

Nursing FORESIGHT

N. 1 2023

29.05.2023

NURSING FORESIGHT
Anno 33 - ISSN 1722-2214
In attesa di registrazione in tribunale

ISSN 1722-2214



Rivista quadrimestrale dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche
della provincia di Pavia

Multiculturalità e integrazione: un'occasione per l'infermieristica



*Per noi i guerrieri
non sono quello che voi intendete.
Il guerriero non è chi combatte,
perché nessuno ha il diritto
di prendersi la vita di un altro.
Il guerriero per noi è chi sacrifica sé stesso
per il bene degli altri.
È suo compito occuparsi degli anziani,
degli indifesi, di chi non può provvedere
a sé stesso e soprattutto dei bambini,
il futuro dell'umanità.*

Toro Seduto

INDICE

SEZIONE 1: NOTIZIE DALL'OPI

- 5** *Michele Borri*
Editoriale
- 6** *Comitato di Redazione*
Bando di assegnazione contributo economico per i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight: premio Minerva 2023
- 7** *Irina Tudori, Carmelo Pistone, Isabel Santiz*
Il talento degli infermieri: scienza e arte in evoluzione!
- 10** *Emanuela Cattaneo*
13 maggio: Prenditi cura di me!
- 12** *Gianluca Conte*
29 maggio 2023. Focus su opportunità e trend nell'infermieristica in oncologia. Ricerca, formazione, mondo del lavoro ed esercizio professionale per trasformare la pratica infermieristica

SEZIONE 2: SPECIAL GUEST

- 16** *Alessandro Stievano*
L'infermieristica transculturale: una nicchia di cui si sa molto poco
- 19** *Ruggero Rizzini*
Ruggero, AINS e il Guatemala: il cuore dell'infermieristica all'opera
- 21** *Paola Arcadi, Mariachiara Figura*
La promozione della salute in un territorio multiculturale

SEZIONE 3: ESPERIENZE SUL CAMPO

- 24** *Simona Devecchi, Laura Sfameli, Katarina Sujanska*
Il cuore parla una sola lingua: le sfide della multiculturalità in cardiocirurgia pediatrica
- 27** *Ruggero Rizzini*
L'esperienza di Lesly Elizabeth Flores Velásquez, infermiera Guatemalteca
- 29** *Luca Fiocca*
Momo, una storia lunga ancora tutta da scrivere

Editore:

Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) della Provincia di Pavia

REDAZIONE:**Direttore Responsabile:**

Dellafiore Federica

Direttore Editoriale:

Lorenzoni Monica

Segreteria di Redazione:

Conte Gianluca, Russo Sara, Vangone Ida

Comitato di Redazione:

Baldini Paolo, Borri Michele, Casole Lorenzo, Giacom Chiara, Guardamagna Luca, Lampugnani Ilaria, Maggione Susanna, Monti Gaia, Orru Eleonora, Pedrazzoli Elisa, Rotondo Donato, Tudori Elena Irina

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Via Flarer 10 - 27100 Pavia (PV)
Tel. 0382/525609

INDICE

- Barbara Grijuela*
31 La salute delle mamme e dei bambini migranti: l'esperienza del centro di salute e ascolto dell'ospedale San Paolo di Milano
- Giusi Sciortino*
34 Famiglie ucraine al San Matteo tra migrazione sanitaria e fuga dalla guerra
- Sabrina Piva e colleghe*
36 Un'esperienza di intercultura: le scuole in ospedale
- Elisa Bono, Elena Zaninetta, Angela Correddu*
38 L'ambulatorio Stranieri: un'idea nata davanti ad una pizza
- Simona Albani*
40 In missione con Emergency: l'infermieristica senza confini
- Simone Cosmai*
44 Benessere nell'assistenza infermieristica
- Claudio Mele*
47 Le missioni umanitarie: le esperienze più belle della mia vita
- C. C.*
50 Minacce, aggressioni e lesioni al personale sanitario in pronto soccorso: un fenomeno sempre più reale e preoccupante
- Giusy Oliveto*
52 Cure primarie e sanità territoriale efficace ed efficiente? Si può! L'esperienza durante il tirocinio formativo in Spagna durante il master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità

SEZIONE 4: CONTRIBUTI SCIENTIFICI

- Ettore Palma, Sergio Ferrante, Matteo Simonelli*
54 Gestione infermieristica della tossicità renale da Methotrexate: un caso clinico
- Maria Vittoria Miano*
60 Diventare madri nella migrazione: proposte assistenziali di affiancamento all'evento nascita nel rispetto della diversità culturale

SEZIONE 5: NON SOLO NURSING

- 66** *Le vignette di Stefano Tartarotti*
- 67** *Le perle di Baldini*
- 68** *Worth of Reading*
- 70** *Norme editoriali*

Hanno collaborato a questo numero:

Irina Tudori, Carmelo Pistone, Isabel Santtiz, Emanuela Cattaneo, Gianluca Conte, Alessandro Stievano, Ruggero Rizzini, Paola Arcadi, Mariachiara Figura, Simona Devecchi, Laura Sfameli, Katarina Sujanska, Luca Fiocca, Barbara Grijuela, Giusi Sciortino, Sabrina Piva, Elisa Bono, Elena Zaninetta, Angela Correddu, Simona Albani, Simone Cosmai, Claudio Mele, Claudia Canini, Ettore Palma, Sergio Ferrante, Matteo Simonelli, Maria Vittoria Miano, Stefano Tartarotti, Paolo Baldini

I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie, anche se non pubblicati, non saranno restituiti.

In attesa di registrazione in Tribunale

EDITORIALE

"There is a great new work before us, which is to replace with true knowledge the ignorance that has destroyed human minds. We will construct unity in a world [which] has been brutally torn apart by false divisions of race, religion, gender, nationality, and age. We will heal with unconditional love those souls whose hearts have been disfigured by hatred and loneliness."
Aberjhani, *Songs from the Black Skylark* zPed Music Player

Per poter affrontare il tema scelto dal Comitato di Redazione per questo numero di "Nursing Foresight", dobbiamo in premessa necessariamente riflettere su alcuni dati: il "Report Migrazioni 2021" pubblicato dall'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) nel Febbraio del 2023, evidenzia un aumento del tasso di immigrazione – cioè di individui provenienti da altri Stati, provenienti sul territorio Italiano in forma stabile – del 28.6% rispetto all'anno precedente, con in particolare un aumento del 40% rispetto alle immigrazioni dei cittadini stranieri provenienti dall'Africa e dall'Asia. Un trend questo che non sembra destinato a diminuire nei prossimi anni, anche in considerazione della persistente situazione di disagio economico e sociale, nonché della difficile situazione civile, che caratterizza i paesi dell'Africa e dell'Est Europeo.

Ora, quando si accolgono individui provenienti da un territorio diverso dal proprio, e appartenenti ad una cultura estranea e per alcuni aspetti persino antitetica a quella dominante, la risposta che una popolazione adulta e matura può mettere in atto è una sola: apertura, a cui nel medio periodo può derivare certamente un processo di arricchimento culturale e personale grazie al confronto di culture diverse. Tuttavia, per realizzare una vera e propria accoglienza è necessario prepararsi, sia personalmente che professionalmente, indipendentemente dalla professione che si svolge: nel caso dell'Infermieristica, la questione assume ancora più rilevanza. Nella fragilità che permea qualunque condizione di necessità e bisogno, ed una malattia è principalmente contraddistinta da questi elementi, il rifugio personale per trovare la forza di affrontare il proprio percorso di malattia è spesso nelle convinzioni, nella fede e nelle credenze derivate dall'impianto culturale nel quale si è cresciuti.

Nella pratica clinica, quando siamo chiamati a prenderci cura di individui che sono nati ed hanno fatto proprie credenze culturali molto differenti da quelle che conosciamo, spesso ci troviamo disorientati: assistiamo persone che hanno una lingua, una cultura, uno stile di vita completamente diverso da quelli che riconosciamo come nostri. La nostra risposta è generalmente quella di limitarci al contatto essenziale, nella consapevolezza dei nostri limiti: tuttavia, non può essere questo un atteggiamento che può in nessun modo soddisfare la pienezza dell'atto di cura necessario. A darci una prima indicazione di massima è il "Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche" del 2019: "(qualunque atto assistenziale va compiuto) nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate". Per poter agire con le modalità "culturalmente appropriate*" cui il Codice fa riferimento, è necessario in primis riconoscere l'importanza dello studio dei valori, delle esigenze della persona e delle credenze culturali proprie della sua identità personale: solo allora sarà possibile offrire una cura, intesa come presa in carico della persona nella sua complessità e unicità, coerente con le necessità.

Per poter essere pronti ad affrontare questa sfida, che deve essere considerata di pari importanza rispetto alla necessità di aggiornamento in termini disciplinari scientifici, il percorso è uno solo: quello dell'aggiornamento professionale. Recentemente, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha promosso tramite il proprio portale FADINMED un nuovo evento formativo, dedicato al tema, dal titolo "ECA, etnie, culture e assistenza", accreditato per 12 Crediti E.C.M. e consultabile all'indirizzo <https://www.fadinmed.it/>. Nel nostro piccolo, quale OPI Provinciale, abbiamo cercato di focalizzare l'attenzione sull'argomento dedicando questo numero della Rivista al tema in oggetto: per dare ancora maggior forza all'approccio scelto, ho scelto di coinvolgere il collega Ruggero Rizzini, da molti anni attivo nell'ambito dell'Infermieristica Transculturale, per la stesura di questo editoriale. Il suo contributo, grazie alla sua esperienza ed alla capacità di leggere contesti così differenti a quelli a cui siamo abituati, è stato fondamentale, e per questo lo ringrazio di cuore. L'auspicio è, come sempre, di camminare verso il futuro di una professionalità sempre più matura, che sia naturalmente portata verso l'approfondimento culturale sia nell'ambito della propria unicità disciplinare scientifica, sia in quello, certamente più complesso, della piena comprensione dell'essere umano.

Il Presidente
Michele Borri

EDITORIALE

A cura del Comitato di Redazione

Cari colleghi,

Come anticipato nell'editoriale nostro del numero di dicembre 2022 della rivista Nursing Foresight, in questo primo numero dell'anno 2023 abbiamo voluto sviluppare l'argomento della multiculturalità ed il nursing transculturale, con il titolo **"Multiculturalità e integrazione: un'occasione per l'infermieristica"**. La scelta del mettere la lente su questa tematica così importante per l'infermieristica attuale è nata sia dalla consapevolezza che il processo di cura erogato a persone di etnie, nazionalità e cultura diversa dalla nostra è una della sfida più importanti che caratterizza la nostra quotidianità lavorativa, che dal desiderio di scoprire esperienze di colleghi che dall'accogliere questa sfida, ne hanno fatto nascere del bene per la comunità. *"Il guerriero non è chi combatte. Il guerriero per noi è chi sacrifica sé stesso per il bene degli altri"*. E fra di noi, spesso nascosti e spesso non riconosciuti dal potere e dalla società, fra la nostra comunità infermieristica, ci sono molti guerrieri. Che si occupano degli anziani, degli indifesi, di chi non può provvedere a sé stesso e soprattutto dei bambini, il futuro dell'umanità. A questi guerrieri, diciamo grazie. Sia per quello che hanno fatto fino ad ora e per tutto ciò che continuamente fanno nonostante gli ostacoli e le difficoltà, ma soprattutto perchè per noi sono un faro di speranza, a cui guardare, da cui prendere esempio, e da cui ripartire quando le forze, le motivazioni vengono a meno, sopraffatte dalle fatiche.

Inoltre, con molto piacere, vi presentiamo la novità del **"PREMIO MINERVA 2023"**, di cui riportiamo il bando nelle pagine successive, che, con l'obiettivo di avvicinare gli infermieri alla ricerca, propone **due borse di studio di 500 euro cadauna**, da erogare alle due migliori pubblicazioni scientifiche accettate e pubblicate sui volumi della rivista Nursing Foresight del 2023. Il termine ultimo entro cui inviare i vostri contributi è il **13 novembre 2023**. Cosa aspettate? Se necessitate di ulteriori informazioni, non esitate a contattarci.

Continuano gli incontri mensili del gruppo di lavoro del comitato di redazione, in presenza presso la sede dell'OPI (via Flarer, 10. Pavia), indicativamente l'ultimo mercoledì di ogni mese, alle ore 17:00.

Le prossime date programmate sono:

- Mercoledì 28 Giugno
- Mercoledì 6 Settembre
- Mercoledì 27 settembre
- Mercoledì 26 ottobre

Rinnoviamo a tutti gli iscritti l'invito a partecipare agli incontri e a contribuire attivamente alla creazione del prossimo numero di questo progetto editoriale, che sarà dedicati all'argomento **"la digitalizzazione al servizio dell'infermieristica"**. L'attuale Redazione auspica la partecipazione di altri colleghi per arricchire la rivista e a tal riguardo, eventuali vostri contributi in tal senso, o esperienze dirette, o articoli scientifici saranno ben graditi.

Ricordiamo il nuovo sito internet dedicato alla rivista, che si può visualizzare al seguente link <https://www.nursingforesight.it/> e ringraziamo tutti i colleghi che hanno collaborato attivamente con noi per la creazione di questo numero della rivista.

Federica, Gianluca, Ida, Monica, e Sara

Bando di assegnazione contributo economico per i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight: premio Minerva 2023

(approvato con Delibera N. 137 del 13/04/2023)

DATA DI PUBBLICAZIONE DEL BANDO: 14/04/2023

DATA DI SCADENZA DEL BANDO: 13 novembre 2023

CONTENUTI:

1) Bando di assegnazione contributo economico per i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight: premio Minerva 2023

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia intende destinare, con Delibera n. 137 del 13/04/2023, n. 2 contributi economici di € 500,00 (per un totale di € 1000,00 per le 2 premialità) finalizzati a premiare i migliori articoli scientifici pubblicati sulla rivista Nursing Foresight.

Il pagamento verrà effettuato direttamente da OPI Pavia in favore dell'autore corrispondente (corresponding author) degli articoli selezionati.

1. Ambito

L'iniziativa del Premio Minerva nasce in seno all'*Ufficio Sviluppo Ricerca Infermieristica e Rapporti con l'Università* di OPI Pavia, che ha il mandato di promuovere una pratica basata su solide evidenze scientifiche, avvicinando gli infermieri alla ricerca e al mondo universitario per costruire preziose sinergie e produrre alte eccellenze.

Partner naturale dell'iniziativa è la rivista *Nursing Foresight*, nuovo organo di stampa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pavia. *Nursing Foresight* raccoglie l'eredità di "Infermiere a Pavia", custodendone il bagaglio culturale e professionale che ha accompagnato la comunità infermieristica pavese dal 1989 ad oggi. *Nursing Foresight* si pone nel panorama locale e nazionale con l'obiettivo di diventare un riferimento della comunità professionale, pubblicando i contributi che incontrano l'interesse del Comitato di Redazione e che trattano argomenti di interesse per l'infermieristica nelle diverse componenti professionali, disciplinari, metodologiche o formative. La pubblicazione dei lavori è gratuita.

Finanziare con una premialità economica autori che decidano di pubblicare le proprie ricerche su *Nursing Foresight* rappresenta un asset strategico per il territorio pavese, un messaggio chiaro a tutti gli iscritti che OPI Pavia ha desiderio di investire su chi desidera fare e fruire di ricerca di alto livello. Il respiro dell'iniziativa vuole essere di carattere nazionale, potranno infatti concorrere al premio tutti i contributi scientifici accettati per la pubblicazione sulla rivista nell'anno 2023, senza porre limiti circa l'OPI di appartenenza degli autori.

Il fine ultimo è elevare la scientificità della rivista, ottenendo al contempo rilevanza e magnitudine su scala nazionale facendo conoscere il Premio Minerva. Per gli iscritti di OPI Pavia il ritorno preventivato è la costruzione di una rivista di alto impatto e di utilità al fine dell'aggiornamento professionale.

2. Requisiti generali di ammissione e termini del premio Minerva

I potenziali candidati al contributo economico oggetto del presente bando non dovranno produrre documentazione accessoria o presentare esplicita domanda di partecipazione. L'iter di accesso è volutamente semplificato, al fine di raggiungere il maggior numero di professionisti e si sovrappone a quello in uso per la pubblicazione su *Nursing Foresight*.

Gli autori dovranno:

- Sottomettere uno o più lavori scientifici alla redazione di Nursing Foresight seguendo le linee editoriali e le indicazioni presenti sul sito: <https://www.nursingforesight.it/norme-editoriali.html>

Successivamente:

- Tutti i lavori scientifici inviati nell'anno 2023 e che abbiano ottenuto comunicazione di accettazione alla pubblicazione da parte della Redazione **entro il giorno 13 novembre 2023 alle ore 24:00** potranno automaticamente concorrere al presente bando. Come riportato al punto n.1 del presente bando gli autori potranno essere iscritti ad un qualsiasi Ordine Provinciale italiano. Tutti gli autori iscritti a un qualsiasi OPI Provinciale dovranno poter dimostrare in un qualsiasi momento la regolare iscrizione in regola per l'annualità in corso.

OPI Pavia valuterà, ai fini del presente bando, esclusivamente pubblicazioni a carattere scientifico originale, inerenti alla disciplina infermieristica e i cui autori principali (primo, ultimo e autore corrispondente) siano effettivamente infermieri o infermieri pediatrici.

4. Commissione esaminatrice

Le pubblicazioni con le caratteristiche elencate al punto n. 3 del presente bando (già tutte di alto spessore in quanto già accettate per pubblicazione su Nursing Foresight seguendo il regolare iter di peer review) verranno valutate da una commissione composta dal Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Pavia, dal Responsabile dell'*Ufficio Sviluppo Ricerca Infermieristica e Rapporti con l'Università*, dal Direttore Responsabile di Nursing Foresight e dal Direttore Editoriale di Nursing Foresight. I nominativi verranno proposti dunque al consiglio direttivo di OPI Pavia per la formalizzazione e la nomina dei vincitori.

La graduatoria di merito verrà pubblicata sui canali ufficiali di OPI Pavia **entro il giorno 21 novembre alle ore 24:00**.

La valutazione delle pubblicazioni sarà effettuata dalla Commissione esaminatrice che riceverà i manoscritti ed attribuirà un punteggio sulla base dei seguenti criteri:

- Pertinenza e rilevanza del lavoro rispetto allo specifico professionale (max 5 punti)
- Originalità del tema discusso (max 5 punti)
- Qualità della revisione bibliografica o del rationale teorico (max 5 punti)
- Rigore nella metodologia della ricerca (max 5 punti)
- Qualità dell'analisi dei dati (max 3 punti, ove applicabile)
- Implicazione per la pratica clinica e/o organizzativa (max 5 punti)
- Stile di citazione bibliografica (max 2 punti)

Gli autori dei due lavori scientifici migliori, in possesso dei criteri formali per la partecipazione e con il punteggio più alto otterranno il finanziamento.

Si specifica che qualora un autore avesse inviato più di un contributo scientifico a Nursing Foresight e sia collocato in una qualsiasi posizione di autore principale (primo, ultimo e autore corrispondente) in due o più di questi lavori, la commissione escluderà automaticamente dalla graduatoria il lavoro dal punteggio più basso. Con questa procedura si garantirà che i due premi di € 500,00 vengano assegnati ad autori diversi.

Ulteriori criteri per la valutazione, in caso di parità di punteggio:

- La presenza di uno o più autori in posizione prevalente (primo, ultimo, corrispondente) iscritto/i presso l'Ordine delle Professioni di Pavia

Specifiche circa la conclusione dell'iter e sullo scorrimento della graduatoria:

- La valutazione verrà effettuata dalla Commissione nominata che produrrà i verbali per la valutazione e fornirà i nomi al consiglio direttivo per la nomina dei vincitori. In tempo utile verranno resi noti i risultati della valutazione all'autore corrispondente che, in accordo con il resto dei coautori, deciderà se accettare il contributo economico. Gli autori che non dovessero rispondere alla comunicazione di vincita del premio entro 3 giorni lavorativi risulteranno automaticamente come rinunciatari e in tal caso avverrà lo scorrimento della graduatoria.

- A seguire alla comunicazione dei risultati e in caso di rinuncia esplicita del team di autori vincitore di uno e entrambi i contributi economici, la borsa verrà rimessa a disposizione secondo la graduatoria di merito.
- L'autore corrispondente dei lavori risultati vincitori e che accettassero il premio Minerva oggetto del presente bando dovrà autocertificare la regolare iscrizione degli autori iscritti a un qualsiasi OPI Provinciale italiano; gli autori dovranno essere altresì in regola con il pagamento della quota di iscrizione con il proprio Ordine di appartenenza per l'anno corrente.
- L'autore corrispondente sarà l'unico canale ufficiale di comunicazione fra il team di autori e OPI Pavia.
- Nel caso in cui nessun articolo scientifico con le caratteristiche sopraelencate dovesse pervenire all'attenzione della rivista Nursing Foresight nell'anno 2023 i contributi economici non verranno assegnati.

5. Finanziamento della borsa

Complessivamente verranno assegnati ai due team di autori vincitori del premio Minerva € 500,00 (due premialità ai due migliori articoli pervenuti per un totale di € 1000,00).

L'accettazione della somma implicherà l'impegno per i beneficiari ad essere presenti ad una eventuale cerimonia di premiazione, il consenso alla pubblicazione dei dati del team di autori sul sito OPI Pavia, nonché il consenso alla pubblicazione di materiali e immagini sui social istituzionali e sulla rivista Nursing Foresight.

OPI Pavia non pone alcuna indicazione circa come gli autori decideranno di ripartire la premialità eventualmente conseguita, la premialità verrà attribuita a mezzo di bonifico bancario alle coordinate segnalate dall'autore corrispondente in un'unica soluzione ed entro la fine di Dicembre 2023. Come di consueto nella letteratura scientifica l'autore corrispondente sarà l'unico canale ufficiale di comunicazione fra il team di autori e OPI Pavia. Pertanto, ci si rimette all'autore corrispondente per un fair use della premialità dopo che questa sia stata ricevuta. Agli autori la scelta di attuare una spartizione Era gli autori principali, uno o tutti gli autori, o per reinvestire il premio in iniziative di cui beneficino tutti gli autori.

6. Pubblicazione del Bando

Il presente bando è disponibile online sul sito www.opipavia.it e nella pagina Facebook Istituzionale "Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Pavia", nonché sul sito di Nursing Foresight: <https://www.nursingforesight.it/>

7. Trattamento dei dati personali

- Con riferimento alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed in ottemperanza a quanto previsto dal "Regolamento Generale sulla protezione dei dati - Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016, si informa che i dati personali forniti dai candidati sono registrati e trattati esclusivamente dal RDP dell' Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia per le finalità di gestione delle attività inerenti il concorso.
- Si precisa che è obbligatorio comunicare i dati richiesti per la partecipazione al concorso, pena l'esclusione dalla selezione.
- I candidati godono dei diritti di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo, tra i quali il diritto di accesso ai dati che li riguardano, nonché, alcuni diritti complementari tra cui il diritto di rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché, il diritto di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento.

8. Disposizioni finali

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria dell'Ordine all'indirizzo info@opipavia.it

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia si riserva ogni facoltà in merito alla proroga, sospensione, nonché alla revoca o all'annullamento del presente bando.

Il Presidente
Michele Borri

Il talento degli infermieri: scienza e arte in evoluzione!

12 maggio: Nuove frontiere nella cura del Diabete Mellito di Tipo I – Transitional Clinic Care

Tudori Irina, infermiera pediatrica IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

Carmelo Pistone, pediatra, endocrinologo, diabetologo pediatria degenti IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

Isabel Santtiz, Infermiera pediatria degenti IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia



Quest'anno, per celebrare la Giornata Internazionale dell'Infermiere, la FNOPI ha proposto il titolo: << Il talento degli infermieri: scienza e arte in evoluzione! >>. In linea con questa tematica, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pavia ha organizzato un doppio evento, al fine di dar voce e visibilità al talento della nostra Professione, in ambito sia scientifico sia creativo.

Nella giornata del 12 maggio, grazie alla collaborazione tra i gruppi di lavoro "formazione" (guidato da Maria Paola Sirtori), il gruppo di lavoro "12 maggio", e il Presidente Michele Borri, è stato realizzato un convegno con protagonisti gli Infermieri dedicato all'assistenza del paziente affetto da Diabete Mellito di Tipo I dal titolo: "Nuove frontiere nella cura del Diabete Mellito di Tipo I – Transitional Clinic Care". Il filo conduttore dell'intero evento è stato il forte bisogno di "consapevolezza" della malattia, intesa in senso allargato, come informazione, sensibilizzazione, conoscenza e competenza.

Negli ultimi anni si è osservato alla messa in atto di politiche sanitarie, soprattutto a livello regionale, che hanno valorizzato l'erogazione di cure a livello ospedaliero, trascurando la rete assistenziale territoriale, portando così alla luce la necessità impellente di servizi di sostegno e tutela domiciliare, e di continuità di cura, di bambini e adulti affetti da patologie croniche, tra cui appunto, il Diabete Mellito. Pertanto, una pronta risposta a tali bisogni di salute è l'istituzione di percorsi di formazione e perfezionamento continui dei professionisti della salute, che, in seguito a momenti di riflessione e di cultura della salute,

oltre che di approfondimento di nozioni cliniche, assistenziali e scientifiche all'avanguardia, conduca all'acquisizione della consapevolezza della malattia e della sua gestione terapeutica.

Quello del 12 maggio è stato un evento di alto livello professionale, un aggiornamento sulle nuove frontiere nella cura del Diabete Mellito di Tipo I, svoltosi in un ambiente di accoglienza, collaborazione, amicizia e interscambio di professionalità. Grazie agli strumenti e alle conoscenze acquisite puntiamo a un livello assistenziale più alto per il Diabete Mellito di Tipo I, fondato su *team* multidisciplinari e multicentrici che siano formati e preparati, che possano fornire un'assistenza all'avanguardia e che siano in grado di sensibilizzare, ognuno con le proprie risorse e singolarità, le persone e le Istituzioni, al fine di garantire non solo una cura adeguata ma anche una migliore qualità



12 MAGGIO 2023

09:00 – 18:00

SALA CONFERENZE BROLETTO
PAVIA, Via Paratici, 21 - (vicino a Piazza Vittoria)

NUOVE FRONTIERE NELLA CURA DEL DIABETE MELLITO TIPO I TRANSITIONAL CLINIC CARE

Descrizione del ruolo infermieristico in risposta ai bisogni assistenziali del paziente con Diabete Mellito di tipo 1 e dei suoi caregivers, in ambito ospedaliero (esordio di malattia, complicanze acute), in ambito territoriale (assistenza domiciliare, educazione e assistenza nell'ambiente scolastico e nei contesti sportivi) e durante le diverse fasi di crescita (età pre-scolare, età scolare, adolescenza, transizione all'età adulta).

Descrizione e addestramento all'utilizzo delle nuove tecnologie per la terapia del Diabete Mellito di tipo 1, finalizzate al miglioramento dell'outcome e della qualità di vita dei pazienti e dei loro caregivers.



**PROVIDER ECM
OPI PAVIA**

Segreteria organizzativa:
Tel. 0382 625809
formazione@opipavia.it
<https://opipavia.salavirtuale.com>

**PARTECIPAZIONE GRATUITA
APERTO A TUTTE LE PROFESSIONI
SANITARIE
CREDITI ECM 8**



di vita ai pazienti affetti da questa patologia. Il convegno è stato accolto con entusiasmo da tutti i partecipanti, che ne hanno apprezzato, in particolare la chiarezza espositiva e la ricchezza e l'eterogeneità dei contenuti trattati da diversi punti di vista (il Medico, l'Infermiere, il paziente adulto, il paziente bambino e adolescente, la famiglia, il Territorio, la Scuola, le associazioni sportive).

Ringraziamo i Direttori Scientifici Carmelo Pistone (Medico Pediatra) e Irina Tudori (Infermiera) e il gruppo dei Relatori: i Medici Ilaria Brambilla (Pediatra), Carmen Guarracino (Pediatra) ed Elisabetta Lovati (Diabetologa), gli Infermieri Agnese Durante, Marinella Marson, Isabel Santiz, Silvia Serangeli, Alessandro Surano e la Dietista Elisabetta Montagna. Un ringraziamento particolare, per il sostegno e l'accoglienza, va ai Professori Gian Luigi Marsiglia (Direttore della Clinica Pediatrica dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e della Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università degli Studi di Pavia) e Amelia Licari (Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università degli Studi di Pavia), alla Dottoressa Lorella Cecconami, Direttrice di ATS Pavia, e a Elisabetta Debiaggi, Presidente di AGD (Associazione Giovani con Diabete) Pavia, che da tanti anni è vicina alle famiglie e ai pazienti nella gestione educativa e psicologica della malattia, collaborando senza sosta con tutte le figure sanitarie.

Elena Capellaro infermiera Pronto Soccorso Pediatria IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, partecipante al corso scrive: "Una giornata dedicata all'assistenza al paziente in età pediatrica con IDDM di tipo I, una condizione la cui

gestione è molto impegnativa sia in regime ospedaliero che domiciliare. Il contributo dei vari relatori ha messo in evidenza in modo a mio avviso completo ed esauriente tutti gli aspetti di una condizione che incide tantissimo nella vita di questi pazienti. Nei trent'anni passati come infermiere in pediatria ho visto il mondo di questi bambini e adolescenti cambiare completamente, nonostante ancora si debba richiedere loro grandi sacrifici non compensati dalla guarigione. Il corso ha chiaramente messo in rilievo il contributo determinante del team multidisciplinare che gravita attorno a questi pazienti, i quali hanno la necessità di avvalersi di più professionisti in grado di rispondere a tutte le criticità emergenti da una condizione complessa che va ad incidere molti aspetti della vita quotidiana. Il ruolo dell'infermiere è molto rilevante sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero. L'educazione sanitaria continua è fondamentale per consegnare l'autonomia di gestione di questa condizione il cui esordio acuto vede la sua continuità in una situazione di cronicità con le conseguenze tipiche che questo comporta. L'infermiere è il professionista che è più vicino al paziente in ordine di tempo e risulta la figura che può svolgere un fondamentale ruolo di mediazione e supporto, la cui formazione deve mantenersi costantemente aggiornata in un mondo in rapida evoluzione scientifica e tecnologica. Non meno importante il contributo derivato dall'evoluzione tecnologica che ha ridotto l'impegno nella gestione del controllo metabolico e della somministrazione della terapia insulinica."



13 maggio: Prenditi cura di me!

Emanuela Cattaneo

OPI PAVIA

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

PRENDITI CURA DI ME...

PAVIA
IL 13 MAGGIO
DALLE ORE 15 ALLE ORE 18

GLI INFERMIERI PAVESI
INVITANO LA CITTADINANZA
IN CUPOLA ARNABOLDI A PAVIA:
spettacoli di danza, musica,
recitazione, mostra di disegni
e dimostrazioni di manovre
primo soccorso

Grazie alla collaborazione con:
Academy Pavia
Chill'em all
Clown dottori Pavia
Istituto comprensivo "Milanesi" San Martino Siccomario PV
- classe II e IV e le loro maestre
Comune di Pavia
Protezione civile di Garlasco
Si ringraziano gli attori: Isabel Santizz e Matteo Franzese

Disegno di Aurora (classe II)

ACADEMY PAVIA
CHILL'EM ALL
CLOWN DOTTORI
OPI GARLASCO
Istituto Comprensivo
San Martino Siccomario

Puoi seguire l'evento anche online
sulla pagina facebook di OPI Pavia
nella sezione Eventi

Quello che OPI Pavia ha scelto di adottare nel festeggiare la Giornata Internazionale dell'Infermiere 2023, ricordando l'anniversario della nascita di Florence Nightingale, è uno slogan che cerca di sintetizzare in poche parole una delle esigenze più attuali della nostra realtà: la scarsa attrattività della professione, la grave carenza di personale sul territorio – in particolare quello Pavese e Lombardo – e la scarsa attenzione dedicata alla questione infermieristica sono elementi che non possono più essere ignorati, pena il crollo del Sistema Salute nella sua interezza.

A tal riguardo, infatti, Il 13 maggio, presso la Cupola Arnaboldi di Pavia, gli Infermieri hanno avuto l'opportunità di celebrare, insieme ai cittadini, la Giornata Internazionale dell'Infermiere grazie all'evento << Prenditi cura di me >>. Nel corso della giornata, abbiamo condiviso scienza e informazione utilizzando l'arte come mezzo di comunicazione: con spettacoli di musica, recitazione, danza e

disegno, adulti e bambini sono stati coinvolti nel mondo della nostra Professione. Lo slogan di quest'anno "prenditi cura di me", fortemente voluto dal gruppo di lavoro "12 maggio" è una frase di forte impatto ed una richiesta al fine che Stato, Aziende Sanitarie, Istituzioni e non ultima la cittadinanza stessa si prendano cura degli infermieri. Attraverso i racconti dei nostri vissuti nel curare e il nostro bisogno di essere curati, perché senza infermieri non c'è futuro.

Per questo motivo l'Ordine Professionale sollecita le parti in causa a prendersi cura, ognuna per il proprio ruolo e per le proprie funzioni, del personale Infermieristico: chiede, in particolare:

- al Governo di dedicare maggiori risorse per la valorizzazione economica della professione, maggiore attenzione legislativa per la liberalizzazione in toto dell'attività professionale e destinare fondi specifici per la creazione di borse di studio per l'incentivazione alla formazione professionale;



29 maggio 2023

Focus su opportunità e trend nell'infermieristica in oncologia Ricerca, formazione, mondo del lavoro ed esercizio professionale per trasformare la pratica infermieristica

Gianluca Conte, Consigliere OPI PV




Focus su opportunità e trend nell'infermieristica in oncologia
Ricerca, formazione, mondo del lavoro ed esercizio professionale per trasformare la pratica infermieristica

Focus to the cutting-edge opportunities and trends for the cancer care
Research, Education, Workforce and Regulation to Transforming Nursing Practice

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO
PAVIA, 29 maggio 2023

Il congresso è progettato dall'Associazione italiana di infermieristica oncologica (AIIAO) e dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pavia in collaborazione con l'Università degli Studi di Pavia (UNIPV), la Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo e la Fondazione Insieme per Vita agli Anni. Questo corso mira a fornire agli infermieri le conoscenze e le competenze necessarie per soddisfare le esigenze sanitarie e assistenziali in rapida evoluzione del panorama dell'assistenza in oncologia e stimolare quindi i dibattiti sulle attuali sfide che sono multiformi e interconnesse. I discenti apprenderanno gli ultimi progressi nei dibattiti internazionali sulla professione infermieristica ospitando ospiti di rilievo riconosciuti a li-



DESCRIZIONE

Il congresso è progettato dall'Associazione italiana di infermieristica oncologica (AIIAO) e dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pavia in collaborazione con l'Università degli Studi di Pavia (UNIPV), la Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo e la Fondazione Insieme per Vita agli Anni. Questo corso mira a fornire agli infermieri le conoscenze e le competenze necessarie per soddisfare le esigenze sanitarie e assistenziali in rapida evoluzione del panorama dell'assistenza in oncologia e stimolare quindi i dibattiti sulle attuali sfide che sono multiformi e interconnesse.

I discenti apprenderanno gli ultimi progressi nei dibattiti internazionali sulla professione infermieristica ospitando ospiti di rilievo riconosciuti a livello mondiale. Il congresso mira inoltre a mantenere alta l'attenzione su un ambito assistenziale di rilievo attraverso un workshop dedicato alle infezioni correlate all'assistenza in oncologia.

Questo congresso intende attivare il pensiero critico nei delegati presenti con le conoscenze e le competenze necessarie per avere successo nel decifrare la complessità dell'interconnessione tra aspetti "macro" di salute globale e aspetti clinico-assistenziali specifici, come le infezioni correlate all'assistenza. In tal senso, il congresso intende fornire una panoramica volta a stimolare la comprensione delle interconnessioni tra ricerca, formazione, mondo del lavoro ed esercizio professionale (temi globali) e problematiche cliniche dei contesti assistenziali.

DESCRIPTION

The course "Research, Education, Workforce, and Regulation to Transforming Nursing Practice: a focus on cutting-edge opportunities and trends for cancer care" is designed by the Italian Association of Cancer Nursing and the regulatory authority nursing profession in Pavia, in partnership with the University of Pavia, the "Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo" and the "Insieme per Vita agli Anni" Foundation. This course aims to provide nursing professionals with the knowledge and skills needed to meet the rapidly changing demands of the cancer care landscape and stimulate the debates on the current multi-faceted and interconnected challenges.

Nursing professionals will learn about the latest advancements in the international debates about the nursing profession by hosting globally-recognized keynote faculties. The course also aims at keeping a high focus on a specific technical example: healthcare-associated infections.

This congress intends to trigger critical thinking in the delegates providing knowledge and skills necessary to successfully understand the complexity of the interconnection between "macro" aspects of global health and specific clinical-care aspects, such as healthcare-associated infections. In this regard, the congress intends to provide an overview aimed at stimulating the understanding of the interconnections between research, training, the world of work and professional practice (global themes) and relevant clinical issues.

vello mondiale. Il congresso mira inoltre a mantenere alta l'attenzione su un ambito assistenziale di rilievo attraverso un workshop dedicato alle infezioni correlate all'assistenza in oncologia. Questo congresso intende attivare il pensiero critico nei delegati presenti con le conoscenze e le competenze necessarie per avere successo nel decifrare la complessità dell'interconnessione tra aspetti "macro" di salute globale e aspetti clinico-assistenziali specifici, come le infezioni correlate all'assistenza. In tal senso, il congresso intende fornire una panoramica volta a stimolare la comprensione delle interconnessioni tra ricerca, formazione, mondo del lavoro ed esercizio professionale (temi globali) e problematiche cliniche dei contesti assistenziali.



Strategie per unire i "mondi" dell'infermieristica in oncologia
Connecting the dots in the cancer nursing care

08.30 Registrazione dei partecipanti
Delegates registration

09.00 Cerimonia di apertura, saluti delle Autorità e presentazione dei lavori (AIIAO, OPI PV, UNIPV, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Fondazione Insieme per Vita agli Anni)
Opening ceremony and congress presentation

09.30 Tavola Rotonda: Ricerca, formazione, mondo del lavoro ed esercizio professionale per trasformare la pratica infermieristica: cosa conta davvero?
Round table: *Research, Education, Workforce, and Regulation to Transforming Nursing Practice: what really does it matter?*
Keynote speech:
Joyce Fitzpatrick, USA
Susan Gennaro, USA
Dyanne Affonso, USA
Franklin Shaffer, USA (da remoto)

13:00 Lunch & networking
Workshop – Focus tecnico: Complicanze infettive in oncologia, quali punti unire per migliorare presente e futuro?
Workshop - Technical focus: Infectious complications in oncology, which dots requires a connection to improve the present and the future?

14:30 *Epidemiologia e cause delle infezioni correlate all'assistenza in oncologia*
Epidemiology and causes of healthcare-related infections

15:00 *Il ruolo degli antimicrobici: stato dell'arte, evidence e gap*
The role of antimicrobials: state of the art and reflections

15:30 *Le CLABSI in oncologia: linee guida e spunti per il futuro*
The role of antimicrobials: state of the art and reflections

16:00 *OpenAI e Antimicrobial Stewardship: fantasia o realtà?*
OpenAI and Antimicrobial Stewardship: Fantasy or Reality

16:30 *Prevenzione e gestione della sepsi in ambito oncoematologico pediatrico*
Prevention and management of sepsis in pediatric oncohaematology unit

16:45 *Accessi vascolari: prevenzione e gestione della sepsi*
Vascular accesses: prevention and management of sepsis

17.00 *Discussione Q & A*

17:30 *Chiusura lavori – questionari ECM*
Closing remarks

SEDE DELL'EVENTO:
Aula Golgi
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
Viale Camillo Golgi, 19 - 27100 Pavia (PV)

KEYNOTE SPEECH






Dyanne Affonso (USA) Joyce Fitzpatrick (USA) Susan Gennaro (USA) Franklin Shaffer (USA)

MODALITÀ DI ISCRIZIONE
La partecipazione all'evento è gratuita e l'iscrizione deve essere effettuata tramite il sito della Segreteria Organizzativa: www.fimo.biz (sezione Eventi).
Verranno accettate le prime 200 richieste di partecipazione giunte alla Segreteria Organizzativa che provvederà ad inviare conferma dell'avvenuta iscrizione. Al termine del Congresso verrà inviato Attestato di Partecipazione alla casella e-mail indicata in fase di registrazione.

ACCREDITAMENTO ECM
I Crediti Formativi E.C.M. saranno certificati dal Provider Vincere il Dolore Onlus (n. 1291) secondo la nuova regolamentazione approvata dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua. L'iniziativa è rivolta a **Infermieri, Infermieri pediatrici, Medici chirurgici, Psicologi, Dietisti, Biologi e Tecnici sanitari di laboratorio biomedico**. La partecipazione all'intero evento e relativo superamento del quiz conferisce **5,6 (cinque,sei)** crediti ECM.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
F.I.M.O. Srl - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze
Tel. 055/6800389 - Fax 055/683355 - info@fimo.biz
Per informazioni è possibile contattare la segreteria all'indirizzo: segreteria@aiaao.it

Il congresso è organizzato in modo congiunto da:



L'infermieristica transculturale: una nicchia di cui si sa molto poco

Alessandro Stievano,

ricercatore al centro d'eccellenza di Roma, ricercatore all'università di Messina, presidente dell'associazione infermieristica transculturale e fellow dell'American Academy of Nursing.



Personalmente quello che mi ha portato ad avvicinarmi a tale tematica, spesso considerata di nicchia soprattutto nei primi anni 2000 quando il processo della globalizzazione era quasi ai suoi inizi in Italia, è il fatto che il nursing transculturale va non solo a vedere le persone dal punto di vista assistenziale che provengono da diverse culture che possono essere più o meno vicine al luogo d'origine, ma ha anche una prospettiva particolare sulle persone che nella società sono più vulnerabili come per esempio persone con problemi di salute mentale oppure coloro che hanno problemi di addiction quindi per quanto riguarda droghe, alcol, oppure persone che vivono ai margini della società come gli homeless o persone che stanno sempre ai margini, ma che vengono da altri paesi come rifugiati.

Il nursing transculturale va proprio a recuperare secondo me quello che è il "core" dell'assistenza infermieristica.

Occuparsi di infermieristica transculturale vuol dire rispondere ad un fenomeno moderno, vuol dire probabilmente dominare un fenomeno piuttosto che lasciarsi trasportare dalla corrente e poi nello specifico infermieristico sentendo queste parole mi pare di capire che non è solo una chiamata di responsabilità alla modernità ma all'infermieristica. Ma a questo punto, in questa cornice, come si diventa Presidente dell'Associazione Italiana di infermieristica transculturale, cos'ha

portato a fondare l'associazione, quando nasce e quali sono le sue caratteristiche?

C'era un gruppo di colleghi che era sensibile su varie tematiche soprattutto nella zona di Roma e quindi abbiamo deciso di fondare l'associazione ormai 15 anni orsono. C'è stato poi un certo ricambio generazionale e solamente un paio dei colleghi che hanno fondato l'associazione sono rimasti. Nel periodo covid abbiamo sofferto perché non abbiamo organizzato eventi per le note vicende, ora ci stiamo rimettendo in carreggiata, abbiamo già organizzato il prossimo anno un evento nazionale, adesso abbiamo alcuni eventi su basi locale sia a Roma che in altre regioni e facciamo dei seminari soprattutto nei corsi di laurea in infermieristica.

Da quello che posso apprendere da quello che pubblicate, che divulgate in occasione di eventi, l'AIT è una casa sia per chi si interessa di transculturalità ma forse anche per chi è di un'altra cultura, sono queste le due anime che raccogliete?

I membri sono persone sia che si interessano di tali tematiche; quindi, diciamo autoctoni italiani che hanno una sensibilità particolare per queste tematiche di svantaggio e di disuguaglianza, sia infermieri stranieri che lavorano in Italia su base sia temporanea che in maniera più stabile. Loro sono molto interessati all'associazione perché quando le condizioni lavorative delle volte non sono ottimali, non riuscendosi ad integrare bene sia dal punto di vista professionale che dal punto di vista personale è come se cercassero sempre una casa identitaria o qualcuno che ascolti le loro istanze.

Presidente, è nell'immaginario e nell'esperienza di tutti noi quel tipo di scenario in cui un assistito rifiorisce perché si interfaccia con un infermiere della stessa cultura, che parla la stessa lingua, non so se è un'immagine che guida anche un po' il vostro operato; l'infermiere appartenente ad una cultura diversa comunque dà un valore aggiunto in un'unità operativa o in un territorio. Cosa ne pensa di questa immagine che ho disegnato?

Sono pienamente d'accordo, è un valore aggiunto per gli assistiti che provengono dalle stesse aree geografiche, anche perché questi assistiti e anche gli infermieri nel nostro caso, sentono una vicinanza di appartenenza per aver vissuto alcune comunanze per quanto riguarda alcuni tratti culturali rispetto alle loro esperienze passate; facciamo l'esempio di un infermiere indiano che assiste dei pazienti indiani sicuramente hanno dei punti di contatto anche se magari questi punti di contatto non sono così vicini talvolta perché magari provengono da regioni dell'India diverse, però sempre alcuni tratti comuni li abbiamo quindi è una bella affinità come diceva lei.

Presidente, l'associazione italiana di infermieristica transculturale è iscritta al registro delle società scientifiche e fa per sua natura libero associazionismo. Essere una società scientifica, fare libero associazionismo in Italia che cos'è per lei e come trasmette questa visione ai suoi iscritti piuttosto che alle persone che fanno riferimento a questa specifica associazione?

Il libero associazionismo è un mandato fondamentale della persona umana inserita nel contesto sociale. Nel nostro caso cerchiamo di portare avanti la tematica, non è sempre facile perché il libero associazionismo professionale attualmente in Italia è in evoluzione rispetto ad alcune tematiche, il covid non ha sicuramente favorito l'associazionismo perché i momenti di convivialità che possono essere l'evento, il congresso, la conferenza sono fondamentali. Adesso l'associazionismo professionale infermieristico sta rifiorendo anche perché c'è una sorta di rimbalzo dallo stare tutti chiusi in casa, adesso c'è voglia di associazionismo!

Mi è capitato di intervistare anche altri esponenti, presidenti di altre società scientifiche italiane e mi sono reso conto che il segno di quella che è l'esperienza di un presidente, di un consiglio direttivo si riflette sull'associazione che rappresenta. Nel suo caso, il fatto di avere un'esperienza estera così importante, di far parte in qualche modo del tessuto di quella che è la ricerca infermieristica italiana e internazionale, il fatto di essere fellow dell'American Academy of Nursing, l'AIT è frutto di questo tipo di dinamiche, di interessi personali oppure questi sono traguardi che sono nati anche perché esiste l'associazione italiana di infermieristica transculturale?

Quando avevamo in mente di fondare l'associazione eravamo tutti più giovani, negli anni 2000 circa il 7-8% degli infermieri erano stranieri con delle punte più importanti al nord, vedevamo che il contesto sociale era cambiato e volevamo offrire qualcosa a questi infermieri che spes-

so erano spaesati, arrivavano all'OPI e lo vedevano come una sorta di ricettacolo; quindi, questo è stato il primo passo per l'associazione, ossia offrire a questi infermieri un punto di riferimento.

Gli altri risultati, l'American Academy of Nursing e le altre società statunitensi, sono arrivate dopo anche in forza dello sforzo fatto per offrire qualcosa anche in termini di assistenza per questi infermieri, però all'inizio le due cose non erano collegate.

Una cosa che mi domandavo: l'infermieristica transculturale funziona anche al contrario? Esiste, vi occupate, vi interessa, ritenete una necessità anche quella di occuparsi di chi è italiano e viene inserito per l'opposto fenomeno migratorio in un alto contesto culturale diverso?

Sicuramente è un servizio che va offerto agli italiani che si muovono in altri paesi. Al momento non abbiamo molte di queste esperienze, gli italiani che vanno in Germania, in Gran Bretagna ad esempio, per così dire li perdiamo un pochino di vista. Sarebbe una buona idea per riuscire ad avere un quadro dell'inserimento dell'infermiere italiano all'estero, sono molto interessanti i contesti svizzeri, tedeschi in considerazione di un salario maggiore, la Gran Bretagna anche per un avanzamento di carriera veloce. Sicuramente sono tematiche da affrontare di cui siamo carenti.

L'associazione di cui è presidente ha il potenziale di raccogliere tutti noi, anche se siamo nati in Italia; questo è molto promettente e molto rassicurante. Parliamo un attimo di ricerca, lei da tanti anni ricopre la figura del ricercatore, quali sono le frontiere, le tematiche, gli ambiti in cui la ricerca internazionale si sta muovendo in ambito transculturale e di cui voi vi interessate?

Fare ricerca è sicuramente un obiettivo dell'associazione. In ambito transculturale significa fare ricerca tra le persone più svantaggiate dal punto di vista assistenziale, ma anche sugli infermieri, su come vivono la loro integrazione professionale e personale all'interno dei contesti altri. Noi ci interfacciamo e riusciamo a fare ricerca anche perché riusciamo a collaborare con ricercatori importanti.

Per quanto riguarda come questa ricerca si allaccia ad un quadro globale, questo va ancora costruito perché secondo me c'è una differenza tra il globale e il transculturale: il quadro globale va a vedere aspetti tra le varie regioni del mondo che vanno su vari fronti, come può essere l'educazione, il rapporto infermiere-paziente, la forza lavoro com'è in un posto piuttosto che in un altro; il campo transculturale, invece, va proprio a vedere aspetti che sono più profondi, tematiche più precise sia dal punto di vista personale, sociale e professionale.

Le principali riviste infermieristiche del settore, infatti, se noi andiamo a vedere gli articoli pubblicati, dalla parte globale c'è l'International Nursing Review, il Journal Nursing Scholarship che vanno a vedere tematiche più globali, mentre il Journal of Transcultural Nursing che è la rivista di settore più importante, se vediamo gli articoli sono molto più puntuali, si vanno a vedere le percezioni dell'integrazione dei polacchi in un altro paese ad esempio.

Il target a cui le chiedo di rivolgersi è quello di tutti gli infermieri di Pavia, ma vorrei andare su una categoria ben precisa che è quella dei più giovani che si stanno avvicinando alla professione o che sono da poco infermieri e infermiere. Il quadro dell'infermieristica italiana è complesso per molti motivi, Lei che messaggio ha per una persona giovane che vuole esercitare nella maniera migliore la propria professione in Italia?

Dare consigli a dei giovani che avvicinano la professione è sicuramente arduo, ma alcuni punti possono essere importanti: la prima cosa è persistere nel cambiamento e non lasciarsi coinvolgere dalla routine, bisogna sempre aver chiaro che il cambiamento c'è, anche se è arduo farlo e magari ci vogliono anni e anni, sta là ed è responsabilità morale e sociale di ognuno di noi, anche del giovane professionista, spingere per il cambiamento.

Altro punto sicuramente da enfatizzare è non vedere solamente il bicchiere mezzo vuoto, ma vedere anche il bicchiere pieno; solo 20-25 anni fa non si parlava di auto-

nomia professionale oggi l'autonomia professionale piano piano si sta conquistando soprattutto in alcuni ambiti, cure palliative, a domicilio, in tutti gli ambiti distrettuali, ci sono infermieri che occupano posizioni significative; quindi non vedete solamente ciò che non va ma anche le cose che stanno evolvendo e sono evolute in maniera piuttosto veloce rispetto al tempo.

Presidente, i punti toccati sono stati tanti. Dove possiamo trovare i riferimenti della sua associazione?

Abbiamo il sito internet www.infermieristicatransculturale.com, al momento lo stiamo aggiornando in maniera più attuale. Un altro nostro obiettivo è essere presenti sui social network e nel corso di questo anno un gruppo di persone si occuperà proprio di questo.

Ricordo che l'infermieristica transculturale sarà presente come co-organizzatore di un importante congresso sul territorio pavese alla fine di maggio; quindi, la transculturalità a Pavia sarà protagonista in tempi molto brevi.

Pavia è un ambito privilegiato come tutta la Lombardia perché la maggior parte degli immigrati in Italia sono nelle regioni del nord, in particolar modo in Lombardia proprio perché c'è una maggiore occupabilità; quindi, sono tematiche che vanno sul tessuto vivo della regione, sia dell'ambito pavese che più ampio.

Ruggero, AINS e il Guatemala: il cuore dell'infermieristica all'opera

Ruggero Rizzini,

Presidente AINS (Associazione Italiana Nursing Sociale)



Intervista a Ruggero Rizzini, infermiere turnista presso L'Unità Operativa di Malattie Infettive del IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Ma con passione si dedica da circa 25 anni ad AINS (Associazione Italiana Nursing Sociale), l'associazione che presiede e che raccoglie infermieri (e non solo) che hanno a cuore il cosiddetto nursing sociale. Il grosso impegno è in Guatemala, ma anche sul nostro territorio pavese l'associazione si impegna in momenti culturali e sociali.

Ruggero, come è nata questa esperienza nel Guatemala?

Dopo cinque anni dal diploma insieme ad un collega abbiamo fatto la nostra prima esperienza di cooperazione in Centro America e nello specifico in Guatemala. Volevo una permanenza all'estero convinto che potesse servirmi per fare meglio il mio lavoro e soprattutto perché ho sempre ritenuto che la professione infermieristica fosse e sia prima di tutto una professione sociale da svolgere in mezzo alla gente e per la gente.

Quindi inizialmente la scelta del Guatemala è stata casuale...

Sì. Il Guatemala è stato scelto per puro caso dopo aver conosciuto un prete di Calvagese della Riviera volontario da parecchi anni nel piccolo paese Centro Americano. Nel 1998 sono partito la prima volta e dopo 25 anni avrò fatto una sessantina di viaggi, sempre utilizzando le ferie e pagandomi il biglietto aereo. Nel 2000 abbiamo creato l'associazione AINS onlus, Associazione Italiana Nursing Sociale, con l'obiettivo di intraprendere un percorso progettuale riconosciuto sia dal punto di vista legale che istituzionale. Quest'anno sono 25 anni che sono in Guatemala, Paese che non ho mai abbandonato perché ritengo che se si vuole contribuire a migliorare la situazione sociale, economica, sanitaria ed educativa di un paese impoverito ci vuole tempo e soprattutto occorre lavorare in un contesto definito per non sprecare energie.

In che cosa consiste la vostra attività?

Siamo a Santa Gertrudis, una comunità/baraccopoli di poco più di 700 persone (soprattutto donne, bambini e anziani perché gli uomini sono spesso in giro per il paese a lavorare) a 90 chilometri dalla capitale Città del Guatemala. Qui abbiamo aperto una struttura denominata Comedor Infantil-Casa 4 luglio dove seguiamo quotidianamente 50 bambini e 26 anziani. Il Comedor infantil offre un pasto al giorno ai bambini (diritto al cibo), mette a disposizione una maestra per il doposcuola (diritto allo studio), insieme ai bambini organizza momenti ludico ricreativi (diritto al gioco), mette a disposizione un medico e un'infermiera una volta alla settimana in un ambulatorio dove, chi ha un problema di salute, trova professionalità, capacità, conoscenza e farmaci (diritto alla salute). Il Comedor è un luogo aperto dove, oltre a soddisfare i bisogni dei bambini, trovano risposte ai loro bisogni anche i genitori, soprattutto le mamme, e i fratelli più grandi. All'interno della struttura, infatti, sono presenti volontari che in caso di necessità si mettono a disposizione di chi ha un bisogno da soddisfare. I 26 anziani seguiti nella struttura ricevono visite settimanali a domicilio dall'Infermiera as-

sunta con un contratto a prestazione, ricevono una volta al mese una borsa di alimenti e ogni quindici giorni hanno la possibilità di pranzare all'interno della struttura.

Parla di opportunità lavorative per le persone in loco. Ma sono quindi assunti?

Il Comedor Infantil conta 4 persone assunte con contratto a tempo indeterminato e si avvale della collaborazione con contratti a prestazione di un medico e un'infermiera. Il Comedor è nato, d'altronde, anche con l'obiettivo di creare lavoro in un contesto in cui il lavoro non c'è oppure è mal pagato e senza diritti. I lavoratori sono assunti con contratti seguendo la legislazione del lavoro del Guatemala e la struttura paga regolarmente tutte le tasse richieste dal Governo. Ci teniamo a raccontare questo perché riteniamo che sia un dovere da parte delle associazioni dare l'esempio anche dal punto di vista della legalità.

Operate da soli oppure in rete con altre realtà del luogo?

Il progetto del Comedor Infantil si realizza grazie al lavoro in rete con Asociacion Moises Lira Serafin. Lavorare in rete non è semplice ma necessario e quando si incontrano i partner giusti tutto funziona a meraviglia. Altra progettualità presente all'interno del Comedor è una mensa per i poveri inaugurata un anno fa perché la necessità del contesto in cui operiamo era quella di dare risposte alimentari (diritto al cibo) anche a quelle persone che non usufruiscono dei servizi del Comedor Infantil. Dopo un anno la mensa è aperta tre volte alla settimana e serve pasti a 15-20 persone, purtroppo anche bambini. Il lavoro in rete con l'Associazione partner in Guatemala è un lavoro strutturato e impostato utilizzando personale locale, dando lavoro in loco per far sì che si possa aprire la struttura tutti i giorni e non dipendere da noi italiani, che viviamo a più di 10 mila chilometri di distanza.

Non solo Guatemala, però... Il vostro impegno è anche sul territorio locale.

Da dieci anni almeno siamo attivi a Pavia dove cerchiamo di dare risposte ai bisogni delle persone fragili presenti nella città. Abbiamo lavorato tre anni con un gruppo di senza fissa dimora grazie ad un finanziamento di Regione Lombardia da 20 mila euro per realizzare progettualità sanitarie e sociali. Abbiamo attivato all'interno di un comitato di Quartiere di Pavia un progetto denominato l'Infermiere di Quartiere dove, una volta la settimana, per due ore un'Infermiera si metteva a disposizione delle persone anziane che frequentavano un comitato di quartiere, per attività di educazione e prevenzione. Importante e molto interessante è stato anche il piccolo Progetto denominato "l'armadio dei pigiami" dove abbiamo fatto partire una campagna di raccolta di indumenti sensibilizzando la cittadinanza a donare ciò che non usavano più, purché in buono stato, a chi, ricoverato in ospedale (sono tanti), non aveva nemmeno una maglietta intima come ricambio in caso di necessità. Successivamente a questo progetto abbiamo avuto l'opportunità di collaborare con l'Amministrazione Comunale di San Martino Siccomario realizzando il progetto dell'Infermiere Scolastico. Progetto che continua da tre anni nell'Istituto Comprensivo Scolastico ed è stato richiesto ed esportato nell'Istituto Comprensivo di Cava Manara, un paese a pochi chilometri da San Martino Siccomario. Per ultimo da 1 anno e mezzo siamo impegnati con attività cultura all'interno della Casa della Cultura di San Martino Siccomario collaborando con altre associazioni nell'organizzazione di eventi culturali e rassegne. Sempre a San Martino è in corso una rassegna denominata Costruire Salute con la Comunità, con il patrocinio dell'OPI di Pavia.

La promozione della salute in un territorio multiculturale

Paola Arcadi, Phd student, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata.

Mariachiara Figura, Phd student, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata.



Con l'avvento del XXI secolo, la crescente diffusione di guerre, conflitti, persecuzioni è diventata una delle cause principali dell'ondata migratoria che sta attraversando il mondo contemporaneo, ridisegnando i tradizionali assetti su cui si reggeva il vivere in società, tanto internamente ai singoli Stati quanto a livello sovranazionale (Lenderts et al., 2021).

Solo nell'ultimo decennio, 100 milioni di persone sono fuggite dalle loro case per cercare rifugio dentro o fuori i confini del proprio Paese. Secondo il rapporto Mld-Year Trend, pubblicato dall'Agenzia Onu per i rifugiati, nel 2021 c'è stata una crescita esponenziale delle migrazioni, più di 84 milioni di persone nel mondo infatti sono state costrette ad emigrare a causa di violenze, insicurezza e per gli effetti dell'emergenza climatica (UNHCR, 2021). L'Europa ha registrato un afflusso senza precedenti di rifugiati, richiedenti asilo e altri migranti: circa 1,5 milioni di persone sono arrivate in Europa dal 2015, di cui oltre 1 milione ha chiesto asilo dopo essere fuggito da paesi colpiti da guerre, conflitti o crisi economiche.

Gli impatti sociali, economici, politici, culturali generati dalla presenza di centinaia di migliaia di migranti all'interno del continente europeo, si stanno manifestando anche in Italia, dove negli ultimi 20 anni si è visto il passaggio progressivo a "paese di immigrazione" (Mammana et al., 2020). Nel 2019, l'Italia ha segnalato circa 354.700 rifugiati inclusi richiedenti asilo, che rappresentano il 5,7% del numero totale dei migranti. Alla componente dell'immigrazione "economica", infatti, si aggiunge la componente "politica" rappresentata dai richiedenti e

titolari di protezione internazionale giunti in questi anni sulla spinta delle Primavere Arabe, della crisi libica e del deteriorarsi della sicurezza nel continente africano e nella regione medio-orientale (Capello et al., 2014). Entrando nel dettaglio dei numeri si stima che, soltanto in riferimento a questa tipologia di migranti, nel periodo 2015-2020, siano arrivati sulle nostre coste, attraversando la rotta mediterranea centrale che congiunge le due sponde del Mediterraneo, circa mezzo milione di persone (Sistema di Accoglienza e Integrazione, 2022).

Cifre che, inevitabilmente, pongono la società italiana di fronte alla sfida dell'accoglienza e dell'inclusione.

Sul fronte della salute, i migranti in arrivo dal Mediterraneo riportano spesso traumi derivanti dalle violenze fisiche e psicologiche subite durante il viaggio; inoltre la povertà, l'isolamento sociale, i conflitti armati, la violazione dei diritti umani, i fattori di stress legati alla migrazione forzata e alla separazione dalla famiglia, sono tutti elementi che contribuiscono a rendere molto difficoltoso il mantenimento di uno stato di salute ottimale. Quanto detto, viene inoltre amplificato dalle barriere linguistiche e culturali, e dalla non rara percezione, da parte dei migranti, di una carente considerazione dei propri bisogni, valori, credenze e pratiche culturali. Tutti questi aspetti potrebbero rendere complicato il processo di adattamento e di integrazione sociale all'interno dei Paesi ospitanti, e condurre a disuguaglianze sanitarie. (W.H.O., 2022; Gümüşsoy et al., 2021; Legido-Quigley et al., 2019) Per tutelare la salute del migrante, pertanto, le politiche internazionali e nazionali dovrebbero insistere sulla sua integrazione nei servizi socio-sanitari, così come sottolineato negli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 e dal Global Compact on Migration (I.O.M., 2022). Sono necessari interventi capaci di costruire una società che veda nell'altro una risorsa preziosa per il proprio sviluppo: promuovere l'inserimento sociale e lavorativo, favorire l'assimilazione culturale dell'altro e l'inclusione dei gruppi migranti nei servizi sanitari, assicurare una presa in carico di persone portatrici di biografie, culture, tradizioni, credenze e bisogni specifici, nel rispetto dei diritti umani universali.

Quanto sopra affermato, richiama altresì i principi che guidano il Nursing Transculturale e che pongono l'accento



sull'importanza della conoscenza dei problemi prioritari di salute che colpiscono determinati gruppi culturali, sull'accertamento del substrato culturale e dei bisogni individuali e di contesto, con il fine di elaborare un piano di cura culturalmente congruente (Oleson et al, 2012; Leininger & Mc Farland, 2002).

In Italia, per rispondere alla richiesta di intervento in ambito di migrazioni, è attivo uno specifico sistema di accoglienza e integrazione (S.A.I.), che prevede livelli differenziati di erogazione di servizi volti a garantire protezione, accoglienza materiale, sanitaria, sociale, psicologica, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico e di integrazione nella comunità. In tale scenario si colloca l'attività degli enti locali che fanno parte della rete SAI, distribuiti su tutto il territorio nazionale e che garantiscono interventi di accoglienza integrata attraverso l'azione di equipe multidisciplinari di estrazione socio-educativa e sanitaria. Tutti i progetti territoriali del SAI provvedono alla realizzazione di attività di accompagnamento sociale, finalizzate alla conoscenza del territorio e all'effettivo accesso ai servizi locali, fra i quali l'assistenza socio-sanitaria. All'interno del Sistema sono, inoltre, presenti progetti



specializzati per l'accoglienza e sostegno di persone portatrici di specifiche vulnerabilità: persone disabili o con problemi di salute (fisica e mentale), minori non accompagnati, vittime di tortura, nuclei monoparentali, donne sole in stato di gravidanza. (Bianco et al., 2015, Sistema di Accoglienza e Integrazione, 2022).

La complessità dei sistemi di accoglienza e la molteplicità di persone che intervengono nei progetti, pone interrogativi sulle modalità più efficaci per la presa in carico dei bisogni dei migranti, sulle risorse e sulle criticità che si manifestano, e su quali aspetti prioritari intervenire per poter offrire una cura culturalmente congruente e finalizzata all'inclusione e all'integrazione.

Per tale motivo il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità pubblica dell'Università di Roma Tor Vergata, ha sviluppato un programma di ricerca dal titolo "La promozione della salute in un territorio multiculturale" con le seguenti finalità ed obiettivi:

- Identificare i bisogni di salute della popolazione in un ambiente multietnico al fine di costruire percorsi di salute mirati.
- Esplorare la costruzione soggettiva della salute e della malattia dei membri della comunità
- Far emergere i bisogni di salute dei singoli e della comunità (manifesti e non manifesti)
- Individuare i nessi causali e le relazioni con le culture di appartenenza e con il contesto sociale e ambientale (sistemi, organizzazioni, relazioni interne ed esterne)
- Esplorare le pratiche di cura e autocura individuali e collettive (inclusi atteggiamenti, rituali, credenze, stereotipi)
- Indagare la relazione tra cura di sé e degli altri, le rappresentazioni della disabilità, le forme e i modi del benessere personale e sociale, l'adesione ai trattamenti e la soddisfazione per le cure
- Conoscere le risposte ai bisogni di salute e di cura poste in essere dalla comunità e dagli attori sociali e sanitari.

Il contesto oggetto di studio è rappresentato da Camini, un piccolo borgo situato sopra le coste del Mar Jonio, in Calabria, nel quale è attivo un progetto di accoglienza dei migranti incluso nella rete SAI gestito da una cooperativa sociale che vede operare al proprio interno professionisti di differente estrazione sociale, educativa e sanitaria, e che rappresenta un esempio di convivenza tra popolazione nativa ed immigrata, in uno scenario di povertà di risorse socio-economiche e sanitarie.

Il progetto dottorale, avviato nell'anno 2021, ha visto la realizzazione di visite plurime nel borgo di Camini, con lo scopo di esplorare l'esperienza di salute, malattia e di presa in carico della popolazione migrante sia dal punto di vista degli operatori socio-sanitari, sia dei migranti,



sia della popolazione autoctona. Sono state effettuate osservazioni ripetute ed interviste in profondità e ad oggi sono in fase di pubblicazione i risultati degli studi qualitativi effettuati.

Prossimi step del progetto dottorale sono rivolti allo studio dei fattori che influenzano le pratiche di self-care della popolazione migrante, e le relazioni con la qualità della vita e il benessere soggettivo.

I risultati di queste fasi costituiranno la base per lo sviluppo di un modello concettuale di riferimento utilizzabile in tutte le comunità multiculturali che presentano problematiche di salute. Identificare i fattori che concorrono a definire tale modello che siano modificabili in base al contesto di riferimento può infatti aiutare le comunità a offrire dei servizi sanitari e sociali coerenti con i bisogni sanitari espressi e non dalla comunità.

Si ringrazia tutto il gruppo di ricerca, costituito da:

Prof.ssa Rosaria Alvaro
Prof. Ercole Vellone
Dott. Gianluca Pucciarelli
Dott. Silvio Simeone
Dott.ssa Loredana Piervisani
Dott.ssa Paola Arcadi
Dott.ssa Mariachiara Figura

BIBLIOGRAFIA

Bianco A, Larosa E, Pileggi C, Nobile C.G.A., Pavia M. (2016) Utilization of healthcare services among immigrants recruited through non-profit organizations in southern Italy. *Int J Public Health*. Jul;61(6):673-682. DOI: 10.1007/s00038-016-0820-1.

Capello C., Cingolani P., Vietti F, (2014) *Etnografia delle migrazioni. Temi e metodi di ricerca*, Carocci, Roma.

Gümüşsoy, S., Dal, N. A., Beydağ, K. D., & Tokar, E. (2021). Intercultural awareness, communication, and empathy skills in nurses and midwives working in provinces with mass migration. *Perspectives in psychiatric care*, 57(2), 426–432. <https://doi.org/10.1111/ppc.12595>

I.O.M. (2022) *World Migration Report*. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>

Legido-Quigley, H., Pocock, N., Tan, S. T., Pajin, L., Suphanchaimat, R., Wickramage, K., McKee, M., & Pottie, K. (2019). Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *B.M.J.*, 366, l4160. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4160>

Leininger M., Mc Farland M.R. (2002) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*, Third Edition, Mc Grow-Hill Education-Europe

Lenderts, J. L., Hoffman, S. J., & Stitch, J. (2021). The Role of Culture in Shaping Health Perceptions and Behaviors of Resettled Karen Refugees. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 32(2), 145–152. <https://doi.org/10.1177/1043659620902836>

Mammana L, Milani C, Bordin P, Paglione L, Salvia C. (2020) Health System Response during the European Refugee Crisis: Policy and Practice Analysis in Four Italian Regions. *Int J Environ Res Public Health*, 17(15):5458. DOI: 10.3390/ijerph17155458.

Oleson, H. E., Chute, S., O'Fallon, A., & Sherwood, N. E. (2012). Health and healing: traditional medicine and the Karen experience. *Journal of cultural diversity*, 19(2), 44–49.

Sistema Accoglienza e Integrazione (2022), *Progetti Territoriali*, available from <https://www.retesai.it/progetti-territoriali-3/>

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347>

Il cuore parla una sola lingua: le sfide della multiculturalità in cardiocirurgia pediatrica

Simona Devecchi, Laura Sfameli, Katarina Sujanska

U.O. Cardiocirurgia Pediatrica

IRCCS Policlinico San Donato (Milano)

بعد مغادرة المستشفى

حتى في البيت يجب مواصلة إلتزام بعض قواعد النظافة حتى الأكل صرامة.
للقاعدة الأهم هي غسل اليدين بعد كل مرة نلمس فيها الطفل خاصة بعد النظافة الشخصية و بعد تغيير الحفاضات.

في رسالة الخروج من المستشفى يذنب الطبيب إلى ضرورة اليقظة الخاصة التي يجب إتباعها مع منطاد و يجربك بالسداد الجوي الذي يجب أن يأخذه أو الذي هو بصدد أخذه.

عدوى المستشفى تحدي يعينك أنت أيضا



أنت أيضا مهم
ساعدنا على عدم نقل عدوى المستشفيات

أمراض القلب وجراحة القلب للأطفال
مستشفى سان دوناتو

هذه يدك قبل أن تغسلها
نظافة الأيدي مهمة جدا



إذا لغسل أيدينا بشكل صحيح
ماء وصابون لمدة 40-60 ثانية
إستعمال حلال لاجل مطهر



العدوى

المستشفى هو مكان تتركز فيه ميكروبات خطيرة جدا يسببها أن التسبب في التهابات الأطفال الضعيفين في المستشفى فهي الصعبة والمخيفة ويصعب من الوهن أيدينا طيبة بالفلينات الحرة التي لا تترك روائح السجدة حاد الجيد والحميد و سادها السر والحيث وأيضا هي وسيلة النقل الرئيسية لهذه الميكروبات

كيفية

أيدينا يمكن أن تكون نظيفة و تلمس شيئا أو شخصا ملوثا فتصبح مشعة هي أيضا تكون مشعة و تلحق الشخصا الخريف أو الشيايا نظيفة نظرفنا

ملا يمكن أن يفعله

عندما تلمس الميكروبات الخسنة لطفل قبل العناية بشفة أو إذا تسببت في التهابات يجب تنظيفها بالحمض السري لا تسبب في التهابات لكن هؤلاء الأطفال يصبحون حاملين للمكروب والمكروبات على داخل جسد الطفل على جدهم في أعمارهم...

ملا يجب فعله

يجري أطفالنا تحاليل خاصة و تؤخذ منه حيدات للبحث عن البكتيريا أو الفطريات لمعرفة ما إن كانه يتكاثر من التهاب أو حامل للمكروب (حامل سليم) جدا أن تحافظ دائما على نظافة يديك و إن تسعمل الإحتياطات اللازمة التي يعطيك أيدينا الصغرى بالتحذير

nizzazione giornaliera con il personale.

Dal 2010 sono tantissimi i pazienti arrivati in Italia per essere operati nel nostro centro. In aggiunta abbiamo decine di bambini stranieri che vivono in Italia ma che spesso non parlano italiano sufficientemente utile alla comprensione dell'informazioni relative alla salute o che non parlano del tutto – o quasi niente - la nostra lingua.

Le difficoltà comunicative fra personale sanitario e i famigliari rendono ulteriormente problematica l'erogazione di assistenza infermieristica personalizzata. Dal primo approccio durante l'accettazione del paziente fino alla dimissione abbiamo necessità di comunicare con i pazienti e i loro genitori. A tal riguardo, le maggiori difficoltà che incontriamo sono di ordine: a) medico/infermieristico (sanitario); b) carattere emotivo, c) ordine pratico.

Il policlinico San Donato offre il servizio di Ufficio di Cooperazione Internazionale (per la lingua araba, francese, rumeno e ucraino), che gestisce l'enorme carico che sottende all'arrivo dei piccoli pazienti presso la nostra UO per le cure necessarie, dei contatti con le famiglie di origine e gli ospedali da cui provengono. Si occupano di effettuare le traduzioni necessarie per raccogliere consensi sia per quanto riguarda le procedure che di comunicazioni ordinarie tra medici e famigliari. Inoltre, spesso accompagnano, insieme al personale infermieristico, i piccoli pazienti presso i servizi interni o consulenze esterne al Policlinico come traduttrici e mediatori culturali.

Ma come sappiamo in una UO come la nostra, la cura non si ferma mai. E quindi che fare quando l'Ufficio Cooperazione chiude? Innanzitutto, da un punto di vista organizzativo, cerchiamo di prestare attenzione ad alcuni aspetti pratici accogliendo i bimbi provenienti dallo stesso paese nella stessa stanza di degenza, così da poter agevolare una condivisione del proprio percorso di cura con persone della stessa lingua e cultura di provenienza. Altro capitolo delicato ma di grande impatto secondo gli ultimi dati recenti è l'importanza che il vitto ha sulla degenza ospedaliera. Anche se può sembrare un fattore marginale provvedere un'appropriata alimentazione, rende meno disagiata un periodo di ricovero a volte molto lungo. Anche sotto questo aspetto per i pazienti di fede musulmana è stata creata un'apposita una dieta di alimenti consentiti e anche durante il periodo del Ramadan, il nostro servizio di ristorazione mette a disposizione pasti da

La società attuale, caratterizzata da una crescente globalizzazione e multiculturalità, porta nuove sfide che richiedono sempre maggiori conoscenze e competenze interculturali (CCI) ai fini di una comunicazione ed integrazione efficace con persone provenienti da altri paesi, in particolare nei contesti di cura. Tali competenza, riconosciute come una potenziale strategia per migliorare la qualità ed eliminare disparità razziali o etniche nell'assistenza sanitaria, sono fondamentali in realtà come la cardiologia e cardiocirurgia pediatrica presso IRCCS Policlinico San Donato Milanese dove il personale infermieristico interagisce quotidianamente con persone di paesi stranieri con differenze culturali e razziali.

Nella nostra Unità Operativa affluiscono pazienti da ben 21 paesi del mondo, fra cui Tunisia, Libia, Egitto, Kurdistan, Camerun, Romania, Costa D'Avorio, Sudan, Serbia, e tanti altri. Il principale problema che affrontano durante il loro ricovero ovviamente oltre la cardiopatia, è la comu-

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS:

• **What are the signs that there is something wrong with the wound?**

The wound has to be examined by a doctor if the following signs of infection occur: redness, marked swelling, tenderness and increased warmth around the wound; pus or unusual discharge, foul odor from the wound; chills or fever (over 37.7° C).

• **When is my child allowed to have a bath?**

After the removal of the stitches the child could take a shower but you should not use foamy soap on the wound.

Tub bathing is allowed about 1 month after the removal of the stitches.



• **Are there any products that could help the healing process?**

The wound should heal spontaneously following the instructions of the medical staff and, in most of the cases, there is no need for additional products. However, at the pharmacy you may find lotions or ointments that could prevent the formation of a keloid (hypertrophied scar tissue). The use of such products is advisable but not mandatory. Some products are: Sameplast gel; Contractube; Rilastin cicatrice; Dermatrix. You can get information from your pharmacist. These products should be applied when all the scabs have fallen off and the wound (incision line) is dry and clean.

For the application of the product follow the instructions on the informative sheet, remembering always to pat the incision line gently, insisting on the parts that seem hardened, until the complete absorption.



• **Is solar exposure allowed?**

It is recommended to avoid direct exposure to the sun for a period of about 1 year after the surgery. Indeed, direct sunlight could promote the formation of a keloid. It is therefore advisable to wear a light t-shirt to cover the chest (even when swimming in the sea or in a pool) and to apply a total sun block on the skin in any case.



Care of the chest wound

Re-dressing of the surgical should be done on alternate days until the removal of the stitches, unless otherwise advised by the nurses or the cardiac surgeon. The stitches on the chest drain sites should be removed 10 days after the removal of the drains (DATE of REMOVAL.....). The stitches of the wound should be removed after surgical review on (DATE.....)

Equipment:

- ANTISEPTIC SOLUTION (povidone-iodine)
- STERILE GAUZE
- STERILE GLOVES
- STERILE DRESSING MATERIALS



Procedure:

- Accurately wash your hands with soap and rinse thoroughly with water;
- Open package of sterile gloves, sterile gauze and sterile dressing supplies without touching the inner content;
- Pour the antiseptic solution on half of the gauze squares;
- Have the child ready for the procedure with the wound uncovered;
- Put on the sterile gloves, take the moistened gauze and clean along the incision line using a small circular motion from one end of the incision to the other (DO NOT RUB BACK AND FORTH ACROSS THE INCISION LINE). Repeat the same process on the drain sites;
- Take the dry gauze and pat the wound and drain sites;
- Remove the gloves and apply a sterile dressing, paying attention that the adhesive part does not stick to the wound.

N.B. Until the removal of the stitches the surgical wound must not get wet. If this accidentally occurs, you should repeat the procedure and replace the dressing.

M-P7PED-019 REV1 ING 1/2

Lasix (furosemida)

El lazix pertenece a la categoría del fármaco llamado diurético, quiere decir que aumenta la cantidad de orina producida.

En general el fármaco inicia su efecto después de 30 minutos de suministrado al paciente, por tal motivo es preferible, en los niños que han dejado de usar el pañal, no suministrar el producto antes de ir a la cama.

Una dosis excesiva del fármaco puede provocar una eliminación de líquidos exagerada y puede provocar deshidratación, al contrario una dosis no adecuada al peso, no obtendrá el efecto deseado de eliminación de líquidos. En efecto en nuestro servicio tal terapia viene siendo administrada, sobretodo para eliminar los líquidos que normalmente se forman seguido de una cirugía importante como en cardiopediatría y que puede ocasionar dificultad en la actividad del corazón.

Si el niño tuviera dificultad de asumir la terapia pude ser útil suministrarla diluida en una pequeña (20ml) cantidad de leche, manzanilla o en un jugo de frutas.

En caso el niño escupa en parte el fármaco es mejor no suministrarla nuevamente, pero si presentara un vómito completo inmediatamente después de la administración del fármaco puede ser necesario suministrarla otra vez.

¿Que cantidad de farmaco debo suministrar?



Lasix jarabe
10 mg de Lasix = 1 ml de Lasix
osea...
1 mg = 0.1 ml
5 mg = 0.5 ml
10 mg = 1 ml

Su niño debe tomar miligramos osea mililitros. Por veces al día



Lasix tableta:
1 dosis = 25mg

¼ de tableta = 6,25 mg
½ tableta = 12,5 mg



El niño debe tomar tableta

El médico
La enfermera Fecha

• **Ogni due ore giri il suo bambino completamente su un fianco e lo lasci in quella posizione. Al ciclo successivo lo giri sul fianco opposto. Ora le mostrerò come fare. Non abbia paura di "fargli male alla ferita".**

كل ساعتين يجب عليك وضع ابنك على جانبه لفترة قصيرة بعد ذلك على الجانب الآخر لفترة. إن كان سؤريك كيف تفعل ذلك ولا تخف أن تسبب أي للجرح

• Every two hours turn your child completely on one side then let him/her in that position. At the next cycle flip on the opposite side. Now I'll show you how. Do not be afraid to "hurt the wound."

• **Toutes les deux heures tounez votre enfant complètement sur le côté et le/la laissez dans cette position. Au cycle suivant vous le/la retournez sur le côté opposé. Maintenant, je vais vous montrer comment. N'ayez pas peur de "nuire à la plaie."**

• 每两小时为孩子子彻底的翻——次身身然后让他躺在那个位置。然后下一——轮再为他彻底的翻到另一——侧。现在我来做个示范。不要害怕这样会“伤到伤口”



COFA (Comunicazione Facile)
uno strumento "SMART" di integrazione

Conoscenze e competenze interculturali infermieristiche in cardiologia e cardiologia pediatrica.
Katarina SUJANSKI(A), Simona DEVECO(H), Laura SFAMEL(L),
Federica DALFANO(B), RN, MSc, PhD(s)

Introduzione:
La società attuale caratterizzata da una crescente globalizzazione e multiculturalità porta nuove sfide che richiedono sempre maggiori conoscenze e competenze interculturali al fine di una comunicazione ed integrazione efficace con persone provenienti da altri paesi. In particolare nei contesti di cura. Tali competenze, riconosciute come una potenziale strategia per migliorare la qualità ed eliminare le disparità razziali e etniche nell'assistenza sanitaria, sono fondamentali in realtà come la Cardiologia Pediatrica. Presso l'U.O. di Cardiologia e Cardiologia Pediatrica del IRCCS Policlinico San Donato (PSD), il 22% dei ricoveri annuali (dato relativo all'anno 2017) si riferiscono a bambini stranieri, soprattutto provenienti da paesi di origine araba, con una scarsa o nessuna conoscenza della lingua italiana. La difficoltà comunicativa fra il personale sanitario e i pazienti o i familiari rendono ulteriormente problematica l'erogazione di assistenza infermieristica personalizzata.

1. Williams JA, Vanden S. Cultural and communication competence in the long-term care unit patient from another culture. *Journal of Gerontol*. 2007;62:16-26. 10.1177/0733264006291282
2. Berger ZP. Culture and ethnicity in clinical care. *Archives Intern Med*. 2008; 168:1016-1020.

1989 - 2017
LIBRI BROCHURE POSTER TRADUTTORI ONLINE UFFICIO DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

2018
APPlicAZIONE ANDROID

48 PAGINE
MINI ACCESSO RAPIDO
1. Riassunto
2. Sono infermiera
3. Ufficio cooperazione
4. Posso avere il cd
5. Regolamento del PSD
6. Allergie farmaci
7. Paesi - etnicità
8. Parametri vitali II

SUDDIVISE PER AREA
AMMINISTRATIVA INFERMIERISTICA MEDICA STRUMENTALE VARI

• disegni realizzati a mano
• frasi esplicative
• file audio che descrive disegno pronunciato da madre lingua

PUNTI DI FORZA
- versatilità
- immediatezza nella comunicazione
- facilità di utilizzo
- disponibilità

LIMITI
- one way

OGGETTIVI PER FUTURO
- estendere le aree per varie procedure e reparti
- sezione per volontari
- condivisione con alcuni centri di riferimento
- affollato
- follow up pazienti già operati
- ecc

Si ringrazia per il supporto tecnico l'applicazione e il poster: Studio "y-app" (yapp@yapp@gmail.com)
Tutti i diritti riservati (https://it.wikipedia.org/wiki/Tutti_i_diritti_riservati)

L'esperienza di Lesly Elizabeth Flores Velásquez, infermiera Guatemalteca

Ruggero Rizzini

Presidente AINS



Un progetto di Cooperazione Sanitaria e Sociale, soprattutto all'estero, funziona e si realizza se i soggetti coinvolti hanno chiaro cosa devono fare, come farlo e per chi stanno lavorando. Nel nostro caso, siamo presenti dal 1998 in Guatemala, è fondamentale scegliere i collaboratori che devono essere del posto per conoscerlo ma soprattutto per conoscere le dinamiche che lo caratterizzano. Se si vuole realizzare un progetto sanitario occorre affidarsi a chi sa camminare per le strade di una baraccopoli, come muoversi nelle case che case non sono e neanche vagamente assomigliano a quelle che noi abitiamo, ma soprattutto sa avvicinarsi a chi in esse vive sapendo che se entra a mezzogiorno non c'è una pentola che cuoce sul fuoco sta a significare che lì c'è povertà. L'intervista che segue è stata fatta all'infermiera Lesly Elizabeth Flores Velásquez che lavora a progetto per l'Asociación Siervo de Dios Moises Lira Serafin nella comunità di Santa Gertrudis.

Cosa significa lavorare in una comunità piccola e povera come Santa Gertrudis?

Significa essere attenti ai bisogni della maggioranza della popolazione, in particolare bambini, giovani e anziani, la popolazione più vulnerabile in Guatemala. Ma anche delle donne che hanno sulle spalle un carico di responsabilità enorme. Significa camminare con loro e con loro cercare di soddisfare i bisogni che ci sono e sono tanti.

Quali problemi di salute hanno le persone che visiti a domicilio?

Durante le giornate di salute ma anche e soprattutto quando andiamo a domicilio rileviamo malattie dovute alla malnutrizione e alla denutrizione. Mangiando tutti i giorni

solo mais e fagioli i problemi di salute aumentano. Gli anziani soffrono di diabete, ipertensione, problemi di cuore, diarrea, parassitismo, problemi virali. Un altro problema serio è quello della mancanza di acqua potabile e di fognature. Ancora si beve acqua contaminata e si fanno i propri bisogni scavando un buco nel terreno.

Puoi raccontarci com'è la tua giornata?

Inizia presto ma in verità inizia il giorno prima quando, terminato il lavoro, devo pensare a come organizzarmi per il giorno dopo. Penso alla giornata di un bambino a scuola, senza colazione, senza acqua, al caldo... pensare a questo mi costringe a cercare alternative che generino risorse per aiutare le persone che ogni giorno chiedono aiuto. Il mio non è un lavoro solo pensando alla salute ma devo pensare anche ad altro: la mancanza di cibo, d'igiene, di vestiti, di tutto.

Cosa trovi nelle case delle persone?

Molta solitudine, soprattutto tra gli anziani. C'è molto bisogno di aiuto psicologico ma ancora prima di aiuti materiali: cibo, principalmente. E poi andando nelle case si vede la povertà che è dovuta alla mancanza di risorse economiche. Ci sono sguardi di incertezza, ma anche di grande speranza. Vediamo persone che sono combattenti e altre che vogliono arrendersi di fronte alle situazioni che hanno vissuto perché non ne possono più di vivere alla giornata.

Quanto è importante la prevenzione e l'educazione sanitaria?

Crediamo nell'educazione come mezzo per cambiare e uscire dalla povertà. Ci scommettiamo. Anche l'educazione alla salute è un pilastro fondamentale per la prevenzione. Durante la



pandemia abbiamo imparato a prevenire con i mezzi a nostra disposizione molte situazioni di contagio. È un po' difficile cambiare mentalità negli adulti, ma lavoriamo con i bambini e speriamo che il futuro sia diverso per loro e per chi verrà.

Malattia e povertà. Che cosa hai da dire? Cosa provi quando

entri nelle loro case?

Per me parlare di malattia e povertà è la stessa cosa, sono sinonimi. L'accesso alla salute per chi vive in povertà è un diritto che è stato tolto in Guatemala. I costi dei medicinali, degli esami clinici e persino dei trasporti sono elevati nel settore privato poiché negli enti governativi manca molto se non tutto. Entrare in una casa dove ci sono malati, soprattutto adulti, è troppo spesso sentirsi impotenti di non poter fare nulla. Si ha la sensazione che ci siano molti bisogni insoddisfatti ma vediamo anche molta speranza negli occhi delle persone e



questo ci incoraggia molto.

Assistenza sanitaria pubblica o privata, prestazioni sanitarie gratuite o a pagamento, farmaci gratuiti o a pagamento. Cosa ne pensi?

La salute è un diritto umano...una frase per certi versi utopica. Parlare di libero accesso alla salute (consulenze, medicine) in Guatemala significa pensare a cure scadenti. In Guatemala ci sono bravi medici e Infermieri ma lavorano nelle cliniche private dove devi pagare per qualsiasi servizio che richiedi. Una persona che ha bisogno di esami clinici ogni mese difficilmente lo fa. Una visita medica privata ha un costo minimo di Q 200.00 (25 euro) e se riesci a pagarla non hai i soldi per pagare gli esami di laboratorio e i farmaci. È una situazione molto complicata.

Cosa c'è nella tua borsa quando vai al lavoro?

Normalmente nel mio zaino ci sono poche cose... una bottiglietta d'acqua, un quaderno per gli appunti, qualche dolcetto per i bambini. Posso metaforicamente dire che porto dentro qualcosa di molto importante: la mia voglia di ascoltare e di servire. Il mio impegno nel ricercare risorse che possano rendere la loro vita un viaggio un po' più leggero, un po' meno pesante.

Cosa vuoi fare da grande?

Quello che ho fatto fino ad oggi. Non cambierei nulla.

Cosa fai per rimanere aggiornato sulle novità? Partecipi a corsi di formazione?

Ho sempre seguito corsi di autoformazione. Nei miei momenti liberi cerco materiale che mi aiuti a comprendere il percorso di ogni giorno, il percorso degli altri, il percorso del mio stesso viaggio. Parlare con le persone è fondamentale per sapere cosa sta succedendo nella comunità. Sebbene la pandemia ci abbia isolati, stiamo riavviando il processo di relazione con gli altri. Questo ci aiuta molto a continuare a dare il massimo.

Cosa vorresti dire a un collega italiano?

Forse non solo a un collega, ma a tutte le persone posso dirvi che in molte occasioni ci chiudiamo nel nostro mondo, nelle nostre cose e smettiamo di vedere il mondo degli altri, smettiamo di farci coinvolgere dalla storia e dal percorso degli altri. Facciamo tutti parte della stessa comunità e quando qualcuno soffre, sperimentiamo tutti le conseguenze che ciò comporta. Dobbiamo tornare alla solidarietà, alla condivisione, al camminare con gli altri, a promuovere una cultura del cambiamento, a essere parte della soluzione, a credere negli altri e soprattutto in noi stessi.

Credo sinceramente che chi vive in povertà ci aiuti a cambiare il nostro modo di pensare e il nostro modo di essere e di vivere. Vale la pena dare il nostro meglio agli altri e soprattutto viaggiare per vedere e conoscere.

AINS ODV, Associazione italiana Nursing Sociale, è stata costituita nel 2000 con regolare statuto e atto costitutivo registrato in Regione Lombardia però le sue origini risalgono al 1998, anno in cui partimmo per la prima volta per il **Guatemala**. In 25 anni di attività in Guatemala abbiamo finanziato micro progettualità sociali, sanitarie ed educative perché facilmente finanziabili, realizzabili e soprattutto controllabili. Il nostro percorso progettuale va dai Sostegni Scolastici ai bambini al finanziamento di progetti agricoli; dal finanziamento di borse lavoro per l'Infermiera di Comunità all'apertura di una mensa per i poveri; dal pagamento di stipendi a donne che fanno funzionare la struttura denominata Comedor infantil all'acquisto e distribuzione di borse di cibo a persone anziane una volta al mese; dalla nurse card per garantire prestazioni infermieristiche alle attività sanitarie, giornate di salute, finanziate dalla Chiesa Valdese con due contributi rispettivamente di 20 e 80 mila euro.

A Pavia ci siamo soprattutto concentrati su progettualità rivolte a persone fragili. Abbiamo iniziato con un progetto denominato "l'armadio dei pigiami" raccogliendo biancheria da distribuire a quelle tante persone che, ricoverate, non hanno nulla. Abbiamo fatto partire, è durato sei anni, un progetto denominato l'infermiere di Quartiere dove, un infermiere, una volta alla settimana per due ore, era presente in una struttura frequentata da anziani, un APS, associazione di promozione sociale, con sede in un comitato di quartiere a Pavia. Abbiamo lavorato con un progetto da 60 mila euro finanziato dalla Regione Lombardia in un quartiere di Pavia e successivamente con un altro da 20 mila euro, per tre anni in una struttura denominata IN&OUT, sempre a Pavia, che ospita persone senza fissa dimora e con doppia diagnosi occupandoci di educazione sanitaria e prevenzione. Abbiamo fatto partire il progetto dell'infermiere Scolastico all'interno dell'istituto Comprensivo San Martino in collaborazione con l'Amministrazione Comunale, la dirigenza scolastica, e la cooperativa CON VOI. Un progetto premiato dalla FNOPI come BUONA PRATICA infermieristica insieme a quello con i Senza Fissa dimora. Per ultimo, ma molto importante, la nostra associazione attraverso i volontari, attualmente abbiamo più di 80 soci, organizza periodicamente eventi culturali che vanno dall'allestimento di mostre d'arte e di fotografia alla presentazione di libri e progetti. Questo perché, per noi, infermieristica è anche arte e cultura. Poi, in collaborazione con l'associazione **Presi nella Rete** abbiamo aperto e gestiamo, ognuno per ciò che gli compete, un negozio di prodotti realizzati da piccoli produttori e altre realtà sociali, cooperative ecc.

Referente ANS ODV: Ruggero Rizzini; Tel.: +39 3392546932; E-mail: ains.onlus@libero.it

Momo, una storia lunga ancora tutta da scrivere

Luca Fiocca

Eduche-APS

Se guardi Momo, vedi il sorriso. Eppure se uno dovesse conoscere bene la sua storia, tutta questa serenità avrebbe pochi motivi per risplendere. E invece è una serenità che ha costruito e fatto sua perché si è sempre sentito accolto nei momenti tortuosi e delicati, quelli che fanno deragliare e poi ritrovare i binari da solo può essere molto difficile. Sto parlando dell'accoglienza delle persone di Educhè che ha trovato al doposcuola di San Lanfranco.

Momo quando fa le medie viene bocciato e l'evento potrebbe essere letto come una piccola ingiustizia; siccome però ha delle persone di riferimento, ne parla e insieme capisce che le ingiustizie, piccole o grandi che siano, possono anche accadere. Non per questo bisogna buttare via la propria esistenza. Quindi non molla e ripete l'anno. Lo lo conosco quando deve fare l'esame di terza media. Nella vita non esistono esami facili o esami difficili: esistono solo esami preparati bene ed esami preparati male. Lui capisce che le cose per ottenere dei successi bisogna farle bene e l'esame lo fa alla grande.

L'anno dopo ricomincia con la stessa grinta, con la stessa curiosità, con lo stesso desiderio. Non manca una lezione. È sempre qui, il martedì e il giovedì, dalle 16.00 alle 18.00, sia quando c'è qualcuno che lo può seguire dal primo all'ultimo momento, sia quando magari deve fare da solo. E cresce, e va bene, e tutto quello che non aveva ricevuto fino a quel momento, adesso arriva, perché adesso tutti vedono che è bravo, che porta serenità nei gruppi in



Educhè APS

#noionmolliamo

Corso di Italiano per adolescenti stranieri.

A PARTIRE DA NOVEMBRE 2022

INFO E ISCRIZIONI
EDUCHE
Agenzia di Promozione Sociale
Via S. Lanfranco, 4
PAVIA
☎ 349 4305974

Progetto sostenuto con l'otto per mille della Chiesa Valdese

otto per mille
CHIESA VALDESE
OPERA DELLE FORZE METEORICHE E LUMINOSITÀ

cui entra, che si pone sempre nelle situazioni nel modo giusto. Finisce la scuola e si iscrive all'Istituto Volta per diventare geometra; lo fa perché vorrebbe trovare subito un lavoro in modo da aiutare la sua famiglia, perché per quello che aveva vissuto alle medie non pensa di essere tanto tagliato per studiare, perché quella brava è sempre stata la sorella. Le superiori stanno invece andando così bene che inizia a pensare che forse forse può anche fare l'università: prova a mettere giù delle idee sul suo futuro. Poi mentre sta preparando l'esame di maturità, il giorno prima del tema, diventa cieco da un occhio; si spaventa, lo dice, non vuole perdere la possibilità di fare la maturità. Tuttavia la cosa che è successa è un po' troppo grossa e non si può far finta di niente. Accetta di andare in ospedale, fa degli esami. Noi ci preoccupiamo che dal punto burocratico tutte le cose vadano avanti e dalla scuola otteniamo tutte le assicurazioni che possa fare l'esame



di maturità posticipato. Quando nei giorni successivi lo andiamo a trovare, gli esami clinici hanno evidenziato che non è nulla di così grave. Nel sollievo generale, lui che quando avevamo provato a fare un po' di orientamento, era stato molto dubbioso su quella che avrebbe potuto essere la scelta giusta, ci dice con sicurezza che ha capito cosa vuole fare nella vita: voglio fare l'infermiere! Gli chiedo dove fosse improvvisamente comparsa questa eventualità che non era mai stata menzionata tra gli orizzonti papabili, perché allora non il medico. Lui risponde spedito: *"Perché come sono stato accolto qua, questo è quello che io voglio fare, rassicurare le persone e farle star bene. Io avevo una paura incredibile quando sono entrato e il ruolo che*

hanno avuto gli infermieri nel capire la mia paura, è stata veramente una cosa bellissima, importantissima: voglio fare questo nella vita".

Quindi dopo aver fatto l'esame di maturità in maniera incredibile, ecco che decide di provare a fare il test per accedere alla facoltà di scienze infermieristiche; lo si aiuta nella preparazione, studia con determinazione ed entra: quell'anno l'unico extracomunitario a superare il test. Da qui in poi è una strada in discesa, fa l'università di slancio, diventa volontario della Croce Verde, è amato e ben voluto perché è sempre sorridente e si pone nel modo giusto, con i pazienti, dicono i coordinatori del suo percorso formativo, ha un rapporto strepitoso. Una volta laureato trova naturalmente e immediatamente lavoro.

E se quanto sopra non vi ha ancora convinto dell'importanza di aiutare all'interno della comunità le persone a crescere, perché queste cose non sai quando, ma prima o poi tornano a vantaggio di tutti, vi racconto un'ultima cosa. Qualche mese fa Momo si trovava sull'autobus e l'autista ha avuto un malore. Lui è intervenuto e ha contribuito a salvargli la vita. Ci è riuscito perché sapeva cosa fare.



Eduche
ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE

Eduché è un'Associazione di Promozione Sociale che opera sul territorio di Pavia e provincia, offrendo supporto allo studio in ogni ambito disciplinare per studenti delle scuole elementari, medie e superiori presso gli spazi messi a disposizione dalla parrocchia di San Lanfranco, con cadenza bisettimanale ogni martedì e il giovedì, dalle ore 16:00 alle ore 18:00. La nostra associazione è da sempre attenta ai ragazzi che presentano difficoltà scolastiche o che semplicemente hanno bisogno di uno spazio sicuro dove poter

svolgere i compiti in compagnia e sotto la supervisione di persone preparate. La nostra squadra si compone principalmente di insegnanti, professionisti e studenti universitari che offrono volontariamente il loro tempo e le loro conoscenze, il tutto coordinato da educatori professionisti.

I nostri obiettivi includono: garantire uno spazio di accoglienza; cercare di risolvere le difficoltà che i ragazzi incontrano nel loro percorso di crescita; supportarli nei loro tentativi di orientamento formativo in un progressivo percorso verso l'autonomia e la coscienza di sé.

I ragazzi vengono aiutati nello svolgimento dei compiti, nella preparazione a interrogazioni, esami e recupero debiti formativi, cercando di insegnare loro un efficace metodo di studio in accordo con le famiglie e le relative scuole di appartenenza.

Il numero dei partecipanti al doposcuola è in costante aumento, il che testimonia il bisogno per molti di una realtà come questa. Solo quest'anno, il numero di iscritti è arrivato a 140, sia italiani che extracomunitari provenienti da 21 diverse nazionalità e praticanti differenti religioni; nonostante queste cifre, siamo riusciti a creare un buon affiatamento tra i ragazzi raggiungendo un ottimo livello di integrazione. Il nostro compito è anche quello di supportare le famiglie per aiutare con più efficacia i ragazzi e mantenere i contatti con le scuole di appartenenza.

Il doposcuola segue generalmente il calendario scolastico, per cui le nostre attività partono la prima settimana di ottobre e proseguono fino all'ultima settimana di scuola; solo per i ragazzi che devono sostenere l'esame di terza media o di maturità, il nostro supporto si protrae fino alla fine di giugno, mettendo loro a disposizione insegnanti che li aiutano nella stesura dei percorsi tematici, nella preparazione delle prove scritte e infine nella simulazione della prova orale.

Per tutte le altre attività e ulteriori informazioni consultare il sito www.educho.net.

La salute delle mamme e dei bambini migranti: l'esperienza del centro di salute e ascolto dell'ospedale San Paolo di Milano

Barbara Grijuela

Ginecologa, Centro di salute e ascolto per le donne straniere e i loro bambini
Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

È attivo dal 2000 presso l'Ospedale San Paolo di Milano il Centro di salute e ascolto per le donne straniere e i loro bambini, un servizio multidisciplinare ambulatoriale dedicato alla salute e al benessere delle donne provenienti da altri paesi, che diventano madri in Italia.

Le donne rappresentano il 50% dei migranti in Europa e sono in gran parte in età riproduttiva. Da diversi anni i parti delle donne immigrate a Milano oscillano tra il 30 e il 40% nelle diverse maternità milanesi. All'ospedale San Paolo nel 2022 sono stati il 42%.

Le nostre istituzioni faticano ad attrezzarsi per accogliere e assistere adeguatamente queste donne, e la diversità di lingua e di cultura è spesso vista ancor oggi come un ostacolo e non come una ricchezza.

Caratteristiche innovative di questo servizio sono la presenza di un'equipe multidisciplinare composta di varie figure professionali femminili, la presenza costante e continua di mediatrici linguistico-culturali in ogni fase del percorso di cura, l'istituzione e il consolidamento di una rete sia con i servizi intraospedalieri, come la sala parto e i reparti di ostetricia e pediatria, sia extra-ospedalieri, come i consultori e le realtà del terzo settore sociale.

L'accesso al servizio è libero per le urgenze, programmato per le situazioni differibili, sono contemporaneamente presenti diverse operatrici, una ginecologa, un'ostetrica, un'assistente sociale, una psicologa, una pediatra e un gruppo di mediatrici linguistico-culturali di lingua araba, spagnola, filippina, cinese, cingalese, bengalese. Le mediatrici di altri idiomi sono chiamate in caso di necessità specifiche. Il centro è aperto tre volte la settimana, e offre visite ostetriche e ginecologiche, visite pediatriche per il primo anno di vita del bambino, colloqui psicologici e sociali, colloqui individuali mirati con l'ostetrica, gruppi terapeutici di clinica transculturale, traduzione di materiale informativo.

Il personale medico fa parte dell'organico ospedaliero, mentre le mediatrici linguistico-culturali, le psicologhe, le assistenti sociali e l'ostetrica fanno parte della cooperativa sociale Crinali. Un servizio analogo è presente presso l'Ospedale San Carlo di Milano.

Obiettivi del Centro di salute e ascolto sin dalla sua fondazione sono stati garantire un'assistenza che tenga conto delle differenze culturali, semplificare e migliorare l'ac-

cesso alle strutture sanitarie, ridurre il numero di accessi impropri al pronto soccorso, sensibilizzare il personale sanitario, garantire quindi il diritto alle cure di una popolazione sempre più spesso vulnerabile, in un'ottica di tipo transculturale. Come asserito dalla rivista Lancet nel 2014, il sistematico mancato riconoscimento dell'influenza delle culture sulla salute rappresenta la principale barriera al miglioramento degli standard di cura.

La salute riproduttiva delle donne e il periodo perinatale rappresentano un'area d'intervento sanitario di primaria importanza. Durante la gravidanza, il parto e il puerperio, s'integrano, infatti, piani biologici, psicologici, sociali e culturali.

La gravidanza, il parto, le cure al neonato, l'educazione dei bambini, sono profondamente impregnati di cultura e rimandano a come un determinato gruppo culturale concepisce la vita e il mondo. Nella migrazione, il mondo esterno, cioè il paese in cui si migra, spesso non è coerente con il mondo interno delle proprie origini, e le rappresentazioni sulla maternità, il parto, la famiglia, la cura dei bambini, non corrispondono a quelle del nuovo Paese. Questo porta alla disgregazione del cosiddetto involucro culturale, la donna diviene vulnerabile, trasmette la propria insicurezza al bambino, rendendolo a sua volta vulnerabile. Accogliere e rafforzare il benessere fisico ed emozionale delle madri pertanto significa renderle più sicure, rendendo più sicuri i neonati e i bambini che nasceranno. La salute delle mamme e dei bambini è pensata insieme da professioniste differenti, che intersecano le proprie competenze e le proprie professionalità in una direzione comune. Lavorare insieme in modo coerente e continuativo non è semplice né scontato, e richiede un decentramento rispetto alla propria cultura professionale. Dopo un ascolto attento è necessario offrire delle risposte, che siano sia corrette da un punto di vista sanitario, sia culturalmente appropriate e rispettose.

I problemi dell'incontro non sono marginali: come capire e come farsi capire, come integrare le diverse medicine, le diverse rappresentazioni dei sanitari e dei servizi in cui lavorano, come comprendere le diverse rappresentazioni della famiglia e dei ruoli di genere e familiari, come accettare ed elaborare i diversi modi di vivere il tempo e gli appuntamenti ospedalieri.

Il lavoro quotidiano che si svolge al Centro di salute e Ascolto per le donne straniere è fatto di una serie di momenti.

Il primo e fondamentale momento è l'accoglienza, da cui emerge sia l'importanza della mediatrice, ponte tra due culture, sia il decentramento culturale attuato dall'operatrice sanitaria.

Il secondo momento è garantire l'accessibilità alle cure, farsi mediatori di un sistema sanitario non sempre facilmente accessibile, mediare per l'ottenimento di una tessera sanitaria o di titoli di assistenza equiparati, come il codice STP. Nonostante l'articolo 32 della Costituzione italiana identifichi la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", dunque non vincolato alla cittadinanza o allo status regolare o irregolare, non sempre le cure sanitarie sono garantite o ovvie per i migranti.

Il terzo momento è garantire un approccio transculturale alle cure, mediare tra i diversi modi di curare il corpo e le emozioni.

Infine, garantire l'adeguatezza delle cure, in una popolazione in cui viene sempre più frequentemente meno il concetto di "migrante sano".

In Europa sono descritti oramai da anni dei peggiori esiti sia materni sia neonatali nelle popolazioni migranti, soprattutto se di tipo forzato. E' stata dimostrata una maggior incidenza di tagli cesarei, parti strumentali, patologie della gravidanza, basso indice di APGAR e basso peso alla nascita dei neonati. Il rischio di morte nelle madri migranti è circa doppio rispetto alla popolazione autoctona. La principale causa di ciò risiede nella ridotta accessibilità alle cure, o comunque in percorsi di cura inadeguati, cui si associano patologie peculiari dei paesi d'origine, che spesso disconosciamo alle nostre latitudini.

Anche in Lombardia vi è un maggior tasso di tagli cesarei nelle donne migranti di origine africana, vengono eseguite un minor numero di visite in gravidanza, un minor numero di ecografie ostetriche ed esami di diagnosi prenatale, e i neonati di mamme migranti hanno un minor indice di APGAR e una maggiore probabilità di ricovero nei reparti di patologia e terapia intensiva neonatale.

E' inoltre dimostrato che i peggiori esiti sia materni sia neonatali nella popolazione migrante si osservano in quei Paesi con una politica di bassa integrazione.

In una recente tesi di laurea su più di 27.000 donne che hanno partorito presso l'ospedale San Paolo tra il 2000 e il 2020, di cui 9.000 straniere, le donne migranti hanno dimostrato avere una maggior incidenza di patologie della gravidanza quali diabete, obesità, malattie infettive, mentre i neonati hanno presentato una maggiore incidenza di disturbi di accrescimento e minor indice di APGAR alla nascita. Nella popolazione migrante, la sottopopolazione

seguita al centro, pur partendo da una situazione di maggior vulnerabilità sanitaria, ha però dimostrato degli esiti al parto e degli esiti neonatali sovrapponibili alla popolazione autoctona, a dimostrazione del fatto che i controlli regolari in gravidanza migliorano gli esiti, rispetto ai mancati controlli o agli scarsi controlli, come avvenuto nelle altre donne che hanno partorito presso il punto nascita. Il dispositivo gruppale di lavoro adottato al Centro è il frutto di ricerche non solo mediche, ma anche antropologiche, psicologiche e sociali. Il gruppo in molte culture è protettivo, più sicuro rispetto alla relazione duale, è mediazione tra terapie occidentali e tradizionali, permette di far circolare diverse rappresentazioni del problema, e consente l'elaborazione del controtransfert culturale.

Per quanto riguarda la metodologia di lavoro del Centro, sono riportati di seguito alcuni suggerimenti e alcuni esempi. E' importante ricordare che la metodologia di lavoro, così come la migrazione, sono processi dinamici, che sono stati modificati e adattati nel corso del tempo, pur mantenendo alcuni principi e alcuni tempi imprescindibili. Al primo incontro, il cosiddetto colloquio di accoglienza, è innanzitutto necessario spiegare come avvengono i controlli in gravidanza nel nostro Paese, esplicitando l'importanza di esami, ecografie, visite regolari.

E' necessario condividere sempre il piano di cura e attribuirne il senso, non dare nulla per scontato, essere rispettosi dei significati culturali e religiosi che vengono attribuiti alla gravidanza, utilizzare il linguaggio non verbale, spiegare sempre che la mediatrice, oltre ad essere vincolata ai principi di riservatezza e segretezza al pari di ogni figura sanitaria, è necessaria a noi operatrici per capire e curare al meglio.

E' necessario partire dal presupposto che in molte culture la gravidanza, il parto e il puerperio sono momenti delicati in cui il mondo terreno e il mondo ultraterreno s'incontrano, ciò condiziona il modo di percepire e recepire le cure, e noi dobbiamo esserne consapevoli. Ad esempio, la gravidanza è spesso celata e non manifesta, come avviene nella cultura occidentale, per proteggere il feto dall'invidia, dal malocchio, dagli spiriti del mondo ultraterreno (JINN). Le operatrici sanitarie questo aspetto lo devono conoscere, e grazie all'intervento delle mediatri spiegare invece l'importanza di interventi medici volti a disvelare il feto, come i controlli prenatali precoci, le ecografie e gli accertamenti di diagnosi prenatale.

Allo stesso modo, in molte culture la gravidanza è percepita come un fenomeno naturale, in cui il corpo della donna si accresce, rischiando di misconoscere alcuni sintomi e segni di patologia, come l'eccessivo incremento ponderale, gli edemi, la cefalea, i disturbi visivi. L'operatrice sanitaria deve esserne consapevole, informare ed essere persuasiva in tal senso grazie all'intervento della

mediatrice.

Molte culture tradizionali prevedono alcune restrizioni rituali, come il digiuno e l'inattività fisica. Ciò è molto importante in periodi dell'anno particolari, come il mese del digiuno religioso islamico (RAMADAN). Grazie all'approccio transculturale, operatrici sanitarie e mediatri linguistico-culturali hanno il compito di spiegare alle donne il potenziale dannoso che il digiuno può avere sulla madre e sul feto, e soprattutto l'infondatezza della pratica in gravidanza anche da un punto di vista religioso, dal momento che il corano fa rientrare la gravidanza e l'allattamento in quelle situazioni in cui il digiuno può essere interrotto. Un momento particolarmente importante nel percorso di accompagnamento alla nascita delle donne migranti è rappresentato dal colloquio individuale con l'ostetrica in preparazione del parto, circa due mesi prima della data presunta del parto. È un momento cruciale per spiegare come si partorisce nei nostri punti nascita, le modalità di accesso, gli operatori presenti, i riti e i rituali al momento del parto, come il taglio del cordone ombelicale, la visione della placenta e del sangue, il contatto con il bambino. Anche in questo caso è necessario non dare nulla per scontato; prima di proporre momenti che oramai fanno parte del processo di umanizzazione occidentale della sala parto, come il contatto pelle a pelle nelle prime due ore di vita (skin to skin), il taglio del cordone ombelicale da parte del papà, bisogna spiegare, e la donna deve comprendere prima di poter accettare consapevolmente. Anche l'analgesia del parto va spiegata e compresa, perché in molte culture vi è una corrispondenza tra il dolore e l'essere una buona madre.

Esiste poi il concetto di "buon parto" e "cattivo parto" legato alla modalità di travaglio e di parto. È un compito delle operatrici sanitarie e delle mediatri spiegare l'importanza che l'eventuale medicalizzazione dell'evento nascita può avere per il benessere della mamma e del bambino, per permettere alle donne di comprendere e non accettare passivamente azioni mediche come l'induzione del travaglio di parto, l'applicazione della ventosa ostetrica o il ricorso al taglio cesareo.

Il percorso di cura e accompagnamento non si riduce ovviamente alla gravidanza e al parto, ma prosegue per il post-partum e per il primo anno di vita del neonato. Questo programma di controlli permette da un lato di parlare di contraccezione e prevenzione con le mamme, e dall'altro lato di monitorare l'accrescimento del bambino e le tappe di attaccamento mamma-bambino.

I quaranta giorni dopo il parto in molte culture rappresentano un momento di confinamento per la madre e il bambino, che spetta alle operatrici sanitarie conoscere e contrastare, per spiegare invece l'importanza del movimento, per perdere peso, e per ridurre il rischio di trombosi ed embolia polmonare, nonché l'importanza dell'esposizione del neonato alla luce solare, per la prevenzione dell'ittero e del deficit di vitamina D.

I controlli del bambino nel primo anno di vita in un servizio dedicato consentono di valutare le tappe di sviluppo psico-motorio, l'accrescimento, l'aderenza al programma vaccinale, l'allattamento e il divezzamento, sempre in un'ottica transculturale che non stigmatizzi un modo altro di essere madre. Il centro di salute e ascolto, essendo riferimento regionale per il riconoscimento e la cura delle mutilazioni genitali femminili (MGF), grazie alla copresenza di ginecologhe e pediatri permette infine di mettere in atto un protocollo condiviso di intervento di contrasto della pratica nelle generazioni successive.

Da oltre vent'anni il centro di salute e ascolto per le donne straniere e i loro bambini ha preso in carico più di diecimila donne, spesso vulnerabili in conseguenza delle loro storie migratorie, e che per le loro esperienze di vita non hanno sperimentato legami sicuri. Le ha sostenute con legami sicuri, per rafforzare il loro senso di autostima, e accompagnate a divenire più sensibili rispetto ai messaggi dei loro bambini.

In questo panorama, tutti i professionisti che operano nelle diverse realtà, non solo ospedaliere, hanno dimostrato essere dei potenti tutori di resilienza, mentre le mediatri linguistico-culturali rappresentano quotidianamente quelle figure cruciali che potenziano i servizi come luoghi di resilienza.

Famiglie ucraine al San Matteo tra migrazione sanitaria e fuga dalla guerra

Giusi Sciortino

Referente Accoglienza, Fondazione Soleterre

1. Il ponte aereo

Allo scoppio della guerra in Ucraina Fondazione Soleterre, che da 20 anni interviene in Ucraina con progetti rivolti a pazienti oncologici pediatrici, ha stretto una collaborazione con il Dipartimento di Protezione Civile e con CROSS (Centrale Operativa Remota Operazioni Soccorso Sanitario) all'interno di un'attività di evacuazione medica dei pazienti oncologici pediatrici ucraini in strutture ospedaliere italiane, permettendo così il prosieguo delle cure mediche a più di 94 bambini.

L'operazione si è configurata come la più grande evacuazione medica di pazienti oncologici pediatrici mai effettuata. Una parte dei pazienti evacuati è stata presa in carico dal reparto di Oncoematologia Pediatrica del Policlinico San Matteo di Pavia dove sono tuttora seguiti.

2. I servizi attivati da Soleterre a Pavia

Soleterre è presente ormai dal 2012 all'interno del Policlinico San Matteo con servizi di supporto psicologico in



diversi ambiti (oncoematologia pediatrica, COVID, malattie rare etc), la Fondazione ha quindi implementato tra le proprie attività anche servizi specifici per i pazienti ucraini ed i loro nuclei fornendo, oltre al supporto psicologico in lingua, un importante servizio di mediazione linguistico culturale e di segretariato sociale.

Ad oggi, i servizi sono stati erogati a **55 pazienti** ricoverati in diversi reparti dell'ospedale (Oncoematologia Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, Oncologia, Diabetologia, Ortopedia, Rianimazione, Pronto Soccorso), di cui **31 adulti e 24 bambini** di diverse fasce d'età.

Soleterre monitora costantemente il percorso delle persone arrivate tramite ponte aereo al Policlinico San Matteo, così come di tutte le famiglie per cui se ne ravvisa la necessità, garantendo il corretto espletamento delle pratiche burocratiche necessarie al loro regolare soggiorno

ed all'accesso alle cure (richiesta di Permesso di Soggiorno per Protezione Temporanea, rilascio e successivi rinnovi Tessera Sanitaria ed esenzioni, richiesta Invalidità e altre pratiche eventualmente necessarie)

Il supporto psicologico viene offerto sia attraverso colloqui individuali in lingua che con attività di gruppo pensate soprattutto per i piccoli pazienti che vengono riuniti per fasce d'età omogenee. Data la particolare utenza e la molteplicità di fattori traumatizzanti cui è stata esposta si valuta di fondamentale importanza poter garantire il supporto psicologico in lingua come strumento di intervento immediato.

È stato inoltre attivato un servizio di mediazione linguistico culturale a supporto del personale sanitario e dei pazienti coi loro familiari per facilitare la comunicazione e la comprensione reciproche.

3. Il percorso migratorio dei nuclei ucraini

La peculiare situazione di questi nuclei rende ancor più evidente quanto sia determinante nella loro presa in carico, tenere in adeguata considerazione fattori quali la differenza culturale, le eventuali barriere linguistiche e i fattori traumatizzanti che in questo caso specifico sono molteplici e interconnessi.

Le famiglie ucraine arrivate a seguito dell'evacuazione medica sono infatti sia nuclei con minori oncologici, sia famiglie in fuga da un conflitto armato, che hanno lasciato i propri cari in una situazione di grave pericolo e si trovano ad affrontare il difficile percorso legato alle cure in un altro paese, con il carico di paura ed angoscia ad esso correlato, amplificato dalla preoccupazione per chi è rimasto in Ucraina.

Verosimilmente queste famiglie avrebbero continuato le cure dei propri figli in Ucraina, se non fosse scoppiata la guerra e sarebbero rimaste lì, nonostante la guerra, se i figli non fossero stati malati. È stata la congiuntura dei due fattori a rendere indispensabile il trasferimento, che è dunque vissuto non come una scelta maturata dall'individuo, ma come un obbligo imposto da fattori esterni e non controllabili dal singolo.

Il caso di queste famiglie risulta dunque di particolare interesse poiché non si tratta di una "migrazione sanitaria" né di una migrazione determinata unicamente dal conflitto, non si tratta di famiglie che hanno deciso di far curare il proprio figlio in un altro paese perché convinte che

¹ Si veda a tal proposito R.K. Papadopoulos, *Dislocazione involontaria. Trauma e Resilienza nell'esperienza di sradicamento*. Bollati Boringhieri, Torino, 2022.

avrebbe potuto ricevere cure migliori, ma di famiglie che hanno dovuto fuggire dal proprio paese per poter continuare a garantire le cure ai propri figli.

4. Per una presa in carico transculturale

Soletterre è presente da diversi anni presso il reparto di oncematologia pediatrica con un'equipe di psicologi a supporto di tutti i pazienti e delle famiglie che lo frequentano, tuttavia nel caso specifico delle famiglie ucraine, data la loro numerosità e la doppia condizione di pazienti oncologici e di profughi, ha ritenuto di fornir loro la possibilità di avere un supporto psicologico in lingua garantito da psicologhe ucraine in presenza e da remoto sia per i piccoli pazienti che per le famiglie.

La migrazione comporta una serie di modifiche del contesto di vita dell'individuo che lo sottopongono ad un forte stress e che richiedono un notevole investimento di energie nel processo di adattamento.

T. Baubet e M.R. Moro² individuano 8 aree oggetto di questo processo di adattamento:

- **Ambiente:** clima, modo di vestire, modalità di relazione col vicinato, alimentazione etc..
- **Lingua,** stili di comunicazione, comunicazione non verbale.
- **Perdita della rete sociale**
- **Modificazione dei ruoli sociali:** professione, posizione sociale
- **Modificazione dei ruoli familiari**
- Possibilità di **pratiche religiose**
- **Regole e leggi** in vigore
- **Conflitti di lealtà** rispetto al proprio paese d'origine o alla propria cultura di appartenenza

Nel caso dei nuclei ucraini qui presi in esame si rileva una particolare resistenza ad affrontare il processo di adattamento all'attuale contesto di vita, resistenza che è riconducibile in parte ad un **conflitto di lealtà** rispetto al proprio paese d'origine martoriato dalla guerra ed in parte **all'identificazione della permanenza in Italia con la malattia**. In particolare si nota una difficoltà nell'ap-

2 T. Baubet e M.R. Moro, *Psicopatologia transculturale*.

Dall'infanzia all'età adulta. Koinè Centro Interdisciplinare di Psicologia e Scienze dell'Educazione, Roma, 2010

prendimento della lingua italiana verosimilmente vissuto come un processo di accettazione della situazione in cui si trovano e rassegnazione alla permanenza in Italia. Viene dunque a mancare la leva motivazionale all'apprendimento della lingua³ ed il filtro affettivo diviene invalicabile⁴.

La repentina modificazione del proprio ruolo sociale rende difficile ricostruirsi un'immagine di sé nel nuovo contesto di vita mentre la malattia e la guerra nel proprio paese d'origine impediscono la visione di un futuro possibile e costringono queste famiglie in un difficile presente.

Per una presa in carico del paziente che tenga nella dovuta considerazione tali fattori si rivela fondamentale l'apporto dei mediatori linguistico culturali che, oltre a fornire la mera traduzione, si pongono come trait d'union tra diversi mondi.

All'arrivo delle famiglie a Pavia si è provveduto, oltre che ad esaminare la documentazione medica in inglese e l'eventuale traduzione di quella in ucraino inviate dall'ospedale di provenienza, ad una presa in carico di ogni singolo caso attraverso una serie di colloqui tenuti con medici ed infermieri dell'ospedale e mediatori linguistico culturali di Soletterre al fine di ricostruire il più accuratamente possibile la storia clinica ed il percorso fatto nel paese d'origine. L'intervento di mediazione ha reso possibile fornire tutte le informazioni necessarie sia allo staff medico che alle famiglie dei pazienti che hanno avuto in questo modo l'occasione di chiedere chiarimenti e rassicurazioni circa il prosieguo delle cure dei propri figli.

I colloqui iniziali sono stati fondamentali nella costruzione della relazione di fiducia di cui la mediazione linguistico culturale è stata, e continua ad essere ad un anno di distanza, elemento di facilitazione.

Soletterre ha dunque fornito e continuerà a fornire un supporto alle famiglie fuggite da una guerra nel proprio paese d'origine ed impegnate a combatterne un'altra qui, impegnandosi a Pavia, così come negli altri luoghi del mondo dove è presente, per contribuire a garantire i diritti delle fasce più deboli della popolazione.

3 P.E. Balboni, *Le sfide di Babele. Insegnare le lingue nelle società complesse*. De Agostini, Novara, 2012

4 S.D. Krashen, *Second language acquisition and second language learning*, Pergamon, Oxford, 1981

Fondazione Soletterre nasce nel 2002 per tutelare il benessere psico-fisico di bambini, donne e uomini in condizioni di vulnerabilità, malattia, povertà e violenza, in Italia e nel mondo. Crediamo che la salute non sia solo assenza di malattia, ma un completo stato di benessere psicologico, fisico e sociale. La salute, in quanto diritto umano fondamentale, non può essere considerata un bene di consumo, né l'accesso alle cure può essere un privilegio destinato solo a chi può permetterselo. Il nostro obiettivo è migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici e innalzare i tassi di sopravvivenza. Sosteniamo le famiglie dei pazienti in cura con supporto psicologico, offriamo sostegno economico e mettiamo a disposizione strutture d'accoglienza per alleviare la cosiddetta povertà oncologica, finanziamo programmi di ricerca scientifica e riqualificazioni degli spazi ospedalieri, sviluppiamo programmi di formazione sulla prevenzione e diagnosi precoce. Ogni anno raggiungiamo circa 4.000 minori e loro familiari. Contrastiamo ogni giorno le disuguaglianze che escludono ancora tanti individui dall'accesso ai sistemi sanitari per ragioni economiche, sociali e di genere, affinché tutte e tutti possano avere diritto a cure dignitose. Nella convinzione che salute non sia solo assenza di malattia, ma attenzione a tutte le dimensioni della vita della persona, siamo impegnati con un programma di accompagnamento al lavoro che valorizzi il potenziale di ciascun individuo dal punto di vista non solo professionale, ma anche personale e culturale. Ogni anno la nostra equipe di consulenti del lavoro e legali, psicologi, mediatori linguistici e culturali prende in carico i bisogni di 3.000 persone in condizioni di precarietà occupazionale e dei loro familiari, con particolare attenzione a pazienti oncologici, disoccupati, migranti. Per Soletterre la Salute è Giustizia Sociale.

Un'esperienza di intercultura: le scuole in ospedale

Sabrina Piva e colleghe

docenti della Sez. ospedaliera dell'IC "Angelini"



La Scuola in Ospedale primaria e secondaria dell'IC Angelini a Pavia è presente da tempo, presso l'IRCCS Fondazione S. Matteo, l'IRCCS Fondazione C. Mondino e CNAO. La sua attività è regolata da apposite Convenzioni stipulate dall'Istituzione scolastica con ciascun IRCCS ed è rivolta ad alunni provenienti da tutte le regioni italiane e da Paesi stranieri.

Il fondamentale compito svolto dalla SiO è prendere in carico lo studente ospedalizzato e/o durante le cure in DH e garantire ai giovani pazienti non solo il diritto all'istruzione, ma anche al mantenimento del loro equilibrio psico-fisico, dando un contributo decisivo al recupero dalla dispersione scolastica dovuta alla malattia e al reinserimento degli alunni nelle scuole di appartenenza.

È molto importante che i giovani pazienti frequentino la scuola, per quanto le loro condizioni di salute lo permettano, non solo per recuperare, consolidare e potenziare le abilità e le conoscenze, ma anche per socializzare con persone non facenti parte del personale ospedaliero e

mantenere un rapporto con le normali attività quotidiane.

Noi, insegnanti che operiamo in questo contesto così delicato, abbiamo scelto di presentarci come una scuola attenta ai bisogni e, contemporaneamente, "vera" con concrete proposte di studio e di lavoro, proponendo una didattica "normale", non ludico-ricreativa, con l'obiettivo non solo di sviluppare i saperi essenziali, ma anche di recuperare/consolidare/potenziare conoscenze, abilità e metodo di lavoro.

Ormai da qualche anno non c'è classe, in qualunque ordine di scuola, che non sia multietnica. Questa realtà si ritrova anche nella nostra sezione ospedaliera. Infatti, sono sempre più numerosi i giovani stranieri ricoverati, provenienti da tutte le parti del mondo, arrivati nel nostro paese con la famiglia per trovare una vita migliore o solo per le cure.

Per i giovani pazienti in Italia solo per la malattia, l'italiano non è né lingua materna, della casa, degli affetti, del gruppo di appartenenza, né lingua straniera perché viene appresa nel contesto in cui la lingua è d'uso.

Quindi il suo apprendimento è fondamentale per questi ragazzi in quanto costituisce il solo mezzo a loro disposizione per integrarsi e relazionarsi all'interno della nuova e difficile realtà in cui si trovano catapultati, dopo essere stati "strappati" al loro ambiente, ai loro affetti più cari e alle loro piccole abitudini quotidiane.

La conoscenza della nostra lingua, inoltre, permette a ciascuno di loro di esprimere i propri bisogni, il proprio stato di benessere sia fisico che emotivo e di condividerli con gli altri. È compito di noi insegnanti aiutarli, nel percorso di alfabetizzazione italiana, ad interagire con il mondo esterno nel più breve tempo possibile con il comprendere e il farsi comprendere imparando, anche e soprattutto, i termini legati alla malattia, alle norme igieniche e alla vita in ospedale, fino ad arrivare alla buona padronanza delle nostre strutture grammaticali e sintattiche.

Così, in poco tempo, si passa dall'apprendimento di parole, articoli e verbi di uso comune, alla lettura di semplici brani legati alle varie discipline presenti in ospedale. Da qui il passo è breve: piacevoli sono i racconti che esprimono le passioni, gli interessi, i sogni dei giovani pazienti a dimostrazione di come sia sempre vivo il ricordo del loro

paese, delle loro tradizioni, delle amicizie e delle abitudini ora lontane. Il poterne parlare con gli altri permette ai ragazzi di sentirle ancora vicine ed a superare la malinconia che a volte arriva non invitata.

Questi piccoli momenti sono una ricchezza che deve essere valorizzata perchè sono non solo per noi adulti, ma anche per i ragazzi italiani un'occasione di scambio, di arricchimento reciproco, oltre che un modo di avvicinarsi, con discrezione, ai sentimenti e ai ricordi dei giovani pazienti stranieri.

Le docenti della Sez. ospedaliera dell'IC "Angelini"

Si ricorda che oltre alla Sezione ospedaliera della scuola primaria e secondaria dell'IC "Angelini" è attiva anche la Sezione ospedaliera della scuola secondaria di secondo grado facente capo all'IIS "Volta" di Pavia.

Per eventuali informazioni:

- Sezione ospedaliera scuola primaria IC "Angelini" : sio-primaria@icangelini.it

- Sezione ospedaliera scuola secondaria di 1°gr IC "Angelini" : siosecondaria@icangelini.it

- Sezione ospedaliera scuola secondaria di 2° gr. : Segreteria IIS "Volta": tel 0382 526352; 3669803199

L'ambulatorio Stranieri: un'idea nata davanti ad una pizza

Elisa Bono e Elena Zaninetta, *Medici volontari*

Angela Correddu, *Infermiera volontaria*

La nostra esperienza con l'Ambulatorio Stranieri è iniziata davanti a una pizza.

Era stato organizzato dai Medici responsabili dell'Ambulatorio un incontro serale per incentivare la partecipazione di nuove leve.

Sin da subito ci è sembrata una bella idea poter mettere a disposizione le nostre competenze per un bene comune e senza pensarci molto abbiamo aderito al gruppo. Il gruppo fondatore dell'Ambulatorio Stranieri era costituito da alcuni medici del Policlinico San Matteo di Pavia (Dott.ssa Barbara Guglielmana, Dott. Francesco Falaschi e Dott. Pasquale Esposito), a cui si aggiungevano altri medici e infermieri della Fondazione, sempre su base volontaria. Un contributo importante è stato, inoltre, apportato anche dagli studenti di Medicina, dai Medici Specializzandi e dai Medici del corso di Medicina Generale. Il servizio è nato dal desiderio e dalla necessità di offrire assistenza sanitaria agli stranieri irregolari, presenti da anni oppure da poco sul suolo italiano, tutti accumulati dal bisogno di cure essenziali.

I principi fondanti dell'Ambulatorio Stranieri sono ben esplicitati a livello giuridico. La nostra Costituzione, nell'articolo 32, afferma che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti." Anche la Corte Costituzionale in merito all'articolo 35 del Testo Unico Immigrazione, con riferimento alle cure non solo urgenti ma anche essenziali, ha ribadito che queste costituiscono garanzia di "un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana", senza discriminazioni di sorta, tra cui la regolarità o meno del soggiorno.

La dizione di cure urgenti e/o essenziali è volutamente ampia, tale da ritenere che non esistano prestazioni rientranti nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che siano escluse dal Testo del Diritto. Nei casi in cui non sia prevista l'iscrizione al SSR, la Legge tutela comunque il

diritto alla Salute fornendo cure urgenti - ossia che non possono essere differite senza pericolo per la vita - e cure essenziali - prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti.

In sintesi, le cure urgenti si identificano nelle prestazioni indifferibili erogate dal Pronto Soccorso e dai ricoveri ospedalieri, mentre le cure essenziali si riferiscono alle prestazioni ambulatoriali specialistiche e di medicina generale, attese nei LEA.

In linea generale per accedere al SSN è necessaria, in caso di indigenza, l'assegnazione di un codice personale -STP "Straniero Temporaneamente Presente" o ENI "Europeo Non Iscritto"/ CSCS "Comunitario Senza Copertura Sanitaria"- a seconda dello stato giuridico di extracomunitario o comunitario irregolarmente soggiornante e indigente.

Successivamente, ogni Regione ha designato le modalità più opportune per applicare le normative in relazione alla propria realtà sanitaria e al contesto di multietnicità; la Regione Lombardia ha affidato a strutture ospedaliere e ambulatori di volontariato no profit, la gestione delle cure mediche di base, in un'ottica ospedale-centrica.

All'atto pratico l'Ambulatorio si svolgeva il mercoledì pomeriggio in una sala medica data a disposizione dal Policlinico San Matteo presso il Padiglione di Malattie Infettive. Gli utenti erano cittadini stranieri delle più svariate nazionalità, bisognosi di assistenza medica. Noi, in quel momento, eravamo i loro medici di Medicina Generale. Gli accessi, il più delle volte, non erano programmati; si provvedeva pertanto a stabilire l'ordine di visita in base all'orario di arrivo e si iniziava, consapevoli che l'afflusso sarebbe stato importante. Purtroppo, l'Ambulatorio era sprovvisto di personale amministrativo di supporto e a nostro carico sarebbe stata anche la registrazione dei

Pazienti e l'assegnazione dell'eventuale codice STP/ENI/CSCS che presupponeva una precisa conoscenza della Legislazione per la corretta applicazione della stessa.

Dal punto di vista clinico, le patologie più frequenti erano croniche, con necessità di follow-up, come ipertensione arteriosa e diabete mellito, ma non erano sporadiche le patologie acute non severe, il cui accesso presso il Pronto soccorso (PS) sarebbe stato improprio. Ricordiamo casi di pazienti affetti da patologie neoplastiche, talvolta in stadi avanzati, spinti dalla speranza di trovare alta qualità di cure in un Paese straniero.

Nonostante gli ostacoli pratici, come la barriera linguistica o la difficoltà di relazionarsi a realtà culturali molto distanti dalla nostra, gli anni dedicati all'Ambulatorio Stranieri sono stati caratterizzati da una crescita personale e pro-

fessionale, di cui siamo grate.

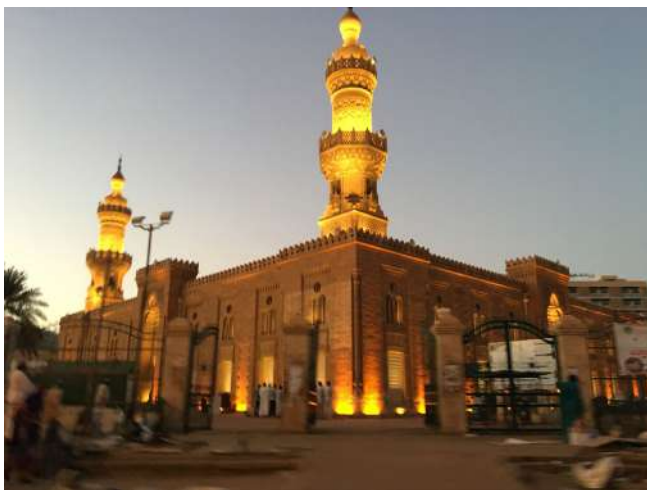
Dal 2020 con l'emergenza covid 19, per motivi logistici e di regolamentazione degli accessi, l'attività dell'Ambulatorio Stranieri è stata interrotta come spazio fisico, ma non è mai venuta meno l'assistenza sanitaria delle persone già in carico e dei nuovi richiedenti. Tutto ciò grazie al costante impegno della Responsabile dell'Ambulatorio Stranieri, Dott.ssa Barbara Guglielmana, che pur in assenza di uno spazio dedicato, ha continuato ad essere un punto di riferimento per la cura degli stranieri irregolari.

Speriamo vivamente nell'imminente riapertura dell'Ambulatorio, promessa a livello dirigenziale.

In missione con Emergency: l'infermieristica senza confini

Simona Albani

Infermiera di Emergency



Il primo Ottobre del 2017 sono partita per una missione di 6 mesi con l'ONG Emergency.

Mi chiamo Simona Albani, ho 35 anni, sono un'infermiera e quando sono partita per il Sudan avevo alle spalle quasi 7 anni di Rianimazione Cardiochirurgica. Partire per una missione in Africa era uno dei miei più grandi sogni, ho dovuto sostenere ben cinque colloqui prima di risultare idonea; inizialmente mi ha bloccato la poca esperienza professionale e la lingua inglese, requisiti essenziali per poter intraprendere la missione. Le mie speranze erano risicate, ma un giorno, ad un congresso, ho visto lo stand di Emergency, mi sono avvicinata e ho iniziato a raccontare alla volontaria quanto ci tenessi ad intraprendere una missione con loro. Il caso ha voluto che dietro quel bancone non ci fosse una volontaria qualsiasi, bensì una dipendente responsabile del reclutamento del personale che ha visto la mia grande voglia di partire e mi ha iscritta personalmente alle selezioni del mese successivo. Quella è stata la volta fortunata, mi hanno presa per andare al Salam Center di Khartoum, un centro di Cardiochirurgia per adulti e pediatrici da far invidia a molti ospedali italiani. Prima di partire ho dovuto prender parte a più colloqui formativi, inerenti l'attività professionale, ma soprattutto la diversità culturale. Un colloquio è interamente dedicato a illustrare le attività lecite, e quelle vietate. Le restrizioni di cui parlavano mi sembravano quantomeno "strane"...ma la realtà in Sudan è completamente diversa dalla nostra e il messaggio che volevano trasmettere è l'ONG ha impiegato anni

per farsi conoscere, apprezzare e ottenere la fiducia della gente e dello Stato sudanese. Di conseguenza non è ammissibile che i "missionari" possano rovinare il lavoro e la fiducia costruiti in tanti anni con atteggiamenti ritenuti "normali" nella nostra cultura, ma che in Sudan vengono considerati poco rispettosi e addirittura contro la legge. In Sudan vige la "shaaria", la legge del Corano. Non ho dovuto indossare il velo, ma ogni volta che giravo per Khartoum, mi sentivo puntati gli occhi addosso, perché "bianca" e senza velo. Potevamo indossare solo indumenti larghi, gomiti e ginocchia coperti, e nulla che potesse segnare le forme del corpo. Vietato ogni forma di contatto fisico in pubblico, anche tra noi "internazionali", niente effusioni, nemmeno una mano sul braccio (soprattutto tra uomo e donna). In pubblico ci consigliavano di indossare la maglia ufficiale di Emergency e di avere sempre esposto il badge identificativo. Per i mesi che ho vissuto in missione la situazione politica è stata abbastanza tranquilla, ci era concesso di uscire dal compound (il luogo dove vivevamo), avevamo un mezzo dedicato che ad orari fissi ci portava in centro città e ci riportava al Salam; tuttavia avevamo la possibilità di chiamare un "damas", una specie di taxi, che ci portasse dove desideravamo. Abbiamo imparato a mercanteggiare, a parlare un po' di arabo perché i "kawagia" sono ricchi e bisogna contrattare con loro ogni aspetti inerente il denaro.

A proposito, "Kawagia" è il termine dispregiativo con cui i sudanesi identificano i "bianchi".





Per il cambio dei soldi da Euro a SDG, la lira sudanese, potevamo rivolgerci alle banche o a centri convenzionati, ma la maggior parte delle volte ci recavamo nel retrò di un supermercato con cui avevamo contrattato un cambio molto favorevole (anche se non credo fosse legale!).

Ci muovevamo esclusivamente in gruppo, nonostante la situazione fosse abbastanza tranquilla, ma era necessario avere accortezza, soprattutto noi “donne bianche”. Sembrava di vivere una realtà parallela, ci sentivamo “ricchi”, potevamo permetterci di mangiare nei ristoranti inavvicinabili per la stragrande maggioranza della popolazione locale, mangiare tanto da star male e pagare l'equivalente di 8€.

Il valore della moneta era talmente conveniente che potevamo permetterci di avere centinaia di banconote, nonostante avessimo in tasca il valore di 10-20€.

Questa sensazione di “superiorità” inizialmente ci faceva sentire a nostro agio, ma ad un certo punto veniva investita da un altro pensiero, ossia il livello di povertà in questo Paese. Bella. All'uscita dei ristoranti era prassi fare la “doggy bag”, che donavamo sempre ai senzatetto che era al di fuori degli stessi.

Ho il nitido ricordo di un episodio in cui abbiamo mangiato la pizza al trancio. Abituati alle quantità Italiane, abbiamo effettuato l'ordine dimenticandoci completamente di non essere nel nostro Paese. Abbiamo ricevuto una quantità di pizza inverosimile. Siamo stati letteralmente invasi dai sensi di colpa. Abbiamo deciso che tutto l'avanzo lo avremmo portato con noi, per non sprecarlo. Appena fuori dalla pizzeria c'era una famiglia, con 3 figli piccoli che piangevano. Abbiamo donato tutto a loro, si sono quasi inginocchiati per ringraziarci. “Non è giusto”, questo è stato il nostro pensiero.

La povertà non è giusta. Mi sono sentita in colpa, quella sera più di ogni altra, per essere nata nel “lato fortunato del mondo”. In ospedale il lavoro degli “internazionali” è quello di supervisionare le infermiere sudanesi. Non ci

sono infermieri maschi al Salam Center. Il periodo della mia missione coincideva casualmente con una fase in cui ci sono stati molti licenziamenti di personale locale, di conseguenza ho dovuto lavorare come unità, supervisionare il lavoro di 3/4 infermiere per ogni turno e formare una studentessa infermiera alle prime armi. Non nego che sia stata dura. Avevamo dei ritmi serrati, una media di 4 interventi chirurgici al giorno e altrettante dimissioni.

La terapia intensiva è composta da 15 posti letto, di cui 2 dedicati ai pazienti in isolamento. Il rapporto infermiere locale/ paziente infetto è 1 infermiere/1 paziente, mentre per i pazienti non infetti 1 infermiere/2 pazienti.

La procedura dell'emogas era compito degli infermieri locali, che trasmettevano all'infermiere internazionale il risultato. Quest'ultimo aveva responsabilità nell'interpretazione dei risultati, ed eventualmente di riportare al medico eventuali parametri meritevoli di attenzione.

Una serie di protocolli, come quello per l'insulina, permettevano anche un certo spazio di “autonomia” agli infermieri locali. Tutto il personale, ad inizio turno si recava in borghese all'ospedale, per ritirare la propria divisa bianca e gli zoccoli. Chi lavora in ICU, invece, aveva degli spogliatoi dedicati, ed una divisa di colore verde. Le infermiere sudanesi avevano la divisa completa di chador e durante il turno di 12 ore avevano la possibilità di interrompere temporaneamente l'assistenza per pregare tre volte. In questi frangenti di tempo vi era l'infermiere internazionale che prendeva il loro posto. Il nostro turno durava 12 ore: giorno-notte-smonto e nuovo ciclo di turno. Una volta al mese, due raramente, veniva concesso un riposo dopo lo smonto notte... abbiamo fatto poca fatica a capire di non essere in vacanza!

L'attenzione alle infezioni nosocomiali era davvero scrupolosa. Ad accompagnare i pazienti ad eseguire la TC-scan ci pensavano il medico di guardia internazionale e l'infermiere internazionale. Ogni volta che si metteva piede fuori dall'ICU si accompagnava nel filtro il paziente allettato e a



turno infermiere e medico indossavano divisa bianca per "testimoniare" l'uscita dalla terapia intensiva. Al contrario, quando si rientrava in ICU, si effettuava lo stesso procedimento, ma si indossava nuovamente la divisa verde...vi erano giornate in cui capitava di cambiare la divisa anche 6 volte, considerando le procedure e la pausa pranzo! Alla sera, solitamente, noi in missione cenavamo insieme e poi ci riunivamo "common room" per qualche gioco o per guardare un film, ma anche per suonare la chitarra, ballare, cantare...siamo stati anche ospiti dell'ambasciatore italiano in Sudan!

È stata un'esperienza davvero intensa...molto costruttiva ma intensa! Con gli internazionali abbiamo instaurato rapporti unici, con alcuni ancora oggi riusciamo a incontrarci. Il rapporto con i sudanesi è stato un po' più difficile da costruire. Sono persone che fanno fatica a fidarsi, ma una volta che capiscono il motivo per cui sei nel loro Paese, si dimostrano davvero amichevoli! Un'infermiera sudanese, A., si era particolarmente affezionata a me, e prima che partissi per tornare in Italia mi ha regalato dei porta incensi che le avevo detto mi sarebbero piaciuti per la mia nuova casa. Abbiamo avuto, con qualcuna di loro, delle chiacchierate interessanti, un po' di confronto culturale insomma...io non comprendevo, da donna, come loro potessero accettare la poligamia (unidirezionale). Ho aperto gli occhi su molte cose...ho capito davvero che l'essere umano è umano, con o senza velo, la gelosia, come gli altri sentimenti, è umana e comune a tutti. F,



una collega Sudanese, mi ha trasmesso parte di queste sensazioni, quando mi ha detto "certo che sono gelosa di mio marito!". Un altro episodio che ricordo è quando ho espresso a M. una mia convinzione, ossia che gli uomini Sudanesi vivessero con tutte le mogli in un unico harem, e invece lei mi ha detto: "Se io vivessi sotto lo stesso tetto della seconda moglie di mio marito la ucciderei con le mie stesse mani!" mi ha fatto davvero ridere di gusto, ma allo stesso tempo riflettere su quanto sia contraddittorio tutto questo. M. mi ha spiegato che ogni uomo può sposare un massimo di cinque donne e lo stile di vita che garantisce alla prima moglie è lo stesso che deve garantire alla seconda, alla terza, alla quarta e alla quinta. La conclusione è stata che anche per loro, ad eccezione di chi è davvero ricco, è difficile poter mantenere alti standard per più di una moglie e quindi, alla fine, la maggior parte di loro è monogamo. Abbiamo parlato di come il divorzio sia legale e di come invece non sia ben vista la convivenza senza matrimonio. Io avevo 30 anni quando sono partita e avevo appena comperato una casa, esclusivamente per me. Sono rimasta un pomeriggio intero a spiegare il perché di questa scelta. Ho fallito miseramente il mio tentativo, in generale il concetto di donna indipendente o di donna in carriera o di una donna che non ha bisogno di "essere mantenuta" è fuori da ogni loro logica. In Sudan le donne possono guidare, hanno la patente ma nel caso avessero un incidente (ne ho assistito a uno personalmente) bisogna aspettare che il padre, il marito o il fratello si rechino sul posto dell'incidente per risolvere la questione, con o senza polizia. La donna può non portare il chador di propria spontanea volontà, ma è il padre o il marito che lo decidono. E a loro sta bene così. Si sentono protette. Le ragazze sudanesi che ho conosciuto sono molto affascinanti e anche molto vanitose, quando ci cambiavamo in spogliatoio ci mostravano i loro capelli, le trecce fatte in un modo piuttosto che in un altro o il colore usato per la nuova tinta dei capelli. Capitava quindi di porre delle domande, anche un po' "banali", come ad esempio "ma perché anche voi andate dalla parrucchiera? Ma se avete sempre il velo perché ve li acconciate?! Tanto non vi vede nessuno!" la risposta era sempre unica e disarmante: "per mio marito!". Il contatto fisico, per noi parte del nostro modo di essere, della nostra gestualità, della nostra comunicazione, non è sempre ben visto. Un'infermiera sudanese ha espressamente chiesto al medico italiano, che le aveva appoggiato la mano sul braccio mentre le chiedeva di infondere del Paracetamolo al suo paziente febbrile, di spostare la mano e di evitare ogni contatto con lei. Non tutte le ragazze reagiscono così, alcune sono più rigorose di altre, ancora oggi però non sono riuscita a capire se dipende da un fattore personale o, invece, dalla volontà degli uomini della propria famiglia. Un diktat che ci hanno dato prima di partire è stato pro-



prio quello di non avere relazioni con i locali. Su quello non volevano si scherzasse. L'uomo bianco che cerca di portare via la donna sudanese non riceve una pacca sulla spalla ed un semplice richiamo dalla polizia locale.

Un ragazzo Italiano che ha intrapreso la missione un paio di mesi dopo di me, ha conosciuto una ragazza sudanese ad una cena all'ambasciata. Essendo territorio italiano, la ragazza sapeva di non essere soggetta alla shaaria. Si è tolta il velo, ha chiacchierato tranquillamente con questo ragazzo, si sono scambiati il numero di telefono, lei gli ha raccontato di essersi trasferita in Arabia Saudita a studiare e quando è arrivato il momento di salutarsi si sono organizzati per rivedersi da soli. Dopo qualche giorno, si sono rivisti in un bar in stile europeo, frequentato dai cooperatori e da altri europei, lei si è evidentemente sentita a proprio agio e si è abbassata il velo. Appena si sono allontanati per salutarsi, una volante della polizia li ha seguiti. Dall'auto sono scesi dei poliziotti con i mitra puntati, sono stati arrestati e portati in prigione. Lui è riuscito a far sapere al capo di essere in missione con Emergency,

hanno chiamato Gino Strada in persona (che al momento era in Italia) e grazie a lui è stato rilasciato. La ragazza, abbiamo saputo a distanza di tempo, sta bene ma il mio amico è stato rimpatriato con il primo volo per l'Italia. Il giorno di Natale abbiamo deciso di recarci in una chiesa cattolica per messa di Natale. Solo il 3% della popolazione sudanese è di religione cattolica. In tutta Khartoum, infatti, credo si siano solo due chiese cattoliche. Mentre eravamo sul damas, abbiamo capito di essere nelle vicinanze della Chiesa quando abbiamo visto l'esercito armato fino ai denti e schierato per km.

Cosa posso dire di più?

Ho vissuto una realtà affascinante, una realtà che va rispettata e che esige rispetto, da non sottovalutare. Ho compreso il valore della diversità, l'ho toccata con mano. Ho anche cercato però di entrare nella loro visione delle cose e mi è piaciuto! Credo davvero di essere cresciuta in questi 6 mesi!

È stata un'esperienza unica e incredibile. Ho visto e vissuto in posti bellissimi, ma allo stesso tempo anche in posti tristissimi. Abbiamo visitato un centro gestito interamente da ostetriche. Una grossa fetta del loro lavoro consiste nel fare educazione sessuale. Le donne vengono ancora infibulate. È contro la legge, ma la cosa davvero tragica è a subirlo sono bambine di 6-7 anni dai loro parenti (mamma, nonne) o dalle anziane del villaggio. La donna nasce condannata a soffrire fin da bambina e la cosa che ho più impresso nella mente è la dignità di quelle donne, come accettino la loro condizione il loro destino, ed il loro "scopo di vita", ossia rendere felici gli uomini. Concludo consigliando a tutti i colleghi di intraprendere almeno una missione nella vita, fa aprire davvero gli occhi, fa crescere come uomini e donne ancora prima che come professionisti!

Benessere nell'assistenza infermieristica

Simone Cosmai

Infermiere, Consigliere Ordine delle Professioni infermieristiche della provincia di Bergamo

“Essere non fare, proprio perché ci si prende cura essendo e non facendo”. Assistere, cioè stare accanto, trova le sue origini da quando esiste l'uomo. L'essere accanto: un atteggiamento di prossimità, di attesa di accoglienza e di servizio.

L'essere accanto ha trovato una specificazione scientifica con Florence Nightingale nel momento in cui la scienza si è messa a disposizione dello stare accanto facendo nascere così l'Assistenza Infermieristica. L'assistenza infermieristica è allo stesso tempo e inscindibilmente, scienza e arte, tecnica ed etica, coltivate dall'infermiere per poter sempre meglio comprendere e soddisfare i bisogni di assistenza del cittadino in modo misurabile, efficace ed efficiente, ma soprattutto attento e aperto al dialogo verso l'alterità. È nell'essere infermiera/e che il professionista dà senso e significato al suo agire e dimostra quotidianamente il suo vero scopo nell'incontro con l'altro indipendentemente da chi esso sia. Questo “essere” attraverso gesti di cura deve protendere e ambire necessariamente al Bene. Il benessere nell'agire infermieristico si potrebbe meglio rappresentare con il significato di *bendessere* ovvero quel neologismo che permette di rivelare quale sia la componente di bene nell'essere un infermiere.

Il *bendessere* per l'infermiere è avere la consapevolezza che si è a servizio dell'umano, è la consapevolezza che prendersi cura dell'uomo delle sue unicità e peculiarità è un privilegio e una responsabilità. Il *bendessere* per l'infermiere è vivere alcuni valori imprescindibili.

Il *carino*, cioè quell'interesse autentico da parte dell'infermiere verso chiunque si incontra, quell'interesse che lo spinge a curare, a prendersi cura dell'altro senza discriminazioni, indipendentemente dal sesso, dall'orientamento sessuale dall'etnia con l'obiettivo di custodire l'uomo e sollevare la sua dignità. Il bene dell'essere infermiere significa custodire cioè difendere, avvolgere, coprire. Il custode è colui che ha a cuore il proprio giardino, è colui che se ne prende cura in prima persona poiché il suo cuore e la sua mente si adoperano per farlo diventare fiorente e rigoglioso. Custodire significa assistere le persone straniere con dei valori, delle credenze culturali e delle esigenze spesso diverse dalle proprie, per poter offrire un'assistenza culturalmente congruente rispetto le aspettative dell'assistito. Reagendo

consapevolmente alle differenze o alle variazioni culturali, l'infermiere può fornire un'assistenza sensibile, tollerante e competente, che promuova la guarigione e il benessere e che sia rispondente alle esigenze e alle aspettative culturali.

Il *bendessere* per l'infermiere significa appunto difendere i diritti inviolabili dell'uomo, sostituirsi in alcune attività di vita quotidiana, significa aiutare a riacquistare una propria autonomia mantenendo fede a quella promessa di stare accanto con scienza e coscienza. La difesa dei diritti fa riferimento al valore dell'*Advocacy*, che è il supporto attivo dato a una causa importante e riconosciuta tale dal professionista. Con questo valore, l'infermiere tutela i diritti e il benessere della persona: aiuta la stessa a discutere delle proprie necessità, interessi e scelte nel rispetto dei valori, della cultura e degli stili di vita. L'infermiere aiuta l'assistito a valutare i vantaggi e gli svantaggi delle varie possibilità riguardo la sua salute, in modo che l'assistito possa prendere le decisioni più coerenti con le proprie convinzioni e valori. Per l'infermiere, la chiave di volta nell'assistere persone culturalmente lontane dal proprio è quando queste sono messe in condizioni di essere protagoniste del loro progetto di vita.

Il *bendessere* per infermiere è riconoscersi come agente morale: ogni infermiere rivolge il proprio impegno verso il bene. Ogni volta che l'infermiere si avvicina ad una persona ha come premessa la tendenza al bene, ma si trasforma in promessa perché questa tendenza sia indissolubile e ambisca all'eternità. Attraverso il concetto di *accountability* l'agente morale esprime il proprio ruolo in modo coerente, convinto e responsabile. L'infermiere è competente nel momento in cui ha la capacità di rispondere a determinate situazioni assumendosi la responsabilità delle proprie azioni. L'infermiere deve essere in grado di spiegare come queste responsabilità vengano espletate, giustificando le scelte e le azioni, conformemente alle norme o agli standard scientifici e morali accettati dalla comunità professionale. Il *bendessere* per l'infermiere è prendersi cura dei bisogni fondamentali dell'uomo, quegli aspetti di cui è responsabile e che condizionano il benessere della persona. Il *bendessere* quindi è una gestione accurata del bisogno di alimentazione, di eliminazione, di movimento, di igiene, respiro e circolo, del

riposo e del sonno, ma anche della gestione del dolore, dell'ansia, della paura, del coping. Prendersi cura dei bisogni fondamentali da parte dell'infermiere, permette attraverso un impegnativo percorso di empowerment, di riacquistare il più alto livello di autonomia possibile per una specifica persona. L'infermiere occupandosi dei bisogni fondamentali gestisce i riflessi della malattia e si prende cura delle vulnerabilità dell'uomo, promuovendo quel cammino di presa in cura che tende ad un equilibrio, magari differente da prima, ma che verte al benessere.

Nel momento in cui ci si avvicina ad una persona culturalmente lontana dalla propria l'infermiere oltre ad una competenza disciplinare dovrebbe possedere una consapevolezza culturale cioè una preparazione sul significato di identità culturale. Non solo, l'infermiere dovrebbe raggiungere una conoscenza e una sensibilità culturale: la prima per essere preparati sulle credenze, gli stereotipi relative alle diverse culture; la seconda per una preparazione in merito alle capacità di comunicazione, di ascolto e di empatia quando ci si avvicina a persone straniere.

Una persona con una cultura diversa si tutela chiedendo il permesso: il permesso per entrare nella vita dell'altro anche se con valori e stili di vita lontani dal proprio. Chiedere il permesso con la consapevolezza che si entra in punta di piedi in un mondo che non si conosce, costituito da storie, vissuti, valori, convinzioni e credenze da rispettare, da non giudicare e con cui rapportarci.

Chiedere il permesso per l'infermiere significa riconoscere continuamente l'altro non come inferiore perché bisognoso o straniero, ma come persona con una dignità ontologica da salvaguardare. Chiedere il permesso significa tutelare la capacità di autodeterminarsi, quella capacità di decidere e di autorealizzarsi. Anche quando questa capacità potrebbe sembrare futile, irrisoria e superflua, l'infermiere è colui che lavora sulle capacità residue della persona stimolando quelle competenze di coping al fine di raggiungere forme di resilienza per molti irraggiungibili. L'Assistenza infermieristica accompagna la persona alla ricerca del benessere qualsiasi sia la condizione che la persona viva. Non solo, prendersi cura di una persona straniera significa ascoltarla, al fine di comprendere quali siano i reali desideri della stessa senza pregiudizi e preconcetti.

Promuovere il benessere dell'assistito significa essere attenti all'ambiente che lo circonda, curando gli aspetti come la temperatura e l'illuminazione della stanza di degenza, cambiare le lenzuola al letto osservando il corretto posizionamento, utilizzare materassi particolari in relazione alle condizioni dell'assistito. La cura dell'ambiente può avvenire anche con piccole attenzioni come avvicinare il comodino e il campanello in modo che la persona possa chiamare o prendere gli oggetti

personali, abbassare il letto in modo da poter facilitare la mobilitazione in autonomia, fare in modo che le calzature e i presidi utili al cammino siano a disposizione dell'assistito.

Non solo, l'ambiente della persona può fare riferimento alla famiglia o al caregiver. Il benessere della persona è imprescindibilmente legato spesso alla presa in cura anche delle persone a lui care. L'infermiere dovrebbe intrecciare un rapporto di fiducia, consapevole che il familiare è un valore aggiunto e che è parte integrante di una presa in cura olistica.

È con il familiare che l'infermiere spesso si interfaccia per l'organizzazione della dimissione, è a lui che svolge un intervento di educazione. Il benessere della persona assistita presuppone un coinvolgimento attivo del parente, il quale deve sentirsi accolto e coinvolto nella presa in cura da parte dell'infermiere e dell'intera equipe. Il benessere dell'assistito si raggiunge anche attraverso il vivere il valore della collaborazione inter-intra professionale per una presa in cura integrata. Ognuno con il proprio ruolo e contributo disciplinare mette a disposizione le proprie competenze non con l'obiettivo di primeggiare, di ribadire la propria egemonia, ma con l'unico obiettivo del bene della persona. Il benessere dell'assistito si promuove anche grazie alla costruzione di relazioni di fiducia e di stima tra i professionisti che si prendono cura di lui. Ai bisogni e alle vulnerabilità sempre più complesse si può rispondere soltanto con una presa in cura multiprofessionale integrata, unitamente ai desideri della persona presa in carico. Nella presa in cura di una persona straniera il personale sanitario e assistenziale non dovrebbe agire con le stesse modalità con cui assisterebbe una persona culturalmente vicina alla propria. Questo presuppone che l'intera equipe lavori sulla comunicazione che deve essere efficace e comprensibile, si ponga in modo empatico per capire le reali esigenze, paure e desideri della persona e della famiglia anche grazie a dei mediatori culturali. La presa in cura non può che essere personalizzata rispondendo all'unicità delle persone che si incontrano.

Il benessere della persona si raggiunge grazie al limpido e reale desiderio dell'essere accanto presupponendo da parte dell'infermiere il mettersi in una posizione di ascolto, essendo ricettivo e reattivo agli stimoli verbali e non verbali dell'assistito creando un clima di lealtà e di cure compassionevoli. Una cura compassionevole e solidale presuppone il fatto che l'infermiere permetta all'assistito di condividere la sofferenza provata, così da renderla meno dolorosa, diminuendo quella condizione di solitudine che spesso caratterizza chi è in una posizione di bisogno o di malattia.

Esserci per l'infermiere significa inoltre porre quell'attenzione esclusiva nello stare con l'assistito: è

dedicare tempo di qualità. Il tempo dedicato alla persona prende forma e colore nelle piccole cose: il buongiorno all'incontro con l'altro, avere il sorriso, dimostrare passione in quello che si fa. Dedicare tempo di qualità significa non tradire le aspettative, soprattutto quando queste possono "schiacciare" la dignità dell'altro: dimenticarsi di accompagnare una persona in bagno, non provvedere ad un cambio del presidio assorbente in tempi rapidi, ma anche comunicando sapendo di non essere capiti. L'infermiere tende al benessere accogliendo ogni fragilità che la persona assistita porta con sé e si prodiga tentando di superare il limite della vulnerabilità e della diversità per adempiere al principio di cura.

Il *bendessere* infermiere rivela soprattutto un senso di identità e consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie competenze e responsabilità. Consapevolezza che volge lo sguardo ad una coscienza: un'azione attiva, una volontà intenzionale ed un'intensità amorevole. Il *bendessere* infermiere non può non avere un'intenzionalità che presuppone un agire retto da evidenze scientifiche, la tecnica e la tecnologia: ogni attività infermieristica deve necessariamente basarsi su un fondamento scientifico. Altresì l'agire infermieristico non può fermarsi esclusivamente sull'intenzionalità, ma congiuntamente deve necessariamente arricchirsi con un'intensità di servizio all'uomo. Quest'ultima lascia traccia nella vita di chi si incontra al fine di essere piccole parentesi preziose nella vita degli assistiti. Intenzionalità rigorosa ed intensità amorevole sono i due componenti imprescindibili dell'essere infermiere al fine di portare un contributo di valore nella vita di persone che quotidianamente si

incontrano. Essere infermiere è quell'impulso universale verso l'umano e la sua umanità nelle sue diversità che tende all'infinito. Ecco perché parlando dell'infermieristica non si potrà mai descriverla nel fare, ma sempre e per sempre nell'essere, di un essere che deve e dovrà tendere sempre al bene.

BIBLIOGRAFIA

- Feo, R., & Kitson, A. (2016a). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. In *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Leininger M., McFarland M., *Infermieristica transculturale. Concetti, teorie, ricerca e pratica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2004.
- Manzoni E., Lusignani M., Mazzoleni B., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, CEA, Milano, 2019.
- FNOPI 2019 Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.
- FNOPI 2020 Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.

Le missioni umanitarie: le esperienze più belle della mia vita

Claudio Mele

infermiere di sala operatoria all'ospedale "Madonna delle grazie" di Matera.



“Sono un infermiere al mio ventiquattresimo anno di attività, laureato a Matera nel 2000. Ho lavorato subito in una Terapia Intensiva di cardiocirurgia pediatrica a San Donato per 11 anni e poi 9 anni in Emodinamica pediatrica. Successivamente ho lavorato all'Istituto Nazionale dei Tumori in Sala Operatoria, e reparto covid sempre lì all'Istituto Nazionale dei Tumori. Attualmente sono all'ospedale di Matera “Madonna delle grazie” in sala operatoria, sia chirurgia generale che chirurgia vascolare, e sia la parte dei cesarei”.

So che hai effettuato delle missioni umanitarie, ti andrebbe di raccontarmele? Sia dal punto di vista lavorativo e clinico, sia dal punto di vista emozionale.

“Prima di cominciare ti do il sito di un video che tutti dovrebbero andare a guardare, intitolato “Abbiamo massaggiato per 4 ore il cuore – ITALY ON A DAY”, <https://www.youtube.com/watch?v=nzqz-eQq7o8>.

Ho iniziato la mia prima missione umanitaria nel 2006 nel Kurdistan Iracheno, precisamente a Erbil che è la capitale del Kurdistan iracheno. Ci siamo poi spostati a Duhok, che è stata una missione umanitaria importante perché stavo attraversando una crisi emotiva, e quindi vivere o morire

per me era diventata la stessa cosa, durante una fase depressiva della mia vita, e quindi ci sono andato anche perché al quel tempo esisteva ancora la dittatura di Saddam Hussein, che non solo teneva in ostaggio quella che era l'emancipazione del popolo curdo, che è un popolo nomade, che non ha un territorio dove poter stare, e quindi scappava dalle barbarie, ma perseguitava anche chi aiutava il popolo curdo. Infatti, l'ho saputo lì, c'era una taglia sulle nostre teste; quindi, la prima volta che siamo andati non potevamo sorvolare i cieli iracheni se non attraverso un aereo che volava da Amman in Giordania; quindi, soltanto l'aereo che partiva dalla Giordania poteva sorvolare i cieli iracheni, altrimenti venivamo bombardati.

Quindi da lì abbiamo capito quale era il vero pericolo di stare lì, che si è poi concretizzato quando ci hanno smistato nei vari camion scortati dagli americani, perché se avessero sequestrato una camionetta, almeno sequestravano una persona di noi e non tutti noi; siamo stati divisi in aeroporto e lì abbiamo realizzato la pericolosità della missione.

In realtà la prima missione è stata una missione più particolare delle altre perché non c'era un ospedale, perché Saddam Hussein non voleva che loro venissero soccorsi, e quindi noi abbiamo trovato un ambulatorio di fortuna dove abbiamo visitato 180 bambini e ne abbiamo selezionato 80, che poi dovevamo portare in Italia con un aereo privato, per essere poi operati in Italia. Quindi noi eravamo clandestinamente lì, in modo che Saddam Hussein non sapesse nulla. Questi 80 bambini sono stati messi in aereo e portati in Italia.

Dal punto di vista clinico ed emotivo, i bambini sono stati visitati in questi ambulatori, e ogni volta che selezionavamo (selezionare significava anche dal punto di vista emotivo, assistere quella che era la negazione del fatto che poi questi bambini potessero essere operati in Italia), e valutavamo che il rischio era così elevato e loro potevano morire in Italia, quindi li selezionavamo a tal punto che non li portavamo in Italia, perché sarebbe stato più dispendioso riportarli poi nel Kurdistan.

Mentre in Italia non si sarebbe detto “NO” ma comunque si sarebbe data l'opportunità, lì invece l'opportunità la davamo solo se eravamo quasi sicuri che il bambino sarebbe potuto tornare nel paese di origine. Quindi anche dire



“NO” portava un peso emotivo, tante vero che ci siamo sbagliati con una bambina nel 2006, abbiamo avuto il “NO” dal Policlinico San Donato, abbiamo dovuto richiamare il padre, il padre è venuto, voleva che noi li ripagassimo quelli che erano i soldi della benzina. Quindi per il padre era più importante recuperare i soldi della benzina e non la negazione sul fatto che la figlia non potesse essere più operata, quando in realtà poco prima avevamo detto che veniva operata.

Anche questo ti porta a misurarti con quelle che sono le priorità degli altri, perché se per gli altri la priorità è la benzina e che non sarebbe la priorità di un italiano, questo va rispettato. Anche questa è stata una cosa molto forte con cui noi ci siamo dovuti misurare, e quindi abbiamo dovuto mettere da parte quello che era il pregiudizio nei confronti di una cultura diversa che vive un'economia diversa dalla nostra.

La parte creativa è stata la parte infermieristica più curiosa, perché l'infermiere è un creativo. Innanzitutto, dovevamo prendere un accesso venoso al momento che dicevamo “SI” anche se la partenza era prevista per tre giorni dopo, quindi l'accesso venoso perché, durante il trasporto, la pressione all'interno dell'aereo avrebbe potuto portare problemi ai pazienti che sono cardiopatici. Quindi bisognava spiegare che quell'accesso non doveva essere rimosso, perché loro non avevano mai visto un accesso, alcune mamme non l'avevano mai visto.

In più avevamo sequestrato il passaporto di modo che eravamo sicuri che il documento ci fosse, cioè potevamo aspettare il bambino ma non il documento. Ce la siamo studiata bene. Anche se non ti presenti, noi abbiamo il documento, il documento lo rifai. Invece che non ti venga data la possibilità di non essere operato, è così elevata se tu dimentichi il documento, anche perché venivano da paesi molto lontani.

Poi abbiamo dovuto organizzare, da infermieri che siamo, anche l'aereo: dove mettere le bombole, dove togliere i sedili, perché c'erano bambini che non potevano stare se-

duti, che dovevano rimanere in posizioni diverse. È stato un viaggio molto particolare. E poi ce li siamo portati in Italia. In Italia ne è morto uno all'arrivo, uno dopo l'intervento, e uno poi è morto a Roma perché poi gli abbiamo smistati in varie città italiane.

Morti 3 su 80, il che è stato un bilancio un po' negativo, perché non ci aspettavamo 3, massimo 1 se non 0.

In più una cosa creativa che ci siamo dovuti inventare: i braccialetti. Tutti si chiamavano Mohamed, quindi abbiamo dovuto smistare il braccialetto Milano, il braccialetto giallo Torino, il braccialetto verde Firenze.

Abbiamo fatto un briefing dove dovevamo mettere tutte le nostre capacità creative per poter pianificare meglio il viaggio.

Ultima cosa creativa che ricordo è dove smistare gli aghi: una teiera di metallo, mettere il coperchio, incerottarlo e buttarlo. Anche lì ci siamo dovuti inventare. Una teiera di questo bricco, di questa dispensa di questa signora che andava in giro per andare a fare queste dispense, è servita per eliminare gli aghi.

Un'altra cosa molto bella che ricordo vivamente di quel viaggio è stata la partenza, perché tutti i bambini e là mi sono commosso tantissimo, potevano venire con un solo genitore; quindi, l'altro non sapeva se il bambino tornava vivo, e poi tutti i bambini sono arrivati vestiti elegantissimi, giacca e cravatta anche i bimbi di tre anni. Il perché? Perché venivano in Italia, l'Italia era considerata come l'America, per loro era un modo per stare a loro agio in un paese che considerano “la moda”. E anche questa parte mi ha emozionato.

Gli altri viaggi invece si sono svolti più o meno alla stessa maniera, nel senso che IL CAIRO, BUCAREST, TUNISI, LO ZAMBIA, sono stati viaggi in cui avevamo già una struttura ospedaliera.

Come in Kurdistan iracheno quando ci siamo tornati altre volte l'ospedale era stato realizzato perché Saddam Hussein era stato poi ammazzato.

Quindi siamo riusciti ad arrivare e realizzare degli interventi veri e propri con quello che trovavamo. Ogni realtà è una realtà a sé stante, diversa.

Il Kurdistan era riuscito a realizzare un ospedale fatto bene, organizzato nei minimi dettagli anche se il personale non era in grado di dare assistenza a dei bambini cardiopatici nel post operatorio, motivo per cui il nostro compito era quello di formare il personale.

Stessa cosa in altri paesi, solo che gli altri paesi non avevano una struttura ospedaliera capace di fare in modo che si potessero anche formare queste persone.

Esempio in Zambia mi è capitato di andare come infermiere di emodinamica pediatrica e non c'era il respiratore. Non abbiamo annullato la lista operatoria, ma ci siamo dovuti adattare e cambiare quella che era l'anestesia, “incer-

vellandoci" su quella che poteva essere l'anestesia migliore affinché i bambini non si muovessero durante impianti di device o altro, utilizzando solo una bombola di ossigeno, quindi con gli occhialini o maschera. Mentre il monitor, abbiamo dovuto portarne uno dalla terapia intensiva all'emodinamica, perché non avevano nemmeno l'idea che un paziente in emodinamica andasse monitorato.

Il cassetto dei farmaci invece presentava fiale non inscatolate ma tutte mischiate l'una con l'altra, sembra un cassetto di biglie colorate. Quindi bisognava anche preparare o un cassetto di farmaci o un vassoio di farmaci che poi andava custodito affinché nessuno ci mettesse le mani e utilizzasse quel vassoio.

Oppure delle flebo: loro non hanno le flebo da 100ml, loro hanno solo flebo da 1000ml o 2000ml, per un bambino di 3 kg. Non ci sono pompe infusionali.

Quindi dovevi avere la mente attiva e farti carico della tua esperienza affinché quello che ti sembrava scontato in strutture ospedaliere avanzate, non fosse scontato lì.

Un'altra cosa importante è la solidarietà che si va ad instaurare ed organizzare intorno a questi eventi. Prima di partire gli infermieri solitamente preparano delle valigie con dentro tutto il materiale che può servire durante quegli interventi, ma soprattutto tutto quello che potrebbe servire loro alla nostra partenza, al loro ritorno. Quindi dobbiamo cercare di immaginare tutta una lista di cose che potrebbero servire in base anche al viaggio precedente che abbiamo fatto.

Quindi un briefing è necessario affinché si capisca cosa va fatto.

L'aspetto creativo dell'infermiere è l'aspetto più importante di questi viaggi.

Ad esempio: la spirometria. C'era un bambino che non respirava benissimo, dopo l'estubazione era pieno di muco, bisognava fare in modo che facesse esercizi respiratori, avevamo delle esponenti della Chicco che erano venute lì per finanziare giocattoli e avevano portato delle bolle di sapone. Ecco, io ho preso le bolle di sapone e ho fatto soffiare

dentro le bolle di sapone. Infatti, dopo la saturazione ha cominciato a migliorare.

Quindi bisogna inventarsene tutte con quello che c'è e con quello che non c'è e che ti devi inventare. Fa molto la capacità creativa e spirito di adattamento.

In più la cosa che secondo me va considerata, sono i rapporti tra gli infermieri con le persone del posto, che cambiano in base alla cultura. E questo arricchisce, il cercare di ridurre e addirittura annullare il pregiudizio nei confronti di chi ha una cultura completamente diversa dalla tua. Ed è una cosa molto bella questa perché lo straniero sei tu, chi invade il territorio sei tu, e se per loro è più importante un aspetto piuttosto che un altro è giusto a mio avviso rispettare questo aspetto".

Cosa ti sei portato da queste esperienze? Cosa ti hanno lasciato?

"Sono tutte esperienze che arricchiscono emotivamente, ti danno la possibilità di dare una motivazione ed è la vera essenza del nostro lavoro, che magari slegato e snaturato da quello che è un compenso monetario che è giusto che sia, lì invece tocchi con mano la vera natura della nostra assistenza, appunto quella del darsi agli altri, una sorta di Agape, amore verso l'altro; è quindi la linfa di questa professione".

Che differenze hai potuto constatare dal punto di vista infermieristico tra l'Italia e i paesi esteri in cui sei stato durante le missioni?

"La differenza dal punto infermieristico si basano non solo sulla struttura che è presente, su quelle che sono le criticità del posto, che cambiano tantissimo; un esempio: quando ho dovuto trasportare un bambino a Bucarest, quando siamo arrivati a Bucarest in pediatria, la mamma mi ha spiegato che lì c'è una forma di tangente, cioè si paga una tangente affinché il bambino, oltre le cure basilari possa avere anche del materiale come i pannolini, quindi questa cosa andava preventivata.

Quindi l'assistenza si deve comunque adeguare a quelle che sono le usanze che si hanno nel posto, e non è facile, perché sono proprio completamente lontane da quelli che sono i nostri usi e costumi. Spesso quello che noi consideriamo un diritto alla salute, negli altri posti non è così, e quindi là bisogna adeguarsi e anche preventivarla questa cosa.

Un'altra cosa molto importante è che la figura infermieristica in questi posti si smussa, ossia che tutti, anche chi non è infermiere, ma che ha comunque delle conoscenze, come anche un tirocinante, può dare un contributo, perché se io faccio un'emogasanalisi e non ho il tempo di portarlo in macchina, questa persona che è con me e che sa usare la macchina, lo può fare, e mi è di aiuto.

Quindi il tutto può ruotare su quello che è lo spirito di solidarietà che ci può essere in queste occasioni, e non vanno sprecate".



Minacce, aggressioni e lesioni al personale sanitario in pronto soccorso: un fenomeno sempre più reale e preoccupante

C. C.

Infermiera, pronto soccorso

È successo ancora. Sono trascorsi solo due mesi dall'ultima aggressione grave avvenuta presso il pronto soccorso in cui lavoro da anni. Questa volta, l'ennesimo episodio di violenza ha distrutto vetrate, danneggiato computer e ferito un infermiere con una penna. L'improvviso scatto d'ira dell'accompagnatore di una utente ha investito la coordinatrice infermieristica, intervenuta per sedare i toni già pericolosamente accesi dell'uomo contro gli operatori sanitari presenti. coordinatrice infermieristica è stata scaraventata a terra, riportando lesioni di alcune parti del corpo, con necessità di convalescenza di un paio di mesi. Questi episodi accadono sempre più frequentemente nell'ambito sanitario, soprattutto presso le unità operative di pronto soccorso, luogo in cui avviene il primo contatto tra l'utente e gli operatori, a danno in particolar modo degli infermieri, in quanto essi sono i professionisti che in ospedale accolgono in prima battuta il cittadino, attraverso l'attività di triage, e in seguito mantenendo con lo stesso un rapporto di assistenza continuativo, anche nelle varie unità operative.

La realtà dei fatti, tuttavia, va ben oltre l'evento grave dell'aggressione fisica. Insulti e maldicenze sono ormai diventati prassi, pertanto non vengono nemmeno più segnalati, poiché considerati consuetudini normali nella quotidianità.

Si è cercato di individuare e analizzare le possibili cause di questo fenomeno per porvi un rimedio. Le ragioni alla base dell'aggressività dell'utente sono molteplici e concatenate: attese troppo lunghe, preoccupazione, stress, sintomatologie difficili da tollerare, abuso di alcool e sostanze stupefacenti che portano alla perdita dell'autocontrollo, patologie psichiatriche, carenza di personale, cioè numero di operatori insufficiente a garantire una risposta adeguata alle necessità dei cittadini, ecc..

Gli operatori sanitari, e soprattutto gli infermieri, ad oggi sono molto provati. Parlando con loro, si percepiscono sensibilmente elevati livelli di ansia, paura, demotivazione, sconforto, che sono andati via via crescendo nel tempo. Gli infermieri, nello specifico, si sentono abbandonati, soli, non tutelati, e di conseguenza arrabbiati, poiché la loro condizione peggiora, come dimostra il perpetuarsi delle aggressioni. Il sentimento predominante è quello

dell'impotenza. Il pronto soccorso, ed il triage in particolare, vengono vissuti come una "trincea", termine correlato alle postazioni dei soldati in guerra, pervasi dalla paura, sempre in stato di allerta, pronti a difendersi, a soccorrere il collega in pericolo.

Già sono stati adottati alcuni provvedimenti che, si auspica, possano migliorare la situazione. A breve, per esempio, nella mia realtà operativa entreranno in vigore i protocolli di presa in carico infermieristica secondo il nuovo metodo di triage stabilito dalla regione Lombardia, per favorire la riduzione dei tempi di attesa. Inoltre, sono attivi da qualche tempo alcuni corsi sulla comunicazione rivolti a tutto il personale sanitario, con l'obiettivo di fornire competenze avanzate e strumenti per un approccio all'utente strutturato ed efficace. Da giugno, inoltre, prenderà servizio un addetto alla vigilanza che presidierà il pronto soccorso nelle ore notturne.

Ma ciò ancora non basta... è necessario che le politiche sanitarie rivolgano ulteriori sforzi, energie e risorse ad arricchire ed irrobustire i servizi territoriali attuali, la cui funzionalità ed efficacia ricopre un ruolo essenziale nel filtrare e ridurre gli accessi impropri presso il pronto soccorso. Anche la collaborazione con i medici di medicina generale e infermieri in attività domiciliare è strategica, proprio per un utilizzo coscienzioso e adeguato del servizio di emergenza e urgenza: spesso la competenza avanzata dei medici e degli infermieri che operano sul territorio attiva interventi di cura a livello preventivo, o permette di intercettare le problematiche di salute ad un livello iniziale, per cui è possibile agire non in regime di acuzia ma con interventi curativi al domicilio del paziente. Tutto ciò, ovviamente, oltre a salvaguardare l'adeguatezza dell'utilizzo delle risorse del servizio di emergenza e urgenza ospedaliero e territoriale, permette un maggior livello di qualità delle cure erogate, con migliore compliance del paziente, e quindi soddisfazione del percorso di cura. Tuttavia, a volte, la preoccupazione del proprio stato di salute, e l'exasperazione per una condizione clinica precaria, ha una ricaduta sui comportamenti etici e deontologici del cittadino: sembra che vi sia maleducazione e perdita del valore e del rispetto per l'altro, forse sintomo di una ferita che caratterizza la nostra società attuale.

Molti infermieri stanno valutando la possibilità di

trasferirsi verso destinazioni più sicure, ma anche questa opzione non è fattibile nell'immediato, in quanto dovrebbero essere sostituiti da personale interessato e adeguatamente formato. E, alla luce degli eventi recenti, risulta molto improbabile trovare operatori disposti alla compensazione.

È opportuno, inoltre, analizzando la questione, evidenziare il fatto per la maggior parte delle volte le aggressioni, soprattutto se verbali, non vengono segnalate, per evitare di sottrarre tempo prezioso all'assistenza, oppure, anche se segnalate, non vengono presi provvedimenti idonei. Le aggressioni comprendono minacce vere e proprie, addirittura di morte. Un altro episodio successo sempre in pronto soccorso, dopo l'aggressione di due mesi fa, da quanto riferito da un'infermiera dell'unità operativa, un utente si sia espresso senza mezzi termini, affermando: "Fanno bene ad aggredirvi... dovrebbero ammazzarvi!". A tal proposito ricordo anche l'episodio in cui un'infermiera di pediatria è stata minacciata con un gesto intimidatorio da una donna non di nazionalità italiana, che, guardandola negli occhi e passandosi il dito indice sotto il collo, ha manifestato l'intenzione di tagliarle la gola, accusandola di razzismo: l'infermiera si stava prendendo cura di una bimba italiana, e la signora di nazionalità non italiana aveva insinuato che non avrebbe assistito il nipote con altrettanta dedizione.

Il malcontento, dovuto soprattutto ai tempi di attesa troppo lunghi, si manifesta con atteggiamenti sconvenienti o poco controllati anche negli ambulatori, spesso per la sovrapposizione delle visite (prenotate e di pronto soccorso). Le attese interminabili sono quindi attribuibili a problemi organizzativi, e/o ad un numero insufficiente di operatori, i quali, pertanto, non riescono a fornire interventi idonei e tempestivi. Inoltre, è doveroso

sottolineare che l'infermiere è frequentemente chiamato a sopperire alla mancanza di operatori di supporto, trascurando le proprie specifiche competenze. Questo fenomeno, col passare del tempo, incrementa lo stress, la demotivazione e lo sconforto dei professionisti.

Ad oggi è necessaria più che mai l'elaborazione e l'attivazione di progetti finalizzati al miglioramento delle condizioni di lavoro degli infermieri, con conseguente ripercussione positiva sulla qualità delle prestazioni erogate. A tal riguardo è necessaria l'azione sinergica di tutte le forze politiche e non che sono protagoniste nel governare tali dinamiche, fra cui la formazione, il management aziendale e le politiche nazionali e regionali, sia a livello infermieristico che di governo. Fondamentale sarebbe lo sviluppo e del potenziamento dei servizi territoriali, che dovrebbero costituire un prezioso riferimento per la cittadinanza, garantendo risposte efficaci a livello capillare, evitando così accessi impropri in ospedale. Importante sarebbe la corretta informazione e l'educazione alla cittadinanza, al fine di creare una consapevolezza e una conoscenza diffusa sui percorsi da seguire in base alle proprie necessità. Ed infine, potrebbe essere utile il pagamento della prestazione svolta presso il pronto soccorso, qualora il problema di salute non richieda alcun intervento d'urgenza.

Tutti questi interventi possono essere realizzati dalle istituzioni e dalle direzioni sanitarie, con il supporto degli ordini professionali e dei sindacati. Ed è quanto tutti noi ci auguriamo accada al più presto.

A tal riguardo l'Ordine Professionale di Pavia ha sollecitato l'intervento della Prefettura e della Commissione III di R.L. in merito alla sensibilizzazione al tema.

Cure primarie e sanità territoriale efficace ed efficiente? Si può! L'esperienza durante il tirocinio formativo in Spagna durante il master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità

Giusy Oliveto

Infermiera, ASST Pavia



Circa un anno fa, ho avuto la fortuna di incentivare il mio entusiasmo e le mie competenze infermieristiche attraverso un bellissimo percorso di formazione e di crescita personale, che ad oggi porto nel cuore.

Tutto è iniziato con la decisione di frequentare il Master di I livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" organizzato dall'Università degli Studi di Pavia: il desiderio era quello di mettermi in gioco e contribuire al processo di cambiamento già disposto con la Legge 77 nel Luglio 2020, emanata per far fronte all'emergenza pandemica, nella quale viene riconosciuta formalmente la figura di Infermiere di Famiglia e di Comunità, riordinata in seguito attraverso un Documento ritenuto di alto livello nel Settembre 2020 dalla Conferenza Stato Regioni. È stato un anno ricchissimo, notevolmente incentivato dai contenuti formativi ricevuti nelle varie occasioni di confronto con i Colleghi Infermieri di varie realtà, dalle preziose lezioni didattiche dei vari docenti che ho incontrato in aula e dai vari Stage organizzati nei contesti territoriali Pavese e Milanesi, e oltralpe... In particolare, ho avuto l'opportunità di svolgere un periodo di tirocinio di circa 10 giorni presso il "Cap di Can Bou" di Castelldefels, Barcellona (<https://casap.cat/eap/informacio-can-bou/>).

Sono stata accolta dalla Dott.ssa Alba Brugués, Dirigente Infermiera che mi ha mostrato la struttura: al primo piano vi era una zona amministrativa e una zona prelievi ematochimici funzionali dalle 8.00 alle 9.00; sei ambulatori per Infermieri di Famiglia pediatrici e due ambulatori rivolti alle urgenze ed accessi diretti. Al primo piano sono presenti otto studi per i Medici di Famiglia e tredici ambulatori per gli Infermieri di Famiglia, affiancati da almeno due Operatori Socio Sanitari a turno.

Erano presenti anche altri ambulatori specialistici come l'Odontoiatria, Otorinolaringoiatria, Cardiologia e ambu-

latori per l'Assistente sociale, Psicologo e Dietologo.

L'organizzazione sanitaria nel distretto spagnolo ricorda la nostra attività di assistenza domiciliare (ADI), con un'impronta molto segnata dall'attività dell'Infermiere di famiglia e di comunità, in cui i vari professionisti della salute operano in sinergia, condividendo le informazioni dei pazienti sullo stesso portale informatico. L'attività di cura è erogata anche nei giorni festivi e al domicilio, e in caso di necessità vengono attivate richieste di intervento da parte dagli stessi pazienti.

Inoltre, in struttura esistono Infermieri di Famiglia speciali per domicili complicati, chiamati "GIDc" e sono quattro per turno. Ogni Infermiere di Famiglia e Medico di Famiglia ha la responsabilità di guidare 2000 pazienti in quanto, Il Servizio Pubblico in Spagna assicura la presenza di queste due figure della Salute a tutti i cittadini.

Il lavoro delle Infermiere si svolge attraverso una particolare piattaforma in cui si registrano tutti i pazienti seguiti, contenente le varie informazioni sanitarie, i referti degli esami, ed eventuali tutti i accessi nei vari servizi sanitari, in modo da avere la situazione clinica dei pazienti completa ed esaustiva. Il sistema informatico presenta dei sistemi di allerta, che notifica in caso di ricovero in Strutture o in caso di loro peggioramento di salute. In questa piattaforma può accedere anche un Infermiere particolare chiamata "Link Nurse", è presente in ogni struttura ospedaliera e il suo compito è contattare gli Infermieri di famiglia in caso di dimissioni protette dall'Ospedale al domicilio.



Ogni Infermiere di Famiglia inoltre è responsabile di una particolare specializzazione: Salute Mentale, Respirazione, Tecniche di Rilassamento, Alimentazione Salutaria, Visite Domiciliari Complesse, Benessere Emozionale, Pediatria.

La giornata tipica di un Infermiere di Famiglia comprende tre visite domiciliari, sei "consulte telefoniche" e quattro "consulte fisiche". Accanto ai nomi dei pazienti, la piattaforma informatica mostra il nostro lavoro dalle 9.00 alle 14/15 circa. La dicitura "9D" indica la visita domiciliare, prima di recarci al domicilio abbiamo chiamato i pazienti. La prima paziente di 35 anni, aveva dolore alla schiena e abbiamo somministrato un antidolorifico per via IM e svolto educazione sanitaria riguardo la gestione del dolore.

Il secondo paziente, era noto, 89 anni in fase terminale, l'Infermiere di Famiglia si reca nell'ultimo periodo una volta alla settimana per accompagnare al meglio la famiglia e il paziente; mi sono commossa, ho constatato davvero un rapporto di fiducia e molto gratificante, il paziente era tranquillo e il suo Caregiver, attento ad ogni minimo dettaglio e bisogno di salute, istruito fin da subito dall'Infermiere di Famiglia che ha ricordato di praticare cambi posturali, rivalutato due lesioni su tallone e trocantere, dialogato e confortato circa la fase terminale.

La dicitura "9T" indica di chiamare telefonicamente i pazienti, per accertarsi dei loro ultimi esami eseguiti e in caso di necessità, attraverso il sistema informatico, è possibile ottenere una prescrizione dal Medico presente in struttura.

Interessanti sono anche le "9E" dove i cittadini si recano presso gli ambulatori degli Infermieri di Famiglia, in cui sono state eseguite due spirometrie in pazienti noti; le altre due visite sono state indirizzate a partecipare a gruppi

dove gli Infermieri propongono tecniche di Rilassamento e Meditazione per contrastare il dolore e la partecipazione attraverso un questionario a Gruppi Sociali, organizzati dagli Infermieri di Salute Mentale per contrastare la solitudine, ritenuta in Spagna un determinante di salute rilevante da tenere in considerazione.

Oltre a questa lista di pazienti potevano essere inseriti altri cinque cittadini provenienti dall'accesso diretto; in quella giornata ne abbiamo accolti due fuori lista; il primo per dolore auricolare, in seguito ad anomalia, è stato chiamato il Medico che ha prescritto una terapia antibiotica locale.

La prescrizione avviene tramite la piattaforma, ci sono molti presidi o farmaci come paracetamolo o lassativi che può prescrivere l'Infermiere di Famiglia in autonomia, altri farmaci come antistaminici, tramite il portale dopo la conferma del Medico.

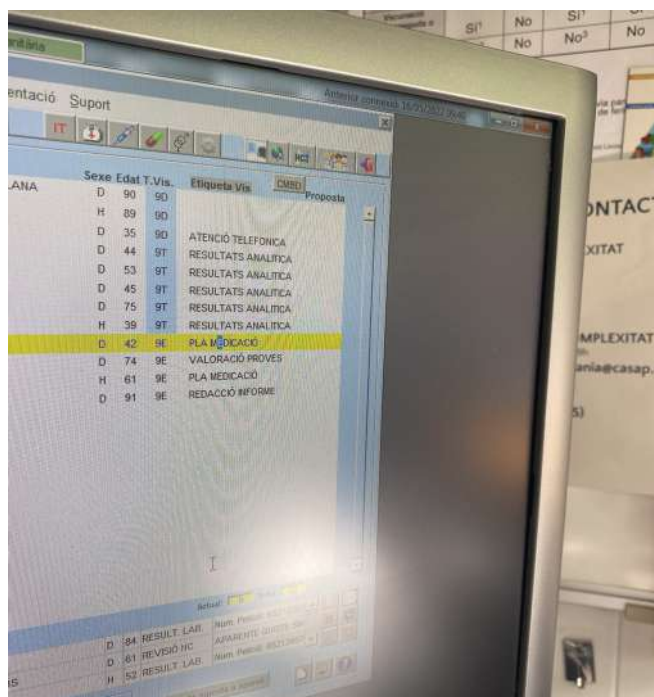
Non esistono fogli di ricette o mail, la piattaforma è collegata direttamente alle Farmacie Territoriali e una volta ricevuta la prescrizione, ci si reca nella Farmacia più vicina per il ritiro del farmaco/presidio.

Ho davvero apprezzato questo modo di "fare Salute", a me nuovo, in quanto supera quella che oggi viene considerata "Medicina d'attesa", ovvero l'abitudine di intervenire quando si riscontra un problema attraverso l'accesso diretto al Pronto Soccorso, attraverso richieste da parte dei Medici di Medicina Generale, o in Ambulatori Specialistici.

La persona a volte non necessariamente percepisce determinati bisogni, vi è resilienza rispetto ai problemi, legati al proprio modo di percepire salute e se la strada non è quella di rivolgersi ai servizi, nessuno lo conoscerà, si aspetta in altri termini che qualcuno riporti il problema cioè che lo percepisca e lo trasformi in domanda ai Servizi. Tutto questo lavoro potrebbe essere prevenuto per diminuire accessi o ricoveri economicamente rilevanti per il nostro Sistema Sanitario Nazionale se si pongono salde basi e più importanza alle Cure Primarie con questi incontri giornalieri cittadino-sanitario quando si è ancora in salute.

Questa esperienza ha inciso davvero tanto a quelle che sono le aspettative per il mio futuro professionale, per il futuro degli Infermieri di Famiglia e Comunità e la gestione del paziente a livello territoriale. Ho conosciuto colleghi molto disponibili, ho compreso ancora più l'importanza dell'Infermiere e credo sia stata un'esperienza molto più che positiva, dovrebbe essere condivisa con tutti i Professionisti che vorranno dedicarsi a tale gestione.

In assoluto l'esperienza più bella svolta negli ultimi anni e questo solo grazie all'organizzazione proposta dell'Università degli studi di Pavia e alla disponibilità dei Colleghi Infermieri che operano in queste meravigliose realtà.



Gestione infermieristica della tossicità renale da Methotrexate: un caso clinico

ETTORE PALMA¹, SERGIO FERRANTE², MATTEO SIMONELLI^{3,4}

1: Infermiere di ricerca, Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI); 2: Infermiere coordinatore, Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI); 3: Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI); 4: Humanitas University, Rozzano (MI)

RIASSUNTO

Introduzione: Il methotrexate (MTX) è un farmaco appartenente alla classe degli antimetaboliti che interferisce con il metabolismo dell'acido folico. Il methotrexate è un componente essenziale della terapia per la leucemia linfoblastica acuta (LLA) ed è attivo contro molti tipi di cancro. Una delle tossicità più potenzialmente gravi, correlate a MTX è sicuramente quella renale, che si sviluppa nel 2% -12% dei pazienti.

Obiettivo: Obiettivi di questo lavoro sono:

- Condurre una revisione della letteratura riguardo i possibili approcci terapeutici da attuare nei pazienti colpiti da tossicità renale indotta dalla terapia con MTX in tutte le fasi del percorso assistenziale, dalla fase acuta al rientro a domicilio.
- Descrivere il processo decisionale scaturito da tale analisi e i risultati della sua applicazione su un paziente uomo di 48 anni colpito da tossicità renale conseguente a trattamento citotossico con MTX.

Materiali e metodi: Per identificare la migliore terapia da somministrare è stata condotta una revisione della letteratura sulla banca dati Medline.

Risultati: Dall'analisi dei dati in letteratura si evince che la nefropatia indotta da cristalli di MTX si manifesta inizialmente come un aumento asintomatico della creatinina sierica che poi può progredire verso la necrosi tubulare e il danno renale più grave. Una maggiore idratazione, calcio levofolinato ad alte dosi e glucarpidasi (quando necessario) riducono efficacemente le concentrazioni sieriche di MTX e proteggono le cellule dal farmaco.

Discussione: Grazie alle informazioni trovate mediante la revisione della letteratura è stato possibile intervenire in maniera efficace nella gestione clinica della nefrotossicità conseguente alla somministrazione di MTX in un paziente uomo di 48 anni. Da un punto di vista infermieristico si è potuto notare quanto risultato importante il monitoraggio del pH urinario, del peso e la valutazione della diuresi, in quanto un riconoscimento precoce dei sintomi della nefrotossicità permette un tempestivo intervento clinico, riducendo in maniera importante la possibilità di danno irreversibile dei tubuli renali.

Parole chiave: Methotrexate, Nefrotossicità, Cancro.

Nursing management of Methotrexate renal toxicity: a case report

ABSTRACT

Introduction: Methotrexate (MTX) is a drug belonging to the class of antimetabolites that interferes with the metabolism of folic acid. Methotrexate is an essential component of acute lymphoblastic leukemia (ALL) therapy and is active against many types of cancer. One of the most potentially serious toxicities related to MTX is certainly the renal one, which develops in 2% -12% of patients.

Objective: Objectives of this work are:

- Conduct a literature review regarding the possible therapeutic approaches to be implemented in patients affected by methotrexate-induced renal toxicity in all phases of the care pathway, from the acute phase to home return.
- Describe the decision-making process resulting from this analysis and the results of its application on a 48-year-old male patient affected by renal toxicity following cytotoxic treatment with MTX.

Materials and methods: A review of the literature on the Medline database was conducted to identify the best therapy to administer.

Results: From the analysis of data in the literature it is deduced that MTX crystal-induced nephropathy initially manifests as an asymptomatic increase in serum creatinine which can then progress to tubular necrosis and more severe renal damage. Increased hydration, high-dose calcium levofolinate, and glucarpidase (when needed) effectively reduce serum MTX concentrations and protect cells from the drug.

Discussion: Thanks to the information found through the literature review, it was possible to intervene effectively

in the clinical management of nephrotoxicity following the administration of MTX in a 48-year-old male patient. From a nursing point of view, it has been noted how important it is to monitor urinary pH, weight and evaluate diuresis, as early recognition of the symptoms of nephrotoxicity allows timely clinical intervention, significantly reducing the possibility of damage irreversible renal tubules.

Keywords: Methotrexate, Nephrotoxicity, Cancer.

INTRODUZIONE

Il methotrexate (MTX) è un farmaco chemioterapico appartenente alla classe degli antimetaboliti che agisce interferendo con il metabolismo dell'acido folico¹. Il methotrexate è attivo contro molti tipi di cancro, e rappresenta un componente essenziale della terapia per la leucemia linfoblastica acuta (LLA), risultando nell'elenco dei medicinali essenziali dell'Organizzazione mondiale della sanità¹. MTX viene somministrato a dosi che vanno da 12 mg per via intratecale e 20 mg / m² per via orale, intramuscolare o endovenosa come chemioterapia di mantenimento settimanale per la LLA, a dosi fino a 33.000 mg / m² per via endovenosa per alcune altre indicazioni². Dosi di 500 mg / m² o superiore somministrate per via endovenosa sono definite come alte dosi di methotrexate (HDMTX) e sono utilizzate per trattare una varietà di tumori come, ad esempio gli osteosarcomi e alcuni tipi di linfoma³⁻⁵. La terapia con HDMTX può causare elevata tossicità che non solo porta a morbidità e mortalità occasionale, ma può anche ridurre l'efficacia del trattamento stesso¹. Tra le varie tossicità correlate a MTX quella renale, che si sviluppa nel 2% -12% dei pazienti⁶, rappresenta una delle più potenzialmente gravi. Più del 90% di MTX viene eliminato dai reni² e si ritiene che l'eziologia della tossicità renale indotta da MTX sia mediata dalla precipitazione di MTX e dei suoi metaboliti nei tubuli renali⁷⁻⁹ oppure derivi da un effetto tossico diretto di MTX sui tubuli renali¹⁰. La nefrotossicità causata da HDMTX deriva dalla nefropatia da cristalli che si verifica quando MTX e i suoi metaboliti precipitano all'interno dei tubuli renali¹. Poiché MTX è acido, i cristalli del farmaco non sono presenti nelle urine con un pH basico, l'alcalinizzazione aumenta notevolmente la solubilità e l'escrezione di MTX¹.

Obiettivi di questo lavoro sono:

- Condurre una revisione della letteratura riguardo i possibili approcci terapeutici da attuare nei pazienti colpiti da tossicità renale indotta dalla terapia con methotrexate in tutte le fasi del percorso assistenziale, dalla fase acuta al rientro a domicilio.
- Descrivere il processo decisionale scaturito da tale analisi e i risultati della sua applicazione su un paziente uomo di 48 anni colpito da tossicità renale conseguente a trattamento citotossico con methotrexate.

MATERIALI E METODI

Ricerca bibliografica

Per formulare la stringa di ricerca necessaria ad interrogare la banca dati Medline, sono state individuate le parole chiave (keywords) contenute nell'obiettivo dello studio: Methotrexate; Nefrotossicità; Cancro.

Per raggiungere l'obiettivo è stato strutturato un quesito di ricerca, utilizzando la metodologia PICO.

Tabella 1. Metodologia PICO

P	Popolazione	Pazienti onco-ematologici
I	Intervento	Somministrazione di methotrexate ad alte dosi
C	Comparazione	//
O	Outcomes	Tossicità renale acuta indotta da methotrexate

Tabella 2. Search histories

BANCA DATI	STRINGA DI RICERCA
Medline	((("cancer s"[All Fields] OR "cancerated"[All Fields] OR "canceration"[All Fields] OR "cancerization"[All Fields] OR "cancerized"[All Fields] OR "cancerous"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields] OR "cancers"[All Fields]) AND ("nephrotoxic"[All Fields] OR "nephrotoxicities"[All Fields] OR "nephrotoxicity"[All Fields] OR "nephrotoxics"[All Fields] OR "nephrotoxy"[All Fields]) AND ("methotrexate"[MeSH Terms] OR "methotrexate"[All Fields] OR "methotrexate s"[All Fields] OR "methotrexates"[All Fields])) AND (y_10[Filter])
Records totali: 107	

Criteri di eleggibilità

Gli articoli individuati con la ricerca bibliografica (107 records) sono stati poi selezionati secondo criteri di inclusione e di esclusione. L'applicazione dei seguenti criteri ha permesso di selezionare ulteriormente gli articoli reperiti, così da ottenere un totale di 5 records.

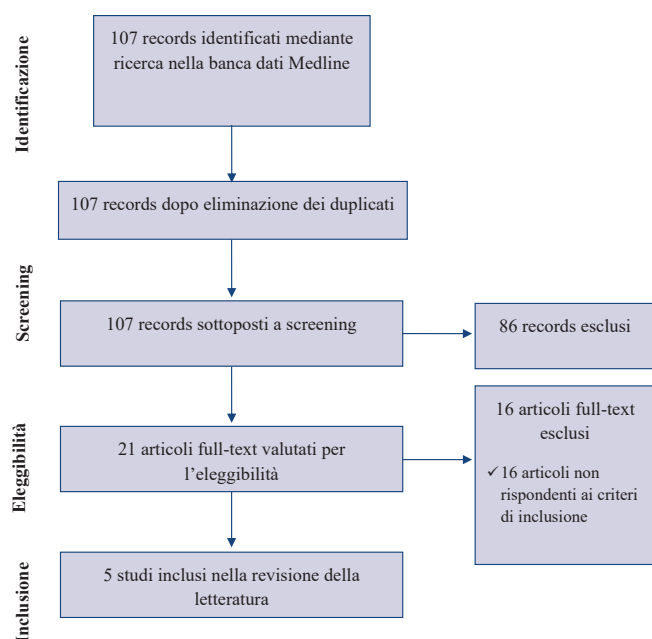
Tabella 3. Criteri di inclusione e criteri di esclusione

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"> • Studi clinici (RCT e trials non randomizzati) • Studi osservazionali • Revisioni della letteratura • Studi condotti su pazienti oncoematologici che riscontrano tossicità renale acuta indotta da methotrexate • Studi eseguiti negli ultimi 10 anni (2013-2023) 	<ul style="list-style-type: none"> • Studi condotti su pazienti oncoematologici di età inferiore ai 18 anni • Studi condotti su specie animale • Studi eseguiti prima degli ultimi 10 anni

Selezione degli studi

La ricerca bibliografica condotta ha prodotto un totale di 107 voci bibliografiche rispondenti alla stringa di ricerca. Dopo un primo screening in base all'abstract, sono stati analizzati 21 full text, 16 studi sono stati poi esclusi perché non rispondenti ai criteri d'inclusione. Sono stati pertanto inclusi nella revisione della letteratura cinque studi^{1,20,21,22,23}.

Figura 1 – Flowchart della ricerca bibliografica



RISULTATI

Analisi dei risultati sulla letteratura

Dall'analisi dei dati in letteratura si evince che la nefropatia indotta da cristalli di MTX si manifesta inizialmente come un aumento asintomatico della creatinina sierica e poi progredisce verso la necrosi tubulare e il danno renale più grave¹. L'uso di liquidi per promuovere diuresi elevata e l'alcalinizzazione delle urine protegge il rene da lesioni durante il trattamento con HDMTX¹¹. Negli adulti, per i quali vengono spesso utilizzate velocità di 150-200 ml/h di liquidi contenenti bicarbonato per un totale di 2 litri prima dell'infusione di HDMTX, è raccomandato un rigoroso monitoraggio del bilancio idrico durante e dopo la somministrazione di MTX¹. Prima della somministrazione di MTX il pH urinario dovrebbe essere ≥ 7 , per ridurre la formazione di cristalli, è importante controllare i valori del pH delle urine anche durante l'infusione per garantire che l'urina non resti acida per lunghi periodi di tempo, in quanto potrebbe aumentare il rischio di precipitazione, nefrotossicità e ritardata eliminazione del metotrexato¹. Se viene rilevato un pH urinario di 6,5 è consigliato somministrare bicarbonato di sodio alla dose di 12,5 mEq / m² e per pH urinario $< 6,5$ una dose di 25 mEq / m², è raccomandato anche rilevare il pH delle urine ogni ora durante l'infusione di HDMTX perché a volte è necessario ripetere le somministrazioni di bicarbonato di sodio per ottenere urina alcalina¹². Per più di 30 anni la terapia di salvataggio con calcio levofolinato è stata fondamentale nel trattamento della tossicità da HDMTX¹³. Poiché il calcio levofolinato neutralizza efficacemente gli effetti del MTX, non deve essere somministrato troppo presto perché oltre a contrastare l'insorgenza della nefrotossicità, ridurrebbe anche l'attività antitumorale del farmaco. A questo proposito, se un paziente sta assumendo calcio levofolinato nel momento in cui è programmato l'inizio del trattamento con HDMTX, il primo farmaco deve essere interrotto ed il trattamento chemioterapico deve essere posticipato al giorno successivo¹. Sono necessarie misure di terapia di supporto aggressive quando si verifica nefrotossicità dopo HDMTX, continuando a somministrare fluidi con aggiunta di bicarbonato e acetazolamide quando necessario per mantenere il pH urinario > 7 e per massimizzare l'eliminazione del MTX e ridurre l'ulteriore formazione di cristalli nei nefroni¹. Si raccomanda di aumentare la velocità di infusione fino alla quantità massima tollerata (≥ 3 L / m² al giorno) per massimizzare la produzione di urina¹. Il monitoraggio del bilancio idrico, la valutazione frequente dei sintomi, la saturazione e la radiografia del torace o l'ecocardiografia dei pazienti a rischio di scompenso cardiaco consentono un'idratazione aggressiva con rischi minimi¹. Sebbene con un'idratazione

molto aggressiva possano verificarsi versamenti pleurici, il rapporto rischio-beneficio favorisce l'idratazione continua nella maggior parte dei casi, poiché l'eliminazione ritardata del MTX nella maggior parte dei pazienti porta disfunzione renale¹. In casi gravi possono trovare indicazione anche tecniche extracorporee per rimuovere il MTX in eccesso¹⁴, quali: l'emodialisi ad alto flusso e la dialisi peritoneale, sebbene con poche evidenze di efficacia¹⁵. Ovviamente, nel percorso decisionale devono essere prese in considerazione anche le potenziali complicanze della dialisi, specialmente nei pazienti in condizioni critiche che sono a maggior rischio di anomalie elettrolitiche, sanguinamento nei siti del catetere e arresto cardiaco¹. In tutti i casi devono essere somministrate dosi elevate di calcio levofolinato fino alla completa eliminazione del MTX¹⁶. La scissione enzimatica di MTX usando glucarpidasi è stata descritta per la prima volta nel 1972¹⁷. La glucarpidasi è stata approvata dalla Food and Drug Administration statunitense nel 2012 per i pazienti con eliminazione ritardata del metotrexato, insufficienza renale e concentrazioni plasmatiche di metotrexato $>1 \mu\text{mol/l}$ ¹⁸. La glucarpidasi scinde il MTX in DAMPA e glutammato, due metaboliti non tossici, e fornisce quindi un metodo enzimatico per rimuovere rapidamente il MTX nei pazienti con disfunzione renale. Una singola dose di glucarpidasi (50 U / kg EV in 5 minuti) riduce le concentrazioni plasmatiche di metotrexato del 97% o più entro 15 minuti¹⁸. Tuttavia, nonostante la diminuzione dell'entità e della durata dell'esposizione sistemica al MTX dopo la somministrazione di glucarpidasi, essa non ha alcun effetto sulle concentrazioni intracellulari di MTX^{6,19}. È importante quindi, proprio come con la dialisi, la somministrazione concomitante di calcio levofolinato ad alte dosi, necessario per proteggere le cellule dalle concentrazioni tossiche di MTX, fino a quando la funzione renale non si sia ripresa a sufficienza per eliminare ogni residuo di metotrexato¹. L'idratazione e l'alcalinizzazione delle urine sono consigliate anche nei pazienti che richiedono glucarpidasi¹⁸. In caso di somministrazione di MTX in un tempo minore o uguale a 6 ore, una concentrazione di MTX plasmatica $>1500 \mu\text{mol/l}$ alla fine dell'infusione richiede un monitoraggio aggiuntivo di ulteriori 24 ore. Può essere indicata la somministrazione di glucarpidasi se la concentrazione a 24 ore della metotressatemia è superiore a $50 \mu\text{mol/l}$, la concentrazione a 36 ore è superiore a $30 \mu\text{mol/l}$, la concentrazione a 42 ore è superiore a $10 \mu\text{mol/l}$, oppure la concentrazione a 48 ore è superiore a $5 \mu\text{mol/l}$ e la creatinina sierica è elevata rispetto alla misurazione basale (indicativa di nefrotossicità indotta da HDMTX)²⁰.

Presentazione del caso clinico

La ricerca sopra descritta è stata necessaria ad imposta-

re il percorso assistenziale e gli interventi clinici effettuati su un paziente uomo di 48 anni colpito da tossicità renale conseguente a trattamento citotossico con methotrexate. Tale percorso assistenziale è stato intrapreso all'interno del reparto di ematologia dell'Istituto Clinico Humanitas. La storia clinica del nostro paziente inizia a Dicembre 2019 quando, in seguito alla comparsa di un corredo sintomatologico caratterizzato da sciatalgia, astenia e sudorazione notturna saltuaria, esegue una serie di accertamenti diagnostici (Risonanza magnetica lombosacrale ed agobiopsia ossea a livello di L1) che portano alla diagnosi di Linfoma non-Hodgkin diffuso a grandi cellule B (DLBCL). Il trattamento scelto comprende somministrazione di chemioterapia secondo schema EPOCH (Doxorubicina, Etoposide, Vincristina, Ciclofosfamida) e methotrexate ad alte dosi (HDMTX). In anamnesi patologia remota paziente iperteso. Il paziente entra in reparto di ematologia il giorno 11 Aprile 2020 per poter proseguire la somministrazione di chemioterapia con MTX; viene attivata idratazione di 2000 ml con all'interno bicarbonato nelle 24 ore precedenti l'inizio della terapia citotossica. Il giorno 12 Aprile nella mattina comincia iperidratazione ed infusione di MTX (7g in totale), all'attivazione dell'infusione il pH urinario risultava essere pari ad 8. Al termine della somministrazione si hanno subito i primi effetti di nefrotossicità, con netto aumento ponderale (+3,5 Kg rispetto la mattina) e contrazione della diuresi; il bilancio idrico risulta positivo di 2400 ml nel pomeriggio e 1400 ml nella sera e in conseguenza di ciò sono state somministrate in tre momenti diversi tre fiale di diuretico (furosemide 20mg). La giornata successiva (13 Aprile 2020) vede il pH a un valore oscillante tra i 6,5 e 7 nonostante la somministrazione di 3 fiale di bicarbonato da 100ml (100 mEq) per via endovenosa. Contemporaneamente la diuresi rimane contratta ed agli esami ematici si osserva un aumento vertiginoso della creatinina da 0,87 mg/dl a 4,50 mg/dl. Viene impostata, dopo un consulto nefrologico, una terapia diuretica con furosemide 250 mg nelle 24 h, integrata da una somministrazione di furosemide 100 mg in 30 minuti per due volte al giorno insieme a mannitolo 18% in 250 ml. Viene deciso anche di aumentare la terapia con calcio levofolinato da 25 mg 4 volte al giorno a 200 mg per 8 volte al giorno. A fine giornata si registra un aumento ponderale di 8 Kg rispetto l'ingresso. Nella giornata seguente (14 Aprile 2020), successivamente all'esecuzione di un prelievo ematico per il dosaggio di methotrexate (metotressatemia) nel sangue che risulta essere $46 \mu\text{mol/l}$, si decide di somministrare 3 fiale di glucarpidasi da 1000 Unità/fiala. Si decide anche di attivare una infusione continua di bicarbonato (200mEq nelle 24 ore) (agli esami ematici si nota un ulteriore aumento della creatinina a 5,46 mg/dl). In giornata il pH si è mantenuto oscillante tra i 6,5 e gli 8, e il peso raggiunge un

valore superiore di 10 Kg rispetto l'ingresso del paziente in reparto. Il giorno seguente (15 Aprile 2020) si decide di impostare una restrizione idrica, in quanto dopo l'esecuzione di una TAC torace si riscontra un versamento pleurico bilaterale. Dopo la somministrazione di glucarpidasi si registra una diminuzione della metotressatemia a 22 $\mu\text{mol/l}$. Alla fine della giornata si registra un aumento ponderale del paziente di 12 Kg rispetto l'ingresso e un pH urinario con valori variabili tra i 7 e i 7,5. Il giorno 16 Aprile 2020 viene posizionato un catetere venoso centrale giugulare e si decide di far cominciare al paziente la dialisi. Alla fine della giornata il paziente ha un aumento ponderale complessivo di 10,5 Kg rispetto l'ingresso in reparto. Nei giorni successivi si decide di aumentare la terapia con calcio levofolinato per un totale di 8000 mg in somministrazione continua nelle 24 ore, e di proseguire contemporaneamente le sedute dialitiche. Il giorno 20 Aprile si registra un'importante diminuzione della metotressatemia a 3,40 $\mu\text{mol/l}$. Nei giorni successivi si notano miglioramenti sia soggettivi del paziente e sia negli esami ematici, con una diminuzione progressiva della creatinina da un picco massimo di 9,87 mg/dl fino ad un valore di 5,42 mg/dl, con contemporanea diminuzione del peso accumulato nei primi giorni del trattamento con MTX fino ad arrivare alla dimissione che è avvenuta il giorno 4 Maggio 2020.

DISCUSSIONE

Discussione dei risultati

Il methotrexate ad alte dosi (HDMTX) può essere somministrato in modo sicuro a pazienti con funzionalità renale normale in associazione ad iperidratazione, alcalinizzazione delle urine e somministrazione di calcio levofolinato. Una gestione efficace della nefrotossicità indotta da MTX richiede il riconoscimento tempestivo dell'eliminazione ritardata del farmaco e dell'insufficienza renale, in particolare, l'aumento della concentrazione sierica di creatinina o la riduzione della diuresi dopo la somministrazione di MTX indicano un'emergenza medica. Una

maggiore idratazione, calcio levofolinato ad alte dosi e glucarpidasi (quando necessario) riducono efficacemente le concentrazioni sieriche di MTX e proteggono le cellule dal farmaco, è importante però che questi interventi vengano attuati il prima possibile per prevenire ulteriore tossicità e consentire ai pazienti di riprendere la terapia dopo la normalizzazione della funzione renale.

Conclusioni

Il presente lavoro ha avuto l'obiettivo di descrivere il processo decisionale affrontato e l'applicazione dei risultati su un paziente uomo di 48 anni colpito da tossicità renale conseguente a trattamento citotossico con methotrexate. In un primo momento è stata realizzata una revisione della letteratura e successivamente è stato possibile applicare i migliori interventi clinici possibili sul paziente. Analizzando questo caso clinico si possono notare importanti particolarità riguardo la tossicità renale acuta correlata alla somministrazione di methotrexate. Appena dopo il termine della somministrazione del farmaco si è notato un netto aumento ponderale del paziente e contemporaneamente un'importante contrazione della diuresi. Agli esami ematici la creatinina era aumentata da 0,87 mg/dl a 4,50 mg/dl e la metotressatemia aveva un valore di 46 $\mu\text{mol/l}$. La somministrazione della terapia scelta (glucarpidasi e calcio levofolinato) in associazione a dialisi ha permesso al paziente di avere miglioramenti clinici importanti, tra questi si è notata la notevole diminuzione della metotressatemia a 3,40 $\mu\text{mol/l}$, la diminuzione della creatinina da un picco massimo di 9,87 mg/dl fino ad un valore di 5,42 mg/dl, tutto questo, unito ad un miglioramento delle condizioni generali del malato, ha permesso il recupero della migliore condizione di salute possibile per il paziente. Da un punto di vista infermieristico si è potuto notare quanto risulti importante il monitoraggio del pH urinario, del peso e la valutazione della diuresi, in quanto un riconoscimento precoce dei sintomi della nefrotossicità permette un tempestivo intervento clinico, riducendo in maniera importante la possibilità di danno irreversibile dei tubuli renali.

BIBLIOGRAFIA

1. Howard SC, McCormick J, Pui CH, Buddington RK, Harvey RD. Preventing and Managing Toxicities of High-Dose Methotrexate, *Oncologist*. 2016; 21(12):1471-1482.
2. Widemann BC, Adamson PC. Understanding and managing methotrexate nephrotoxicity. *The Oncologist*. 2006; 11:694-703.
3. Stoller RG, Hande KR, Jacobs SA, et al. Use of plasma pharmacokinetics to predict and prevent methotrexate toxicity. *N Engl J Med*. 1977; 297:630-634.
4. Mitchell MS, Wawro NW, DeConti RC, et al. Effectiveness of high-dose infusions of methotrexate followed by leucovorin in carcinoma of the head and neck. *Cancer Res*. 1968; 28:1088-1094.
5. Abrey LE, DeAngelis LM, Yahalom J. Long-term survival in primary CNS lymphoma. *J Clin Oncol*. 1998; 16:859-863.
6. Widemann BC, Balis FM, Kim A, et al. Glucarpidase, leucovorin, and thymidine for high-dose methotrexate-induced renal dysfunction: Clinical and pharmacologic factors affecting outcome. *J Clin Oncol*. 2010; 28:3979-3986.
7. Jacobs SA, Stoller RG, Chabner BA et al. 7-Hydroxymethotrexate as a urinary metabolite in human subjects and rhesus monkeys receiving high dose methotrexate. *J Clin Invest* 1976; 57:534-538.
8. Lankelma J, van der Klein E, Ramaekers F. The role of 7-hydroxymethotrexate during methotrexate anti-cancer therapy. *Cancer Lett* 1980; 9:133-142.
9. Smeland E, Fuskevåg OM, Nymann K et al. High-dose 7-hydroxymethotrexate: acute toxicity and lethality in a rat model. *Cancer Chemother Pharmacol* 1996; 37:415-422.
10. Messmann R, Allegra C. Anti folates. In Chabner B, Longo D, eds. *Cancer Chemotherapy and Biotherapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:139-184.
11. Perazella MA, Moeckel GW. Nephrotoxicity from chemotherapeutic agents: Clinical manifestations, pathobiology, and prevention/therapy. *Semin Nephrol*. 2010; 30:570-581.
12. Relling MV, Fairclough D, Ayers D, et al. Patient characteristics associated with high-risk methotrexate concentrations and toxicity. *J Clin Oncol*. 1994; 12:1667-1672.
13. Ackland SP, Schilsky RL. High-dose methotrexate: A critical reappraisal. *J Clin Oncol*. 1987; 5:2017-2031.
14. Maia MB, Saivin S, Chatelut E, et al. In vitro and in vivo protein binding of methotrexate assessed by microdialysis. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 1996; 34:335-341.
15. Wall SM, Johansen MJ, Molony DA, et al. Effective clearance of methotrexate using high-flux hemodialysis membranes. *Am J Kidney Dis*. 1996; 28:846-854.
16. Relling MV, Stapleton FB, Ochs J, et al. Removal of methotrexate, leucovorin, and their metabolites by combined hemodialysis and hemoperfusion. *Cancer*. 1988; 62:884-888.
17. Chabner BA, Johns DG, Bertino JR. Enzymatic cleavage of methotrexate provides a method for prevention of drug toxicity. *Nature*. 1972; 239:395-397.
18. Widemann BC, Schwartz S, Jayaprakash N, et al. Efficacy of glucarpidase (carboxypeptidase g2) in patients with acute kidney injury after high-dose methotrexate therapy. *Pharmacotherapy*. 2014; 34:427-439.
19. Meyers PA, Flombaum C. High-dose methotrexate-induced renal dysfunction: is glucarpidase necessary for rescue? *J Clin Oncol*. 2011; 29: e180-e180
20. Ramsey LB, Balis FM, O'Brien MM, Schmiegelow K, Pauley JL, Bleyer A et al. Consensus Guideline for Use of Glucarpidase in Patients with High-Dose Methotrexate Induced Acute Kidney Injury and Delayed Methotrexate Clearance. *Oncologist*. 2018;23(1):52-61
21. Flombaum CD, Liu D, Yan SQ, Chan A, Mathew S, Meyers PA et al. Management of Patients with Acute Methotrexate Nephrotoxicity with High-Dose Leucovorin. *Pharmacotherapy*. 2018;38(7):714-724.
22. Hamed KM, Dighriri IM, Baomar AF, Alharthy BT, Alenazi FE, Alali GH et al. Overview of Methotrexate Toxicity: A Comprehensive Literature Review. 2022. 23;14(9): e29518
23. Kawaguchi S, Fujiwara SI, Murahashi R, Nakashima H, Matsuoka S, Ikeda T et al. Risk factors for high-dose methotrexate-induced nephrotoxicity. *Int J Hematol*. 2021;114(1):79-84

Diventare madri nella migrazione: proposte assistenziali di affiancamento all'evento nascita nel rispetto della diversità culturale

MARIA VITTORIA MIANO

Ostetrica, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

RIASSUNTO

Introduzione: Negli ultimi decenni i flussi migratori hanno interessato diversi paesi dell'Unione Europea. Anche nel settore sanitario, gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per adattare la loro assistenza a persone con culture diverse, in particolare alle donne incinte di culture diverse che partoriranno in un diverso contesto culturale.

Obiettivo: Il presente studio mira a sensibilizzare gli operatori sanitari che operano nell'ambito della perinatalità a conoscere e ri-conoscere i fattori culturali legati all'evento nascita e relativi alle donne straniere che affrontano la maternità a seguito di un evento migratorio. Lo scopo dello studio è creare consapevolezza su questo tema tra gli operatori sanitari, sottolineando l'importanza della diversità culturale come punto di forza per la cura dei propri bambini e come fattore favorente l'integrazione con i modelli di salute del paese di arrivo.

L'obiettivo finale è quello di fornire un'assistenza di qualità non sola basata sull'efficacia clinica, ma anche fondata sul riconoscimento e la comprensione della diversità socio-culturale di ciascun paziente.

Materiali e metodi: Il colloquio semi strutturato è stato condotto tra giugno e settembre 2014 durante un tirocinio professionalizzante del corso di laurea triennale in Ostetricia e Ginecologia. Dieci donne di età compresa tra i 28 ei 40 anni sono state intervistate per chiedere loro di raccontare il proprio approccio al sistema sanitario partendo dalle esperienze vissute in ambito perinatale in quanto donne migranti. Il campione era rappresentativo di 5 diverse aree geografiche. L'adesione allo studio è stata spontanea e gratuita.

Risultati: Trascrivendo le interviste sono state individuate quattro diverse macro aree di interesse: storia migratoria, gravidanza, parto e puerperio. Ogni area è stata suddivisa in argomenti legati ai temi principali emersi dal racconto delle donne. L'approccio narrativo ha messo in luce l'importanza del sistema sanitario come uno dei luoghi di primo approccio in cui gli stranieri devono imbattersi all'arrivo in un nuovo paese, soprattutto per quanto riguarda le donne incinte o con bambini. Per promuovere l'assistenza sanitaria come fattore di inclusione per i migranti, il me-

diatore linguistico-culturale dovrebbe essere incluso nelle equipe di lavoro degli operatori sanitari. Gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per cooperare con i MLC cercando di valorizzare gli aspetti socio-culturali del loro lavoro invece di usarli solo come traduttori.

Conclusioni: Tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere formati su tematiche relative alla diversità socio-culturale dei migranti che si avvicinano al sistema sanitario. Ogni ospedale dovrebbe fornire la formazione necessaria ai propri lavoratori. Ostetriche ed infermieri di comunità sono in prima linea con le donne migranti soprattutto durante per tutto il periodo perinatale. Per questo la qualità dell'assistenza erogata deve tenere conto di ogni aspetto della vita della persona, compresi i fattori culturali e relazionali che devono essere oggetto di studio mirato per essere compresi e valorizzati.

Parole chiave: gravidanza, nascita, perinatalità, migrazione, diversità culturale, assistenza ostetrica, assistenza infermieristica, transculturalità

Becoming mother during migration: a proposal to childbirth attendance respecting cultural diversity

ABSTRACT

Background: In the last few decades, the migratory flows have involved various countries of the European Union. Also in the healthcare-related sector, health professionals should be trained to adapt their assistance to people of different cultures, especially to pregnant women of different cultures that are going to give birth in a different cultural frame.

Purpose: This study wants health professionals to be sensitive to birth cultural factors coming from foreign women. The purpose of the study is to create consciousness on this topic among healthcare workers and to enlighten the importance of cultural diversity and its integration

with the hosting healthcare system. The final objective is to provide quality-related assistance not only based on clinic efficacy but also founded on recognition and comprehension of each patient's socio-cultural diversity.

Materials and methods: Semi-structured interviews has been conducted between June and September 2014 during a midwifery internship. Ten women aged between 28 and 40 years old have been interviewed to ask them about their experience on topics related giving birth in a foreign country as migrants. The sample was representative of 5 different geographical areas. The adherence to the study was spontaneous and free of charge.

Results: Four different macro areas of interest was found transcribing the interviews: migration story, pregnancy, birth, and puerperium. Each area was divided into topics related to the main themes that emerged from women telling. The narrative approach has enlightened the importance of the health care system as one of the first-approach places foreigners people have to bump into arriving in a new country, especially regarding pregnant women or women with children. To promote healthcare as an inclusive factor for migrants, linguistic-cultural mediator should be included in healthcare provider teams. Healthcare workers should also be trained to cooperate with them valuing their socio-cultural importance instead of using them only as translators.

Conclusion: All healthcare providers should be trained on the socio-cultural diversity of migrants approaching the healthcare system. Each hospital should provide the training required for its workers. Midwives and nurses are in the first aid line with migrant women, especially during childbirth. The quality of the assistance given must take care of each person's life aspect, including cultural and relational factors that must be studied to be correctly approached.

Keywords: pregnancy, perinatal, childbirth, migration, cultural diversity, midwifery, nursing, transculturality

INTRODUZIONE E OBIETTIVI DELLO STUDIO

I crescenti flussi migratori che da alcuni decenni coinvolgono in prima linea diversi paesi dell'Unione Europea, richiedono, anche in ambito sanitario, che i professionisti della salute coinvolti siano formati per adeguare la propria assistenza alle persone di origine straniera. Questa necessità si manifesta in particolar modo nel settore di cura materno-infantile, in cui spesso il personale ospedaliero si trova alla presenza di donne migranti che, a distanza di poco tempo, diventeranno madri in una terra diversa da quella in cui sono nate e in genere cresciute e che sono le prime trasmittitrici della cultura stessa (1). Il presente studio mira a sensibilizzare gli operatori sanitari che ope-

rano nell'ambito della perinatalità a conoscere e ri-conoscere i fattori culturali legati all'evento nascita e relativi alle donne straniere che affrontano la maternità a seguito di un evento migratorio. L'obiettivo è quello di erogare delle cure che siano non solo qualità dal punto di vista clinico dell'assistenza, ma anche dal punto di vista socio-culturale e che riescano a diminuire l'impatto del trauma migratorio su queste famiglie, favorendo al contrario situazioni in cui il riconoscimento della loro diversità sia un punto di forza per la cura dei propri bambini e favorisca l'integrazione con i modelli di salute del paese di arrivo.

Materiali e metodi

Nell'ambito del tirocinio professionalizzante del corso di laurea triennale in Ostetricia e Ginecologia, sono stati condotti dei colloqui sotto forma di interviste semi-strutturate con 10 donne di età compresa tra i 28 e i 40 anni, appartenenti a realtà culturali differenti e riconducibili a 5 differenti aree geografiche: Asia Orientale, Sud America, Africa Centro-Occidentale, Maghreb e Medio Oriente ed Est-Europa e corrispondenti ai seguenti paesi: Repubblica Popolare Cinese, Bolivia, El Salvador, Senegal, Camerun, Marocco, Libano, Ucraina e Albania. A tutte le donne migranti intervistate è stato chiesto di raccontare la propria esperienza con il sistema sanitario italiano partendo dalle esperienze vissute in ambito perinatale. I criteri di selezione del campione sono stati di natura intenzionale e si sono basati sulla conoscenza diretta delle donne migranti, incontrate nel contesto ospedaliero di riferimento prima o dopo il parto. L'adesione allo studio per ognuna delle partecipanti è stata di natura volontaria e gratuita. Le interviste si sono svolte nel periodo compreso tra giugno 2014 e settembre 2014 in contesti non formali (parchi all'aperto, luoghi di domicilio delle intervistate o bar) per permettere a ciascuna di loro di sentirsi a proprio agio nel racconto della propria storia. I colloqui sono stati trascritti utilizzando un linguaggio informale, con espressioni tipiche della lingua parlata, secondo l'approccio narrativo proprio della ricerca qualitativa.

La traccia utilizzata come filo conduttore per le interviste semi-strutturate ha toccato i seguenti ambiti: Informazioni generali, Nome, Età, Nazionalità, Storia personale migratoria, Gravidanza, Scelta spontanea vs accettazione forzata, Esecuzione delle visite previste dal SSN, Diversità incontrate nella gestione dei nove mesi di gestazione in Italia e al paese natale, Modificazioni riscontrate nel corpo e nella mente, Paure e aspettative, Struttura presso la quale si è stati seguiti, Rapporto con il personale sanitario dell'ambito materno-infantile, Parto, Vissuto del parto e delle ore seguenti, Differenze con il paese di origine (se già vissuti dei parti altrove), Puerperio, Degenza in ospe-

dale, Diversità nei metodi di cura verso la madre e verso il neonato, Rete di sostegno al rientro a casa, Allattamento, Capacità di mantenere tradizioni apprese nel paese di origine e applicarle al neonato, Confronto con il SSN e prima visita dal pediatra, Paure e aspettative, Svezzamento, Ruolo del marito/compagno in questa fase della sua vita

Risultati

A motivo della grande quantità di tematiche emerse dall'analisi dei dati raccolti, è risultata chiara la necessità di dare forma alle molte informazioni acquisite nel corso dei colloqui sostenuti con il campione delle dieci madri migranti, suddividendo in quattro macro aree la discussione: storia migratoria, gravidanza, parto, puerperio e cure prossimali. Per ogni macro area sono poi state individuate delle sotto aree tematiche utili per mettere a fuoco con maggior precisione alcuni argomenti ricorrenti emersi alle diverse interviste.

La storia migratoria

Il background culturale di riferimento

Tutte le donne intervistate parlavano in modo abbastanza chiaro l'italiano e non è stato necessario utilizzare servizi di mediazione linguistica o di traduzione. Dell'intero campione considerato 2 donne su 10 erano laureate (seppure con titoli di studio non riconosciuti nel nostro paese), una delle neo-mamme era studentessa di medicina presso l'università di Pavia mentre le 7 le restanti avevano tutte un diploma di scuola secondaria superiore. Tra le intervistate inoltre i motivi ricollegabili alla migrazione erano ascrivibili principalmente a condizioni socio-economico-politiche sfavorevoli nel paese d'origine che avevano spinto l'intera famiglia a migrare con tuttavia due diverse idee migratorie alla base del viaggio effettuato. In 5 donne su dieci prevaleva la speranza di poter tornare a casa una volta avvenuto un graduale ritorno alla normalità delle condizioni che avevano generato la migrazione; nelle restanti 5, invece, sin dall'arrivo in Italia, emergeva il desiderio di ricreare in questo paese una vita migliore e più adatta alle proprie necessità, senza l'idea in un futuro a breve termine di tornare al paese di origine.

L'assistenza sanitaria

Dalle interviste è emerso che 8 donne su 10 sono state seguite nei nove mesi di gestazione dal medesimo servizio territoriale: un consultorio familiare privato convenzionato sito nella città di Pavia e con la possibilità di erogare tutte le visite ostetriche e le ecografie previste dal SSN in un unico luogo e con un'agenda interna dedicata, fattore favorente per la totalità delle donne partecipanti allo studio. Di contro nessuna tra le donne migranti intervistate, seppure 2 su 10 fossero alla prima gravidanza, ha

espresso la volontà di frequentare un corso di preparazione al parto.

Il parto

Il passaggio da uno a due

Parlando del momento del parto, in tutte le donne coinvolte, si sono risvegliate paure ataviche spesso amplificate dalla necessità di vivere questo evento in un ambiente diverso da quello della cultura di origine. Nessuno di questi pensieri ha però impedito alle madri intervistate di ricordare l'evento del parto come carico di sofferenza, ma anche di gioia al momento della nascita del proprio figlio. Tuttavia, 4 donne su 10 sono state sottoposte a taglio cesareo, per l'insorgere di complicanze mediche o per tagli cesarei effettuati nelle precedenti gravidanze. Tali dati si allineano con quelli riportati dal CedAP relativo all'anno 2014 che stimano al 32.6% la percentuale di tagli cesarei eseguiti nelle strutture pubbliche presenti sul territorio nazionale (2). Alcune donne maggiormente in difficoltà a comunicare in autonomia in assenza di un caregiver di riferimento, hanno altresì riferito di essersi affidate totalmente al personale ospedaliero per le scelte cliniche da intraprendere durante il momento del parto.

La degenza in ospedale

Per la totalità delle donne intervistate il primo impatto con l'ospedale dopo il parto è stato vissuto attraverso i pasti consumati. Per le due donne cinesi e per quella ucraina è stato strano non vedersi servito del brodo di pollo per rimettersi subito in forze dopo lo sforzo fatto durante il travaglio, come usa nei paesi di origine. Tutte hanno inoltre riferito di aver apprezzato la quantità di consigli ricevuti dal personale ospedaliero prima della dimissione, aspetto insolito per chi di loro aveva un confronto con la sanità nei paesi di origine e ancor di più per la mamma di origine albanese che aveva partorito il primo figlio in casa 17 anni prima. La gratuità delle cure erogate è ugualmente stato oggetto di apprezzamento considerando che in alcuni dei paesi di provenienza il diritto alle cure è prerogativa di pochi privilegiati.

Il puerperio e le cure prossimali

L'allattamento

Tutte le madri intervistate hanno dichiarato di aver voluto in ogni modo allattare al seno i propri bambini e di queste solo 2 su 10 hanno interrotto l'allattamento prima del sesto mese d'età del proprio figlio, le restanti hanno proseguito fin dopo la conclusione dello svezzamento, altre ancora fino al compimento dell'anno d'età del piccolo. In tutti i casi si è comunque evidenziato il desiderio di vivere al meglio il rapporto madre-neonato vivendo l'allattamento primariamente come uno strumento di

relazione oltre che come forma esclusiva di nutrimento. Inoltre, ben 6 donne su 10 hanno protratto l'allattamento anche una volta svezzato il bambino, allineandosi con le indicazioni fornite dalla OMS che consiglia l'allattamento al seno fino ai 24 mesi di età del bambino.

La rete di sostegno al rientro a casa

In tutte le interviste realizzate si è evidenziato chiaramente il ruolo chiave di quelle donne che, nelle vesti di madri, suocere, cognate, amiche, zie, sorelle o anche solo conoscenti, si sono assunte il delicato compito di sostenere ed accudire la coppia madre-bambino al loro rientro a casa. Tutte loro hanno potuto e saputo svolgere in modo adeguato e competente la loro funzione grazie ad un'esperienza pregressa e alla consapevolezza di dover garantire, anche in un contesto altro di migrazione, una parte di quelle cure che tutte queste donne avrebbero avuto se fossero rimaste al paese natale. Nella migrazione spesso, infatti, viene a mancare il contesto delle relazioni femminili che, attraverso le varie forme di aiuto, concreto e simbolico, permetteva alla gestante di vivere la gravidanza in maniera "principesca" (3). La figura della co-madre, colma così non solo il vuoto lasciato dall'assenza dei membri della comunità di origine, ma anche a tratti dal SSN. Il poter garantire un'adeguata assistenza durante il puerperio rientra quindi nelle mansioni che potrebbero e dovrebbero svolgere figure con competenze analoghe dal punto di vista esperienziale delle co-madri, ma arricchite dal punto di vista del sapere medico-scientifico dagli studi effettuati in precedenza. In Italia a tale definizione corrisponde primariamente il profilo professionale dell'ostetrica, co-adiuvata dall'infermiere di comunità e dai pediatri e medici di libera scelta, ma in assenza di una standardizzazione dell'assistenza alle puerpere sul territorio nazionale nel periodo successivo al parto, solo in alcune regioni sono applicati protocolli specifici per la tutela di madre e bambino alla dimissione dall'ospedale e di conseguenza non vi è una corretta presa in carico da parte di questi professionisti della salute.

L'uso della lingua materna

Tutte le donne intervistate hanno riferito di comunicare con il proprio bambino nella lingua del paese di origine e la maggior parte ha riferito di averlo fatto già con i figli avuti in precedenza e in modo del tutto spontaneo oltre che di comune accordo con il marito/compagno. Tale apprendimento contemporaneo di due lingue entro i 3 anni di vita si definisce tecnicamente bilinguismo precoce e simultaneo e può portare ad un transitorio sbilanciamento del vocabolario a favore dell'uno o dell'altro idioma (4) come hanno in più casi osservato diverse madri nel corso dei colloqui. Tuttavia, risulta chiaro come l'uso della lingua materna permetta di sentire l'appartenenza al proprio

gruppo, l'affiliazione ad una cultura e come le parole si leghino a parole che attivano le relazioni e i collegamenti propri di essa, gli stessi che la migrazione talvolta recide (4). Questo sottolinea l'importanza che gli operatori stessi possono rivestire nell'incentivare le comunicazioni tra madre e bambino partendo dalla lingua di origine, detta anche "lingua del cuore".

Lo svezzamento

Poiché il campione di donne scelto aveva partorito da almeno tre mesi, è stato possibile avere dei dati confrontabili anche su un tema così complesso e culturalmente differenziato come lo svezzamento. Persino all'interno delle famiglie di una stessa cultura ci sono credi e scelte differenti sui primi alimenti da somministrare ai propri figli e sulla scansione più corretta dei tempi entro i quali questo debba essere fatto. Nelle donne migranti a queste problematiche comuni a quasi tutte le neo-mamme si sono aggiunte le difficoltà derivanti dalla gestione dello svezzamento da parte di ogni singolo pediatra di libera scelta. Spesso durante le visite dal dottore per alcune delle donne straniere intervistate sono sorte discussioni sull'introduzione precoce di alimenti da noi considerati molto allergizzanti come l'uovo o i latticini o ad alto rischio di trasmissioni di patologie, come la tossina botulinica per il miele. Nei casi poi in cui le madri avevano invece scelto di attenersi esclusivamente ai consigli del medico di riferimento, i problemi sono sorti all'interno del nucleo familiare, là dove nel ruolo di co-madri vi erano altre donne esperte e fortemente attaccate alle rappresentazioni culturali del paese di origine che non condividevano le indicazioni date dal curante. Quest'ultima condizione si è verificata in 2 casi sui 10 analizzati, ma nel complesso si può osservare come la tappa dello svezzamento sia stata affrontata in modo abbastanza sereno e naturale da tutte le donne oggetto del campione di studio, sebbene alcune di loro abbiano scelto di introdurre ugualmente nei primi alimenti somministrati al bambino dei cibi del paese di origine, richiamando anche attraverso il cibo un ulteriore legame con la cultura di appartenenza.

Il co-sleeping

Tutte le mamme sono state contente della possibilità di avere subito in camera i loro bambini. Diverse donne hanno sottolineato la normalità che questo atto porti con sé e come sia naturale per una madre voler subito attaccare al proprio seno o anche solo voler coccolare il cucciolo che per nove mesi ha portato dentro di sé. Il mantenimento del contatto con il proprio bambino nelle ore notturne fa parte delle pratiche di accudimento dette "cure prossimali", che includono anche l'allattamento al seno, il portare i bambini in braccio o in fasce e marsupi, i massaggi e le coccole. La condivisione del sonno not-

turno viene denominata scientificamente *co-sleeping* se a distanza ravvicinata, ma senza trovarsi sulla stessa superficie, attitudine che viene invece definita *bed-sharing* (5).

Di tutte le donne intervistate 2 su 8 hanno affermato di condividere la superficie del letto matrimoniale con il proprio piccolo, per controllarlo con maggiore efficacia e soprattutto per essere subito pronte ad allattarlo nei momenti di risveglio notturno. La restante parte del campione ha comunque scelto il *co-sleeping* come pratica efficace per i primi mesi di vita del bambino, pur preferendo tenerlo in una culla all'interno della stanza. Nessuna ha scelto di posizionare il bambino in un'altra stanza della casa nei primi mesi di vita, dato che si è protratto per tutta la durata dell'allattamento. Come mostrano anche i dati presenti in letteratura infatti, tenere il bambino al proprio fianco sin dai primi momenti dopo il parto con la possibilità di effettuare il *rooming-in* ha effetti benefici sull'allattamento al seno: le poppate durano mediamente di più e la durata in mesi dell'allattamento è direttamente proporzionale alle ore di *co-sleeping* effettuate.

Il ruolo della figura paterna

E' importante ricordare come la migrazione muti i rapporti tra uomo e donna nella coppia: spesso ad esempio l'esperienza della gravidanza non è oggetto condiviso di discorso, soprattutto nella cultura araba e nelle donne di religione musulmana. Marito e moglie non ne parlano insieme. Anche la gestione del neonato da parte dell'uomo, persino nei casi in cui non vi sia una rete di sostegno femminile per la madre, non è quindi da ritenere così scontata. Il ruolo "marginale" della figura paterna anche durante il puerperio, è risultato infatti come un elemento ricorrente nei racconti riportati dalle donne. In più di un caso egli è stato esonerato dalla esecuzione di compiti primari di accudimento del neonato (cambiare i pannolini, dare il biberon o farlo addormentare) a motivo della stanchezza serale dovuta al lavoro svolto in giornata. Si potrebbe affermare che almeno in 6 coppie su 10 viga un tacito accordo di suddivisione piuttosto che di condivisione dei compiti nell'ambito del contesto familiare di riferimento.

DISCUSSIONE

Dalle interviste semi-strutturate effettuate, nelle quali a tutte le donne è stata lasciata la possibilità di raccontare e raccontarsi liberamente senza seguire un rigido schema, è emerso chiaramente, che per le donne migranti in gravidanza, i servizi socio-sanitari diventano uno dei percorsi inevitabili e più importanti spesso di prima vera integrazione con il paese di arrivo. Bisogna infatti ricordare che la nascita di un figlio è un'esperienza molto importante nella vita di ogni donna ed assume un valore aggiunto per chi

proviene da un paese diverso dall'Italia perché modifica il processo migratorio, confermando l'esigenza di mettere radici e progettare un futuro per sé e per la propria famiglia. L'angoscia che queste donne talvolta provano nel mettere al mondo un figlio è dovuta all'incapacità della società di accettare questi bambini dalle identità plurime: dietro l'evento della maternità c'è una crisi, ben più profonda, dell'intera società d'accoglienza. Le future madri si ritrovano ad interrogarsi sulla necessità di permettere ai propri bambini di far propri i valori del paese ospitante o se sia più giusto trasmettere loro quelli del proprio paese di origine (4).

I servizi sono quindi i luoghi privilegiati dell'integrazione sociale, ma questa integrazione non è programmata o guidata e spesso è delegata- per assenza quasi totale di formazione e preparazione- ai singoli operatori di prima linea (le impiegate/i agli sportelli di accettazione, le ostetriche, gli infermieri), non sempre dotati di strumenti culturali adeguati ad interagire con l'altro, carenze che compensano facendo tesoro delle risorse personali, emotive, affettive, delle esperienze individuali ed occasionali di vita. E' su questi operatori, più spesso operatrici, che gli ospedali scaricano tutto il peso di una comunicazione complessa, difficile non solo per ragioni linguistiche e culturali, ma anche per tutto il carico di emozioni che queste situazioni comportano (6). Ciò che spetta a tutti i professionisti sanitari, ed in particolare alla ostetrica, che più di tutti ha il compito di stare accanto alla donna (*obstare*) in una fase molto delicata della sua vita, è cercare di seguire un preciso percorso di formazione che permetta di approfondire la tematica della assistenza agli immigrati, ormai non più trascurabile.

Compito degli Enti e delle Regioni sarebbe quello di fornire al personale un supporto adeguato ai fini del raggiungimento di questo obiettivo. Supporto concretizzabile soprattutto attraverso proposte di corsi di formazione specifici sui temi della transculturalità, secondo quanto già svolto da diverse realtà sanitarie nel nostro Paese e da regioni "virtuose" nell'ambito dell'assistenza alle persone straniere che da diversi anni hanno attuato politiche sanitarie d'integrazione dei migranti sul territorio nazionale inserendo nelle équipes di lavoro ospedaliere e territoriali la figura della mediatrice linguistica-culturale (MLC). Le MLC sono figure che condividono con i pazienti l'appartenenza alla stessa comunità di origine e che hanno a loro volta vissuto una migrazione che, attraverso un'adeguata formazione, è stata trasformata in una risorsa professionale. Esse ricoprono un ruolo delicato, perché più che fungere da traduttori, sono piuttosto un aiuto per la decodifica dei codici di comunicazione e forniscono una chiave culturale di lettura dei bisogni del paziente.

La pratica delle mediatrici culturali presuppone anche che gli operatori del paese di accoglienza siano formati a modalità comunicative transculturali: il processo di formazione di chi accoglie deve andare di pari passo con quello delle mediatrici culturali, in una continua e proficua dialettica tra pratica di mediazione ed elaborazione di modelli teorici. Di fatto oggi queste figure sono assunte e considerate come profili di aiuto, temporanei ed utilizzati per lo più solo come interpreti. In realtà quella della mediazione è una via che vuole essere più "paritaria", facilitando lo scambio tra persone, -almeno teoricamente- uguali, con una vera e propria funzione di *advocacy* a favore del sostegno dei più deboli socialmente. Nello specifico per le professioni sanitarie e in particolare per quella infermieristica ed ostetrica, il ruolo di *advocacy* consiste nell'informare e supportare il paziente in qualunque decisione assistenziale condivisa (7). Tuttavia, tale obiettivo è realizzabile solo scegliendo di comprendere e conoscere il *background* culturale della persona che si desidera assistere, operazione che di certo non può essere frutto di improvvisazione, ma al contrario deve essere l'esito di un processo di cura condivisa tra professionisti di diversi ambiti.

CONCLUSIONI

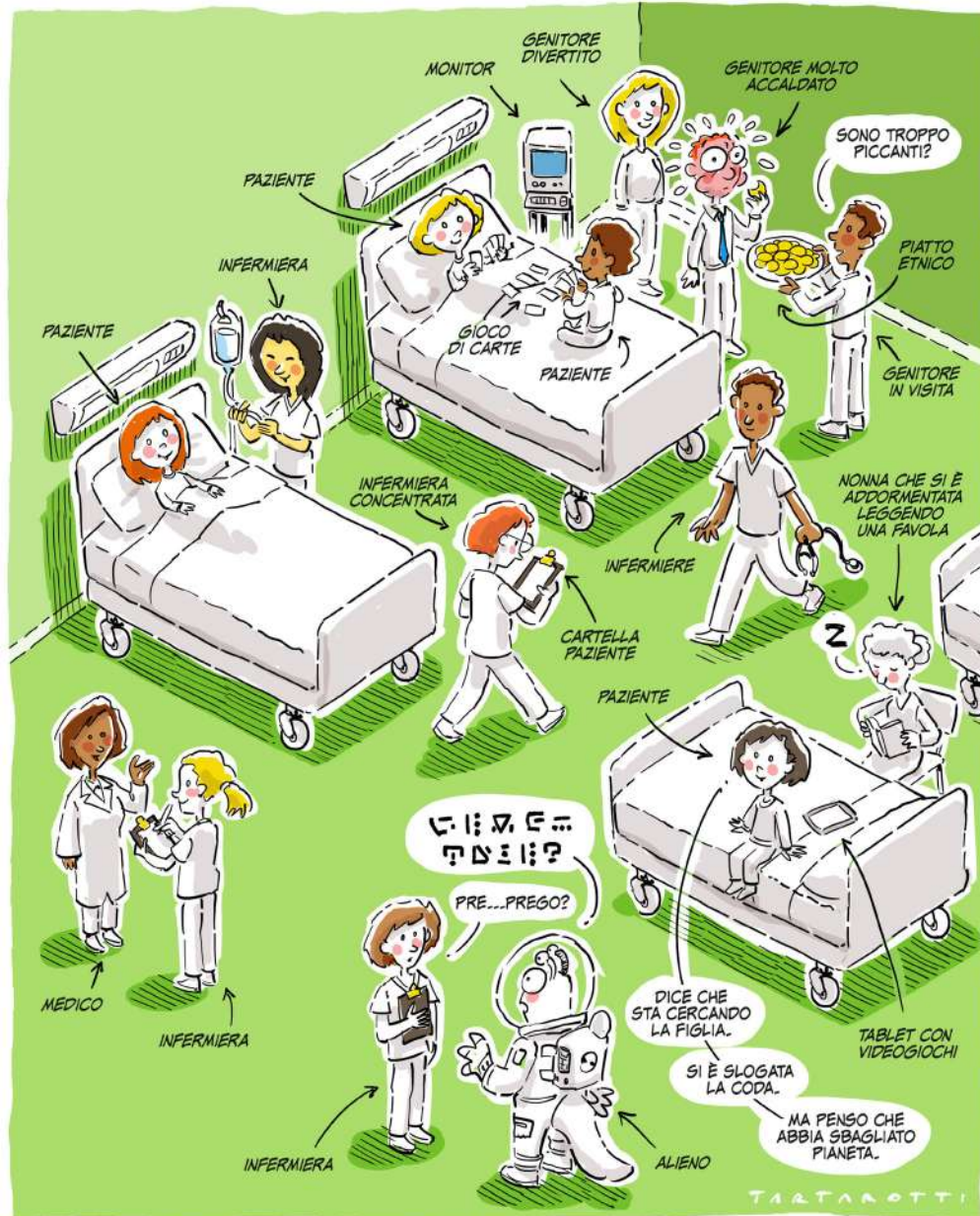
Per favorire la creazione di un rapporto madre-bambino ottimale, in modo che tutte le diverse tecniche di accudimento delle donne intervistate possano continuare ad essere agite in qualunque parte del mondo loro si trovino, è necessario strutturare un'assistenza sanitaria di qualità non solo dal punto di vista clinico, ma anche culturale e relazionale. Un piano assistenziale efficace e orientato ai pazienti che portano con sé un vissuto migratorio più o meno recente andrebbe applicato il più possibile in modo capillare su tutto il territorio nazionale. Non solo per garantire un'uniformità nell'assistenza interregionale, ma anche per garantire un aiuto concreto a quelle persone che per scelta o per necessità hanno dovuto scegliere la migrazione come un mezzo per poter sperare di ricostruire una vita ed una famiglia in condizioni sociali, politiche ed

economiche più favorevoli, trovando il coraggio di volgere lo sguardo verso un futuro incerto senza però potere né volere abbandonare del tutto il proprio passato. A tutto il personale sanitario quindi e in particolar modo alla figura dell'ostetrica spetta il compito di operare cercando di salvaguardare le diversità che ogni donna migrante porta con sé, nel rispetto della sua cultura di appartenenza per poter fungere così da ponte tra i due mondi nella quale la futura madre dovrà rifondare la propria famiglia. È infatti con disponibilità, gentilezza e pazienza, ma anche con un'adeguata preparazione, che si costruiscono relazioni di aiuto durevoli nel tempo e capaci di far sentire ogni donna ascoltata ed accolta nella sua unicità.

BIBLIOGRAFIA

1. Cattaneo ML, Dal Verme S. Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere. Edizioni Unicopli; 2005. p 264
2. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - 2014 [cited 2023 Apr 4]. Available from: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2585_allegato.pdf
3. Balsamo F. Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità. L'Harmattan Italia; 2003.
4. Rigotti F. Partorire con la mente e con il corpo. Bollati Boringhieri; 2010. p 180
5. Falcicchio G, Zlotnik P, Bortolotti A, Tortorella ML. Il primo sguardo. Prime ore di vita, cure prosimili e affettività. Fasi di Luna; 2014. 176 p.
6. Balsamo F. Famiglie di migranti. Carocci Editore; 2003. p 192
7. Attianese R, Pentella G. L'assistenza infermieristica alla luce delle nuove normative: gli obiettivi [cited 2023 Apr 4]. Available from: https://www.area-c54.it/public/l'assistenza_infermieristica_alla_luce_delle_nuove_normative.pdf

Le vignette di Stefano Tartarotti



Stefano Tartarotti è nato in Alto Adige, trasferito a Milano per frequentare la Scuola del Fumetto e dopo il diploma illustratore per quotidiani e riviste a tiratura nazionale e autore di numerose copertine di libri. Ha lavorato nell'ambito dell'editoria per l'infanzia e da diversi anni disegna anche storie autobiografiche e di satira. Le sue creazioni prima postate solo sul suo blog personale, sono state pubblicate anche su quotidiano online Il Post e sono state stampate su Linus e Smemoranda.

Ora Lui e la sua cana Lucy ci sono trasferiti sulle colline piacentine, dove passa il tempo disegnando, portando a spasso il canide, maltrattando il suo giardino e vagando per le colline a bordo della sua moto blu.

Questo è il suo blog: <https://tartarotti.wordpress.com>

Questa la sua pagina Instagram: https://instagram.com/stefano_tartarotti?igshid=Iti0c45bvgh7

Questo è il suo sito: www.tartarotti.com

Grazie Stefano

Le perle di Baldini

Ogni volta la redazione mi chiede di parlare di argomenti serissimi.

Sempre.

Ogni volta.

Ma io sono tutto tranne che una persona seria, figuriamoci parlare di argomenti seri.

Per questa edizione mi hanno chiesto di parlare di transculturale, multiculturalità e integrazione.

E subito mi sono bloccato.

Perché parlare di integrazione e multiculturalità nel nostro paese in un momento storico, politico come questo diventa veramente complicato.

Come se non bastasse mi hanno proibito di scrivere parolacce ed essere "schierato".

Mi sono detto: "Fermi tutti".

Perché posso provare a non scrivere parolacce ma non posso non essere schierato.

Perché io come infermiere sono già "schierato".

Io sono schierato dalla parte di tutti.

Io assisto tutti.

Io curo tutti.

Bravi "cristi" e "ladroni".

Bambini e anziani.

Gentili e maleducati.

Io ci sono per bianchi, gialli e neri.

Sempre.

Senza fare distinzione.

Senza giudicare.

Senza condannare.

E non lo dico perché sono stato "investito" dallo spirito santo o da una benevolenza divina caritatevole ma semplicemente perché sono un professionista e come tale agisco.

E insieme al mio essere professionista credo che ci debba essere tanto e tanto rispetto per la persona e per quello che la persona reputa importante.

Noi infermieri abbiamo un ruolo fondamentale in questo cambiamento e in questo processo di integrazione.

Noi possiamo fare tantissimo.

Semplicemente aprendo un po' la mente a culture e religioni che non fanno parte del nostro quotidiano.

Tutto ciò aiuterebbe ad assistere meglio chi ci troviamo davanti ed allo stesso tempo il "comprendere" renderebbe più efficace il nostro agire.

A proposito.

Così per dire.

Il comprendere, rispettare e conoscere non farà di noi degli italiani che rinnegano le proprie tradizioni e la nostra cultura.

Tutto questo farà di noi degli infermieri migliori e ne sono certo, degli esseri umani migliori.

Worth of Reading



Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche

Massimiliano Marinelli (Curatore)

Editore: Scholé

Collana: Orso blu

La Medicina Narrativa è, come afferma Rita Charon (autrice della prefazione), *una pratica clinica fortificata dalla competenza narrativa*, intendendo con ciò la capacità di riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere mossi dalle storie dei malati e delle malattie. In tale modo la cura si plasma sul paziente in quanto persona. Prima opera del suo genere, il dizionario, attraverso la scelta mirata di voci curate dai maggiori esperti del settore, da un lato getta luce sui concetti fondamentali che costituiscono l'insieme della Medicina Narrativa e il suo rapporto di complementarità con la medicina basata sulle evidenze scientifiche; dall'altro, indica le metodologie e le pratiche attraverso le quali la Medicina Narrativa si realizza come uno strumento terapeutico a disposizione dei professionisti della salute.



Vorrei vedere i bambini giocare: storia di un'infermiera dentro la guerra

Marina Castellano

Editore: Libreria Pienogiorno

Marina Castellano, laureata in infermieristica ed esperta in emergenza clinica, da anni opera sul campo con Ong come Emergency, Medici senza frontiere, Resq people, ha scritto il volume "Vorrei vedere i bambini giocare, storie di un'infermiera dentro la guerra" (con una nota di Cecilia Strada) che nasce dalla sua esperienza sul campo. "A casa nostra io e mio fratello siamo cresciuti con le storie di papà e degli zii che avevano vissuto la guerra. Quando ho concluso gli studi in infermieristica ero consapevole che avrei potuto fare qualcosa per "combattere" i conflitti, ma sapevo che era basilare avere esperienza nell'ambito dell'emergenza e continuare la formazione, spiega l'autrice. Nel momento in cui mi sono sentita pronta, ho inviato la domanda ad Emergency. E così ho iniziato. Dal 2002 sono partita in missione con aspettativa personale e ministeriale perché lavoravo in un ospedale pubblico a Torino. Dodici anni dopo ho deciso di licenziarmi e dedicarmi in toto al campo umanitario.

Emanuel aveva quattordici anni quando è arrivato all'ospedale dove Marina era in missione, a Bangui, e quattordici ne aveva un mese dopo quando se ne è andato per sempre. Lui, Dawood, Farid, Abdullah sono alcuni dei bambini che Marina ha incontrato nella sua attività di infermiera di guerra. Bambini che non possono giocare, correre, vivere davvero la loro infanzia, per colpa della guerra. O per colpa della povertà. O di entrambe, visto che vanno a braccetto. Li ha visti arrivare negli ospedali di Emergency in Afghanistan, portati in braccio in una corsa affannosa da genitori disperati. Li ha incontrati in Sierra Leone, in Libia, in Kurdistan, o tra le onde del Mediterraneo. Li ha visti silenziosi, chiusi nel dolore e nella rabbia, e poi, inaspettatamente, sorridenti e grati di essere ancora vivi. Sono le vicende di questi bambini a costruire una narrativa indimenticabile. E a farci capire che se ognuno di noi accogliesse nella propria storia un pezzetto di un'altra storia, il mondo non sarebbe perfetto, ma sicuramente migliore. Con una nota di Cecilia Strada.



Principi di comunicazione interculturale

Milton J. Bennett

Editore: Franco Angeli

Collana: Le professioni nel sociale

Nella prima parte del testo l'autore, concentrandosi sull'accuratezza del lessico e dei livelli di analisi appropriati per potere parlare di comunicazione interculturale, focalizza la propria prospettiva entro la dimensione epistemologica costruttivista, alla base del noto Modello Dinamico di Sensibilità Interculturale (MDSI). Lo stesso modello è qui presentato nella sua ultima versione in cui Bennett suggerisce un diverso linguaggio per riferirsi al continuum di esperienza della differenza all'interno del paradigma quantistico. L'autore arricchisce i contenuti relativi all'analisi dell'interazione tra persone di culture diverse, rendendo finalmente nota al pubblico la sua teoria di stili percettivi sottostanti il modo in cui individui con diverso retroterra culturale preferiscono, collettivamente, pensare e imparare. Di grande interesse è poi il capitolo su come la prospettiva interculturale costruttivista si declina in diverse applicazioni pratiche: dal contesto dell'educazione internazionale (la visione strategica degli scambi studenteschi) a quella multiculturale (per una nuova scuola multiculturale); dal management globale alla leadership globale (prospettiva tattica e strategica delle aziende e agenzie globali, profit e non-profit). Nella seconda parte del testo Bennett seleziona otto saggi "classici" su alcuni concetti fondamentali della comunicazione interculturale.

declina in diverse applicazioni pratiche: dal contesto dell'educazione internazionale (la visione strategica degli scambi studenteschi) a quella multiculturale (per una nuova scuola multiculturale); dal management globale alla leadership globale (prospettiva tattica e strategica delle aziende e agenzie globali, profit e non-profit). Nella seconda parte del testo Bennett seleziona otto saggi "classici" su alcuni concetti fondamentali della comunicazione interculturale.

Milton J. Bennett, ha fondato e dirige l'Intercultural Development Research Institute con sede a Portland e a Milano (www.idrinstitute.org). Già professore alla Portland State University, è professore a contratto presso l'Università di Milano-Bicocca dove insegna Comunicazione interculturale nella Laurea magistrale in Programmazione e Gestione delle Politiche e dei Servizi Sociali. Milton J. Bennett è noto in tutto il mondo per avere creato il Developmental Model of Intercultural Sensitivity che è una cornice teorica molto utilizzata sia per la ricerca, sia per la formazione in ambito interculturale dal 1986.

NORME EDITORIALI PER I FUTURI AUTORI

La rivista "Nursing Foresight" (NF) è il nuovo organo di stampa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Pavia. NF raccoglie l'eredità di "Infermiere a Pavia", custodendone il bagaglio culturale e professionale che ha accompagnato la comunità infermieristica pavese dal 1989 ad oggi.

NF si pone nel panorama locale e nazionale con l'obiettivo di diventare un riferimento della comunità professionale, pubblicando i contributi che incontrano l'interesse del Comitato di Redazione e che trattano argomenti di interesse per l'infermieristica nelle diverse componenti professionali, disciplinari, metodologiche o formative.

Informazioni e contatti

Per sottoporre un articolo o per informazioni è sufficiente inviare una e-mail corredata di allegato a:

nursing.foresight@gmail.com

I contributi che potranno essere presi in considerazione per la pubblicazione sono classificabili in:

- **Editoriali:** generalmente su invito del Direttore Editoriale.
- **Interviste:** realizzare con la regia del Comitato di Redazione
- **Attualità o esperienze professionali:** tali contributi possono arrivare spontaneamente in redazione o possono essere richiesti dal Direttore Editoriale. Trattano in modo generale tematiche che si caratterizzano come notizie di attualità recente nel panorama locale, nazionale o internazionale.
- **Speciali** (come ad esempio la sezione focus di approfondimento, oppure le esperienze/casi clinici, o ancora la sezione storia della professione): questi contributi hanno l'obiettivo di condividere con i lettori di NF tematiche di particolare interesse per il mondo dell'infermieristica locale, nazionale o internazionale.
- **Pubblicazioni:** in questa sezione i contributi vengono sottoposti ad un completo ciclo di revisione fra pari, "peer-review". Sono accettati contributi che presentano le caratteristiche metodologiche di una pubblicazione scientifica.
- **Worth of reading:** vengono accettate recensioni su testi, saggi, narrativa o articoli.

Note metodologiche per la scrittura dei contributi da inviare alla redazione per la pubblicazione:

- I contributi devono sempre contenere il titolo in italiano, l'elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail e telefonico dell'autore corrispondente (chi invia il contributo);
- Bibliografia e citazioni in stile Vancouver. Per ottenere un corretto stile bibliografico rimandiamo alla descrizione approfondite dallo stile Vancouver nel paragrafo dedicato successivamente. A supporto, si suggerisce l'utilizzo di uno dei più comuni Reference Manager disponibili in rete, come Zotero o Mendeley.
- Si consiglia di inviare file in formato .doc o .docx e di utilizzare il font Times New Roman, carattere 12, interlinea 1,5.
- La componente grafica è essenziale nelle pubblicazioni ma tutte le figure che perverranno dovranno essere originali, scattate o prodotte dagli autori.
- I contributi per le sezioni "Attualità o esperienze professionali", "Speciali" e "Worth of reading" non devono superare le 2500 parole (esclusa bibliografia se necessaria) e non necessitano di abstract.

Note metodologiche per la scrittura dei contributi relativamente alla sezione "Pubblicazioni"

- I contributi per la sezione pubblicazioni non devono superare le 5000 parole. Questa tipologia di contributo necessita di una metodologia scientifica rigorosa durante la conduzione del progetto di ricerca, e di una struttura di presentazione dell'articolo ben definita e secondo l'ordine di seguito descritto:
 - Titolo in italiano
 - Titolo in inglese

- Elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail dell'autore corrispondente (chi invia il contributo)
- Abstract in italiano, costituito dalle seguenti sezioni: Introduzione, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni. Parole chiave. (non mettere bibliografia nell'abstract)
- Abstract in inglese: Introduction, Methods, Results, Conclusions. Key words. (non mettere bibliografia nell'abstract)
- Introduzione e obiettivi dello studio (in paragrafo dedicato)
- Materiali e metodi (in paragrafo dedicato)
- Risultati (in paragrafo dedicato)
- Discussione (in paragrafo dedicato), in cui prevedere un sottoparagrafo dedicato a "limiti dello studio"
- Conclusioni (in paragrafo dedicato)
- Bibliografia (in stile Vancouver) (riferirsi al paragrafo dedicato)
- Negli studi empirici è vivamente consigliato l'inserimento di tabelle o figure, che devono essere numerate in ordine crescente di presentazione nel testo, devono avere un titolo in cui ne viene descritto il contenuto, devono avere un riamando nel testo
- **Casi clinici** di particolare interesse dovranno essere descritti e commentati in un massimo di 2500 parole, esclusa la bibliografia. Tra i casi pervenuti saranno privilegiati quelli che descriveranno approcci innovativi – in termini di efficacia dell'intervento o di contenimento dei costi – relativamente a problemi assistenziali di frequente riscontro. Lo schema-tipo deve essere il seguente:
 - Titolo (in italiano ed in inglese)
 - Elenco degli autori (nome e cognome), le affiliazioni (qualifica professionale, ente o istituto d'appartenenza in italiano ed in inglese), recapito e-mail e telefonico dell'autore corrispondente (chi invia il contributo)
 - Riassunto in italiano e abstract in inglese
 - Parole chiave in italiano ed inglese
 - Introduzione breve che definisca l'area di interesse del caso;
 - Descrizione del caso con:
 - storia clinica;
 - segni e sintomi;
 - esami di laboratorio e strumentali;
 - percorso assistenziale e di cura attuato;
 - risultati;
 - Commento che ponga in evidenza gli elementi assistenziali di peculiarità del caso;
 - Bibliografia (in stile Vancouver) (riferirsi al paragrafo dedicato)

Peer review

Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti a un processo di revisione critica per valutarne gli aspetti formali e di contenuto. Gli articoli possono essere accettati senza revisioni, accettati con revisioni di modesta entità (minori), accettati solo dopo revisione "maggiore" o respinti. NF presenta una modalità di peer-review cosiddetta "open" o "valutazione tra pari aperta". Sono due le caratteristiche che la distinguono dalla peer review classica: i valutatori non sono anonimi e i risultati della valutazione vengono resi pubblici. Il Comitato di Redazione si riserva, quindi, il diritto di chiedere revisioni agli autori, tagliare e riadattare i testi in base alle esigenze redazionali, o rifiutare con una motivazione i contributi. Con l'invio dei contributi a NF e l'accettazione a seguito di peer review, gli autori consentono implicitamente la pubblicazione del materiale inviato sulla rivista NF, sulle pagine social e sul sito della rivista, oltre che consentirne l'utilizzo da parte di OPI Pavia, anche per fini diversi rispetto alla pubblicazione sulla rivista (esempio finalità formative).

Cessione dei diritti

Si specifica che ogni autore che invierà un contributo è responsabile dei contenuti dei propri articoli. Dovrà infatti pervenire come file di accompagnamento del manoscritto (una volta accettato per la pubblicazione) un documento in carta libera firmato da tutti gli autori che comunichi al Comitato Editoriale l'autorizzazione al trasferimento dei diritti di autore a Nursing Foresight. L'OPI Pavia potrà pertanto, direttamente o tramite terzi di sua fiducia, utilizzare, copiare, trasmettere, estrarre, pubblicare, distribuire, eseguire pubblicamente, diffondere, creare opere derivate, ospitare, indicizzare, memorizzare, anno-

tare, codificare, modificare e adattare (incluso senza limitazioni il diritto di adattare per la trasmissione con qualsiasi modalità di comunicazione) in qualsiasi forma o con qualsiasi strumento, ogni immagine e ogni messaggio, anche audio e video, che dovesse essere inviato dall'autore, anche per il tramite di terzi. Il materiale inviato non verrà restituito e rimarrà di proprietà di OPI Pavia.

Conflitti di interesse

Particolare attenzione va riservata alla dichiarazione circa la possibile esistenza di conflitti di interesse di tipo economico. Questi ultimi, infatti, se esplicitati non costituiscono motivo di penalizzazione nella valutazione del lavoro. Al contrario, la verifica da parte della redazione o dei revisori dell'esistenza di interessi potenzialmente in conflitto (partecipazione a congressi o coinvolgimento in progetti di ricerca sponsorizzati) non dichiarati da uno o più autori può rappresentare una ragione di rifiuto della proposta di pubblicazione. Nel complesso, l'assenza di conflitti va indicata con la frase "Non sussistono conflitti di interesse di alcuna natura per ciascun autore", altrimenti vanno dichiarati i conflitti che possono essere diversificati per autore nel caso dei contributi che presentano diversi autori. La dichiarazione di assenza /presenza conflitto di interessi dovrà essere inoltrata alla redazione solo in caso di accettazione del contributo sottoposto a NF.

Plagio

Si sottolinea l'importanza di non trarre contenuti da fonti che non siano citate nella bibliografia. I revisori e l'editor sono dotati di software o di tecniche di controllo che riescono a fare emergere la quasi totalità dei tentativi di plagio già in fase di revisione editoriale dei contributi.

Authorship

Solo chi ha effettivamente contribuito alla preparazione del contenuto deve essere indicato come autore, così come da dichiarazione dell'associazione ICMJE <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Lo stile Vancouver da adottare per la redazione delle citazioni bibliografiche

Le citazioni bibliografiche descrivono i documenti a cui si fa riferimento e ne riportano le caratteristiche principali costituite da una serie di elementi che si succedono in ordine fisso e scritti in un determinato formato. Qualunque scelta venga attuata si sottolinea l'importanza di osservare tre regole di carattere generale: omogeneità, la fedeltà ad unico stile di citazione e l'accuratezza. Il Vancouver style è stato messo a punto nel 1978 durante un incontro tra gli editori delle più importanti riviste in ambito biomedico. Questo stile di citazioni è usato da MEDLINE e PubMed; per approfondire consultare la guida online "Citing Medicine: the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers" 2. ed., disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

Di seguito vengono riportate le principali caratteristiche del Vancouver style, che devono essere seguite per la stesura della bibliografia per i contributi da inviare alla rivista NF. Il Vancouver style è un sistema di riferimento bibliografico a numerazione progressiva: nel corpo del testo, il rimando alla bibliografia avviene per mezzo di numerazione progressiva posta ad esponente, così², oppure racchiusa tra parentesi quadre o tonde. Es.: [2], (2). Per i contributi inviati alla rivista NF è richiesta la parentesi tonda. (NB: la punteggiatura va dopo la parentesi tonda di chiusura). In bibliografia finale, la citazione verrà riportata per intero, sotto forma di elenco comprendente la sequenza delle citazioni così come si succedono all'interno del testo, che verranno precedute dal numero corrispondente.

Dopo queste considerazioni di carattere generale, vengono di seguito riportate le modalità specifiche dello stile citazionale nella compilazione della bibliografia finale:

- **Citare una monografia con un solo autore:** Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome]. Titolo. Edizione. Luogo di pubblicazione: Editore; anno di pubblicazione. Es.: Devlin T. Biochimica con aspetti clinici. 5. ed. Napoli: EdISES; 20. Ricordarsi di premettere la numerazione

progressiva che viene utilizzata nel corpo del testo.

- **Citare una monografia con più autori:** Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome], Cognome iniziale del Nome [non utilizzare la virgola fra il cognome e il nome]. Titolo. Edizione. Luogo di pubblicazione: Editore; anno di pubblicazione. Es.: Sadava D., Heller H. C., Orians G. H., Purves W. K. Principi di biologia. 3. ed. it. condotta sulla 8. ed. americana. Bologna: Zanichelli; 2011
- **Citare una monografia senza autori:** In presenza di una monografia dove compaiono solo i curatori si utilizza la dizione eds. che significa editors. Es.: Lenzi A., Lombardi G., Martino E., Vigneri R., eds. Endocrinologia clinica. Torino: Minerva medica; 2011
- **Citare i capitoli contenuti in una monografia:** Cito prima l'autore/i del capitolo, il titolo del capitolo [niente uso di virgolette], il titolo dell'opera [niente corsivo] in cui è contenuto preceduto da In: Es.: Fischer G. Recent progress in 1,2-dithiole-3-thione chemistry. In: Katritzky A. R., editor. Advances in heterocyclic chemistry. Amsterdam: Elsevier; 2013
- **Citare un articolo in periodico cartaceo:** Cognome, Nome. Titolo. Titolo della rivista Anno; Vol.(fasc.): pagine. Il titolo del periodico è da scrivere in tondo ed è necessario abbreviarlo secondo le regole della National Library of Medicine. Le abbreviazioni potete trovarle in questo sito: <http://www.ais.up.ac.za/health/lsiweb.pdf> Es.: Amblee A. Dulaglutide for the treatment of type 2 diabetes. Drugs Today 2014; 50(4): 277-289
- **Citare un articolo in periodico elettronico:** Si utilizza il medesimo stile che per gli articoli in cartaceo però viene aggiunta dopo il titolo del periodico la dicitura [Internet], la data di pubblicazione online, il numero di pagine a video, la data di consultazione e la URL. Es.: Day G.S., Laiq S., Tang-Wai D.F., Munoz D.G. Abnormal neurons in teratomas in NMDAR encephalitis. JAMA Neurol. [Internet]. 2014 [pubblicato il 28 aprile 2014; consultato: giugno 2014]; 71(6): [circa sei schermate]. Disponibile all'indirizzo: <http://archneurjama.com/article.aspx?articleid=I864090>
- **Citare le tesi di laurea:** Cognome iniziale del Nome. Titolo [tesi di laurea]. Luogo: Università, Anno. Es.: Fiore M. Valutazione della percentuale di H₂O₂ nel processo catodico di riduzione dell'O₂ nelle celle a combustibile [tesi di laurea]. Siena: Università di Siena, 2014
- **Citare un capitolo di una monografia tratto da una risorsa in internet:** Pappadopoulos H. Outpatient intravenous for oral surgery (Internet). In: Bagheri S. C., Bell R. B., Khan, H. A. contributing eds. Current therapy in oral and maxillofacial surgery. Amsterdam: Elsevier Saunders, 2012. (consultato: giugno 2014). Disponibile all'indirizzo: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9781416025276>
- **Citare una homepage:** Pubchem.ncbi.nlm.nih.gov (Internet). Bethesda: National center for biotechnology information, U. S. National library of medicine; 2004-2014 (consultato il 30 giugno 2014). Disponibile all'indirizzo: <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>
- **Citare le farmacopee:** Nome ente autore. Titolo. Edizione. Volume [nel caso si consulta una farmacopea in più volumi]. Luogo di edizione: Editore; Anno. Es.: United States pharmacopeial convention. The United States pharmacopeia. 37. ed. Vol. I. Rockville, The United States pharmacopeial convention; 2013
- **Citare i brevetti:** Per quello che riguarda i brevetti lo stile di citazione che consigliamo di adottare è quello della National library of medicine, visto che quelli adottati dalle riviste biomediche è per lo più carente. La citazione dovrà seguire quest'ordine: Cognome e iniziale del Nome, seguita dalla dizione inventore [nella lingua dell'inventore]; il Nome dell'ente, società legale, organizzazione o persone registrate come i titolari dell'invenzione [seguita dalla dizione richiedente, anche questa nella lingua originale]. Titolo. Paese del brevetto tipo del documento Codice del paese numero del brevetto. Data di pubblicazione [anno mese giorno]. Es.: Wisniewski S. J., Gemborys M., inventors; McNeil-Ppc, Inc., assignee. Method for percutaneous delivery of ibuprofen using hydroalcoholic gel. United States patent US 5093133A. 1992 March 3.