Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

SUPSI

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

MIGRAZIONE E DISTURBI DELLA SFERA PSICHICA

-

COMPETENZE DA SVILUPPARE PER DELLE CURE INTERCULTURALI

-

UNA RICERCA QUALITATIVA

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Federica Nike Sussegan

Direttrice di tesi: Laura Bertini

Manno, 27 Luglio 2017

Anno accademico: 2016 – 2017

ABSTRACT:

Background: Questo Lavoro di Bachelor indagherà quali siano le attitudini che gli infermieri devono possedere per poter praticare una buona cura interculturale. Il contesto multiculturale in cui i professionisti si trovano ad operare oggi, mette di fronte agli infermieri persone aventi diverse caratteristiche e vulnerabilità legate a plurali percorsi migratori. Questo confronto porta alla necessità di sviluppare delle attitudini atte a praticare una buona cura interculturale. I temi trattati all'interno di questa ricerca spaziano da quelli concernenti la migrazione focalizzandosi in particolare sui rifugiati, la salute, il benessere, lo stress e i disturbi sviluppati a seguito di una migrazione di tipo umanitario, per giungere a discutere dell'assistenza infermieristica e della mutazione di ruolo di questi ultimi in un ottica di cure interculturali.

Scopo: Individuare le attitudini e le competenze che gli infermieri devono sviluppare per permettere una buona presa in carico dei rifugiati, in particolare rispetto alla sfera psichica per delle cure eque.

Metodologia: Partendo da un background di ricerca, elaborata grazie all'unione di teorie, articoli scientifici, letteratura, consultati tramite banche dati, siti internet e letteratura cartacea sul tema delle migrazioni e della salute, ho focalizzato l'attenzione e riflettuto rispetto la tematica inerente la salute e il disagio della sfera psichica dei richiedenti l'asilo. Sono esposti temi che possono occorrere quando si considera una persona migrante in un contesto di cura. Posta la problematica considerata ho tentato di rispondere alla domanda di ricerca tramite delle interviste semi-strutturate a sei professionisti della salute considerati come esperti. Essi lavorano, o hanno lavorato, in contesti di cura con persone in condizioni di espatrio e migrazione umanitaria, e ognuno di loro impersona differenti ruoli e porta quindi un punto di vista unico e complementare agli altri.

Risultati e conclusioni: La cura e l'assistenza psicologica di persone richiedenti l'asilo o rifugiate richiedono abilità complesse difficilmente riassumibili in linee guida definite. La presa in carico della diversità e della vulnerabilità deve porre gli infermieri a lavorare in modo interdisciplinare, a considerare una moltitudine di buone pratiche di cura e di infermieristica interculturale da integrare nel processo di cura agendo in contesto con una certa autonomia, cosa non sempre possibile in determinati contesti di cura istituzionalizzati.

"*Affinché gli esseri umani vivano e sopravvivano in modo salubre, tollerante e significativo, è necessario che gli infermieri e gli altri professionisti della salute apprendano le credenze, i valori e gli stili di vita dei popoli legati all'assistenza culturale per poter offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente congruente*".

Leininger et al., 1995

INDICE

1. INTRODUZIONE **5**
2. PROBLEMATICA E OBIETTIVI DELLA RICERCA **6**
3. METODOLOGIA **7**
4. LA MIGRAZIONE E LA SALUTE **8**
4.1 Alcuni cenni di migrazione **8**
4.2 I motivi delle migrazioni e le tipologie di migranti **9**
4.2.1 La situazione in Svizzera e in Ticino – alcune cifre **10**
4.3 Considerazioni sulla salute dei pazienti migranti **13**
4.4 I determinanti della salute e migrazione **15**
4.5 Disturbi psichici sviluppati a seguito dell'esperienza migratoria **17**
4.6 I fondamenti della cura e il ruolo infermieristico **21**
4.7 L'interculturalità nei contesti di cura **23**
5. ANALISI DELLE INTERVISTE **27**
5.1 Ruolo infermieristico e mutamenti nel tempo **27**
5.2 Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti **28**
5.3 Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura **29**
5.4 Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione **31**
5.5 Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale **33**
5.6 Criticità **36**
6. DISCUSSIONE **37**
7. CONCLUSIONI **42**
8. RINGRAZIAMENTI **44**
9. BIBLIOGRAFIA **45**
9.1 Letteratura di testo **45**
9.2 Sitografia **47**
9.3 Iconografia **50**
10. ALLEGATI **51**
10.1 ALLEGATO 1: TABELLE E GRAFICI **51**
10.1.1 Figura 2 **51**
10.1.2 Figura 3 **51**
10.1.3 Figura 6 **52**
10.2 ALLEGATO 2: Consenso informato per le interviste **52**
10.3 ALLEGATO 3: Interviste – domande e risposte **53**
10.3.1 INTERVISTA 1 **53**
10.3.2 INTERVISTA 2 **55**
10.3.3 INTERVISTA 3 **58**
10.3.4 INTERVISTA 4 **61**
10.3.5 INTERVISTA 5 **64**
10.3.6 INTERVISTA 6 **68**
10.4 ALLEGATO 4: Tabella di analisi delle interviste **73**

1. INTRODUZIONE

Con questo Lavoro di Bachelor approfondirò il tema del ruolo infermieristico nell'assistenza a persone migranti arrivate in Ticino, nello specifico ho posto l'interesse su persone considerate rifugiate che presentano disturbi della sfera psichica sviluppati a seguito della loro particolare esperienza migratoria. Essenzialmente gli scopi di questo lavoro sono di individuare quali possano essere le attitudini che gli infermieri devono sviluppare per permettere una buona cura interculturale e in seguito fornire uno spunto di riflessione rispetto al tema dell'assistenza infermieristica a persone migranti in un contesto di cura. All'interno di questo Lavoro di Bachelor verranno indagati alcuni temi che occorrono in un contesto di cura con i migranti, e vi sarà un confronto con sei figure professionali che operano in ambiti di cura o prestano supporto ad essi. Considerando il bagaglio culturale di questi pazienti, i diversi disturbi, sia psicologici che fisici intesi come somatizzazione del disagio psichico o ancora nell'adozione di comportamenti a rischio, che si riscontrano in tali persone a seguito del processo migratorio che hanno intrapreso, mi portano a riflettere sul fatto che queste persone abbiano bisogno di un'assistenza infermieristica specifica. Il percorso migratorio che li ha portati fino a qui è carico di vissuti e la parola migrante cela dietro sé persone, esperienze, emozioni, culture, storie e diversità. La complessità delle cure che i curanti devono erogare nei confronti di un paziente migrante implica il confrontarsi degli infermieri con contesti interculturali caratterizzati soprattutto dalla mutevolezza e dalla diversità nella diversità, delle realtà situazionali e di vita eterogenee che non possono essere riassunte in un elenco di azioni di pratica clinica standardizzate. Nel contesto sanitario, le persone migranti hanno bisogno di cure di base, come cura di patologie dovute a condizioni di viaggio precarie da condizioni igieniche che favoriscono determinate malattie, ma soprattutto una cura e un sostegno psicologico considerati equi. Esse sono più vulnerabili e al contempo possono presentare delle diverse rappresentazioni del loro disagio. La figura dell'infermiere visto l'evolversi dei fenomeni migratori attuali, sarà confrontata con questi bisogni in qualsiasi contesto di cura (Testa – Mader, A. Clerici, N. Degrate, A. cit. in Wicker, H. R. Fibbi, R. Werner, H. 2003).

Il primo capitolo di questo Lavoro di Bachelor comprende la problematica scelta e gli obiettivi così come le motivazioni che mi hanno portato a scegliere questo determinato tema per giungere alla domanda di ricerca che ha guidato il mio lavoro. Un secondo capitolo è dedicato alla metodologia e l'approccio scelto per sviluppare il mio Lavoro di Bachelor, in modo che all'interno della ricerca sia chiaro perché l'uso di una ricerca qualitativa per rispondere alla mia domanda di ricerca. Nel terzo capitolo è indagata la tematica definendone i confini, vengono approfonditi il tema della migrazione in Svizzera, dell'impatto che questa esperienza può avere sulla salute psichica delle persone con uno sguardo particolare al territorio svizzero. E alla realtà del Ticino. Il quarto capitolo entra nel merito del ruolo infermieristico e quindi dell'approccio salutogenico e delle cure interculturali. Il quinto capitolo è incentrato sull'analisi delle interviste effettuate con i professionisti della salute che operano sul territorio, dati che completeranno il quadro presentato. Ognuna delle figure professionali scelte opera, o ha operato un diverso ruolo all'interno dell'assistenza a persone migranti. Infine, nella sesta e ultima parte, proporrò una riflessione globale su quanto presentato e conclusione incentrata sul ruolo professionale.

2. PROBLEMATICA E OBIETTIVI DELLA RICERCA

Come persona, nella vita di tutti i giorni, ma anche come allieva infermiera, mi sono trovata più volte confrontata con la realtà di persone che hanno alle spalle, o stanno tuttora vivendo, un'esperienza migratoria. Da tempo ormai si parla di questo fenomeno dove migliaia e migliaia di persone si allontanano, anche per ragioni umanitarie oltre che economiche, dal proprio paese cercando di raggiungere l'Europa. Proprio per questi motivi, ho sempre avuto a cuore le questioni che trattano di migrazione, in particolare dei rifugiati politici, documentandomi sui temi odierni e passati che li riguardano. La migrazione per me è un evento complesso e diversificato, è un'esperienza che ha da sempre abitato la storia dell'uomo, ed è per me importante poterla approfondire anche in vista della professione che andrò ad esercitare in un futuro. Secondo la Segreteria di Stato della Migrazione – SEM – la la portata di questo fenomeno ha raggiunto per così dire il suo apice nell'estate del 2015, e per questo motivo la Confederazione Svizzera e i Cantoni hanno adottato misure precauzionali con un'ottica organizzativa di emergenza (SEM, 2016). Il fenomeno migratorio non è però in diminuzione, le persone continuano a partire, e l'Europa così come la Svizzera cercano di fornire misure di accoglienza e sostegno, e allo stesso tempo cercando di mitigare il fenomeno migratorio dirottando i flussi di persone ad altri Stati adottando un'insieme di misure come gli accordi facenti parte della Convenzione di Dublino e la procedura velocizzata delle richieste l'asilo praticata in Svizzera. Questi ultimi fattori possono far intuire il perché nel 2016 un totale di 27'207 persone ha presentato una richiesta d'asilo in Svizzera, un numero in diminuzione rispetto al 2015 dove ne sono state presentate 39'523, dove le costanti tra i principali paesi d'origine delle persone migranti erano Eritrea, Afghanistan, Somalia, Siria, Sri Lanka e Iraq (SEM, 2016). Se consideriamo gli Stati di provenienza delle persone migranti che hanno inoltrato una richiesta d'asilo in Svizzera, questi sono caratterizzati da conflitti e tensioni all'interno degli stessi, e questo può caratterizzare una migrazione forzata, non pienamente volontaria e di carattere umanitario.Il fenomeno migratorio confronta quindi direttamente il personale curante con la necessità di intraprendere un processo di cura con persone con un'esperienza migratoria, un bagaglio culturale ed esperienziale che è caratterizzato soprattutto dalla diversità nella diversità delle caratteristiche eterogenee delle persone migranti (Phillimore, J. 2015 cit. in Bertini, L. Solcà, P. Massardi, E. 2016). Per garantire equità nelle cure, l'équipe infermieristica deve possedere delle attitudini di background che permettano di garantire al meglio una cura interculturale. È quindi di fondamentale importanza per me, futura infermiera, capire quali competenze siano importanti per sostenere una persona migrante che riporta dei disturbi della sfera psichica a seguito della propria esperienza migratoria in quanto all'interno del Codice Deontologico Infermieristico si legge che "*l'infermiere condivide con la società la responsabilità dell'avvio e del sostegno delle iniziative volte a soddisfare i bisogni sociali e sanitari della popolazione, in particolare dei gruppi più vulnerabili"* (Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i, 2012). La domanda che ha guidato questa ricerca è perciò *quali attitudini devono sviluppare gli infermieri per poter garantire una cura interculturale.*

3. METODOLOGIA

L'obiettivo del mio Lavoro di Bachelor è quello di indagare il tema della migrazione, e rispettivamente delle persone migranti nell'ambito umanitario, riguardo a quali competenze debbano sviluppare gli infermieri per offrire una buona assistenza interculturale alle persone che hanno un vissuto migratorio e che a seguito di ciò presentano dei disturbi della sfera psichica. Inizialmente ho definito il tema e l'ambito in cui avrei sviluppato il Lavoro di Bachelor, in seguito ho svolto una prima ricerca sulla situazione migratoria e sull'organizzazione Ticinese, dei fondamenti teorici interculturali, delle patologie e dei disturbi che possono svilupparsi a seguito della migrazione. Per poter costruire un quadro teorico solido che fornisse una base salda per poter cominciare a costruire il Lavoro di Bachelor, mi sono affidata inizialmente alle teorie infermieristiche interculturali di Madeleine Leininger, gli approfondimenti sul tema della migrazione a livello ticinese forniti dai risultati delle ricerche svolte dalle istituzioni Cantonali, e la ricerca di possibili patologie e manifestazioni che si possono presentare a seguito della migrazione. Tutti questi temi sono stati trovati ed approfonditi sulla letteratura di testo o articoli scientifici e protocolli visionati su banche dati come PubMed. Per poter sviluppare il Lavoro di Bachelor ho scelto di fare affidamento alla ricerca qualitativa. Ho deciso di affidarmi al pensiero e all'esperienza di professionisti della salute, non potendo per questioni di spazio, tempistica e contesto affidarmi al pensiero di persone migranti e le loro rispettive famiglie. Questo ha fatto si che la scelta sia ricaduta su una raccolta dati di tipo qualitativo, in modo da esprimere e condividere in modo ottimale la propria esperienza e sapere professionale. Nello specifico, ho intervistato sei figure professionali che operano nei contesti di cura e migrazione e tali rappresentanti rimarranno anonimi, ma ognuno di loro contribuisce, o ha contribuito in passato, alla cura e al sostegno di persone migranti e ciascuno porta con sé un background di vita ed esperienziale diverso. Ognuna delle interviste è stata appositamente redatta per la figura professionale specifica che sono andata ad intervistare, per favorirne l'unicità esperienziale e di ruolo nella cura. Questo significa che alcune domande mantengono la stessa forma, per capire quali sono i tratti comuni, mentre altre sono specifiche per il ruolo esercitato. Per poter replicare esattamente il contenuto esperienziale delle interviste, mi sono aiutata con l'uso di un registratore e degli appunti cartacei, e tutte le persone intervistate ne hanno preso atto firmando un consenso informato. In seguito, dopo aver trascritto l'intervista avuta, ne ho inviato una copia alle rispettive figure, in modo che potessero controllarla, nel caso modificarla e poi approvarla. Man mano che sottoponevo le interviste, ricevevo sempre più apporti teorici da indagare e inserire nel quadro teorico del mio Lavoro di Bachelor, così come vere e proprie rivelazioni sul tema della migrazione.

4. LA MIGRAZIONE E LA SALUTE

4.1 Alcuni cenni di migrazione

"Mi dissero "vai". Io ci credevo ad un mondo fratello, alla vita… Mi dissero "vai" questa sarà la tua battaglia, combattila anche per noi, tu andrai per mare, non temere il mare di cui siamo figli anche se nati fra due sponde!
Ed io salpai: l'anima raccolta fra le mani, ed un sacchetto di semi, da germogliare nella terra che amorevolmente avrei vangato al di là del nostro mare".
Jacques Attali[1]

Le migrazioni abitano la storia dell'uomo sin dall'antichità, tanto che alcuni autori nel corso della storia hanno affermato che *gli umani sono una specie migratoria* (Massey, et. al., 1988 cit. in Ambrosini, M. 2011). Prima di acquisire caratteristiche sedentarie, le popolazioni del mondo sono state nomadi, impegnate in spostamenti per procurarsi il cibo, per sottrarsi alle carestie e alle calamità naturali, per sopravvivere quando incombevano conflitti, invasioni o deportazioni. Per questi motivi, si può notare che nella storia dell'uomo vi è sempre stata la propensione alla mobilità a livello geografico, che questa sia stata condizionata oppure volontaria, ha sempre contenuto l'idea che attraverso la migrazione si possa raggiungere una migliore condizione di vita e la prospettiva di un futuro migliore (Ambrosini, M., 2011).

Le migrazioni possono essere viste quindi come una forma di mobilità territoriale della condizione umana, soprattutto volontaria (Ambrosini, M., 2011). Le migrazioni che si sono susseguite nel corso dei secoli hanno plasmato il mondo e la storia dell'umanità. I nuovi confini territoriali, come ad esempio la creazione dell'Unione Europea, hanno mutato il concetto di persona migrante, non solo a livello legislativo. Proprio gli atteggiamenti degli Stati e le scelte politiche dettate dalle società ospitanti, i dettami di selezione dei migranti si sono fatti sempre più decisivi, così come le modalità di accesso al territorio stesso, i tipi di immigrati che riescono ad insediarvisi, le forme di inclusione attuate e le relazioni che si instaurano tra cittadini autoctoni – nativi del paese, e residenti stranieri (Ambrosini, M., 2011). La formazione delle cosiddette *minoranze etniche* è un fenomeno che si può constatare a livello mondiale, ma quando questa si verifica all'interno di un paese ospitante e non più d'origine, può essere dettata sia da fattori impiegati dalle persone migranti sia da processi di inclusione attuati dalla società ricevente, così come condotte discriminatorie e la non considerazione della persona migrante come un membro a pieno titolo della propria società (Castles e Miller, 1993 cit. in Ambrosini, M. 2011). Secondo alcune tipologie di pensiero, il migrante vive una condizione di scissione, di doppia coscienza, ed è percepito spesso in modo sospetto tanto dalle società da cui proviene quanto da quelle nelle quali cerca di realizzare un'esistenza migliore (Sayad, 2002). L'impiego del termine *immigrato* allude invece a una condizione di doppia alterità, composta da una nazionalità straniera e una condizione di povertà. In generale, quando una persona o un gruppo, riesce a liberarsi da uno di questi stigmi, cessa di essere considerato tale (Ambrosini, M. 2011). La problematica che si pone nella definizione del concetto di *immigrato,* ne introduce altri che vedremo nello specifico nel prossimo capitolo, ma questo ci rende attenti al fatto che l'esperienza migratoria è caratterizzata da suo essere un processo dotato di dinamiche evolutive che comportano una serie di

1 Citazione tratta dal sito Minoristranierinonaccompagnati.blogspot.ch

adattamenti e di modificazioni sull'arco del tempo. Il processo migratorio è un sistema in relazione, che considera i luoghi di origine, di transito e di destinazione, la pluralità di storie che la caratterizzano e la moltitudine di attori che ne partecipano. Possiamo però fare chiarezza sulla differenza terminologica dei concetti di emigrazione ed immigrazione. Il primo si riferisce all'uscita del paese di origine, il secondo invece riguarda l'ingresso nel paese ricevente. Chi è sottoposto quindi alla condizione migratoria si trova nei panni di un doppio ruolo, quello di *emigrante* e di *immigrato* (Ambrosini, M. 2011).

4.2 I motivi delle migrazioni e le tipologie di migranti

"Il viaggiare per profitto viene incoraggiato; il viaggiare per sopravvivenza viene condannato, con grande gioia dei trafficanti di "immigrati illegali" e a dispetto di occasionali ed effimere ondate di orrore e indignazione provocate dalla vista di "emigranti economici" finiti soffocati o annegati nel vano tentativo di raggiungere la terra in grado di sfamarli".
Zygmunt Bauman, La società sotto assedio[2]

Nella vasta esperienza della migrazione, vi sono gli attori, le persone migranti che si spostano nel mondo per i motivi più disparati. È per questa ragione, che essenzialmente bisogna porre una definizione idonea laddove vi sono molteplici attori che rientrano sotto la definizione di persone migranti. La differenza tra le tipologie di migranti pone senza dubbio delle differenze che possono incidere in modo positivo o negativo sulla propria vita. È importante essere consapevoli del fatto che oltre alle persone richiedenti l'asilo vi sono una moltitudine di altre persone che possono aver intrapreso un processo migratorio, ma presentano caratteristiche, esperienze e realtà differenti tra loro.

Ad esempio vi sono le persone che emigrano dal loro paese per motivi lavorativi, definiti come *immigrati per lavoro o lavoratori stagionali,* se questi si recano nel paese solo per un determinato tempo (Castles, S. 2009 cit. in Ambrosini, M. 2011). Un'altra categoria è quella definita giuridicamente come i *ricongiungimenti familiari.* Anche se si tratta di una considerazione rispetto alla vicina Italia, a seguito della chiusura delle frontiere nei riguardi dell'immigrazione per il lavoro nella prima metà degli anni Settanta, i ricongiungimenti familiari sono diventati una delle motivazioni più frequenti per gli ingressi ufficiali di persone provenienti da paesi non europei. Questo tipo di ricongiungimenti sono oggetto ancora oggi di scarso studio, e comportano delle problematiche per le persone coinvolte (Ambrosini, M. 2011). Inoltre, vi sono i sans-papier*,* che sono essenzialmente persone che sono prive di uno statuto legale che soggiornano o lavorano sul suolo svizzero. Secondo delle recenti stime, in Svizzera il numero di queste persone sarebbe compreso tra le 90'000 e le 250'000[3]. In questo Lavoro di Bachelor verrà posto l'interesse rispetto alle persone che si trovano in possesso di statuti quali rifugiati e richiedenti l'asilo. Questa fascia di popolazione migrante è cresciuta soprattutto negli ultimi decenni, in quanto si tratta di una migrazione con una componente importante di tipo umanitario. Gli andamenti di questa crescita sono stati irregolari, dettati da eventi

2 Citazione tratta dal sito Aforismario.it – Zygmunt Bauman
3 Informazione tratta da *Sans Papiers – tu hai dei diritti!*

come i conflitti nei Balcani e quelli in Medio Oriente. Le due categorie sono ben distinte e all'interno dello statuto legislativo della Convenzione per i rifugiati redatta nel 1951, in quanto il *rifugiato* viene definito *come una persona che nel giustificato timore d'essere perseguitato per la sua razza, la sua religione, la sua cittadinanza, la sua appartenenza a un determinato gruppo sociale o le sue opinioni politiche, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato. Il rifugiato è anche chi essendo apolide e trovandosi fuori dei suo Stato di domicilio in seguito a tali avvenimenti, non può o, per il timore sopra indicato, non vuole ritornarvi* (Convenzione di Ginevra – Convenzione sullo statuto dei rifugiati, 1951). Per quanto riguarda il termine r*ichiedente l'asilo,* è utilizzato per definire *una persona che si sposta attraverso le frontiere in cerca di protezione, ma che non sempre rientra nei rigidi criteri della Convenzione di Ginevra, giacché molte volte non è in grado di provare di essere il bersaglio individuale di una persecuzione esplicita* (Ambrosini, M. 2011). In entrambe le categorie di migranti osservate vi è da considerare la vulnerabilità di queste persone, che sono state esposte ad esperienze particolarmente stressanti, cariche di emozioni, sentimenti e ricordi, situazioni precarie, pericolose ed igienicamente compromesse, con difficoltà di accedere a un servizio che eroga delle cure. Si può notare dunque di come vi sono molteplici tipologie di persone migranti nel mondo, e di come quelle considerate rifugiate o richiedenti l'asilo, possono essere maggiormente vulnerabili alle altre fasce di migranti.

4.2.1 La situazione in Svizzera e in Ticino – alcune cifre

La Svizzera è da sempre stato un paese di persone immigranti ed emigranti, in quanto come esposto in una riflessione rispetto alla sua realtà storica, molte persone sono partite verso altri luoghi mentre altre rappresentava il contrario. A seguito del Secondo Conflitto Mondiale molte persone scelsero di rifugiarsi in Svizzera in quanto nei loro paesi d'origine erano presenti conflitti o si manifestavano condizioni analoghe alla guerra civile (Archivio Federale Svizzero, 2016). Con il passare del tempo la casistica di persone migranti rifugiatesi in Svizzera comprendeva persone provenienti anche da Turchia, Sri Lanka, paesi arabi, africani e del Sud Est Europa. L'apice di queste persone venne raggiunto negli anni 90 a causa del conflitto compiutosi nell'ex Jugoslavia (Archivio Federale Svizzero, 2016). Sulla base delle considerazioni in materia di migrazione esposte dal Vice-presidente della Commissione Federale per le migrazioni Etienne Piguet, la Svizzera si è sempre mostrata esperta in materia di migrazione rispetto alle reazioni tempestive (Piguet, E. cit. in Bertini, L. Solcà, P. Massardi, E., 2016).

Se si considera il periodo storico attuale, la Svizzera è altrettanto interessata dalla migrazione rispetto ai suoi trascorsi. In un contesto di migranti umanitari, nel Febbraio 2017 sono state presentate in Svizzera 1507 domande d'asilo, 81 in meno rispetto al Febbraio dell'anno precedente (SEM, 2017). Come citato in precedenza, se consideriamo l'anno 2016 sono state presentate un totale di un totale di 27'207 richieste l'asilo in Svizzera, un numero in diminuzione rispetto al 2015 dove ne sono state presentate 39'523 (SEM, 2016). Il perché si sia verificata una diminuzione delle richieste presentate è sicuramente dettato da molteplici fattori, in quanto diversi aspetti possono influenzare un fenomeno migratorio, e quindi incidere sul numero di persone che faranno richiesta nei confronti di un paese. In primo luogo

possiamo considerare il sistema delle procedure velocizzate di regolamentazione dei permessi presente in Svizzera, approvato il 5 Giugno 2016 a seguito della votazione che ha portato il 66,8% della popolazione votante a favore di questo decreto, e che sostanzialmente mira a trattare in modo più rapido le richieste l'asilo inoltrate in Svizzera, rispettando i egual modo i diritti delle persone coinvolte[4]. Secondariamente, anche la chiusura della Rotta Balcanica che dai confini della Grecia si dirigeva verso le zone comprendenti Austria, Germania, Svizzera e le regioni scandinave, ha fatto si che si registrasse un'intensa riduzione del flusso migratorio dal Medio Oriente verso le regioni dell'Europa (SEM, 2016). Le costanti tra i paesi di provenienza delle persone che hanno inoltrato una richiesta di asilo nei confronti della Svizzera sono Eritrea Siria, Guinea, Afghanistan, Iraq e Nigeria. I dati fornitici dalla stessa statistica, ci informano che sempre nel mese di Febbraio, la SEM ha liquidato in prima istanza 2448 domande d'asilo, di cui 583 con una decisione di non entrata nel merito in virtù dell'Accordo di Dublino[5], 578 con la concessione dell'asilo e 668 con l'ammissione provvisoria. La procedura riguardante la richiesta l'asilo si concluderà con esito positivo e il conseguente riconoscimento dello statuto di rifugiato con rilascio di un permesso B o C, oppure con esito negativo e conseguente espulsione dal suolo Svizzero. Il sistema svizzero riguardante la regolamentazione dei permessi è molto complesso, oltre alla procedura di trattamento velocizzata adottata nel Giugno 2016, vi sono una moltitudine di permessi ottenibili che sono definiti da caratteristiche e possibilità eterogenee.

In questo Lavoro di Bachelor la realtà considerata è quella del Ticino, zona di confine rispetto alla vicina Italia, che si trova in un contesto caratterizzato da mutamenti repentini. La posizione geografica e le caratteristiche del Ticino influenzano direttamente anche la popolazione, e come viene evidenziato nell'Annuario Statistico Ticinese, in Ticino la popolazione residente permanente è composta da 254.288 persone svizzere e da 97.658 persone straniere (Figura 1) (Annuario statistico Ticinese, 2017). Tra questi, le nazionalità numericamente più importanti sono quella italiana – 59.503, portoghese – 8.150, tedesca – 3.332 e serba – 2.476. Il 61,5% degli stranieri è titolare di un permesso di domicilio - C, mentre il 36,5% di un permesso di dimora – B. La popolazione straniera restante si ripartisce tra i dimoranti temporanei con un permesso di durata uguale o superiore ai 12 mesi – L, le persone ammesse provvisoriamente – F e i richiedenti l'asilo – N. (Annuario statistico Ticinese, 2017). Secondo un'altra statistica riguardante l'asilo effettuata dalla SEM, nel 2016 in Ticino sono state 1883 le persone che hanno intrapreso un processo di asilo, 1228 dei quali ammessi provvisoriamente (SEM, 2017)[6]. Sempre nel 2016, i rifugiati riconosciuti sono stati un totale di 905 persone, 671 dei quali ha ottenuto un permesso di tipo B, mentre i restanti 234 hanno ottenuto un permesso C. Le persone provenivano da paesi europei – 106, dall'Africa – 320, dall'America – 9, dall'Asia – 340 e di nazionalità sconosciuta – 34 (SEM, 2017).

4 Informazione tratta dal sito Admin.ch

5 *La Convenzione sulla determinazione dello stato competente per l'esame di una domanda di asilo, presentata in uno degli stati membri delle Comunità Europee, è un trattato internazionale multilaterale in tema di diritto di asilo. Anche se la convenzione è aperta alla sottoscrizione solo degli stati membri della UE, alcuni stati non membri, come Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera hanno concluso accordi con la UE per applicare le disposizioni della Convenzione* (Wikipedia, 2017).

6 Non sono definite le nazionalità (ndr).

Figura 1 - Stranieri residenti permanenti, secondo lo statuto, in Ticino, nel 2015 – Report annuale 2017.

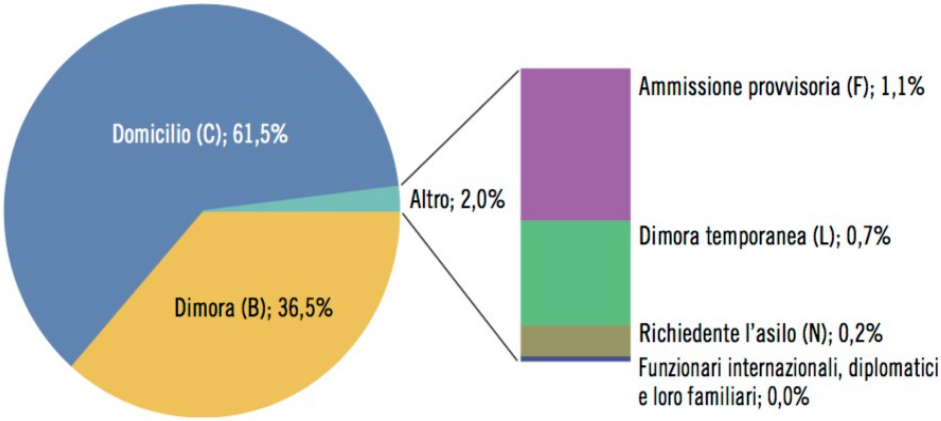

Figura 1 tratta da Annuario Statistico Ticinese 2017, Fonte: STATPOP – UST.

Negli anni la popolazione straniera residente nel Canton Ticino è mutata nel tempo. I migranti per lavoro, i ricongiungimenti familiari, le richieste di permessi di soggiorno e i rifugiati che nel tempo si sono recati in Svizzera nel corso degli anni sono un numero considerevole, creando una popolazione con una moltitudine di culture e nazionalità, che spaziano dalle zone limitrofe a quelle più distanti (Bertini, L. Solcà, P. Massardi, E., 2016). Portando una sorta di diversità nella diversità, in quanto all'interno dei gruppi di nazionalità straniera, non sono più riscontrabili dei tratti omogenei. (Vertovec, S. 2007 cit. in Bertini, L. Solcà, P. Massardi, E., 2016). Questo fattore implica un confronto del contesto sanitario con una percentuale evidente di persone migranti, che queste siano residenti o anche solo di passaggio, che custodiscono diversità da trattare con uguaglianza ed equità. Ad esempio, in un contesto ospedaliero ambulatoriale, l'OBV di Mendrisio è confrontato con una casistica elevata, si parla di un 70% della casistica dei pazienti, di persone migranti richiedenti l'asilo. Questo è dettato dalla vicinanza geografica con il relativo Centro di Registrazione di Chiasso (Bertini, L. Solcà, P. Massardi, E., 2016). L'Ente ospedaliero Cantonale ha prontamente reagito a seguito del fenomeno migratorio che sta interessando il Ticino, tanto da partecipare al programma *Migrant Fiendly Hospital* creato nel 2008, avente lo scopo di garantire cure eque e possibili nel rispetto di tutti e finalizzato nel favorire delle competenze interculturali. In questo contesto sono state elaborate delle linee guida che forniscono delle suggestioni rispetto la presa a carico con pazienti migranti, e l'integrazione di figure professionali esterne ai contesti di cura (Bertini, L. Solcà, P. Massardi, E., 2016).

Il contesto dei pazienti migranti è complesso, cosi come gli ambiti delle cure a loro correlate, è questo è un elemento di complessità e non si tratta del solo. Come detto in precedenza, il sistema che regolamenta gli statuti e i relativi permessi in Svizzera, e al contempo nel Canton Ticino, è un processo intricato, influenzato dai provvedimenti adottati nei confronti della migrazione e anche da cambiamenti repentini che interagiscono con una realtà in continuo mutamento. Questi fattori possono incidere rispetto all'incertezza per il proprio futuro o portare a una difficile comprensione del sistema in cui ci si trova. Questo fenomeno può influenzare ambedue le parti, in quanto sia le persone migranti che il personale curante, possono trovarsi in una situazione di incertezza di cura e di vita definita dal tipo di permesso ottenuto, così come la comprensione del significato del relativo permesso.

4.3 Considerazioni sulla salute dei pazienti migranti

"La radice di ogni salute è nel cervello. Il suo tronco è nell'emozione. I rami e le foglie sono il corpo. Il fiore della salute fiorisce quando tutte le parti lavorano insieme".
Proverbio curdo[7]

Il mio approccio in questa ricerca è stato di considerare la persona in modo olistico. Termine composto dall'aggettivo *olistico* e il sostantivo *olismo,* dal greco olon – tutto, è stata definita negli anni Venti da Jan Smuts, autore di *Holism and evolution – 1926.* Smuts definí l'olismo come *la tendenza, in natura, a formare interi che sono più grandi della somma delle parti attraverso l'evoluzione creativa* (Smuts, J. cit. in Simonelli 2010). La posizione filosofica dell'Olismo è fondata sull'idea che la proprietà di un sistema non possano essere spiegate esclusivamente tramite le sue singole componenti (I. Simonelli, F. Simonelli, 2010). Per poter agire in termini di assistenza culturalmente congruente, l'approccio olistico deve essere scelto come costante della cura, in quanto la persona, soprattutto in un contesto migratorio laddove entrano in gioco una moltitudine di eventi, deve essere considerato per la complessità del suo insieme.

"Ogni parte ha inclinazione di ricongiungersi al suo tutto per fuggire dalla sua imperfezione. L'anima desidera stare col suo corpo, perché, senza gli strumenti organici di tal corpo, nulla può operare né sentire."
Leonardo Da Vinci[8]

Lo statuto dell'OMS del 1948, definisce che per salute si intende uno *"stato completo di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente l'assenza dello stato di malattia o di infermità".* La salute è caratterizzata inoltre per essere un'esperienza di tipo soggettivo, una sorta di *continuum tra la salute e la malattia* (I. Simonelli, F. Simonelli, 2010). All'interno della Carta di Ottawa - 1986, la salute viene intesa come una risorsa che permette alle persone di condurre una vita gratificante sotto i profili sociali, personali ed economici. Il concetto di salute, diritto fondamentale dell'uomo, viene quindi interpretato come variabile dipendente di alcuni requisiti e determinanti quali la pace, la giustizia sociale, le condizioni economiche, l'alimentazione, gli stili di vita, l'abitazione, un ecosistema stabile e un uso sostenibile delle risorse (I. Simonelli, F. Simonelli, 2010). Il concetto di salute è mutato nel tempo, e i più recenti apporti scientifici hanno dato enfasi al come la salute dipenda fortemente dalla misura in cui il sistema persona è in grado di interagire positivamente con i sistemi sociali ed ambientali. Ad esempio, le persone migranti presenterebbero uno stato di salute più vulnerabile caratterizzato da un'incidenza maggiore di alcune patologie rispetto alla popolazione svizzera, in quanto in un contesto di migrazione vi sono fattori che si influenzano reciprocamente e vanno a incidere sulla salute del paziente migrante (Schöni – Affölter, 2017. cit. in Javurek, B.).

Uno studio svolto in Svizzera nel 2010, definito *La santé des étrangers en Suisse,* ha approfondito l'argomento della salute delle persone migranti in Svizzera. I risultati ottenuti hanno portato alla creazione di una tabella esplicativa (Figura 2 – Allegato 1) rispetto alle problematiche sviluppate dalla casistica di pazienti migranti. Sono stati indagati i temi della prevenzione delle malattie e della promozione della salute, oltre all'aspetto delle patologie sviluppate. I ricercatori hanno potuto

7 Citazione tratta dla sito internet Aforisticamente.com
8 Citazione tratta dal sito ilmondodentro.net – olismo

constatare che le persone migranti in Svizzera si prestano meno a sottoporsi a esami di depistaggio o a esami per la prevenzione delle malattie e sono anche considerati molto meno vaccinati rispetto alla popolazione svizzera. Per quanto riguarda lo sviluppo di malattie, risulterebbe che i pazienti migranti soffrano maggiormente di malattie infettive rispetto agli svizzeri, il decesso subentra maggiormente per cause infettive ma viene meno per cause cardiovascolari. La mortalità per tumore allo stomaco è del 50% in più tra i migranti rispetto alla popolazione svizzera. Per quanto riguarda le problematiche psicosomatiche, le persone straniere intese come individui nati non in Svizzera, presentano maggiormente rispetto alla popolazione svizzera, delle manifestazioni quali depressione, dolori dorsali e crisi emozionali al momento di andare in pensione (Althaus, F. Paroz, S. Renteria, S. C. et. al., 2010).

L'incidenza delle patologie tra le persone migranti e la popolazione svizzera avrebbe quindi delle differenze, dettate dalla vulnerabilità del soggetto piuttosto che il diverso stile di vita, con alcune caratteristiche, dove lo stato di salute e il benessere hanno una componente soggettiva che non può essere trascurata. La migrazione può incidere sulla comparsa di disturbi, ma essa non è direttamente la causa, in quanto sono i fattori che vi si instaurano che possono influenzare la salute (Scöni – Affölter, 2017. cit. in Javurek, B.). Inoltre, in un recente studio condotto in Svizzera conclusosi nel 2013, dal titolo *Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: a first overview*, ha trattato il tema della polimorbidità clinica delle persone migranti richiedenti l'asilo. Il gruppo di persone prese in considerazione era composto in maggioranza da uomini – 2392, le donne erano 778 e l'età media era di 28 anni. Le regioni d'origine da cui provenivano le persone migranti erano prevalentemente Africa ed Est Europa. Lo studio ha evidenziato che in totale vi erano 1183 persone con una condizione clinica polimorbida caratterizzate da diverse patologie (Figura 3 - Allegato 1) come ad esempio patologie metaboliche quali il diabete, problematiche cardiache o neurologiche, infezioni croniche, affezioni polmonari e disturbi della sfera psichica (Pfortmueller, C. Stotz, M. Lindner, G. et. Al, 2013).

4.4 I determinanti della salute e migrazione

"Le condizioni di salute e la qualità della vita di una popolazione sono in gran parte influenzate da una combinazione formata dalla predisposizione genetica, dalle azioni compiute da individui o gruppi e da una vasta gamma di fattori sociali e ambientali cui spesso ci si riferisce con il nome di determinanti sociali della salute".
Lawrence W. Green[9]

La salute delle persone migranti è condizionata da molteplici fattori specifici che determinano la migrazione stessa. Nel 1991, Dahlgren e Whitehead crearono il loro modello sociale di salute, con i rispettivi determinanti che potevano influire su di essa (Figura 4). Alla base vi sono l'età, il sesso e il corredo genetico, che sono immutabili. Man mano che si ampia la visione, il grafico racchiude sotto un grande gruppo denominato condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali una moltitudine determinanti modificabili quali i fattori di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'alloggio, i servizi sanitari, l'acqua è l'igiene, la disoccupazione le condizioni di vita e di lavoro, l'ambiente di lavoro, la formazione scolastica, l'agricoltura e la produzione alimentare. Nel rapporto "*Promozione della salute e prevenzione adattati alla popolazione migrante, analisi dei bisogno dei programmi e dei progetti di salute pubblica nel Cantone Ticino"* (Mattei, G. Canova, V. 2012), vi è il medesimo grafico ma vi sono state inserite le variabili determinanti della salute che possono interessare l'esperienza migratoria. Per citarne alcune, basti pensare alle risorse limitate per la prevenzione come soldi, tempo, conoscenze e competenze, alloggi ubicati in condizioni precarie, di sovraffollamento o con un elevato rischio per la salute, oppure i bassi livelli di formazione, le barriere linguistiche, difficoltà nel riconoscimento dell'equipollenza dei titoli scolastici, i cambiamenti alimentari dettati dalla condizione migratoria (Canova, V. Mattei, G. 2012).

Come si legge sul sito del Servizio di promozione e valutazione sanitaria del Cantone Ticino, la salute delle persone non è garantita solamente attraverso la presenza di un sistema sanitario di qualità, ma sono molteplici i fattori che la influenzano (SPVS, 2016). Sono definiti quindi determinanti della salute tutte le condizioni che la possono influenzare e l'OMS li differenzia in fattori genetici, stili di vita, condizioni di vita e di lavoro, organizzazione delle cure e il contesto generale socio-economico, culturale ed ambientale (OMS, 2013).

Figura 4 - Determinanti della salute, Dahlgren e Whitehead, 1991.

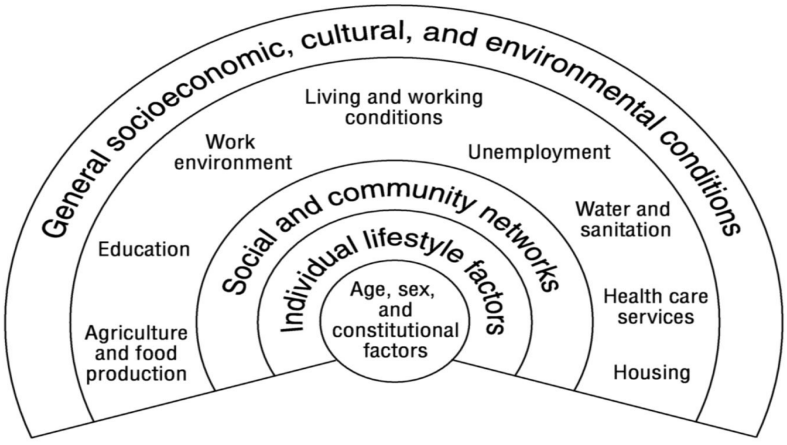

Figura 4 tratta da: "*Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews",* C. Bambra, M. Gibson, A. Snowden. et. al. 2010.

9 Citazione tratta dal sito Grovehall – magazine di sociologia applicata.

I determinanti della salute variano da individuo ad individuo, in quanto oltre alle caratteristiche immutabili quali l'età, il sesso e il corredo genetico, vi sono una moltitudine di particolarità, estrinseche ed intrinseche che influiscono sulla persona stessa. Esplorando le condizioni di salute mentale in cui si trovavano delle donne sopravvissute ai campi di concentramento a seguito della Seconda Guerra Mondiale, il noto sociologo israelo-statunitense, Aaron Antonowsky si accorse che le donne avevano superato quella condizione in modi molto diversi fra loro. Alcune l'avevano affrontata in modo coraggioso o avevano conseguito adattamenti migliori nei confronti delle situazioni stressogene presentatesi in seguito, altre invece ne erano uscite portando con sé un corredo di disagio (I. Simonelli, F. Simonelli, 2010). Le Risorse Generali di Resistenza, termine coniato dallo stesso Antonowsky, sono quindi dei fattori che pongono la persona a mettere in atto strategie coping ottimali per far fronte a una determinata condizione stressogena, come potrebbe essere la migrazione (I. Simonelli, F. Simonelli, 2010). Il termine inglese coping significa letteralmente *far fronte,* e non è altro che l'insieme delle strategie cognitive, emotive, psicologiche e di tipo comportamentale che vengono impiegate dalla persona per fronteggiare le condizioni problematiche che si presentano nella vita (Copelli, 2005). L'esperienza migratoria porta con sé fattori che possono influire sulla propria vita e sul proprio stato di salute, le situazioni che si vengono a creare all'interno di essa che possono ledere alla salute della persona (UFSP – Ufficio federale della sanità pubblica, 2008 – 2013). Si conosce però che a seguito di un evento avverso, ogni persona possiede dentro di sé la capacità di essere resiliente. In psicologia, il termine resilienza non indica solo la semplice abilità di resistere ad eventi avversi, ma bensì una dinamica positiva volta al controllo degli eventi e alla ricostruzione di un percorso di vita positivo (Vanistendael, S. e Lecomte, J., 2000). Questo termine ci rende ulteriormente attenti sul fatto che non tutte le persone che hanno affrontato questo tipo di percorso hanno reagito in modo simile tra loro.

4.5 Disturbi psichici sviluppati a seguito dell'esperienza migratoria

"La sofferenza ci minaccia da tre parti: dal nostro corpo che è destinato a deperire e a disfarsi, dal mondo esterno che contro noi può infierire con strapotenti spietate forze distruttive, e infine dalle nostre relazioni con altri uomini. La sofferenza che ha origine nell'ultima fonte viene da noi avvertita come più dolorosa di ogni altra.
Sigmund Freud[10]

A partire da inizio 900' vi sono stati molti conflitti, tra Stati e all'interno degli stessi, nelle zone che circoscrivono l'Europa. Questa condizione conflittuale ha avuto un impatto diretto sulla salute della popolazione colpita. A seguito di una migrazione non volontaria, spesso difficoltosa e precaria, le persone possono mostrare segni e sintomi di un disturbo sia a livello fisico, che metabolico e psichico. Si possono riscontrare situazioni dove la persona presenta un quadro clinico caratterizzato da molteplici patologie di diversa natura. L'esperienza migratoria è un evento complesso, in quanto può presentare sembianze ed esperienze diverse, dettata da vulnerabilità causata da esperienze che segnano il prima, il durante e il dopo della migrazione stessa. Le motivazioni che spingono le persone a intraprendere una migrazione, il tipo e la durata, con i relativi soggiorni temporanei, le condizioni socioeconomiche, quelle legate al sesso e all'età, la composizione della rete sociale e la presenza di fattori di stress anteriori, contemporanei o posteriori all' esperienza migratoria, giocano un ruolo di assoluta importanza nei confronti della salute delle persone migranti (Weiss, 2003 in OFSP 2007, cit. In Canova, V. Mattei, G. 2012).

Il disturbo per una persona può avere cause e rappresentazioni diverse, in quanto può essere interpretato sulla base di diversi pensieri e credi ereditati dalla propria cultura, in quanto oltre alla visione biomedica, vi sono teorie eziologiche di tipo spirituale, sovrannaturale o di tipo umorale (Murdock et. al., 1980. cit. in. Bressi, C. Invernizzi, G. 2008). Per quanto riguarda le rappresentazioni sovra citate, si affidano maggiormente a elementi di tipo sovrannaturale o spirituale, e principalmente affidate a guaritori tradizionali (Bressi, C. Invernizzi, G., 2008). Molto importante è quindi identificare quale visione faccia da base rispetto alla patologia o alla situazione vissuta. Questo ci sarà d'aiuto per capire il punto di vista della persona, che influisce direttamente sulle sue azioni, in modo da praticare una cura fondata sull'equità, sull'informazione, sull'educazione terapeutica e sul sostenere al meglio la persona. Lo sviluppo di timori ed ansie, di disturbi di tipo fisico o psichico, con l'eccessiva attuazione di meccanismi di difesa e via dicendo, possono caratterizzare il quadro clinico di una persona migrante (UFSP – Ufficio federale della sanità pubblica, 2008 – 2013). Se consideriamo nuovamente lo studio citato precedentemente *Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: a first overview*, dei 1183 pazienti migranti richiedenti l'asilo, 634 presentavano i segni di un disturbo psichico (Figura 5) (Pfortmueller, C. Stotz, M. Lindner, G. et. Al, 2013). Il profilo patologico delle persone migranti sarebbe quindi in stretto collegamento con la condizione migratoria, caratterizzata da conflitti, violenze, mancanza di cure adeguate, periodi di attesa di variabile durata e caratterizzati da condizioni precarie di vita (Pfortmueller, C. Stotz, M. Lindner, G. et. Al, 2013).

10 Citazione tratta dal sito Aforisticamente.com – frasi e citazioni sul trauma

Figura 5: Panoramica delle comorbidità psichiatriche – numeri assoluti.

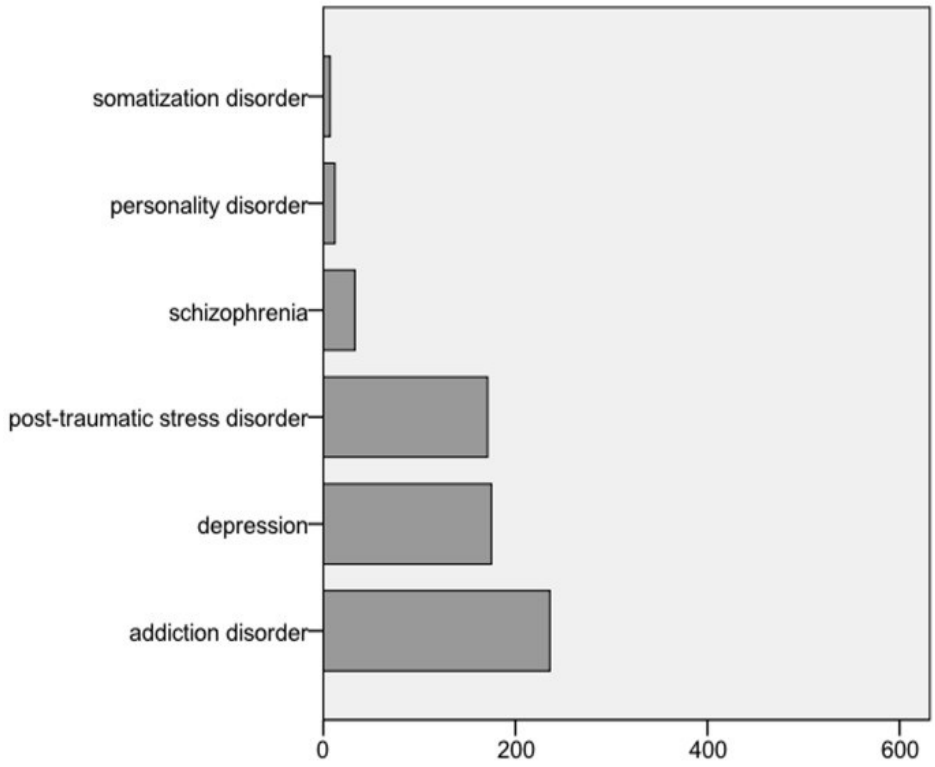

Figura tratta da: *Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: a first overview.* Pfortmueller, M., Lindner, G. et. al. 2013.

All'interno dello studio le dipendenze da sostanze sono stati i disturbi maggiormente riscontrati, che si manifestano con una sintomatologia di tipo cognitivo, comportamentale e fisiologico (Bressi, C. Invernizzi, G., 2008). In seguito si colloca la depressione, ed esistono una moltitudine di ipotesi biologiche che riflettono la sua eziopatogenesi, in quanto in primo luogo si crede che vi siano delle alterazioni della concentrazione di serotonina e noroadrenalina, che diminuendo caratterizzerebbero un quadro depressivo. È stata riscontrata una correlazione tra la depressione e l'iper-secrezione di cortisolo, il corredo di una predisposizione genetica e le interazione con l'ambiente circostante nel determinare una maggiore suscettibilità di manifestare la patologia stessa (Bressi, C. Invernizzi, G., 2008). I seguito si è evidenziato un alto riscontro del disturbo post-traumatico da stress – PTSD, che sul piano psichico è consequenziale all'esposizione a un evento traumatico in cui il soggetto ha vissuto, assistito o si è confrontato con uno o molteplici eventi che hanno implicato una minaccia alla propria o altrui integrità fisica (Bressi, C. Invernizzi, G., 2008). Il PTSD si può manifestare a qualunque età e può presentare un decorso di tipo acuto o cronico. Per porre una diagnosi certa, la sintomatologia deve susseguirsi per almeno un mese. Per questo tipo di disturbo è possibile riconoscere una triade sintomatologica caratterizzato dal rivivere persistentemente e in modo logorante attraverso ricordi spiacevoli, intrusivi e flashback, l'evento traumatico. La persona avrà un evitamento verso tutto quello che possa essere ricondotto al trauma ed è presente un costante stato di allarme nella persona (Bressi, C. Invernizzi, G., 2008). Una percentuale importante di persone che presentano questo disturbo vanno incontro a una cronicizzazione con il rischio di sviluppare altri disturbi psichiatrici quali dipendenze e disturbi depressivi. Se consideriamo invece uno studio svoltosi in Canada nel 2006, questo ha

riscontrato molti casi di disturbo post-traumatico da stress e di depressione maggiore tra i pazienti migranti richiedenti l'asilo o rifugiati, e entrambe le affezioni potevano essere concomitanti (Durieux – Paillard, S., Clinch – Withaker, B,. et al. 2006).
In forma minore ma comunque presenti, sono stati riscontrati disturbi quali la schizofrenia, che si presenta con delle *voci intrusive* quali allucinazioni uditive che si presentano in modo frequente nell'individuo causando un intreccio di false idee – deliri caratterizzati da commenti offensivi o sprezzanti alla persona stessa. La schizofrenia ha molteplici sottotipi quali l'ebefrenica, catatonica, paranoide e semplice, e il suo esordio può essere caratterizzato dalla presenza di umore delirante, con perplessità intensa, in cui l'ambiente familiare appare strano, le relazioni sembrano cambiate e un sentimento di qualcosa di inaspettato o sinistro si fa avanti. Inoltre possono presentarsi sintomi quali anomalie della percezione, allucinazioni uditive o visive (Murray, R. M. Kendler, K. S. et. al., 2011). Secondo uno studio, si è notato di come le persone immigrate risultavano particolarmente vulnerabili a questo tipo di patologia se relativamente isolati in luoghi in cui il loro gruppo etnico risultava una piccola minoranza (Boydell et. al., 2001. cit. in. Murray, R. M. Kendler, K. S. et. al., 2011). In seguito vi sono inoltre i disturbi di personalità, che non sono caratterizzati da una sintomatologia specifica, ma bensì dalla presenza esasperata e rigida di alcune caratteristiche di personalità (Bressi, C. Invernizzi, G., 2008). Secondo l'OMS (2011) con il termine personalità si intende *una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale.* Le somatizzazioni, i disturbi meno riscontrati nello studio, sono caratterizzate dalla presenza di sintomi somatici che non possono essere spiegati in modo adeguato sulla base del solo esame obiettivo o di laboratorio. Questo tipo di disturbo presenta, da parte della persona, una serie di disturbi somatici, che si perpetuano nel tempo e che coinvolgono nello stesso momento diversi organi e sistemi. Inoltre, il disturbo di somatizzazione presenta un'associazione tangibile di disagio psicologico soggettivo, con una compromissione della funzione socio - lavorativa e un'eccessiva richiesta di aiuto medico (Bressi, C. Invernizzi, G., 2008). Spesso la causa è definita da un meccanismo di difesa, che può essere riattivato nel tempo, infatti il suo decorso è caratterizzato per cronicità, con fluttuazioni e pause delle manifestazioni sintomatologiche (Bressi, C. Invernizzi, G., 2008).

Riflettendo in merito ai disturbi evidenziati dallo studio si può notare di come lo stress giochi un ruolo di rilievo rispetto all'eziologia del disturbo stesso. Alcuni autori, considerano lo stress come un processo che comprende molteplici dimensioni come le circostanze ambientali, la causa e il tipo di stress, le caratteristiche fisiche e psicosociali delle risposte immediate mediate dalla persona. Altri invece definiscono lo stress come uno stimolo o un insieme di eventi che causa nella persona una risposta alterata (Bolander, V. R. 1996 cit. in Copelli, P. 2005). Lo stress porta a modificazioni a livello dell'equilibrio della persona e vi sono principalmente due tipologie, la prima è definita *eustress,* e si riferisce a quel tipo di stress indispensabile per la vita, definito quindi buono, mentre la seconda si riferisce al *distress,* una forma di stress negativo che comporta scompensi emotivi e fisici difficilmente risolvibili. (Selye, H. 1936 cit. in Simonelli 2010). La migrazione può essere quindi vissuta con alla base un tipo di distress molto presente, in quanto come detto nelle pagine precedenti, può essere fonte di incertezze, situazioni faticose e dolorose, che mettono alla prova la persona stessa.

“Lo stress è come una spezia − nella giusta proporzione esalta il sapore di un piatto. Troppo poca produce un blando, noioso pasto, troppa può soffocarlo”.
Donald Tubesing[11]

Per contrastare e superare questa fase la persona mette in atto un processo definito di adattamento e poiché lo stress comporta una sfida alla capacità di adattarsi, questo può causare dei cambiamenti fisiologici che possono portare a uno stato di malattia, ad esempio come i disturbi riscontrati dallo studio trattato in questo capitolo. Tuttavia, lo stress può essere inteso anche come una risorsa e quindi essere uno stimolo di crescita (Craven, R. F. E Hirnle, CJ. 1998 cit. in Copelli, P. 2005). La persona può reagire in molteplici modi a dipendenza della condizione stressogena che gli si presenta, in quanto vive determinate emozioni e agisce in un modo specifico, ad esempio attuando delle strategie di coping. Il termine inglese coping significa *far fronte* e non è altro che l'insieme delle strategie cognitive, emotive, psicologiche e di tipo comportamentale che vengono impiegate dalla persona per fronteggiare le condizioni problematiche che si presentano nella quotidianità (Copelli, 2005). Queste capacità hanno quindi un effetto diretto sulla salute in quanto influenzano la capacità di gestire lo stress, di individuare soluzioni creative alle avversità come la malattia o altri deficit (I. Simonelli, F. Simonelli, 2010).

11 Citazione tratta dal sito Aforisticamente.it

4.6 I fondamenti della cura e il ruolo infermieristico

"Troppo spesso si sottovaluta la potenza di un tocco, un sorriso, una parola gentile, un orecchio in ascolto, un complimento sincero, o il più piccolo atto di cura, che hanno il potenziale per trasformare una vita".
Leo Buscaglia[12]

La cura è un elemento cardine citato più volte all'interno di questo Lavoro di Bachelor, e custodisce moltissime particolarità, come gesti, pratiche, parole ed atti. È una pratica che si svolge in relazione con le persone, dove il *curante* si prende a cuore il paziente, dedicandole azioni cognitive, affettive, materiali, sociali e politiche, volte alla promozione di una buona qualità della sua esistenza. La cura è caratterizzata inoltre dall'atto di cercare di soddisfare i bisogni degli altri, un'attività orientata all'altro e a ciò che all'altro procura beneficio. Secondo Luigina Mortari (2006), principalmente vi è una cura che preserva la vita da quando la minaccia, un'altra che interviene per ripararla quando si creano fessure di sofferenza, e infine una che si occupa si far fiorire offrendo all'altro esperienze in cui poter vivere una pluralità di differenti modi del divenire il proprio essere.

Sempre citando la Mortari, vi sono essenzialmente undici componenti, di seguito elencati, che chi si occupa della cura deve farne tesoro, in modo da esplicare l'essenza della cure nei modi più giusti e significativi (Mortari, L. 2006). Possedere buone attitudini di cura potrebbe favorire una cura interculturale, ad esempio possedendo la capacità di essere ricettivi, che non è altro che la capacità che ci permette di far posto all'altro, ai suoi pensieri e ai suoi sentimenti, creando dentro di sé uno spazio vuoto che renda possibile l'ascolto. In seguito si considera l'empatia, che essenzialmente si tratta della pratica della relazione con le altre persone. Poi vi è la responsività che è definita come la capacità di saper rispondere in modo adeguato agli appelli della persona. Questo comporta a possedere una presenza attiva e vigile, caratterizzata da dislocazione motivazionale – mettere tra parentesi noi stessi. A seguire si colloca l'attenzione sensibile che è capacità che ci porta a vigilare sulla persona, portando il nostro sguardo su essa. È uno stato irraggiungibile, ma da assumere come linea guida della nostra pratica. Proseguendo si parla di ascolto attivo che è definito come la capacità che ci permette di lasciare posto all'altro e di ascoltarlo nella sua essenza. Un'altra componente è la disponibilità cognitiva ed emotiva che è la capacità che ci permette di focalizzare la cura sulla persona anziché sulla malattia, mettendo a disposizione le proprie capacità personali nella relazione di cura. Un'altro elemento importante è passività attiva, la capacità che permette una presenza non intrusiva, discreta. Presenza piena di assenza di sé. La riflessività invece è la capacità che ci permette di affrontare la problematicità della cura. In quanto le situazioni sono caratterizzati da unicità e singolarità, si deve adottare una *cura pensosa.* Un elemento fondamentale è il sentire nella cura, in poche parole il prendersi cura dell'altro non avrà mai caratteristiche neutre, in quanto la cura è dotata da una forte ed ambivalente intensità emotiva. La competenza tecnica è un elemento importante in quanto, oltre alla relazione, nella cura intervengono delle azioni che devono essere basate su competenze tecniche. E infine, l'aver cura di sé in quanto la cura richiede un impiego di energie e motivazioni. Aver cura di sé significa prendere in mano il problema dell'esistenza in una continua scelta tra possibilità diversificate nell'essere, fare i conti con il paradosso umano. Conoscere sé stessi, fermarsi a

12 Ciazione tratta da sito Aforisticamente.com – citazioni sulla cura

riflettere della propria esperienza, porre un'introspezione, rivalutare le situazioni e come i toni emotivi siano stati introdotti nell'agire nella cura (Mortari, L. 2006). Oltre agli indicatori della Mortari, possiamo fare riferimento anche alle competenze generali e specifiche che gli infermieri ottengono alla fine della formazione triennale SUPSI. Queste competenze non sono acquisite in modo passivo ma tutt'altro, in quanto lo studente in formazione deve porsi attivo e propositivo durante tutto il percorso. In generale sono definite le competenze quali le conoscenze generali sulla politica sanitaria, le conoscenze professionali specifiche e di competenza metodologica così come professionalità e senso di responsabilità. Per quanto concerne le competenze specifiche si tratta essenzialmente di acquisire il ruolo di esperto in cure infermieristiche, esercitare un ruolo ottimale nelle vesti di comunicatore, così come quello di membro di un gruppo di lavoro. Esercitare il ruolo di manager, di promotore della salute, quello di apprendente e insegnante e infine quello legato all'appartenenza professionale (SUPSI, 2011). Il termine *salutogenesi* deriva dalle parole *salus* – salute, *genesis* – origine, affonda le sue radici nelle teorie e negli studi di Aaron Antonowsky (1923 – 1994), sociologo che è stato citato precedentemente all'interno di questo Lavoro di Bachelor. Essenzialmente questo approccio si occupa di ricercare le cause della salute, e non più come nell'ottica patogenica il cosa ha causato un disturbo.

"La vita è come un fiume pieno di pericoli. Non si tratta quindi di impedire all'individuo di nuotare nel fiume, bensì di esplorare il fiume, individuarne i pericoli e migliorare le capacità dei nuotatori affinché acquisiscano maggiore sicurezza".[13]

Questa citazione di Aaron Antonowsky rispecchia in modo ottimale la visione che il personale curante deve adottare nei confronti della cura in un contesto di pazienti migranti, in quanto la vita di queste persone è caratterizzata da eventi stressanti e talvolta traumatici che hanno generato dei disturbi. L'approccio salutogenico promuove la ricerca dei fattori e delle risorse che generano salute, elementi ancora presenti nella persona. Ad esempio la resilienza, che nell'ambito delle scienze umane, non è altro che il potere o l'abilità di una persona di ritornare alla forma o alla posizione originale dopo essere stati piegati, schiacciati o sottoposti a tensione, come pure la capacità di superare le difficoltà, sopravvivere allo stress e riprendersi dopo un momento di difficoltà (Feinauer, V. 1993 cit. in Antologia disagio psicosociale 2015). È comunque molto di più della capacità di resistere agli eventi stressogeni proteggendo il proprio Io, in quanto è anche la capacità di mettere in atto reazioni positive a fronte delle difficoltà incontrate e di tradurre in pratica la propria intenzione di costruire la realtà (I. Simonelli, F. Simonelli, 2010). Trovandosi confrontati con una casistica di pazienti migranti, potrebbe risultare più difficile individuare delle risorse, dal momento che vi sono molteplici diversità e consequenziali difficoltà che si possono riscontrare in questa casistica di pazienti, ad esempio il fattore comunicativo, quello legato alla comprensione o alle proprie rappresentazioni, alle proprie diversità culturali ed esperienziali, il tempo e la processualità del sistema. Come personale curante dobbiamo cercare di esplorare al meglio le avversità e le esperienze vissute, la storia della persona, ricercando i punti di forza e quelli magari più deboli, in modo da evidenziarne i fattori che andrebbero a promuovere la salute e il benessere. L'essere in relazione tra persone è essere in relazione con identità in continuo divenire, come d'altronde ne sono caratterizzate le cure (Manara, D. 2004).

13 Citazione tratta dal sito internet Quint-essenz.ch - Salutogenesis

4.7 L'interculturalità nei contesti di cura

"Ogni situazione di cura è una situazione antropologica, ovvero che riguarda l'uomo inserito nel suo ambiente, intessuto da ogni tipo di legame simbolico; così l'approccio antropologico appare come il percorso più opportuno per scoprire le persone che vengono curate e rendere significative le informazioni che esso contiene."
Marie-Françoise Collière[14]

In quanto persone che vivono in un sistema complesso di relazioni e continue interazioni, non si può non entrare in contatto con persone che possiedono corredi culturali diversi rispetto ai nostri. Così come nella vita di tutti i giorni, anche nella cura è all'ordine del giorno il confronto con valori, stili di vita, ideologie, credenze e caratteristiche differenti rispetto a quelle presenti alle nostre latitudini, che tra l'altro possono essere molto eterogenee tra loro. Essenzialmente la cultura viene definita come *l'insieme di norme, di valori e di ruoli socialmente appresi e condivisi da membri di una società*[15]. Questa definizione permette di valorizzare il carattere dinamico e non statico di questo concetto. Nello specifico, l'infermieristica interculturale è nata inizialmente con Madeleine Leiniger, che ha focalizzato il proprio interesse sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori, e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza agli esseri umani, al fine di offrire un'assistenza, sanitaria culturalmente congruente, utile e valida, cercando di addentrarsi nella biografia esperienziale della persona (Leininger, M. McFarland, M. 1995). Madeleine Leininger, infermiera e antropologa americana ideatrice di questo modello di infermieristica, definí la cultura come "*una forma di conoscenza acquisita, condivisa e trasmessa, formata da valori, convinzioni, norme e stili di vita di un particolare gruppo, che vengono normalmente trasmessi da una generazione all'altra e che influenzano il modo di pensare, le decisioni e le azioni in modi strutturati e sicuri*"[16].

A seguito di questa complessità e diversificazione culturale, definí sette concetti importanti che gli infermieri dovrebbero apprendere per garantire un'assistenza infermieristica culturalmente congruente (Leininger, M. McFarland, M. 1995). È necessario che l'assistenza e la pianificazione delle cure siano studiate in modo sistematico per comprendere l'essenza umana in culture simili e diverse nel mondo e nei vari contesti ambientali. Il personale curante, nello specifico gli infermieri, prendano coscienza delle proprie appartenenze culturali, preconcetti, credenze e pregiudizi che influenzano gli ambiti della cura affinché possano lavorare in modo efficace con i pazienti migranti. Venga posta un'attenzione specifica rispetto alle competenze in materia di assistenza culturale per le culture diverse e per i valori universali, servendosi delle conoscenze transculturali specifiche e comparative per guidare le procedure assistenziali, al fine di offrire un'assistenza culturalmente congruente. La ricerca dei fenomeni relativi all'assistenza dovrebbe essere orientata a verso un contesto culturale globale, olistico e comparativo, cercando di seguire un processo di ricerca e apprendimento aperto su assistenza e cultura. Infine, il lasciare spazio alla creatività e ai modi creativi di curare e di assistere, che possono fornire pratiche assistenziali culturalmente congruenti.

14 Citazione tratta dal sito Savar – eivista del nursing in movimento
15 Definizione tratta dal sito http://www.webalice.it/silvanocolugnati/Scienze%20Sociali_files/INTRODUZIONE%20SOCIOLOGIA.pdf
16 Citazione tratta da Modello del Sole Nascente – Madeleine Leininger.

Molteplici fattori come il notevole e costante aumentare dei fenomeni migratori nel mondo, in particolare laddove gli attori della migrazione sono profughi e rifugiati, o i segnali sempre più crescenti che ci arrivano a simboleggiare conflitti o scontri culturali all'interno della cura, continuando con l'aumento della richiesta di cure adatte alle proprie aspettative culturali, o la maggiore consapevolezza generale da parte delle persone del fatto che occorre trovare nuove strade per convivere in un mondo con molteplici culture differenti per raggiungere un livello ragionevole di pace ed armonia e per ottenere modi di vivere sani e livelli di sopravvivenza accettabili (Leininger, M. McFarland, M. 1995). Anche se possiamo oggi riconoscere i limiti di questo approccio culturalista, ossia che non prende in conto la dinamicità e la *diversità nella diversità*, l'importanza del lavoro iniziato negli anni settanta è fondamentale e costituisce la base degli approcci seguenti. Nonostante l'evolversi di approcci e modelli, quello che afferma Leiniger è il fondamento, poiché bisogna essere sensibili alla variabile culturale e comprendere il punto di vista del paziente per poter curare. La realtà di oggi ci confronta con una forma di *super-diversità,* caratterizzata da dinamismi e variabili, rispetto al crescente numero di persone immigrate arrivate soprattutto negli ultimi decenni, multietniche e multiculturali, sparsi e transnazionalmente legati, socio-economicamente differenziati e legitimalmente stratificati (Vertovec, S., 2007)[17].

Nel tempo molti autori si sono espressi sul tema dell'interculturalità, dando vita concetti racchiusi nelle teorie di psichiatria transculturale, in quanto il rapporto che si frappone tra la migrazione e un possibile disturbo psichico è intricato e complesso. Secondo Roberto Beneduce, etnopsichiatra italiano, la ricerca dell'origine della psichiatria transculturale si perderebbe in un intreccio di teorie, autori e rappresentazioni che sono evolute nel tempo (Beneduce, R., 2000). È una disciplina che racchiude i saperi biomedici e allo stesso tempo fa tesoro di altri saperi di altre culture, e le teorie che la accompagnano mutano alla stessa velocità dell'immigrazione poiché non esistono approcci e procedure completamente standardizzate (De Luca, D. 2017). Ad esempio alcuni studi svolti nell'ambito della salute mentale, hanno evidenziato come le manifestazioni delle malattie mentali di alcune persone aventi una diversa cultura, siano rapportate alla cultura stessa e alla personalità della persona (Helman, Marsella, Ciborowsky, et. al. cit. in Leininger, McFarland. 1995). Poiché in alcune popolazioni non si riscontrano sindromi psicotiche, o come in altre si riscontrano principalmente problemi di dipendenze, oppure in popolazioni dove le credenze della salute sono radicate nell'animismo e nel misticismo. Le migrazioni generano un *incontro fra altri,* e di conseguenza portano a riflettere rispetto ai modelli di salute e malattia, di eziologia e di trattamenti, cercando di accantonare qualunque giudizio etnocentrico (Desinan, C. 1997 cit in. De Luca, D. 2017). Secondo Piero Coppo, neuropsichiatra – psicoterapeuta, la sfida che si pone non è altro che la creazione di un nuovo saper fare, multidisciplinare e multiculturale, che consideri le visioni dall'alto e parallele, tenendo conto delle diversità culturali. Un saper fare che deve essere in grado di mediare rispettando e includendo differenze e particolarità (Coppo, P. 1996. cit in De Luca, D. 2017). Per cogliere l'insieme di segni e sintomi in modo adeguato occorre prendere atto del fatto che l'essere in relazione tra persone è essere in relazione con identità in continuo divenire, come d'altronde ne sono caratterizzate le cure (Manara, D. 2004). Cosi come gli ambiti di cura, anche il ruolo degli infermieri è toccato dall'interculturalità ed è per questo motivo in continuo mutamento. Con il

17 Steven Vertovec teorizza questo concetto rifacendosi alla realtà Britannica (ndr).

passare del tempo, la figura dell'infermiere ha acquistato importanza di ruolo, autonomia, poteri decisionali, capacità di diagnostica, un ruolo primario nella cura. Le particolarità che si instaurano in un processo terapeutico interculturale, hanno avvalso gli infermieri di ulteriori capacità e ruoli di appartenenza, come ad esempio quella di mediatore culturale. Gli infermieri e le persone pazienti hanno delle barriere sociali sicuramente meno rigide rispetto a quelle tra si frappongono tra medico e persona paziente andando a intraprendere una forma di mediazione(Cozzi, D. Nigris, D. 2003). Questo comporta un'avere rapporti meno formali e una maggiore comunicazione, dando la possibilità di esporre in termini accessibili alla persona paziente il discorso del medico. L'infermiere può essere anche interprete della voce della persona paziente, dei suoi bisogni, dei valori e dei suoi comportamenti. Questo non significa assolutamente che per sinonimo di *mediatore culturale* si utilizzi quello di interprete, in quanto l'infermiere può trovare uno strumento utile nell'approccio antropologico, che gli offre un'appropriata metodologia per lo studio degli orientamenti cognitivi, percettivi ed affettivi dei diversi gruppi culturali, permettendo di capire, o per lo meno intuire, il punto di vista della persona paziente sulle rappresentazioni di salute e malattia (Cozzi, D. Nigris, D. 2003).

Secondo Marianella Sclavi[18], la nostra società può essere definita complessa, poiché ogni persona ha una propria prospettiva e un proprio sguardo, ognuno si confronta con l'alterità sostenendo i propri valori, interessi e principi che lo caratterizzano, e che spesso sono ritenuti diversi da quelli dell'altro. Tutto questo può causare delle difficoltà, vi è quindi la necessità di avvalersi di modalità di incontro basate sul rispetto e il riconoscimento reciproco. Per poter fare ciò la stessa Sclavi ha ideato *Le sette regole dell'arte di ascoltare,* che forniscono delle suggestioni pratiche per riuscire ad entrare nel mondo dell'altro, senza *culturalizzare* le differenze (Sclavi, M., 2017). La prima regola è quella di non avere troppa fretta di arrivare alle conclusioni, in quanto le conclusioni in sé sono la parte ritenuta più effimera (Sclavi, M., 2017). Quello che vediamo è dettato dalla prospettiva in cui ci troviamo, se cambiamo quindi prospettiva riusciremo a vedere la nostra prospettiva (Sclavi, M., 2017). Se si vuole comprendere quello che un'altra persona sta dicendo, bisogna identificare la sua ragione, domandandogli di aiutarti a capire (Sclavi, M., 2017). Inoltre, se siamo in grado di conoscere la loro espressione, le emozioni possono essere ritenute degli strumenti conoscitivi fondamentali, in quanto non ti informano rispetto a cosa vedi ma a cosa stai guardando (Sclavi, M., 2017). La quinta regola è il ritenere che i segnali più importanti possano essere presentati alla propria coscienza come come trascurabili, irritanti e marginali, poiché non conformi con le proprie certezze (Sclavi, M., 2017). Un buon ascoltatore per definirsi tale deve accogliere i paradossi del pensiero e della comunicazione, affrontando i dissensi in un ottica di esercitazione creativa (Sclavi, M., 2017). Infine, per poter essere un esperto nell'arte di saper ascoltare bisogna adottare una metodologia umoristica, e quando si sarà appresa questa arte l'umorismo verrà da sé (Sclavi, M., 2017).

Se consideriamo questi approcci oggi è si è estesa la necessità di queste competenze interculturali per la cura di tutti i pazienti, in quanto si parla infatti di pazienti vulnerabili, di *diversità nella diversità*, di percorsi biografici in cui si

18 Informazioni tratte dal sito Ascoltoattivo.net – http://www.ascoltoattivo.net/perche/, a cura di Marianella Sclavi.

accumulano gli svantaggi in termini di salute e che i curanti devono saper identificare per proporre delle cure eque. Èquità non è sinonimo di uguaglianza, poiché l'equità considera le singole necessità, e nel contesto di cura di pazienti rifugiati o richiedenti di asilo, per poter erogare delle cure eque deve tener conto di questa forma di *diversità.* Le disuguaglianze della salute possono essere definite anche sociali, influenzate dal sesso, dall'età, dalla propria situazione socio - economica non devono porre una disparità di trattamento nei confronti dell'erogazione di questo tipo di cure. Nel caso di pazienti migranti, in aggiunta vi sono ulteriori fattori che possono destabilizzare l'equità di cura, poiché è emerso che oltre alla classe sociale e al reddito, si sono aggiunte disuguaglianze quali le trasformazioni dei bisogni, all'accessibilità delle risorse di salute nelle sue diverse forme e quelle legate alla propria etnia e di appartenenza culturale (Bordogna – Tognetti, M. 2008). Il personale curante deve sviluppare, diffondere e implementare gli interventi di cura e di sostegno che sono considerati culturalmente e linguisticamente appropriati, saper riconoscere e attivare le diverse possibilità e figure professionali, applicando un'approccio d'insieme basato sull'interdisciplinarità che potrebbero portare benefici e sostegno al paziente migrante (Procter, N. G., 2005). Per poter portare un esempio, la componente comunicativa-linguistica del paziente migrante è un fattore da considerare per poter erogare delle cure basate sull'equità, in quanto la componente linguistica si dimostra di grande importanza nell'ambito della comunicazione tra operatori e pazienti. La conoscenza della lingua, sia del paese in cui si trova la persona migrante, e viceversa per il personale curante nel comunicare con la persona stessa è sicuramente la più grande barriera. (Testa – Mader, A. Clerici, N. Degrate, A. cit. in Wicker, H. R. Fibbi, R. Werner, H. 2003). In questo caso, il personale curante deve individuare tempestivamente la lingua parlata dal paziente migrante, in modo da poter includere nel processo terapeutico una figura che permetta la creazione di un trialogo e di una corretta traduzione.

5. ANALISI DELLE INTERVISTE

Ho sottoposto a sei figure professionali, e allo stesso tempo professionisti della salute, che operano in ambiti di cura e migrazione, alcune domande rispetto ai temi della cura, del proprio ruolo professionale e del proprio percorso, dei disturbi manifestati di chi ha compiuto un processo migratorio, delle difficoltà riscontrate nella cura e rispetto al tema delle competenze interculturali. Per favorire l'unicità esperienziale ho adattato le interviste rispetto al ruolo esercitato nella cura. Ognuna delle persone intervistate contribuisce, o ha contribuito in passato, alla cura e al sostegno di persone migranti in ambito umanitario. I ruoli si concentrano nall'area infermieristica, quella del sostegno psicologico, dell'integrazione e gestione di figure professionali di supporto alla cura.
Ogni campo di interesse delle interviste comprende un'introduzione iniziale seguita dai dati emersi ritenuti più rilevanti, con annesse le relative frasi esposte dagli stessi intervistati, esposte in ordine numerico crescente, che si dividono fra loro dal simbolo “punto e virgola”. In allegato (Allegato 10) vi sono le interviste trascritte con evidenziate le parti utilizzate per l'analisi di questo Lavoro di Bachelor.

5.1 Ruolo infermieristico e mutamenti nel tempo

Come esposto nel quadro teorico, la cura si suddivide essenzialmente in una cura che preserva la vita da quando la minaccia, un'altra che interviene per ripararla quando si creano fessure di sofferenza, e infine una cura che si occupa si far fiorire offrendo all'altro esperienze in cui poter vivere una pluralità di differenti modi del divenire il proprio essere (Mortari, 2006). Il ruolo infermieristico subentra in ognuna di queste fasi, e assume il suo significato rispetto alle competenze che dobbiamo attuare e ai ruoli che come infermieri dobbiamo rappresentare. L'infermiere assume quindi molteplici ruoli, come quello di esperto in cure infermieristiche, quello di comunicatore, quale membro di un gruppo di lavoro, esercitando i ruoli di manager e promotore della salute nei confronti del paziente, così come quello di apprendente insegnante e infine quello legato all'appartenenza professionale (SUPSI, 2011). Dalle interviste effettuate emergono diverse opinioni sul tema, ma all'unisono tutte descrivono un mutamento tangibile del ruolo infermieristico nel corso del tempo. Grazie alle interviste è emerso di quanto il fattore interculturale presente nei contesti di cura ha fatto si che il ruolo infermieristico stesso dovesse assumere altre declinazioni, e di conseguenza svolgere altre mansioni che differiscono dalla pratica infermieristica.

> “*Svolgevo svariate mansioni, arrivato all'ambulatorio, era come se fungessi da custode”; “Sono tante le cose che facciamo, c'e l'ambulatorio, giornalmente c'e qualcuno che ha qualcosa, che non sta bene. Quindi ci si mette a disposizione, tante cose sono cambiate, anche la persona richiedente d'asilo è cambiata”; “Il nostro ruolo è cambiato per il fatto della presenza multiculturale nelle strutture di cura. “Il cambiamento comunque rimane il fatto di confrontarsi sempre più con persone con una diversa cultura e una diversa lingua”.*
>
> - INTERVISTE 1, 3, 4.

In molte interviste emergono le componenti dell'interdisciplinarità e della complessità del sistema, che influiscono sul ruolo dell'infermiere e che compongono l'assistenza e la cura a persone migranti. Inoltre bisogna porre particolare attenzione nel coordinare nel migliore dei modi i diversi ruoli chiamati in causa, cercando di non sostituirsi ma bensì cercando di essere complementari.

“la realtà dell'infermiere in un contesto come quello ti pone nello svolgere una moltitudine di mansioni molto diversificate tra loro,vi é stata una responsabilizzazione, oltre alle mansioni infermieristiche, mi trovavo a fungere da mediatore culturale”; “é necessario un costante lavoro di mediazione, non sempre semplice”; “C'e un grande lavoro di coordinazione, è un lavoro come l'assistente sociale ma dal lato medico-infermieristico”.

- INTERVISTE 1, 2, 3.

Durante le interviste è emersa la questione del ruolo del mediatore culturale, così come la professione vera propria. Per poter colmare e avvicinare le diversità che contraddistinguono la persona migrante e il personale curante, è stata introdotta, nell'ambito della cura nel contesto Ticinese, la figura del mediatore culturale, declinazione del ruolo di mediatore culturale.

“Mi trovavo a fungere da mediatore culturale”; “Noi (OSC), parliamo della figura del mediatore culturale, per creare dei trialoghi. Non é un esecutore, non è un interprete, ma colui che fa da ponte rispetto alla cultura, alla lingua, al disagio e alla sua espressione”.

- INTERVISTE 1, 6.

5.2 Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti

Nel quadro teorico sono state esposte le cifre che hanno caratterizzato la migrazione in Svizzera e in Ticino negli scorsi anni. Febbraio 2017 sono state presentate in Svizzera 1507 domande d'asilo (SEM, 2017). Diversi fattori hanno influito sulla migrazione delle persone verso la Svizzera. Come detto in precedenza, in primo luogo è stato adottato da parte della Svizzera, un processo di regolamentazione velocizzato, che ha causato un calo del totale delle richieste accettate, inoltre la chiusura della Rotta Balcanica, ha fatto si che le persone migranti scegliessero un percorso diverso, modificando così il percorso stesso. Le costanti tra i paesi di provenienza delle persone sono state l'Eritrea, la Siria e la Guinea . A seguire, persone provenienti da Afghanistan, Iraq e Nigeria (SEM, 2016). Inoltre bisogna ricordare la diversità tra i migranti stessi, esposte nel quadro teorico, caratterizzata dalle motivazioni che li spingono a intraprendere un processo migratorio, in quanto possono apportare ulteriori caratteristiche. Dalle interviste è emerso che la casistica di provenienza delle persone migranti incontrate nei contesti di cura non differiva particolarmente dai dati statistici.

“Nell'ultimo anno la maggior parte e stata di etnia Eritrea, Somala, Siriana, Afghani, famiglie, singoli, tanti minori non accompagnati, diciamo che la fascia più grande è questa”; “Chiaramente se parliamo di persone vulnerabili, nel campo sanitario e sociale, chiaramente è stato l'arrivo nell'ambito d'asilo di persone provenienti dalla Siria, Medio Oriente – Iraq, questo e stato così soprattutto nel 2015. Dopo la chiusura della Rotta Balcanica, le persone provenienti da Siria e Medio Oriente sono diminuite. Poi sono persone provenienti da Eritrea e Somalia. Ricordare che ci sono tutta una serie di migranti che arrivano fuori dall'ambito d'asilo”; “I pazienti migranti in generale ci sono, chiaro che se alla fine guardo tutti i nostri pazienti sono migranti, tutti hanno una storia precedente”; “A un certo punto con i movimenti politici e le crisi politiche ci troviamo davanti persone che non scelgono più ma che si trovano costrette ad abbandonare il proprio paese. E questo ha una ripercussione sul disagio e sulla sofferenza e sul migrante”.

- INTERVISTE 3, 4, 5, 6.

Ogni persona custodisce determinate caratteristiche, ma l'aspetto *richiedente* della persona richiedente d'asilo caratterizza una sorta di fragilità complessiva definita da molteplici bisogni soggettivi oltre che oggettivi.

> *"L'aspetto richiedente dei richiedenti l'asilo ha notevole peso, in quanto sottoposti all'attesa, alla precarietà e bisognosi di tutto quello che manca loro del loro luogo d'origine, andando dal macroscopico al microscopico"; "I bisogni soggettivi, quello di avere un nido, un posto sicuro dove sentirsi protetti e dove vengano garantite le necessità primarie"; "Persone vulnerabili".*
>
> - INTERVISTA 2, 4.

5.3 Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura

All'interno del quadro teorico non è presente un capitolo che tratta delle difficoltà che si possono riscontrare nell'esperienza di cura tra paziente migrante e personale curante, in quanto sono questioni molto eterogenee che possono presentarsi in molteplici ambiti. Considerando l'esempio di una persona di nazionalità e lingua madre straniera, che porta con sé una diversa cultura, con un tipo e una durata di migrazione, con i relativi soggiorni temporanei, le condizioni socioeconomiche, quelle legate al sesso e all'età, la composizione della rete sociale e la presenza di fattori di stress anteriori, contemporanei o posteriori all' esperienza migratoria (Weiss, 2003 in OFSP 2007, cit. In Canova, V. Mattei, G. 2012). Tutte queste componenti, solo per citarne alcune, possono porre delle difficoltà che ostacolano la cura tra personale curante e persona migrante. All'interno delle interviste è emerso che le difficoltà si possono riscontrare a più livelli.

> *"Hanno barriere linguistiche e culturali"; "Non c'e una barriera specifica, ad esempio la religione, barriere culturali... e poi appunto, molte barriere dovute al loro viaggio"; "Per le persone migranti assolutamente un problema e la mancata conoscenza del sistema sanitario in Ticino. La rappresentazione che loro hanno del medico".*
>
> - INTERVISTE 2, 3, 4.

Ad esempio si possono mostrare nella comunicazione, dettate dalla capacità di espressione e comprensione, per volontà stessa della persona, oppure causate da un disturbo.

> *"Hanno barriere linguistiche e culturali"; "La principale barriera è quella linguistica e la conseguente mancanza di traduzione per chi non riesce a spiegarsi correttamente e questo tema e centrale, soprattutto in ambito sanitario"; "La lingua, la difficoltà che si ha e la lingua, perché arrivano da regioni dove comunque noi non riusciamo ad entrare in comunicazione, e anche la lingua internazionale, l'inglese, non rende l'espressione del disagio rispetto all'espressione nella lingua madre".*
>
> - INTERVISTE 2, 4, 6.

Anche se in un'intervista, in particolare, la comunicazione era sentita come un problema secondario, maggiormente sormontatile grazie alla creatività.

> *"Uno degli ostacoli maggiori nella cura con pazienti migranti non e tanto la comunicazione, in quanto con creatività ed ingegno si riesce a comunicare".*
>
> - INTERVISTA 1.

Per sormontare la problematica della comunicazione e delle differenze culturali, si introduce la figura dell'interprete, se non quella del mediatore culturale. Il personale curante deve trovare delle soluzioni il più tempestive possibili per ovviare questa problematica.

> "*Quando non sanno ne l'italiano, né l'inglese, né il francese si va nel para-verbale e si inizia a gesticolare fino a quando non si trova l'interprete...*"; *"Come OSC, già da diverso tempo, parliamo della figura del mediatore* culturale, quindi abbiamo proprio una convenzione con l'agenzia DERMAN in modo tale che ci sia la possibilità di costituire questi trialoghi, quindi comunque persone che intervengono nella presa a carico, ma che non solo intervengono traducendo la lingua del paziente, ma anche cercando di far capire al curante la cultura della persona con la quale si entra in contatto"; "Noi abbiamo anche, diciamo i colleghi che parlano diverse lingue quindi se abbiamo bisogno possiamo intervenire aiutandoci con un collega. C'è anche l'agenzia DERMAN con la quale collaboriamo e possiamo sempre contattare".
>
> - INTERVISTE 2, 5, 6.

Un'altro fattore che può causare delle difficoltà nel processo di cura, emerso dalle interviste, è il fattore emozionale. Alcuni intervistati riferiscono che, soprattutto all'inizio, la persona migrante prova molta paura, e questa emozione incide molteplici aspetti che interagiscono con la cura.

> *"Un'altra difficoltà e fargli dire tutta la verità perché tanti mentono, perché hanno una paura tremenda, quindi mentono sull'età, sul loro vero nome, mentono sulle storie pregresse, per i motivi più disparati. Si vergognano magari delle cose brutte della loro vita, non sanno se fidarsi veramente". "Poi difficoltà nel chiedere, come le abbiamo noi, oppure nel farsi vedere nudi, o perché hanno paura o perché sono a disagio"; "è un continuo omettere, che non è un'omertà di scelta... è proprio dettata dalla paura o dall'ignoranza in senso latino"; " "Molte barriere dovute al loro viaggio, specialmente all'inizio perché tanti hanno paura".*
>
> - INTERVISTE 2, 3.

Alcune di queste barriere possono essere scaturite dalle rappresentazioni, influenzate anche dal fattore culturale, che la persona migrante ha rispetto ai temi e ai ruoli che interagiscono nel suo processo migratorio, di cura e di relazione con i curanti.

> *"Uno degli ostacoli maggiori nella cura con pazienti migranti non e tanto la comunicazione, in quanto con creatività ed ingegno si riesce a comunicare, ma bensì le loro credenze spirituali e religiose che sono spesso dettate da un credo di tipo animista"; "Un'altra questione è la rappresentazione che loro hanno del medico, quindi del vecchio stampo / paternalista / autoritario, quindi il concetto di diritti dei pazienti non esiste*" . *"Anche dal punto di vista culturale, l'idea che il paziente chieda ai curanti, andando a formare una relazione per così dire paritetica di dialogo, non tutti i pazienti migranti ce l'hanno, quindi magari non fanno nemmeno domande"; "Nelle società Non Occidentali si sviluppa un concetto di essere al mondo molto più sociale rispetto al nostro concetto individuale, la malattia la viene quindi affrontata in famiglia, con gli amici".*
>
> - INTERVISTE 1, 4, 6.

Oltre a quanto già emerso dalle interviste a proposito di questo tema, vi è un fattore legato ai sistemi che entrano in contatto con la persona migrante. Per citarne alcuni, il sistema sanitario, il sistema di regolamentazione, il sistema giuridico e via dicendo. Sistemi complessi, anche ai nostri occhi.

“Far distinguere bene i ruoli all'inizio e difficilissimo” “C'e ambivalenza sempre, è molto difficile far capire loro le dinamiche che tante volte noi stessi non capiamo, in base a quali criteri vengono selezionati”; “Per le persone migranti assolutamente un problema è la mancata conoscenza del sistema sanitario in Ticino”; .

- INTERVISTE 2, 4.

5.4 Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione

Nel quadro teorico è stato esposto come il tipo e la durata della migrazione, i relativi soggiorni temporanei durante il processo migratorio, le condizioni sociali ed economiche, quelle legate al sesso e all'età, la composizione della rete sociale e la presenza di fattori di stress anteriori, contemporanei o posteriori all' esperienza migratoria, giocano un ruolo di assoluta importanza nei confronti della salute delle persone migranti (Weiss, 2003 in OFSP 2007, cit. In Canova, V. Mattei, G. 2012). Il disturbo per una persona può avere cause o significati diversi, in quanto può essere interpretato sulla base di diversi pensieri e credi ereditati dalla propria cultura. Oltre alla visione biomedica, vi sono teorie eziologiche di tipo spirituale, sovrannaturale o di tipo umorale (Murdock et. al., 1980. cit. in. Bressi, C. Invernizzi, G. 2008). Inoltre, la migrazione non è la causa diretta dello scaturirsi di patologie fisiche e psichiche ma sono le situazioni che si vengono a creare all'interno di essa che possono ledere alla salute della persona. Lo sviluppo di timori ed ansie, di disturbi di tipo fisico o psichico, con l'eccessiva attuazione di meccanismi di difesa e via dicendo, possono caratterizzare il quadro clinico di una persona migrante (UFSP – Ufficio federale della sanità pubblica, 2008 – 2013). Innanzitutto un dato rilevante emerso in un'intervista in particolare e all'interno del quadro teorico, è quello che la migrazione non è causa diretta di un disturbo, ma sono i fattori che ne fanno parte che possono influire e talvolta ledere alla salute.

“Non è la migrazione che fa ammalare, ma se ci riferiamo ai determinanti della salute, la migrazione è un fattore potenziale di rischio. Al di là delle patologie specifiche, è data in se dal tipo di percorso migratorio che ha dovuto affrontare il migrante e dalla modalità, caratteristica della singola persona migrante e dalla differenza del prima e dopo nel senso di vita”.

- INTERVISTA 4.

Attraverso le interviste sono state identificate malattie infettive, correlate alla migrazione e ai viaggi di massa, quali la Tubercolosi, l'HIV/AIDS e la Malaria che hanno destato qualche allarme in quanto si tratta di malattie poco diffuse alle nostre latitudini e debellate largamente tempo fa.

“Abbiamo avuto anche qualche caso di malaria specialmente tra i minorenni, probabilmente contratta nel deserto o nelle zone libiche”. “Casi di tubercolosi con un ceppo multiresistente, e curarli e stato davvero molto molto faticoso, con controlli regolari e terapie antibiotiche mirate, abbiamo avuto almeno sei casi che stanno tutt'ora terminando la terapia per bocca, anche se si sono stabilizzati”. “Le malattie metaboliche, e poi comunque loro fanno dei viaggi in massa, sono in tantissimi, li vediamo nei barconi, e quindi c'e stato ad esempio un boom di TBC che in questo momento sta di nuovo calando”.

- INTERVISTA 3.

Se il contesto migratorio può influire sulla contrazione di malattie infettive, la migrazione può essere un fattore di predisposizione all'espressione di un disagio psichico, in quanto caratterizzata da viaggi di massa, carenti condizioni igieniche – economiche, avversità subite o vissute, cambiamenti di status e di ruolo rispetto alla prima – durante – dopo la migrazione, e tutte quelle instabili componenti che caratterizzano la migrazione. Può tramutarsi quindi in un disagio psichico, talvolta espresso o somatizzato.

> *"Le patologie che si presentano sono davvero diversificate tra loro, come ad esempio ipertensione, diabete, gastriti, HIV/AIDS, e altre ancora. Ovviamente sia le patologie in se sia quelle che interessano la sfera psichica della persona sono influenzate dal percorso migratorio e dalla situazione di partenza"; "Il fatto anche di stare qua, e di avere lasciato già la famiglia, oppure che ad esempio le persone che provengono dalla Siria e si trovano in Ticino fanno parte di una classe medio – alta e finiscono in Ticino a vivere in un centro della protezione civile o in un Hotel come spesso accade e quindi vi è una caduta dello status sociale, e neanche per colpa tua. Ii il lavoro che deve fare la persona migrante sul proprio status sociale e ruolo... è molto forte... c'è chi c'è la fa e chi non c'è la fa. E anche i determinanti della salute devono essere considerati anche a seconda del luogo dove la persona migrante si ritrova a vivere";* "*Se una persona arriva qua, e prima nel suo paese aveva un lavoro, manteneva la sua famiglia, quindi qui non capisce, non riesce a comunicare, si crea una crisi a livello dell'identità, perché prima ero qualcosa e adesso non sono niente, mi ritrovo catapultato in un'altra realtà. Però per questo tipo di cose, si hanno degli strumenti, la durata può essere limitata e poi si risolve o migliora. Non per forza questa situazione sfocia in una depressione".*
>
> - INTERVISTE 1, 4, 5.

Il contesto e la diversità situazionale ed esperienziale, così come le proprie capacità di resilienza e di coping, possono definire l'espressione del disturbo, così come la sua durata. Due intervistati su sei hanno espresso chiaramente la relazione tra mente e corpo, dove la patologia psicologica aumenta e influenza quella somatica.

> *"Anche la patologia psicologica aumenta e influenza quella somatica, così come l'ambiente circostante"; "Noi ci incontriamo con una sorta di somatizzazioni incredibili, ma questo secondo me è proprio legato al fatto che in alcune culture, laddove non c'e probabilmente la possibilità di espressione, di elaborazione dell'identità del profondo, è là che il corpo parla".*
>
> - INTERVISTE 1, 6.

I disturbi psichici emersi riconducibili a un processo migratorio sono stati principalmente la depressione, il disturbo post - traumatico da stress, forme di ansia patologiche, somatizzazioni, le dipendenze da sostanza.

> *"Le sindromi di maggiore riscontro sono la sindrome post-traumatica da stress, la sindrome da disadattamento, alterazioni del carattere dovute a sevizie, le somatizzazioni"; "Tanti somatizzano molto... oppure si credono "matti", perché in molti paesi tante patologie non esistono nell'immaginario collettivo, e vengono quindi definiti così...". "Depressioni, sindrome da stress post traumatica da stress, il disadattamento sociale, e ogni disturbo può variare di durata"; "L'area delle somatizzazioni, del conflitto interiore che si manifesta attraverso l'ansia, l'insonnia o la sindrome da disadattamento, la dipendenza, laddove comunque c'e una grande sofferenza".*
>
> - INTERVISTE 2, 5, 6.

Durante un'intervista è emersa la questione del fatto che in sé non vi sarebbero differenze a livello di struttura psichica tra persone migranti e persone autoctone, in quanto sarebbe il substrato culturale ad influenzare il disagio e la sua espressione, e non elementi biochimici e genetici.

> "*Osservo il ripetersi delle stesse dinamiche relazionali che ci sono nell'occidentale e questo fa parte della scuola di pensiero Freudiana. Al di là di quello che chiamiamo substrato culturale, tolto quello la struttura psichica si presenta identica".*
>
> - INTERVISTA 2.

5.5 Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale

Facendo riferimento ai contenuti teorici, in particolare alle teorie di infermieristica interculturale di Madeleine Leininger, per confrontarci con la questione dell'interculturalità negli ambiti di cura è stata istituita un'area definita formale, di studio e di esercizio professionale che pone il proprio interesse principalmente sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori, e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza agli esseri umani, al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente, utile e valida (Leininger, M. McFarland, M. 1995). L'impiego di queste buone pratiche per favorire questo tipo di assistenza è sostenuto dai ruoli che l'infermiere esercita nella cura della persona, così come le componenti che bisogna possedere per poter praticare una cura nel modo più giusto e significativo (Mortari, 2009). Attraverso le interviste sono emerse una pluralità di opinioni, caratterizzate da similitudini e allo stesso tempo divergenze. Innanzitutto in più interviste è stato identificato che non bisogna trattare le persone migranti in un modo per così dire diverso, ma garantendo il più possibile le parità di trattamento, l'equità delle cure e la loro individualità.

> *"Trattarli come tutti gli altri garantendo sempre la parità di trattamento, trattarli nella loro individualità"."Importante garantire la relazione col singolo paziente per evitare di culturizzare la presa a carico"; "Significa essere in grado di relazionarsi con persone di origine diversa tenendo conto della differenza culturale che entra in atto nella relazione e nella presa culturale, quindi essendo cosciente di tali differenze ma essendo in grado di garantire una relazione autentica con una persona presa nella sua singolarità, questo in generale";"Non faccio una differenza tra pazienti migranti, in quanto per me sono tutte persone migranti, quindi cerco di approcciarmi ad ognuno di loro in modo uguale. Prendo sempre in considerazione la cultura di ognuno, i suoi rituali, è un approccio d'insieme".*
>
> - INTERVISTE 4, 5.

La considerazione della multiculturalità delle persone migranti, pone un'importanza assoluta nel considerare la cultura di appartenenza, in quanto questa può influenzare molteplici aspetti della persona.

> *"Devi metterti nella condizione di comprendere una cultura diversa, comprendere un sintomo, un mal di pancia o un mal di testa, cela in se altri significati".*
>
> - INTERVISTA 1.

Una cultura non pienamente compresa può creare ostacoli per ambedue le parti, curanti e persone migranti, ma allo stesso tempo, se questa viene considerata può fornirci un valido sostegno nella cura.

> *"Imparare a conoscere gli usi e costumi di una cultura è importante perché possono aiutarti nella diagnosi". "è fondamentale avere una postura di apertura, un dimostrarsi aperto verso l'altro, le persone di devono poter fidare di te".*
>
> - INTERVISTA 1.

Le diversità culturali devono essere considerate e diventare punti di forza, spunti di riflessione, un valore aggiunto, e di essere comprese. Durante le interviste è più volte stata nominata la figura del mediatore culturale, così come il ruolo, avente lo stesso nome, che l'infermiere deve esercitare.

> *"Si diventa anche mediatori culturali"; "Abbiamo un mediatore culturale che fa da traduttore per le persone di etnia Eritrea e ci ha aiutati tante volte a capire il perché di determinate reazioni"; "La possibilità di costituire questi trialoghi, quindi comunque persone che intervengono nella presa a carico, ma che non solo intervengono traducendo la lingua del paziente, ma anche cercando di far capire al curante la cultura della persona con la quale si entra in contatto. Il mediatore culturale non e un esecutore, non e un interprete, ma e colui che fa da ponte rispetto alla cultura, alla lingua, al disagio e alla sua espressione con il curante".*
>
> - INTERVISTE 1, 3, 6.

In un'intervista in particolare sono emerse delle questioni che caratterizzano il ruolo del mediatore culturale.

> *"Bisogna valorizzare il contesto, la lingua della persona migrante e contemporaneamente il contesto e la lingua di qua, cercando di trovare un'integrazione basata sul rispetto reciproco. Nel concreto però bisogna avere conoscenze ad esempio di cosa significa migrazione, nozioni base del tipo che effetti può avere la migrazione sulla salute, capire cosa significa integrazione, interculturalità, promuovere buone pratiche interculturali all'interno delle strutture di cura".*
>
> - INTERVISTA 4.

Oltre alla cultura di appartenenza della persona migrante, non bisogna dimenticare di considerare egualmente anche la sua storia. Diversi intervistati hanno messo l'accento sulla narrazione, e di come questa sia utile per comprendere le storie di vita e di migrazione e ogni racconto è considerato autentico, in quanto non sappiamo fino a quale punto la propria storia è stata raccontata.

> *"Niente è scontato, e tutti possono raccontarti quello che vogliono, ma purtroppo non abbiamo una verifica assoluta, quindi tutti i racconti sono autentici. Proprio per questo noi lavoriamo molto con la narrativa, ognuno racconta la sua storia, ma io non so mai fino a dove mi raccontano veramente la verità"; "La narrazione della storia delle persone è una cosa importantissima nei concetti di presa a carico, per le persone che arrivano da una diversa cultura ancora di più, perché è solo attraverso gli approcci narrativi che noi riusciamo a comprendere meglio il punto di vista dell'altro".*
>
> - INTERVISTE 5, 6.

Inoltre, è stato citato anche l'approccio relazionale, come fondamentale per conoscere la persona.

> *"'L'approccio relazionale secondo me e fondamentale specialmente per conoscere la persona"; "Partiamo dalle competenze sociali, relazionali, ma dalle competenze di interesse e advocacy dell'altro, interesse a conoscere la storia* dell'altro".
>
> - INTERVISTE 3, 6.

Dalle interviste sono emerse capacità e attitudini da possedere per poter favorire un'assistenza interculturale. Ad esempio l'osservazione, l'interesse e la curiosità, l'autoconsapevolezza e la conoscenza di sé stessi, il possedere le attitudini che predispongono ad essere un buon curante, delicatezza nei gesti così come nelle parole.

> *"Qui ci vuole tantissima delicatezza perché non sai mai quello che veramente successo". "Se ti prendi il tempo per loro questo viene apprezzato, attenzione e ascolto"; "Ci deve essere la disponibilità dei curanti di essere curiosi"; "Bisogna avere questo sguardo di non mollare, non scoraggiarsi, essere propositivi e reinventarsi. In generale per me per lavorare in psichiatria bisogna avere questa elasticità mentale che ci permette di adattarci alle situazioni diverse, mi devo mettere in gioco e uscire dagli schemi". "È importante anche lavorare su se stessi ma anche la voglia di migliorare noi stessi. Se non siamo in grado di capire quali sono le nostre barriere, non potremmo essere in grado di fare questo lavoro. Autoconsapevolezza, coscienza, conoscenza di se stessi";"Interpretare un'espressione non verbale, fondamentalmente l'osservazione, il comportamento, la visione della paura dell'altro... riusciamo a capirlo anche attraverso il comportamento non verbale". "Interesse a conoscere la storia dell'altro, ma conoscere significa appassionarsi piuttosto che a far valere i diritti delle altre persone".*
>
> - INTERVISTE 2, 3, 4, 5,

In un'intervista è stato citato il tema della creatività, che la stessa Leininger citata nel quadro teorico, riteneva fondamentale per una cura culturalmente congruente.

> *"Inizio con il dire che serve tanta creatività, bisogna reinventarsi".*
>
> - INTERVISTA 1.

Infine, un altro dato emerso importante da considerare è l'assumere le proprie responsabilità di curante per garantire un'assistenza interculturale e dar voce al nostro ruolo.

> *"Rispetto al ruolo dell'infermiere, è importante assumerci le nostre competenze".*
>
> - INTERVISTA 6.

5.6 Criticità

Attraverso le interviste sono emerse delle questioni caratterizzate da una sorta di criticità. Agli intervistati non è stata posta una domanda specifica rispetto a quali possano essere le criticità che possono scaturire nella cura con i migranti, ma sono bensì questioni emerse da altre domande, che non sono state considerate nel background di questa ricerca. Innanzitutto in due interviste si è parlato della questione dell*'emergenza migranti,* di come questo sia un momento di transizione, ma che assolutamente non deve essere visto come un'emergenza più grande di quella che le cifre ci portano a crede. Nel background teorico sono stati esposti i numeri della migrazione che hanno caratterizzato la Svizzera e il Canton Ticino. Numeri considerevoli, che però riportano a una visione di *emergenza* molto percettiva, in quanto c'è una ripartizione equa di persone migranti tra tutti i Cantoni della Svizzera. I possibili fattori legati al contesto socio-politico ed istituzionale in cui si opera come professionisti può ostacolare il lavoro come favorirlo, e quindi influenzare la propria visione rispetto a questo tema.

> *"Non bisogna esagerare il concetto di emergenza, è un fattore di percezione, i numeri non sono così alti come crediamo, c'e una ripartizione equa in tutti i Cantoni"; "Adesso probabilmente siamo ancora nella fase dell'emergenza, dove c'e una crisi, rispetto alle condizioni politiche dei paesi del Medio Oriente, quindi si interviene sulla crisi e non tanto sul concetto che bisogna sviluppare delle competenze per la presa a carico. Ancora stiamo discutendo se e giusto o no che entrino, è sicuramente una fase di transizione".*
>
> - INTERVISTE 4, 6.

Un'altra criticità emersa è la questione della culturalizzazione della presa a carico, delle rappresentazioni che diventano stereotipi e pregiudizi e dello stigma psichiatrico, nello specifico quello attuato con le persone migranti. Secondo una persona intervistata, se etichettiamo la persona migrante con un disagio con gli si dà più la possibilità di riscattarsi qui.

> *"Il rischio e che se non c'e interesse, non c'e una corretta traduzione e dopo li agiscono delle rappresentazioni che diventano stereotipi e pregiudizi. È importante garantire la relazione col singolo paziente per evitare di culturalizzare la presa a carico, ad esempio non tutti le persone di etnia Eritrea sono animisti";"Anche perché se etichettiamo la persona migrante con un disagio non gli diamo più la possibilità di riscattarsi qui, di inclusione di riattivazione di quello che e proprio un percorso individuale, oltretutto perché noi abbiamo lo stigma psichiatrico, e lo abbiamo anche per i nostri pazienti autoctoni".*
>
> - INTERVISTE 4,6.

Anche a livello della presa a carico vi sono delle criticità. In particolare nell'orientamento della medicina che si sta specializzando sempre più. Questo non avviene solo per quanto riguarda le persone migranti, in quanto comprende tutta l'area delle cure. È una medaglia a due facce, perché da un lato c'è bisogno la specializzazione, ma dall'altro ci si allontana sempre più dalla persona.

> *"Oltretutto l'orientamento della medicina non ci sta facilitando, perché si tende ad andare sempre di più verso la specializzazione e non comunque verso una presa a carico olistica, quindi ci stiamo ultra specializzando nelle singole prese a carico, ma fondamentalmente più ci specializziamo tanto più ci allontaniamo dalla persona".*
>
> - INTERVISTA 6.

6. DISCUSSIONE

All'interno del quadro teorico di questo Lavoro di Bachelor sono stati approfonditi temi che includono i complessi sistemi situazionali, relazionali e personali che occorrono quando, in ambiti di cura, si entra in relazione con una persona migrante. Principalmente ho considerato le fasce di migranti più vulnerabili, caratterizzate da una componente di tipo umanitario. Nella teoria si presenta una traccia di cosa è principalmente la migrazione, degli elementi che la compongono e la causano. L'esperienza migratoria abita la storia dall'uomo da molto tempo, in quanto le popolazioni che hanno vissuto prima di noi sono state migranti a loro volta nel mondo per procurarsi cibo, sottrarsi alle calamità naturali, sopravvivere quando incombevano conflitti, invasioni o deportazioni. Che questa sia stata condizionata oppure volontaria, ha sempre contenuto l'idea che attraverso la migrazione si possa raggiungere una migliore condizione di vita e la prospettiva di un futuro migliore (Ambrosini, M., 2011).

Anche durante le interviste si è discusso il tema della migrazione, degli elementi e i mezzi che la compongono e quale fine rappresenta per la persona migrante. In particolare le riflessioni sul fatto che la gli effetti della migrazione sulla persona migrante possano essere determinati da molteplici elementi. Ad esempio il fatto che la migrazione sia condizionata oppure volontaria, così come il tipo di percorso intrapreso per raggiungere la destinazione prefissata, le caratteristiche personali e il ruolo della persona migrante. Queste persone appartengono a culture e contesti diversi, possono possedere credi e rappresentazioni basate su modelli che differiscono dai nostri, ma non per questo dobbiamo generalizzare sulla definizione di persona migrante, in quanto vi sono molte differenze tra i migranti stessi. Basti pensare alle diversità poste dalle rispettive definizioni quali gli immigrati per lavoro, dei lavoratori a contratto – stagionali, i ricongiungimenti familiari, ed infine i rifugiati, i richiedenti d'asilo e i sans-papier. Se si considerano la vita e la rispettiva storia di una persona, si noterà che molte sono caratterizzate da un'esperienza migratoria, e anche questo fatto è stato esposto più volte dagli intervistati. In una statistica svoltasi in Svizzera nel 2015 dal titolo "*Popolazione secondo lo statuto migratorio, cifre chiave sulla popolazione di 15 anni e più"*(Figura 6 – Allegato 1)*,* ha mostrato che rispetto alla popolazione residente il 35,9% erano le persone con un passato migratorio (Admin.ch, UST. 2015). Il 23,4% erano persone di nazionalità straniera, al secondo posto era occupato da persone di nazionalità svizzera, il 12,5% e il restante 11,1% comprendeva le persone di nazionalità svizzera ma naturalizzate (Admin.ch, UST. 2015). Questo ci fa riflettere che anche persone fuori da un contesto di migrazione condizionata e di tipo umanitario possono avere alle spalle una migrazione. Si può notare ad esempio che anche tra le persone intervistate, alcune di esse hanno intrapreso una forma di migrazione in passato.

Nella teoria sono stati esposti i numeri delle persone residenti in Canton Ticino (Figura 1), di queste 97'658 erano straniere, mentre la popolazione Svizzera contava 254'288 persone. Le persone straniere risiedenti in Canton Ticino erano principalmente in possesso di un permesso C – di domicilio 61,5%, oppure di B – di dimora 36,5%. Il restante 2,0% era composto da persone in possesso di un permesso F – di ammissione provvisoria 1,1%, oppure un permesso L – di dimora temporanea 0,7% e infine le persone richiedenti l'asilo, in possesso di un permesso N – 0,2%. In un'intervista in particolare sono state esposte due riflessioni che

rispecchiano molto questa statistica. Innanzitutto bisogna riflettere sul fatto che gli attori della migrazione fuori dal contesto d'asilo sono maggiori numericamente rispetto alle persone migranti richiedenti d'asilo in Svizzera e in Ticino. In seguito il discorso è ha posto l'attenzione sul concetto di *emergenza.* I numeri ci riportano a un interpretazione mediata dalla percezione, e a parer mio aggiungo anche il continuo apporto di informazione, e allo stesso tempo di disinformazione, di numeri riguardanti la migrazione in diversi contesti, che contribuiscono a una dispercezione del fenomeno che sta avvenendo. Le persone che stanno intraprendendo una migrazione condizionata, che li porta a spostarsi verso l'Europa, sono moltissime e le ultime statistiche parlano di cifre impressionanti. Ma la Segreteria di Stato afferma che nel Maggio 2017 sono state presentate 1451 domande d'asilo, un leggero aumento rispetto al mese di Aprile ma sicuramente un notevole calo del 23% rispetto alle richieste d'asilo rispetto dello stesso mese dell'anno precedente (Admin.ch, 2017). L'emergenza comunque rimane anche a livello Svizzero e Ticinese, perché maggiormente siamo confrontati con una realtà sempre più multiculturale, e per poter rispondere al meglio ai bisogni assistenziali di chi custodisce una cultura diversa dalla nostra e una storia di migrazione, bisogna agire prontamente. Come esposto nella teoria, non è la migrazione in sé quindi che farebbe ammalare ma se si considerano i determinanti della salute o il modello sociale di salute di Dahlgren e Whitehead (1991), questa diventa una condizione di rischio per la propria salute. Sarebbero quindi i fenomeni che si instaurano all'interno dell'esperienza migratoria connessi alle proprie caratteristiche personali che genererebbero un disturbo, in quanto, come visto nel quadro teorico, il tipo e la durata della migrazione, con i relativi soggiorni temporanei, le condizioni socioeconomiche, quelle legate al sesso e all'età, la composizione della rete sociale e la presenza di fattori di stress anteriori, contemporanei o posteriori all' esperienza migratoria, giocano un ruolo di assoluta importanza nei confronti della salute delle persone migranti (Weiss, 2003 in OFSP 2007, cit. In Canova, V. Mattei, G. 2012). I disturbi che si possono manifestare a seguito di un'esperienza migratoria condizionata e di tipo umanitario sono eterogenei tra loro, e si contraddistinguono in disturbi fisici, metabolici e fisici. Nella teoria sono stati esposti le tipologie dei disturbi maggiormente riscontrati nella popolazione migrante a livello svizzero, e anche nelle interviste i disturbi riscontrati sono stati i medesimi. In particolare, oltre a disturbi di tipo fisico e metabolico, sono stati esposti diversi disturbi di tipo psichico correlati alla migrazione, come il disturbo post-traumatico da stress, i disturbi di somatizzazione, la depressione e la sindrome da disadattamento, considerando ovviamente la moltitudine di segni e sintomi ad essi correlati.

Il disturbo per una persona può avere ovviamente cause, ma soprattutto significati diversi, in quanto può essere interpretato sulla base di diversi pensieri e credi ereditati dalla propria cultura. Oltre alla visione biomedica, vi sono teorie eziologiche di tipo spirituale, sovrannaturale o di tipo umorale (Murdock et. al., 1980. cit. in. Bressi, C. Invernizzi, G. 2008). Anche questa tematica è stata esposta da diversi intervistati, in quanto le rappresentazioni di salute e malattia sono influenzabili dalla propria cultura e dalla propria storia di vita. Inoltre, vi sono altre visioni che possono essere adottate per l'interpretazione dei disturbi, queste non sono necessariamente di tipo biomedico. Come personale curante dobbiamo quindi riconoscere e accogliere il pensiero e le rappresentazioni della persona migrante. Possiamo riconoscere e accogliere grazie alle buone pratiche di cura, ma per poter fare ciò bisogna anche fare affidamento alle teorie di una nuova branca della psichiatria, e cioè quella transculturale. Questo ambito della psichiatria si occupa di cogliere

l'influenza culturale della persona, farne tesoro per creare una sorta di *ponte* relazionale tra il personale curante e la persona migrante. La sua particolarità sta nel fatto che si tratti di una teoria con fondamenti metodologici, in quanto è basata sul coinvolgimento di diverse figure professionali appartenenti a contesti e culture differenti. I luoghi di cura sono un contesto privilegiato per poter fare ciò, in quanto sono luoghi in cui sono molte le occasioni che si presentano per potersi confrontare su idee e pratiche differenti, *passando attraverso (trans) e non sopra i modi di pensare e le loro manifestazioni culturali* (Ancora, A. 2010, cit. in. Ancora, A., Sbardello, A. 2010). Il tema della cultura è stato tematizzato molte volte all'interno delle interviste, manifestandosi in diversi ambiti, e in particolare rispetto all'influenza della cultura rispetto alle proprie credenze e rappresentazioni. Come personale curante non dobbiamo negare e imporci, ma bensì, come detto in precedenza, riconoscere e accogliere, passando attraverso, scoprendo e non posizionandoci al di sopra della persona migrante, perdendo di vista il suo contesto.

La complessità del sistema che contraddistingue il contesto di una persona migrante negli ambiti di cura, pone l'obbligo di esercitare un lavoro di rete, di coordinazione, dove gli infermieri si trovano a giocare un ruolo attivo, impersonificando ruoli sempre più diversificati e lontani dall'atto di pratica infermieristica vero e proprio. Oltre alla maggiore autonomia conferitaci col passare del tempo, alcuni intervistati hanno espresso che il fattore multiculturale all'interno degli ambiti di cura abbia portato a un mutamento di ruolo oltre che lo sviluppo di nuove categorie di ruolo. La pratica infermieristica e i fondamenti della cura sono parte integrante della figura dell'infermiere, poiché devono esprimere al paziente migrante l'autenticità attraverso la propria responsività, ricettività, prestando attenzione il più possibile sensibile e sentendo la cura, esponendo la nostra disponibilità cognitiva ed emotiva favorendo un approccio salutogenico, individuando e favorendo i fattori che influiscono positivamente sulla salute del paziente migrante, e concentrandosi sulla persona anziché il disturbo, senza risultare intrusivi e scomodi nella relazione con il paziente (Mortari, L. 2006). Le competenze tecniche sono fondamentali, e anche in un'intervista è stato ribadito il fatto che l'esperienza ti possa sostenere meglio laddove vi è una cura interculturale. I curanti devono essere riflessivi, in quanto adottare una cura pensosa ci permette di far fronte ai problemi che ostacolano la cura (Mortari, L. 2006). Leininger (1995) sosteneva che la settima componente dell'infermieristica interculturale fosse la creatività, capacità che ci permette di trovare soluzioni alle difficoltà che si presentano, e in un'intervista la creatività è stata considerata molto importante. Questa componente risulta utile laddove il curante si trova ad operare in un contesto di cura dove i continui mutamenti e riadattamenti situazionali, che pongono i curanti a trovare nuove soluzioni e applicazioni rispetto alle problematiche che si possono manifestare. La sfida che si pone ai curanti è quella di creare un nuovo saper fare, caratterizzato da multidisciplinareità e multiculturalità, dove la visione del paziente migrante sia focalizzata dall'alto e parallelamente, tenendo conto delle diversità culturali. Un saper fare che deve essere in grado di mediare rispettando e includendo differenze e particolarità (Coppo, P. 1996. cit. in. De Luca, D. 2017). I curanti devono sviluppare, diffondere e implementare gli interventi di cura e di sostegno che sono considerati culturalmente e linguisticamente appropriati, saper riconoscere e attivare le diverse possibilità e figure professionali, applicando un'approccio d'insieme basato sull'interdisciplinarità che potrebbero portare benefici e sostegno al paziente migrante (Procter, N. G., 2005). Le cure erogate devono essere considerate eque nei confronti del paziente, in quanto le disuguaglianze

della salute e individuali non devono porre una disparità di trattamento nell'erogazione delle cure. L'equità nelle cure considera le singole necessità, e in un contesto terapeutico con pazienti migranti, la diversità che li caratterizza deve essere attentamente considerata. L'infermiere si trova a svolgere un ruolo di continua mediazione tra le varie figure professionali integrate nel processo terapeutico, e non, riguardante il paziente migrante. L'integrazione di altre figure professionali ritenute esterne alla cura, ma che una volta coinvolte fanno parte della stessa, possono favorire un processo terapeutico. Come ad esempio la figura del mediatore culturale, citata più volte all'interno del quadro teorico, ma anche dagli intervistati. Alcuni hanno inteso questa figura come un ponte, altri come una sorta di trialogo tra persona migrante, personale curante e mediatore culturale. Gli intervistati hanno espresso che un trialogo è da preferire, e per quanto riguarda l'interpretariato, la figura dell'interprete è fondamentale in un contesto di presa a carico di una persona migrante. Gli intervistati hanno inteso il fattore linguistico come una difficoltà, per entrambe le figure coinvolte, nel comunicare in modo efficace. Inoltre si è discusso sul fatto che esprimersi nella propria lingua madre è sicuramente il miglior modo per esporre il proprio pensiero, lo stesso vale per il personale curante. Il linguaggio clinico inoltre è molto complesso e alcune parole potrebbero anche non essere traducibili. Nella letteratura, in particolare in un testo dal nome *L'interprete in psicoterapia transculturale,* è stato esposta la potenziale difficoltà che si presenta negli ambiti di cura nell'inserire una persona terza, ad esempio un interprete. Le diversità antropologiche, epistemologiche o linguistiche possono allontanare la persona paziente dal clinico, in quanto compare un'apprensione derivante dal sentore che le parole del paziente sfuggano al curante che siano accessibili solo alla persona che conosce la sua lingua. Questo fattore può ostacolare i cambiamenti, ma allo stesso tempo può agevolare l'attuazione di buone pratiche di trialogo tra personale curante – persona migrante – figura terza se le figure che rappresentano l'interpretariato siano adeguatamente coinvolte e preparate (Abdelhak, M. A., Moro, M. R. Cit. in. Moro, M. R., De La Noe et al., 2009).

Gli infermieri devono essere in grado di rispondere ai bisogni comunicativi della persona migrante, integrando una figura mediatrice culturale o di interpretariato. In alcune interviste è emerso di come la narrazione nel campo della psichiatria sia uno strumento da favorire, in quanto aiuta ad esprimere al meglio la persona. Quando la narrazione avviene in una lingua diversa dalla nostra, abbiamo bisogno di comprenderla e allo stesso tempo la persona migrante deve sentirsi capita. La narrazione serve ai curanti per capire la storia del paziente, ma allo stesso tempo è terapeutico per quest'ultima (Mittino, F. 2013), in quanto narrare gli episodi vissuti implica un'organizzazione e una trasformazione del pensiero, e conduce una riflessione che la persona ha di sé e degli eventi accaduti. Dando significato agli eventi della propria vita, si ha la possibilità di ricostruire il passato e sondare il futuro. Si può avere una visione d'insieme e da più angolature, e comunicare questa visione agli altri. La narrazione è da stimolare in un contesto di cura e permette di attribuire significato (Smorti, 2007 cit. in. Mittino, F. 2013). In un'intervista è emerso di come oggi l'orientamento della medicina ci rende difficile una visione d'insieme di tipo olistica nei confronti del paziente, in quanto la medicina stessa si sta sempre più specializzando nelle singole prese a carico. Per cercare di comprendere la persona migrante nella sua complessità e autenticità non possiamo affidarci solo al contesto ospedaliero – di cura, ma è necessario poterlo

considerare nel suo insieme, nel suo mondo, nella sua vita quotidiana, nella sua casa e i suoi familiari e o amici, nei suoi momenti di crisi (Ancora, A. 2010, cit. in. Ancora, A., Bardella, A. 2010). In un'intervista è emerso di come la persona migrante spesso è più un individuo sociale rispetto a noi che siamo maggiormente persone con caratteristiche individualiste. La riflessione si basava sul fatto che spesso il disturbo viene vissuto dalle persone non autoctone in un contesto sociale, dove la famiglia e la rete sociale giocano un ruolo importante. Ritrovandosi in un contesto diverso, così come gli usi e costumi, e magari senza alcun parente o amico, il paziente migrante si troverebbe confrontato con una realtà molto meno collettiva. La collettività, così come il sostegno, giocano un ruolo fondamentale, considerare quindi anche il contesto di vita al di fuori del contesto di cura, così come considerare la rete a disposizione è di vitale importanza. Bisogna capire chi gioca quale ruolo all'interno della vita della persona migrante, e poterlo integrare al meglio per buone pratiche di cura.

La sfera contestuale che ruota attorno alla persona migrante è molto complessa in quanto, riferendoci alla categoria presa in considerazione, è spesso caratterizzata da precarietà, differenze culturali e linguistiche, diversificazione nella presa a carico da parte di enti e istituzioni, così come le persone che vi lavorano. Inoltre dobbiamo prendere atto del funzionamento e dei relativi permessi conferibili alle persone migranti in quanto possono informarci rispetto alla permanenza della persona migrante sul suolo di nostra competenza, in modo da poter comprendere meglio il contesto e pianificare gli interventi e gli obiettivi cura. In alcune interviste è stato espresso che spesso la complessità della regolamentazione dei permessi e dei relativi soggiorni, possono destare problema quando si verifica un rimpatrio imminente o inaspettato, oppure dove vi sono persone che sono in attesa di un permesso di soggiorno. Queste situazioni sono caratterizzate da una forte incertezza rispetto al proprio futuro, poiché non si possono prevedere con certezza gli esiti che vi saranno, definiti dalle selettive disposizioni di selezione. Inoltre, il processo di regolamentazione dei rispettivi permessi, impone alla persona migrante in possesso di un permesso temporaneo, di esporre in modo continuo e preciso i fatti che lo hanno portato alle nostre latitudini. Questo fattore può infondere ulteriori paure e incertezze, che influiscono sulla persona e sulla sua salute. Inoltre, l'evento traumatico può aver attivato diversi meccanismi di difesa, che possono rendere il ricordo frammentato o ricostruito (Procter, G. N., 2005).

All'interno di questo Lavoro di Bachelor, sono emerse componenti che potrebbero destare problema durante la pratica della cura con persone migranti. Le difficoltà e le possibili barriere che si possono manifestare sono duali, poiché provengono dai curanti e dai pazienti stessi. L'incontro tra persone pone il confrontarsi con l'alterità e la sua diversità, che devono essere riconosciute dai curanti ed equamente trattate. In un contesto di cura interculturale, le differenze e le possibili barriere potrebbero essere maggiori e molto eterogenee tra loro, poiché ogni persona ha una propria prospettiva e un proprio sguardo, ognuno si confronta con l'alterità sostenendo i propri valori, interessi e principi che lo caratterizzano, e che spesso sono ritenuti diversi da quelli dell'altro. Tutto questo può causare delle difficoltà, vi è quindi la necessità di avvalersi di modalità di incontro basate sul rispetto e il riconoscimento reciproco (Sclavi, M. 2017). Ho deciso quindi di affidarmi al parere dei professionisti della salute che sono andata ad intervistare, che hanno espresso opinioni che si accomunavano mentre altre che differivano tra loro. In generale hanno espresso che le difficoltà maggiori fossero legate alla comunicazione e al

fattore linguistico. Una componente che però può essere affrontata nel migliore dei modi integrando figure mediatrici o di interpretariato, andando così a creare un trialogo. Inoltre, sono state espresse problematiche legate alla propria cultura di appartenenza, così come le proprie rappresentazioni. Un fattore di diversità che obbliga i curanti a favorire l'integrazione delle teorie interculturali citate in questo lavoro, in quanto vi sono due mondi posti a confronto, che devono essere considerati, favoriti, e integrati fra loro. La complessità dei sistemi che si manifestano con i relativi ruoli, rendono difficoltosa, da parte del paziente migrante ma alle volte anche dai curanti, la definizione dei ruoli di appartenenza esercitati, che questi operino in un conteso di cura o al suo esterno.

7. CONCLUSIONI

Facendo riferimento alla ricerca svolta, in quest'ultimo capitolo vorrei riflettere sulla domanda di tesi che vi è alla base di questo Lavoro di Bachelor. Essenzialmente, ho cercato di definire alcuni temi che potevano convergere in un contesto di cura con una persona migrante. Mi rendo conto della complessità del sistema che si pone in queste circostanze, e ho preso coscienza del fatto che altri argomenti e considerazioni potrebbero entrare nel merito di questo argomento. In ogni caso, le informazioni e riferimenti teorici che fanno parte del background teorico e in seguito l'interrogare i professionisti della salute che operano, o che hanno avuto un ruolo, in contesti di cura e di accoglienza di persone migranti, mi hanno permesso di raggiungere in modo molto ravvicinato gli obiettivi che mi ero preposta con questo Lavoro di Bachelor. Grazie alla ricerca e al confronto con i professionisti della salute che operano in contesti con persone in condizione di espatrio, ho potuto riflettere a proposito delle attitudini che gli infermieri nello specifico devono sviluppare per permettere una buona assistenza interculturale e proporre diversi spunti di approfondimento.

Il ruolo infermieristico è mutato nel tempo, così come i contesti di cura, nuove pratiche infermieristiche si sono aggiunte via via insieme con l'evoluzione delle buone pratiche di cura date dall'importanza e dalla centralità del paziente che negli anni è stata sempre piú considerata. Questo ha permesso agli infermieri di mutare le loro funzioni, e di praticarne altre anche non propriamente legate alla rappresentazione classica della pratica infermieristica. La componente interculturale presente nei luoghi di cura ha fatto si che la realtà infermieristica venisse messa a confronto con una casistica di persone aventi delle caratteristiche sociali, culturali, relazionali, personali ed esperienziali eterogenee rispetto ai tratti presenti nel nostro contesto. Questi mutamenti hanno inoltre portato ad una maggiore collaborazione con diverse figure professionali che spaziano dagli ambiti di cura, a quelli sociali e quelli politici. Quando il personale curante si trova confrontato con una realtà con le caratteristiche sovra citate, ecco che dovrà avvalersi delle buone pratiche infermieristiche, ad esempio quelle di Luigina Mortari (2009) esposte nella teoria. I curanti intervengono principalmente dove si pratica una cura che preserva la vita quando questa viene minacciata, che interviene per ripararla quando si creano fessure di sofferenza, e infine che si occupa si far fiorire offrendo all'altro esperienze in cui poter vivere (Mortari, L. 2006). Una persona caratterizzata da

un'esperienza migratoria condizionata, e che presenta dei disturbi della sfera psichica correlati ad essa, potrebbe trovarsi in qualunque punto dei momenti esplicitati da Mortari. Il quadro clinico e sintomatico potrebbe essere molto eterogeneo, anche se abbiamo visto che i disturbi della sfera psichica maggiormente riscontrati a seguito di un'esperienza migratoria condizionata sono maggiormente il disturbo post – traumatico da stress, le depressioni, le somatizzazioni con la loro sintomatologia, le forme di disadattamento, i disturbi di personalità e le dipendenze. Ricollegandomi al primo disturbo, il termine ne definisce già la causa, in questo caso si tratta di un evento stressogeno. Nel quadro teorico è esposta una riflessione rispetto a che cosa sia lo stress, e di quali capacità e caratteristiche influiscono sulla sua conseguente manifestazione, la migrazione è di fatto un evento stressogeno.

La persona migrante inoltre si trova identificata in modo poco chiaro tra due realtà: quella di emigrante e quello di immigrante. Citando nuovamente Abdelmalek Sayad, nel suo esposto definito di “doppia assenza”, ritiene che il migrante viva una condizione di esclusione sia dal luogo di provenienza sia dal luogo di accoglienza (Sayad, A. 2002). Spesso il passato, il proprio origine non può più accoglierli, e queste persone non riescono più ad identificarsi nella loro identità d'appartenenza, così come non riescono ad identificarsi nella società in cui si trovano attualmente, e questo può compromettere l'identità di una persona rischiando di sfociare in forme di disadattamento. Giorno dopo giorno, durante la migrazione, l'identità della persona può venir respinta, negata perché non riconosciuta, e questo si esprime in sofferenze identitarie che si instaurano in una psicopatologia del quotidiano (Moro, M. R., cit. in. Moro, M. R., De La Noe, Q., et. al. 2009). È di fondamentale importanza preservare l'unicità, l'autenticità e l'identità stessa del paziente. Durante le interviste è emerso di come semplicemente chiamando una persona migrante con il proprio nome, questa si senta considerata e riconosciuta. Un piccolo gesto considerato di grande valore. Una delle competenze degli infermieri SUP è quella di ruolo di promotore della salute (SUPSI, 2011), questo significa che in qualunque momento della pratica di cura, dobbiamo operare con un ottica salutogenica che favorisca l'individuazione dei fattori protettivi e che favoriscono la salute della persona migrante. Luigina Mortari (2009) definiva indispensabile la ricettività nei confronti del paziente, in quanto essa ci permette far posto all'altro, accogliendo i suoi pensieri e i suoi sentimenti. Grazie anche alla responsività, il personale curante è in grado di rispondere in modo adeguato agli appelli del paziente. Durante le interviste è emerso come alle volte gli appelli di aiuto e sostegno che esprimono le persone migranti non sono necessariamente direttamente verbali. Questo comporta un'interpretazione da parte del personale curante dei comportamenti, del non verbale del paziente e della sua sintomatologia. Il fatto che alcune persone migranti non si permettano di chiedere al personale curante determinate cose che per noi sono la normalità, potrebbe essere dettato da molteplici fattori. Inizialmente l'ipotesi di questo perché è ricaduta sul fatto che queste persone siano abituate ad un altro contesto di cura, dove il paziente non ha gli stessi diritti e considerazioni che vengono attuate in Svizzera. Anche la complessità del sistema sanitario e del sistema che contraddistingue la realtà di una persona migrante, può destare confusione e causare un non riconoscimento dei ruoli, che può portare a una limitata espressione della persona migrante nei confronti del personale curante. Anche le emozioni possono interferire con l'espressione, in quanto come discusso nelle interviste, la paura può essere intrusiva e condurre a una comunicazione difficoltosa. Come curanti dobbiamo essere in grado di interpretare ad esempio

delle richieste che non rispecchiano la reale necessità, i comportamenti attuati, oppure le manifestazioni che occorrono, ed agire prontamente e integrando nella cura anche altre figure professionali che ci permettono di fare ciò. Può verificarsi che un sintomo, come un mal di pancia, un mal di testa, l'insonnia e via dicendo, possa essere ricondotto a un processo di somatizzazione, che non sempre il paziente riconosce. Bisogna adottare una cura pensosa, che ci faccia riflettere e ragionare insieme al paziente rispetto a quali potrebbero essere le cause che si trovano a valle della manifestazione. Il disturbo può essere ricondotto si a una somatizzazione del disagio provato, ma anche a una patologia metabolica. Il fatto che una persona migrante in una situazione di malattia e disagio non riesca a ricondurre un sintomo ad una determinata condizione potrebbe essere dettato dalle proprie rappresentazioni di salute e malattia. Nel quadro teorico e nella discussione è stato appurato che oltre alla visione biomedica vi sono altre concezioni di intendere questi aspetti. Inoltre si è anche discusso dell'importanza della psichiatria transculturale, che in un contesto di rappresentazioni dettate dalla cultura, tale branca della psichiatria sia fondamentale in quanto bisogna applicare una visione d'insieme delle rappresentazioni culturali del paziente e del curante. Questa unione rappresenta la base dell'alleanza da dove nasce il processo di cura (Mestre, C. cit. in. Moro, M. R., De La Noe, Q. et. al. 2009).

Tutte le determinanti citate nella discussione e in seguito nella conclusione stessa di questo Lavoro di Bachelor, interagiscono tra loro, con la persona migrante e l'équipe curante in un modo complesso. Si è visto di come il contesto terapeutico con una casistica di persona migranti che riportano dei disturbi della sfera psichica comporti la considerazione di molteplici aspetti e l'integrazione di più elementi volti al sostegno del paziente. Grazie alle buone pratiche di cura e all'unione di esse con le pratiche infermieristiche transculturali nate dai lavori di Madeleine Leininger (1995) e che oggi ci portano a lavorare in un ottica di equità delle cure, nonché all'integrazione degli aspetti della psichiatria transculturale, gli infermieri saranno più abili nel fornire una buona pratica infermieristica interculturale. Questo contesto sarà una continua evoluzione, e una presa di coscienza rispetto ai temi interculturali e di migrazione, permetterà ai curanti di operare basandosi su competenze e attitudini aventi lo scopo di fornire una buona assistenza interculturale senza viverla come “un’emergenza” o una condizione eccezionale ma un modo di fornire cure eque a tutti i pazienti, anche ai più vulnerabili.

8. RINGRAZIAMENTI

Semplicemente vorrei ringraziare chi mi ha accompagnata in tutto questo percorso, e inizio con il ringraziare Letizia Meier, che è stata essenziale nell'elaborare l'idea di questo Lavoro di Bachelor. Laura Bertini, la mia direttrice di tesi, che mi ha sempre appoggiata e consigliata al meglio, sapendomi fornire dati ed informazioni fondamentali per la mia ricerca. Tutte le persone intervistate, che per ovvi motivi non posso citare per nome, le ringrazio infinitamente per i loro contributi, in quanto sono una componente importantissima di questa ricerca. Gli amici e la mia famiglia che mi hanno sempre sostenuta, così come i colleghi dell'SPS di Mendrisio, che ogni giorno mi danno l'opportunità di *toccare con mano* la realtà di pazienti aventi alle spalle un'esperienza migratoria. Spero che questo Lavoro di Bachelor possa donare ad altri la positività che ha portato a me durante tutto il percorso.

9. BIBLIOGRAFIA

9.1 LETTERATURA DI TESTO

Althaus, F. Paroz, S. Renteria, S. C. et. al. *La santé des étrangers en Suisse Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire?* - Forum Med Suisse, 2010.

Ambrosini, M. *Sociologia delle migrazioni.* Seconda edizione, Il Mulino 2011.

Ancora, A., Sbardello, A. *L'approccio transculturale nei servizi psichiatrici.* Franco Angeli Editore, 2010.

Antologia – Disagio psicosociale, Anno Accademico 2014 – 2015. *Resilienza individuale e resilienza familiare.* Zanobini, M. SUPSI – DEASS

Artioli, G. e Copelli, P. 2005. *Assessement infermieristico: approccio orientato alla persona*. *Capitolo 14: stress, coping, adattamento e qualità di vita.* Milano, Poletto Editore

Bambra, C. Gibson, M. Snowden, A. et. al. *Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews.* - Journal Of Epidemiology and Community Health, April 2010.

Beneduce, R. *Breve dizionario di etnopsichiatria.* Carocci editore, Le Bussole. Marzo 2008

Beneduce, R. *Politiche dell'etnopsichiatria e politiche della cultura.* Seminario di Bucine – Arezzo. 28 Luglio 2000.

Bertini, L., Solcà, P. & Massardi, E. *Il "tempo" nella cura – necessità e limiti.* 2017 Medical Humanities, 2017.

Bertini, M. *Psicologia e salute.* La Nuova Italia Scientifica, Roma 1988.

Bordogna – Tognetti, M. 2008. *Disuguaglianze di salute e migrazione.* Franco Angeli Editore.

Bressi, C. Invernizzi, G. *Psichiatria clinica – applicazioni in medicina generale.* Edizioni McGraw – Hill, 2008.

Canova, V. Mattei, G. *Promozione della salute e prevenzione adattati alla popolazione migrante – Analisi dei bisogni dei programmi e dei progetti di salute pubblica nel Cantone Ticino*. Bellinzona, Revisione 2012.

Competenze finali per le professioni sanitarie SUP – Versione III 9 Maggio 2011. SUPSI – DEASS.

Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i, revisione 2012. *Il codice*

deontologico degli infermieri del consiglio internazionale degli infermieri.
Cozzi, D. Nigris, D*. Gesti di cura – elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing.* Colibrí 2003.

De Luca, D. *Migrazioni e salute, etnopsichiatria e svolta etnopedagogica.* 2017.

Schöni-Affölter, F. *Mieux protéger les personnes issues de la migration. 2017.* SWISS AID NEWS – SAN: medicine, société, droit. Javurek, B., et. al. Aprile 2017.

Leininger, M.M., & McFarland, M. 1995. *Trancultural Nursing. Concepts, theories, researche and practice.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill. Trad. it. Leininger, M.M., & McFarland, M. (2004). Infermieristica transculturale. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Lindström, B. Eriksson, M. *Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development.* - Health Promotion International, May 2006.

Manara, D. F. *Infermieristica interculturale.* Carocci – Faber 2004.

Mittino, F. *La dimensione narrativa della mente: implicazioni nel lavoro terapeutico. In psichiatria e psicoterapia.* Psicoterapia Narrativa: trame, trasformazione, cambiamento", 2013. Volume 32.

Moro, M. R., De La Noe, Q. Et al. *Manuale di psichiatria transculturale.* 2009.

Mortari, L. 2006. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori

Mortari, L. 2009. *Aver cura di sé.* Milano: Bruno Mondadori.

Murray, R. M. Kendler, K. S. et. al. 2011. *Fondamenti di psichiatria.* Edizioni Medico Scientifiche – Torino.

Paillard – Durieux, S., Clicnh – Withacker, B. et. al. August 2006. *Screening for Major Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Asylum Seekers: Adapting a Standardized Instrument to the Social and Cultural Context.* The Canadian Journal of Psychiatry—Original Research, Vol 51. No 9.

Pfortmueller, C. Stotz, M. Lindner, G. et. al. 2013. *Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: a first overview.* - PLoS One, 2013

Procter, N. G. 2005. *Emergency mental health nursing for self-harming refugees and asylum seekers.* International journal of mental health nursing, 2005.

Repubblica e cantone Ticino, Dipartimento delle Finanze e dell'Economia, Divisione delle Risorse. *Annuario Statistico Ticinese 2017.* Giubiasco 2017.

Sayad, A,. *La doppia assenza - Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Raffaello Cortina, Milano. 2002.
Segreteria di Stato della Migrazione – SEM, *Rapporto sulla Migrazione 2016.*

Simonelli, Ilaria., & Simonelli Fabrizio. 2010. *Atlante concettuale della salutogenesi:*

modelli e teorie di riferimento per generare salute. Milano, Franco Angeli Editore
Testa – Mader, A. Clerici, N. Degrate, A. *La population étrangère au Tessin: malaise psychique et utilisation des services psychiatriques publics.*
Les migrations et la Suisse, Wicker, H. N. Fibbi, R. Haug, W. E. Seismo, 2003.
UFSP – Ufficio federale della sanità pubblica. Migrazione e salute: sintesi della strategia federale fase II (2008-2013). Berna, 2008.

Vertovec, S., 2007. *Super diversity and its implications, Ethnic and racial studies 30:6.*

Vanistendael, S. e Lecompte, J. 2000. *Le bonheur est tojours possible.* Bayard, Paris.

Vertovec, S. 2007. *Super-diversity and its implications.* Ethnic and racial studies, Vol. 30, Nr 6.

9.2 SITOGRAFIA

Admin.ch. *Archivio Federale Svizzero – Svizzera: paese di immigrati. 2016*
https://www.bar.admin.ch/bar/it/home/ricerca/ricerca/temi/auf-den-spuren-von-aus-und-einwanderern/einwandererland-schweiz.html#886760793
Ultima cons. 13.07.2017

Admin.ch. *Convenzione sullo statuto dei rifugiati.*
https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19510156/index.html
Ultima cons. 19.04.2017

Admin.ch *Popolazione secondo lo statuto migratorio, cifre chiave sulla popolazione di 15 anni e piú.*
https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/popolazione/migrazione_integrazione/secondo-statuto-migratorio.html
Ultima cons. 15.06.2017

Admin.ch *Procedura d'asilo.*
https://www.ekm.admin.ch/ekm/it/home/flucht---asyl/verfahren.html
Ultima cons. 20.05.2017

Admin.ch. *Statistica sull'asilo 2017.*
https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/aktuell/news/2017/2017-03-14.html
Ultima cons. 19.04.2017

Admin.ch. *Statistica sull'asilo Maggio 2017.*
https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/aktuell/news/2017/2017-06-12.html
Ultima cons. 17.06.2017

Admin.ch. *Velocizzazione delle procedure d'asilo.*
https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/asyl/beschleunigung.html
Ultima cons. 25.05.2017

Aforismario.it. *Zygmunt Bauman.*
http://www.aforismario.it/frasi/zygmunt-bauman.htm
Ultima cons. 19.04.2017

Aforisticamente.com. *Citazioni sulla cura*
http://aforisticamente.com/2015/11/13/frasi-citazioni-e-aforismi-su-cura-e-curare/
Ultima cons. 20.04.2017

Aforisticamente.com. *Citazioni sulla salute.*
http://aforisticamente.com/2014/10/12/frasi-citazioni-e-aforismi-sulla-salute-e-benessere/
Ultima cons. 18.04.2017

Aforisticamente.com. *Citazioni sullo stress.*
http://aforisticamente.com/2014/09/12/frasi-citazioni-pensieri-e-aforismi-su-stress/
Ultima cons. 18.04.2017

Aforisticamente.com. *Frasi e citazioni sul trauma.*
http://aforisticamente.com/2017/01/26/frasi-citazioni-aforismi-sul-trauma/
Ultima cons. 20.04.2017

Ascolto attivo.net – Perché - Le 7 regole. Sclavi, Marianella. 2017.
http://www.ascoltoattivo.net/le-7-regole/
Ultima cons 17.07.2017

Dipartimento delle Istituzioni. 4.ti.ch. *Tipi di permessi in Svizzera.*
http://www4.ti.ch/di/spop/stranieri/permesso-di-dimora-b/permessobci/
Ultima cons. 12.04.2017

Grovehall magazine, magazine di sociologia applicata. *La disuguaglianza fa male alla salute – i determinanti sociali.* D. Bolla.
http://www.groovehall.com/l/la-disuguaglianza-fa-male-alla-salute-i-determinanti-sociali-949
Ultima cons. 17.04.2017

Ilmondodentro.net – *Olismo.*
http://www.ilmondodentro.net/citazioni-e-aforismi/
Ultima cons. 20.04.2017

L'identità del migrante: su la “doppia assenza” di Abdelamek Sayad. A cura di Sonia Marzullo.
https://quattrocentoquattro.com/2012/02/05/lidentita-del-migrante-su-la-doppia-assenza-di-abdelmalek-sayad/
Ultima cons. 20.05.2017

Minoristranierinonaccompagnati.blogspot.ch. *Le piú belle frasi, citazioni e aforismi sulle migrazioni.*
http://minoristranierinonaccompagnati.blogspot.ch/2015/07/le-piu-belle-frasi-citazioni-e-aforismi.html
Ultima cons. 20.04.2017

Modello del Sole Nascente – Madeleine Leininger.
http://oldsite.medicina.unifg.it/Emiliani_Inf/modelli%20concettuali/Leininger/MODELLO-DEL-SOLE-NASCENTE.doc
Ultima cons. 06.06.2017

OMS – WHO: *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.* Uptaded Reprint 2014.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
Ultima cons. 18.04.2017

Quint-essenz.ch – promozione della salute. *Salutogenesis.*
https://www.quint-essenz.ch/it/topics/1249
Ultima cons. 18.04.2017

Sans papiers – tu hai dei diritti!
http://www.migesplus.ch/it/pubblicazioni/accesso-alle-cure/show/sans-papiers-tu-hai-dei-diritti/
Ultima cons. 13.07.2017

Savar – rivista del nursing in movimento. *Le dimensioni culturali della professione infermieristica.*
http://www.nelmovimento.altervista.org/savar/archiviosavar/05-3savar/dimensioni%20culturali.htm
Ultima cons. 22.04.2017

Silvano Colugato – Introduzione alla sociologia.
http://www.webalice.it/silvanocolugnati/Scienze%20Sociali_files/INTRODUZIONE%20SOCIOLOGIA.pdf
Ultima cons. 17.07.2017

SPVS – Servizio di promozione e valutazione sanitaria del Cantone Ticino. *Determinanti della salute.*
http://www4.ti.ch/dss/dsp/upvs/settori-di-attivita/determinanti-della-salute/
Ultima cons. 18.04.2017

Wikipedia.org. *Convenzione di Dublino.*
https://it.wikipedia.org/wiki/Convenzione_di_Dublino
Ultima cons. 19.04.2017

9.3 ICONOGRAFIA

Figura 1:
tratta dall'Annuario Statistico Ticinese 2017. Repubblica e cantone Ticino, Dipartimento delle Finanze e dell'Economia, Divisione delle Risorse.

Figura 2:
tratta da Althaus, F. Paroz, S. Renteria, S. C. et. al. *La santé des étrangers en Suisse Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire?* 2010.

Figura 3:
tratta da: Pfortmueller, C. Stotz, M. Lindner, G. et. al. 2013. *Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: a first overview.*

Figura 4:
tratta da C. Bambra, M. Gibson, A. Snowden. et. al. Apr. 2010. "*Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews".*

Figura 5:
tratta da Pfortmueller, C. Stotz, M. Lindner, G. et. al. 2013. *Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: a first overview.*

Figura 6:
tratta da: Admin.ch. P*opolazione secondo lo statuto migratorio, cifre chiave sulla popolazione di 15 anni e più. 2015*
https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/popolazione/migrazione-integrazione/secondo-statuto-migratorio.html

10. ALLEGATI

10.1 ALLEGATO 1 – TABELLE E GRAFICI

10.1.1 Figura 2 - La santé des étrangers en Suisse.

Dépistage, prévention et vaccination
– Les migrants se soumettent moins que les Suisses à des examens de dépistage, notamment des cancers (utérus, sein, prostate).
– Les femmes migrantes reçoivent moins de conseils que les Suissesses sur l'autopalpation des seins.
– Les tamouls et les patients originaires de Turquie et d'ex-Yougoslavie font moins de tests de dépistage pour le VIH que les Suisses.
– La population adulte migrante est moins bien vaccinée que la population suisse mais les enfants de migrants ont une meilleure couverture vaccinale que les Suisses.
– Les enfants de migrants souffrent nettement plus souvent de caries du biberon que les enfants suisses.
Maladie infectieuses
– Les étrangers souffrent plus que les Suisses de maladies infectieuses (hépatites, infections sexuellement transmissibles, paludisme, infections parasitaires, tuberculose et VIH/SIDA).
– Les migrants meurent plus de causes infectieuses que les Suisses mais moins de maladies cardiovasculaires.
– Les patients d'origine subsaharienne sont plus souvent porteurs du VIH que les Suisses.
– Les parents suisses se présentant dans un service d'urgence pédiatrique pour un problème infectieux ont nettement plus souvent mesuré la température de leur enfant que les parents étrangers.
Problématiques psychosomatiques
– Les étrangers présentent plus de douleurs dorsales, de dépression et de crises émotionnelles au moment de la retraite que les Suisses.
Grossesse et interruption de grossesse
– Les femmes migrantes ont un taux de mortalité plus élevé que les Suissesses durant la grossesse et l'accouchement.
– Le taux de grossesse est nettement plus important chez les femmes de moins de 20 ans originaires de Turquie, de Serbie et Monténégro, d'Afrique et d'Amérique latine que chez les Suissesses de la même tranche d'âge.
– Les femmes migrantes ont trois fois plus recours à l'interruption de grossesse que les Suissesses et elles prennent moins souvent la pilule.
– Les femmes originaires de Somalie, Erythrée et Ethiopie font partie du groupe à haut risque de mutilations génitales féminines (femmes excisées ou fillettes menacées de l'être).
Oncologie
– La mortalité due au cancer de l'estomac est plus élevée de 50% chez les migrants.
– Les personnes originaires d'Asie du Sud-Est souffrent plus souvent de cancer oropharyngés que les Suisses.

Figura 2 tratta da Althaus, F. Paroz, S. Renteria, S. C. et. al. *La santé des etrangers en Suisse Les medecins ont-ils mieux a faire ou peuvent-ils mieux faire?* 2010

10.1.2 Figura 3 - Lista delle patologie riscontrate all'interno del gruppo di persone migranti:

Myocardial Infarction
Heart Failure
Peripheral Vascular Disease
Cerebrovascular Disease
Dementia
COPD
Connective Tissue Disease
Peptic Ulcer Disease
Diabetes Mellitus
Moderate to Severe Chronic Kidney Disease
Malignant Tumor (solid or non-solid)
Liver Disease
Psychiatric Disease (any type)
Osteoporosis
Hypertension
Dyslipidemia
Asthma
Chronic Infectious Disease

Figura tratta da: *Multimorbidity in Adult Asylum Seekers: a first overview.* Pfortmueller, M., Lindner, G. et. al. 2013.

10.1.3 Figura 6 - Popolazione secondo lo statuto migratorio – Cifre chiave sulla popolazione di 15 anni e piú.

	In migliaia	In %
Totale	**6996**	**100.0**
› Popolazione senza passato migratorio	**4417**	**63.1**
⌄ Popolazione con un passato migratorio	**2514**	**35.9**
Persone di nazionalità svizzera	874	12.5
di cui persone naturalizzate	776	11.1
Persone di nazionalità straniera	1640	23.4
› 1a generazione	**2025**	**28.9**
› 2a generazione	**489**	**7.0**
Persone di cui mancano alcuni dati	**64**	**0.9**

Figura tratta da: Admin.ch – Popolazione secondo lo statuto migratorio – Cifre chiave sulla popolazione di 15 anni e piú, 2015.

10.2 ALLEGATO 2: Consenso informato per le interviste

Sono una studentessa del corso di Bachelor in Cure Infermieristiche della SUPSI - DEASS. Per l'elaborazione del mio Lavoro di Bachelor avrei bisogno della sua gentile collaborazione per svolgere un'intervista relativa al tema dell'assistenza infermieristica a persone migranti arrivate in Ticino e che presentano disturbi della sfera psichica.
I dati raccolti durante l'intervista saranno trattati e conservati in forma anonima e saranno utilizzati unicamente per arricchire il lavoro di tesi. Prima della pubblicazione dell'intervista, le verrà fornita una copia della trascrizione, affinchè possa confermarne la fedeltà e consentirmi la copiatura della stessa all'interno del lavoro di tesi.

La ringrazio per la sua disponibilità

Federica Nike Sussegan

Data e luogo..... **Firma.....**

10.3 ALLEGATO 3: Interviste – domande e risposte

LEGENDA: Ruolo infermieristico e mutamenti nel tempo
Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti
Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura
Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione
Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale
Criticità

10.3.1 INTERVISTA 1

1. **Per cominciare, vorrei che mi raccontasse un po' di lei, quali traiettorie professionali e formative l'hanno portata a lavorare con Emergency e in particolare con pazienti migranti:**

   Dopo la formazione triennale della SUPSI in cure infermieristiche sono partito per un'esperienza di stage post diploma di un anno con EMERGENCY come volontario nel sud Italia.

2. **Vorrei parlare del tipo di casistica di persone migranti che le si sono presentate durante la sua esperienza di lavoro con EMERGENCY. Secondo lei vi è stata un'evoluzione nel tempo?**

   La casistica di persone era molto variata a seconda della zona in cui mi trovavo, ma allo stesso tempo in alcuni luoghi vi era una concentrazione maggiore di persone della stessa etnia. Vi erano molte persone che provenivano dall'Africa, come Senegalesi, Gambiani, Maliani, Sudanesi... ma anche Rumeni e persone provenienti da regioni dell'Est Europa. Devo dire che la situazione è evoluta soprattutto negli ultimi due mesi dell'estate del 2015, in quanto sono stati creati dei centri di accoglienza in Hotel della zona e quindi c'é stata un'affluenza maggiore di persone.

3. **Nel suo contesto giornaliero, quali erano le mansioni che svolgeva un infermiere che lavorava con una casistica di persone migranti:**

   Ad esempio durante una giornata tipo all'interno dell'Ambulatorio EMERGENCY svolgevo svariate mansioni. Dapprima, una volta arrivato all'ambulatorio, era come se fungessi da custode in quanto mi occupavo di riordinare le cose e badare al necessario, verificare se le norme igieniche venivano rispettate, assicurarsi la manutenzione della farmacia che ogni due settimane veniva rifornita, revisionare l'agenda e attendere i primi pazienti della giornata. Durante la giornata si poteva essere assegnati al medico di turno presso l'ambulatorio oppure al servizio domiciliare. Detto ciò, oltre alle mansioni propriamente infermieristiche, mi trovavo a fungere da mediatore culturale.

4. **Secondo lei, quali competenze e attitudini professionali deve sviluppare un/a infermiere/a per poter garantire un'assistenza ottimale nell'ambito dell'assistenza a persone migranti che hanno sviluppato disturbi della sfera psichica:**

   Inizio con il dire che serve tanta creatività, bisogna reinventarsi, attingere alle risorse e si diventa anche mediatori culturali. Bisogna trovare le soluzioni in modo tempestivo e senza aspettare che sia qualcun'altra a farlo al posto tuo e una cosa che ho notato è che a parer mio la condizione africana è molto simile alla realtà italiana per questa cosa. Ho lavorato in un contesto dove vi erano persone che hanno perso le proprie tradizioni e la riconducibilità dei sintomi, che credono che una pastiglia sia miracolosa e che lo stile di vita non vada quindi cambiato. Tornando alla questione del mediatore culturale, devi metterti nella condizione di comprendere una cultura diversa dalla tua, comprendere che un sintomo, come un mal di pancia o un mal di testa, cela dietro di sé altri significati. Imparare a conoscere gli usi e costumi di una cultura è importante perché possono aiutarti nella diagnosi.

5. **Secondo lei il ruolo infermieristico in questo ambito è mutato nel tempo? Se sì quali fattori sono stati rilevanti:**

   Facendo riferimento alla mia esperienza con EMERGENCY, il ruolo infermieristico è mutato nel tempo. Crescere, comprendere e iniziare una progettualità. La realtà dell'infermiere in un contesto come quello ti pone nello svolgere una moltitudine di mansioni molto diversificate tra loro. Nel tempo il ruolo dell'infermiere così come prendere i parametri non bastava più. Vi è stata una responsabilizzazione nelle azioni, non ero più un infermiere e basta ma ad esempio accompagnavo le persone in altri ospedali per accertamenti.

6. **Mi può raccontare in cosa consistono le principali barriere o ostacoli nella cura con i migranti ? Anche attraverso esempi concreti.**

   Inizio raccontando un aneddoto. Mi si è presentata una situazione particolarmente critica quando un giorno mi sono recato in un Hotel adibito a Centro di Accoglienza e dove vi erano circa 450 persone. Il mio compito era di selezionare le persone che necessitavano di cure mediche in modo tempestivo e di portarle presso l'ambulatorio EMERGENCY. Il problema si è posto perché in auto avevo solo sei posti liberi a disposizione e alla domanda "*Chi ha bisogno di un medico?"*... tutte le persone si sono messe in fila. Quindi ho dapprima cominciato a prendere la temperatura alle persone presenti e chiedere chi manifestava tosse da più di due settimane con la presenza di tracce ematiche, così da accertare possibili casi di tubercolosi e identificare le persone che avevano la priorità rispetto agli altri. La casistica di disturbi era variata, vi erano circa una quarantina di ragazzi con una situazione orale disastrosa e altri minori non accompagnati di cui mi sono occupato segnalandoli alle autorità competenti anche se non era un mio compito. Non era una questione infermieristica ma bensì sociale. Le persone che ho ritenuto avessero uno stato di salute meno precario sono state informate di dove si trovava l'ambulatorio EMERGENCY. In ogni caso, se consideriamo uno degli ostacoli maggiori nella cura con pazienti migranti non è tanto la comunicazione, in quanto con la creatività e l'ingegno si riesce a comunicare, ma bensì le loro credenze

spirituali e religiose che sono spesso dettate da un credo di tipo Animista. Questo ad esempio porta la persona a non ricondurre un sintomo ad uno stile di vita o a una patologia. Proprio per questo venivano organizzate delle giornate di sensibilizzazione su questo argomento.

7. **Le patologie che si possono manifestare a seguito dei propri vissuti sono molteplici. Secondo lei vi sono delle specifiche patologie che si sono manifestate e che sono riconducibili a un processo migratorio ?**

   Le patologie che si presentano sono davvero diversificate tra loro, come ad esempio ipertensione, diabete, gastriti, HIV // AIDS, e altre ancora. Ovviamente sia le patologie in sé sia quelle che interessano la sfera psichica della persona sono influenzate dal percorso migratorio e la situazione di partenza. Anche la patologia psicologica influenza e aumenta quella somatica, così come l'ambiente circostante. Se per esempio una persona soffre di depressione a causa della sua esperienza migratoria, e si ritrova a vivere in un luogo totalmente diverso dal suo, magari con temperature basse alle quali non è stata abituata, può fare la differenza.

8. **Riflettendo in merito alle sue esperienze professionali, ci sono dei gesti di cura che sono particolarmente apprezzati da pazienti di altre culture, che magari li differenziano da pazienti autoctoni? Mi puoi fare degli esempi dalla quotidianità con i tuoi pazienti ?**

   È fondamentale avere una postura di apertura, un dimostrarsi aperto verso l'altro, le persone di devono poter fidare di te. Si possono apprendere dei rituali culturali, anche piccoli, cercare di capire le usanze, parlare una lingua comune o apprendere alcune parole dei loro dialetti. Sono tutte cose che ti fanno sentire più vicino l'uno all'altro.

10.3.2 INTERVISTA 2

1. **Per cominciare, vorrei che mi raccontasse un po' di lei, quali traiettorie professionali e formative l'hanno portata qui, da quanto tempo collabora con la Croce Rossa Svizzera:**

   Ho svolto le mie esperienze professionali precedenti in campo medico e farmaceutico poiché il mio primo Diploma di Laurea e in Farmacia. Sono stata dipendente in alcune farmacie in città diverse del nord Italia poi ho collaborato in alcune aziende farmaceutiche, dapprima come informatrice medico scientifica poi come dirigente di linea Pain and inflammation per Pfizer per sette anni. Attraverso queste esperienze ho vissuto molto gli aspetti malati e richiedenti del pubblico che si avvicendava in farmacia prima e poi i degenti nei diversi ospedali e reparti ove ho lavorato in Lombardia. Durante questo decennio ho sempre coltivato la mia passione e il mio interesse per la psicoanalisi. Ho svolto un lungo lavoro di psicoanalisi personale freudiana e poi mi sono trasferita nel 2010 in Canton Ticino, ove risiede anche il mio psicoanalista didatta e dove appunto ho svolto il lavoro di psicoanalisi didattica. Ultimato tale percorso, poiché il Canton Ticino, nello specifico il Dipartimento della Sanità ha aderito alla Riforma di Bologna pur non facendo parte dell'Europa, ha reso necessario che per esercitare quale psicoterapeuta io possedessi anche un diploma di laurea in psicologia clinica. Testardamente quindi non mi sono arresa alle difficolta di rimettermi sui libri a quarant'anni e ho

conseguito anche tale diploma e cum laude. A seguire un anno di tirocinio professionalizzante presso una Comunità per adolescenti con psicopatologie Complesse, la maggior parte dei quali adottati da diversi paesi d'Europa e in seconda battuta rifiutati anche dai genitori adottivi e affidati alla realtà comunitaria. Contemporaneamente ho svolto la professione di Tutrice e Curatrice come dipendente dell'Autorità di protezione regionale di Lugano e Massagno. Nel 2016 ho inviato la mia candidatura alla Croce Rossa Svizzera, in particolare al Servizio Sanitario per i richiedenti l'asilo e dopo una lunga selezione ho iniziato a lavorare in questa realtà che richiede una continuo rimettersi in discussione, umiltà e curiosità e voglia di imparare. L'esperienza qui e assolutamente eterogenea, e molto stimolante per chi ama prendersi cura dell'altro a 360 gradi. Altro inteso come alterita rispetto a noi ma anche da angolazioni per un occidentale non note ne consuete. E arricchente come vissuto lavorativo, mai monotono e va detto, l'aspetto richiedente dei richiedenti l'asilo ha notevole peso, in quanto sottoposti all'attesa, alla precarietà e bisognosi di tutto quello che manca loro del loro luogo d'origine, andando dal macroscopico al microscopico. Hanno barriere linguistiche e culturali. Un aspetto interessante dal punto di vista psicoanalitico e che osservo il ripetersi delle stesse dinamiche relazionali che ci sono nell'occidentale e questo fa parte della scuola di pensiero freudiana... per me e un dato di conferma rispetto ai miei studi ed al lavoro psicoanalitico fatto su me stessa. Il complesso di Edipo e presente ad ogni latitudine e longitudine cosi' come Sofocle lo ha descritto nella ben nota tragedia greca e Freud lo ha ripreso. Al di la di quello che chiamiamo il substrato culturale, tolto quello la struttura psichica si presenta identica. Questo e molto interessante. Trovo stimolante umanamente intraprendere il sostegno e l'ascolto psicologico oltre alla parte di cura della persona in senso esclusivamente clinico. Potermi rendere utile ad una persona o ad una famiglia o ad un minore rappresenta un modo per avvicinarmi, stringere un legame dapprima di fiducia poi di alleanza terapeutica laddove possibile.

2. **Nell'ambito dell'assistenza a persone migranti, nel suo contesto lavorativo come funziona la rete assistenziale e quali sono le figure fondamentali:**

   Tutti gli interlocutori sono medici specialistici, dal medico generale, agli specialisti a 360 gradi, le realtà ambulatoriali ed ospedaliere del territorio ticinese e svizzero. In base al tipo di problematica si cerca di offrire il meglio rispetto alle possibilità concrete che abbiamo, perché bisogna anche fare i conti con le coperture delle casse malati, quindi tante volte si vorrebbe fare di più, ma si e vincolati a rispettare ad esempio anche il tipo di permesso. E' necessario un costante lavoro di mediazione, non sempre semplice.

3. **Basandosi sulla sua esperienza lavorativa, può dirmi quali sono i principali bisogni delle persone migranti, e sulla base di ciò come intervenite a livello del vostro team:**

   I bisogni soggettivi ma creando una gerarchia sulla base del mio "sentito" direi quello di avere un nido, un posto sicuro dove sentirsi protetti e dove vengano garantite le necessita primarie. Mi viene in mente la piramide di Maslow, si va proprio dal fondamentale quindi di essere al caldo, di avere dei vestiti, puliti, idratati, alimentati perché fanno molta fatica a integrarsi nell'alimentazione variata... e poi piano piano si fanno gli esami di cui hanno bisogno. E poi si sale nella ben nota piramide dei bisogni. Tanti arrivano gia con la speranza di trovare qui una soluzione

ai loro problemi di salute, affrontano viaggi terribili, lunghi, sopportano ciò' che difficilmente e immaginabile perché non hanno più niente da perdere. Si spingono verso rischi per i quali sono consapevoli o forse no, pur di rincorrere un sogno. Anche perché quando provo a chiedergli ma cosa speri di trovare qui, difficilmente trovano le parole per dire questo, quindi fa proprio parte di un desiderio e non di una cosa concreta, almeno per molti di loro e cosi'.

4. **Le patologie, di tipo somatico e metabolico, che si possono manifestare a seguito dei propri vissuti sono molteplici. Secondo lei vi sono delle specifiche patologie che si sono manifestate e che sono riconducibili a un processo migratorio:**

   Tra le sindromi di maggiore riscontro vi sono la sindrome post traumatica da stress, la sindrome da disadattamento, alterazioni del carattere dovute a sevizie, isolamento, amnesie anterograde, rimozioni, proiezioni ma non solo. Le somatizzazioni dei vissuti interiori sono all'ordine del giorno e possono interessare ogni apparato in base al mondo interno del richiedente asilo come per ogni essere umano.

5. **Nell'ambito dell'assistenza, quali esiti ottengono la continuità delle cure e del sostegno psicologico a persone migranti arrivate in Ticino? Secondo lei vi sono stati dei cambiamenti nel tempo?**

   Questa è una domanda interessante da porre al nostro direttore che ha un'esperienza trentennale in questo ambito. Nel mio piccolo provo ad ascoltare con ogni capacità che ho, ad imparare con tutta l'umiltà di cui sono capace e a scambiare con loro quanto conosco di più' sano e vero, nel rispetto che offro e sempre più' spesso ottengo. Sono dei dati che non ci vengono forniti. In base alla mia esperienza è una minima percentuale quella di... e questo già fa la differenza, fa diventare il cuore piccolo... quindi per cui, sono tanti quelli che vanno via, ci sono ecco esplosioni di gioia.Ad esempio la settimana scorsa, una signora ha ricevuto il permesso per rimanere qui, quindi potrà far venire qui i suoi bambini, quindi si vive tutta la trafila della procedura insieme a loro. Quindi è finita una tensione tremenda e inizia una nuova speranza che non è ancora quantificabile che però si vede a tutti i livelli. Perché questa donna, analfabeta, pur essendo giovane, ha un'artrosi dovuta al logorio delle cartilagini, ed ora è inebriata di speranza, lavora anche se ha male e non ha più pensieri di morte, di chiusura, ma è un tutto proiettarsi verso un futuro possibile, questo vuol dire tutto. Siccome è un caso su tante decine, viene fuori perché lei si e noi no? C'è ambivalenza sempre, è molto difficile far capire loro le dinamiche che tante volte noi stessi non capiamo, in base a quali criteri vengono selezionati... però io nello specifico non sono qui per esprimere giudizi rispetto a quegli aspetti, devo cercare di aiutarli comunque.

6. **Mi può raccontare in cosa consistono le principali barriere o ostacoli nella cura con i migranti? Anche attraverso esempi concreti:**

   La comunicazione, quando non sanno né l'italiano, né l'inglese, né il francese, né il tedesco si va nel paraverbale e si inizia a gesticolare fino a quando non si trova l'interprete... ed è una carenza, perché sono pochi sul territorio che si occupano di questo (...). Poi sicuramente fa abbassare le difese, e cioè farsi dire... perché tanti

non ammettono le reali necessità, o perché si vergognano o per la loro dignità, o non vogliono. Ancora una volta è interessante perché c'è tutta la gamma della persona che modula questo riverbero. Poi difficoltà nel chiedere, come le abbiamo noi, oppure nel farsi vedere nudi, o perché hanno paura o perché sono a disagio. Poi c'è la rabbia sicuramente, per tutto quello che hanno mandato già. Bisogna avere una tal forza, una solidità tale da poterla trasmettere e guadagnare ogni giorno un pochino di fiducia, togliendo completamente giudizi morali, sociali e religiosi perché seno non si va avanti, e far capire magari io posso poco ma sono dalla tua parte o non sono contro di te, ti accetto come sei. Questa cosa ritorna tantissimo, anche nei momenti in cui siamo avversari in apparenza, se lo ricordano... *tu però mi hai sempre sorriso... anche quando io non volevo parlarti (...).* Un'altra difficoltà è fargli dire tutta la verità perché tanti mentono, perché hanno una paura tremenda, quindi mentono sull'età, sul loro vero nome, mentono sulle storie pregresse, per i motivi più disparati. Si vergognano magari delle cose brutte della loro vita, non sanno se fidarsi veramente, dicono piano piano quando riescono, quando ce la fanno. Far distinguere bene i ruoli all'inizio è difficilissimo (...). Per esempio fargli capire che la Polizia li verrà a prendere per portarli a fare la visita che la Segreteria della Migrazione ha scelto di far fare, che è una visita che loro hanno già fatto, è difficile perché loro vedendo la divisa vanno in panico completo (...), io quando posso li accompagno senno ripeto che non succederà nulla, che verranno riportati qui (...). Qui ci vuole tantissima delicatezza perché non sai mai quello che veramente successo... quindi maneggiare con estrema cautela... e sperare che non si spezzino questi saluti che sono appesi ad un filo. È un continuo omettere, che non è un'omertà di scelta... è proprio dettata dalla paura o dall'ignoranza in senso latino, ad esempio l'HIV o l'epilessia sono visti in modo completamente diversi... l'epilessia non è tale ma è pazzia... la TBC non è TBC... Come una donna che mi disse che suo marito *last night was crazy...* crazy si traduce in epilessia (...) e li bisogna fa capire che ci sono dei medicamenti e si può ottenere un controllo dei sintomi (...).

10.3.3 INTERVISTA 3

1. **Per cominciare, vorrei che mi raccontasse un po' di lei, quali traiettorie professionali e formative l'hanno portata qui, da quanto lavora con la Croce Rossa Svizzera e in particolare da quanto si occupa di pazienti migranti:**

Sono 23 anni che faccio l'infermiera. Quindi ho fatto 13 anni di ospedale, la maggior parte del tempo in pronto soccorso e cure intense, poi per motivi famigliari ho lasciato l'ospedale e per la prima volta ho intrapreso il percorso di aiuto domiciliare. In un primo momento ho dovuto capire quali fossero le mansioni da svolgere, essendo molto diverso dal contesto ospedaliero, in seguito è cominciato a piacermi molto, essendo un contesto anche più sociale. Poi ho fatto la specializzazione in cure palliative di primo livello (…). In seguito ho lavorato a una percentuale del 50% facendo le notti con OTAF nel reparto infermieristico con una casistica di persone con patologie gravi sia fisiche che psicologiche. Un giorno ho avuto la proposta di andare a lavorare al Centro richiedenti d'asilo di Chiasso e lì è cominciato il mio iter, quindi questo è il sesto anno che lavoro con persone richiedenti d'asilo. Prima ho cominciato a lavorare qualche ora di qua e di la e in seguito ho lasciato il mio posto all'OTAF e per un anno e mezzo ho lavorato al Centro di registrazione per richiedenti d'asilo a Chiasso, poi un anno e mezzo fa ho iniziato a lavorare con

Croce Rossa Svizzera a tempo pieno. Diciamo che sono tre anni e mezzo, quattro, che lavoro a tempo pieno con le persone richiedenti d'asilo.

2. **Mi può raccontare che tipo di casistica di persone migranti sono arrivate in Ticino nell'ultimo anno? Secondo lei vi è stata un'evoluzione nel tempo?**

   Nell'ultimo anno la maggior parte sono di etnia Eritrea, Somala, alcuni Siriani, qualche Afgano, famiglie, singoli, tanti minori non accompagnati (una settantina circa). Diciamo che la fascia più grande è questa(...). L'ultimo anno è stato parecchio tosto, in quanto abbiamo avuto dei casi di tubercolosi con un ceppo multiresistente, e curarli è stato davvero molto molto faticoso, con controlli regolari e terapie antibiotiche mirate (…) abbiamo avuto almeno sei casi che stanno tutt'ora terminando la terapia per bocca, anche se si sono stabilizzati. Questa è stata anche un a novità per tutti perché hanno preso medicamenti che vengono dagli Stati Uniti, dalla Germania, dalla Francia... proprio perché ci si è ritrovati davanti a un'altra realtà. Abbiamo avuto anche qualche caso di malaria specialmente tra I minorenni, probabilmente contratta nel deserto o nelle zone libiche. I ragazzini anche tanto lavoro (…) dal lato traumatico, per via di questi traumi post – viaggio dove purtroppo anno vissuto troppe cose per l'età che hanno. Magari all'inizio non viene fuori e viene fuori soltanto dopo mesi (…).

3. **Nel suo contesto giornaliero, quali sono le mansioni che svolge un infermiere che lavora con una casistica di persone migranti:**

   Sono tante le cose che facciamo, prima di tutto quando arriviamo apriamo l'ambulatorio e giornalmente c'è qualcuno che ha qualcosa, che non sta bene. C'è chi ha il mal di pancia, il mal di gola, quello che non ha capito perché deve andare dal medico, quello che deve andare dal medico. Quindi ci si mette a disposizione e disponiamo di piccoli schemi creati da noi, alcuni strumenti di base come l'apparecchio per la pressione, il saturimetro... e poi valutiamo se è sufficiente curarlo qua oppure necessita di un medico esterno. Poi c'è un grandissimo lavoro di coordinazione, come posso dire, è un lavoro come l'assistente sociale ma dal lato medico – infermieristico. Quindi bisogna prendere contatto con tutti quegli enti di cui la persona ha bisogno. Possono ad esempio essere un aiuto domiciliare (…), appuntamenti medici di vario tipo come potrebbe essere il generalista o lo specialista (…). Quindi tutta una serie di cose da organizzare, non sembra ma sono tante... quindi le giornate volano. (…) È un lavoro di rete, di mail, fax,... quindi se un infermiera giovane vuole venire a lavorare qua, deve rendersi conto che è "burocratico, da parlantina" invece che l'atto vero e proprio (…). Sono tante ore di coordinamento, si lavora anche con gli assistenti sociali, è proprio un lavoro di rete fatto da tante persone e alla fine sei come un cerchio (…). Di casi psichiatrici ce n'è sono davvero tanti, quindi avere anche il sostegno delle psicologhe che lavorano qui è positivo (…).

4. **Secondo lei, quali competenze e attitudini professionali deve sviluppare un/a infermiere/a per poter garantire un'assistenza ottimale:**

   Secondo me per lavorare qui bisogna avere un po' di anni di esperienza, se poi vengano fatti in casa anziani o al domicilio, per me è importante che si abbia la

possibilità di vivere diverse realtà professionali e avere già un quadro generale, perché è piuttosto un lavoro sociale che pratico. La pratica arriva, ma secondo me arriva dopo una serie di cose sociali. Prima di tutto parte con l'ascoltare la persona, il richiedente d'asilo, che dunque si voglia o no è diverso rispetto a una persona che nasce e cresce qui. È tutto diverso, si porta dietro una cultura, abitudini, altre realtà e bisogna stare molto attenti. Non possiamo andare la e dire per esempio *mettiti il termometro...* no perché puoi traumatizzarlo, **magari un termometro non l'ha neanche mai visto,** si e magari lo mette 30 volte sbagliato, o il fatto che arriva una donna che ti tocca ed è bianca (…). Quindi l'approccio relazionale secondo me è fondamentale specialmente per conoscere la persona, e poi bisogna vedere se è possibile fare qualcosa... se non è possibile... non succede mai praticamente... però se proprio non va, si decide se medico donna, medico uomo... cioè si arriva a un compromesso, qualcosa che soddisfi tutte e due le persone. Però il fattore culturale è in prima posizione, assolutamente. **Quindi le competenze sono principalmente capire il fattore culturale, l'ascolto e l'approccio relazionale?** Si, si e per fare questo secondo me, non perché voglio sottovalutare chi non ha esperienza o è giovane, perché giovane è sempre una bella cosa, proprio il fatto che è durante gli anni di esperienza che impari, poi magari c'è chi arriva prima o chi arriva dopo... non c'è una regola. **Solo un chiarimento, questo fattore culturale di cui parla, è più una forma di apertura da parte nostra data dall'esperienza?** L'esperienza secondo me ti aiuta un po' di più che arrivare da una sola realtà (…) dopo sviluppi proprio qualcosa di diverso, che è quel lato sociale, il lato dove tu ti cali verso la persona... e anche qui, ci sono le regole ma io non mi metto in camice davanti a una persona richiedente d'asilo, questo per scelta, perché credo significhi già mettere una barriera, quindi assolutamente no. Quindi si quello e poi capire la loro cultura. Abbiamo un mediatore culturale che fa da traduttore per le persone di etnia Eritrea e ci ha aiutati tante volte a capire il perché di determinate reazioni. Cosa vuole dire? Entra in gioco il fattore religioso e mille altre ragioni. Si parla di integrazione, ma l'integrazione è un processo molto lungo (...).

5. **Secondo lei il ruolo infermieristico in questo ambito è mutato nel tempo? Se sì quali fattori sono stati rilevanti:**

   Per esempio I miei colleghi ancora oggi mi hanno detto che rispetto a qualche anno fa, già solo un anno e mezzo fa, tante cose sono cambiate. Perché comunque anche la persona richiedente d'asilo è cambiato (…). In ogni caso sempre secondo il bisogno, di quale è la problematica. Ad esempio gli si accompagna spesso anche in Ospedale, **diciamo che si svolgono tante mansioni e molto diversificate,** si si assolutamente.

6. **Mi può raccontare in cosa consistono le principali barriere o ostacoli nella cura con i migranti ? Anche attraverso esempi concreti.**

   Non c'è una barriera specifica (…). Ad esempio la religione (…), barriere culturali... e poi appunto, molte barriere dovute al loro viaggio, specialmente all'inizio perché tanti hanno paura, anche se devo dire che questo l'ho vissuto di più nella realtà di Chiasso (…). Anche all'interno del gruppo famigliare bisogna stare attenti, perché ci sono delle cose che noi Occidentali non possiamo permetterci di dire o fare (…). Sono tante le cose per cui dobbiamo essere particolarmente attenti (…).

7. **Le patologie che si possono manifestare a seguito dei propri vissuti sono molteplici. Secondo lei vi sono delle specifiche patologie che si sono manifestate e che sono riconducibili a un processo migratorio?**

   Queste malattie tropicali sono le malattie metaboliche, e poi comunque loro fanno dei viaggi in massa, sono in tantissimi, li vediamo nei barconi, e quindi c'è stato ad esempio un boom di TBC che in questo momento sta di nuovo calando, perché appunto è una migrazione di massa (…). Le malattie somatiche ecco, quello che noi vediamo tanto è il classico mal di testa – mal di pancia, è per così dire all'ordine del giorno... specialmente tra I minorenni *Non vado a scuola, male, pancia,* poi loro chiamano la pancia il cuore.

8. **Riflettendo in merito alle sue esperienze professionali, ci sono dei gesti di cura che sono particolarmente apprezzati da pazienti di altre culture, che magari li differenziano da pazienti autoctoni? Mi puoi fare degli esempi dalla quotidianità con i tuoi pazienti?**

   Se ti prendi il tempo per loro, soprattutto se sono stati trascurati 150'000 volte, questo è molto apprezzato. Quindi il gesto "vero o falso" che sia. *Ho mal di gola,* allora bene prendiamo la luce controlliamo, usiamo l'abbassa lingua, controlliamo le orecchie... oppure *Ho male al ginocchio,* allora massaggiamo il ginocchio con la crema e questo viene apprezzato. Se si da attenzione viene apprezzato. E comunque attenzione e ascolto(...) All'inizio c'è molta paura, ma una volta che entri nell'abitudine e nella confidenza si fidano di più e si lasciano andare (…).

10.3.4 INTERVISTA 4

1. **Per cominciare, vorrei che mi raccontasse un po' di lei, quali traiettorie professionali e formative l'hanno portata qui, da quanto lavora con l'agenzia DERMAN e in particolare da quanto si occupa di pazienti migranti:**

   Ho una formazione in filosofia e scienze umane e poi ho fatto una specializzazione in antropologia medica e in sociologia della migrazione. In seguito ho cominciato a svolgere la professione di assistente sociale per persone richiedenti d'asilo e rifugiati sempre per S.O.S Ticino, e poi ho iniziato a prendere a carico l'Agenzia DERMAN come responsabile, dove mi occupo della progettazione, della supervisione, e dell'ambito della formazione in interpretariato e mediazione interculturale. Mi occupo anche della formazione continua per adulti sempre nell'ambito delle competenze interculturali (...).

2. **Mi può raccontare che tipo di casistica di persone migranti sono arrivate in Ticino nell'ultimo anno? Secondo lei vi è stata un'evoluzione nel tempo?**

   Chiaramente se parliamo di persone vulnerabili, nel campo sanitario e sociale, chiaramente negli ultimi anni è stato l'arrivo nell'ambito d'asilo di persone provenienti dalla Siria, Medio Oriente – Iraq questo è stato così soprattutto nel 2015. Dopo la chiusura della Rotta Balcanica, le persone provenienti da Siria e Medio Oriente sono diminuite, difatti se si prende visione delle statistiche sull'asilo 2016, c'è una netta diminuzione delle domande d'asilo per la Svizzera. Chi

comunque tendenzialmente è continuato ad arrivare sono persone provenienti dall'Eritrea, dalla Somalia, che sono dati che si riflettono anche con la richiesta di interpretariato, in quanto le lingue più utilizzate sono l'Arabo, Tigrino e Farsi(...). Importante è ricordare che ci sono tutta una serie di migranti che arrivano fuori dall'ambito dell'asilo,(...). In Ticino sono più le persone latinoamericane che le persone richiedenti d'asilo, tanto per fare un esempio. Queste persone entrano in Svizzera per motivi lavorativi, per ricongiungimenti familiari, matrimoni, sono le altre cause della migrazione. Pe la descrizione del fenomeno migratorio nella sua complessità, bisogna ricordarsi che il grosso della migrazione in Svizzera non è l'asilo (...).

3. **Nel suo contesto giornaliero, quali sono le mansioni che svolge una persona che lavora con una casistica di persone migranti:**

Sono il capo progetto, e l'agenzia si occupa di formare, collocare ed accompagnare gli interpreti, nonché mediatori culturali che intervengono nei vari ambiti. Noi abbiamo il mandato del Cantone Ticino di formare queste figure e collocarle all'interno di contesti scolastici, sociali e sanitari. Quindi il principale ambito di intervento dove operiamo è quello sanitario, quindi abbiamo la convenzione di collaborazione con l'OSC ed EOC. E lì l'idea è che ogni qualvolta un curante ha difficoltà di comunicare con il paziente immigrato intervengono i nostri interpreti garantiscono la traduzione. L'idea qua dell'integrazione è che queste figure devono essere promosse all'interno di strutture ordinarie come Ospedali, Scuole e cosi via... e quindi è per garantire la parità d'accesso dei migranti negli Ospedali. Qui l'idea di base della Confederazione non è di creare dei servizi specifici per i migranti ma fare in modo che i migranti abbiano il diritto d'accesso e parità di trattamento... quindi l'Ospedale diventa un luogo di integrazione. L'integrazione avviene in contesti dove le persone di *qua* e i migranti abbiano la possibilità di conoscersi ed entrare in relazione e questo può avvenire negli Ospedali, nelle scuole e nel mondo del lavoro (...). Interessante anche in ambito sanitario per quanto riguarda l'impiego di interpreti loro possono sia tradurre sia dare informazioni ai professionisti su quali possono essere le differenze culturali in atto. Come viene vista una determinata patologia nel contesto del paese di provenienza oppure quali sono le differenze strutturali del sistema sanitario del contesto di provenienza. Lí ovviamente ci deve essere una disponibilità dei curanti di essere curiosi. Il rischio è che se non c'è interesse, non c'è una corretta traduzione e dopo li agiscono delle rappresentazioni che diventano stereotipi e pregiudizi. è importante garantire la relazione col singolo paziente per evitare di culturalizzare la presa a carico, ad esempio non tutti le persone di etnia Eritrea sono animisti (...).

4. **Secondo lei, quali competenze e attitudini professionali deve sviluppare un/a infermiere/a per poter garantire un'assistenza ottimale:**

Chiaramente deve acquisire le competenze interculturali, questo è inevitabile. Dato dal fatto anche che il contesto sanitario è un contesto multiculturale. Cosa sono le competenze interculturali, significa essere in grado di relazionarsi con persone di origine diversa tenendo conto della differenza culturale che entra in atto nella relazione e nella presa culturale, quindi essendo cosciente di tali differenze ma essendo in grado di garantire una relazione autentica con una persona presa nella sua singolarità, questo in generale. Poi se vogliamo entrare nello specifico, vuol

dire uscire dai due estremi, quindi né l'integrazione intesa come assimilazione(...) né l'integrazione intesa come diversità(...). Bisogna valorizzare il contesto, la lingua della persona migrante e contemporaneamente il contesto e la lingua di *qua,* cercando di trovare un'integrazione basata sul rispetto reciproco. Nel concreto però bisogna avere conoscenze ad esempio di cosa significa migrazione, nozioni base del tipo che effetti può avere la migrazione sulla salute, capire cosa significa integrazione, interculturalità, promuovere buone pratiche interculturali all'interno delle strutture di cura(...), e poi fare anche una riflessione sugli stereotipi,i pregiudizi e le rappresentazioni errate che si possono avere di fronte al paziente migrante.

5. **Secondo lei il ruolo infermieristico in questo ambito è mutato nel tempo? Se sì quali fattori sono stati rilevanti:**

Semplicemente, se vogliamo collegarci con quanto detto in precedenza, è cambiato per il fatto della presenza multiculturale nelle strutture di cura. C'era già ai tempi, sicuramente anche in Ticino, ma basti pensare alla Svizzera Tedesca negli anni 50' quando sono arrivati gli Italiani, già lì si è iniziato tutto il discorso sull'interculturalità (...). Forse quello che occorre dire è che in Ticino questo fenomeno è stato sentito maggiormente verso gli anni 90' (...) quindi è un fenomeno più recente. Non bisogna esagerare con il concetto di *emergenza,* perché è un fattore di percezione, in quanto i numeri non sono così alti come crediamo, se vogliamo il problema di presa a carico è un po' per quelle persone che arrivano dal Centro di Registrazione di Chiasso e c'è una parziale pressione sull'OBV di Mendrisio perché li portano lì, perché altrimenti tra le persone richiedenti d'asilo c'è una ripartizione equa in tutti i Cantoni della Svizzera (...). Il cambiamento comunque rimane il fatto di confrontarsi sempre di più con persone con una diversa cultura e una diversa lingua.

6. **Mi può raccontare in cosa consistono le principali barriere o ostacoli nella cura con i migranti ? Anche attraverso esempi concreti.**

In parte lo abbiamo già detto (animismo), chiaramente però la principale barriera è quella linguistica e la conseguente mancanza di traduzione per chi non riesce a spiegarsi correttamente e questo è un tema centrale, soprattuto in ambito sanitario. Perché in altre situazioni, come ad esempio andare alla Posta o in stazione magari bastano le competenze linguistiche di base, più semplici, è chiaro che in un contesto medico è più importante. (...) Ad esempio nel caso in cui una persona che non parla Italiano, in un contesto Ospedaliero continua a rispondere di aver capito quello che gli viene detto e invece non è così può portare al fatto che il paziente non venga dimesso fino a quando non si riesce a trovare un interprete che gli fornisca una spiegazione chiara. Ci sono degli studi che accertano che l'impiego degli interpreti nei contesti di cura riduce sensibilmente i costi (...). Oppure c'è la tenenza a una maggiore medicalizzazione e poi di fare tutta una serie di analisi che magari non sarebbero necessarie, e poi il paziente non ha capito e quindi continua ad andare dal medico (...). Per le persone migranti assolutamente un problema è la mancata conoscenza del sistema sanitario in Ticino, ad esempio in certe zone dell'Africa il concetto di medico di famiglia non esiste (...). In altri casi, in determinate lingue non ci sono nemmeno i nomi di certe specializzazioni o patologie (...). Quindi magari una cosa da fare, è una prima informazione sul sistema sanitario. Un'altra questione è la rappresentazione che loro hanno del medico, quindi del vecchio stampo / paternalista / autoritario, quindi il concetto di

diritti dei pazienti non esiste. Adesso dipende da caso a caso, ma ad esempio la questione che il medico debba chiedere al paziente il consenso, questo non viene compreso (...). Anche dal punto di vista culturale, l'idea che il paziente chieda ai curanti, andando a formare una relazione per così dire paritetica di dialogo, non tutti i pazienti migranti ce l'hanno, quindi magari non fanno nemmeno domande (...).

7. **Le patologie che si possono manifestare a seguito dei propri vissuti sono molteplici. Secondo lei vi sono delle specifiche patologie che si sono manifestate e che sono riconducibili a un processo migratorio ?**

Non è la migrazione che fa ammalare, ma se ci riferiamo ai determinanti della salute, la migrazione è un fattore potenziale di rischio. Al di là delle patologie specifiche, é data in sé dal tipo di percorso migratorio che ha dovuto affrontare il migrante e dalla modalità, caratteristica della singola persona migrante e dalla differenza del prima e dopo nel senso di vita. Volendo anche il medico arabo che viene a lavorare all'EOC è migrazione, ma la differenza tra quando era giù e qua è davvero minimo, la migrazione in questo caso è un fattore protettivo. Diverso è quando si parla di profughi, e poi dove chiaramente avere a che fare con violenze, dove vi sono parenti e amici uccisi (...). Il fatto anche di stare qua, e di avere lasciato giù la famiglia, oppure che ad esempio le persone che provengono dalla Siria e si trovano in Ticino fanno parte di una classe medio – alta, perché le classi sociali basse non hanno sufficienti soldi per potersi pagare il viaggio, e quindi in Siria ero di una classe sociale medio – alta (...) e finisco i Ticino a vivere in un centro della protezione civile o in un Hotel come spesso accade e quindi vi è una caduta dello status sociale (...) e neanche per colpa tua. Ecco lì il lavoro che deve fare la persona migrante sul proprio status sociale e ruolo... è molto forte... c'è chi c'è la fa e chi non c'è la fa. E anche i determinanti della salute devono essere considerati anche a seconda del luogo dove la persona migrante si ritrova a vivere (...).

8. **Riflettendo in merito alle sue esperienze professionali, ci sono dei gesti di cura che sono particolarmente apprezzati da pazienti di altre culture, che magari li differenziano da pazienti autoctoni? Mi puoi fare degli esempi dalla quotidianità con i tuoi pazienti ?**

Ognuno ha il suo stile, ma per prima cosa è sicuramente di trattarli come tutti gli altri garantendo sempre le parità di trattamento, trattarli nella loro individualità ad esempio indicandoli per nome, possono essere delle piccolezze ma è già un riconoscimento (...). Ad esempio quando facevo l'assistente sociale, davo la mano a tutti, e lì già è una forma di riconoscimento, dare importanza (...).

10.3.5 INTERVISTA 5

1. **Per cominciare, vorrei che mi raccontasse un po' di lei, quali traiettorie professionali e formative l'hanno portata qui, da quanto si occupa di psichiatrica e in particolare dei pazienti migranti:**

Sono nata a Praga, e all'età di 17 anni avevo appena terminato la scuola per diventare infermiera, mi sono trasferita in Olanda. Il mio diploma non è stato riconosciuto allo stesso livello, quindi ho dovuto ancora studiare 3 anni, all'epoca in

una scuola come potrebbe essere la SUPSI oggi, quindi mi sono laureata di nuovo, e in seguito sono andata a lavorare in un carcere penitenziario, dove sono rimasta per 5 anni e mi è piaciuto tantissimo. Da questi fatti si poteva quindi intuire che il mio interesse era volto già verso la psichiatria, verso la salute mentale. Dopo questa esperienza mi sono trasferita in Ticino, dove vivo da circa 15 anni. Quando sono arrivata qua non parlavo ancora italiano, quindi anche io ho dovuto prima integrarmi, sono andata a lavorare in una casa per anziani, poi sono andata a lavorare in diverse cliniche, ma alla fine mi è rimasta sempre questa cosa della psichiatria, quindi dopo ho fatto domanda per andare a lavorare a Mendrisio dove sono stata assunta, e adesso lavoro per l'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale da quasi 9 anni.

2. **Vorrei parlare del tipo di casistica di persone migranti che sono arrivate in Ticino nell'ultimo anno. Secondo lei vi sia stata un'evoluzione nel tempo?**

   Per quanto riguarda i pazienti migranti, la maggior parte dei nostri pazienti sono migranti, è chiaro che dobbiamo approfondire anche questo aspetto, perché è comunque legato all'identità e al ruolo che magari avevano nel loro paese e qui l'hanno perso, e quindi possono sviluppare dei disturbi. I pazienti che abbiamo in cura qui sono persone di seconda generazione o che magari sono venuti in Svizzera tanti anni fa. Per esempio le persone rifugiate noi facciamo le valutazioni in situazioni di urgenza ma non ci occupiamo di psicoterapia (...). Invece con i nostri pazienti facciamo un accompagnamento, cerchiamo di integrarli nel mondo lavorativo, che non è facilissimo perché in Ticino mi sembra ci sia poca apertura mentale, facciamo fatica e il nostro target diventa molto piccolo. I pazienti migranti in generale ci sono, chiaro che se alla fine guardo tutti i nostri pazienti sono migranti, tutti hanno una storia precedente (...), quello che è importante è andare oltre e interessarsi alla persona, alla sua storia, di non considerare tutti uguali (...). e non è evidente fare questa cosa, mettersi nei panni dell'altro, perché comunque l'altra persona è dall'altra parte, e bisogna considerare tutto. La casistica di persone che sono arrivate nell'ultimo anno erano tutte con permesso C o di nazionalità Svizzera (...). Comunque la situazione è stata abbastanza stabile, anche perché i nostri pazienti fanno fatica a staccarsi dal proprio terapeuta, che va bene (...).

3. **Nel suo contesto giornaliero, quali sono le mansioni che svolge un infermiere che lavora con una casistica di persone migranti:**

   Non faccio una differenza tra pazienti migranti, in quanto per me sono tutte persone migranti, quindi cerco di approcciarmi ad ognuno in un modo uguale. Prendo sempre in considerazione la cultura di ognuno, i suoi bisogni, i rituali... è un approccio d'insieme. Non mi impongo come figurama chiedo *tu cosa sai che ti aiuta ... cosa possiamo fare....* . Per me è importante che la persona trovi una soluzione, e che io sono presente per sostenerla (…). Noi collaboriamo con l'agenzia DERMAN, e organizziamo dei gruppi di psico-educazione oppure per esempio sui farmaci e il loro utilizzo, sui segnali precoci delle malattie, e la loro conseguente prevenzione e trattamento. Sono tutti interventi diversificati, e possiamo realizzare tutto ciò grazie anche alla collaborazione con altri istituti ed enti . Siamo pronti per accogliere, se si presenta un problema, e organizzare qualcosa per intervenire (...).

4. **Secondo lei, quali competenze e attitudini professionali deve sviluppare un/a infermiere/a per poter garantire un'assistenza ottimale:**

Chiaro che quando una persona lavora qua dovrebbe già avere delle competenze, e svilupparle qua vorrebbe dire farlo troppo tardi. Ad esempio presso la Clinica Psichiatrica Cantonale facciamo dei corsi, più precisamente una formazione continua della durata di sei mesi dove a dove ognuno ha la possibilità di ricevere la stessa base di conoscenze a riguardo, inoltre uno dei moduli proposti affronta i temi dell'etnopsichiatria. Vengono forniti apporti come teorie, apprendimento, su che cosa bisogna fare attenzione, ad esempio nelle tradizioni, la cultura – che sono tantissime cosi come le lingue. Noi abbiamo anche, diciamo i colleghi che parlano diverse lingue quindi se abbiamo bisogno possiamo intervenire aiutandoci con un collega. C'è anche l'agenzia DERMAN con la quale collaboriamo e possiamo sempre contattare. Che è difficile però quando ad esempio abbiamo un paziente in un problema acuto non abbiamo il tempo di chiamare questa agenzia e quindi cerchiamo di arrangiarci tra di noi, e abbiamo una lista interna di colleghi che parlano appunto diverse lingue e quindi si cerca il collega che parla quella lingua per risolvere il problema. È chiaro che quando ci sono i colloqui programmati avvisiamo sempre l'agenzia. Quindi secondo me la base che noi riceviamo c'è, ma poi bisogna anche metterla in pratica, perché ad esempio si sa che c'è anche la possibilità di ricorrere a questa agenzia. Ma la difficoltà si pone comunque un po' perché li devo contattare, spiegare il problema, devo fare un colloquio preliminare e tutto questo costa tempo. Bisogna avere questo sguardo di non mollare, non scoraggiarsi, essere propositivi e reinventarsi. In generale per me per lavorare in psichiatria bisogna avere questa elasticità mentale che ci permette di adattarci alle situazioni diverse, mi devo mettere in gioco e uscire dagli schemi. È importante anche lavorare su sé stessi ma anche la voglia di migliorare noi stessi. Se non siamo in grado di capire quali sono le nostre barriere, non potremmo essere in grado di fare questo lavoro. Autoconsapevolezza, coscienza, conoscenza di sé stessi(...) Lavorando con l'OSC si riceve molta fiducia ed autonomia, perché siamo professionisti e tutti siamo specializzati in Salute Mentale, quindi abbiamo delle competenze che ci permettono di decidere in modo autonomo e metterci in gioco con il paziente, e mi sento sostenuta dall'Organizzazione anche perché c'è una filosofia adattabile (...). Devo rendermi conto che oggi sono qui, ma domani potrei essere io dall'altra parte.

5. **Secondo lei il ruolo infermieristico in questo ambito è mutato nel tempo? Se sì quali fattori sono stati rilevanti:**

Quello che penso è che il nostro ruolo come infermieri è cambiato nel tempo, perché ad esempio quando io ho scelto di diventare infermiera, per me era come una missione (...). Mi sembra che adesso gli infermieri, non parlo del nostro servizio ma in generale quello che si potrebbe trovare negli istituti, è che l'infermiere diventa l'esecutore del medico. Il ruolo per questo motivo diventa meno autonomo. Questo comporta che le persone che vogliono diventare infermieri hanno una diversa idea, dopo la pratica si rendono conto che non gli rispecchia e lasciano la professione o cambiano obiettivo questa cosa ti mette in crisi, perché ti scontri con te stessa (...).

6. **Mi può raccontare in cosa consistono le principali barriere o ostacoli nella cura con i migranti ? Anche attraverso esempi concreti.**

   Magari non tutti siamo al corrente delle diverse culture, anche in modo profondo, oppure una persona non riesce a comunicare con noi e viceversa... questa può avvenire anche senza la barriera linguistica. Magari perché vive una sorta di frammentazione perché ha vissuto un po' la sua cultura nel paese d'origine e qua non riesce ad unire i pezzi, questo lo noto tanto. Tanti non ricordano benissimo quello che è successo prima di lasciare il loro paese d'origine, potrebbe essere perché hanno rimosso tutto e fanno fatica a parlarne. Quello che vedo è che abbiamo davvero tanti pazienti in cura da tanti anni, e che non sono ancora veramente riusciti ad aprirsi. Chiaro, ci vuole molto tempo per riuscire a farlo. Tanti somatizzano molto... oppure si credono matti, perché in molti paesi tante patologie non esistono nell'immaginario collettivo, e vengono quindi definiti così... e come curante non riesci ad eliminare questo pensiero, questa concezione, perché è una componente culturale.Non bisogna portare per forza alla completa consapevolezza totale, se le cose funzionano e la persona sta bene, devo rendermi conto che magari devo fermarmi qua (...). Già cambiare paese è un evento traumatico, bisogna elaborarlo (...). Devi anche considerare la dinamica famigliare, uscire dai nostri schemi personali, e considerare le diversità, accompagnando verso la soluzione migliore, e con le persone migranti entrano in gioco moltissime cose (...). A dipendenza anche del paese di provenienza, le persone non capiscono, o non vogliono capire come funziona qui (...).

7. **Le patologie che si possono manifestare a seguito dei propri vissuti sono molteplici. Secondo lei vi sono delle specifiche patologie che si sono manifestate e che sono riconducibili a un processo migratorio ?**

   Le depressioni, sindrome da stress post traumatico, il disadattamento sociale, e ogni disturbo può variare di durata, che è più un sintomo, una diagnosi infermieristica. Ad esempio se una persona arriva qua, e prima nel suo paese aveva un lavoro, manteneva la sua famiglia, quindi qui non capisce, non riesce a comunicare, si crea una crisi a livello dell'identità, perché prima ero qualcosa e adesso non sono niente, mi ritrovo catapultato in un'altra realtà. Però per questo tipo di cose, si hanno degli strumenti, la durata può essere limitata e poi si risolve o migliora. Non per forza questa situazione sfocia in una depressione. Ad esempio perché una persona può essere andata a scuola o meno, una persona riesce a comunicare oppure no, magari non hanno dei requisiti per comunicare in modo efficace. Se una persona si è gia *sistemata* e viene qua per migliorare la propria qualità di vita, riesce a sistemarsi anche qua bene, certo ci vuole tempo, ci vuole l'aggancio giusto, il lavoro e la rete sociale. Ma una persona che parte *male,* qua farà fatica a partire bene. Bene o male chi arriva qua - SPS, sono persone che hanno già avuto un contatto con la psichiatria e quindi sono più preparati, sanno già bene o male come funziona, non ho mai avuto una persona che è arrivata qui all'improvviso e senza medico di famiglia (...).

8. **Riflettendo in merito alle sue esperienze professionali, ci sono dei gesti di cura che sono particolarmente apprezzati da pazienti di altre culture, che magari li differenziano da pazienti autoctoni? Mi puoi fare degli esempi dalla quotidianità con i tuoi pazienti ?**

È difficile, perché io cerco di approcciarmi con tutti in un modo che... esco dagli schemi. Si magari, visto che la gente di una certa cultura si aspetta un approccio molto medico, *io so che tu sei malato devi prendere la pastiglia*... e la persona si aspetta questo. Invece mi pongo dicendo *vuoi prendere la pastiglia?, puoi decidere tu, puoi prenderla a casa..* e dopo la persona la prima volta non lo apprezza perché si aspettava un approccio diverso, ma poi con il passare del tempo sono contenti perché si sentono coinvolti e presi a carico in un modo diverso. Tramite questo puoi raggiungere gli obiettivi prefissati con il paziente (...). A dipendenza anche del paese di provenienza, le persone non capiscono come funziona qui, dipende da come si è stati abituati nel paese precedente. Magari apprezzano questo approccio aperto e l'umiltà che mettiamo nella relazione, perché magari provengono da vissuti di violenza, torture. Per noi ci sono dei gesti che sono normali, ma per loro non lo sono assolutamente, niente è scontato, e tutti possono raccontarti quello che vogliono, ma purtroppo non abbiamo una verifica assoluta, quindi tutti i racconti sono autentici. Noi lavoriamo molto con la narrativa, ognuno racconta la sua storia, ma io non so mai fino a dove mi raccontano veramente la *verità,* perché tante cose sono anche modificate. Ad esempio lo vedo molto nell'anamnesi, se chiedo ad una persona una cosa oggi e le chiedo la stessa cosa dopo un anno, è già diversa. Molto probabilmente è perché anche loro vivono in uno stato mentale differente, non hanno ancora trovato la loro identità, magari tra tutte le cose che sono successe, quindi rimane un caos. Questa è anche una difficoltà con la persona migrante, che lui stesso non sa bene che cosa sia la verità, la realtà e vive in due mondi ancora un po' con la sua storia, magari un po' qui fisicamente ma non qui con la mente, e questo è difficile, perché non è evidente lasciare il proprio paese quando non hai ancora la sicurezza nell'altro. Secondo me non devi mai lasciare le tue radici, perché ci possono sempre servire, dormono ma sono lì.

10.3.6 INTERVISTA 6

1. **Per cominciare, vorrei che mi raccontasse un po' di lei, quali traiettorie professionali e formative l'hanno portata qui, da quanto si occupa di psichiatrica e in particolare della formazione degli infermieri dell'OSC:**

Sono 20 anni che lavoro nell'ambito della psichiatria, presso lo stesso servizio ma con diverse funzioni. Quello che mi ha spinta a diventare infermiera psichiatrica, io ho fatto l'allora SSSCI, è stato l'interesse per la cura dell'altro, però una cura dell'altro e un interesse che fondamentalmente non passasse solo da tecnicismi. Quindi la cura dell'altro inteso come possibilità di sviluppare anche quelle che potevano essere le mie competenze socio-relazionali. Devo dire che nell'ambito di un bilancio, con l'andare avanti negli anni, riconosci le differenze, sono molto più centrata sulle competenze relazionali sociali che su quelle tecniche o pratiche. Quindi da qualche parte uno sbilanciamento verso questo bisogno di essere accanto alle persone, di sentirle parlare, di ascoltarle e di essere interessate alla loro storia di vita, non tanto a degli aspetti puramente anatomici o fisiologici. Ecco quindi comunque la possibilità di diventare infermiera in psichiatria mi ha dato questo, e quindi ho percorso questa strada e devo dire che, senza nulla togliere alla categoria infermieristica, non avrei mai scelto invece un percorso diverso. Quindi io nasco come infermiera già che ha sempre voluto specializzarsi in quest'area e non avrei scelto percorsi diversi, è stata una scelta a priori, poi comunque l'interesse per il mondo del diverso, l'area della follia... qualcosa che comunque è sempre stato

molto affascinante e interessante, e soprattutto come quel mondo che ti permette di entrare in contatto con te stesso, fondamentalmente ritrovare poi il disagio e la sofferenza comunque anche psichica nell'altro poi ti mette in condizione di rimettere in discussione i propri valori, le idee ma anche il tuo modo di essere, quindi fondamentalmente è sempre stata questa necessità di scambio, di rispecchiamento, di riflessione, di interesse per la vita e la sa totalità. La psichiatria mi ha sempre fornito questo a differenza forse oggi di una medicina o un tipo di assistenza che si sta sempre più specializzando, e l'area della salute mentale è quell'area che ti permette di vedere l'altro nella totalità e non solo nel sintomo, e quindi questo è comunque qualcosa che per noi, per me, è ancora molto valorizzante, importante... non cura la malattia, non curo la ferita, non curo il diabete o l'infarto ma curo la persona che ha il diabete, o l'infarto (...).

2. **Nell'ambito dell'assistenza a persone migranti, nel suo contesto lavorativo come funziona la rete assistenziale e quali sono le figure fondamentali:**

   Non sono nella pratica clinica diretta e quindi non posso portarle esempi della pratica diretta, ma so come si struttura l'intervento, perché sono partecipe di quelli che sono i contatti o gli apporti formativi da dare all'interno della struttura. Diciamo che negli ultimi anni abbiamo iniziato a parlare spesso e tanto di etnopsichiatria, di psichiatria interculturale, perché comunque c'è un fenomeno migratorio che assolutamente interessa e poi si ripercuote sull'ambito del nostro campo di assistenza. Quindi sicuramente anche con l'avvento del nuovo direttore di settore, il Dr. T****, lui ha portato avanti un servizio di etnopsichiatria all'interno dell'Ospedale di Zurigo, dunque quello che ha fatto venendo qui è stato riprendere dei concetti di quel servizio facendo delle supervisioni. Quindi diciamo che l'attenzione e il rispetto per il flusso migratorio, per quanto riguarda la psichiatria è molto accentuata, poi parte da magari degli interessi professionali o personali, però diciamo che ho assistito negli ultimi anni a questa attenzione, questo interesse, particolare rispetto comunque a questi pazienti. Naturalmente cambiano a dipendenza dei momenti storici, se prima eravamo a contatto con persone che appartenevano ad altre culture ma sceglievano di venire qua per un posto diverso, per delle prospettive diverse, a un certo punto con i movimenti politici e le crisi politiche ci troviamo davanti persone che non scelgono più ma che si trovano costrette ad abbandonare il proprio paese. E questo ha un ripercussione sul disagio e sulla sofferenza e sul migrante (...). Come OSC, già da diverso tempo, parliamo della figura del mediatore culturale, quindi abbiamo proprio una convenzione con l'agenzia DERMAN in modo tale che ci sia la possibilità di costituire questi trialoghi, quindi comunque persone che intervengono nella presa a carico, ma che non solo intervengono traducendo la lingua del paziente, ma anche cercando di far capire al curante la cultura della persona con la quale si entra in contatto. Anche se questo ha delle ripercussioni, in quanto va a modificare il Setting, perché la figura del mediatore culturale sul medio o lungo termine bisogna avvalersi di persona che rispecchiano determinate caratteristiche, perché si entra in settings terapeutici, psicoterapico. Sconsigliata la traduzione da parte di famigliari, ci si avvale di figure esterne. Il mediatore culturale non è un esecutore, non è un interprete, ma è colui che fa da ponte rispetto alla cultura, alla lingua, al disagio e alla sua espressione con il curante. Quello che facciamo di prima battuta, prima ancora di affidarci a DERMAN,è cercare persone che lavorano qui che provengono da quell'area geografica. Significa che abbiamo stilato la lista del personale, per verificare se in alcuni contesti possiamo avere delle facilitazioni delle traduzioni con dei professionisti che operano nell'ambito della

salute mentale. Devo dire che ultimamente ci siamo aperti, ci sono più spiragli, dal medico iraniano, all'infermiera indiana piuttosto che gli infermieri dell'area balcanica. Quindi comunque persone che ci aiutano molto nella presa a carico, quindi quello che noi facciamo in prima istanza, è che se arriva un paziente di una determinata origine, ricerchiamo all'interno del personale OSC quella persona che più ci potrebbe aiutare. Al di là che ci si possa capire in inglese, la persona che sente parlare la sua lingua madre, ha una modalità di aggancio e di apertura diversa nei nostri confronti. (...)

3. **Secondo lei, quali competenze e attitudini professionali deve sviluppare un/a infermiere/a per poter garantire un'assistenza ottimale:**

Partiamo dalle competenze sociali, relazionali, ma dalle competenze di interesse e advocacy dell'altro. Al giorno d'oggi credo sia fondamentale, una persona che abbia interesse a conoscere la storia dell'altro, ma conoscere significa appassionarsi piuttosto che a far valere i diritti delle altre persone, nel caso dei pazienti migranti, laddove magari vi sono delle personalità fragili, che hanno paura a rivendicare i propri diritti. Secondo me in questo ambito è sempre più importante per gli infermieri essere di supporto, ma sviluppando poi quella funzione che è fondamentale (...).

4. **Secondo lei il ruolo infermieristico in questo ambito è mutato nel tempo? Se sì quali fattori sono stati rilevanti:**

Allora, che il ruolo infermieristico sia mutato nel tempo agli occhi del personale infermieristico è innegabile. Quello che però secondo me deve ancora mutare è il rivendicare il proprio ruolo di farlo comunque valere, di prendere posizioni e di valorizzarlo. Questo secondo me è un aspetto tanto fragile e debole della categoria infermieristica, non viene socialmente, o anche in ambito sanitario riconosciuto nel modo in cui dovrebbe essere. Parlo di una categoria medica molto forte, dove c'è sempre un tentativo di delegare all'infermiere gli atti di delega, piuttosto gli atti di esecuzione di ordine medico. Questo lo ritrovo ancora, e oltretutto l'orientamento della medicina non ci sta facilitando, perché si tende ad andare sempre di più verso la specializzazione e non comunque verso una presa a carico olistica, quindi ci stiamo ultra specializzando nelle singole prese a carico, ma fondamentalmente più ci specializziamo tantopiú ci allontaniamo dalla persona. Secondo me che autonomia e responsabilità sono oggi elementi fondamentali, che sottolineo l'evoluzione del ruolo (...). Soprattutto l'ambito psichiatrico ce ne da tanto esempio, voglio dire dove comunque il paziente lo vediamo 24h su 24h, e lo vediamo non solo nel contesto osservabile, ma nella vita quotidiana, l'interazione con gli altri... tutte quelle finestre di osservazione comportamentali che ci dicono se in questo momento il paziente ha uno stato di angoscia, pio o meno delirante. Ecco da qualche parte c'è proprio una disparità ad esempio se quando l'osservatore medico vede il paziente in quei minuti, e l'osservazione differisce rispetto al osservazione infermieristica nelle 24h (...). Rispetto al ruolo dell'infermiere, è importante assumerci le nostre competenze e l'importanza dell'osservazione, bisogna sviluppare questa capacità anche dialettica di entrare in relazione (...).

5. **La questione della migrazione è in continuo mutamento, secondo lei, gli infermieri che operano in Canton Ticino sono abbastanza formati per quanto riguarda le competenze interculturali? Mi faccia alcuni esempi:**

Adesso siamo nella fase in cui si è rilevato il bisogno, ma proprio perché la società ci ha messi a confronto con questa nuova peculiarità. Secondo me dal momento dell'individuazione del bisogno al momento in cui riusciremo a livello formativo a sviluppare competenze, ne passerà ancora, perché secondo me allo stato attuale non siamo ancora pronti per, se non il fatto che c'è questa nuova realtà, il bisogno di sviluppare queste competenze, ci stiamo mobilitando e secondo me è un'azione ancora individuale data dall'interesse o dalle proprie esperienze, rispetto magari a quello che si verifica socialmente. Per sviluppare comunque un'interesse particolare, bisognerà andare nella specializzazione della cultura del migrante e del paziente migrante (...). Probabilmente siamo ancora nella fase dell'emergenza, dove c'è una crisi, rispetto alle condizioni politiche dei paesi del Medio Oriente, quindi si interviene sulla crisi e non tanto sul concetto che bisogna sviluppare delle competenze per la presa a carico. Ancora stiamo discutendo se è giusto o no che entrino, è una fase di transizione sicuramente. Ovvio che come sanitari quando accogliamo una persona che manifesta una sofferenza non possiamo far altro che affidarci a tutto quello che ci è stato designato, quindi curarlo senza giudizio al di là dei nostri stereotipi. Noi ci confrontiamo poi con tutta una serie di patologie, tutta l'area delle somatizzazioni, l'area del conflitto interiore che si manifesta attraverso l'ansia, l'insonnia o la sindrome da disadattamento, la dipendenza, laddove comunque c'è una grande sofferenza che non viene presa a carico. Le società *non Occidentali* sono società dove si sviluppa un concetto di essere al mondo molto più sociale che non il nostro concetto individuale, noi siamo molto più individualisti, la malattia la viene affrontata in famiglia, con gli amici, per strada, qui si ritrovano in un mondo dove stanno all'interno del loro appartamento e non c'è la possibilità di scambio, e voglio dire curare una persona che invece ha sempre trovato supporto in più persone, e magari il suo percorso di malattia è totalmente differente.

6. **Quali sono le competenze interculturali che possiedono gli infermieri dell'OSC e quali secondo lei andrebbero maggiormente sviluppate? Dove e come vengono acquisite tali competenze che permettono di curare in modo efficace persone con un background culturale diverso dal nostro:**

Abbiamo queste supervisioni dell'etnopsichiatra, dal punto di vista clinico e medico. Da alcuni anni abbiamo instaurato per i neoassunti un modulo di etnopsichiatria, anche lì l'attenzione di dover dire a queste persone che ci vogliono delle competenze diverse, delle competenze un po' più di narrazione. Trovo che la narrazione della storia delle persone sia una cosa importantissima nei concetti di presa a carico, per le persone che arrivano da una diversa cultura ancora di più, perché è solo attraverso gli approcci narrativi che noi riusciamo a comprendere meglio il punto di vista dell'altro. (...). Anche perché se etichettiamo la persona migrante con un disagio non gli diamo più la possibilità di riscattarsi qui, di inclusione di riattivazione di quello che è proprio un percorso individuale, oltretutto perché noi abbiamo lo stigma psichiatrico, e lo abbiamo anche per i nostri pazienti autoctoni (...).

7. **Mi può raccontare in cosa consistono le principali barriere o ostacoli nella cura con i migranti ? Anche attraverso esempi concreti:**

   La lingua, la difficoltà che si ha è la lingua, perché arrivano da regioni dove comunque noi non riusciamo ad entrare in comunicazione, e anche la lingua internazionale, l'inglese, non rende l'espressione del disagio rispetto all'espressione nella lingua madre. Anche se trovo, e questo è importantissimo, nell'ambito psichiatrico, lo dico sempre anche a lezione, che soprattutto in psichiatria siamo abituati a entrare in comunicazione con l'altro attraverso non solo l'unico canale verbale (...). Diciamo che siamo un pó più allenati nell'interpretare un'espressione non verbale, fondamentalmente l'osservazione, il comportamento, la visione della paura dell'altro...riusciamo a capirlo anche attraverso il comportamento non verbale. Principalmente la lingua è il problema principale, rispetto ai propri principi religiosi, ad esempio dove troviamo una donna che non incontrerà uno psicologo uomo, ma è questione di rispettare i valori (...).

8. **Le patologie, di tipo somatico e metabolico, che si possono manifestare a seguito dei propri vissuti sono molteplici. Secondo lei vi sono delle specifiche patologie che si sono manifestate e che sono riconducibili a un processo migratorio:**

   Noi ci incontriamo con una sorta di somatizzazioni incredibili, ma questo secondo me è proprio legato al fatto che in alcune culture, laddove non c'è probabilmente la possibilità di espressione, di elaborazione dell'identità del profondo, dopo è là che il corpo parla. Laddove la parola riesce a mediare un conflitto, il corpo non lo può fare, lì tutte le somatizzazioni sono legate a una sorta di disagio e di sofferenza che passano attraverso la cura del corpo (...).Prendere le persone per quello che sono, perché il disagio è vero, il dolore è tangibile, perché a volte quando si parla di somatizzazioni c'è lo scivolamento di qualcuno che dice che sia una manifestazione, no perché il dolore come sintomo c'è, quindi andiamo a curare il dolore anche se l'origine è diversa. Le somatizzazioni, o le crisi d'ansia sono le manifestazioni maggiori in persone con una condizione migratoria, cosi come le depressioni e l'abuso di sostanze, laddove si pensa di entrare più in mediazione con un'alterazione dovuta all'alcol, perché magari mi sento più disinibito o meno impacciato, e poi si innesca un circolo vizioso. Tutto questo piuttosto che le psicosi, e i problemi della sfera psicotica. Dobbiamo tenere conto che la cura qui non è individuale ma famigliare e sociale e questo è un altro cambio di modello, perché noi siamo molto incentrati su una cura individuale.

10.4 ALLEGATO 4: Tabella di analisi delle interviste

	Ruolo infermie-ristico e mutamenti nel tempo	Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti	Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura	Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione	Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale	Criticità
INTERVISTA 1	Un'esperienza di stage post diploma di un anno con EMERGEN-CY nel Sud Italia. Svolgevo svariate mansioni, arrivato all'ambulatorio, era come se fungessi da custode (...), oltre alle mansioni infermieristiche, mi trovavo a fungere da mediatore culturale. Il ruolo infermieristico è mutato nel tempo(...) la realtà dell'infermiere in un contesto come quello ti pone nello svolgere una moltitudine di mansioni molto diversificate tra loro(...)vi è stata una responsabilizzazione.	La casistica di persone era molto variata a seconda della zona in cui mi trovavo, ma allo stesso tempo vi era una concentrazione maggiore di persone della stessa etnia. Molte persone provenivano dall'Africa, come Senegalesi, Gambiani, Maliani, Sudanesi... ma anche Rumeni e persone provenienti dall'Est Europa. La casistica dei disturbi era variata (...).	Uno degli ostacoli maggiori nella cura con pazienti migranti non è tanto la comunicazione, in quanto con creatività ed ingegno si riesce a comunicare, ma bensì le loro credenze spirituali e religiose che sono spesso dettate da un credo di tipo animista. Questo ad esempio porta la persona a non ricondurre un sintomo ad uno stile di vita o a una patologia.	Le patologie che si presentano sono davvero diversificate tra loro, come ad esempio ipertensione, diabete, gastriti, HIV/AIDS, e altre ancora. Ovviamente sia le patologie in sé sia quelle che interessano la sfera psichica della persona sono influenzate dal percorso migratorio e dalla situazione di partenza. Anche la patologia psicologica aumenta e influenza quella somatica, così come l'ambiente circostante.	Serve tanta creatività, bisogna reinventarsi, attingere alle risorse e si diventa anche mediatori culturali. Bisogna trovare soluzioni in modo tempestivo(..) Devi metterti nella condizione di comprendere una cultura diversa, comprendere un sintomo, un mal di pancia o un mal di testa, cela in sé altri significati. Imparare a conoscere gli usi e costumi di una cultura è importante perché possono aiutarti nella diagnosi.	

	Ruolo infermie-ristico e mutamenti nel tempo	Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti	Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura	Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione	Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale	Criticità
INTERVISTA 2	È necessario un costante lavoro di mediazione, non sempre semplice.	L'aspetto richiedente dei richiedenti l'asilo ha notevole peso, in quanto sottoposti all'attesa, alla precarietà e bisognosi di tutto quello che manca loro del loro luogo d'origine, andando dal macroscopico al microscopico.	Hanno barriere linguistiche e culturali. Quando non sanno né l'italiano, né l'inglese, né il francese si va nel paraverbale e si inizia a gesticolare fino a quando non si trova l'interprete... ed è una carenza perché sono pochi sul territorio(...) C'è ambivalenza sempre, è molto difficile far capire loro le dinamiche che tante volte noi stessi non capiamo, in base a quali criteri vengono selezionati. Tanti non ammettono le loro reali necessità (...)	Osservo il ripetersi delle stesse dinamiche relazionali che ci sono nell'occidentale e questo fa parte della scuola di pensiero Freudiana(...) il complesso di Edipo è presente (...)Al di là di quello che chiamiamo substrato culturale, tolto quello la struttura psichica si presenta identica. Le sindromi di maggiore riscontro sono la sindrome posttraumatica da stress, la sindrome da disadattamento, alterazioni del carattere dovute a sevizie, le somatizzazioni (...)	Trovo stimolante umanamente intraprendere il sostegno e l'ascolto psicologico oltre alla parte di cura della persona in senso esclusivamente clinico. Potermi rendere utile ad una persona o ad una famiglia rappresenta un modo per avvicinarmi, stringere un legame dapprima di fiducia poi di alleanza terapeutica laddove possibile. Ci vuole tantissima delicatezza perché non si sa mai quello che è veramente successo... quindi maneggiare con estrema cautela (...)	Tanti arrivano con la speranza di trovare qui una soluzione ai loro problemi di salute, affrontano viaggi terribili, lunghi, sopportano ciò che difficilmente immaginabile perché non hanno più niente da perdere. Si spingono verso rischi pur di rincorrere un sogno. Anche quando provo a chiedergli cosa speri di trovare qui, difficilmente trovano le parole.

	Ruolo infermie-ristico e mutamenti nel tempo	Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti	Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura	Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione	Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale	Criticità
INTERVISTA 3	Sono tante le cose che facciamo, c'è l'ambulatorio , giornalmente c'è qualcuno che ha qualcosa, che non sta bene, (...) Quindi ci si mette a disposizione. Valutiamo se è sufficiente curarlo qua oppure necessita di un medico esterno. C'è un grande lavoro di coordinazione , è un lavoro come l'assistente sociale ma dal lato medico-infermieristico . Tante cose sono cambiate, anche la persona richiedente d'asilo è cambiata. Il ruolo è cambiato per il fatto della presenza multiculturale.	Nell'ultimo anno la maggior parte è stata di etnia Eritrea, Somala, Siriana, Afghani, famiglie, singoli, tanti minori non accompagnati (...) diciamo che la fascia più grande è questa.	Non c'è una barriera specifica (...) Ad esempio la religione, barriere culturali.. e poi appunto, molte barriere dovute al loro viaggio, specialmente all'inizio perché tanti hanno paura(...)	Casi di tubercolosi con un ceppo multiresistente(...). I ragazzini anche hanno tanto lavoro(...), dal lato traumatico, a causa di questi trauma post viaggio dove purtroppo hanno vissuto troppe cose per l'età che hanno. Magari all'inizio non viene fuori e viene fuori soltanto dopo mesi. Di casi psichiatrici ce n'è sono davvero tanti (...) malattie metaboliche, loro fanno dei viaggi di massa(...). Le malattie somatiche(...)	Esperienza, per me è importante che si abbia la possibilità di vivere diverse realtà professionali e avere già un quadro generale. L'ascoltare la persona(...). L'approccio relazionale secondo me è fondamentale specialmente per conoscere la persona(...). Se ti prendi il tempo per loro(...) questo è molto apprezzato. Attenzione e ascolto (...). All'inizio c'è molta paura, ma una volta che entri nell'abitudine e nella confidenza si fidano di più e si lasciano andare(...).	

	Ruolo infermie-ristico e mutamenti nel tempo	Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti	Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura	Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione	Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale	Criticità
INTERVISTA 4	È cambiato per il fatto della presenza multiculturale nelle strutture di cura (...).Il cambiamento comunque rimane il fatto di confrontarsi sempre più con persone con una diversa cultura e una diversa lingua.	Chiaramente se parliamo di persone vulnerabili, nel campo sanitario e sociale, chiaramente è stato l'arrivo nell'ambito d'asilo di persone provenienti dalla Siria, Medio Oriente – Iraq, questo è stato così soprattutto nel 2015(...). Dopo la chiusura della Rotta Balcanica, le persone provenienti da Siria e Medio Oriente sono diminuite(...). Poi sono persone provenienti da Eritrea e Somalia(...). Ricordare che ci sono tutta una serie di migranti che arrivano fuori dall'ambito d'asilo.	In parte lo abbiamo già detto (animismo), chiaramente però la principale barriera è quella linguistica e la conseguente mancanza di traduzione per chi non riesce a spiegarsi correttamente e questo tema è centrale, soprattutto in ambito sanitario. Per le persone migranti assolutamente un problema è la mancata conoscenza del sistema sanitario in Ticino. La rappresentazione che loro hanno del medico (...).	Non è la migrazione che fa ammalare, ma se ci riferiamo ai determinanti della salute, la migrazione è un fattore potenziale di rischio. Al di là delle patologie specifiche, è data in sé dal tipo di percorso migratorio che ha dovuto affrontare il migrante e dalla modalità, caratteristica della singola persona migrante e dalla differenza per prima e dopo nel senso di vita.	Ci deve essere una disponibilità dei curanti ad essere curiosi (...). è importante garantire la relazione col singolo paziente per evitare di culturizzare la presa a carico (...). Trattarli come tutti gli altri garantendo sempre la parità di trattamento, trattarli nella loro individualità ad esempio indicandoli per nome, possono essere piccolezze ma è già un riconoscimento (...).	Non bisogna esagerare il concetto di emergenza un fattore di percezione, i numeri non sono così alti come crediamo, (...) c'è una ripartizione equa in tutti i Cantoni.

	Ruolo infermie-ristico e mutamenti nel tempo	Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti	Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura	Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione	Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale	Criticità
INTERVISTA 5	Organizziamo dei gruppi di psicoeducazione oppure per esempio sui farmaci e il loro utilizzo, sui segnali precoci delle malattie, e la loro conseguente prevenzione e trattamento. Sono tutti interventi diversificati, e possiamo realizzare tutto ciò grazie anche alla collaborazione e con altri istituti ed enti. Quello che penso è che il nostro ruolo come infermieri è cambiato nel tempo (...).	Sono persone di seconda generazione o che magari sono venuti in Svizzera tanti anni fa. Per esempio le persone rifugiate noi facciamo le valutazioni in situazioni di urgenza (...). Con i nostri pazienti facciamo un accompagnamento, di integrarli nel mondo lavorativo, che non è facilissimo (...) I pazienti migranti in generale ci sono, chiaro che se alla fine guardo tutti i nostri pazienti sono migranti, tutti hanno una storia precedente (...)	Bisogna lavorare in primis sulla sensibilizzazione, ma c'è tanta vergogna... *cosa dico a casa...* Magari non tutti siamo al corrente delle diverse culture, anche in modo profondo, oppure una persona non riesce a comunicare con noi e viceversa... questa può avvenire anche senza la barriera linguistica. Magari perché vive una sorta di frammentazione perché ha vissuto un po' la sua cultura nel paese d'origine e qua non riesce ad unire i pezzi.	Tanti somatizzano molto... oppure si credono matti, perché in molti paesi tante patologie non esistono nell'immaginario collettivo, e vengono quindi definiti così... e come curante non riesci ad eliminare questo pensiero, questa concezione, perché è una componente culturale. Le depressioni, sindrome da stress post traumatico, il disadattamento sociale, e ogni disturbo può variare di durata.	Non faccio una differenza tra pazienti migranti, in quanto per me sono tutte persone migranti, quindi cerco di approcciarmi ad ognuno in un modo uguale. Prendo sempre in considerazione la cultura di ognuno, i suoi bisogni, i rituali... è un approccio d'insieme. Non mi impongo come figura. è importante che la persona trovi una soluzione, e che io sono presente per sostenerla. Possedere elasticità mentale, mettermi in gioco ed uscire dagli schemi.	

INTERVISTA 6	Ruolo infermie-ristico e mutamenti nel tempo --- Negli ultimi anni abbiamo iniziato a parlare spesso e tanto di etnopsichiatria, di psichiatria interculturale, perché comunque c'è un fenomeno migratorio che assolutamente interessa e poi si ripercuote sull'ambito del nostro campo di assistenza. Noi (OSC), parliamo della figura del mediatore culturale (...) per creare dei trialoghi(...) . Non è un esecutore, non è un interprete, ma colui che fa da ponte rispetto alla cultura, lingua,	Casistica e caratteristiche riscontrate nelle persone migranti --- Cambiano a dipendenza dei momenti storici, se prima eravamo in contatto con persone che appartenevano ad altre culture ma sceglievano di venire qua per un posto diverso, per delle prospettive diverse, a un certo punto con i movimenti politici e le crisi politiche ci troviamo davanti persone che non scelgono più ma che si trovano costrette ad abbandonare il proprio paese. E questo ha una ripercussione sul disagio e sulla sofferenza e sul migrante.	Difficoltà riscontrate che ostacolano la cura --- Al di là che ci si possa capire in inglese, la persona che sente parlare la sua lingua madre, ha una modalità di aggancio e di apertura diversa nei nostri confronti. La lingua, la difficoltà che si ha è la lingua, perché arrivano da regioni dove comunque noi non riusciamo ad entrare in comunicazione, e anche la lingua internazionale, l'inglese, non rende l'espressione del disagio rispetto all'espressione nella lingua madre.	Disturbi psichici e fisici emersi correlati alla migrazione --- Noi ci confrontiamo poi con tutta una serie di patologie, tutta l'area delle somatizzazioni, l'area del conflitto interiore che si manifesta attraverso l'ansia, l'insonnia o la sindrome da disadattamento, la dipendenza, laddove comunque c'è una grande sofferenza che non viene presa a carico. Noi ci incontriamo con una sorta di somatizzazioni incredibili, ma questo secondo me è proprio legato al fatto che in alcune culture,	Competenze e attitudini emerse a favore di un'assistenza interculturale --- Partiamo dalle competenze sociali, relazionali, ma dalle competenze di interesse e advocacy dell'altro (...) interesse a conoscere la storia dell'altro. In questo ambito è sempre più importante per gli infermieri essere di supporto. Rispetto al ruolo dell'infermiere, è importante assumerci le nostre competenze l'importanza dell'osservazione, bisogna sviluppare questa capacità anche dialettica	Criticità --- Adesso probabilmente siamo ancora nella fase dell'emergenza, dove c'è una crisi, rispetto alle condizioni politiche dei paesi del Medio Oriente, quindi si interviene sulla crisi e non tanto sul concetto che bisogna sviluppare delle competenze per la presa a carico. Ancora stiamo discutendo se è giusto o no che entrino, è una fase di transizione sicuramente

INTERVISTA 6	disagio, e alla sua espressione		Nelle società Non Occidentali si sviluppa un concetto di essere al mondo molto più sociale rispetto al nostro concetto individuale, la malattia la viene quindi affrontata in famiglia, con gli amici, per strada, qui si ritrovano in un mondo dove stanno all'interno del loro appartamento e fondamentalmente non c'è la possibilità di scambio, e quindi voglio dire curare una persona che invece ha sempre trovato supporto in più persone, e magari il suo percorso di malattia o di crisi è totalmente differente (...).	laddove non c'è probabilmente la possibilità di espressione, di elaborazione dell'identità del profondo, dopo è là che il corpo parla (...). Laddove la parola riesce a mediare un conflitto, il corpo non lo può fare, lì tutte le somatizzazioni sono legate a una sorta di disagio e di sofferenza che passano attraverso la cura del corpo,	dientrare in relazione (...). La narrazione della storia delle persone sia una cosa importantissima nei concetti di presa a carico, per le persone che arrivano da una diversa cultura ancora di più, perché è solo attraverso gli approcci narrativi che noi riusciamo a comprendere meglio il punto di vista dell'altro. Interpretare un'espressione non verbale, fondamentalmente l'osservazione, il comportamento, la visione della paura dell'altro...riusciamo a capirlo anche attraverso il comportamento non verbale.	Anche perché se etichettiamo la persona migrante con un disagio non gli diamo più la possibilità di riscattarsi qui, di inclusione di riattivazione di quello che è proprio un percorso individuale, oltretutto perché noi abbiamo lo stigma psichiatrico, e lo abbiamo anche per i nostri pazienti autoctoni (...).