

# OBIETTIVOSANITA

L'aggiornamento continuo dell'Operatore Sanitario

## Medicina e assistenza sanitaria multi-etnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse

### Modulo 6: Oltre la torre di Babele: la comunicazione interculturale

*Autori:* Dr **Simone Rasetti**, giornalista ed esperto in comunicazione

Dr.ssa **Eleonora Zanella**, infermiera operante nell'ambito dell'assistenza infermieristica diretta alla persona e consulente in ambito di formazione, in possesso di laurea magistrale in infermieristica e master professionale.

*Responsabile scientifico:* Dr **Andrea Vettori**, Esperto in Clinical Governance

Keywords: Prossemica, comunicazione paraverbale, parole, gesti, incomprensioni

Sanitanova è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM (accreditamento n. 12 del 10/06/2010) a fornire programmi di formazione continua per tutte le professioni.

Sanitanova si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Inizio evento: 5/4/2012; ID evento: 12-29312

### Obiettivi del modulo didattico

Al termine del modulo didattico, il lettore dovrebbe essere in grado di:

- comprendere la difficoltà di comunicazione tra persone di culture diverse
- stimolare la conoscenza al superamento delle barriere linguistiche

Chiudiamo il corso con un modulo – il sesto appunto – dedicato a un tema particolarmente importante, quello della comunicazione. Il linguaggio (verbale e non) rappresenta infatti il mezzo più immediato e comune per far entrare in contatto persone con persone, persone con servizi: quando però si appartiene a

culture diverse con diversi linguaggi, appunto, questo mezzo può essere una barriera, che spesso diviene insormontabile. Cercheremo insieme dunque di capire i problemi di comunicazione che possono sorgere con pazienti che non conoscono l'italiano, come il medico o l'infermiere si deve comportare, quale mentalità sarebbe meglio che acquisisse per una corretta politica di accoglienza. E lo faremo, come abbiamo detto in premessa al ragionamento, sia sul versante della comunicazione verbale sia – lo vedremo in modo approfondito – su quello non verbale.

Per analizzare gli aspetti della comunicazione nell'interculturalità, abbiamo scelto di avvalerci dei racconti di alcuni professionisti che si sono trovati a vivere esperienze di relazione assistenziale con soggetti di culture e lingue diverse, attingendo al valore che la narrazione delle esperienze ha in termini di contenuto, storia e possibilità di crescita. L'infermieristica della narrazione, corrente di pensiero e di progresso scientifico che da anni sta prendendo piede anche in Italia, si fonda proprio su questo:

*"[...]Ognuno di noi ogni giorno racconta qualcosa: raccontiamo noi stessi agli altri, raccontiamo avvenimenti del nostro passato, raccontiamo le nostre aspettative per il futuro. La narrazione dell'esperienza personale dovrebbe avere un ruolo significativo anche nelle relazioni di cura perché quando la sofferenza viene inserita in racconti reali e diventa condivisibile si trasforma in risorsa..[...]"- Nursing narrativo,2010*

La medicina e l'infermieristica della narrazione orientano a una soggettivizzazione del paziente, visto in tutta la sua complessità e unicità. Le storie offrono l'occasione di contestualizzare dati clinici e soprattutto bisogni e permettono di leggere la propria storia con gli occhi degli altri, apportando una ricchezza e una pluralità di prospettive oggi assenti. La narrativa permette al paziente di sentirsi non isolato, ma al centro della struttura e questo offre, a sua volta, agli operatori ospedalieri la possibilità di avere una visione più completa dei problemi. La narrazione della patologia del paziente viene quindi considerata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. Comunicare il proprio stato di malattia e relazionarsi empaticamente aiuta inoltre il paziente a:

- prendere decisioni con più consapevolezza;
- relazionarsi con gli altri;
- esprimere stati d'animo e disagi;
- condividere testimonianze, che potranno essere utili ai professionisti o ad altri pazienti.

## Premessa

L'analisi comparata dei bisogni ha mostrato che barriere linguistiche e culturali nella comunicazione non solo sono causa di limitazioni nell'accesso e nell'uso appropriato dei servizi, ma anche di livelli inferiori di qualità delle cure e dell'assistenza, di bassa soddisfazione del paziente e, in ultima istanza, di risultati di salute peggiori. In secondo luogo, si può evidenziare come un'informazione ed educazione inadeguata o insufficiente dei pazienti e dei cittadini immigrati sia la causa principale di accessi e usi impropri dei servizi, di una scarsa cooperazione durante le cure e dopo le dimissioni, e in generale di un basso livello di coinvolgimento dei pazienti e delle comunità immigrate. Infine, si può dire senza timore di smentita come livelli bassi di "competenza interculturale" degli operatori siano la causa della presenza di stereotipi e pregiudizi al posto di conoscenze sulla migrazione e del suo impatto sulla salute dei migranti e sui loro

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse –  
Modulo 6

comportamenti: questa carenza comporta una generale difficoltà ad agire efficacemente come professionista e come organizzazione in un contesto multi-etnico e multiculturale.

E allora capiamo facilmente l'importanza della comunicazione, che per definizione altro non è che un processo di scambio che avviene tra persone che sono all'interno di un certo contesto (famiglia, scuola, lavoro...). E' anche lo strumento mediante il quale s'instaurano e si sviluppano le relazioni in ogni ambito della vita umana e in ogni gruppo sociale. Comunicare con gli altri, scambiare idee ed emozioni con le persone che ci circondano, rientra nell'esperienza primaria di ciascuno di noi. La parola "comunicare" significa infatti mettere in comune, partecipare agli altri qualcosa di nostro, comporta quindi un'interazione fra soggetti comunicanti.

Per il personale sanitario poi la comunicazione riveste un ruolo peculiare nello svolgimento del proprio lavoro: alcuni operatori sono particolarmente predisposti a parlare con i pazienti, ma si tratta di una capacità che con l'esperienza si può imparare e migliorare. Nella pratica clinica i problemi più frequenti nella comunicazione operatore-paziente emergono nel momento in cui si mostra di non ascoltare il paziente e l'insoddisfazione del paziente per la cattiva comunicazione con l'operatore ha un peso di gran lunga superiore a qualsiasi altra insoddisfazione circa le competenze tecniche. Parte dell'insoddisfazione è dovuta al contenuto dell'informazione, ma anche rispetto alle modalità in cui avviene, modalità che si complicano quando abbiamo a che fare con persone straniere che non parlano l'italiano.

## La barriera linguistica e culturale

Il personale sanitario si trova a interagire, con notevole difficoltà, con persone di nazionalità, lingua e consuetudini diverse. I professionisti hanno così necessità di utilizzare facili strumenti per una corretta comunicazione con i cittadini stranieri per evitare incomprensioni, malintesi sia nel capire i sintomi presentati, sia nelle indicazioni terapeutiche da fornire.

Le criticità sono dovute:

- Linguaggio;
- diversa percezione della salute;
- luogo in cui il paziente straniero si trova;
- diversa cultura (prevenzione, profilassi, modalità di accesso...).

La percezione di salute è infatti differente tra diverse culture. Meccanismi comuni per la società occidentale (come trattamenti medici, le visite periodiche, il calendario di vaccinazione) possono essere sconosciuti alla popolazione straniera. Quindi è necessario informarla sulle possibilità e i meccanismi del sistema sanitario in cui si trovano. È necessario inoltre capire la rappresentazione di salute e sanità che hanno le altre culture che vivono nella società occidentale per rispettare l'idea che ogni gruppo culturale ha delle proprie percezioni di salute e malattia. L'obiettivo ovviamente è quello di eliminare le barriere linguistiche e culturali per assicurare a tutti gli assistiti il libero accesso ai servizi sociosanitari, fornire ai professionisti un servizio che consenta di capire con chiarezza sintomi per giuste diagnosi e garantisca ai pazienti stranieri chiarezza nelle informazioni sanitarie, garantire ai pazienti stranieri una vera e propria educazione alla salute grazie ad esempio alla presenza sul posto di mediatori culturali, offrire ai professionisti uno strumento agile che consenta di individuare la metodologia di mediazione più opportuna.

Quindi è sempre più spesso necessario attivare modalità organizzative semplici per assicurare sia l'immediata informazione in lingua straniera per ottenere la consapevolezza della comprensione del paziente straniero sugli interventi terapeutici da attuare, sia la presenza di mediatori culturali con specifica formazione per permettere una vera e propria educazione alla salute.

## I livelli di incomprensione

Due medici, Riccardo Colasanti e Salvatore Geraci, per anni operatori dell'ambulatorio per immigrati gestito dalla Caritas di Roma, hanno proposto una classificazione delle possibili incomprensioni tra operatore e malato di culture diverse.

Le incomprensioni possono essere classificate come:

- 1) **prelinguistica**, relativa alla difficoltà di comunicare le proprie sensazioni interiori; esemplificativi in questo campo sono i problemi che si possono avere a esprimere i propri sospetti in ambito psichiatrico o ostetrico-ginecologico (parlare di malocchio o possessione da parte di spiriti è considerato "scorretto" nel dialogo con un sanitario e quindi autocensurato dal paziente);
- 2) **linguistica**, quando non esiste una lingua comune di dialogo o quando la traduzione semantica di un termine ha accezioni diverse nelle due lingue; per esempio in somali *kili* significa rene ma anche in generale l'area addominale anteriore; in italiano il rene (e il mal di reni) viene associato all'area posteriore; la traduzione lessicale di un paziente che segnala mal di reni dal somalo all'italiano comporta la perdita della localizzazione del dolore stesso a livello cutaneo;
- 3) **metalinguistico**, quando al termine linguistico viene associato un linguaggio simbolico; nel mondo occidentale il significato simbolico attribuito alla diagnosi "cancro" è quello di una malattia considerata mortale; questo stesso significato è attribuito in altri paesi a diagnosi come tubercolosi, diarrea, anemia (con riferimento alla malaria);
- 4) **culturale**; non è possibile classificare un individuo come se continuasse a vivere nel suo contesto di origine; gli immigrati non possono quindi essere classificati in maniera stretta solo per la cultura d'origine in quanto vivono in una "terra di mezzo" tra paese d'origine e paese d'adozione;
- 5) **metaculturale**, considerabile il "piano dove gli uomini affermano consciamente e con lucidità la loro visione della vita, che a livello culturale appare implicita e quindi inconscia; l'adozione fedele alle pratiche religiose per paura di sentirsi sradicati dalla terra d'origine ne è un esempio, anche se la coscienza di questa scelta rende il problema di migliore gestione.

## Tra sindrome di Salgari e sindrome da *General Hospital*

Nel rapporto tra operatore sanitario italiano e paziente immigrato esiste sempre il rischio di sopravvalutare le differenze; la tendenza o il desiderio di incontrare quadri clinici strani, malattie tropicali e quanto conosciuto solo di sfuggita del corso degli studi da un lato (sindrome di Salgari) e il desiderio di trovare un ospedale ideale, perfetto come nelle soap opera (sindrome di *General Hospital*), non consentono a operatori sanitari e malati e familiari di avere, almeno all'inizio, un rapporto corretto.

La tabella 1 riassume le tre principali fasi presenti tra operatore sanitario e paziente straniero.

**Tabella 1** - Principali fasi nella relazione tra operatore sanitario e paziente straniero

	<b>Operatore sanitario</b>	<b>Paziente</b>
<b>Prima fase: esotismo</b>	'Sindrome di Salgari'	'Sindrome di <i>General Hospital</i> '
<b>Seconda fase: scetticismo</b>	Il paziente non ha niente, fa solo perdere tempo	Questo medico/infermiere non vale niente e mi cura male perché sono straniero
<b>Terza fase: criticismo</b>	Superare i pregiudizi e porre attenzione alla relazione con il paziente	Accettare i limiti della medicina e comprendere cosa realisticamente è possibile avere

La fase dello scetticismo si verifica per esempio quando, per incomprensioni linguistiche, il sanitario non è in grado di capire quali siano i reali problemi del paziente e, sul presupposto di un'anamnesi incompleta o, per un italiano, fantasiosa ("sento calore nel corpo" dichiara il paziente del Bangladesh, ma la temperatura corporea è nella norme), non si riesce a comprendere se e quale sia la malattia che affligge il paziente; il paziente, dal canto suo, convinto di essere nel mondo di *General Hospital*, non accetta una diagnosi infausta o una "banale" attesa nel pronto soccorso, sentendosi discriminato se vede un paziente arrivato dopo di lui entrare prima alla visita e non comprendendo appieno procedure quali il triage, le precedenze o lo specialista a disposizione.

Solo alla fine del percorso di accettazione delle diversità si potrà avere un incontro costruttivo tra operatore e paziente.

## Il mediatore culturale

Oltre al problema della diversità linguistica, l'esistenza di diversità culturali viene osservata come ostacolo a una comunicazione efficace. Nei confronti di pazienti provenienti da certe aree geografiche, segnatamente i paesi arabi, viene citata diffusamente la difficoltà nel rendere accettabile il ruolo del medico maschio da parte della paziente, soprattutto in ambito ginecologico. Vi sono poi numerose diversità culturali che emergono nell'interazione, come le diverse rappresentazioni nel campo dell'assistenza agli anziani, dell'alimentazione, della procreazione e della contraccezione, dell'igiene. Visioni diverse spesso determinano conflitti o impasse comunicative difficili da gestire. Vengono, inoltre, rilevate difficoltà sia ad apprendere gli orientamenti culturali del paziente, sia a chiarire al paziente la cultura dell'organizzazione sanitaria, in particolare le difficoltà nascono quando si tratta di narrare il proprio punto di vista su che cosa si può fare e su che cosa invece non è possibile fare all'interno della struttura.

Le barriere interlinguistiche e interculturali rilevate si traducono in difficoltà a instaurare un rapporto profondo col paziente orientato all'empatia e alla fiducia reciproca. Si rileva infatti che l'azione dell'operatore sanitario, oltre a essere mirata primariamente alla risposta al bisogno sanitario del paziente, è rivolta a stabilire una comunicazione interpersonale affettiva. I risultati dello sforzo comunicativo dell'operatore, tuttavia, vengono spesso messi in discussione dall'impossibilità di verificare la comprensione e l'accettazione delle indicazioni emesse a favore del paziente, a causa delle barriere linguistiche e culturali.

Per costruire un rapporto di fiducia con l'utente immigrato, l'orientamento più diffuso consiste nell'appellarsi all'aiuto dei mediatori interculturali. Tuttavia, si osserva che spesso gli operatori italiani sovrastimano la possibilità di ottenere spiegazioni dei comportamenti del paziente facendo ricorso alle competenze interculturali del mediatore. Anche gli operatori rilevano i limiti della mediazione nell'erigersi come unico strumento di conoscenza per la diversità culturale. I limiti principali vengono attribuiti all'identità culturale del mediatore, che può faticare ad accostarsi a persone di culture diverse, benché ne condivida la lingua.

## Alcuni casi esemplari

Obiettivo Sanita, oltre a presentare corsi ECM a distanza, favorisce lo scambio di conoscenze e competenze tra tutti i professionisti iscritti alla propria community.

Con questo obiettivo abbiamo sollecitato la condivisione di esperienze su questo importante tema agli iscritti e i casi qui riportati sono il risultato di questa richiesta. Questa modalità di condivisione delle informazioni all'interno della comunità di formazione del portale consente di migliorare l'apprendimento in rete, che non è sinonimo di apprendimento tramite la rete internet, ma piuttosto apprendimento tramite la rete dei professionisti che condividono 'in rete' le proprie conoscenze.

Per questo percorso FAD e per tutti i futuri corsi invitiamo quindi tutti gli infermieri iscritti a dare il proprio contributo segnalando le proprie esperienze e osservazioni.

## Il mutamento del corpo

### Descrizione del caso

La signora senegalese XX, 61 anni, è ricoverata nel reparto di chirurgia. È sempre stata bene fino a circa un anno fa quando, a seguito di ripetuti episodi diarroici accompagnati da tenesmo e occasionalmente da sangue, ha avuto un calo ponderale di 11 kg nell'arco di 5 mesi. Successivamente, in occasione del progetto "prevenzione serena", ha eseguito rettosigmoidoscopia e colonscopia con biopsie multiple, le quali hanno evidenziato la presenza di una lesione cancerosa a livello rettale e la presenza di un linfonodo di 7 mm in sede perirettale. Alla signora è stata praticata una resezione del retto per via addominoperineale con confezionamento di una colostomia temporanea. Attualmente la paziente è ricoverata e sta eseguendo il II° ciclo chemioterapico; presenta:fc 80 bpm, PA 150/90, FR 18 atti/min, sPO2 98 % in AA, temp corporea 36.6°C, CVC tipo Porth posizionato in zona sottoclaveare dx, colostomia sx, pesa 73Kg, altezza 1,60 cm.

Durante la somministrazione della terapia, la signora XX appare a disagio e sofferente. Alle nostre continue domande e offerte di aiuto la paziente non risponde se non con poche parole e alcuni gesti. La paziente non riceve visite da qualche giorno. Finalmente una sera durante l'orario di visita si presenta il marito che spiega che la moglie non conosce bene la lingua italiana ed è per questo che non riesce a comunicare. L'indomani viene interpellato un intermediario linguistico; in questo modo abbiamo potuto apprendere che la paziente riferisce di provare nausea, inappetenza, alterazione del gusto e un senso di stanchezza che persiste dal ciclo precedente; inoltre dichiara un discreto senso di ansia per gli effetti che la terapia avrà. Durante il dialogo, la paziente mantiene la mano ferma in corrispondenza della stomia; alla domanda se va tutto bene lei, abbassando lo sguardo, vi dice che si sente strana con la presenza di questa "cosa", ha paura che si percepisca cattivo odore perché da due giorni ha emissione continue di feci liquide, inoltre sente bruciore nella zona della cute dove aderisce il cerotto; dice inoltre che non pensa di essere in grado di

cambiare il sacchetto e la placca una volta dimessa; scoperta la parte interessata, si nota che la cute peristomale è iperemica con delle lacerazioni.

L'infermiera allevia e riduce con il tempo l'ansia e la preoccupazione dovuta al cambiamento del corpo della paziente. Durante tutta la degenza offre informazioni e spiegazioni relative a ogni intervento svolto sulla stomia e incoraggia essa a parlarne e prendersene cura.

La paziente mostrerà di essere informata e mostrerà una riduzione delle proprie ansie grazie all'intermediario culturale e al marito.

## **Discussione**

L'intervento dell'intermediario linguistico consente di risolvere il problema linguistico e di comprendere le esigenze del paziente. A fronte di interventi chirurgici invasivi, in grado di alterare l'immagine corporea, questo intervento appare quanto mai fondamentale.

## **Culture diverse, magia o medicina: due realtà a confronto**

Patrizia Congiu, Ambulatorio Sanità di frontiera

### **Descrizione del caso**

Nel corso di una visita di assistenza domiciliare, un'infermiera si reca presso l'abitazione di un'anziana signora di anni 82, di origini magrebina, che vive da circa un anno in Italia a casa della nipote. La signora non parla e non capisce assolutamente nulla di italiano, mentre si riesce a comunicare con facilità con la nipote.

La paziente è affetta da diabete di tipo 2 da circa 15 anni insulinodipendente, presenta a livello degli arti inferiori ulcere diabetiche, delle quali una particolarmente estesa e profonda a livello tibiale destro, di terzo grado secondo scala di Branden.

L'infermiera entra in casa della signora e dopo averla salutata, si avvicina a un tavolo sul quale c'è della frutta e del formaggio, completamente sporchi di escrementi, in quanto sopra è posizionata una gabbia di uccellini, e sposta i cibi.

L'infermiera spiega all'anziana donna il motivo della sua visita: dovrà disinfettare l'ulcera e medicarla, la invita a tenere pulita e asciutta la medicazione e spiega che non rispettare queste indicazioni potrebbe causare un aggravarsi delle sue condizioni generali, in quanto l'ulcera potrebbe infettarsi.

Invita la nipote a mantenere le condizioni igienico sanitarie della casa ottimali, spiegandole di posizionare la gabbietta degli uccellini in altro luogo.

Fin dall'inizio della visita, si presentano difficoltà di tipo comunicativo/ relazionale.

L'anziana donna osserva l'infermiera, corrucciando il viso e assumendo un'espressione di notevole disappunto nei suoi confronti.

Mentre l'infermiera si accinge a prestare la propria assistenza alla paziente, la stessa le allontana le mani e non la guarda negli occhi.

L'infermiera non capisce perché l'anziana donna l'allontana, le spiega che è importante pulire la piaga, ma la signora non vuole sentire ragioni.

La collega pensa che il comportamento della signora sia dovuto al suo approccio entrando nella casa, violando la sua privacy e le sue abitudini, ma la nipote interviene e le spiega che la riluttanza della nonna a farsi avvicinare è perché lei ha gli occhi di colore chiaro ed è credenza nel suo paese di origine che chi ha gli occhi azzurri sia uno spirito maligno o abbia poteri magici malefici. Da qui l'allontanamento per paura che le faccia del male.

Pazienza e professionalità hanno permesso alla collega di portare a termine in modo positivo il suo operato.

## **Discussione**

Emerge che l'incomprensione è di tipo culturale.

Come si poteva prevenire questa incomprensione e quale azione correttiva adottare per evitare il verificarsi nuovamente di una situazione simile?

Con la conoscenza da parte dell'operatore di usi e credenze popolari e/o religiose, alle quali persone di diversa cultura appartengono e comunicando e cercando di creare una situazione di empatia proficua ed efficace è stato possibile raggiungere l'obiettivo prefissato.

Purtroppo noi occidentali abbiamo la presunzione di portare il nostro sapere come il più corretto a chiunque appartenga ad altre culture; non ci preoccupiamo mai di chiedere alla persona che abbiamo di fronte se e come è disposta ad accettare il nostro aiuto. Si crea così senza volerlo il presupposto per un problema di comunicazione/interpretazione del bisogno medico assistenziale.

## **Alimenti in ospedale**

M.S.

### **Descrizione del caso**

Il caso si è verificato nel reparto di ORL in un ospedale della costa pugliese nel periodo successivo ai primi sbarchi di albanesi sulle coste italiane. Il paziente FB di 34 anni di nazionalità albanese, inseritosi bene nella comunità locale con la sua famiglia, viene ricoverato in seguito a visita ambulatoriale ORL con diagnosi di pregresse frequenti tonsilliti recidivanti.

Dopo tutti gli accertamenti del caso, informato il paziente e preso atto della sua volontà si decide per l'intervento. Il paziente viene operato di tonsillectomia.

Non si verificano problemi né clinici né assistenziali, anche perché il paziente parla e comprende l'italiano e si mostra collaborante con medici e personale di assistenza.

In seconda giornata di post-operatorio, il paziente lamenta dolori colici e diarrea. Si interroga il paziente su eventuali alimenti portati da casa dai familiari e si scopre sul suo comodino un vasetto di vetro contenente

yogurt preparato in casa da sua moglie. L'infermiera obietta che non può introdurre in ospedale alimenti, specialmente se non sigillati e di dubbia sicurezza igienica, per cui prega la moglie di portare via il vasetto di yogurt e di non riportarlo più in ospedale.

Sia il paziente sia la moglie si mostrano, oltre che contrariati, offesi per questa imposizione perché dicono che nel loro paese è una pratica molto comune prepararsi lo yogurt in casa, rigenerandolo di giorno in giorno. Si informa il medico sia della diarrea sia dello yogurt, ma il sanitario prima di trarre conclusioni di possibile relazione tra causa ed effetto avanza l'ipotesi che la diarrea potrebbe anche essere attribuita al tipo di antibiotico che si sta praticando e lo sospende prescrivendone un altro.

In conclusione la diarrea si risolve già dal giorno successivo alla sospensione dell'antibiotico e il paziente ribadisce che ha sempre consumato yogurt preparato in casa e continuerà a farlo una volta dimesso dall'ospedale. Fermo restando il divieto di introdurre alimenti in ospedale, le infermiere s'informano dalla moglie del paziente sulle modalità di preparazione casalinga dello yogurt, avendo così l'opportunità di accrescere la loro cultura personale e provare loro stesse tale procedimento.

## **Discussione**

Da quanto descritto si può dedurre che quando c'è qualche problema con persone di altre nazionalità, si va subito a ricercare come causa del problema la diversità di abitudini e di cultura delle persone in causa. In effetti, ciò che si è supposto in prima battuta è che la signora che aveva preparato lo yogurt non avesse adottato tutte le misure igieniche necessarie, magari condizionati da pregiudizi sul gruppo etnico di appartenenza dei protagonisti. Invece con un colloquio più approfondito con la signora si è rilevata la massima attenzione alla pulizia di tutto il procedimento della preparazione e conservazione dello yogurt.

In questo caso sarebbe stato più utile una maggiore attenzione al colloquio con il paziente e con il familiare su eventuali episodi precedenti di intolleranza a farmaci piuttosto che additare subito all'alimento (*nuovo* per noi) la causa del sintomo, evitando così di creare il piccolo incidente diplomatico.

L'incomprensione è stata di tipo culturale .

## **Ospedale o albergo**

### **Descrizione del caso**

Paziente cinquantenne di origine statunitense, con diagnosi di ricovero epatite acuta.

Il paziente, vigile e autosufficiente, viene ricoverato dal PS nel reparto di Medicina interna e Gastroenterologia di un noto ospedale di Roma al letto solventi. Al paziente non veniva somministrata alcuna terapia ed la degenza riguardava gli accertamenti del caso.

Il primo giorno di ricovero il paziente litiga con uno specializzando poiché, a detta di quest'ultimo, il paziente si è mostrato troppo esigente e il medico aveva sottolineato al paziente che doveva attenersi al nostro sistema sanitario e il suo non era un trattamento riservato ma uguale agli altri degenti. L'approccio con il personale infermieristico non è dei migliori, in quanto nessuno degli infermieri è capace di sostenere un dialogo per difficoltà della lingua inglese; il dialogo si limita alle semplici frasi o parole di saluto. Una mattina il paziente chiede shampoo e bagnoschiuma, in quanto pensa sia un servizio reso abitualmente; la Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse – Modulo 6

caposala comunque provvede a procurargli un kit. Lo stesso pomeriggio il paziente riferisce bruciori di stomaco ma, lamentando altri fastidi e a fronte del disagio del paziente nel non essere subito compreso nella sua lingua, è richiesto l'intervento di un medico specializzando in grado di parlare la lingua inglese.

Il medico ha sostenuto un dialogo con il paziente, con la segnalazione finale di somministrare un antiacido. Il paziente durante il colloquio mostrava chiaramente, con gestualità e tono di voce, un appagamento per la sola comunicazione verbale e comprensione. Il medico ha ripetuto varie volte nel discorso la parola "relax"...

## **Discussione**

L'aspettativa del paziente può esprimersi in modalità non usuali (la richiesta dello shampoo), soprattutto a fronte di abitudini diverse.

La soluzione dei problemi avviene nel momento in cui le barriere linguistiche si superano e si riesce a trovare un punto di contatto.

## **L'operatore straniero**

### **Descrizione del caso**

Un paziente di 67 anni, maschio, italiano che entra al P.S. per dolore precordiale al braccio sinistro; appena vede l'infermiera di turno al pronto soccorso, straniera, rifiuta di collaborare con la stessa e chiede ripetutamente l'assistenza di altro personale, italiano.

L'intervento del medico aiuta a far comprendere al paziente la competenza e la professionalità dell'infermiere, anche se lo stesso non si tranquillizza completamente e resta sempre non completamente a suo agio.

Solo al momento della dimissione, grazie alla soluzione del problema di salute, il paziente è soddisfatto del trattamento.

## **Discussione**

Molto, troppo spesso, viene da pensare che il problema "stia negli altri". Alcuni pensano che un operatore straniero non sia mai abbastanza formato da poter assistere adeguatamente i pazienti, indipendentemente dalle capacità e dalla professionalità dell'operatore stesso, che sono invece caratteristiche del singolo e non dell'etnia.

## **Infarto miocardico**

Gioacchino Barretta, ASL Napoli 1 - Centro Presidio Ospedaliero Loreto Mare

### **Descrizione del caso**

Paziente maschio, di nazionalità africana, di 40 anni, giunto in PS con mezzi propri. Non è possibile sapere altro circa pregresse o attuali patologie sofferte, precedenti ricoveri, né abitudini alimentari o livello di

consapevolezza del suo stato clinico. Appare subito evidente è la difficoltà insormontabile legata alla lingua: il paziente non parla italiano né inglese per cui è vana ogni possibilità di collaborazione. Il pensiero che più preoccupa l'uomo è riuscire a superare la crisi. Sebbene cosciente, respira male e ha pallore e sudorazione fredda. Si intuisce, però, dai gesti che ha dolore toracico, anche se è impossibile conoscere il tempo di insorgenza dei sintomi ed effettuare l'anamnesi.

I parametri vitali immediatamente rilevati in PS non appaiono preoccupanti: GSC 15/15; FC 84bpm; Sat. O<sub>2</sub> 97 %; PA 160/90. Si procede intanto a reperire un accesso venoso periferico e a praticare un prelievo di sangue urgente (compreso la determinazione degli enzimi cardiaci) con infusione lenta di soluzione fisiologica; si somministra ossigeno e si rileva il tracciato elettrocardiogramma.

Appare subito evidente al referto ECG: sovraslivellamento del tratto ST in DII–DIII–aVF, sottoslivellamento del tratto ST in V1-V2. Senza aspettare l'esito dei referti ematochimici, si invia il paziente nel reparto di cardiologia per una consulenza cardiologica urgente.

Alla consulenza cardiologica le cose si mostrano subito serie per il paziente che appare alquanto provato. Si invia il paziente in **U.T.I.C.** e si allerta il reparto di emodinamica. Nel frattempo si avvia subito la terapia di urgenza: ASA 250 mg ev, Eparina sodica 5000 UI ev, Clopidogrel 300 mg x os, Gastroprotettore ev, Morfina 2 mg + 2 mg ev, infusione di Nitrati.

Nel reparto di emodinamica gli viene praticata una coronarografia e angioplastica su Coronaria dx. Dopodiché il paziente viene trasferito al reparto U.T.I.C. dove le condizioni appaiono in netto miglioramento: il dolore è regredito così pure la dispnea; SAT O<sub>2</sub> 100% (in ossigenoterapia); PA 120/70; FC 68 bpm; GSC 15/15.

Il giorno dopo è possibile capire qualcosa di più su quest'uomo grazie all'arrivo di alcuni amici, sempre della stessa nazionalità del paziente ma presenti in Italia da più tempo e con una discreta padronanza della lingua italiana, tale da instaurare un sufficiente rapporto di comunicazione.

Il paziente pian piano si avvia alla piena ristabilizzazione.

## Discussione

Il caso presentato è particolarmente espressivo del disagio provato dal paziente straniero e dagli operatori sanitari chiamati ad intervenire: i secondi hanno dovuto basare diagnosi e terapia esclusivamente sui segni clinici e sui dati strumentali, per l'impossibilità di comunicazione, ed il primo rischia la vita per gli stessi motivi.

È stato impossibile conoscere i tempi di insorgenza dei sintomi (*golden hour*) e la raccolta dei necessari **dati anamnestici: allergie a farmaci e/o patologie pregresse.**

In questo caso si tratta di difficoltà di livello linguistico, che possono trovare soluzione solo creando una rete regionale o anche nazionale di interpretariato sanitario e di informazione ai cittadini stranieri. È comunque importante che gli operatori sanitari non devono mai perdere la capacità di auto-organizzarsi, indispensabile in un contesto di Emergenza - Urgenza.

## La struttura ospedale

N.P.

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse – Modulo 6

## **Descrizione del caso**

Nell' U.O. di Pediatria era stata ricoverata una bimba di due anni di nazionalità ucraina per una Bronco-Polmonite acuta. Con lei c'era anche la giovane madre. La madre e la piccola paziente condividevano la sieropositività da HIV contratta dalla madre stessa al momento del parto cesareo durante una trasfusione con sangue infetto in Ucraina e trasmesso alla figlia durante l'allattamento in quanto era inconsapevole di avere contratto il virus. È difficile rapportarsi con la madre, non conoscendo questa la lingua e il funzionamento del sistema sanitario italiano. È chiaro che le sue difficoltà di natura linguistiche, culturali, economiche e lo stato ansioso provocato dai problemi di salute suoi e della piccola, si ripercuote sulla cura della bambina stessa.

È stato chiesto all'infermiera di fare da traduttrice, cogliendo l'occasione della mia presenza quotidiana nel reparto. Applicando la tecnica dell'ascolto attivo è stato possibile creare un rapporto di fiducia e amicizia diminuendo la frustrazione, solitudine e l'incomprensione da parte degli utenti stranieri. Sono stati attivati gli insegnamenti relativi alla salute, all'adesione ai trattamenti antivirali, alla prevenzione di HIV grazie a una stretta collaborazione di un gruppo multiprofessionale composto dal psicologo, dal pediatra di fiducia, dall'assistente sociale, dagli infermieri dell'ambulatorio HIV e dagli interpreti con sensibilità culturale.

Nell'ambito pediatrico, nel reparto esiste la "Ludoterapia": è il gioco che cura e quindi i volontari una volta a settimana passavano dai piccoli degenti per distribuire giocattoli in noleggino. La signora non conoscendo questa pratica, non accettava i giocattoli, pensando di doverli pagare. Le convinzioni culturali della signora riguardo l'ospedale come di un posto d'isolamento e solitudine e la mancanza dell'ascolto attivo dalla parte degli operatori, le avevano impedito l'accesso ai servizi offerti come per es. bar ospedaliero, gli spazi di gioco, il noleggino dei passeggini per portare la bambina nel parco ecc.

## **Discussione**

Problemi linguistici e culturali sono presenti in questo caso; l'incomprensione linguistica è già da sola foriera di isolamento; se si somma la convenzione che l'ospedale debba essere un posto isolato, con l'ulteriore aggravante della sieropositività, si arriva al caso in questione, dove il paziente si isola "volontariamente".

Gli operatori d'Ufficio Mediazione Culturale spesso si rivolgevano al personale sanitario per sapere se c'era la richiesta del loro aiuto, quando invece sarebbe stato meglio parlare, in questo specifico caso, direttamente con la madre.

## **Le vaccinazioni**

Sandra Gorini, USL 7 Siena - centro vaccinale Alta Val d'elsa

## **Descrizione del caso**

All'inizio dell'anno 2009 si è presentato presso il nostro centro vaccinale il padre di cinque bambini pakistani, accompagnato da un amico italiano poiché sapeva poche parole nella nostra lingua, per consegnare la documentazione vaccinale dei figli : A. nata nel 2007, H. nato nel 2004, H. nato nel 2001, M. nato nel 2009, U. nato nel 2006, giunti in Italia da pochi mesi.

È prassi del centro vaccinale richiedere il Certificato delle vaccinazioni eseguite in altri distretti o, in caso di bambini stranieri, nei paesi di origine. La documentazione prodotta dal padre era però scritta in Urdu, un Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse – Modulo 6

dialetto pakistano, e priva di sigle internazionali di riferimento. Nonostante l'aiuto dell'amico italiano è stato impossibile tradurre tale documento; si sono quindi avvalsi della collaborazione dei mediatori culturali dell'USL.

Nel frattempo sono passati vari mesi senza riuscire a ricostruire la storia vaccinale dei bambini e anche i mediatori culturali non sono riusciti a tradurre la documentazione.

Alla fine il padre è riuscito a far pervenire altra documentazione dal Pakistan, inviatagli da un suo parente, dove erano presenti le sigle internazionali di riferimento.

È stato quindi possibile ricostruire la storia vaccinale dei bambini e praticare le vaccinazioni che mancavano.

## **Discussione**

Da quanto sopra si deduce che le difficoltà principali sono state di tipo linguistico e hanno determinato, per i bambini, un disagio legato al ritardo nell'esecuzione delle vaccinazioni. Si propone quindi di dotarsi di schedule vaccinali dei paesi a maggiore pressione migratoria per poter dedurre, in base all'età del bambino, quali vaccini hanno potenzialmente effettuato, riducendo così i tempi di valutazione.

## **Tutela della salute o rispetto della privacy: a cosa è legittimo rinunciare?**

### **Descrizione del caso**

La paziente si rivolge all'accettazione di un Pronto Soccorso: donna di 36 anni di origine marocchina. Non parla italiano e con se ha un passaporto sul quale gli unici dati riportati in italiano sono: nome, cognome e località di provenienza (si evincono dal visto applicato in aeroporto). Il resto del documento è scritto in lingua e caratteri arabi. La paziente non è accompagnata, non parla alcuna lingua differente dall'arabo, non vi è possibilità di usufruire di un interprete e, dopo aver proposto alla paziente l'uso de "il dizionario della salute" dove le frasi per la raccolta dati e l'anamnesi sono tradotte in varie lingue, mi rendo conto che la paziente è analfabeta.

Si pone quindi il problema di registrare al triage la paziente, senza avere alcuna informazione. Lei indica la propria testa (cefalea?) ma i parametri vitali rilevati risultano tutti nella norma (PAO 125/70 mmHg, FC 68R, TC 36°C ed SpO<sub>2</sub> 98% AA); l'unica "alterazione" visibile è l'agitazione psicomotoria.

Orientandosi all'attribuzione di un codice giallo (scaturito da mancanza di informazioni e dal concetto di: meglio sovrastimare che sottostimare), si decide ancora di chiedere in sala d'attesa se c'è qualcuno che gentilmente possa fungere da interprete. Fortuna vuole che ci sia un vicino di casa della signora (anche lui marocchino) che mi aiuta nella raccolta dati.

Si prosegue nell'attribuzione del codice priorità giallo, poiché la raccolta dati indirizza a un sospetto di intossicazione da monossido di carbonio: la paziente ha cefalea e presenta agitazione definita insolita dal conoscente; inoltre, in giorni di freddo molto intenso (la temperatura all'esterno è di -10°C) la paziente utilizza una stufa per scaldarsi nei propri appartamenti.

I riscontri diagnostici comprovano una carbossiemoglobina molto elevata e la paziente viene sottoposta a trattamento iperbarico con piena ripresa dello stato di salute.

## Discussione

L'incomprensione descritta è stata causata sicuramente da problemi linguistici che, sommati ad un lieve grado di confusione mentale da parte della paziente conseguente al problema clinico, ha suscitato non poche difficoltà nella raccolta dati e nella corretta attribuzione di priorità alle cure.

Il "dizionario della salute", strumento valido per molti aspetti, in area critica può essere eccessivamente prolisso e poco funzionale. Utilizzare mediatori linguistici improvvisati può contribuire a risolvere i problemi di salute, a discapito però del diritto alla privacy.

## Conclusioni

La narrazione delle storie di "vita – esperienza – professione" (ogni storia scritta e riassunta è tutte queste cose) è, nel momento in cui la si ripensa e la si scrive, una occasione per rivivere i ricordi e le emozioni da essa generate e una opportunità per confrontarsi con se stessi, mettendo a confronto la propria identità personale con quella professionale. Ogni esperienza è una opportunità di apprendimento e ogni narrazione è una nuova opportunità per se stessi e per chi condivide nella lettura gli stessi disagi, gli stessi dubbi o le stesse risposte ai bisogni assistenziali, le stesse soddisfazioni.

Le narrazioni non sono da considerarsi pure parole a se stanti, ma esse costituiscono, meglio possono costituire, la base di ricerche scientifiche qualitative di tipo bibliografico o fenomenologico: la scienza infermieristica è, come già detto più volte una scienza umanistica, che ha un soggetto di studio (l'uomo), che ha una dinamica di relazione intrinseca e peculiare (lo stare accanto nella condizione di malattia, esperienza di fragilità, ecc.). La visione e l'approccio olistico alla persona da assistere trova nella narrazione dell'esperienza di malattia della persona assistita il suggerimento dei suoi bisogni veri, personali, unici. Ma anche la narrazione dell'esperienza assistenziale del professionista ha in se l'unicità della risposta di quell'infermiere, a quella persona, a quel bisogno, in quella situazione. Si perché l'infermieristica, l'assistenza infermieristica è una condizione situazionale: che è legata al concetto del "qui ed ora" e al concetto del "tu ed io e non tu e un altro". Le medesime persone, stesso paziente e stesso infermiere, in un contesto o in un momento diverso esprimerebbero bisogni diversi e risposte al bisogno differenti da quelle di altre persone in situazioni identiche. O anche lo stesso paziente nella stessa situazione esprimerebbe bisogni diversi a confronto con un professionista differente. La situazionalità dell'assistenza infermieristica risente ovviamente della cultura della persona assistita, della sua lingua, del suo credo, del suo essere straniero, della sua storia personale che influenza e determina la sua esperienza di malattia. Ma anche per il professionista la sua cultura, la sua provenienza, la sua storia determina anche la sua identità professionale e la modalità di espletamento della professione stessa. Nel raccontarsi, una persona assistita, esprime se stesso e il professionista nel raccontare una esperienza assistenziale in fondo fa lo stesso, perché in quell'episodio ha messo in gioco una parte di sé che nel racconto prova a far emergere, seppur tra le righe.

La relazione interculturale è straordinariamente messa in risalto in ciascuna delle storie sinteticamente narrate ed emergono sfumature che solo la narrazione, colma di emozioni e variegata sfaccettature, può far risaltare. Patrimonio prezioso di contenuti professionali e personali da cui lasciarsi coinvolgere e arricchire.

*"La Medicina Narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie della malattia: aiuta medici, infermieri,*

*operatori sociali e terapisti a migliorare l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessioni, rappresentazione e affiliazione con i pazienti e i colleghi" (Rita Charon, 2008).*

## Glossario

**Comunicazione paraverbale.** Tutte quelle modalità che vengono usate in concomitanza - prima, durante, dopo - un messaggio verbale orale. Possiamo distinguere il volume, il tono di voce, la velocità di parola, le pause, il silenzio e il riso ed altre espressioni sonore.

**Migranti.** Per l'essere umano, a differenza degli animali e dei fenomeni naturali, si parla di soggetto di migrazione, in quanto appunto soggetto di un personale e più o meno consapevole progetto migratorio, anche qualora tale progetto sia inserito in un movimento collettivo e magari provocato da cause esterne (pestilenze, guerre, carestie, disoccupazione). Le cause (fatte salve quelle più meramente biologiche come le carestie) sono sostanzialmente differenti da quelle animali, implicando in molti casi una ricerca di ordine più esistenziale e culturale più che semplicemente materiale. Anche nei casi che la sociologia suole spiegare in termini di fattori push, come può essere nel caso della ricerca di lavoro, le ricerche attente ai racconti di vita tendono a evidenziare che a spingere il singolo migrante alla migrazione sono in realtà cause di ordine più complesso e individuale: ricerca di una emancipazione dal contesto familiare, ricerca di libertà di espressione, di crescita culturale, curiosità intellettuale.

## Bibliografia

- Bourdieu P., Risposte. Per un'antropologia riflessiva, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Bruner J., La ricerca del significato, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Gadamer H. G., Verità e metodo, Bompiani, Milano 2000.
- Giglioli P. G., Rituale, interazione, vita quotidiana, CLUEB, Bologna 1990.
- Kilani M., L'invenzione dell'Altro, Dedalo, Bari 1997.
- Ricoeur P., Me stesso come un altro, Jacabook, Milano 1996.

## Questionario ECM

1) In un reparto ospedaliero la mediazione culturale è...

- a) programmata o urgente
- b) solo urgente
- c) solo programmata
- d) non è prevedibile

2) Chi è il mediatore culturale?

- a) un medico presente in Pronto Soccorso
- b) un traduttore
- c) un traduttore ed esperto delle diverse culture
- d) uno psicologo

3) L'incomprensione prelinguistica è:

- a) relativa alla difficoltà di comunicare le proprie sensazioni interiori
- b) quando non esiste una lingua comune di dialogo o quando la traduzione semantica di un termine ha accezioni diverse nelle due lingue
- c) quando al termine linguistico viene associato un linguaggio simbolico
- d) quando sussistono differenze culturali

4) L'incomprensione metalinguistica è:

- a) relativa alla difficoltà di comunicare le proprie sensazioni interiori
- b) quando non esiste una lingua comune di dialogo o quando la traduzione semantica di un termine ha accezioni diverse nelle due lingue
- c) quando al termine linguistico viene associato un linguaggio simbolico
- d) quando sussistono differenze culturali

5) L'incomprensione linguistica è:

- a) relativa alla difficoltà di comunicare le proprie sensazioni interiori
- b) quando non esiste una lingua comune di dialogo o quando la traduzione semantica di un termine ha accezioni diverse nelle due lingue
- c) quando al termine linguistico viene associato un linguaggio simbolico
- d) quando sussistono differenze culturali

6) La Sindrome di Salgari si verifica quando l'operatore sanitario:

- a) tende a ipotizzare quadri clinici strani
- b) non è in grado di riconoscere malattie poco comuni
- c) diagnostica correttamente una malattia tropicale
- d) nessuna delle risposte indicate

7) La sindrome di *General Hospital* si verifica quando:

- a) le aspettative di un paziente sono spropositate e si riferiscono a un modello teorico
- b) il paziente non ha aspettative di salute
- c) il paziente è disposto a comprendere l'organizzazione del sistema sanitario italiano
- d) nessuna delle risposte indicate

8) La fase del criticismo in una relazione tra operatore sanitario e paziente di diversa cultura:

- a) consente all'operatore di superare il pregiudizio e porre attenzione alla relazione
- b) consente al paziente di accettare i limiti della medicina e comprendere cosa realisticamente è possibile avere
- c) consente all'operatore di superare il pregiudizio, porre attenzione alla relazione e al paziente di accettare i limiti della medicina e comprendere cosa realisticamente è possibile avere
- d) nessuna delle risposte indicate

9) La medicina narrativa è:

- a) la versione "romanzata" della cartella clinica
- b) la narrazione di esperienze personali o professionali di vita o di malattia da cui attingere elementi fondamentali per l'assistenza e la ricerca
- c) la narrazione di ipotetici casi clinici
- d) tutte le risposte indicate

10) Attraverso la medicina narrativa è possibile:

- a) essere informati sugli errori fatti dai colleghi

- b) migliorare l'efficacia di cura attraverso la capacità d'attenzione e riflessione
- c) romanzare la vita dell'operatore sanitario
- d) tutte le risposte indicate

11) Comunicare il proprio stato di malattia e relazionarsi empaticamente aiuta inoltre il paziente a:

- a) prendere decisioni con più consapevolezza
- b) relazionarsi con gli altri
- c) esprimere stati d'animo e disagi
- d) tutte le risposte indicate

12) La fase dello scetticismo in una relazione tra operatore sanitario e paziente di diversa cultura:

- a) l'operatore sanitario pensa che il paziente non sia realmente malato, abbia solo intenzione di far perdere tempo
- b) il paziente è disposto a comprendere l'organizzazione del sistema sanitario italiano
- c) l'operatore supera il pregiudizio e pone attenzione alla relazione
- d) tutte le risposte indicate