale come luogo del dolore.



Grafico 3

Questo resta l'oggetto della "Giornata del Sollievo": iniziare a considerare una nuova forma terapeutica, dove la cura della sofferenza (e non solamente correlata alla patologia) avvenga attraverso il sollievo radicale dal dolore e dalla sofferenza che può coinvolgere le dimensioni dell'essere persona.

Allegato A

Domande rivolte esclusivamente al paziente

Metta una crocetta sulle caselle accanto alle risposte che rispondono meglio alla sua situazione. Può barrare più di una casella.

1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?

- ☐ sentire meno dolore;
- ☐ ricevere sostegno psicologico;
- ☐ presenza di persone care;
- ☐ ricevere informazioni chiare sulle cure;
- ☐ ricevere aiuto economico per le cure;
- ☐ dare un senso alla mia sofferenza;
- ☐ ricevere aiuto morale;
- ☐ luogo di cure più confortevole;
- ☐ ricevere assistenza sanitaria a casa;
- ☐ essere più libero nel prendere decisioni per le cure;
- ☐ comunicare la mia sofferenza;
- ☐ altro (specificare) _____

2. Il "termometro della sofferenza". Provi a valutare quanta sofferenza sente in questo.

Metta una crocetta su un numero compreso tra 0 (nessuna sofferenza) e 10 (massima sofferenza)

Nessuna sofferenza 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massima sofferenza

3. Cosa significa per lei “sollevio”? Lo definisca.

4. Nella relazione con il medico cosa è di sollevio per lei.

5. Quando prende farmaci antidolorifici c'è qualcosa che la preoccupa?

☐ sì;

☐ no;

☐ se S i, che cosa la preoccupa?

Informazioni generali e anonime sul paziente

6. Sesso: ☐ maschio; ☐ femmina; Data _____

7. Età: _____ anni

8. Titolo di studio o ultima classe frequentata:

☐ elementari ☐ medie ☐ superiori ☐ università

9. Nazionalità

☐ italiana

☐ altro (specificare) _____

10. Città in cui si trova oggi per le cure: _____

11. Regione di residenza: _____

12. E' ricoverato in:

☐ Day-hospital (specificare) _____

☐ reparto (specificare) _____

13. Da quanto tempo?

☐ da meno di 24 ore

☐ da _____ giorni

14. Per quale malattia si sta facendo curare attualmente?

15. La scheda è stata compilata dal paziente?

☐ sì

☐ no (specificare da chi) _____
(specificare il motivo) _____

Grazie per la collaborazione e per il tempo che ci ha dedicato.



Società multietnica e multiculturalismi: l'infermiere e il nursing transculturale

Giulia Leoni

(Riassunto strutturato, Tesi di Laurea in Infermieristica, Università di
Brescia, A.A. 2003/04)

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, a seguito dell'esplosione demografica nei paesi in via di sviluppo e della conseguente ricerca nei paesi occidentali di posti di lavoro e migliori prospettive di vita, la presenza degli immigrati nel nostro Paese è fortemente aumentata.

L'immigrazione è un fenomeno destinato a crescere e, in un futuro non molto lontano, la nostra società sarà sempre più "colorata" e multietnica.

In questo scenario gli operatori sanitari vengono sempre più frequentemente a contatto con culture, storie, stili di vita diversi e incomprensibili che rendono alquanto difficile ascoltare e capire i bisogni dell'altro.

Accogliere ed assistere pazienti stranieri diventa un momento molto complesso che richiede l'impiego di nuove e ulteriori energie volte a comprendere i bisogni delle persone differenti per cultura, religione, usi.

Le difficoltà che quotidianamente gli operatori incontrano nell'interazione con gli utenti stranieri possono essere ricondotte a vari aspetti:

- la scarsa conoscenza del fenomeno migratorio e della normativa vigente in materia d'immigrazione;
- il polimorfismo culturale legato alla lingua ;
- la diversa concezione del corpo, della malattia e della salute.

È indispensabile, quindi, che gli infermieri e tutti gli operatori sanitari siano adeguatamente informati e formati per migliorare l'inserimento degli utenti immigrati a rispondere in modo efficace e diversificato ai loro bisogni di salute, favorendo una "cultura dell'incontro".

NURSING E RICERCA

Occuparsi di relazioni interculturali prevede di prendere coscienza dei propri stereotipi e pregiudizi, di relativizzare il proprio punto di vista, di acquisire la capacità di valorizzare sé stessi e gli altri, di approfondire la conoscenza sui fattori che consentono di comunicare efficacemente con gli altri anche in contesti multiculturali realizzando, così, la comunicazione transculturale.

M. Leininger ha denominato le sue teorie "Diversità e universalità dell'assistenza transculturale", rappresentata dal modello del "sole nascente", dove universalità sta per i punti in comune e diversità sta per le differenze. Secondo Madeleine Leininger le diversità sono in numero maggiore rispetto ai modelli di assistenza universale ed è necessario che l'infermiere abbia una conoscenza specifica della cultura dell'utente.

IL QUADRO CONCETTUALE

Il migrare è un fenomeno molto antico: la storia dell'uomo è strettamente associata allo spostarsi da una regione all'altra, alla ricerca di un territorio o come fuga da invasioni barbariche e colonizzatrici.

Le cause attuali della emigrazione sono la fuga dalla guerra, dalla dittatura, dalla povertà e carestia (fattori di espulsione dai paesi di esodo) verso la ricerca di un lavoro e di un ritrovato benessere (fattori di attrazione del paese di approdo).

Tra i Paesi europei, l'Italia, nazione particolarmente esposta per la sua posizione geografica, dai primi anni '80, è diventata uno dei poli preferenziali di immigrazione sia per la mancanza di una adeguata politica di controllo e di pianificazione dei flussi, sia perché cominciò ad esserci nel nostro paese una domanda di lavoro per occupazioni umili più o meno rifiutate dagli autoc-toni; tutto ciò va poi connesso al fatto che un numero sempre maggiore di datori di lavoro hanno avuto ed hanno la possibilità ed interesse ad impiegare a basso costo, e senza alcun intervento previdenziale, forza lavoro non tutelata, né tutelabile in quanto clandestina. In Italia, i flussi arrivano principalmente dal Nord-Africa, dai Balcani, dal Subcontinente indiano e dall'Estremo Oriente, e l'anello più debole e difficilmente controllabile è costituito dall'Albania.

L'Italia è oggi al quarto posto dopo Germania, Francia, Gran Bretagna per la presenza di immigrati. Gli stranieri regolarmente soggiornanti si attestano sul milione e mezzo, con un'incidenza di circa il 2,5% sulla popolazione residente.

L'incremento territoriale è caratterizzato da una più forte capacità di attrazione delle regioni del Nord-Est (Lombardia e Veneto) e di quelle del Sud.

Il fenomeno migratorio è complesso e vi è un'estrema varietà di soggetti che ne sono protagonisti, tuttavia, per fronteggiare il problema delle differenze culturali, la società adotta come forma di difesa la stigmatizzazione di questi soggetti attribuendo loro rischi di malattia e contagio. In realtà l'immigrato arriva nel nostro paese con un patrimonio di salute pressoché integro. Chi decide di emigrare sono generalmente i soggetti giovani, forti, con più spirito d'iniziativa e maggiore stabilità psicologica. Tuttavia il patrimonio di salute dell'immigrato è destinato a dissiparsi per motivi riconducibili a più fattori. Tra questi c'è il malessere psicologico legato alla condizione di migrante, la mancanza di



reddito, la sottooccupazione in professioni lavorative rischiose o non tutelate, il degrado abitativo, l'assenza del supporto familiare, il clima, le diverse abitudini alimentari, condizioni che portano a quelle malattie definite da "disagio" o da "degrado": patologie da raffreddamento, da cattiva alimentazione e patologie traumatiche. Ci sono poi le patologie da "sradicamento" e da "adattamento": lo stress provocato dall'evento migratorio, il senso di solitudine, l'ansia per l'ignoto, con la presentazione, ai servizi sanitari, di innumerevoli patologie funzionali, psicosomatiche, di depressioni mascherate, di ansia somatizzata.

Un'ulteriore problema è quello relativo alla accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari per gli immigrati, che negli ultimi anni, insieme al diritto alla salute (per lungo tempo non garantito), è stata fonte d'accessi e vivi dibattiti. L'Italia è il primo paese che garantisce l'assistenza sanitaria agli stranieri: grazie alla recente legge sull'immigrazione (D. Legislativo 286/98 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero") si è stabilito il diritto inalienabile alla salute per gli stranieri, facilitando l'inclusione nel sistema degli immigrati regolarmente presenti e comunque garantendo prestazioni essenziali e preventive anche a coloro che sono irregolari e clandestini.

LA RELAZIONE INTERCULTURALE

In una società sempre più multiculturale, le differenze sono chiamate a convivere ed a confrontarsi, causando a volte sensazioni di inadeguatezza o di minaccia per la propria origine ed identità. La crescente multietnicità porta con sé problemi relazionali nuovi, può provocare timori e speranze, chiusura o apertura verso l'altro. Gli infermieri, chiamati a compiti professionali di tipo educativo o sociale, si fanno promotori di una interculturalità rispettosa della diversità e consapevole della ricchezza che tali relazioni possono generare.

Occuparsi di relazioni interculturali prevede di prendere coscienza dei propri stereotipi e pregiudizi, di relativizzare il proprio punto di vista, di acquisire la capacità di valorizzare sé stessi e gli altri, di approfondire la conoscenza sui fattori che consentono di comunicare efficacemente con gli altri anche in contesti multiculturali realizzando, così, la comunicazione transculturale.

La relazione interculturale risulta problematica per diversi aspetti che possono spaziare dalla difficoltà dell'utente straniero a comunicare le proprie esperienze e vissuti interiori (livello prelinguistico), alle incomprensioni che si realizzano quando gli interlocutori non conoscono una lingua comune (livello linguistico) o attribuiscono diversi significati simbolici allo stesso termine (livello metalinguistico).

Talvolta ci si può trovare di fronte a divari comunicativi talmente ampi, da necessitare di strumenti opportuni di mediazione culturale. Il mediatore culturale è un' importante figura che funge da intermediario tra le diverse culture traducendo non solo il significato letterale delle parole ma, soprattutto quello simbolico.

Anche l'infermiere è chiamato in prima persona ad esercitare un ruolo attivo e di mediazione nel processo di incontro e confronto tra due universi culturali.

L'infermiere è il primo operatore a dover rispondere alle esigenze di salute dell'utente: prima ancora del mediatore culturale, l'infermiere costruisce una relazione terapeutica interculturale, affrontando l'ostacolo dell'incomprensione linguistica, avvalendosi di strumenti alternativi come l'ascolto, l'osservazione, la comunicazione non verbale.

L'infermiere deve essere un osservatore ed un ascoltatore attento e riflettere costantemente su ciò che vede, ascolta e scopre, con genuino interesse e rispetto, mettendo da parte i pregiudizi, al fine di realizzare una comprensione empatica ed instaurare un rapporto di fiducia. Ricordiamo poi, che costantemente l'infermiere assume il ruolo d'interfaccia tra il medico, le istituzioni sanitarie e l'utente.

Le barriere sociali che dividono il malato dall'infermiere sono meno rigide rispetto a quelle che lo separano dal medico favorendo l'instaurarsi di un rapporto meno formale e una più agevole comunicazione con l'infermiere. L'infermiere traduce il discorso medico in termini accessibili alle capacità di comprensione del malato e contemporaneamente si fa interprete davanti al medico dei suoi bisogni e dei suoi comportamenti.

L'operatore sanitario che si trova di fronte ad un'utenza multiculturale, deve tenere in considerazione scenari culturalmente diversi che possono condizionare l'interpretazione di parole, gesti, atteggiamenti e dove concetti quali salute/malattia, igiene, possono rifarsi a parametri culturali ben diversi dai propri.

Gli stranieri possono suscitare negli infermieri paure ingiustificate perché ciò che non si conosce può spaventare e questo può sfociare nel rifiuto, nel pregiudizio e nell' etnocentrismo professionale (imposizione dei propri valori ed abitudini professionali, ritenute superiori).

Siamo ad oggi ancora lontani dal ruolo attivo e fortemente innovativo che permette all'infermiere di assistere con efficacia i pazienti stranieri poiché la formazione nel Nursing Transculturale sembra rimanere più conoscenza teorica che un obiettivo pratico: la professione infermieristica dovrebbe approfondire le tematiche legate ai soggetti immigrati, considerando come punti essenziali del processo assistenziale, diversi elementi tra cui quelli etnico-culturali, linguistici, valoriali di ogni specifica cultura.

IL NURSING TRANSCULTURALE

Il nursing transculturale trae sviluppo dagli studi dell'infermiera antropologa americana Madeleine Leininger. L'originalità di questa teoria risiede nel fatto di intendere la persona in senso olistico, considerando i valori, le credenze e le pratiche dell'assistenza influenzate e legate al contesto di una particolare cultura, al contesto della visione del mondo linguistico, religioso o spirituale ed educativo.

L'obiettivo del nursing transculturale, quindi, è la conoscenza delle differenze culturali insite in ogni popolazione perché la cultura è uno strumento ampio e olistico che permette di comprendere la totalità della vita affinché si possa personalizzare l'assistenza.

M. Leininger ha denominato le sue teorie "Diversità e universalità dell'assistenza transculturale", rappresentata dal modello del "sole nascente", dove universalità sta per i punti in comune e diversità sta per le differenze. Secondo Madeleine Leininger le diversità sono in numero maggiore rispetto ai modelli di assistenza universale ed è necessario che l'infermiere abbia una conoscenza specifica della cultura dell'utente.

La teoria della Leininger pone le sue radici nella disciplina antropologica considerando il nursing transculturale come una sintesi di antropologia e nursing.

Per fornire delle prestazioni di qualità è opportuno, nella consapevolezza che l'infermiere esplicita la propria abilità professionale indistintamente dalla razza e nazionalità, conoscere a sufficienza la cultura, usi e tradizioni di questi pazienti.

E' perciò indispensabile prestare attenzione alle peculiarità della singola cultura in relazione ad alcuni bisogni come comunicazione, igiene ed alimentazione. In questo modo si possono comprendere le reticenze e l'imbarazzo dei pazienti alle domande degli operatori, sapere come affrontare un argomento difficile come la cura igienica del corpo, o come soddisfare il bisogno di alimentazione rispettando i loro usi, o affrontare il problema della morte e del trattamento della salma.

Vedi figura 1.

CONCLUSIONI

L'infermiere, in futuro, dovrà sempre più allargare le sue prospettive ad una visione più dinamica della società e del mondo in cui vive, e dovrà mostrarsi pronto a rispondere agli stimoli socio-culturali di un ambiente di lavoro destinato a cambiare in senso multietnico: capire le esigenze degli utenti immigrati e stabilire un buon rapporto con le altre culture saranno aspetti sempre più importanti del suo lavoro.

All'infermiere è quindi richiesta, oggi più che in passato, una formazione

Bibliografia

- L.Aletto, L.Di Leo,
"Nursing nella società multiculturale."
Carocci Faber Editore,
Roma 2003
- D.Cozzi, D.Nigris,
"Gesti di Cura."
Colibri Editore, Torino 1996
- M.Leininger, M.R. McFarland,
"Infermieristica culturale: concetti, teorie, ricerca e pratica."
Casa Editrice Ambrosiana,
Milano 2004
- E.Granaglia, M.Magnaghi,
"Immigrazione: quali politiche pubbliche?."
Franco Angeli Editore, 1998
- M.I. Macioti,
"Per una società multiculturale."
Liguori Editore
- S.Geraci,
"Argomenti di medicina delle migrazioni."
Edizioni Anterem, Roma 2000

che lo renda capace di fornire un'assistenza multiculturale.

Maggiore attenzione deve essere dedicata al processo di comunicazione: una particolare apertura mentale e l'abbandono di atteggiamenti stereotipati al fine di accettare e capire le diversità. Garantire il diritto alla salute alla persona straniera significa anche preparare l'infermiere ad accoglierlo e dargli un'assistenza personalizzata. La formazione antropologica, la riscoperta della relazione interetnica, permettono un migliore approccio con gli utenti delle altre culture.

Nella realtà odierna, l'infermiere non ha ancora raggiunto quel ruolo attivo e innovativo che garantisce un'assistenza veramente efficace e culturalmente congruente, d'altro canto poco è stato finora tradotto e pubblicato sui numerosi contributi e ricerche in campo del nursing transculturale. Mi auspico che a questa disciplina venga presto, anche nel nostro paese, dato il giusto riconoscimento e piena legittimità, permettendone ampio sviluppo.

Le teorie dell'infermieristica transculturale devono tradursi in programmi didattici elaborati da un corpo strutturato competente in materia che possano adeguatamente formare gli infermieri, rendendoli in grado di offrire un'assistenza infermieristica adatta alle diverse identità culturali. Tutto ciò fornirà l'occasione per diventare professionisti più competenti e persone umanamente ed intellettualmente più ricche.

A.Marriner Tomey,
"I teorici del nursing e le loro teorie."

McGraw-Hill Edizioni,
Milano 1996

N.Bizier,
"Dal pensiero al gesto."
Edizioni Sorbona, Milano 1990

V.Cesareo,
"Società multiethniche e multiculturalismi."

Vita e Pensiero Edizioni,
Milano 2000

A.T.Khoury,
"Dizionario comparato delle religioni monoteistiche: Ebraismo, Cristianesimo, Islam."
Piemme Edizioni,
Casale Monferrato 1998

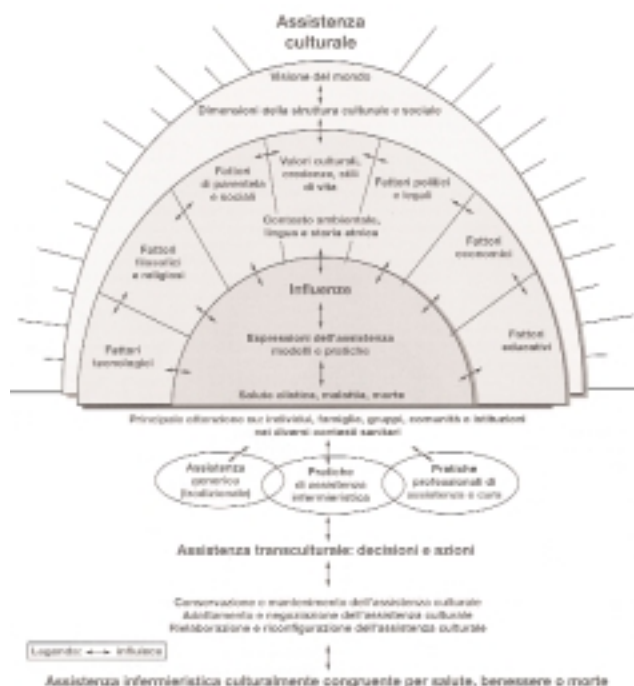


Figura 1

Salute, immigrazione e servizi socio-sanitari: il ruolo infermieristico

Elena Rossini

(Tratto dalla Tesi di Laurea in Infermieristica, Università di Brescia,
A.A. 2003/04)

INTRODUZIONE

Sarebbe una bella realtà, o un bel sogno, se gli uomini si spostassero da un luogo all'altro della terra soltanto per desiderio di conoscenza. Alla base del fenomeno migratorio, che di per sé rappresenta una costante della storia umana, vi sono invece non di rado questioni di necessità: chi parte lascia dietro di sé una guerra, difficoltà economiche, persecuzioni religiose o politiche.

La figura del migrante rappresenta, dunque, un concentrato di interesse: per le scelte che ha dovuto fare, per la cultura che porta con sé, per il senso di precarietà che rimanda alla condizione dell'intero genere umano.

Le migrazioni sono inoltre segno eloquente di un sistema economico mondiale basato su squilibri sempre più ampi che, quanto meno per desiderio di coerenza, credo sia necessario contrastare attraverso determinate scelte di stile di vita, di consumo, di partecipazione politica, di impegno sociale.

L'autore ha quindi ritenuto opportuno sfruttare l'occasione della stesura della tesi di laurea per approfondire questa tematica, cercando di focalizzare soprattutto il ruolo che riveste la figura infermieristica, poiché rappresenta la concretezza dell'agire professionale. Ciò senza tralasciare i legami con l'intero sistema dei servizi socio-sanitari, dal momento che è una realtà condivisa e consolidata la necessità di lavorare in rete con competenze e ruoli professionali diversi e complementari.

Pertanto il lavoro dell'autore si struttura in tre parti principali:

- nella prima viene definito il fenomeno migratorio, sia a livello nazionale che locale, facendo emergere i dati di maggior incidenza sul sistema dei servizi socio-sanitari;
- nella seconda vengono analizzate le componenti culturali della malat-

FOCUS

L'infermieristica transculturale è stata definita come un'area formale di studio e di esercizio professionale che pone il proprio interesse principale sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza agli esseri umani al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente, utile e valida.

La lingua porta con sé, non solamente codici linguistici, ma quell'insieme di modelli culturali e referenziali, che permettono la condivisione di immagini, pratiche, modi di relazionarsi, istituzioni, nonché la concezione stessa della vita umana.

tia in relazione a cittadini migranti provenienti da contesti culturali "altri". Inoltre, vengono illustrate due modalità di fronteggiare le problematiche connesse all'assistenza di tali pazienti: l'infermieristica transculturale e la mediazione linguistico-culturale;

- la terza parte, infine, vengono valutate ed analizzate le risposte ottenute da un questionario che ho somministrato ad un gruppo di infermieri del Pronto Soccorso dell' Ospedale Civile. Attraverso tale strumento ho cercato di capire quale sia la percezione della questione da parte degli infermieri, quali siano i principali problemi che riscontrano, oltre al loro livello di interesse. Chiaramente questa indagine non punta all'eshaustività di una indagine statistica di tipo quantitativo: si tratta semplicemente di un ulteriore strumento di conoscenza qualitativa che ho ritenuto opportuno utilizzare per poter effettuare considerazioni realistiche.

LO SCENARIO CONTEMPORANEO

In Italia vi sono 2,5 milioni di stranieri regolarmente soggiornanti con un'incidenza sulla popolazione residente di poco superiore al 4%.

Questo dato è stato ottenuto sommando al dato dell' archivio Centrale del Ministero dell' Interno al 31 dicembre 2002 una stima che prevedesse:

- le domande di regolarizzazione a seguito della sanatoria Bossi-Fini;
- i permessi sfuggiti alla registrazione in quanto inviati successivamente dalle questure;
- i minori iscritti nel permesso di soggiorno dei genitori;
- i nati stranieri in Italia.

La caratteristica peculiare dell'immigrazione in Italia è il policentrismo: gli stranieri soggiornanti al 31 dicembre 2002 provengono da ben 191 Stati. Per raggruppare l'80% degli immigrati occorrono almeno 30 nazionalità. Si tratta di un dato costante negli anni che sembra caratterizzare in modo strutturale il fenomeno, determinando un modello migratorio simile solo a pochi altri casi nel mondo.

Tale policentrismo trova la sua causa innanzitutto in aspetti di tipo geografico. L'Italia è un vero e proprio crocevia per i flussi provenienti dall'Africa, sia settentrionale che sub-sahariana, e dall'Europa Balcanica da dove giungono anche molti cittadini dell'estremo oriente.



Contemporaneamente assistiamo a un processo di stabilizzazione di sei paesi (tutti con almeno 50.000) presenze, che fungono da poli di spinta dell'immigrazione in Italia.

Si tratta più specificatamente del Marocco e dell'Albania, che insieme arrivano al 23% del totale dei soggiornanti, seguite da Romania, Filippine, Cina e Tunisia.

La ripartizione continentale degli immigrati conferma anche nel 2002 il trend iniziato ormai qualche anno fa con il costante aumento percentuale degli europei provenienti dai paesi dell'Europa centro-orientale (30,7%). Gli europei, nel loro complesso, rappresentano il primo continente per numero di presenze (più di 600.000), seguiti dagli immigrati provenienti dall'Africa (26,5% del totale), dall' Asia (18,5%) e dall'America (solo 11,8%). Per semplificare si può dire che ogni 10 presenze vi sono 4,5 europei, 2,5 africani, 2 asiatici e 1 americano.

I motivi di soggiorno dei cittadini immigrati soggiornanti in Italia raggruppati per continente di provenienza, indicano che i paesi dell'America centro-meridionale spiccano per un'elevata incidenza dei motivi familiari.

Sono invece accentuati i motivi di lavoro, sia subordinato che autonomo, tra i cittadini dell'Africa centrale (soprattutto dal Senegal), dell'Africa settentrionale (Egitto e Tunisia), dell'Asia orientale (Cina e Filippine) e dell'Asia centro-meridionale (Bangladesh, Pakistan e Sri Lanka).

Da ultimo va sottolineato che l'incidenza dei motivi religiosi è più elevata tra i pochissimi immigrati dell'Oceania e dell'Africa centro-meridionale, ma è superiore al dato nazionale per quanto riguarda i cittadini nordamericani ed europei.

Nei permessi per motivi di studio spicca l'incidenza elevata tra gli immigrati provenienti da paesi del vicino e medio Oriente (nel 75% dei casi si tratta di studenti israeliani, libanesi e iraniani).

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

La ripartizione degli immigrati varia considerevolmente a livello regionale.

La Lombardia è la regione in cui risiede il maggior numero di immigrati (il 23% del totale, quasi uno su quattro), seguita dal Lazio (15,8%), dal Veneto (10,2%), dall'Emilia – Romagna (10%), dalla Toscana (7,4%) e dal Piemonte (7,1%).

Gli immigrati provenienti dai paesi dell'Europa centro – orientale sono fortemente distribuiti sul territorio e solo il 30% di essi si trova in Lombardia e nel Lazio. La loro incidenza è maggiore nelle regioni adriatiche ed in particolare in Abruzzo (56,5%), in Friuli Venezia Giulia (53,8%) e in Puglia (51,1%).

I cittadini dell'Africa settentrionale sono presenti soprattutto in Lombardia (nel 27% dei casi) e scarsamente nel Lazio (6,6%).

Anche gli immigrati provenienti dall'Africa occidentale soggiornano soprattutto in Lombardia; nel complesso, più della metà degli africani soggiornanti si trova in tre regioni: Lombardia (27%), Emilia – Romagna (14,2%) e Veneto (11,6%).

Nel Lazio (25%) e in Lombardia (23%) si concentra quasi la metà dei cittadini asiatici soggiornanti in Italia.

Sempre in riferimento ai dati del Ministero dell'Interno al 31 dicembre 2002, la Lombardia conserva il primato tra le regioni con poco meno di 350.000 soggiornanti.

Le province lombarde che ospitano il maggior numero di immigrati sono: Milano (49%), Brescia (16,9%) e Bergamo (8,9%), mentre le province con il minor numero sono Sondrio, Lodi e Lecco.

Per il secondo anno consecutivo in Lombardia la percentuale di soggiornanti provenienti dall'Europa è più alta di quella relativa agli immigrati africani, a riprova di una tendenza consolidata. La provincia di Milano registra come seconda area di provenienza non l'Africa (come avviene nel resto d'Italia e nella Lombardia) bensì l'Asia. La comunità più numerosa è quella filippina, seguita da quella egiziana.

In Lombardia invece la nazionalità più diffusa è quella marocchina, che è al primo posto come paese di provenienza in 6 province su 11 (Bergamo, Brescia, Como, Lecco, Mantova e Sondrio). Per quanto riguarda le altre province, a Varese, Pavia e Lodi il primato spetta all'Albania, mentre a Cremona si conferma la prevalenza degli indiani. La distribuzione delle nazionalità sul territorio è il risultato della somma di molte variabili: dalla presenza di catene migratorie e di nuclei familiari già inseriti, all'offerta di lavoro specifica per le diverse province.

Come per il resto del territorio nazionale, la popolazione immigrata soggiornante regolarmente in Lombardia è in prevalenza costituita da giovani: la fascia d'età più rappresentata è quella dei 19-40 anni (66,6%), gli ultra-sessantenni sono solo il 6,5%, quasi come i minori che sono il 5,1%. Rispetto allo stato civile, il 53% dei soggiornanti è coniugato, mentre il 42,3% è libero (a Brescia si trova la percentuale più significativa di liberi con il 45,9%).

Sia rispetto alla fascia d'età che allo stato civile, non si notano scosta-



menti degni di nota con i dati nazionali, segno che si tratta probabilmente di caratteristiche strutturali delle dinamiche migratorie, non occasionali e indipendenti dalla zona di insediamento.

Scuola.

L'incidenza degli alunni con cittadinanza non italiana sulla popolazione scolastica in totale è passata dallo 0,06% dei primi anni '80 al 2,3% di oggi. Un quarto degli alunni stranieri presenti in Italia frequenta le scuole della Lombardia.

Appartenenza religiosa. Il gruppo più numeroso professa la fede cristiana (41%); in seconda posizione troviamo la componente musulmana (39,8%). Seguono, a grande distanza, gli induisti (3,5%), i buddisti (3,1%), gli animisti (1,6%), gli ebrei (0,2%) e il gruppo dei cosiddetti "altri" (10,8%). Il gruppo dei cristiani è composto dai cattolici che prevalgono, seguiti nell'ordine da ortodossi, protestanti e "altri cristiani". Dal confronto con i dati nazionali emerge che in Lombardia è più consistente la presenza di musulmani e, viceversa, è più contenuta la percentuale dei cristiani.

Motivi del soggiorno.

In Lombardia, 6 immigrati su 10 hanno ottenuto il permesso di soggiorno per motivi di lavoro; il secondo grande motivo è il ricongiungimento familiare che copre il 30,4% dei permessi.

Il settore che occupa il maggior numero di lavoratori extracomunitari in Lombardia è quello dei servizi, seguito da quello dell'industria e dal settore agricolo. In particolare i primi cinque settori sono : costruzioni, attività immobiliari/pulizie, trasporti, alberghi e ristoranti, industria dei metalli.

A proposito del lavoro industriale è interessante notare come in alcuni settori si registri un'incidenza esclusiva del saldo delle assunzioni degli extracomunitari sul totale delle assunzioni: gli italiani stanno progressivamente abbandonando tali settori, più faticosi e disagiati.

LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI: PROFILO E FATTORI DI RISCHIO

Dalla metà degli anni ottanta alla metà degli anni novanta il volontariato ha cercato di supplire al diritto alla salute negato per legge (ai clandestini) o nascosto ai più (a causa di complessi iter burocratici).

Brescia è stata una delle poche realtà che ha visto istituire nel 1989 una struttura pubblica , ossia l'ambulatorio per immigrati della ASL 02, che rimane ancor oggi unico nella regione Lombardia.

Oggi in Italia, almeno teoricamente, è garantita l'accessibilità alle cure,

seppur in forma diversificata, per tutti gli immigrati presenti sul nostro territorio: per i regolari è prevista l'equiparazione ai cittadini italiani e la semplificazione degli iter amministrativi, per i clandestini vengono assicurate le cure urgenti, essenziali e continuative, con particolare riferimento alla medicina preventiva, alla tutela della maternità e dei minori. La legge a cui fare riferimento è la n. 40 del 6 marzo 1998, poi confluita nel D.L. 286 del 25 luglio 1998 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"; la legge Bossi-Fini, infatti, ha mantenuto invariati gli articoli riguardanti l'assistenza sanitaria agli immigrati.

A tal proposito è necessario sottolineare come, nonostante la cospicua quota di immigrati regolarizzati, esista un'altrettanto cospicua quota di persone che soggiorna e lavora in Italia da tempo e che rischia costantemente di scivolare nell'irregolarità per la rigidità delle condizioni per il rinnovo del permesso di soggiorno.

A fronte dell'emersione del diritto alla salute permane tuttavia in Italia una forte mancanza di dati affidabili e confrontabili da parte della Sanità Pubblica, grazie ai quali poter predisporre gli interventi. Da segnalare è l'assenza di un osservatorio epidemiologico nazionale sulla patologia del migrante, così che il profilo sanitario del paziente immigrato può rifarsi soltanto ai dati di casistiche ambulatoriali ed ospedaliere di strutture pubbliche o di volontariato sociale presenti sul territorio.

Il prossimo paragrafo si basa sulle informazioni contenute nel Dossier Immigrazione della Caritas Italiana 2003, integrate dalla testimonianza del Dr. I. El Hamad (Centro patologia del migrante – Dipartimento di Malattie Infettive – Spedali Civili di Brescia).



Confrontando i dati delle Schede di dimissione ospedaliere (Sdo) del 1998 con quelli relativi al 2000 si giunge ai seguenti risultati:

- il numero totale dei ricoveri per pazienti non italiani è aumentato del 19,2%, raggiungendo le 283.987 unità; un incremento maggiore (25%) ha riguardato i ricoveri di stranieri non appartenenti all'Unione Europea. L'incidenza sul totale dell'attività ospedaliera nazionale è stata dell'1,9% sia rispetto al numero di ricoveri che rispetto alle

giornate di degenza;

- le caratteristiche demografiche dei pazienti sono rimaste pressoché invariate, con circa la metà dei ricoveri che si concentra nella fascia d'età 25 – 44 anni. I paesi più rappresentati restano il Marocco, l'Albania, l'ex Jugoslavia, la Romania e la Tunisia, con aumenti di pazienti provenienti dalla Cina e dall'Ecuador;
- anche i motivi dei ricoveri restano inalterati, con incremento di parti e gravidanze, mentre stabile o in modesto aumento il numero dei traumatismi e degli eventi morbosi infettivi;
- Si confermano anche i caratteri dell'ospedalizzazione, con degenza media pari a 6,3 giorni (italiani: 6,9), maggior peso dei ricoveri di 1 giorno e minor ricorso al day-hospital;
- la distribuzione tra le Regioni di ricoveri di pazienti non italiani ha visto la netta prevalenza della Lombardia (70.000 ricoveri), seguita da Lazio (36.000), Veneto (30.000), Emilia (27.000), Piemonte e Toscana (25.000 ciascuna).

E' noto come gli immigrati siano persone sostanzialmente in buona salute al loro arrivo; presto però si manifesta il bisogno di assistenza sanitaria, per il concentrarsi di numerosi fattori di rischio, sia latenti che acquisiti nel paese ospitante.

Le patologie che si riscontrano più frequentemente sono infatti quelle di **acquisizione**: patologie da raffreddamento, forme di tipo artritico reumatico e simil influenzali, patologie cutanee infettive e del sistema genitourinario nonché, in minor misura, patologie del sistema cardiovascolare. Sono inoltre frequenti lesioni traumatiche, derivanti da infortuni sul lavoro, incidenti stradali ed episodi di violenza.

Emerge chiaramente come, relativamente a questa patologie i fattori di rischio siano rappresentati dalle disagiate condizioni abitative e climatiche, al sovraffollamento e alle precarie condizioni igienico-sanitarie.

Meno evidenti, ma comunque significative sono le malattie da **adattamento-sradicamento**, derivanti cioè dallo stress della migrazione. Si possono qui inserire le patologie di tipo neuropsichiatrico (con un'incidenza variabile dal 3 al 6%) e alcune forme di malattie gastroenteriche riconducibili a un disagio psicologico oltre che fisico.

Per quanto riguarda le **malattie infettive tropicali** e quelle **potenzialmente contagiose**, come le malattie sessualmente trasmesse (MST) e la tubercolosi, queste rappresentano il 3-8% del totale delle diagnosi.

Anche in questo caso gli immigrati rappresentano un gruppo maggiormente esposto; ciò tuttavia non giustifica il pregiudizio che li vede "untori" di determinate patologie. Tale pregiudizio sembra essere ancora radicato non solo nella popolazione italiana in generale, ma anche tra gli operatori

sanitari, secondo uno studio condotto dalla Caritas italiana.

Secondo i dati sanitari disponibili ciò che davvero risulta rilevante è il superamento di alcune situazioni di esclusione dai servizi, mentre continua a permanere una fragilità sociale di questa popolazione. Gli ambiti di sofferenza sanitaria (malattie da disagio, infortuni sul lavoro, alto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, malattie infettive prevenibili, ...) sono segno di scarse politiche di integrazione, difficoltà di accesso ai servizi e problemi comunicativo-relazionali.

SALUTE E MALATTIA: I MODELLI CULTURALI INTERPRETATIVI

Il binomio salute/malattia si rifà costitutivamente a concetti storicamente, socialmente e culturalmente determinati.

Storicamente, in quanto alcune malattie che sono presenti, o che sono considerate tali, in una data epoca storica non lo sono in un'altra, anche all'interno delle medesime società;

socialmente, in quanto è noto che le malattie colpiscono gruppi sociali diversamente da altri;

culturalmente, infine, in quanto nelle diverse culture muta radicalmente il paradigma con cui interpretare questi concetti, di volta in volta ricondotti a concezioni del mondo, della vita, della morte, nonché della persona e del corpo profondamente diverse tra loro.

A tal proposito, come suggerisce D. Cozzi in *Gesti di Cura*¹, possiamo individuare quattro linee d'opinione che si rifanno ad altrettante interpretazioni dei concetti di salute e malattia:

1. Salute come stato fisiologico del corpo umano.

Si tratta chiaramente del modello biomedico, in cui la malattia viene considerata un'entità a se stante, distinta dall'individuo che di volta in volta ne soffre, e peraltro perfettamente misurabile e verificabile.

Ciò che varia è semmai il livello di conoscenza scientifica, mentre i fattori culturali e ambientali sono solo accessori, se non ostacoli da eliminare, per meglio identificare la malattia.

2. Salute come stato soggettivo.

Si tratta dell'approccio olistico in senso stretto, in cui l'individuo con la

Note

- ¹ D. Cozzi, D. Nigris, "Gesti di cura", Colibri, Torino, 1996



sua particolare percezione dello stato di benessere (o malessere), diviene l'unico protagonista, l'unico punto di riferimento.

Il primo limite di questa interpretazione sta chiaramente nel non considerare il contesto – ambientale, sociale e culturale – in cui l'individuo è inserito. Un secondo limite, più sottile, è che considerando l'individuo si utilizza necessariamente il concetto di persona, che è ancora una volta diversificato a seconda del contesto. Si corre quindi ad esempio il rischio di attribuire al soggetto la concezione occidentale di persona, in modo più automatico che consapevole.

3. Salute come duplicità: soma/psiche.

Secondo questo modello, solo apparentemente superato, salute e malattia si possono definire solo tenendo separate le varie sfere che compongono la globalità biopsicosociale dell'uomo.

La nascita della medicina psicosomatica ha posto in discussione questo approccio, anche se il modello interpretativo rimane quello biomedico: semplicemente, il fattore scatenante non è somatico ma psicologico. Un tentativo di superamento di questa visione proviene da una seconda linea d'interpretazione che prende in considerazione le modalità dell'organismo di affrontare lo stress, le correlazioni tra patologie e fattori sociali e culturali di stile di vita, nonché i meccanismi endogeni di guarigione (strategie di coping) messi in atto sia dall'organismo che dalla mente.

Questo punto di vista condiziona profondamente anche il ruolo degli operatori, a partire da quello medico: non più ruolo di sapere e potere ma piuttosto di ascolto e relazione.

4. Salute come armonioso equilibrio funzionale.

È il modello della "salute come sistema", che integra l'aspetto biopsicosociale con il contesto ambientale, caratterizzando la malattia come un mancato adattamento tra l'uomo e il suo ambiente.

Questo modello, pur nella positività d'intenti, cade nel limite dell'astrazione essendo difficile delineare in base a quali valori definire una tendenza all'integrazione piuttosto che all'inadattabilità.

Dalla sintesi precedente emerge in maniera chiara come tali modelli oscillino tra il riduzionismo del modello biomedico da una parte, e un'ingerenza della medicina in tutti gli aspetti della vita umana dall'altra.

Ho ritenuto opportuno riportare questi quattro modelli perché credo che l'infermiere, nello svolgimento quotidiano della sua professione, debba essere il più possibile consapevole dell'interpretazione che egli stesso attribuisce ai concetti di salute e malattia, nonché consapevole dei gesti e delle pratiche con cui tale interpretazione si traduce. Ciò si rivela ancor più importante nella relazione con pazienti immigrati, dove l'infermiere

ha altresì il compito di presentare nel modo più chiaro possibile ciò quel determinato sistema di cura può fare per incontrare i bisogni del paziente.

IL DOLORE

Apparentemente il dolore si configura come fenomeno prettamente fisiologico. A partire dagli anni '50 tuttavia, grazie agli studi dell'antropologo Mark Zborowski, sono state prese in considerazione le componenti di tipo sociale e culturale, soprattutto per quanto riguarda i comportamenti, le reazioni, la capacità di sopportazione, i metodi per affrontarlo.

L'uomo, indipendentemente dal contesto culturale, è in grado di sopportare meglio un dolore che è previsto, ad esempio quello del parto. A seconda delle culture però, tale dolore viene accettato o meno e le reazioni possono essere estremamente diversificate: si va dai vari livelli di anestesia della nostra società, ad un racconto degli indiani Cuna, che ripercorre con simbolismi un viaggio nel corpo femminile e che viene cantato alla partoriente, in modo che essa possa spiegarsi meglio ciò che le sta succedendo.

Anche le modalità di espressione della propria sofferenza variano in funzione della cultura e ancor più dell'educazione ricevuta. Il paradosso è che a chi si prende cura viene naturale non cogliere il dolore, in quanto non lo esperisce in quel momento; chi d'altra parte soffre coglie il dolore naturalmente, ossia non può non coglierlo: i due punti di vista sono necessariamente separati ed entrambi sottoposti al beneficio del dubbio. Ecco che il problema del dolore diventa un problema di relazione tra chi ne soffre e chi gli sta intorno. Diventa soprattutto in problema di comunicabilità.

NARRARE LA MALATTIA

Lo stato di benessere o malessere è dunque anche qualcosa che si cerca di condividere, di comunicare? Sicuramente sì, e ciò apre scenari d'approccio molto interessanti per coloro i quali svolgono una professione sanitaria.

Da questo punto di vista sono stati analizzati e introdotti i termini *disease* e *illness* (Good – Del Vecchio et al.)², che pongono il medesimo concetto di malattia su livelli di significato diversi.

Disease è infatti la malattia dal punto di vista del medico, tradotta con una particolare nomenclatura che permetta di ricondurla a un'alterazione oggettiva presente nell'organismo.

Illness, diversamente, è l'esperienza personale e soggettiva della persona malata, sono i sintomi, le sensazioni ma anche le interpretazioni, le aspettative, non solo del paziente ma anche dei familiari e della società in generale.

Note

² Byron J. Good,
"Narrare la malattia"
Edizioni di Comunità,
Torino, 1999

Si vengono così frequentemente a creare situazioni di disease senza illness (ad esempio nella diagnosi di ipercolesterolemia), o situazioni in cui difficilmente la illness del paziente incontra la disease del medico o degli operatori, soprattutto quando essi appartengono a culture diverse.

“Una persona che si senta debole, priva di energia, perda interesse nel proprio lavoro e nella propria famiglia, in un contesto occidentale verrebbe probabilmente definita come depressa e il suo problema considerato di tipo psicologico; nella cultura popolare cinese verrebbe invece considerato come un problema somatico esprimendolo sotto forma d'esperienza di tipo vegetativo; in una cultura tradizionale africana non sarebbe probabilmente considerata una malattia ma come l'effetto di una magia cattiva da parte di qualche persona o spirito malevole”³.

Ancora, e soprattutto, illness è la malattia comunicata, narrata.

Questo approccio interpretativo alla malattia è stato introdotto da Good e da altri studiosi di antropologia medica all'inizio degli anni '80.

Vivere un'esperienza di malattia significa quindi avviare un processo di creazione di significati personali, culturali e sociali, ossia creare una semantic illness network (rete semantica della malattia). Conseguentemente, ogni processo terapeutico è quindi di tipo ermeneutico: quando paziente e operatore sanitario si confrontano fanno sì che si confrontino i rispettivi modelli interpretativi.

La metafora della narrazione esprime tutta la sua valenza utilizzando la definizione di therapeutic emplotment (intreccio terapeutico). La malattia è narrata come un racconto, con un esordio, uno sviluppo, una trama, dei personaggi con ruoli e significati diversi.

La malattia narrata, infine, protende necessariamente verso un epilogo, è orientata alla ricerca di soluzioni, è protesa al futuro: rappresenta già una relazione orientata alla cura e al soddisfacimento dei bisogni.

Se, dunque, da una parte c'è il paziente narrante, dall'altra deve esserci un operatore il cui primo atteggiamento deve essere quello dell'ascolto, atteggiamento che già di per sé esprime cura e attenzione.

Tale atteggiamento è fondamentale da parte dell'infermiere, a maggior ragione di fronte ad un paziente con orizzonti culturali differenti. L'ascolto della sua esperienza può aiutare fin da subito ad interpretare quelle che sono le ansie più urgenti, le paure più imminenti nonché cercare di intuire il significato che egli stesso attribuisce all'esperienza che sta vivendo. Paradossalmente, purtroppo, risulta palese a questo punto come il principale strumento della narrazione, ossia la lingua parlata, rappresenti nel contempo un muro pressoché invalicabile se il codice non è lo stesso per

Note

- ³ G. Giarelli,
“Medicine, culture e sviluppo.”
Quaderni CUAMM, Padova, 1992



entrambi i soggetti della comunicazione. Laddove cioè vissuti culturali differenti richiederebbero maggiormente la forza esplicativa della narrazione, la lingua incompresa blocca prepotentemente sul nascere la via del confronto e del dialogo.

LA MALATTIA NELLE RELIGIONI

Le tradizioni religiose hanno da sempre offerto all'uomo un punto di riferimento fatto di valori, norme e significati per interpretare e affrontare la malattia, la sofferenza e la morte.

E' importante per gli operatori sanitari la conoscenza degli atteggiamenti delle grandi religioni dell'umanità rispetto ai concetti di salute e malattia. Ciò non per cadere nell'errore grossolano di assegnare stereotipi, né di sentirsi al di sopra delle parti tanto da dare una spiegazione superficiale e irriverente dell'universo spirituale di coloro che assistiamo; piuttosto, per rendersi conto dell'enorme ricchezza e varietà di queste interpretazioni, tanto più cercando di immaginare le successive mutazioni e diramazioni che intraprendono fondendosi con il vissuto e l'originalità creativa del pensiero umano.

L'ebraismo

Il principio che fonda la religione ebraica è la credenza in un solo Dio, che è creatore del mondo e degli uomini, ai quali si è manifestato attraverso una rivelazione. Questa rivelazione è stata tramandata grazie ai libri sacri, la Bibbia e il Talmud, dove emerge chiaramente che Dio ha stretto un'Alleanza con il popolo ebraico.

La malattia nella religione ebraica acquista una connotazione morale ben precisa, in quanto mandata da Dio per punire e correggere. Questo perché tutto ciò che crea Dio è fondamentalmente buono e la malattia non può che essere conseguenza del male e del peccato del mondo.

Il credente che invoca la guarigione è anche consapevole di essere in qualche modo colpevole. Non per questo però viene lasciato solo ad affrontare la prova anzi, nella tradizione ebraica la visita e il sostegno ai malati rappresentano alcune fra le massime espressioni di carità.

Nella tradizione ebraica, infine, troviamo molte pratiche religiose che hanno anche un risvolto di tipo preventivo sulla salute. Oltre all'attenzione posta all'alimentazione, è noto come la pratica della circoncisione, rivestita tuttora di significati religiosi e d'appartenenza fondamentali, rappresenti altresì una prassi di igiene e profilassi nei confronti di alcune malattie.

continua a pagina 31

QUESTIONARIO

Questionario per la rilevazione del gradimento delle riviste edite dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia

PREMESSA

Le riviste provinciali **“Tempo di Nursing”** e **“Tempo di Nursing News”** hanno lo scopo di garantire l'informazione/formazione dei propri iscritti, al fine di favorire il processo di aggiornamento/formazione su tematiche di attualità o che richiedono un approfondimento.

Poiché questo Collegio ha come obiettivo l'esigenza di rispondere ai bisogni dei propri iscritti oltre che quello di implementare azioni volte ad un miglioramento continuo dei servizi offerti, al fine di valutare il gradimento delle riviste edite, saremmo lieti di tenere nella debita considerazione i giudizi espressi e gli eventuali suggerimenti che deriveranno dalla compilazione del questionario di seguito riportato.

COMUNICAZIONI COLLEGIO

Il **questionario** che trovate nelle pagine seguenti va compilato e rispedito al **Collegio** nel più breve tempo possibile.

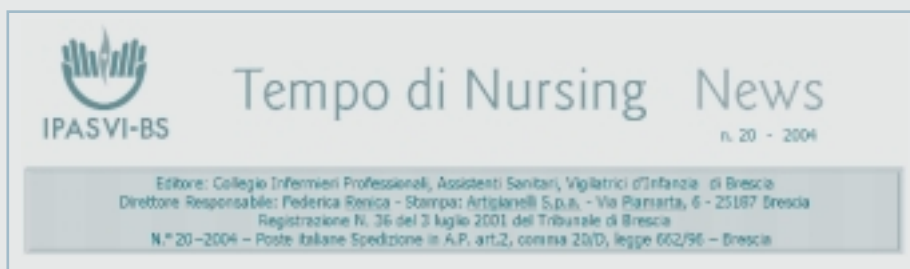
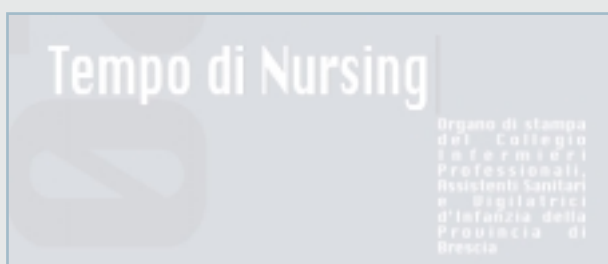
La pagina dovrà essere ritagliata oppure fotocopiata, quindi spedita via fax oppure per posta.

Ovviamente, se utilizzate il fax, ricordate di inviare ambedue le facciate.

Il numero di fax del Collegio è: **030.43194**

L'indirizzo a cui spedirlo è:

**Collegio IP.AS.VI. - Via Moretto, 42/a
25121 Brescia**



Questionario di rilevazione del gradimento delle Riviste

Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

In quale struttura svolge la Sua attività (Azienda Ospedaliera/Presidio Ospedaliero – ASL – Clinica – Università – RSA – Unità Operativa – Sede – Libera Professione: settore d'intervento – Sede)

Incarico svolto

Rivista Tempo di Nursing

2 - **Barrare con una crocetta la casella** che maggiormente corrisponde al giudizio da Lei attribuito agli indicatori individuati per valutare il gradimento della rivista **Tempo di Nursing**, pubblicata dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia, secondo il gradiente sottoriportato

4 = completamente soddisfatto
3 = molto soddisfatto
2 = poco soddisfatto
1 = per niente soddisfatto

Come giudica la veste grafica e l'impaginazione della rivista ?	4	3	2	1
Esprima l' interesse attribuito agli articoli.	4	3	2	1
Come giudica l' utilità della rivista in riferimento alla Sua attività?	4	3	2	1
Esprima il Suo giudizio sui tempi di consegna della posta, rispetto alla data di emissione della rivista.	4	3	2	1
Come giudica il numero di pubblicazioni annue (tre) della rivista?	4	3	2	1

3 - Quali altri aspetti fondamentali, ritiene debbano essere presi in considerazione per migliorare ulteriormente il servizio?

4 – Eventuali osservazioni e/o suggerimenti

Rivista **Tempo di Nursing News**

5 - **Barrare con una crocetta la casella** che maggiormente corrisponde al giudizio da Lei attribuito agli indicatori individuati per valutare il gradimento della rivista **Tempo di Nursing News**, pubblicata dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia, secondo il gradiente sottoriportato

4 = completamente soddisfatto
3 = molto soddisfatto
2 = poco soddisfatto
1 = per niente soddisfatto

Come giudica la veste grafica e il formato della rivista ?	4	3	2	1
Esprima l' interesse attribuito alle notizie riportate.	4	3	2	1
Come giudica l' utilità della rivista in riferimento alla Sua attività?	4	3	2	1
Esprima il Suo giudizio sui tempi di consegna della posta , rispetto alla data di emissione della rivista.	4	3	2	1
Come giudica il numero di pubblicazioni annue (tre) della rivista?	4	3	2	1

6 - Quali altri aspetti fondamentali, ritiene debbano essere presi in considerazione per migliorare ulteriormente il servizio?

7 – Eventuali osservazioni e/o suggerimenti

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE ...

... le risposte ricevute serviranno a migliorare il servizio offerto agli iscritti.

Per qualsiasi chiarimento contattare la segreteria del Collegio IP.AS.VI.

Il Consiglio Direttivo

NB – Il questionario dovrà essere inviato via Fax al seguente numero: 030 43194

Oppure potrà essere spedito per posta al seguente indirizzo:

Collegio IP.AS.VI. – Via Moretto, 42/a – 25121 Brescia

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Brescia
augura a tutti gli iscritti

Buone Feste e un Sereno 2005



L'islamismo

Islam significa "sottomesso a Dio" e musulmano (da muslim, credente) è "colui che compie la volontà di Dio".

Anche nella tradizione islamica troviamo un libro sacro, il Corano, divulgato e trasmesso per mezzo del profeta Maometto.

Pur nella presenza di modalità anche molto diverse tra loro di praticare la fede musulmana, tutti i musulmani fondano il loro credo sui cosiddetti cinque pilastri dell'Islam:

1. la professione di fede;
2. la preghiera rituale, da recitare in stato di purità dopo aver effettuato le abluzioni, orientandosi fisicamente verso la Mecca;
3. l'elemosina sociale purificatrice
4. il digiuno del mese di ramadan, nono mese del calendario lunare;
5. il pellegrinaggio alla Mecca, obbligatorio almeno una volta nella vita per ogni musulmano adulto.

Per ogni musulmano la volontà di Dio è la risposta a tutte le domande umane. La volontà di Dio è quindi la causa diretta o indiretta delle malattie e della sofferenza, che sono viste talvolta come benedizioni, occasioni di purificazione e di intraprendere cammini di perfezione o ancora di ricompensa nella vita futura. L'importante quindi non è la malattia in sé, quanto piuttosto il rapporto di fiducia con Dio, che rende più facile sopportarla e darle un senso.

Una visione del mondo e della malattia di questo tipo può condurre perciò ad un atteggiamento di rassegnata accettazione, ma anche di paura non manifesta, in quanto potrebbe significare una mancanza di fiducia nella misericordia di Dio.

Al centro dell'universo musulmano troviamo infine una nozione molto significativa: la horma. Questa è un cerchio sacro che, partendo dalla persona si amplia in modo crescente a comprendere via via la casa e la città, preservando dai pericoli di ciò che è Altro, di ciò che sta al di fuori.

Appare immediatamente comprensibile come sradicandosi da questa horma, come avviene ad esempio a seguito della migrazione, la persona perda un punto di riferimento fondamentale.

Non esiste per lui più alcuna protezione, l'io coincide con l'unico margine a disposizione, la pelle stessa diviene l'unica barriera, spesso percepita come altamente vulnerabile.

Non sono rari, infatti, casi di immigrati che sovradimensionano malattie dermatologiche da cui sono affetti, fino ad arrivare ad avere timore di "star diventando bianchi".

L'induismo

Coloro che appartengono alla religione induista non si definiscono hindu

(parola introdotta dai musulmani) bensì dharma, termine che significa legge, sostegno, norma, giustizia, dovere, riferito all'ordine eterno delle cose.

Nella storia dell'induismo si sono originate correnti diverse che però concordano su alcuni principi fondamentali:

- il ciclo della rinascita (samsara);
- la successione delle rinascite, dalla quale si desidera liberarsi attraverso tecniche di elevazione come lo yoga e la meditazione;
- la liberazione (moksha), che si attua soltanto quando si scopre che la propria identità più profonda coincide con l'Uno indivisibile che pervade l'universo;
- il rispetto della vita in tutte le sue forme, proprio perché l'anima dell'individuo può rinascere in tutte le specie viventi;
- l'azione (karma), poiché ogni azione in questa vita avrà delle ripercussioni su quelle future e la condizione in cui si rinascerà dipende dalle azioni compiute nella vita precedente.

Nel mondo induista le malattie hanno cause precise e sono intese come punizioni per azioni compiute in altre vite: l'uomo stesso, quindi è origine del suo male.

Al contrario la sofferenza eleva la coscienza umana verso un fine superiore, è un mezzo per arrivare a Dio.

E' importante sottolineare come nel mondo indù la concezione di salute sia assolutamente olistica: corpo e mente formano la parte fisica di un essere che non può esistere senza l'anima.

L'anima è intesa come energia che fa parte dell'anima universale: per questo motivo la attività biologiche, mentali, spirituali e cosmiche sono fortemente interdipendenti. La cura di un disturbo o di una disfunzione deve quindi tenere presente non solo lo stato generale del corpo, ma anche lo stato della sfera emotiva, nonché del contesto sociale e ambientale dell'individuo.

Curare un disturbo significa ritrovare l'armonia con se stessi e con il proprio ambiente: questo è il principio su cui si basa l'Ayurveda (la tradizione medica indù), che più che una scienza o una terapia è una filosofia di vita.

Il Buddhismo

Anche per quanto riguarda il buddhismo, pur nella varietà delle pratiche religiose, si possono individuare alcuni capisaldi: la fonte di ispirazione è Buddha, ossia il Risvegliato, un uomo che ha conseguito una profonda saggezza grazie ai suoi sforzi. Inoltre, il fine di ogni buddhista è percorrere la via per raggiungere la cessazione della sofferenza e la fine delle rinascite di esistenza in esistenza.

La dottrina buddhista si fonda sulle cosiddette quattro nobili Verità:

- l'universalità della sofferenza: la vita è rimpianto, insoddisfazione e inquietudine perché ci si rende conto che tutto è effimero;
- la sofferenza ha origine dentro l'uomo, nella sua inutile ricerca di felicità in cose vane;
- si può porre fine alla sofferenza solo liberandosi da ciò che è provvisorio, come i desideri e le passioni;
- la strada da intraprendere è quindi quella del nirvana (estinzione del ciclo delle rinascite) attraverso insegnamenti e precetti esplicitati dalle varie scuole buddhiste.

L'esistenza si snoda dunque in vite successive ma non vi è un' anima spirituale a sé stante che trasmigra di corpo in corpo. Ogni essere vivente non è altro che un insieme di fenomeni psicofisici in continuo divenire e questo processo prosegue al di là della morte dell'individuo. Si tratta quindi di continue rinascite e non di trasmigrazioni, come nella religione induista.

L'uomo occupa pertanto una posizione centrale, ed è l'unico artefice del suo cammino evolutivo verso la ricerca della pace interiore e dell'amore nei confronti di tutti gli esseri.

La malattia è dunque qualcosa che proviene dall'interno dell'uomo stesso: l'odio, l'ignoranza e l'attaccamento sono definiti come i tre veleni mentali che agiscono come energie negative sullo stato di salute.

Secondo la medicina tibetana sono cinque gli elementi che costituiscono l'universo: acqua, fuoco, terra, vento ed etere. Essi nel corpo umano si mescolano dando origine a tre umori: vento (rlung), bile (tripa) e flemma (badken).

Il vento è collegato al sistema nervoso, endocrino e immunitario; la bile ai processi digestivi e di trasformazioni metaboliche; il flemma alla regolazione dei liquidi organici.

Nello stato di salute i tre elementi sono bilanciati energicamente, mentre se uno prevale sugli altri si genera uno squilibrio che può condurre alla malattia.

La salute in particolare dipende principalmente da una buona digestione, grazie alla quale gli umori prelevano dagli alimenti la propria energia nutritiva.

Anche nella tradizione buddhista, così come in quella induista, si può rilevare un'assoluta inscindibilità di tutte le componenti umane: soma e psiche sono il risultato dell'incessante evoluzione dei cinque elementi energetici, che costituiscono il cosmo così come tutti gli esseri viventi.

Le religioni tradizionali africane

Ogni popolazione africana ha sviluppato una propria religione. E' tuttavia

possibile riscontrare elementi comuni, primo fra tutti la credenza in un unico Dio, che dopo aver creato il mondo se ne è disinteressato, intervenendo assai raramente nelle vicende umane.

Vi sono invece tutta una serie di presenze intermedie, che agiscono tra l'uomo e l'Essere Supremo. Questi possono essere spiriti o demiurghi dotati di natura antropomorfica, così come uomini particolari: il capofamiglia, gli anziani, il re, il guaritore.

Quest'ultimo conosce e applica le virtù delle piante medicinali ma colloca il suo agire all'interno di alcuni principi della medicina tradizionale:

- la visione della persona malata nella sua integralità (corpo, ombra, spirito);
- una concezione di medicina come pratica comunitaria, nonché come pratica liturgica, in uno scontro fra le forze del bene e quelle del male.

Nel mondo africano le malattie possono avere tre cause:

- religiosa (sovrumana), derivante dalle influenze degli spiriti;
- sociale (umana), derivante dalle relazioni fra gli uomini, i quali utilizzano anche strumenti sovrumani, come la magia;
- naturale (fisica), derivante dagli effetti di insetti, germi, cibi così come variazioni climatiche.

Le società tradizionali africane non fanno alcuna distinzione tra malattia fisica e mentale, poiché il dolore e la sofferenza coinvolgono la persona comunque nella sua totalità.

TAVOLA SINOTTICA del par. 2.4 La malattia nelle religioni	
Religioni	Concezione di malattia
Religioni Tradizionali Africane	- la persona malata viene vista nella sua integrità: corpo, ombra, spirito - le malattie possono avere tre cause: religiosa (sovrumana), sociale (umana), naturale (fisica)
Buddhismo	- la malattia proviene dall'interno dell'uomo stesso: odio, ignoranza e attaccamento agiscono come energie negative sulla salute - la malattia deriva da uno squilibrio energetico fra i 3 umori presenti nel corpo umano: vento, bile e flemma - la salute dipende principalmente da una buona digestione
Induismo	- l'uomo è origine del suo stesso male: le malattie hanno cause precise e sono intese come punizioni per azioni compiute in altre vite - la sofferenza è un mezzo per arrivare a Dio - concezione olistica di salute - filosofia ayurvedica: curare un disturbo significa ritrovare l'armonia con se stessi e con il proprio ambiente
Islamismo	- la volontà di Dio è la causa diretta o indiretta delle malattie e della sofferenza - la malattia può essere vista come: benedizione, occasione di purificazione e di intraprendere cammini di perfezione, ricompensa nella vita futura
Ebraismo	- la malattia è mandata da Dio per punire e correggere - la malattia è conseguenza del male e del peccato nel mondo - presenza di pratiche religiose connesse alla salute: circoncisione e alimentazione

Gli elementi fondamentali per guarire sono tanto le medicine quanto i riti e le preghiere.

L'INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE

“Fu durante la metà degli anni '50 che, lavorando in qualità di infermiera, diplomata e specializzata in psichiatria infantile, in un centro psichiatrico degli Stati Uniti, scoprii importanti differenze culturali tra bambini e genitori. Mi resi conto della necessità di affrontare il fatto che la cultura era la dimensione più importante e cruciale assente dall'assistenza sanitaria. Osservavo e tentavo di aiutare bambini appartenenti a numerose culture diverse, subii un trauma culturale e mi sentii incapace di reagire nei confronti dei bambini e dei loro genitori. [...] La cultura era assente non soltanto dall'assistenza infermieristica ma anche dalla medicina e dagli altri campi sanitari.”

Fu proprio questo “trauma culturale” a segnare l'inizio dell'opera della statunitense Madeleine Leininger, considerata da tempo e unanimemente la madre dell'infermieristica transculturale. Dopo il dottorato in antropologia culturale e un primo studio sul campo, convivendo per due anni con i Gadsup della Nuova Guinea, la Leininger cominciò a delineare la filosofia, gli obiettivi e il campo d'azione dell'infermieristica transculturale, nonché la teoria che la legittimava quale nuova disciplina formale di studio.

Cercherò qui di seguito di sintetizzare gli aspetti costitutivi e fondamentali dell'infermieristica transculturale, così come i punti principali della teoria elaborata dalla Leininger, la cosiddetta Teoria della diversità e universalità dell'assistenza culturale.

L'infermieristica transculturale è stata definita come un'area formale di studio e di esercizio professionale che pone il proprio interesse principale sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza agli esseri umani al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruen-



te, utile e valida.

Questa definizione si presenta già molto esaustiva, poiché ripercorre essa stessa in successione logica, questi aspetti fondamentali:

- in primo luogo, l'infermieristica transculturale è un'area formale di studio e richiede quindi un perseguimento approfondito di conoscenze e di capacità professionali;
- in secondo luogo, tali conoscenze e capacità devono adeguarsi ai valori, alle credenze culturali e alle aspettative degli assistiti. Se ciò non si verifica ci si può aspettare che l'assistito non collaborerà e porrà ostacoli nel corso del processo di assistenza;
- da ultimo, il fine di tutto ciò è offrire una assistenza sanitaria culturalmente congruente, perché questo rappresenta un diritto umano.

Il riferimento al diritto non è esplicitato nella definizione, tuttavia viene più volte ribadito dalla Leininger quando spiega quale sia l'obiettivo dell'infermieristica transculturale, ossia offrire un'assistenza culturalmente congruente e competente:

"Rispettare le credenze, i valori e gli usi caratteristici dei diversi ambienti culturali, nonché poterli assimilare nei servizi sanitari e di assistenza infermieristica è considerato un diritto dell'uomo".

Per meglio comprendere la teoria è necessario definire alcuni costrutti e alcuni concetti:

- L'essenza dell'assistenza infermieristica è l'assistenza umana (human care). Questa viene intesa sia come Assistenza/Care (sostantivo) che come Assistere/Caring (gerundio). La prima si riferisce a un fenomeno, astratto o concreto, correlato a esperienze o comportamenti di assistenza volti a migliorare una condizione umana. La seconda si riferisce alle azioni e alle attività concrete dell'assistere.
- L'assistenza è parte integrante della cultura, che rappresenta il secondo importante costrutto. Per spiegarlo, la Leininger utilizza la classica definizione antropologica di cultura, vista come insieme dei valori, credenze e stili di vita condivisi e trasmessi in uno specifico gruppo.
- La differenza fra conoscenza emica ed etica. La prima infatti è la conoscenza interna alla cultura stessa, che comprende le nozioni popolari trasmesse nella tradizione e il modo che la cultura ha di spiegare se stessa. La seconda è la conoscenza esterna alla cultura, nello specifico rappresentata ad esempio dalle pratiche di assistenza infermieristica professionale formalmente apprese. Al fine di valutare e guidare il pensiero e le decisioni degli infermieri con gli assistiti è necessario considerare tanto la conoscenza emica quanto quella etica.
- Il dolore culturale. Si tratta di un concetto relativamente recente nel-

l'assistenza sanitaria. La Leininger lo definisce come sofferenza e disagio per essere stati gravemente offesi da un individuo o un gruppo che mostri una mancanza di sensibilità nei confronti delle esperienze culturali di altre persone. Trattandosi di dolore, quindi, anche il dolore culturale va prevenuto, individuato, eliminato come il dolore fisico e quello psichico. L'infermiere deve essere però consapevole che egli stesso, per ignoranza o mancanza di volontà, può essere causa di dolore culturale. Per quanto riguarda il tema del dolore, infine, anche la Leininger si sofferma sulla necessità di comprendere come le differenti culture reagiscano al dolore.

La Teoria dell'assistenza culturale o, più specificamente, Teoria della diversità e universalità dell'assistenza culturale consta di tre principi fondamentali.

Essi sono:

1. Tra le culture del mondo esistono diversità (differenze) e universalità (similitudini). Il concetto stesso di assistenza è comune a tutte le culture, ma viene poi esplicitato in variabili diverse all'interno delle varie culture.
2. Nelle differenti culture i modelli dell'assistenza culturale sono fortemente influenzati da fattori della struttura sociale, ossia la religione, l'economia, l'educazione, la tecnologia, la politica, la parentela (sociale), la storia etnica, le condizioni ambientali, la lingua, l'assistenza generica (o emica). Questo fondamentale principio è alla base della natura assolutamente olistica della Teoria dell'assistenza culturale.
3. Le tre maggiori azioni e decisioni assistenziali per giungere a un'assistenza culturalmente congruente sono le seguenti:
 - conservazione e/o mantenimento dell'assistenza culturale
 - adattamento e/o negoziazione dell'assistenza culturale
 - rielaborazione e/o riconfigurazione dell'assistenza culturale



Chiaramente per poter prendere decisioni in ordine a questi tre modelli teorico-pratici è necessario uno studio approfondito della cultura in oggetto: è a questo punto che viene introdotta la figura del ricercatore infermiere transculturale, ossia dell'infermiere che, dopo un rigoroso studio di ricerca, discute con gli stessi informatori culturali (gli assistiti e chi vive vicino ad essi) il modo migliore per produrre un'assistenza culturalmente congruente.

Essendo quindi tali ricerche essenziali per produrre e far evolvere il corpo di conoscenze dell'infermieristica transculturale, Madeleine Leininger elabora anche uno specifico metodo per la ricerca nell'ambito dell'infermieristica transculturale, il cosiddetto Metodo di ricerca etnoinfermieristico.

Etnoinfermieristico si riferisce al metodo di ricerca infermieristica qualitativa focalizzato su metodi naturalistici, aperti alla scoperta e per lo più induttivi (emici) atti a

documentare, descrivere, spiegare e interpretare la visione del mondo, i significati, i simboli e le esperienze di vita degli informatori che generano fenomeni reali o potenziali di assistenza infermieristica.

La caratteristica peculiare di tale metodo è quella di avvalersi di metodi di ricerca qualitativi, esposti in diversi schemi:

- schema di Osservazione-Partecipazione-Riflessione
- schema "da sconosciuto ad amico fidato"
- schema dello specifico campo di indagine
- schema di acculturazione
- schema del Modello dal sole nascente

Il "Modello del sole nascente" è una guida di ricerca olistica e concettuale, è uno schema che permette di separare i molteplici fattori teorici. Esso mostra le potenziali influenze (non le cause) che possono spiegare i feno-



meni di assistenza correlati a fattori storici, culturali, della percezione del mondo e così via.

Come utilizzare questo modello? Innanzitutto il ricercatore dovrà circoscrivere l'oggetto dello studio (singoli individui, famiglie, gruppi ...) e il campo di indagine, ad es. "Assistenza culturale di madri greche e neonati in ospedale" (Leininger, op. cit., pg 84).

A questo punto entra in gioco la flessibilità del modello: il ricercatore potrà iniziare il processo di scoperta della teoria dalla parte superiore o inferiore, a seconda dei suoi interessi o di quelli degli informatori. La prima cosa da ottenere è la conoscenza emica dell'informatore, che andrà poi a fondersi con quella etica quando entrambi, ricercatore e informatore, decideranno insieme le azioni e decisioni assistenziali culturalmente più congruenti.

Ben presto il Modello del sole nascente ha assunto una sua rilevanza non solo come schema di ricerca ma anche come guida pratica per l'infermiere che deve assumere decisioni assistenziali nei confronti dei pazienti, ossia nelle cosiddette valutazioni di assistenza culturale.

Le valutazioni di assistenza culturale si riferiscono alla sistematica identificazione e documentazione delle credenze relative all'assistenza culturale, dei significati, dei valori, dei simboli e delle procedure dei singoli individui o dei gruppi all'interno di una prospettiva olistica, che include la visione del mondo, le esperienze di vita, il contesto ambientale, la storia etnica, la lingua e le diverse influenze della struttura sociale.

L'obiettivo della valutazione è quello di ottenere un resoconto accurato da parte del paziente, per poter poi concertare le decisioni assistenziali.

Anche la Leininger, quindi, attribuisce molta importanza al racconto del paziente e al suo ascolto; la malattia è intesa come illness e va raccontata secondo i modelli interpretativi di chi la sta vivendo.

LA MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE

La mediazione linguistico-culturale nasce in Europa alcuni anni orsono a partire dalle esigenze degli operatori dei servizi sociali, sanitari, educativi e giudiziari. Il numero sempre crescente di immigrati, proveniente da realtà culturali anche molto eterogenee tra loro, ha reso ben presto evidente l'assoluta inefficacia dei tentativi di comunicare utilizzando alcune lingue (italiano, inglese e francese), così come non bastava una mera traduzione parola per parola ad opera di traduttori e traduttrici.

La lingua porta con sé, non solamente codici linguistici, ma quell'insieme di modelli culturali e referenziali, che permettono la condivisione di immagini, pratiche, modi di relazionarsi, istituzioni, nonché la concezione stessa della vita umana.

Il mediatore linguistico-culturale (MLC d'ora in poi) è quindi una figura in

grado non solo di tradurre, ma anche di rendere espliciti i modelli culturali reciproci.

La figura del MLC si differenzia operativamente a seconda di alcune importanti variabili, che cercherò brevemente di illustrare.

1. il contesto nel quale si iscrive la mediazione, ovvero le strategie adottate dalla comunità d'accoglienza di fronte al fenomeno immigrazione.

Si possono qui sintetizzare tre diverse modalità di accoglienza:

- accoglienza come assimilazione, in cui si tende a rendere l'immigrato un cittadino uguale agli altri e, indipendentemente dal paese di provenienza, assimilarlo ai modelli culturali del paese d'accoglienza;
- accoglienza come integrazione etnica o plurietnica, in cui gli immigrati sono inseriti nelle realtà economiche e produttive, mantenendo però i propri modelli culturali. Ciò porta a raggrupparsi nel territorio urbano in aree o quartieri etnici, che rischiano facilmente di divenire inaccessibili gli uni agli altri;
- accoglienza come interazione culturale, dove invece vi è lo sforzo di creare spazi in cui avvengono scambi tra forme culturali diverse. In questo caso anche chi accoglie desidera interagire con ciò che è diverso, che è "altro da sé". Chiaramente questa prospettiva è più presente in gruppi specifici che nelle politiche sociali.

2. L'istituzione da cui parte la domanda di mediazione: scuola, servizi socio-sanitari, giustizia. Da parte di queste istituzioni, infatti, la domanda di mediazione si può manifestare in diversi modi:

- domanda di mediazione linguistica, dove l'oggetto della mediazione è la lingua;
- domanda di mediazione esperta, dove l'oggetto della mediazione è il cambiamento dei comportamenti in una relazione conflittuale;
- domanda di mediazione culturale, dove l'oggetto della mediazione è



la cultura di una popolazione e vi è principalmente una richiesta e uno scambio di informazioni legate alla cultura in questione.

A partire da queste premesse possiamo individuare tre diversi orientamenti di mediazione linguistico-culturale:

1. Definizione multiculturale di mediazione.

Secondo questo orientamento la mediazione interviene per permettere la coesistenza tra gruppi culturali ed etnici differenti, incoraggiando le minoranze ad esprimersi e gestendo i conflitti tra i gruppi. Interviene inoltre proponendo strategie che impediscano l'assimilazione delle minoranze da parte della cultura dominante.

Il ruolo del MLC diviene quello di negoziatore, animatore e formatore in rapporto diretto con alcuni soggetti istituzionali e, di fatto, egli si occupa di osservare e negoziare le interazioni che si stabiliscono tra la comunità istituzionale (egemonica) e le comunità subalterne.

La critica principale che si può muovere nei confronti di questo orientamento è che non favorisca l'integrazione fra i gruppi: si occupa di tolleranza, di gestione dei conflitti ma di fatto favorisce l'instaurarsi di fenomeni di separatismo e ghettizzazione territoriale.

2. Definizione interculturale di mediazione.

L'intervento di mediazione è qui definibile come la costruzione di uno spazio intermedio tra due gruppi, così da permettere un incontro e uno scambio specifico. In particolare la mediazione diviene uno strumento al servizio delle istituzioni, che chiedono al MLC di aiutare i gruppi e il singolo soggetto a raggiungere il grado più alto possibile d'autonomia di fronte alle istituzioni stesse. Il ruolo del MLC è quello di stratega della comunicazione, dell'imparzialità, della difesa di ogni utente.

In questa prospettiva il limite principale è rappresentato dalla posizione comunque dominante delle istituzioni. Insistere sui concetti di autonomia e cittadinanza può sfociare in un rifiuto, da parte dell'utente immigrato, delle proprie appartenenze linguistiche e culturali, viste solo come ostacoli all'integrazione.



3. Definizione transculturale della mediazione o mediazione etnoclinica

In questa prospettiva la mediazione consiste nella creazione di uno spazio di moltiplicazione dei discorsi, così da creare una comunicazione circolare e contemporanea tra utente, MLC e operatore.

Il fine è quello di far transitare tutto quanto è possibile (visioni della vita e del mondo, concezioni del bene e del male) da un gruppo all'altro, rispettando però lo stile narrativo che viene utilizzato dalle parti. Il ruolo del MLC è quello di favorire la costruzione di un oggetto linguistico e culturale che possa divenire fattore di cambiamento.

E' fondamentale sottolineare come, soprattutto in questo modello, la relazione tra le parti venga assolutamente modificata, passando da duale (utente e operatore) a triangolare (utente – MLC – operatore); di più: è la presenza stessa del MLC che permette all'operatore di lavorare, ossia non è il modello transculturale che crea il MLC, ma è il MLC che è all'origine di tale modello.

La critica a questo orientamento è quella della staticità. Il rischio infatti è quello di legare le persone e i gruppi alla loro appartenenza culturale, identificando gli immigrati semplicemente come membri della loro comunità d'appartenenza.

La nascita e lo sviluppo dell'infermieristica transculturale rappresentano indubbiamente uno dei principali avvenimenti del XX secolo e dell'intera storia dell'assistenza infermieristica. L'opera di Madeleine Leininger viene da molti considerata un "varco storico" per il suo significato, la sua lungimiranza, il suo rigore scientifico. Inoltre, attraverso la sua teoria e le sue applicazioni gli infermieri hanno a disposizione tutto un sistema di significati specifico, mai esistito prima, che consente un approccio corretto e consapevole alla questione.

La mediazione linguistico culturale è, invece, processo relazionale/comunicativo che nasce per cercare di rispondere a esigenze concrete: si tratta di uno strumento, non di un intero apparato teorico.

A partire da queste considerazioni si può ritenere che la mediazione linguistico-culturale rappresenti per certi versi una possibile evoluzione dell'applicazione della Teoria dell'assistenza culturale. Ciò è vero soprat-



tutto in un contesto come il nostro, dove non esiste la possibilità di una formazione ufficiale in infermieristica transculturale e dove, d'altra parte, l'accentuato policentrismo del fenomeno migratorio non consentirebbe un'adeguata conoscenza da parte dell'infermiere di tutte le diverse culture con le quali egli entra in contatto.

Diversamente, attraverso la mediazione linguistico culturale si introduce nella relazione d'aiuto una terza persona, che conosce in maniera approfondita solo determinate culture, e con essa si costruisce un triangolo di relazione che ha il vantaggio di implementare lo spazio creativo della mediazione.

Occorre infine non dimenticare che l'infermieristica transculturale nasce negli Stati Uniti, mentre la mediazione linguistico culturale è di matrice europea: anche qui si tratta di differenze culturali da tenere in considerazione. Il retaggio americano traspare talvolta nelle applicazioni leiningeriane, lasciando un retrogusto vagamente efficientista e accentratore. Al contrario, il percorso della mediazione linguistico culturale porta con sé l'ammissione della realistica necessità di suddividere le competenze e sommare le conoscenze, così da moltiplicare i successi di un'assistenza culturalmente congruente.

CONCLUSIONI

L'immigrazione, fenomeno di per sé antico quanto l'uomo, assume al giorno d'oggi caratteristiche peculiari, moderne, derivanti dal processo di globalizzazione del quale rappresenta una logica conseguenza.

Tale fenomeno si va stabilizzando sempre più come dato strutturale in molteplici contesti nazionali. E' questo il caso del nostro Paese, dove per di più sia la nostra città che la nostra regione sono oggettivamente più coinvolte dal fenomeno migratorio.

Da questo dato di fatto ne consegue un altro, per quanto attiene lo specifico contesto dei servizi socio-sanitari e la professione infermieristica in particolare: il paziente straniero, immigrato, appartenente a contesti culturali "altri" rappresenta una realtà pressoché quotidiana. Negare questo assunto, evitare di ammetterne le difficoltà così come desiderare che in futuro il fenomeno si arresti, sono modalità di reazione anacronistiche, non realistiche e di nessun beneficio per la crescita della professione infermieristica.

Il concetto di salute, così come quello di malattia variano notevolmente all'interno dei vari orizzonti culturali; ciò si traduce in fatti concreti e visibili: sia l'infermiere che il paziente si misurano con modalità di reazione ed elementi di vita quotidiana che non riescono a comprendere o non approvano.

In questo contesto l'infermiere deve prestare assistenza comunque, ossia

deve mediare fra gli estremi un possibile percorso assistenziale, il più possibile rispettoso delle necessità culturali dell'assistito. Il punto 2.4 del Codice Deontologico dell'infermiere recita: "L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo".

I servizi socio-sanitari possono offrire un determinato sistema di cura ed assistenza, per quanto se ne incentivi la flessibilità. L'infermiere, come le altre figure professionali del settore, dovrebbe farsi garante e promotore della chiarezza delle possibilità assistenziali nei confronti dei cittadini migranti.

Concretamente, egli deve essere in grado di discernere cosa è possibile e cosa non è possibile fare per incontrare le richieste del paziente, al quale spetta un'informazione chiara, esauriente e non offuscata da giudizi personali.

Si ritiene che, sia per quanto riguarda la formazione universitaria che l'aggiornamento professionale, vi siano tre caratteristiche della figura infermieristica che meritano di essere approfondite, curate ed implementate.

La prima è la conoscenza dell'infermieristica transculturale.

Nel fronteggiare alcune situazioni, infatti, la buona volontà o un certo tipo di sensibilità personale risultano insufficienti; del resto, non occorre che gli infermieri divengano antropologi. Si tratta bensì di favorire una familiarizzazione con elementi indicatori o precursori di disagio culturale nelle diverse pratiche assistenziali, così da riuscire ad intervenire possibilmente prima che si manifesti uno scontro aperto fra visioni diverse.

A questo proposito, per quanto riguarda anche la sola assimilazione di un lessico, di concetti e costrutti fondamentali, è utile approfondire la teoria di M. Leininger.

La seconda caratteristica riguarda le capacità relazionali.

Nel profilo professionale, vengono attribuite all'infermiere sia capacità di tipo tecnico che di tipo relazionale ed educativo. Nella pratica, tuttavia, l'aspetto tecnico prende talvolta il sopravvento sugli altri due. Nel prestare assistenza ad un paziente straniero, invece, l'aspetto relazionale è di fondamentale importanza: sovente l'infermiere è la prima figura che il paziente incontra e con la quale ha un contatto prolungato nel tempo.

E' fondamentale, quindi, sviluppare, da parte dell'infermiere, la capacità di valorizzare questo tempo, cercando di ottenere quante più informazioni possibili, ascoltando il paziente "narrare la sua malattia".

La terza ed ultima caratteristica è la capacità di collaborare con altre figure professionali. E' una realtà operativa e disciplinare condivisa l'efficacia di lavorare in rete con competenze diverse e integrate.

Anche l'infermiere deve essere ben consapevole che in alcune situazioni

Bibliografia

Caritas/Migrantes,
"Dossier Statistico Immigrazione
2003"
Nuova Anterem, Roma, 2004

Cozzi, D. Nigris,
"Gesti di cura"
Colibri, Torino, 1996

L. Aletto, L. Di Leo,
"Nursing nella società multiculturale"
Carocci Faber, Roma, 2003

Byron J. Good,
"Narrare la malattia"
Edizioni di Comunità,
Torino, 1999

G. Giarelli,
"Medicine, culture e sviluppo."
Quaderni CUAMM, Padova, 1992

Spedali Civili di Brescia Ufficio
Formazione Aziendale,
Atti del corso di aggiornamento
"Salute e realtà multietnica" 5ª
edizione, 3 dicembre 2003

Le figure della mediazione culturale in contesti educativi
a cura di E. Nigris,

può non essere in grado di trovare soluzioni in maniera autonoma: è evidenza di competenza e responsabilità chiedere aiuto al servizio sociale, al mediatore linguistico-culturale o anche semplicemente ad un collega.

La figura infermieristica riveste un ruolo di notevole importanza nell'assistenza sanitaria dei cittadini immigrati. Ne consegue la necessità di continuare ad approfondire la tematica a tutti i livelli, per cercare di attendere nel modo migliore possibile al mandato che il cittadino affida all'istituzione sanitaria. In questo contesto l'impegno di tutti coloro che, anche nella loro professione, si interessano a queste tematiche, cercano soluzioni, dialogano, concertano, ricercano la convivenza con "il diverso da sé", rappresenta una testimonianza dal valore politico ed educativo inestimabile. La ricerca della convivenza che, sola, può aprire alla convivialità è la strada da seguire. "Questa, in ultima analisi, è la pace: la convivialità delle differenze" (don T. Bello).

Bruno Mondadori Editore,
Milano, 1996

M. Leininger, M. R. McFarland,
"Infermieristica Transculturale"
Casa Editrice Ambrosiana,
Milano, 2004

Federazione Nazionale Collegi
Ipasvi,
"Codice Deontologico"
Roma, 1999

- 
1. ASSICURAZIONE
 2. TERRITORIO
 3. PASVI
 4. LAUREA
 5. DIRIGENZA

50
anni
di
attività
professionale

Accordo Ipesvi e medici di famiglia della Himmg,
un patto programmatico per costruire
il futuro dell'assistenza territoriale e seguire
i cittadini passo dopo passo.

Infermieri sul
territorio:
percorsi
assistenziali a
misura d'uomo.



IPASVI

così
ATTACCATI
ALLA VITA

Federazione Nazionale Collegi Infermieri | Collegio Ipesvi di Reggio

Professioni: obbligatoria per tutti l'iscrizione all'albo

Federica Renica

Presidente Collegio IPASVI di Brescia

Da tempo si pensa di disciplinare uniformemente tutte le professioni intellettuali, senza distinzione tra quelle di più consolidate tradizioni e le nuove attività, ove la tecnologia è decisamente prevalente.

Per quanto le iniziative in questo senso non manchino (si veda ad esempio

l'istituzione di un'apposita Commissione per la riforma delle professioni e la regolamentazione delle associazioni), i contrasti sono molto forti, poiché ogni professione tende a difendere la propria autonomia e indipendenza in forme tali da escludere l'idea stessa di una regolamentazione comune.

Tuttavia non si tratta tanto di attendere alle prerogative di ciascuna professione, o di mortificarne i principi, quanto di verificare la possibilità di delineare strutture uniformi fin quanto possibile (ad esempio in tema di organizzazione e rappresentanza degli organi professionali, accesso alla professione, tenuta degli albi, procedure di iscrizione e cancellazione, ed anche procedimento disciplinare) sì da consentire un'attività più precisa e più adeguata, per la valorizzazione stessa delle singole qualità e degli ideali che si intendono riaffermare.

E' lo stesso codice civile, d'altra parte, che in pochi articoli ha fissato norme comuni, valide per l'esercizio di tutte le professioni intellettuali, suggerendo quindi sulle stesse un'attenzione unitaria; le disposizioni del codice dimostrano che la composizione dei problemi è possibile, ed è anche utile per difendere maggiormente i principi.

Per quanto si siano susseguite le proposte di legge per la riforma dell'ordinamento della professione, nessuna ha avuto, fino alla presentazione del provvedimento all'esame del Consiglio dei Ministri, concreta possibilità di realizzazione.

Riportiamo, di seguito, (Il provvedimento all'esame del Consiglio dei Ministri).

ASPETTI GIURIDICI



Ddl recante disposizioni in materia di professioni sanitarie non mediche presentato in Consiglio dei ministri.

Art. 1

xDefinizione

1. Sono professioni sanitarie non mediche quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, che svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o di riabilitazione.
2. Resta ferma la competenza delle Regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie.
3. Sono in ogni caso fatte salve le competenze spettanti alle Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dello Statuto speciale e delle relative norme di attuazione.

Art. 2

xRequisiti

1. L'esercizio delle professioni sanitarie non mediche di cui all'articolo 1 comma 1 è subordinato al conseguimento di un titolo universitario valido sull'intero territorio nazionale, rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), individuate dalle Regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso individuate con decreto del ministro della Difesa, di concerto con il ministro della Salute che garantisce la completezza del percorso formativo.
2. L'iscrizione all'Albo professionale è obbligatoria, anche per i pubblici dipendenti, ed è subordinata all'esito dell'esame di Stato abilitante all'esercizio della professione, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.
3. L'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria non medica è sottoposta a verifica periodica con modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

Art. 3

xOrdini

1. Il Governo è delegato a emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi ai fini d'istituire, per le professioni sanitarie di cui all'art.1, comma 1, i relativi Ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, nel rispetto delle competenze delle Regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:
 - a) trasformare i Collegi professionali esistenti in Ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b);
 - b) possibilità di costituire, in relazione al numero degli operatori e al fine di garantire la funzionalità e l'economicità della gestione ordinistica, un unico Ordine professionale per più professioni appartenenti alla stessa area di cui alla legge n. 251 del 2000, prevedendo al loro interno specifici Albi per le singole professioni e garantendo l'autonomia dell'azione disciplinare nell'ambito di ciascun albo;
 - c) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli Ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;
 - d) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli Ordini neo-costituiti.

Art. 4

xIndividuazione di nuove professioni sanitarie non mediche

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie non mediche, il cui riconoscimento ed esercizio debbono essere riconosciuti su tutto il territorio nazionale, avviene o in sede di recepimento di direttive comunitarie o per iniziativa dello Stato o delle Regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.
2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei ministri.
3. L'individuazione è subordinata a un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di Sanità, di volta in volta nominate dal ministero della Salute, alle quali partecipano rappresentanti designati dal ministro della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni.
4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.
5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni deve avvenire evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con professioni già riconosciute o specializzazioni delle stesse.
6. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui all'articolo 2 sono definiti con uno o più decreti del ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il ministro della Salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione.

Art. 5

xDisposizioni finali

1. Alle professioni sanitarie non mediche già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.
2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 4 della presente legge, in sede di Conferenza Stato-Regioni, si può procedere a integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Procedimenti disciplinari.

Il Consiglio Direttivo ritiene doveroso pubblicare gli estremi dei provvedimenti disciplinari adottati per informare gli iscritti sia delle decisioni assunte che sulla individuazione dei comportamenti ritenuti deontologicamente scorretti.

Nel caso delle sanzioni di censura, avvertimento, diffida, si è ritenuto di mantenere il riserbo sul nome degli iscritti specificando solo le iniziali; si è peraltro deciso che nel caso di inflazioni di sanzioni quali la sospensione e/o la radiazione sarà comunicato agli iscritti il nominativo dell'iscritto sanzionato.

Procedimento n° 1 / 0 4

con delibera n° 29 del 17/03/04 il Consiglio Direttivo dispone l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti del sign. E. G., Iscritto all'albo degli Infermieri Professionali contestando i seguenti addebiti:

- 1) per aver disattese le richieste di informazioni e chiarimenti avanzate dalla Presidente del Collegio;
- 2) per aver costituito e gestito soggetti societari in violazione delle norme giuridiche e deontologiche ;
- 3) per aver esercitato una attività di gestione ed intermediazione della libera professione in modo lesivo del decoro della professione e della dignità dei colleghi professionisti.

Con nota raccomandata prot. 1000/04 del 24/03/04, recapitata il 26/03/04, l'addebito viene contestato all'interessato, unitamente alle comunicazioni di rito relative alle prerogative difensive, nonché alla data della trattazione orale del procedimento, con dichiarazione che si sarebbe proceduto anche in caso di assenza ;

L'incolpato non si è presentato e la Commissione di disciplina insediata, dopo aver sentito il relatore illustrare le circostanze e gli atti istruttori, con delibera n° 43 del 27/04/04 dispone il provvedimento di:

sospensione dall'attività professionale per un periodo di 6 (sei) mesi .

COMUNICAZIONI COLLEGIO



L'interessato, Sign. E.G., ha presentato ricorso presso la Commissione Centrale Esercenti Professioni Sanitarie, è questo il motivo per il quale la comunicazione viene fatta con le sole iniziali in quanto il provvedimento inflitto è attualmente sospeso in attesa della decisione della Commissione Centrale.

Procedimento n° 2 / 0 4

con delibera n° 66 del 21/07/04 il Consiglio Direttivo dispone l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti del sign. A. S., Iscritto all'albo degli Infermieri Professionali contestando i seguenti addebiti :

- 1) per aver costituito e gestito soggetti societari in violazione delle norme giuridiche e deontologiche ;
- 2) per aver esercitato una attività di gestione ed intermediazione della libera professione in modo lesivo del decoro della professione e della dignità dei colleghi professionisti.

Con nota raccomandata prot. 3627/04 del 09/8/04, recapitata il 12/08/04, l'addebito viene contestato all'interessato, unitamente alle comunicazioni di rito relative alle prerogative difensive, nonché alla data della trattazione orale del procedimento, con dichiarazione che si sarebbe proceduto anche in caso di assenza ;

La Commissione di disciplina insediata, dopo aver sentito il relatore illustrare le circostanze e gli atti istruttori e l'incolpato, che si è presentato producendo documentazione comprovante la vendita delle quote societarie, impegno assunto già nella fase istruttoria del procedimento, con delibera n° 78 del 14/09/04, dispone il provvedimento di:

avvertimento/diffida.

“L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza”.

Patricia Benner.

Mcgraw-Hill Editore, www.mcgraw-hill.it

A cura della redazione

Il volume di Patricia Benner, “L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere - L'apprendimento basato sull'esperienza”, è considerato un classico della letteratura infermieristica internazionale ed è di particolare interesse per coloro che lavorano nella formazione universitaria e nella formazione permanente dei professionisti. La lettura del testo e le conclusioni a cui perviene suscita altrettanto (se non più) interesse nell'infermiere clinico che è stimolato a riflettere sulla sua esperienza e sulle proprie capacità cliniche ed assistenziali derivanti dall'esperienza.

Questo libro si basa su un dialogo con gli infermieri e con l'infermieristica, su una ricerca descrittiva che ha identificato cinque livelli di competenza nella pratica infermieristica clinica. Tali livelli, novizio, principiante avanzato, competente, abile ed esperto, sono descritti con le parole degli stessi infermieri che sono stati intervistati e osservati, sia individualmente, sia a piccoli gruppi. Competenze che derivano dalla narrazione degli infermieri che hanno operato in situazioni assistenziali in cui l'intervento infermieristico ha avuto un esito positivo.

Patricia Benner nella strutturazione concettuale dell'apprendimento basato sul problema applica, come chiave di lettura dell'esperienza di pratica assistenziale, il modello di Dreyfuss, sull'acquisizione delle abilità, applicato all'infermieristica.

I cinque livelli di abilità che ne derivano, riassumono e riflettono l'esperienza formativa, professionale e clinica degli infermieri nelle varie fasi del suo percorso di vita professionale. Ecco dunque che l'eccellenza nell'esercizio professionale trova il suo itinerario attraverso cinque livelli di abilità del professionista: l'infermiere novizio, l'infermiere principiante avanzato, l'infermiere competente, l'infermiere abile, l'infermiere esperto.

SCAFFALE



Le trentuno competenze professionali che ne derivano, descritte dagli infermieri intervistati, vengono pertanto poi classificate in sette aree di pratica infermieristica:

1. ruolo di aiuto;
2. funzione di insegnamento-coaching (attività dell'allenatore);
3. funzione diagnostica e di monitoraggio del paziente;
4. gestione efficace di situazioni soggette a rapidi cambiamenti;
5. somministrazione e monitoraggio di interventi e regimi terapeutici;
6. monitoraggio e assicurazione della qualità delle attività di assistenza sanitaria;
7. competenze organizzative e relative al ruolo lavorativo.

Il testo, pertanto, si configura come una approfondita e stimolante opera di riflessione e pensiero critico sulla propria esperienza professionale e sul personale percorso di conoscenze. Allo stesso tempo lo scenario dei servizi assistenziali e sanitari contemporaneo, nonché la disciplina infermieristica nelle sue connessioni tra teoria e prassi, sottolinea ed evidenzia, la centralità dell'esperienza e della conoscenza clinica per la formazione di base, specialistica e continua degli infermieri e per uno sviluppo della loro carriera clinica meglio definito e focalizzato sull'eccellenza della pratica assistenziale, così ben descritta da Benner.

A cura di Claudio Prandelli

“Il nursing alla persona anziana”.

Demenze e malattia di Parkinson: procedure, protocolli, linee guida

Carocci Faber Editore, www.carocci.it

A cura della redazione

Il testo è edito dalla Carocci Editore ed appartiene alla Collana “Faber” dello stesso editore. Il curatore, Claudio Prandelli, ha integrato e coordinato il lavoro di più autori, focalizzando come le demenze e la malattia di parkinson costituiscano una quota importante nella “care” della persona anziana nello scenario contemporaneo. L'aumentata attesa di vita della popolazione infatti, oltre agli indubbi benefici ad essa connessa, ha determinato un aumentata prevalenza delle malattie cronico-degenerative nella popolazione anziana, spesso con esito più o meno gravemente invalidante. L'opera evidenzia il morbo di Parkinson e le demenze tra le malattie più significative e penalizzanti in termini clinico-assistenziali, sia per le persone malate, sia per i familiari e i “caregivers” che se ne prendono cura. Gli autori, in un testo snello e di facile consultazione, individuano ed esplicitano procedure, protocolli e linee guida nella gestione assistenziale degli anziani affetti da demenza e dal morbo di Parkinson, destinando i contenuti non esclusivamente ai professionisti, ma anche a coloro che in varie forme, familiari e/o volontari, intervengono nell'assistenza degli anziani.

SCAFFALE



“Graffiti dell’anima”.

Angela Giovanna Ferrari, Alberto Re
Vannini Editrice, Brescia 2004

a cura della redazione

Parlare di incidenti stradali, parlare di “stragi del sabato sera”, parlare di guida in stato di ebrezza piuttosto che abuso di sostanze stupefacenti mentre si conduce la propria automobile... Ho quasi l'impressione di raccontarvi eventi che capitano solo nei film... Al nostro vicino di casa... All'amico del nostro vicino di casa...

Invece la tragica realtà delle spettacolari “stragi sull'asfalto”, vede ogni settimana la morte di molti giovani che, nella maggior parte dei casi, non superano i 28 anni di età. Il danno reale è quello umano, dato dall'impossibilità di consumare quelle naturali fasi della vita per chi non c'è più dall'amore, dai sacrifici, dall'aspettativa e dai progetti che i genitori, e che nel cuore della notte, con una telefonata, in un attimo si sono visti portare via. Di tutto ciò e di molti altri aspetti toccanti, viene tratto in un'importante iniziativa editoriale dal titolo: **“Graffiti dell'anima”**, edito dalla **Vannini Editrice** che si prefigge lo scopo di **“prevenzione degli incidenti stradali”**.

Gli argomenti trattati dai due autori, Angela Giovanna Ferrari e Alberto Re, riguardano le “vittime della strada”, in particolare le vittime delle **stragi del sabato sera**.

Il libro è distinto in 3 capitoli:

LE IMMAGINI

Una serie d'immagini fotografiche ritratte dai graffiti murali situati nelle scale antincendio antistanti il centro di rianimazione degli Spedali Civili di Brescia. E' possibile leggere da tali graffiti immagini, parole, poesie, frasi di canzoni, scritte dai parenti delle vittime della strada, “ospiti” nei Centri di Rianimazione.

I PENSIERI

Raccolta di poesie sul tema (alcune estrapolate dai diari personali dei ragazzi, qualche momento prima di morire vittime d'incidenti stradali).

LE PAROLE

La terza parte del libro riguarda invece i racconti e le interviste fatte ai

SCAFFALE

“Graffiti dell'anima”

...i graffi dell'anima lasciati dalla morte prematura dei giovani, sulle strade d'Italia, vengono raccontati in un libro.



reduci degli incidenti stradali e/o famiglie delle vittime che hanno voluto rilasciare una testimonianza del loro dolore. La diffusione del libro avverrà soprattutto mediante una serie di **conferenze itineranti** a livello nazionale, in cui si sensibilizzeranno i giovani ad una guida più responsabile, puntando sul testo e sulle testimonianze come elementi portanti.

(Ciò avverrà grazie alla collaborazione d'alcuni membri dell'ASSOCIAZIONE NAZIONALE FAMIGLIARI VITTIME DELLA STRADA. ONLUS). Durante tali conferenze, (che vedranno la partecipazione diretta di tre medici degli Spedali Civili, prof. Nicola Latronico, Rianimatore presso il secondo Centro di Rianimazione degli Spedali Civili di Brescia, dott. Stefini Roberto, neurochirurgo presso gli Spedali Civili di Brescia, dott. Roberto Bergomi, neurochirurgo presso gli Spedali Civili di Brescia), verranno anche affrontati argomenti di educazione stradale, preventivo-educativi, evidenziando l'immenso dolore legato alla perdita di un giovane, (a causa di una disattenzione stradale). Ecco perché, durante tali conferenze, saranno ospitati tutti coloro che, sopravvissuti ad un incidente stradale, vorranno esporre la loro esperienza in pubblico.

Gli autori del libro si sono prodigati, inoltre, di cercare gli stessi **superstiti** descritti su quei muri e portarli così fisicamente nelle conferenze con la loro testimonianza! (Quando ciò non sarà possibile, parteciperanno i genitori di tali vittime).

Tale iniziativa vedrà al suo fianco, come partners dell'iniziativa, gli **Spedali Civili di Brescia** e la Provincia di Brescia, nella figura dell'Assessore Mauro Parolini.

Angela Giovanna Ferrari, (Brescia 02/02/1970)

Ha conseguito la laurea in pedagogia ad indirizzo filosofico presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia nel 1998.

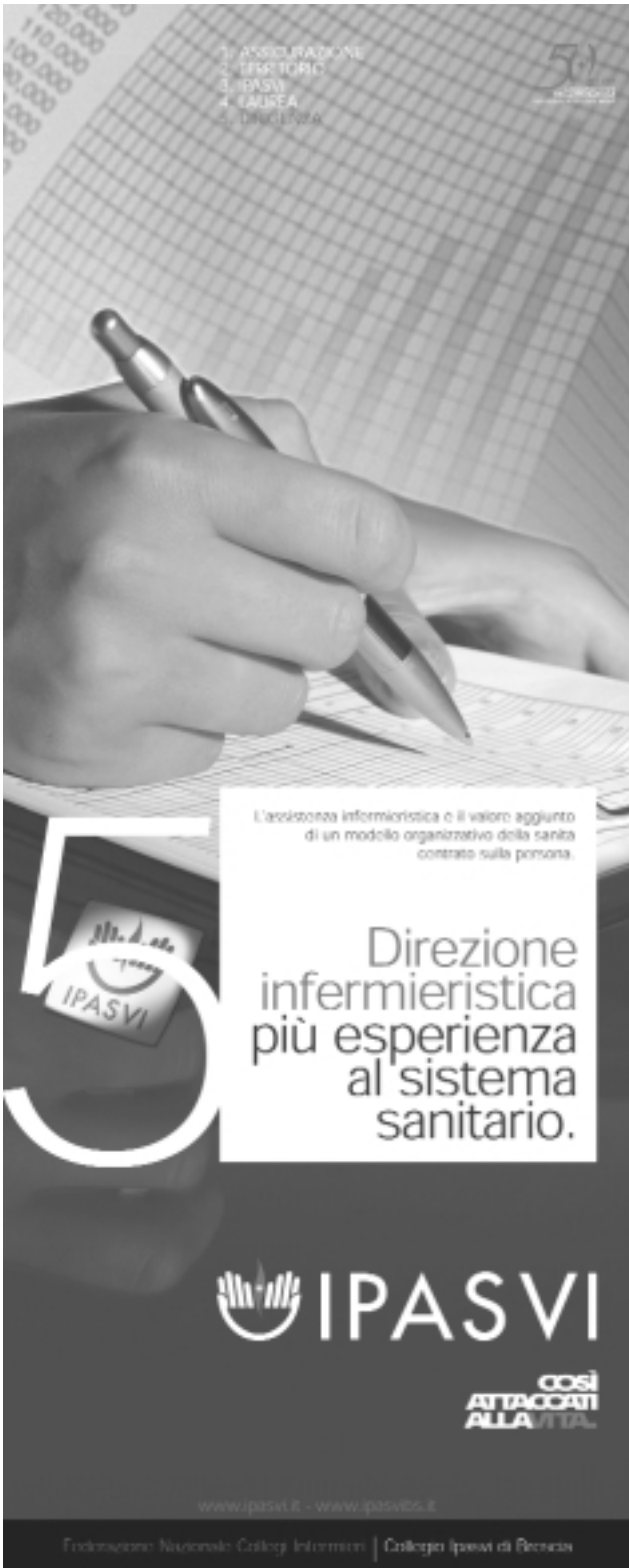
Pubblicista, presso il mensile culturale "Dipende il Giornale del Garda", svolge la professione d'Infermiera professionale presso il reparto di neurochirurgia degli Spedali Civili di Brescia.

Autrice di numerosi articoli d'interesse scientifico e filosofico, collabora con la rivista periodica NEU (Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze).

Re Alberto, (Nave (BS) 18/7/1959)

In possesso della maturità scientifica, dopo aver frequentato la Facoltà di Psicologia presso l'Università di Padova, ha successivamente conseguito il diploma di infermiere professionale.

Ha lavorato nel reparto di neurochirurgia degli Spedali Civili di Brescia e dal 2004 presta servizio presso il reparto di Ortopedia Pediatrica dello stesso ente. A livello locale collabora da parecchi anni con riviste di carattere culturale, pubblicando numerosi articoli e racconti.

- 
1. ASSICURAZIONE
 2. TERRITORIO
 3. IPASVI
 4. LAUREA
 5. UNIVERSITÀ

51
anni
di
esperienza

L'assistenza infermieristica è il valore aggiunto
di un modello organizzativo della sanità
contratto sulla persona.

Direzione
infermieristica
più esperienza
al sistema
sanitario.



IPASVI

così
ATTACCATI
ALL'ITALIA

www.ipasvi.it - www.ipasvibo.it

Federazione Nazionale Collegi Infermieri | Collegi ipasvi di Brescia