

## Survey ANIARTI “Sanità transculturale: nuove necessità nella cura e nell'assistenza allo straniero”. Report di ricerca

Matteo Cecchi\*, Laura Rasero\*\*

\*Infermiere, PhD Scienze Cliniche – Indirizzo Scienze Infermieristiche

\*\*Professore associato - Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica – Università degli Studi di Firenze

Per informazioni:

[matteo.cecchi@unifi.it](mailto:matteo.cecchi@unifi.it)

### ***Background***

In Italia si è cominciato a parlare di sanità transculturale solamente da pochi anni e precisamente in concomitanza con la crescita del fenomeno dell'immigrazione, che investe il nostro paese sin dalla metà degli anni '70 e che si è reso maggiormente evidente dai primi anni '90.

A fronte di un numero sempre maggiore di persone straniere che entrano in contatto con le comunità locali e con i loro servizi, si avverte la necessità di studiare i modelli di interazione tra culture, applicati all'ambito sanitario. In particolar modo è utile comprendere il tipo di approccio interculturale utilizzato dai professionisti della salute, al fine di mettere in luce eventuali difficoltà, e di evidenziare le barriere esistenti a un'interazione proficua tra assistito e “persona che assiste”.

Dalla revisione estensiva della letteratura, che è stata condotta con l'obiettivo di verificare gli aspetti relativi alla competenza culturale degli operatori sanitari e alla sua importanza nel processo di assistenza nei confronti dei pazienti di estrazione multi-etnica, nel campo della formazione degli operatori o futuri operatori, con riguardo anche all'ambito della gestione degli aspetti che si riferiscono al fine vita, è emersa la necessità di affrontare studi sul tema all'interno del panorama italiano.

## **Obiettivo**

L'obiettivo primario del progetto di ricerca è di descrivere gli aspetti della cura e della assistenza da parte dei professionisti della salute nei confronti del paziente straniero.

Gli obiettivi secondari ai quali mira la conduzione dello studio sono quelli di:

- Descrivere l'esperienza dei professionisti che forniscono cura e assistenza al paziente straniero;
- Evidenziare difficoltà e opportunità nel rapporto tra operatori sanitari e paziente straniero;
- Analizzare le attitudini comunicative e relazionali da parte del personale sanitario nei confronti del paziente straniero.

## **Strumenti e metodi**

Lo studio osservazionale trasversale è stato condotto mediante la somministrazione di un questionario attraverso una Survey on-line, rivolta a coloro che esercitano le professioni di infermiere, medico e ostetrica in diversi contesti operativi (emergenza-urgenza, terapie intensive, area materno-infantile, chirurgia, medicina...), sull'intero territorio italiano. A questo scopo, ci si è avvalsi della collaborazione di Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica), che ci ha consentito di raggiungere un vasto campione nella popolazione degli operatori sanitari.

La survey è rimasta aperta per il periodo dal 17 Ottobre 2013 al 31 Gennaio 2014.

Il questionario, è stato elaborato in base all'analisi della letteratura esistente, ed è stato sottoposto a validazione "di facciata" (pertinenza, chiarezza e neutralità del questionario) e affidabilità (test-retest) su campioni ad hoc.

Il questionario si apre con una sezione volta alla raccolta delle informazioni di tipo anagrafico, cui segue una serie di domande sugli aspetti di formazione professionale e sulle competenze linguistiche.

Alla parte introduttiva seguono cinque sezioni:

1. "Esperienze di relazione con il paziente straniero": si sondano gli aspetti esperienziali del professionista sanitario a contatto con l'utenza straniera, comprese le eventuali difficoltà riscontrate in questo ambito;
2. "Comunicazione e mediazione culturale": la sezione raccoglie informazioni sulle strategie di comunicazione adottate dagli operatori sanitari a confronto con pazienti di origine straniera, e la loro dimestichezza con gli strumenti di mediazione culturale eventualmente presenti nelle loro Aziende di appartenenza;
3. "Competenza culturale": la sezione ha lo scopo di rilevare l'attitudine del personale sanitario e il suo grado di competenza culturale nella cura e assistenza al paziente straniero;
4. "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale –Short Form (M-GUDS-S)". Lo strumento si basa sul modello teorico dell'Orientamento alla Universalità-Diversità ("UDO: Universality-Diversity Orientation"), che definisce il grado di accettazione sia delle somiglianze sia delle differenze che esistono tra se stessi e le altre persone. Per quanto riguarda le sue proprietà psicometriche, si evidenziano correlazioni significative con le misure di identità razziale, empatia, femminismo, omofobia e dogmatismo.

5. “Il fine vita”. Chiude il questionario questa sezione, che indaga gli aspetti della gestione delle fasi del lutto e le conoscenze degli operatori sanitari dei percorsi di fine vita predisposti dalle loro Aziende di appartenenza per l’utenza straniera.

L’indagine è stata condotta in modo da garantire l’anonimato dei partecipanti. I dati sono stati analizzati come risultati globali, in forma aggregata e per fini statistici.

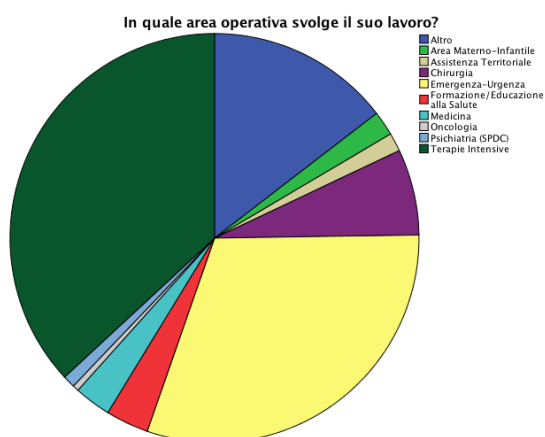
## Risultati

2013 al 31 Gennaio 2014. Durante questo tempo, il test è stato iniziato da un totale di 258 rispondenti, 206 dei quali lo hanno compilato in maniera completa.

La maggior parte del campione appartiene alla quarta decade di vita, con valori di anzianità di servizio che presentano due picchi attorno ai dieci e ai venti anni.

La maggior parte dei rispondenti (60%) che compongono il campione è di sesso femminile, e il 97% di loro è di origine italiana.

I rispondenti alla Survey sono per la quasi totalità (97%) infermieri. Il dato può essere spiegato considerando la strategia scelta per la sua divulgazione, che è avvalsa in misura prevalente della collaborazione di Aniarti. Lo stesso fatto spiega il peso relativo dei rispondenti che svolgono il loro lavoro in contesti di Terapia Intensiva e di Emergenza-Urgenza (Fig. 1).



**Figura 1 - Area svolgimento attività lavorativa del campione della Survey**

La provenienza geografica del campione della Survey si concentra nelle aree del Centro e Nord d’Italia, con una rappresentanza marginale delle regioni meridionali e insulari (Fig. 2)

	Frequenza	%	% Cumulata
Abruzzo	2	1,0	1,0
Basilicata	1	,5	1,5
Campania	3	1,5	2,9
Emilia Romagna	43	20,9	23,8
Friuli Venezia Giulia	13	6,3	30,1
Lazio	7	3,4	33,5
Liguria	10	4,9	38,3
Lombardia	17	8,3	46,6
Marche	2	1,0	47,6
Piemonte	5	2,4	50,0
Puglia	3	1,5	51,5
Sardegna	4	1,9	53,4
Sicilia	6	2,9	56,3
Toscana	44	21,4	77,7
Trentino Alto Adige	3	1,5	79,1
Umbria	26	12,6	91,7
Veneto	17	8,3	100,0
Totale	206	100,0	

Figura 2 - Provenienza geografica del campione della Survey

Dei 202 rispondenti infermieri o ostetriche, ben 94 sono in possesso di un Master. Tra questi, 50 sono Master in Management/Coordinamento, 22 in terapia Intensiva, 19 in Emergenza-Urgenza, 7 in Infermieristica forense/responsabilità professionale, 3 in Infermieristica Transculturale, 2 in Infermieristica territoriale e di comunità/Sanità Pubblica. Un buon numero di rispondenti possiede più di un titolo di Master (125 titoli di Master dichiarati a fronte di 94 persone dichiarate in possesso del titolo).

La maggior parte del campione svolge attività a stretto contatto con il paziente, mentre circa 1/3 si dedica a compiti di coordinamento e dirigenza di II livello (se appartenente al personale medico) (Fig. 3). Oltre 2/3 del campione (68%) articola i propri turni di lavoro sulle 24 ore.

	Frequenza	%	% Cumulata
Altro	15	7,3	7,3
Assistenza/Cura al paziente/Dirigenza I Livello	152	73,8	81,1
Coordinamento/Dirigenza II Livello	33	16,0	97,1
Formazione/Educazione alla salute	6	2,9	100,0
Totale	206	100,0	

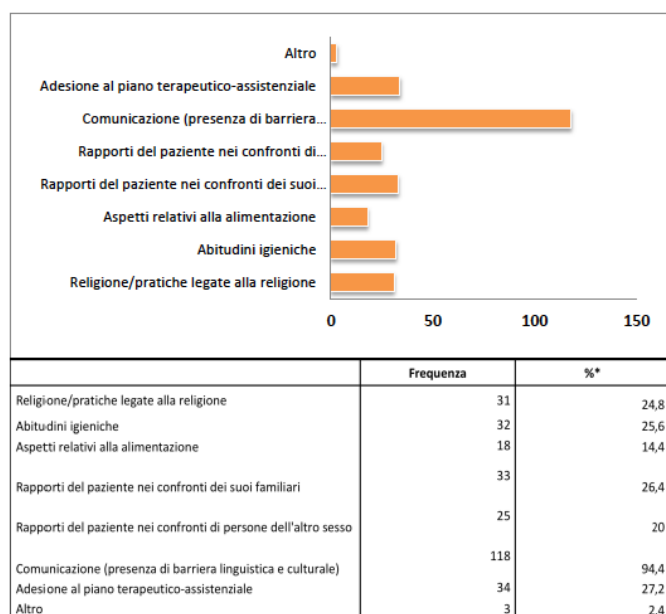
Figura 3 - Tipo di attività svolta dal campione della Survey

Il 70% del campione (Tab. 23) parla altre lingue oltre l'italiano: la maggior parte parla inglese (62%), ma una buona

percentuale (21%) parla francese, il 9% lo spagnolo, il 3% il tedesco. Quasi nessuno parla le lingue delle popolazioni immigrate più rappresentate sul nostro territorio (solo un rispondente dichiara di parlare cinese, 2 dei rispondenti dichiarano di parlare arabo). Solo il 33% del campione (n=68) afferma di aver frequentato corsi sulla sanità transculturale tra questi, il 28% per una durata complessiva inferiore alle 6 ore (n=19), il 40% per una durata complessiva tra le 6 e le 12 ore (n=27), il 32% per più di 12 ore (n=22).

L'84,5% del campione (n=174) dichiara di aver avuto esperienza di cura e assistenza a pazienti stranieri nell'arco degli ultimi 3 mesi di lavoro. Di questi 174 soggetti, l'83% (n=144) dichiarano di avere avuto esperienza prevalentemente con pazienti adulti, il 3% (n=5) prevalentemente con pazienti in età pediatrica, e il restante 14% (n=25) in egual misura con adulti e bambini.

Il 72% di questo campione (n=125) sostiene di aver trovato una qualche difficoltà nell'assistere o curare persone straniere. Dalla lettura del grafico in Fig 4 si evince che la maggior parte di questo gruppo (n=118, 94%) ha evidenziato difficoltà riconducibili all'aspetto comunicativo e di barriera culturale. Le altre opzioni di risposta hanno raccolto un numero di scelte inferiore, anche se degno di nota: aspetti di tipo religioso e abitudini igieniche sono state vissute come difficoltà da circa un quarto dei rispondenti, mentre la scarsa adesione al piano terapeutico-assistenziale è vissuta come difficoltosa dal 27% del campione in esame.



**Figura 4 - Gli ambiti delle difficoltà riscontrate**

Il questionario prosegue con una serie di domande di caratterizzazione dell'esperienza, che invitano il rispondente a dichiarare il proprio grado di accordo con alcune affermazioni, con 6 opzioni di risposta (scala da 1 –per niente d'accordo, a 6 –totalmente d'accordo). Si riporta a titolo esemplificativo il grafico di sintesi delle risposte relative all'item "Mi sento a mio agio nell'assistere una persona straniera" (Fig. 5).

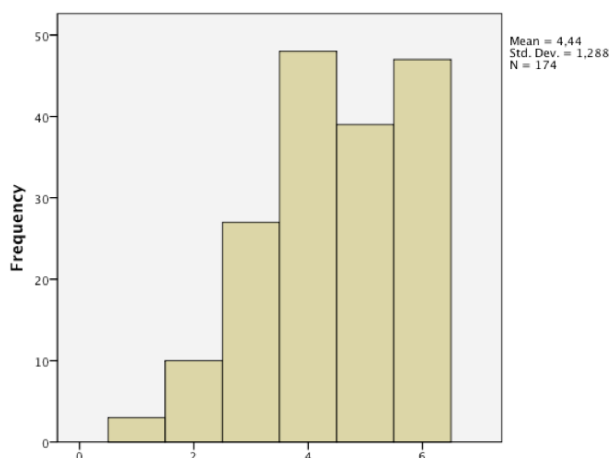


Figura 5 "Mi sento a mio agio nell'assistere una persona straniera"

L'appartenenza culturale della persona assistita non è vissuta, dalla maggioranza del campione, come un ostacolo nell'esercizio del proprio lavoro ("L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro"): la maggior parte dei rispondenti esprime un grado di disaccordo molto elevato o comunque alto nei confronti dell'affermazione contenuta nell'item (Media: 2,56; Dev. St.: 1,541).

Riguardo, invece, alla percezione di adeguatezza nell'assistere la persona straniera ("*Mi sento adeguato nel soddisfare le esigenze del paziente straniero*"), i risultati raccolti evidenziano un approccio più cauto del campione, che esprime in generale un grado di accordo più timido con l'affermazione dell'item (Media: 3,77; Dev. St.: 1,323). La gran parte del campione, inoltre, esprime punteggi alti di accordo con l'affermazione "Penso di avere bisogno di formazione per gestire in maniera efficace il mio rapporto con il paziente straniero" (Media: 4,63; Dev. St.: 1,419).

Le quattro domande successive chiedono al campione di esprimersi sull'atteggiamento del paziente straniero e dei suoi familiari riguardo al rispetto del ruolo professionale degli operatori sanitari, alla compliance alle cure e alla loro affidabilità, anche in termini di rispetto di orari per visite e appuntamenti. Le risposte agli item hanno punteggi che si collocano, in linea di massima, attorno ai valori centrali, indicando una scarsa propensione dei rispondenti a sbilanciarsi verso l'uno o l'altro estremo della scala di accordo-disaccordo.

La sezione "Comunicazione e Mediazione Culturale" si apre con una serie di 4 domande (scala da 1 –per niente d'accordo, a 6 –totalmente d'accordo), che puntano a studiare le strategie comunicative adottate dagli operatori sanitari nei confronti degli utenti di origine straniera.

In particolare, i rispondenti mostrano un ottimo grado di accordo con l'affermazione "Cerco di trovare la strategia più adatta per comunicare con la persona e la sua famiglia, ad esempio ricorrendo a messaggi scritti, a traduttori on-line, immagini..." (Media: 4,68; Dev. St.: 1,262) e con l'affermazione "Cerco di imparare e di usare le parole chiave di una lingua straniera in modo da essere in grado di comunicare meglio con la persona e la sua famiglia" (Media: 4,3; Dev. St.: 1,361).

Il questionario continua esplorando l'esistenza di servizi di mediazione culturale nelle Aziende di appartenenza dei rispondenti (risposte possibili: Sì/No; Fig. 6).

	Frequenza	%	% Cumulata
no	36	17,5	17,5
non so	26	12,6	30,1
sì	144	69,9	100
Totale	206	100	

Figura 6 - "Esiste nella sua Azienda un servizio di mediazione culturale?"

La responsabilità percepita dall'operatore sanitario nell'attivazione dei servizi di mediazione culturale è ben evidente dalle risposte al quesito "In quanto operatore sanitario, quanto si sente in dovere di attivare in caso di necessità i servizi di mediazione culturale?" (Media: 5,18; Dev. St. 1,082). Sono invece polarizzati attorno alle modalità estreme i valori delle risposte all'item "Quanto spesso ha attivato i servizi di mediazione culturale in prima persona?", a indicare due realtà diametralmente opposte quando ci si addentra nella quotidianità della pratica professionale: da una parte troviamo chi attiva i servizi di mediazione culturale con una buona frequenza, dall'altra una nutrita schiera di professionisti che, invece, si dedicano molto di rado a questa attività.

Una parte notevole del campione è fortemente d'accordo con l'affermazione che indaga l'opinione dei rispondenti sulla utilità dei servizi di mediazione culturale nell'approccio alla persona straniera (Media: 5,02; Dev. St.: 1,203).

Riguardo alla sezione "Competenza Culturale", gradi di accordo molto elevati sono stati riscontrati anche relativamente all'affermazione "I ruoli maschile e femminile possono differire tra una cultura e l'altra", come pure a quelle "Il concetto di prevenzione ed educazione alla salute può avere significati diversi a seconda della cultura di appartenenza di una persona" e "Il significato o il valore delle cure mediche possono variare notevolmente tra culture" segno che la consapevolezza delle diversità di tipo sociologico e di approccio alla salute presenti in culture diverse tra loro è ben radicata in coloro che hanno risposto al questionario.

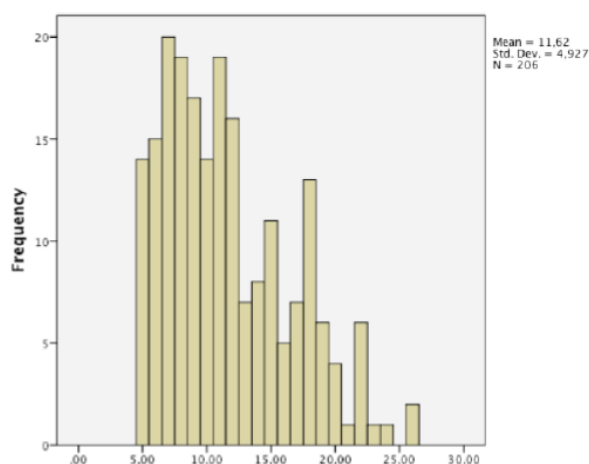
Meno elevati sono invece i punteggi di accordo raccolti dalla domanda "Una persona che proviene da un altro paese può scegliere in che misura e in che modo integrarsi nella cultura del paese di arrivo", segno di un orientamento "più freddo" riguardo alle modalità con cui si realizza in pratica il processo di integrazione degli stranieri nel tessuto sociale del nostro Paese.

Secondo le indicazioni fornite dagli autori dello strumento, le domande che compongono la sezione "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale" nella sua versione ridotta ("Short Form") posso essere raggruppate in 3 subscale, secondo lo schema seguente: **Diversità di contatto** ("Diversity of Contact"), **Apprezzamento relativistico** ("Relativistic Appreciation"), **Comfort con le differenze** ("Comfort with Differences"). I totali della "Diversità di contatto" presentano una maggiore densità attorno a valori medio-alti, mostrando un atteggiamento positivo dei rispondenti nei confronti dell'esposizione alle influenze di altre culture, in termini di ricerca di occasioni di incontro e di contatto. Una distribuzione simile si nota anche per i risultati della subscale "Apprezzamento relativistico". I totali conseguiti nella subscale "Comfort con le differenze" (in cui punteggi maggiori corrispondono a un orientamento negativo nei

confronti della diversità) si attestano tendenzialmente su valori bassi (Fig. 7). I dati indicano un basso livello di discomfort nei confronti delle differenze culturali, e, di conseguenza, un buon livello di comfort del campione nei confronti della diversità.

Conclude il questionario la sezione “Fine Vita”, composta da 11 item: le prime cinque domande (scala da 1 –per niente d'accordo, a6 –totalmente d'accordo) esplorano l'opinione del rispondente riguardo al supporto fornito dalla propria azienda di appartenenza all'attuazione di percorsi di fine vita culturalmente specifici, la sua percezione del proprio grado di competenza in questo ambito, e il suo approccio generale nei confronti della gestione del dolore e del fine vita. A questo set di domande hanno avuto accesso tutti i rispondenti (n=206), che abbiano o meno avuto esperienza del decesso di un paziente straniero.

La maggior parte dei 206 rispondenti ritiene che la propria Azienda di appartenenza non faciliti l'attuazione di percorsi di fine vita specifici per la cultura di appartenenza del defunto (Media: 2,43; Dev. St.: 1,534). I rispondenti hanno mostrato di ritenersi non sufficientemente preparati in questo ambito (Media: 2,41; Dev. St.: 1,4), mostrandosi comunque desiderosi di acquisire conoscenze per poter gestire in modo appropriato la morte di una persona di una cultura diversa dalla propria. I risultati descrivono inoltre un campione in linea di massima ben conscio delle peculiarità culturali del fine vita, con punteggi molto alti di accordo su entrambe le affermazioni “Le credenze religiose influenzano il modo in cui le persone reagiscono alla malattia e alla morte” e “Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture”.



**Figura 7 - Frequenze dei risultati della subscala “Comfort con le differenze”**

Conclude il questionario la sezione “Fine Vita”, composta da 11 item: le prime cinque domande (scala da 1 –per niente d'accordo, a6 –totalmente d'accordo) esplorano l'opinione del rispondente riguardo al supporto fornito dalla propria azienda di appartenenza all'attuazione di percorsi di fine vita culturalmente specifici, la sua percezione del proprio grado di competenza in questo ambito, e il suo approccio generale nei confronti della gestione del dolore e del fine vita. A questo set di domande hanno avuto accesso tutti i rispondenti (n=206), che abbiano o meno avuto esperienza del decesso di un paziente straniero.



La maggior parte dei 206 rispondenti ritiene che la propria Azienda di appartenenza non faciliti l'attuazione di percorsi di fine vita specifici per la cultura di appartenenza del defunto (Media: 2,43; Dev. St.: 1,534). I rispondenti hanno mostrato di ritenersi non sufficientemente preparati in questo ambito (Media: 2,41; Dev. St.: 1,4), mostrandosi comunque desiderosi di acquisire conoscenze per poter gestire in modo appropriato la morte di una persona di una cultura diversa dalla propria. I risultati descrivono inoltre un campione in linea di massima ben conscio delle peculiarità culturali del fine vita, con punteggi molto alti di accordo su entrambe le affermazioni "Le credenze religiose influenzano il modo in cui le persone reagiscono alla malattia e alla morte" e "Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture".

Dei 206 elementi del campione, 154 (75%) hanno dichiarato di aver vissuto l'esperienza della morte di un paziente straniero. Interrogato sul proprio grado di accordo sulla affermazione "in caso di decesso di un paziente straniero metto in atto comportamenti diversi rispetto a quando muore una persona della mia cultura", il campione ha espresso una netta prevalenza per la modalità indicativa di un forte disaccordo, e distribuendosi in maniera pressoché equivalente sulle altre modalità di risposta (Media: 2,96; Dev. St.: 1,688). La maggioranza del campione si è dichiarato, inoltre, vicino alle persone care al defunto, e ha dichiarato il proprio impegno ad attivare i servizi di mediazione culturale in caso di necessità, nella eventualità del decesso di una persona straniera.

Tendenzialmente polarizzati verso i valori estremi i risultati sul grado di accordo con l'affermazione "Conosco il percorso che segue il corpo del paziente una volta che viene allontanato dal mio Servizio", indice di livelli di conoscenza non uniformi dei professionisti sanitari sulla organizzazione dei percorsi di fine vita dedicati alle persone straniere.

Lo studio delle correlazioni tra i totali delle scale del questionario genera la conclusione che migliori esperienze di assistenza in ambito transculturale siano da mettere in relazione con un maggiore sforzo comunicativo e relazionale nei confronti dell'utenza straniera. Competenza culturale, propensione all'accettazione della diversità e orientamento verso l'altro appaiono, inoltre, tra di loro connesse.

Non appaiono statisticamente significative le relazioni tra sesso e i totali di nessuna delle scale componenti il questionario, mentre dall'analisi dei dati si evince come, tra coloro che possiedono un titolo di Master, siano in numero significativamente maggiore quelli che hanno ottenuto punteggi superiori alla media nella scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale –Short Form (M-GUDS-S)" rispetto a quanto avviene tra chi non possiede un Master.

Il tipo di turnazione lavorativa svolto dai rispondenti al questionario non sembra essere correlato in maniera statisticamente significativa con nessuno degli aspetti esplorati dalle subscale componenti lo stesso, fatta eccezione per il fine vita: chi lavora sulle 12 ore sembra avere una maggiore attenzione agli aspetti del fine vita rispetto a chi lavora sulle 24 ore.

## ***Discussione e conclusioni***

La maggior parte dei rispondenti al questionario ha affermato di aver trovato una qualche difficoltà nell'assistere o curare persone straniere, e la grande maggioranza di questo gruppo ha evidenziato difficoltà riconducibili all'aspetto comunicativo e di barriera culturale.

Interrogati sull'atteggiamento del paziente straniero e dei suoi familiari riguardo al rispetto del ruolo professionale degli operatori sanitari, alla compliance alle cure e alla loro affidabilità, anche in termini di rispetto di orari per visite e appuntamenti, i rispondenti hanno mostrato una scarsa propensione a sbilanciarsi.

Riguardo al tema dei servizi di mediazione culturale, si rileva una evidente difformità tra singoli operatori nel grado di padronanza degli strumenti forniti dall'organizzazione di appartenenza.

Il campione sembra possedere un buon grado di competenza culturale, mostrandosi sensibile e consapevole, in linea di massima, delle diversità che emergono in contesti transculturali di cura e assistenza. Si mostrano, inoltre, un atteggiamento positivo nei confronti dell'esposizione alle influenze di altre culture, in termini di ricerca di occasioni di incontro e di contatto, e un buon livello di comfort del campione nei confronti della diversità.

Tra i limiti del presente lavoro possiamo annoverare i bias da selezione tipici delle survey online, e il rischio di compilazioni multiple da parte degli stessi soggetti.