

SUPSI

Corso di laurea in Cure infermieristiche

Bachelor Thesis

Chiara De Marchi e Giulia Zanotti

**L'antropologia del dolore attraverso il ruolo
dell'infermiere transculturale.
Due realtà a confronto: Uganda e Svizzera**

Direttore di tesi
Mauro Realini

Anno accademico 2022-2023

Manno, 27 Settembre 2023

“L'autore è l'unico responsabile dei contenuti del lavoro di tesi”

“Solo un dolore è facile da sopportare, quello degli altri”

(Leriche, 1949)

Abstract

Background

Il dolore è un'esperienza che ogni essere umano vive almeno una volta nella vita, in qualsiasi parte del mondo si trova. Esso può essere classificato in vari modi e può essere percepito ed espresso in maniera differente a seconda della propria cultura, della propria vita e delle proprie esperienze. Intercorre una grossa differenza nell'antropologia del dolore e del significato che ciascuno dà ad esso tra due paesi molto diversi: l'Africa e la Svizzera. È molto importante il ruolo che deve ricoprire l'infermiere, in questo caso transculturale, per poter comprendere a pieno i bisogni espressi dal proprio paziente, che possono essere ben diversi dai suoi.

Obiettivi

Gli obiettivi di questo lavoro sono quelli di approfondire la tematica dell'antropologia del dolore e la diversa espressione di questo, di identificare il ruolo dell'infermiere transculturale competente in merito alle differenze che intercorrono tra pazienti stranieri, culturalmente diversi da noi. Infine, di poter applicare quanto appreso al nostro contesto sanitario svizzero.

Metodologia

Questo lavoro di ricerca è costituito da tre parti fondamentali, la prima parte riguarda il quadro teorico di approfondimento attraverso la documentazione rilevata in letteratura e all'interno di libri di testo. La seconda parte è costituita da una sperimentazione, attraverso una raccolta dati quantitativa, nella quale viene sottoposta la scala VAS del dolore, a 15 pazienti in Svizzera e 15 pazienti in Uganda, post-intervento chirurgico. La terza parte è determinata da una seconda raccolta dati, sempre quantitativa, nella quale viene sottoposto un questionario con 6 domande chiuse ed aperte a persone straniere, attualmente residenti in Svizzera, che hanno avuto accesso ad una struttura sanitaria evidenziando le differenze che intercorrono con il loro paese di origine in campo sanitario.

Risultati

I risultati ottenuti, sia attraverso la ricerca in letteratura che attraverso le sperimentazioni, evidenziano come ci siano delle differenze nella diversa espressione e percezione del dolore a seconda della persona che abbiamo di fronte in quanto ciascuno è caratterizzato dalla propria cultura, dalla propria esperienza e dal proprio vissuto il quale influenza il dolore stesso.

Conclusioni

Per poter erogare un'assistenza infermieristica completa è importante non perdere di vista i bisogni e gli obiettivi espressi dal paziente, anche se sono diversi dai nostri. Il ruolo dell'infermiere transculturale competente è fondamentale nella nostra realtà in quanto oggi ci troviamo sempre più confrontati con una popolazione eterogenea, ed essendo il dolore, il sintomo più comune, è importante comprendere la diversa espressione dello stesso.

Indice

INTRODUZIONE	6
QUADRO TEORICO	7
Capitolo primo	
1.1 Il dolore, dal modello biomedico al modello biopsicosociale.....	7
1.2 Classificazione del dolore	8
1.3 Fisiologia del dolore	9
1.4 Antropologia del dolore	11
1.5 Scale di valutazione del dolore	13
Capitolo secondo	
2.1 L'anima guaritrice dell'Africa	15
2.3 Gli stranieri in Svizzera	17
Capitolo terzo	
3.1 Infermieristica transculturale	21
3.2 Applicazione al nostro contesto sanitario.....	24
3.3 Assistenza a pazienti con dolore culturalmente diverso	25
METODOLOGIA	27
Capitolo quarto	
4.1 Obiettivi della ricerca.....	27
4.1 Domanda di ricerca	27
4.3 Revisione della letteratura.....	27
RACCOLTA DATI	31
Capitolo quinto	
5.1 Prima raccolta dati con scala del dolore	31
5.2 Discussione/analisi.....	34
5.3 Limiti della ricerca	40
5.4 Confronto con letteratura	41

Capitolo sesto	
6.1 Seconda raccolta dati con questionario	43
6.2 Discussione/analisi.....	46
6.3 Limiti della ricerca	48
6.4 Confronto con letteratura	49
Conclusioni	50
Correlazione con il ruolo professionale.....	50
Autovalutazione del percorso di sviluppo del lavoro di Tesi	53
Ringraziamenti.....	55
Bibliografia.....	56
Allegati.....	59
Appendice 1	59
Appendice 2	60
Analisi degli articoli.....	65

Introduzione

Abbiamo deciso di approfondire, all'interno della nostra tesi, il tema del dolore a livello antropologico in quanto pensiamo che esso sia un'esperienza che vive ogni essere umano almeno una volta nella vita. C'è chi ha imparato a convivere con esso da quando è nato con un dolore cronico e chi lo prova per la prima volta; ma ognuno lo esprime e lo manifesta in maniera differente.

La motivazione che ci ha spinto a soffermarci su tale argomento parte dalla necessità di approfondire un sintomo che provano tutti, in qualsiasi parte del mondo in maniera differente. Da qui nasce la curiosità di comprendere come ognuno possa percepire ed esprimere in modo diverso il dolore, come anche attraverso una valutazione numerica, possano emergere risultati differenti. Molto spesso, nei nostri reparti vediamo curanti che contestano soggettivamente un paziente che riferisce dolore sostenendo una valutazione personale inferiore a quella espressa dal paziente stesso, maggiormente se esso culturalmente differente. Con il nostro lavoro di tesi abbiamo cercato di approfondire tale tematica per poter essere in futuro dei curanti migliori.

Un altro motivo che ci ha spinto a documentarci maggiormente sull'antropologia del dolore parte dalla consapevolezza che esso non è fortemente specialistico ovvero legato ad un singolo reparto bensì riguarda ogni dipartimento del contesto ospedaliero e non. Provano dolore pazienti ricoverati in maternità, pediatria, chirurgia, medicina, psichiatria, ecc., semplicemente ciascuno di loro lo esprime in maniera diversa.

Questo ci permetterà di applicare quanto appreso, in qualsiasi reparto in cui inizieremo a lavorare nel futuro professionale.

Abbiamo effettuato un percorso all'interno del nostro lavoro di tesi a partire dal quadro teorico nel quale abbiamo ricercato approfondimenti in merito al dolore, dalla fisiologia all'antropologia, in seguito ci siamo occupate di analizzare la teoria dell'infermieristica transculturale di Leininger, per poi approfondire il contesto africano con l'obiettivo di comprendere meglio le differenze culturali che intercorrono tra due paesi così diversi: l'Africa e la Svizzera.

La scelta di approfondire il contesto africano nasce dalla possibilità di svolgere il terzo stage in cooperazione internazionale in questo paese, precisamente in Uganda, e quindi la possibilità di confrontarci direttamente con una cultura diversa dalla nostra.

Tale opportunità ci ha permesso di proseguire il nostro percorso di tesi attraverso la raccolta dati; abbiamo deciso di sottoporre ai nostri pazienti, quindici in chirurgia a Locarno e quindici in chirurgia a Gulu in Uganda, la scala del dolore in modo tale da avere una visione concreta della diversa espressione del dolore post-operatorio correlato all'aspetto culturale. I risultati

ottenuti sono stati poi inseriti all'interno di grafici e successivamente analizzati da noi. Infine, abbiamo scelto di effettuare una seconda sperimentazione sottoponendo dei questionari anonimi a stranieri di origine africana attualmente residenti in Svizzera che hanno avuto la possibilità di essere degenti in un ospedale in Ticino per poter comprendere come si sono sentiti, se il personale curante era pronto ad accoglierli nonostante fossero stranieri e se era presente del pregiudizio nei loro confronti.

L'idea è nata dal fatto che, in qualsiasi posto del mondo ci troviamo, il dolore ci accomuna, dopo un intervento chirurgico, dopo un parto, dopo la perdita di una persona cara, ma non tutti lo esprimiamo allo stesso modo.

Pensiamo che sia fondamentale per noi, futuri curanti, saper conoscere il dolore, saper comprendere i nostri pazienti, per poter instaurare con loro un rapporto di fiducia alla base della cura in modo tale da rispondere ai loro bisogni che non necessariamente sono uguali ai nostri.

Crediamo che sia importante e di rilevanza clinica nel nostro paese in quanto molto spesso, in reparto troviamo pazienti stranieri o immigrati con i quali è difficile approcciarsi al dolore in quanto essi hanno una visione diversa dalla nostra.

Tale ricerca vi permetterà di comprendere meglio il dolore, l'antropologia alla base di esso, sia nella nostra cultura che in quella africana e le differenze che intercorrono con la Svizzera, per cogliere l'importanza del ruolo dell'infermiere transculturale in modo tale da poter applicare in futuro, nei nostri reparti, ciò che si può apprendere dal nostro lavoro di tesi.

QUADRO TEORICO

Capitolo primo

1.1 Il dolore, dal modello biomedico al modello biopsicosociale

Il sintomo più comune di una malattia è il dolore (Gioffrè, 2004).

La International Association for the Study of Pain (IASP, associazione internazionale per lo studio del dolore) afferma che *“il dolore è un'esperienza emotiva e sensoriale spiacevole, associata ad un danno tissutale in atto o potenziale, e descritta in termini di tale danno”* (Gioffrè, 2004).

Tale definizione pone le basi per quello che oggi è definito il modello bio-psico-sociale della medicina. Ma non è sempre stato così, a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, era il modello biomedico dualistico e meccanicistico a prevalere (Barbari et al., 2020).

Quest'ultimo considerava solamente i processi biologici come la causa della formazione delle malattie, senza considerare i fattori psicologici, ambientali e sociali (Barbari et al., 2020).

In merito al dolore, si pensava che fosse direttamente proporzionale alla causa che lo aveva generato: il dolore era maggiore se causato da un danno tessutale maggiore (Barbari et al., 2020). Questo modello mise in luce ben presto i suoi limiti in quanto, poteva essere funzionale nel caso di malattie facilmente diagnosticabili attraverso esami medico-strumentali, ma non era in grado di spiegare i casi in cui la malattia di base non era l'unica problematica che determinava la mancanza di salute (Barbari et al., 2020). Inoltre, non prendeva in considerazione la soggettività dei pazienti, l'esperienza di malattia di ognuno di essi; ogni patologia, seppur con la stessa diagnosi, può essere vissuta e percepita in modo differente (Barbari et al., 2020).

Un altro limite di questo modello è rappresentato dalla mancanza di considerazione di quelli che sono gli aspetti psicologici, emotivi e sociali correlati allo sviluppo della malattia (Barbari et al., 2020).

Nella seconda metà del Novecento, iniziarono a prendere forma nuove correnti di pensiero, in particolare, nel 1977, con George Libman Engel, fu proposto un nuovo modello definito biopsicosociale che poneva attenzione alla psiche e all'ambiente del paziente malato (Barbari et al., 2020). L'approccio biopsicosociale pone l'attenzione non più sulla malattia, bensì sui comportamenti correlati alla malattia stessa e da qui ne consegue l'approccio nella presa in cura centrato sulla singola persona (Barbari et al., 2020). Anche il trattamento inizia a subire una visione diversa, non è più centrato solamente sulla componente fisica/organica, ma su un intervento ad ampio raggio con l'obiettivo di trattare diversi fattori che determinano lo stato di salute (Barbari et al., 2020). Il ruolo del paziente inizia ad essere attivo, nel modello biomedico, esso aveva un atteggiamento passivo nel processo di cura ed eseguiva ciò che decidevano i sanitari, al contrario, nel modello biopsicosociale gli obiettivi dei trattamenti sono concordati tra paziente e professionista tenendo conto sia degli obiettivi personali del primo che delle evidenze scientifiche alla base della medicina (Barbari et al., 2020).

1.2 Classificazione del dolore

Nell'antichità, in modo particolare con Ippocrate, si pensava che le malattie fossero causate dagli Dei come punizione per gli esseri umani e che l'unico metodo per trattarle era attraverso trattamenti naturali utilizzando erbe e radici di piante capaci di ridurre la sofferenza (Gioffrè, 2004).

Oggi sappiamo che il meccanismo che determina fisiopatologicamente il dolore è molto complesso: sono presenti nel nostro corpo diversi meccanismi molecolari e cellulari che nel sistema nervoso centrale e periferico determinano i diversi tipi di dolore (Gioffrè, 2004).

Quest'ultimo può essere classificato in base alla qualità in *dolore fisiologico* (può coincidere con quello acuto) con lo scopo di avvertire il corpo e determinare una risposta riflessa di difesa; in *dolore da processi patologici* (può coincidere con quello cronico) con lo scopo di combattere il processo patologico ma con reazioni più lente ed infine il *dolore patogeno*, un dolore difficilmente compreso, non biologico (Gioffrè, 2004).

Esistono vari tipi di dolore da processi patologici classificati in base alla modalità di trasmissione nocicettiva: il dolore *somatico localizzato* caratterizzato da una lesione della parte somatica superficiale con presentazione del dolore a livello della corteccia cerebrale; il dolore *riferito o viscerale* caratterizzato dalla presenza di dolore in una zona distante rispetto alla struttura interessata dal danno algogeno; il dolore *irradiato* correlato alla distribuzione del fascio nervoso; il dolore *da deafferentazione* che si presenta anche in assenza di sintomi algici "normali" (Gioffrè, 2004).

Il dolore può anche essere suddiviso attraverso una classificazione temporale in dolore acuto e cronico (Barbari et al., 2020). Il dolore *acuto* è "*una risposta ma anche l'esperienza stessa di uno stimolo nocivo, esso può diventare patologico, spesso compare in modo improvviso, è limitato nel tempo e motiva comportamenti atti ad evitare un potenziale o effettivo danno tissutale*" (Barbari et al., 2020). Tale dolore nasce da uno stimolo nocivo scatenante, o percepito come potenzialmente nocivo, che evoca, a seguito di certe reazioni, delle risposte fisiologiche, come per esempio, l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna, aumento della sudorazione, riflessi spinali e maggiore vigilanza (Barbari et al., 2020). È considerato un dolore utile perché indica la presenza di una lesione e permette all'organismo di segnalarla e mettere quindi in atto meccanismi di difesa (Minuzzo, 2004). Ci troviamo invece, di fronte al dolore *cronico* quando questo ha perso la sua funzione di protezione e segnalazione di un pericolo e inizia a perdurare per lunghi periodi (oltre tre mesi, tempo comunque arbitrario) senza risoluzione (Minuzzo, 2004).

1.3 Fisiologia del dolore

Il sistema nervoso centrale (SNC) e il sistema nervoso periferico (SNP) comunicano grazie a vie che trasmettono informazioni sensitive e motorie dalla periferia all'encefalo e viceversa. Le vie sensitive e motorie sono costituite da fasci e nuclei, i fasci prendono in considerazione encefalo, midollo spinale organi e apparati (Martini et al., 2016).

Le prime cellule che registrano le informazioni provenienti dall'esterno e dall'interno del corpo sono i recettori, una volta stimolati hanno il compito di inviare le informazioni al SNC. L'informazione viene trasmessa sottoforma di potenziale d'azione all'interno della fibra sensitiva (Martini et al., 2016)

Per quanto riguarda il dolore vengono stimolati i nocicettori cutanei. I nocicettori rientrano nella categoria dei recettori sensoriali in grado di eseguire la trasduzione di stimoli nocivi che vengono percepiti dal cervello come dolore. Esistono tre tipi di nocicettori: i primi prendono il nome di nocicettori meccanici e rispondono a stimoli meccanici come, ad esempio, quando ci si schiaccia un dito, il secondo tipo viene definito nocicettore termico che entra in gioco quando c'è una temperatura elevata come quando si tocca una stufa calda, in fine abbiamo i nocicettori polimodali che rispondono a stimoli meccanici e termici (Stanfield, 2017).

Esistono due vie somato-sensoriali principali: la via delle colonne dorsali-lemnisco mediale e il tratto spino talamico. Queste vie permettono di inviare differenti informazioni sensoriali al talamo e alla corteccia somato-sensoriale, entrambi le vie afferenti penetrano nel midollo spinale e decussano prima di raggiungere il talamo. Questo schema permette all'informazioni somato-sensoriali provenienti dal lato destro del corpo di raggiungere la corteccia somato-sensoriale di sinistra e viceversa (Stanfield,2017).

Visto che il nostro lavoro di tesi si focalizza sulla percezione del dolore, abbiamo pensato di incentrare l'attenzione sulla via spino-talamica.

Il tratto spino-talamico, invia informazioni che provengono dai termocettori e dai nocicettori al talamo, questa via decussa nel midollo spinale prima di raggiungere il tronco encefalico. I neuroni di primo ordine originano dai termocettori o dai nocicettori e terminano nel corno dorsale del midollo spinale. A questo livello i neuroni di primo ordine fanno sinapsi con i neuroni di secondo ordine presenti nel corno dorsale. Le fibre dei neuroni di secondo ordine attraversano il midollo spinale, salgono verso il tronco encefalico e arrivano al talamo. All'interno del talamo i neuroni di secondo ordine fanno sinapsi con i neuroni di terzo ordine che si trovano all'interno della corteccia somato-sensoriale (Stanfield,2017).

Quando vengono attivati i nocicettori arriva al soggetto la sensazione di dolore, ma allo stesso tempo si attivano altre risposte dell'organismo come: aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, aumento dei livelli di adrenalina e glucosio, ingrossamento delle pupille con sudorazione annessa (risposte vegetative). Per quanto riguarda le risposte emozionali si attivano i meccanismi di paura e ansia e infine si ha il riflesso di allontanamento dello stimolo (Stanfield,2017).

Possiamo prendere in considerazione due tipi di dolore: il primo definito rapido e il secondo che prende il nome di lento. Il dolore rapido viene percepito dal soggetto come una netta sensazione di puntura ben localizzabile, questo tipo di dolore viene trasmesso dalle fibre Adelta, di piccolo calibro e mieliniche. Il secondo dolore (lento) non è ben localizzato e il soggetto ha una sensazione di dolore che insorge lentamente, viene trasmesso da fibre C

di piccole dimensioni e amieliniche. Per capire meglio il meccanismo abbiamo pensato di riportare un esempio: un colpo al dito viene innanzitutto percepito come una sensazione dolorosa che insorge rapidamente dando origine al dolore rapido, con il passare dei minuti il soggetto avverte una sensazione dolorifica prolungata (dolore lento) (Stanfield,2017).

1.4 Antropologia del dolore

Dal modello biomedico, basato principalmente sulla fisiopatologia del dolore oggettivabile e la visione meccanicistica/dualistica, si è passati al modello bio-psico-sociale del dolore determinato dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Il nuovo approccio ci permette di porre attenzione a tutto ciò che sta intorno al dolore e alla malattia, a tutti quei meccanismi di coping che ciascuno può mettere in atto in base alle proprie credenze, strategie e comportamenti (Barbari et al., 2020).

Esso pone le sue radici fin dalla definizione IASP riportata sopra, dove viene sottolineata l'importanza dell'esperienza sensoriale ed emotiva del dolore stesso; se un tempo si credeva che esso fosse un input diretto al cervello, oggi sappiamo che possiamo andare ben oltre la concezione oggettiva: ad una grande lesione non sempre corrisponde un dolore intenso (Barbari et al., 2020).

Infatti, esso non riguarda solamente la sfera medica o biologica bensì quella individuale (Fig. 1) correlata alla soggettività, alla cultura, al vissuto e alla storia personale di ciascuno (Gioffrè, 2004).

Ogni uomo, per una stessa ferita o un disturbo, reagisce diversamente in quanto influenzato dalla sua storia personale, sociale e culturale (Le Breton, 2007).

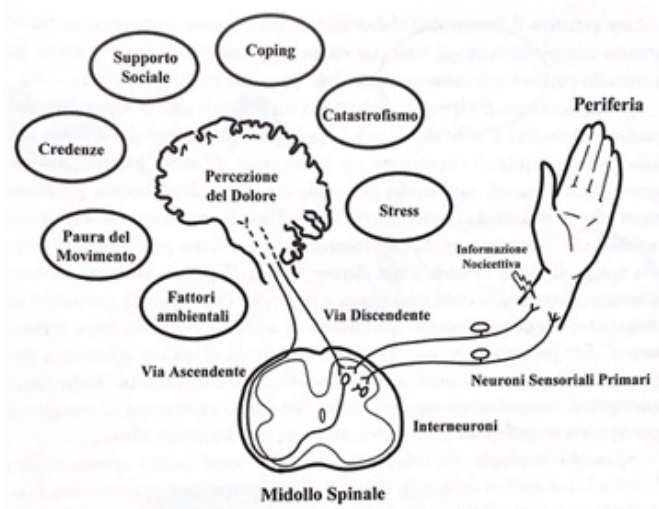


Fig. 1: Percezione del dolore che dipende da diversi fattori, molti riguardano la sfera psicologica del paziente (Barbari et al., 2020)

Possiamo quindi affermare che il dolore è il risultato dell'opinione che il cervello ha in quel determinato momento rispetto all'insulto subito in una certa parte del corpo (Barbieri et al., 2020). Correlato a tale opinione, ne consegue poi il trattamento/recupero del danno in modo più o meno veloce in base alla propria percezione iniziale (Barbari et al., 2020).

Nel modello Paura-Evitamento (Fig. 2) riportato da Barbari et al. (2020), possiamo vedere due tipologie di risposte al dolore in seguito ad un danno, un infortunio o una lesione correlata alla percezione di esso. Nel primo caso, il dolore viene riconosciuto dal paziente come non minaccioso, e per questo continua a svolgere le sue attività di vita quotidiana promuovendo un buon recupero. Al contrario, nel secondo caso, in cui il dolore viene percepito come catastrofe, si genera un circolo vizioso con paura e comportamenti di evitamento e fuga i quali non portano ad un buon recupero (Barbari et al., 2020).

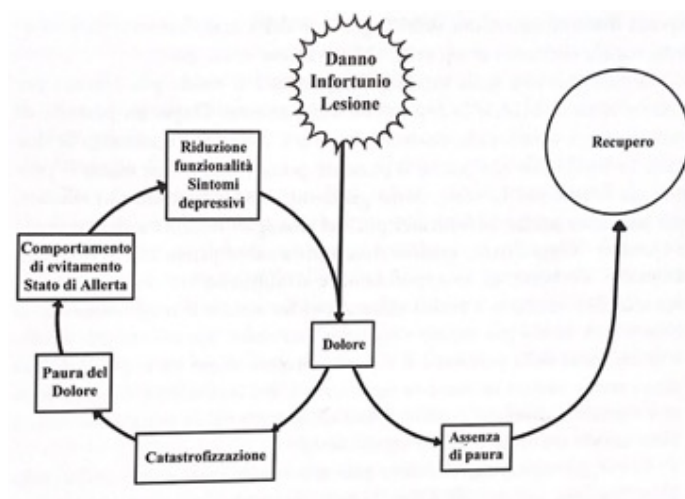


Fig. 2: Modello Paura-Evitamento (Barbari et al., 2020)

Questo modello ci porta a riflettere in merito alla diversa percezione che ognuno di noi ha del dolore e le ricadute di esso sulla guarigione e sul recupero in seguito ad un danno reale o potenziale.

Sembra inoltre che, qualora il paziente non sia concorde con la scelta terapeutica messa in atto dai curanti, essa può anche fallire, nonostante sia di comprovata efficacia, in quanto la non condivisione porta il paziente ad una non guarigione soprattutto sul piano psicologico (Barbari et al., 2020).

Nel suo libro Le Breton (2007) riporta questa frase:

“Sono convinto che, quasi sempre, coloro che soffrono, soffrono proprio come dicono, e che, dedicando al proprio dolore un’attenzione estrema, soffrono più di quanto si possa immaginare. Solo un dolore è facile da sopportare, quello degli altri” (Leriche, 1949).

Ed è proprio da questa frase che nasce la nostra necessità di approfondire e comprendere la diversa espressione del dolore senza sottovalutare o sopravvalutare nessuno. È importante che ciascuno dei nostri pazienti sia libero di esprimere ciò che sente senza essere giudicato ed è nostro compito comprenderlo e trattare il suo malessere.

La diversa espressione del dolore correlata alle variazioni sociali, culturali e personali non può essere spiegata semplicemente dall'anatomia o dalla fisiologia; ogni individuo, nel momento in cui viene toccato dal dolore, lo esprime in base al significato che gli dà in quel preciso istante della sua vita (Le Breton, 2007).

Grazie agli approfondimenti di alcuni studiosi, oggi possiamo dire che è importante dare al dolore un significato affettivo che riguarda in modo particolare la morale dell'individuo e non solo la sua fisiologia: non c'è dolore senza sofferenza (Le Breton, 2007).

Barbari et al. (2020), riporta una frase di Galimberti dal saggio "Psiche e Techne": *"la scienza è un sapere oggettivante, che se applicato alla psicologia porta all'oggettivazione della soggettività, che è la morte del soggetto"*. Tale affermazione ci porta a riflettere in merito al nostro ruolo di futuri infermieri impegnati e confrontati costantemente con il dolore e l'espressione soggettiva di esso da parte di ciascuno dei nostri pazienti. Sta a noi indossare gli occhiali giusti e comprendere, senza obbligatoriamente oggettivare, l'espressione del dolore di essi. Mai un vissuto personale del sintomo potrà esaurirsi in un numero di una scala VAS, tale oggettivazione è importante ma limitata nella raccolta dati del paziente (Barbari et al., 2020).

1.5 Scale di valutazione del dolore

Nella nostra pratica clinica quotidiana è comunque rilevante dare un valore oggettivo alla percezione ed espressione soggettiva del dolore dei nostri pazienti tenendo sempre in considerazione l'aspetto biopsicosociale correlato.

Esistono alcune scale di valutazione del dolore che ci permettono di dare un numero a ciò che esprime il paziente in base all'intensità di esso, alla tipologia, alla frequenza e all'andamento giornaliero per poter trattarlo e comprenderlo al meglio.

Le scale di valutazione del dolore maggiormente utilizzate sono: la scala analogica visiva VAS e la scala numerica di valutazione del dolore NRS.

Con la scala analogica visiva VAS si chiede al paziente di esprimere il proprio dolore all'interno di una linea orizzontale dove ad un estremo avremo nessun dolore e all'estremo opposto avremo il più forte dolore immaginabile (Ozgur et al., 2018).

La Fig. 3 mostra la scala di valutazione del dolore VAS.

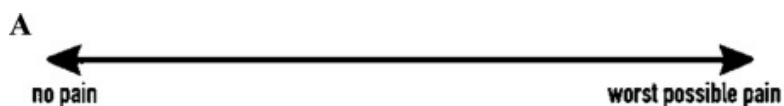


Fig. 3: <https://www-sciencedirect-com.proxy2.biblio.supsi.ch/science/article/pii/S0735675718300081?via%3Dihub>

La scala numerica di valutazione del dolore NRS è un'altra scala che quantifica numericamente il dolore in quanto con essa possiamo raccogliere dati numerici facilmente documentabili. Si chiede al paziente di esprimere il proprio dolore in una scala da 0 a 10 dove 0 rappresenta nessun dolore mentre 10 rappresenta il peggior dolore possibile. I punteggi vengono interpretati in questo modo: 1-2 dolore lieve, 4-6 dolore moderato e 7-10 dolore intenso (Ozgun et al., 2018).

La figura 4 mostra la scala numerica di valutazione NRS.

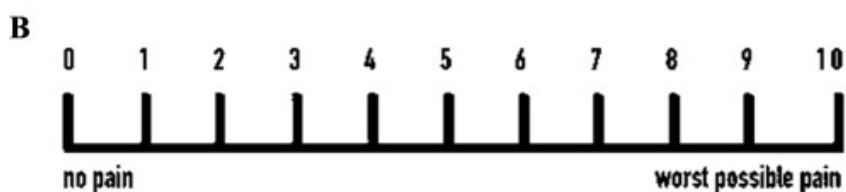


Fig. 4: <https://www-sciencedirect-com.proxy2.biblio.supsi.ch/science/article/pii/S0735675718300081?via%3Dihub>

Una delle caratteristiche delle scale del dolore è quella di essere in grado di rilevare il cambiamento ma sono influenzate dal significato che il paziente dà ad esso, anche l'ambiente ha un impatto importante, così come le aspettative e le convinzioni (Williamson, 2005).

Sulla base dei valori riportati dai pazienti attraverso le scale di valutazione è possibile utilizzare la percentuale di riduzione del dolore per confrontare i trattamenti e monitorare i progressi attraverso il seguente calcolo (Williamson, 2005).

$$100 \frac{\text{(Difference between pre- and post-pain scores)}}{\text{Pretreatment intensity}}$$

Tali misurazioni ci portano ad avere dei valori numerici importanti nella raccolta dati ma è altresì importante non perdere di vista tutte le dimensioni soggettive del sintomo del dolore

stesso (Barbari et al., 2020). È inoltre opportuno porre attenzione anche alla formulazione della domanda quando sottoponiamo ai pazienti tali scale di valutazione (Barbari et al., 2020).

Capitolo secondo

2.1 L'anima guaritrice dell'Africa

Crediamo che sia importante tenere in considerazione l'aspetto culturale del dolore per comprendere la varietà dell'espressione dello stesso. La società spesso ci impone come dobbiamo comportarci, come dobbiamo esprimere la nostra sofferenza, di fronte ad un intervento chirurgico, coloro che hanno già vissuto tale esperienza possono esprimere quello che hanno provato, ma non tutti lo viviamo allo stesso modo (Le Breton, 2007).

In particolare, spesso l'espressione e la percezione del dolore sono correlate all'aspetto culturale e alla concezione di salute e malattia.

Nel nostro quadro teorico vorremmo riportare tale concetto nell'ottica delle culture del continente Africano in quanto abbiamo potuto sperimentare e raccogliere dei dati in prima persona in questo paese. Per sviluppare tale argomento abbiamo deciso di soffermarci su un articolo intitolato: "L'anima guaritrice dell'Africa".

Bisogna sapere che l'Africa è un grande continente, all'interno si ritrovano molti gruppi etnici, culturali e linguistici con proprie caratteristiche (Astone et al, 2020).

La principale credenza della cultura africana è l'animismo, dove viene riconosciuta una forza vitale e un'anima negli elementi naturali ma soprattutto in tutti gli esseri viventi (Astone et al, 2020). Il concetto di salute e malattia non è collegato unicamente alla sfera fisica e organica ma è strettamente connesso alla sfera spirituale dell'individuo (Astone et al, 2020).

La salute secondo la tradizione africana prevede il corretto funzionamento degli organi del corpo, un equilibrio fisico, mentale, spirituale ed emotivo della persona. Invece, la malattia non è mai causale ma casuale. Il popolo africano afferma che la malattia è legata a cause di origine morale che riguardano la propria responsabilità o il parentado. Nel momento in cui, viene violata una norma di comportamento o trasgredito un tabù gli agenti sovranaturali agiscono punendo il soggetto, possedendolo o rendendolo malato (Astone et al, 2020).

Il male, inoltre, può nascere da un'azione malefica di una strega o da un fattucchiere.

La concezione africana prende in considerazione due tipi di malattia: malattia che deriva da cause naturali e malattia provocata da cause sovranaturali (Astone et al, 2020). La prima ha un decorso prevedibile e riconoscibile, all'interno di questa categoria ritroviamo ad esempio la tosse, il mal di gola, la febbre e il mal di testa (Astone et al, 2020). La malattia provocata da cause sovranaturali, invece, non è prevedibile ed è curabile solo attraverso

un approccio olistico. Questo approccio prevede un trattamento fisico, psicologico, spirituale e sociale portando così alla risoluzione del problema. Gli sciamani, definiti anche i guaritori, curano il corpo, l'anima, si occupano della purificazione spirituale e mantengono l'equilibrio sia interno che esterno (Astone et al, 2020).

Proprio per la diversa visione della salute e della malattia, che nascono dei pregiudizi da parte nostra nei confronti di pazienti di colore; e proprio tali pregiudizi infieriscono poi nella cura, nel rapporto di fiducia e nella degenza dei pazienti stranieri.

Nella ricerca di Hoffman et al. (2016) hanno evidenziato che, se un soggetto è di colore il suo dolore sarà sottostimato rispetto a quello provato dai soggetti bianchi a causa del pregiudizio razziale (Hoffman et al.,2016). Esistono due possibili modi che portano alla disparità razziale nella gestione del dolore: il primo, riguarda il personale sanitario che riconosce il dolore dei soggetti di colore ma non mette in atto un trattamento, questo spesso per timori di vario tipo, come, ad esempio, di non conformità; la seconda possibilità riguarda il personale sanitario che non riconosce il dolore e quindi di conseguenza non lo trattano (Hoffman et al.,2016).

Secondo tale ricerca, i pregiudizi razziali nel dolore e di conseguenza il suo trattamento non sembrano essere correlati ad atteggiamenti razzisti. I laici bianchi pensano che il corpo dei soggetti di colore sia diverso dal punto di vista biologico, più forte rispetto a quello dei soggetti bianchi, e questa teoria è stata sostenuta negli Stati Uniti anche da fisiatri e scienziati (Hoffman et al.,2016). Alcuni medici hanno condotto delle ricerche per stabilire le "peculiarità fisiche" del soggetto di colore così da distinguerlo dall'uomo bianco, i professionisti affermarono che il cranio del soggetto di colore si presentava più spesso e il suo sistema nervoso meno sensibile (Hoffman et al.,2016). Inoltre, per quanto riguarda il dolore, sostengono che i soggetti di colore riescono a tollerare interventi chirurgici con poco o addirittura nessun dolore (Hoffman et al.,2016). Ad oggi, continua ad esserci questa credenza, che il corpo dei soggetti di colore sia biologicamente diverso rispetto alle persone bianche e per questo motivo sono stati svolti degli studi dove veniva chiesto ai partecipanti di esprimere un giudizio sul dolore dell'altro. Nel primo studio hanno partecipato 121 persone, sono state chiamate a riferire la qualità del dolore che avrebbero provato in 18 scenari, attraverso una scala dove 1 era non doloroso e 4 estremamente doloroso (Hoffman et al.,2016).

Successivamente, hanno valutato il dolore di un soggetto bianco o di colore di pari sesso nelle stesse situazioni; inoltre, dovevano esprimere il loro giudizio su alcune differenze biologiche tra i soggetti bianchi e quelli di colore (Hoffman et al.,2016).

Attraverso l'analisi dello studio, si evince che i partecipanti adulti senza formazione medica hanno credenze sulle differenze biologiche, tra le persone bianche e le persone di colore, molte di queste false e fantastiche; i partecipanti, che sono stati chiamati anche a valutare un soggetto di colore, hanno riportato soglie di dolore più basse, rispetto ai partecipanti che hanno giudicato il soggetto bianco. Da questo si pensa che il tutto sia correlato a pregiudizi razziali nella percezione del dolore (Hoffman et al.,2016).

Il secondo studio è stato condotto con 418 adulti che svolgono una formazione medica. Ai partecipanti sono stati proposti due finti casi, uno su un soggetto bianco e uno su un soggetto di colore. È stato richiesto di esprimere una valutazione sul dolore dove 0 corrispondeva a nessun dolore e 10 il peggior dolore possibile, inoltre, è stato chiesto loro di esprimere alcune raccomandazioni farmaceutiche e analizzare, come nel primo studio, alcune credenze sulle differenze biologiche (Hoffman et al.,2016).

Questo studio dimostra che molti studenti di medicina hanno convinzioni sulle differenze biologiche, anche in questo caso di natura fantastica e non veritiere. È emerso come coloro che sostenevano false credenze oltre a mostrare pregiudizi razziali nella percezione del dolore, mostravano pregiudizi anche nell'accuratezza delle raccomandazioni terapeutiche (Hoffman et al.,2016).

In conclusione, i due studi svolti forniscono la prova che le false credenze sulle differenze biologiche tra i soggetti bianchi e i soggetti di colore, vanno ad influenzare il modo con cui percepiamo e trattiamo le persone. (Hoffman et al.,2016).

2.3 Gli stranieri in Svizzera

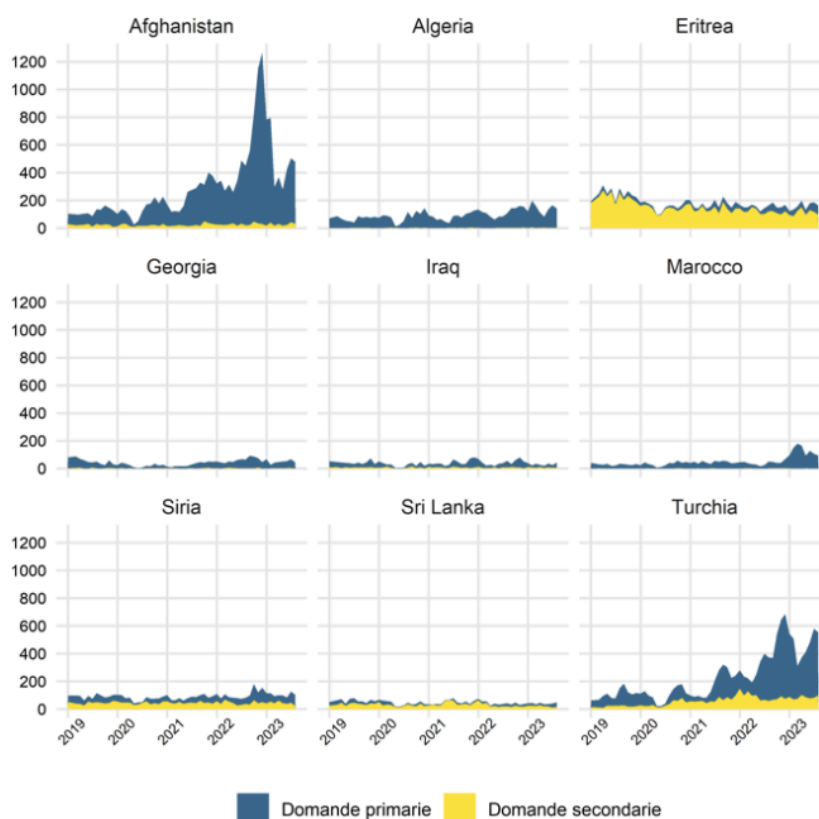
La Confederazione Svizzera (2023), precisamente il Segretariato di Stato per le Migrazioni SEM ha eseguito un'indagine in merito alle statistiche sull'asilo del 2022 che ci permette di cogliere come il fenomeno della migrazione in Svizzera sia molto presente ancora oggi. Per comprenderlo a fondo, è opportuno conoscere le tre diverse tipologie di domande d'asilo. Le richieste primarie ovvero le domande presentate da un richiedente indipendentemente da eventuali persone che hanno già cercato protezione in Svizzera; le richieste secondarie cioè le domande d'asilo a seguito di domande precedentemente presentate e possono essere di diverse categorie: nascite (neonati inclusi nella procedura di riconoscimento dei genitori), ricongiungimenti familiari (familiari stretti di persone che hanno ottenuto lo status di rifugiato o hanno ricevuto l'ammissione provvisoria) e richieste multiple (nuove domande entro 5 anni dall'entrata in vigore di una decisione d'asilo o di allontanamento); infine i

trasferimenti ovvero quando un richiedente asilo può essere collocato da un paese europeo ad un altro dove quest'ultimo si fa carico della procedura di asilo (Confederazione Svizzera, 2023).

È stata realizzata dal SEM una tabella che mostra i paesi che hanno richiesto la domanda d'asilo negli ultimi 37 mesi (Confederazione Svizzera, 2023).

Tale digressione ci permette di cogliere l'importanza del nostro approfondimento in quanto la problematica è sempre più attuale in un paese oggi così eterogeneo come la Svizzera.

La suddetta tabella mostra che nell'ultimo mese, le nazioni che hanno presentato maggiormente domanda d'asilo sono state l'Afghanistan con 478 domande, la Turchia con 553, l'Eritrea con 164, l'Algeria con 141, la Siria con 103, il Marocco con 95 e altri paesi con un numero inferiore di richieste per un totale di 2169 domande in un mese (Confederazione Svizzera, 2023). È stato realizzato anche un grafico che mostra i paesi di provenienza per domande d'asilo eseguite dal 01.01.2018 al 31.07.2023 riportato nell'immagine.



*Fig. 5: Paesi di provenienza per domande d'asilo (dal 01.01.2018 al 31.07.2023)
(Confederazione Svizzera, 2023)*

Tale grafico mostra che i due paesi che negli ultimi anni hanno presentato maggiormente domande d'asilo sono l'Afghanistan e la Turchia e per lo più domande primarie. Emerge inoltre dal grafico che l'Eritrea, negli ultimi cinque anni ha presentato soprattutto domande secondarie, questo ci permette di dedurre che in Svizzera, parte degli asilanti che hanno ricevuto il permesso proviene da questo paese.

Il secondo grafico mostra invece le concessioni d'asilo effettuate a luglio 2023 dalla Confederazione Svizzera.

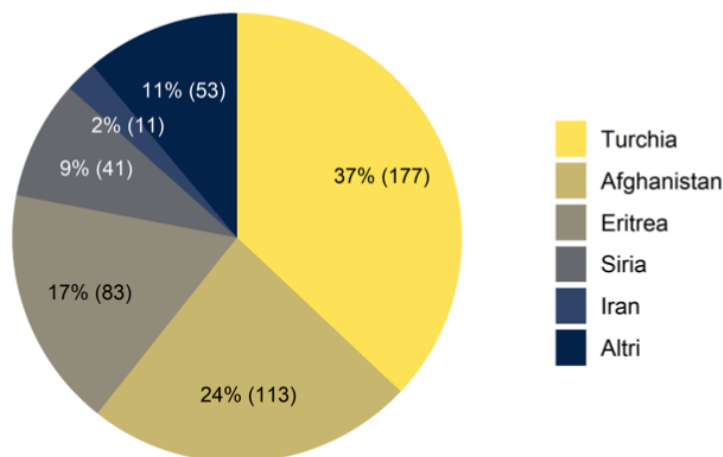


Fig. 6: Concessioni d'asilo Luglio 2023 (Confederazione Svizzera, 2023)

Da esso si osserva che il 37% delle domande sono state concesse alla Turchia, il 24% all'Afghanistan e il 17% all'Eritrea, gli altri paesi con una percentuale minore. Rispetto alle domande ricevute da parte di questi paesi possiamo notare che meno della metà hanno ricevuto la concessione dell'asilo in Svizzera.

Canova (2011), nel suo lavoro di ricerca sugli stranieri in Svizzera, sottolinea che essi, in qualità di migranti, sono sottoposti a fattori determinanti della salute specifici che riguardano il fenomeno migratorio, i quali aumentano il rischio per la loro salute rendendoli persone maggiormente vulnerabili rispetto alla popolazione svizzera. Come si può notare nella figura 7, i determinanti della salute che infieriscono sullo stato di benessere dei pazienti immigrati sono molteplici: considerando l'aspetto dei servizi sanitari si evidenzia un limitato accesso al sistema finanziario e amministrativo, una mancanza dei servizi attenti alle esigenze dei migranti, una minor aderenza al trattamento terapeutico e ritardi nella cura. Ci sono poi tutti gli altri fattori correlati alle condizioni di vita e di lavoro che influenzano lo stato di salute quali l'ambiente di lavoro, la formazione, l'agricoltura e produzione alimentare, l'acqua e l'igiene, la disoccupazione e l'alloggio. Unite alla rete sociale e comunicativa, gli stili di vita individuali, età, sesso, fattori ereditari e le condizioni socioeconomiche, ambientali e culturali

(Canova, 2011). Tutti questi fattori fanno sì che la persona migrante si trovi ad essere in condizione di fragilità, non compresa, con difficoltà ad accedere alle cure sanitarie, isolata, e con predisposizione a sviluppare comportamenti non sani e patologie mentali (Canova, 2011).

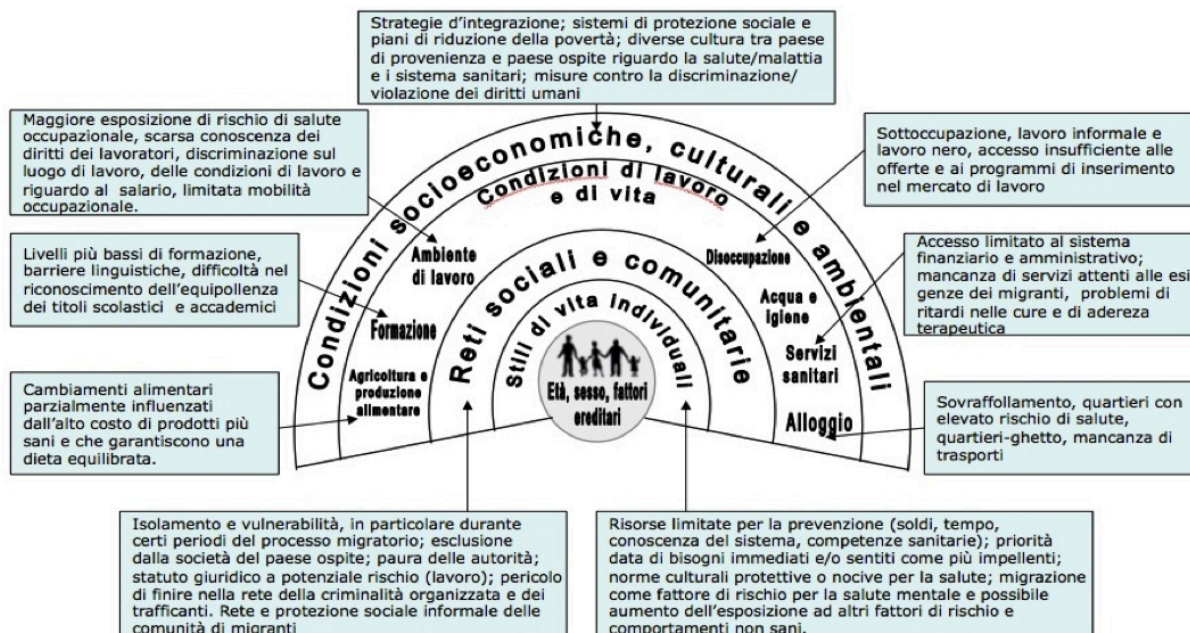


Fig. 7: Determinanti della salute adattati alla dimensione migrazione. (2011).

https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/SPVS/PDF/Pubblicazioni/SOS_ProqPS_migranti.pdf

f

I determinanti della salute ci portano a riflettere in merito alle difficoltà che la persona migrante è costretta ad affrontare quando arriva in un paese diverso da quello di origine con leggi, cultura, ambiente e lingua differente. Se tutti questi fattori vengono a mancare o sono ridotti, lo stato di benessere della persona diminuisce.

Canova (2011), nel suo rapporto, definisce inoltre alcuni ostacoli individuati dalla popolazione di migranti residenti in Svizzera; tra i più rilevanti per noi troviamo le competenze transculturali: si evince una mancanza di formazione in campo transculturale da parte dei professionisti per far fronte ai bisogni della popolazione ormai eterogenea culturalmente. Si denota inoltre una mancanza a livello della coordinazione con assenza o poca presenza di interlocutori attivi nel campo della "migrazione e salute", di una rete di contatti da poter attivare in caso di bisogno e di una struttura di riferimento che permetta di conoscere gli enti (Canova, 2011).

Oggi siamo confrontati ogni giorno con una popolazione sempre più differenziata, dobbiamo renderci conto dell'importanza di comprendere l'altro anche se diverso da noi. Dobbiamo

essere in grado di percepire i suoi bisogni, che non sempre corrispondono ai nostri e rispettarli; dobbiamo conoscere le difficoltà che una persona migrante affronta quando arriva in un nuovo paese. Ancor di più quando parliamo di ambito sanitario, come professionisti dobbiamo essere consapevoli della vulnerabilità dei nostri pazienti definiti diversi per il colore della loro pelle, ma se decidiamo di soffermarci solamente a questa superficiale differenza, abbiamo compreso solo una piccola parte di tutto ciò che culturalmente il nostro paziente si porta dentro.

Capitolo terzo

3.1 Infermieristica transculturale

Fin dalle origini dell'infermieristica con Madeleine Leininger (2002), si parlava di assistenza infermieristica transculturale come disciplina fondamentale per la nostra pratica clinica.

Essa si accorse, già negli anni Cinquanta, delle differenze culturali in bambini ricoverati in psichiatria nell'ospedale St. Joseph a Omaha in cui lavorava e delle scarse competenze del personale sanitario (Bertolini et al., 2009). Lei osservò che i bambini ricoverati esprimevano delle differenze sulle modalità con cui volevano essere seguiti e lei stessa si trovava spiazzata e inadeguata nel variare il suo modo di curare (Manara, 2004). Leininger fondò il comitato di nursing e antropologia e il comitato di nursing transculturale che ancora oggi esistono (Bertolini et al., 2009).

Definì il nursing transculturale come:

“un’area principale dell’assistenza che ha al suo centro uno studio comparato con l’analisi delle diverse culture e subculture modali in riferimento al loro comportamento di assistenza nei confronti dei malati, dei valori sanitari di salute e malattia; teorie e modelli di comportamento con l’obiettivo di sviluppare un corpo di conoscenze per fornire indicazioni di assistenza sia di specifiche culture che universali”

(Leininger, 2002 preso da Bertolini et al., 2009 pag 62)

Da tale definizione comprendiamo che l’assistenza ad individui, gruppi, comunità in tutto il mondo deve essere l’obiettivo del nursing transculturale (Bertolini et al., 2009).

Quest’ultima sosteneva che l’essenza dell’assistenza infermieristica era la cura, la quale aveva un significato importante all’interno di contesti culturali (Leininger, 2002). La teoria di Leininger (2002), riportata nell’articolo preso in considerazione, esprime il focus basato sulle differenze culturali riportando l’attenzione anche ai nostri giorni fornendo insegnamenti completamente nuovi per prendersi cura di immigrati e rifugiati di molte culture. Lo scopo della teoria è quello di spiegare fattori di cura universali, prendendo in considerazione le

diverse culture, che possono influenzare la salute, il benessere e la malattia (Leininger, 2002).

Nel suo modello la Leininger parla di “*culturale care*”; ovvero di assistenza culturale basata sull’obiettivo di erogare un’assistenza rispettosa della cultura di appartenenza della persona stessa tenendo in considerazione sia le similitudini che le differenze. Sostiene che l’assistenza rappresenta l’essenza dell’infermieristica, quello che la gente cerca e immagina pensando ad un infermiere (Manara, 2004). Nel rapporto infermiere-paziente è importante che ci sia sempre la comprensione reciproca per far in modo che l’assistenza fornita sia ottimale, efficace, che dia risposte a chi è culturalmente diverso (Manara, 2004).

La sua teoria è basata sui tredici presupposti della “*culturale care*” (appendice 1) e rappresenta il nursing transculturale all’interno del modello del sole nascente (sunrise model, fig. 6), dove quest’ultimo vuole avere il significato del sostegno culturalmente consapevole che sorge e splende luminoso (Bertolini et al., 2009).

Per spiegare meglio la teoria del *culturale care*, Leininger sviluppa il modello del sole nascente dove quest’ultimo ha la forma di un semicerchio in cui nella parte superiore del sole sono presenti i diversi elementi della struttura sociale mentre in quella inferiore troviamo i sistemi, le modalità di cura infermieristica e le visioni del concetto di salute e malattia nelle varie culture (Bertolini et al., 2009).

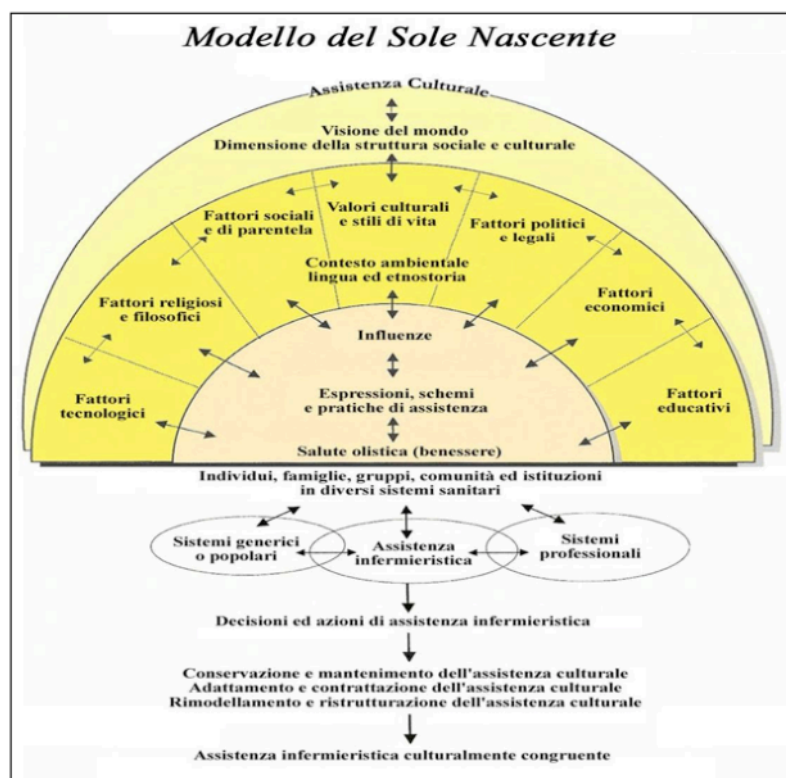


Fig. 8: www.timeoutintensiva.it, N°21, Nurse Science (2012)

All'interno del modello si possono individuare quattro livelli per comprendere meglio l'influenza della teoria sulla salute e l'assistenza a persone culturalmente diverse (Bertolini et al., 2009).

I primi tre strati forniscono una base di conoscenza in merito ad un'assistenza infermieristica adeguata culturalmente; l'ultimo strato è rappresentato dalla parte pratica, attuativa con all'interno le decisioni e le azioni del nursing. (Manara, 2004).

Il primo livello riguarda la visione del mondo e il sistema sociale percepito in senso generale (Aletto, Di Leo, 2003). Il secondo livello riguarda la conoscenza connessa agli individui, famiglie, gruppi e istituzioni nei diversi sistemi sanitari fornendo informazioni specifiche in merito all'assistenza e alla salute (Aletto, Di Leo, 2003). Il terzo riguarda il sistema popolare e il sistema professionale del nursing prendendo in considerazione le caratteristiche di ciascun sistema e l'assistenza di ognuno di essi (Aletto, Di Leo, 2003). Infine, il quarto, riguarda le decisioni e le azioni assistenziali di mantenimento, adattamento e rimodellamento per rispondere e assistere in modo adeguato a tutte le persone considerando le loro caratteristiche culturali (Aletto, Di Leo, 2003).

Tali dimensioni analizzate vanno considerate unite tra di loro e integrate, il modello può essere flessibile e aperto a seconda della persona che lo analizza. Inoltre, sono presenti delle frecce all'interno che rappresentano le varie influenze reciproche fra i diversi fattori (Manara, 2004).

Un'altra teoria analizzata dalla Leininger definisce quello che viene chiamato etnonursing ovvero lo studio sistematico e la classificazione dell'assistenza, delle teorie, dei valori e delle pratiche infermieristiche come vengono percepite cognitivamente da una certa cultura tramite la lingua locale, l'esperienza, le idee e i sistemi di valori (Manara, 2004). Questo metodo aiuta gli infermieri a comprendere il significato delle esperienze quotidiane delle persone correlate alla loro salute e al benessere in ambienti simili o diversi (Manara, 2004). Esso è suddiviso in tre fasi: la prima prevede l'identificazione delle fonti per determinare l'etnoassistenza, la seconda prevede la classificazione dei costrutti dell'etnoassistenza e di assistenza infermieristica considerando specifiche variabili culturali ed infine la terza consiste nell'analisi e verifica dei diversi costrutti di assistenza con l'individuazione di specifici interventi infermieristici. Attraverso questo metodo, in relazione al contesto culturale, viene studiato ogni fenomeno (Manara, 2004).

Nonostante le teorie della Leininger risalgono ad alcuni anni fa, sono molto attuali in quanto per lei la chiave del nursing era l'assistenza come "to care" considerando la persona nella sua totalità e i suoi bisogni come base del nursing transculturale (Aletto, Di Leo, 2003).

Ad oggi il nostro mondo sta diventando sempre più globale e complesso, per questo è necessario un maggior approfondimento ed una comprensione più realistica delle differenze culturali presenti.

Si parla di transcultura cercando di evitare l'omologazione e la separatezza muovendoci verso l'universale rispettando la specificità del singolo individuo (Bertolini et al., 2009). Non parliamo più di teoria dell'acculturazione, con visione meccanicistica e riduzionistica, dove lo straniero tendeva a perdere la sua cultura per integrarsi con quella ospitante (Bertolini et al., 2009). Parliamo invece, di teoria dell'alternanza: essa presuppone l'esistenza di due culture, due linguaggi ciascuno importante e senza abbandonare l'uno per l'altro (Bertolini et al., 2009). Questa teoria è fondamentale per superare lo stereotipo omologante e arrivare a conoscere l'altro e la sua diversità come una risorsa (Bertolini et al., 2009).

L'obiettivo del servizio sanitario è di garantire un'adeguata assistenza sanitaria basata sulla qualità ed equità di tutta la popolazione, compresi gli immigrati, per realizzare interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie (Bertolini et al., 2009). Perché questo sia possibile, è fondamentale avere operatori sanitari culturalmente competenti che erogano un'assistenza sanitaria adeguata (Bertolini et al., 2009).

3.2 Applicazione ai contesti sanitari

Ad oggi è forte la presenza di un'utenza straniera nei nostri contesti sanitari e questo deve far suscitare negli operatori una riflessione importante.

Come dimostrato dalla letteratura, è noto che gli immigrati ricoverati nei nostri ospedali si sentono spaesati, in difficoltà e vulnerabili. La loro concezione di salute e malattia e di conseguenza la loro espressione del dolore è differente rispetto a quella a cui siamo abituati. È per questo che gli operatori sanitari competenti devono saper accogliere le difficoltà dello straniero, devono saper comprendere la sua cultura ed essere informati e formati al riguardo.

Fin dall'ingresso in reparto, è fondamentale porre attenzione all'accoglienza, per costruire un rapporto di fiducia già all'inizio (Bertolini et al., 2009). Si parla di umanizzare l'accoglienza garantendo comfort, sicurezza, un'assistenza qualificata che consideri la persona in modo globale e unico contestualizzato alla sua esperienza di salute e malattia (Bertolini et al., 2009).

È quindi importante che i professionisti della salute siano in grado di accogliere l'utente straniero in maniera efficace e con modalità culturalmente sensibili (Bertolini et al., 2009).

Bertolini et al. (2009) propongono quindi tre strategie per favorire questo. La prima riguarda la *semplificazione delle procedure* con l'obiettivo di rendere più flessibili i percorsi di cura

per permettere allo straniero di comprenderli meglio e garantire una rete di servizi che faciliti la comunicazione (Bertolini et al., 2009). La seconda strategia riguarda la *formazione specifica degli operatori in tema di transcultura* al fine di rendere i professionisti della salute maggiormente competenti e più sensibili culturalmente all'accoglienza dello straniero attraverso la consapevolezza dei propri stili comunicativi, delle proprie emozioni all'incontro con la diversità e delle credenze e stereotipi nei confronti dello straniero (Bertolini et al., 2009). La terza e ultima strategia presuppone un supporto di un *mediatore interculturale* che metta in relazione il mondo dell'utente straniero e quello del professionista della salute attraverso ascolto attivo ed empatia (Bertolini et al., 2009).

Noi, in qualità di infermieri dobbiamo abbattere le barriere che impediscono una cura efficace, dobbiamo far fronte alla diversità e comprendere meglio lo straniero per garantire una presa a carico completa e competente.

Anche all'interno delle diagnosi infermieristiche proposte da Carpenito (2020), troviamo alcuni riferimenti e attenzioni al paziente straniero. In particolare, una cita: "*Comunicazione compromessa correlata alla barriera rappresentata da una lingua straniera*". Infatti, alcuni studi hanno dimostrato che persone con limitata competenza linguistica accedono in minor misura ai servizi sanitari e hanno una scarsa adesione ai trattamenti (Carpenito, 2020). Questo è un problema che riguarda in primis gli infermieri in quanto, la scarsa competenza linguistica determina un ostacolo alla qualità delle cure e alla relazione portando a valutazioni incomplete ed errori di terapia (Carpenito, 2020). Anche la Joint Commissione definisce la scarsa alfabetizzazione sulla salute, le barriere culturali e la limitata competenza linguistica, la "triplice minaccia" della comunicazione sulla salute (Carpenito, 2020). La cultura influisce sulle esperienze individuali e collettive correlate alla salute e l'infermiere competente deve esserne consapevole; le informazioni relative alla salute vengono influenzate dalla cultura, dai valori e dalle preferenze dello straniero (Carpenito, 2020).

Tra gli interventi proposti, correlati alla diagnosi infermieristica presa in considerazione, possiamo evidenziare la valutazione delle capacità di comunicare nella lingua locale, cercare di facilitare la comunicazione anche attraverso gesti, disegni quando non è presente un interprete, essere consapevoli delle barriere culturali ponendo attenzione al contatto fisico e senza giudicare le differenze (Carpenito, 2020).

3.3 Assistenza a pazienti con dolore culturalmente diverso

Nella revisione effettuata da De-Graft Aikins et all. (2023) viene messo in luce il vissuto di alcuni migrati, rifugiati e richiedenti asilo provenienti dalle comunità africane portatori di malattie croniche entrati in contatto con i sistemi sanitari avanzati. Nell'articolo vengono

definiti come “nord del mondo” tutti quei paesi identificati come occidente, paesi sviluppati, con una qualità di vita migliore. (De-Graft Aikins et al., 2023). Sono stati rilevati diversi studi esplorando 748 partecipanti, provenienti da 27 paesi africani affetti da 8 condizioni croniche (diabete di tipo 2, ipertensione, cancro alla prostata, anemia falciforme, epatite cronica, dolore cronico, disturbi muscolo scheletrici e condizioni di salute mentale) (De-Graft Aikins et al., 2023).

Due studi condotti nel Regno Unito e in Australia hanno riportato alcuni fattori che permettono un’assistenza ideale per pazienti migranti. In particolare, nei contesti di salute mentale, i fattori includevano l’accesso alle strutture specialistiche con servizi olistici e professionisti capaci di dimostrare attenzione e compassione e culturalmente competenti (De-Graft Aikins et al., 2023). Altri studi, compresi in tale revisione, hanno evidenziato gli ostacoli all’assistenza ideale, tra questi: mancanza di assistenza empatica, pregiudizi nel trattamento, costi elevati nelle cure, mancanza di accesso presso strutture sanitarie, barriere linguistiche e problemi di immigrazione. Secondo alcuni studi, questi ostacoli, hanno portato i pazienti immigrati a mostrare sfiducia nei confronti dei servizi sanitari (De-Graft Aikins et al., 2023). In uno degli studi riportati, condotto nel Regno Unito, i partecipanti con anemia falciforme hanno riferito di aver sperimentato lo stigma da parte del personale ospedaliero, un’eccessiva regolamentazione del regime terapeutico da parte degli infermieri e sentimenti di abbandono (De-Graft Aikins et al., 2023). Uno tra di loro, riferisce però anche di aver trovato infermieri disposti a oltrepassare i propri limiti e a comprendere e riconoscere con il paziente il miglior antidolorifico per lui (De-Graft Aikins et al., 2023). Un altro invece, in uno studio britannico sulle esperienze di anemia falciforme, riferisce di essersi sentito ignorato in reparto. Durante la degenza di cinque giorni, vedeva intervenire gli operatori sanitari solo in caso di emergenza o riacutizzazione dei sintomi dell’anemia, mai sedersi a chiedere come stava realmente (De-Graft Aikins et al., 2023). Nello studio che vede coinvolti richiedenti l’asilo eritrei in Svizzera, africani nel Regno Unito e donne somale in Australia, è emerso come i ritardi e la mancanza di accesso ai professionisti della salute mentale siano un ostacolo alla idonea assistenza (De-Graft Aikins et al., 2023). La barriera linguistica permane un altro impedimento come riportato dallo studio condotto tra ex rifugiati della Sierra Leone e del Sudan in Australia. I partecipanti riferiscono che l’incapacità di comunicare in inglese rappresentava uno scoglio nella ricerca di assistenza sanitaria psichiatrica in quanto nei colloqui con i medici, ciò che volevano realmente esprimere era limitato alla mancanza di conoscenza di termini in inglese finendo per ricevere un trattamento sbagliato (De-Graft Aikins et al., 2023).

Capitolo quarto

METODOLOGIA

4.1 Obiettivi della ricerca

I principali obiettivi del nostro lavoro di tesi riguardano innanzitutto un approfondimento sull'antropologia del dolore e la diversa espressione di questo, inoltre il nostro interesse è rivolto all'infermieristica transculturale in modo tale da comprendere le specificità che intercorrono nella presa a carico di pazienti, con una cultura molto diversa da quella occidentale. L'obiettivo finale è quello di potenziare le nostre conoscenze sul tema e di acquisire un minimo di perizia e sensibilità nell'approccio interculturale che proveremo trasferire nel nostro futuro lavoro in ruolo di infermiere nel contesto sanitario svizzero.

4.2 Domanda di ricerca

La nostra domanda di ricerca è la seguente:

“La percezione e l'espressione del dolore varia a seconda della provenienza geografica e culturale?”

Essa si accompagna al sotto-quesito, ovvero ipotesi operativa e, cioè, che un approccio infermieristico transculturale migliori la comprensione di questa diversità fornendo una presa in carico adeguata e più pertinente alla situazione.

Per poter sviluppare tale domanda di ricerca ci siamo affidate al metodo PICO dove con P viene identificata la popolazione, con I ci si riferisce agli interventi, con la C si prende in considerazione un confronto ed infine con O ci si riferisce all'outcome ovvero il risultato atteso.

P = pazienti adulti ricoverati in ambito ospedaliero (chirurgico)

I = valutazione e approccio terapeutico al sintomo dolore

C= comparazione tra popolazione di origine (etnia) africana e origine (etnia) europea/occidentale

O = identificare le differenze e le similitudini nell'espressione del dolore

4.3 Revisione della letteratura

Per la prima parte sopra approfondita e contestualizzata, abbiamo scelto di utilizzare la metodologia della revisione della letteratura. Con essa si intende una sintesi scritta dello stato delle evidenze su un problema di ricerca (Polit & Beck, 2018). Lo scopo di tale metodologia è quello di cercare di integrare le evidenze di ricerca per offrire una rassegna delle conoscenze o lacune della ricerca stessa (Polit & Beck, 2018). Abbiamo effettuato le

ricerche su due banche dati principali: PubMed e Cinhal (Ebsco). Abbiamo utilizzato delle keywords (pain, overrated pain, cultural pain, pain communication, bias, health care disparities, racism, transcultural nurse) associate agli operatori booleani AND e/o OR (Polit & Beck, 2018). Infine, per scegliere gli articoli, abbiamo letto attentamente gli abstract e analizzato quali di essi rispondessero ai nostri obiettivi. Inoltre, per approfondire maggiormente il quadro teorico, abbiamo consultato libri di testo acquistati o noleggiati presso la biblioteca universitaria SUPSI.

Nel processo di revisione della letteratura abbiamo eseguito una selezione per includere o escludere dalla ricerca determinati articoli:

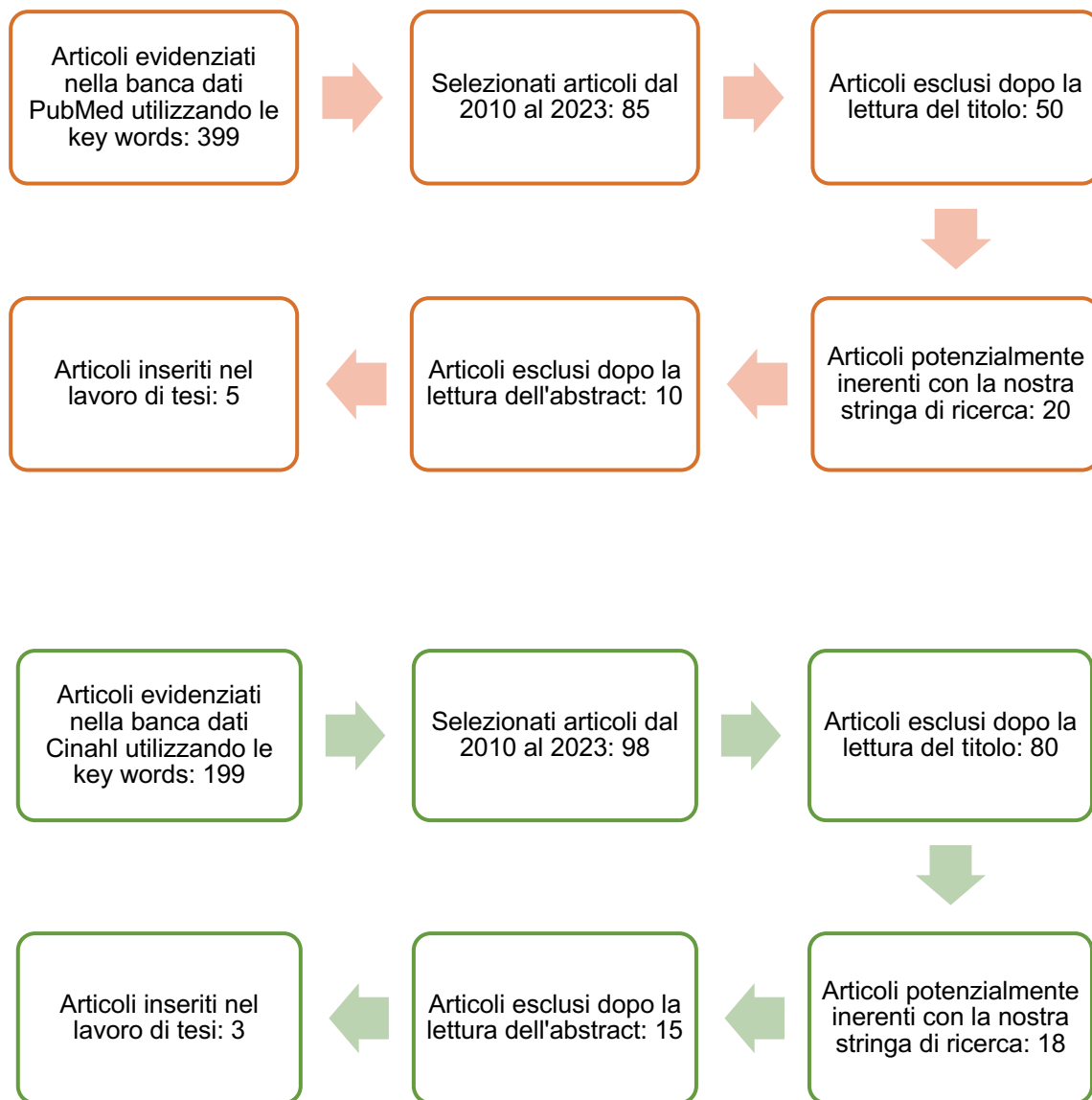
Criteri di inclusione degli articoli:

- ⇒ Studi correlati alla diversa espressione del dolore e al ruolo dell'infermiere transculturale e al pregiudizio presente nell'ambiente sanitario
- ⇒ Articolo full text disponibili
- ⇒ Articoli degli ultimi 13 anni (2010-2023)
- ⇒ Articoli comprendenti studi in diverse nazioni

Criteri di esclusione

- ⇒ Articoli con tematiche che si discostano dal nostro obiettivo
- ⇒ Studi senza full text disponibile
- ⇒ Studi che risalgono a più di 13 anni

Nell'individuare gli articoli più pertinenti alla nostra domanda di ricerca, ci si siamo confrontate con alcune difficoltà in quanto il tema è molto ampio e gli articoli disponibili sono molti. Nonostante questo, siamo riuscite a selezionare un numero limitato di articoli, grazie anche all'aiuto del nostro direttore di tesi. Nella flow chart che segue, abbiamo riportato il processo di selezione degli articoli nelle due principale banche dati da noi selezionate.



Nel primo schema abbiamo illustrato la ricerca effettuata nella banca dati PubMed, inserendo nella stringa di ricerca le parole chiave riportate sopra, abbiamo ottenuto 399 articoli. Una prima selezione è stata fatta selezionando solo gli articoli pubblicati tra il 2010 e il 2023 risultando disponibili 85 articoli. Attraverso la lettura del titolo e dell'abstract in seguito, abbiamo ottenuto 5 articoli pertinenti. Abbiamo deciso di mettere in atto la stessa procedura per la seconda banca dati da noi scelta, ovvero Cinahl, ottenendo 3 articoli finali. Abbiamo ordinato gli articoli scelti in una tabella (allegato 1) la quale è stata suddivisa in cinque colonne: "Autore/Titolo/Rivista", "Disegno dello studio", "Modalità di raccolta delle informazioni", "Principali risultati", "Conclusioni" allo scopo di offrire al lettore un comodo riassuntivo degli elementi significativi di ciascun articolo.

Oltre alla necessaria opera di revisione di letteratura, abbiamo colto la preziosa occasione di raccogliere alcuni dati empirici sul campo. La possibilità che una di noi potesse effettuare

un periodo di tirocinio in un ospedale ugandese ci ha permesso - seppur in piccolo - di poter raccogliere dati di valutazione da comparare con una medesima raccolta dati effettuata presso un nosocomio ticinese.

In concreto, Chiara in Uganda e precisamente nella città di Gulu, seconda città del Paese e capoluogo dell'omonimo distretto, ha eseguito una valutazione del dolore in campione di pazienti dopo operazione chirurgica tramite somministrazione della scala NRS, mentre Giulia raccoglieva medesimi dati nel reparto di chirurgia dell'Ospedale La carità di Locarno. Ciò nell'intento di trovare una conferma dal terreno (anche parziale) di quanto evidenziato in letteratura.

Infine, con l'obiettivo di comprendere meglio le differenze che intercorrono tra realtà così diverse (quella di origine africana e quella occidentale), abbiamo deciso di conseguire una seconda valutazione su una popolazione campione di persone straniere, di origine africana, oggi residenti o richiedenti asilo in Ticino, attraverso l'utilizzo dei questionari.

Questi ultimi sono stati somministrati via internet e via mail, in modo tale da permettere ai campioni di rispondere a domande aperte con parole proprie e chiuse (si-no), in modo anonimo (Polit & Beck, 2018). I vantaggi nella scelta di sottoporre dei questionari sono correlati alla possibilità di somministrarli anche in persone geograficamente disperse e la possibilità di essere compilati in anonimato diventa cruciale per ottenere informazioni su determinati comportamenti, opinioni o caratteristiche (Polit & Beck, 2018).

Capitolo quinto

RACCOLTA DATI

5.1 Prima raccolta dati con scala del dolore

Il dolore post-operatorio è molto frequente ed è solitamente condizionato da diversi fattori quali psicologici, culturali e fisiologici che ne influenzano la guarigione.

È definito come l'esperienza di dolore del paziente in seguito ad un intervento chirurgico che di solito si presenta nella sala risveglio, nell'unità di terapia intensiva o dopo il ritorno in reparto (Gao et al., 2023).

Perciò, è fondamentale, effettuare una corretta valutazione di esso attraverso strumenti che lo rendono in maggior misura oggettivabile seppur espresso soggettivamente da ciascun paziente.

Per rendere maggiormente veritiera e significativa la nostra tesi, abbiamo deciso di sottoporre ai nostri pazienti la scala VAS/NRS in modo tale da poter raccogliere dati in merito alle nostre esperienze.

Giulia ha raccolto i dati presso l'Ospedale Regionale di Locarno La Carità nel reparto di chirurgia, Chiara ha raccolto i dati presso il Gulu Regional Referral Hospital in Uganda nel reparto di chirurgia durante i tre mesi di stage.

Per permettere al lettore di comprendere meglio la realtà ugandese, molto diversa da quella occidentale, abbiamo effettuato un excursus sull'Uganda e più precisamente sull'ospedale regionale di Gulu. L'Uganda è un paese del Centrafrica, senza sbocco sul mare, definito anche la "perla dell'Africa" da coloro che l'hanno visitata. La sua popolazione è composta da decine di gruppi etnici parlanti dialetti locali (esistono almeno 32 lingue parlate) anche se l'inglese permane la lingua di comunicazione sebbene non tutti la parlino (Lione et al., 2023). La sua capitale è Kampala con il lago Vittoria, il più grande lago d'acqua dolce dell'Africa, è confinante con la Tanzania e il Ruanda a sud, con il Sud Sudan a nord, con il Kenya a est e con la Repubblica Democratica del Congo a ovest (Lione et al., 2023). Presenta un clima mite e uniforme durante tutto l'anno grazie alla posizione equatoriale con precipitazioni adeguate (Lione et al., 2023). In merito alla religione, in Uganda troviamo religioni indigeni, l'islam e il cristianesimo (Lione et al., 2023). Per quanto riguarda la salute e il benessere, solamente circa la metà della popolazione ha accesso alle strutture sanitarie; sul territorio sono presenti più di 100 ospedali, più della metà gestiti dal governo uniti a centri sanitari che forniscono assistenza medica (Lione et al., 2023). Le patologie maggiormente diffuse in tutta l'Uganda sono: la malaria, il morbillo, l'anemia, le infezioni respiratorie acute, le polmoniti, le malattie gastro-intestinali, le malattie del sonno, le malattie veneree, la tubercolosi, L'AIDS, la varicella e il tifo; molte di esse insorgono inseguito alla mancanza di

acqua pulita (Lione et al., 2023). Il Ministero della Sanità ugandese ha classificato le strutture sanitarie dell'Uganda in sette livelli correlati ai servizi erogati e al bacino d'utenza; ha definito inoltre gli ospedali generali, di riferimento regionale e di riferimento nazionale (Ministry of Health Republic of Uganda, n.d.).

Nella zona a nord dell'Uganda, al confine con il Sudan, è presente una sotto-regione che prende il nome di Acholi composta da 8 distretti. Tra di essi sorge la città di Gulu, distretto multietnico caratterizzato dall'85% della popolazione di tribù Luo con principale lingua locale il Luo e vivente per l'80% nelle zone rurali (Ministry of Health, 2020).

Fondato nel 1934, il Gulu Regional Referral Hospital rappresenta (dal 1999) l'ospedale di riferimento regionale per la sotto-regione di Acholi a cui accedono utenti provenienti dai distretti di Gulu, Kitgum, Pader, Agago, Amuru, Omoro, Nwoya e Lamwo (Ministry of Health, 2020). È situato nella città di Gulu, la più grande della sotto-regione, e dista da Kampala, capitale ugandese, circa 342 chilometri. L'ospedale presenta 450 posti letto per una popolazione di 1.751.000 milioni di abitanti (Ministry of Health, 2020). Le cause che portano maggiormente i pazienti a mortalità e morbilità in questa zona dell'Uganda sono: prematurità, asfissia alla nascita, sepsi neonatale, HIV/AIDS, epatite B, tubercolosi, infezioni delle vie urinarie, malaria e malattie non trasmissibili come l'anemia falciforme, il diabete mellito e l'ipertensione (Ministry of Health, 2020).

Nel 2020 è stato stipulato, all'interno dell'ospedale stesso, un piano strategico per i seguenti cinque anni, fino al 2025, con lo scopo di fornire ai pazienti un piano di assistenza più completo e in linea con il Ministero della Salute (Ministry of Health, 2020). Più in particolare, il Gulu Regional Referral Hospital si è posto l'obiettivo di ridurre la mortalità e la morbilità grazie all'erogazione di un'assistenza sanitaria specializzata, erogare formazione, ricerca e supportare la supervisione di altre strutture nella regione (Ministry of Health, 2020).

Il campione di pazienti presi in considerazione ha un'età compresa tra i 18 e gli 80 anni, maschi e femmine, al primo e secondo giorno post-operatorio nel reparto di chirurgia.

Abbiamo deciso di escludere dallo studio pazienti con disturbi psichiatrici, pazienti con malattie cardiovascolari in terapia, pazienti non in grado di intendere e di volere.

Abbiamo riportato poi i dati raccolti all'interno di due tabelle: la prima riguardante i dati raccolti presso l'ospedale di Gulu, la seconda riguardante i dati raccolti presso l'ospedale di Locarno. Partendo da sinistra, abbiamo numerato i pazienti senza riportarne il nome in quanto la raccolta era anonima; in seguito, abbiamo riportato l'intervento chirurgico a cui sono stati sottoposti, l'età e il sesso del paziente, il valore della scala numerica del dolore riferito dal paziente al primo e secondo giorno post-operatorio, e l'eventuale terapia antalgica che aveva ricevuto. L'ultima colonna della tabella riporta la voce "note" nella quale

abbiamo annotato alcuni importanti elementi da considerare che potrebbero influenzare la percezione del dolore come la modalità di esecuzione dell'intervento (laparoscopia o laparotomia), il tipo di anestesia, il tipo di trattamento (paziente privato o non privato) e la comprensione sia della scala del dolore che della lingua (Gulu).

Di seguito le due tabelle con i dati raccolti in Uganda e in Svizzera:

Ospedale di Gulu	Intervento CHIR	Età	Sesso	NRS 1° PO	NRS 2° PO	Terapia antalgica	Note
Pz 1	Ernia addominale in laparotomia	56	F	8	8	Dynapar X	Pz benestante in camera singola privata
Pz 2	Debridement e shaving condrale	21	M	6	0	Diclo; Morfina (pre-op) X	Facile comprensione della scala
Pz 3	STS (surgical toilet and suturing)	19	M	9	4	Tramadolo; Morfina (pre-op) X	Facile comprensione della scala
Pz 4	Riparazione tibia	45	M	5	2	Dynapar; Diclo	Facile comprensione della scala
Pz 5	Protesi anca	80	M	6	4	Dynapar; Diclo	Difficile comprensione della lingua
Pz 6	Ernia sopraombelicale	50	F	6	2	Dynapar	Eseguita in laparotomia, ferita addominale
Pz 7	Appendicite (9,7 cm)	40	F	7	1	Morfina (post-op) X	Pz in camera singola privata; Laparotomia
Pz 8	Small gastro-intestinal perforations	79	M	6	5	Diclo	Pz anziano
Pz 9	Ernia ombelicale	42	M	6	2	Dynapar X; Diclo	Ferita addominale, laparotomia
Pz 10	Pulizia ferita (debridement)	21	F	7	3	Morfina (post-op) X	Paziente giovane, facile comprensione
Pz 11	Colecistectomia	48	F	6	1	Dynapar; Diclo	Ferita addominale, laparotomia
Pz 12	Protesi ginocchio	67	M	8	3	Tramadolo; Morfina (pre-op) X	Pz solo, difficoltà a preparare il vitto
Pz 13	Appendicite	59	M	7	2	Dynapar X; Diclo X	Ferita addominale, laparotomia
Pz 14	Colecistectomia	65	M	6	1	Dynapar X; Diclo X	Difficile comprensione della lingua
Pz 15	Ernia ombelicale	38	F	5	2	Dynapar; Diclo	Ferita addominale, laparotomia

Ospedale di Locarno	Intervento CHIR	Età	Sesso	NRS 1° PO	NRS 2° PO	Terapia antalgica	Note
Pz 1	Ernia inguinale bilaterale	60	M	3	0	Dafalgan	Anestesia generale
Pz 2	Tonsillectomia	19	F	5	8	Dafalgan; Morfina (in riserva)	Anestesia generale; Pz mai stata in osp.
Pz 3	Alluce valgo	47	F	2	4	Dafalgan	Pz giovane, primo ricovero
Pz 4	Osteosintesi tibia con ch. Endomid.	54	F	0	7	Morfina 1mg; Ketamina; Dafalgan (x2); Brufen (x2)	Anestesia loco-regionale
Pz 5	Protesi anca	79	F	0	5	Dafalgan	Anestesia generale
Pz 6	Settoplastica	50	M	0	2	Dafalgan	Anestesia generale
Pz 7	Appendicite	50	F	0	0	Dafalgan	Laparoscopia
Pz 8	Tonsillectomia	22	F	5	7	Dafalgan; Morfina (in riserva)	Anestesia generale
Pz 9	Ileo	50	M	0	0	Dafalgan	Anestesia generale; pz giovane
Pz 10	Amputazione metatarsale piede	49	M	5	8	Dafalgan; Brufen; Targin	Anestesia del plesso
Pz 11	Protesi anca	78	F	0	8	Dafalgan	Anestesia generale
Pz 12	Protesi ginocchio	78	M	0	8	Dafalgan	Anestesia generale
Pz 13	Protesi ginocchio	80	F	2	7	Dafalgan; Brufen	Anestesia loco-regionale
Pz 14	Protesi anca (PTA)	82	F	0	8	Dafalgan	Anestesia generale
Pz 15	Protesi anca (PTA)	77	F	1	8	Dafalgan	Anestesia generale

5.2 Discussione e analisi

Dalla raccolta dati eseguita a Gulu emerge innanzitutto una grande variabilità di interventi chirurgici a cui si sottopone la nostra popolazione campione. In base all'intervento i pazienti hanno espresso la loro percezione del dolore sulla base della scala numerica NRS e della VAS (allegato 1) al primo e secondo giorno post-operatorio.

In prima giornata post-operatoria, su 15 campioni presi in considerazione a Gulu, 3 di loro presentano un dolore persistente grave (NRS 8-10), 12 presentano un dolore post-operatorio persistente moderato (NRS 4-7) e nessuno di loro presenta un dolore persistente lieve (NRS 0-3). In seconda giornata invece, 1 di loro presentano un dolore persistente grave (NRS 8-10), 3 presentano un dolore post-operatorio persistente moderato (NRS 4-7) e 11 di loro presenta un dolore persistente lieve (NRS 0-3).

Possiamo osservare quindi che i dati raccolti nell'ospedale di Gulu, mostrano dei valori più elevati al primo giorno che diminuiscono in seconda giornata. Questi pazienti non percepiscono regolarmente antidolorifici anche se sulla loro cartella sono prescritti in quanto, nell'ospedale di Gulu, molto spesso c'è carenza di farmaci in reparto e sono i pazienti stessi a doverli andare a comprare nelle farmacie. Nel caso in cui il paziente non dispone abbastanza soldi, non ha accesso al trattamento farmacologico. Nella tabella relativa a Gulu, abbiamo riportato la terapia prescritta e con una "x" la terapia assunta effettivamente dal paziente.

Importante, nell'analisi della raccolta dati, è considerare sempre le note, Chiara avendo vissuto in prima persona l'esperienza nell'ospedale di Gulu ha potuto osservare le differenze tra i pazienti nella camera comune (stanza con 30 posti letto) e i pazienti nelle camere singole. Si osserva che il paziente nella camera singola risultava più tranquillo e la comunicazione soprattutto nei confronti del dolore provato era migliore. Questi pazienti essendo benestanti avevano accesso alle cure farmacologiche; la paziente n°7 riportata nella nostra tabella ha riferito direttamente a Chiara di sentirsi in un ambiente accogliente e che grazie alla sua condizione economica si sentiva tranquilla perché avrebbe ricevuto tutte le cure necessarie. Infatti, per la signora in questione si può notare come la scala del dolore sia diminuita drasticamente dal primo al secondo giorno post-operatorio. Tuttavia, è importante notare che la condizione economica benestante non in tutti i casi ha influito positivamente; la paziente n°1 ricoverata in camera singola in seguito ad intervento di ernia addominale, riporta un dolore NRS di 8 sia in prima che in seconda giornata.

Per il nostro lavoro di tesi, abbiamo ritenuto opportuno riportare le ricerche eseguite da Gao et al. (2023) nelle quali sono stati identificati alcuni ostacoli alla gestione del dolore post-operatorio in Africa. Il primo è rappresentato dalla valutazione del dolore post-operatorio che include l'identificazione del livello del dolore con conseguente scelta del farmaco e del dosaggio appropriato e rivalutazione dell'efficacia dello stesso (Gao et al., 2023). Il dolore post-operatorio da moderato a grave, secondo le raccomandazioni, deve essere monitorato ogni 15 minuti valutandone anche l'efficacia del trattamento (Gao et al., 2023). Nello studio esaminato da Gao et al. (2023) condotto in Ruanda, è emerso che il personale medico non effettuava regolari valutazioni del dolore e utilizzava soprattutto il linguaggio del corpo e la mimica facciale piuttosto che scale di valutazioni (risultate insufficienti da altri studi). Chiara ha vissuto in prima persona questo ostacolo, in quanto nell'ospedale di Gulu non veniva sottoposta nessuna scala del dolore ai pazienti, era essa stessa in caso di dolore a ricercare il personale sanitario chiedendo la somministrazione di farmaci antalgici, ma con la consapevolezza che non in tutti i casi li avrebbero ricevuti.

Il secondo ostacolo è rappresentato dalla conoscenza insufficiente del personale medico, il quale, in uno studio valutato, sostiene, anche personalmente, di avere in merito un livello di conoscenza “scarso” (il 77,6% di essi); in un altro studio condotto in Etiopia, il 66,9% degli infermieri ha una “buona conoscenza” della gestione del dolore post-operatorio (Gao et al., 2023). Inoltre, i progetti di formazione del personale sanitario sono sempre più limitati a causa delle problematiche finanziarie determinando, di conseguenza, una gestione del dolore inefficace (Gao et al., 2023).

L'ospedale di Gulu, essendo anche sede Universitaria delle facoltà sanitarie, offriva a tutto il personale corsi di aggiornamento su determinate tecniche e patologie, ma nessuna di essi in merito al dolore post-operatorio. Grazie al nostro lavoro di tesi, Chiara ha proposto a tutto il personale di chirurgia di sottoporre quotidianamente ai pazienti la scala NRS per avere una valutazione costante di esso. Il personale si è mostrato curioso e interessato chiedendo delucidazioni in merito alla corretta somministrazione.

Il terzo ostacolo è rappresentato dall'incomprensione dei pazienti correlata all'insufficiente informazione che li porta a sopportare il dolore piuttosto che dichiararlo (Gao et al., 2023). In uno studio condotto in Sud Africa, su persone con culture Nguni e Sotho, è emerso che viene insegnato loro di sopportare il dolore con stoicismo e resilienza in quanto è vietato esprimerlo perché rappresenta debolezza e mancanza di fiducia (Gao et al., 2023). Inoltre, è presente anche mancanza di conoscenza in merito alla gestione del dolore con i farmaci, essi vengono scambiati e non assunti in quanto non si conosce l'azione e il fine (Gao et al., 2023).

Anche a Gulu la differenza con il contesto occidentale è evidente, la cultura ha portato alcuni pazienti a non esprimere il proprio dolore nonostante una visibile sofferenza. In particolare, Chiara si ricorda di un paziente con lesione aperta, infetta e sanguinante del muscolo quadricipite che durante una medicazione non riferiva dolore anche se la sua mimica facciale dimostrava il contrario.

Un altro ostacolo è correlato alla carenza di risorse poiché l'Africa, essendo una nazione a basso reddito, dispone di mezzi limitati per l'assistenza sanitaria (Gao et al., 2023). L'utilizzo di paracetamolo, FANS e altri coadiuvanti, nei paesi sviluppati, è all'ordine del giorno per il trattamento del dolore post-operatorio; in Africa sub-sahariana, dove mancano i farmaci, i costi per le attrezzature e la formazione sono elevati e è presente un sovraccarico delle istituzioni mediche, tali pratiche vengono messe in atto raramente (Gao et al., 2023). L'ultimo ostacolo rilevato dalla ricerca di Gao et al. (2023) è descritto dalla carenza e restrizione di medicinali; per esempio, con gli oppioidi, farmaci d'elezione per il trattamento del dolore moderato o grave post-operatorio, l'Africa ha la percentuale più bassa di consumo

di essi a causa degli elevati costi di questi farmaci. Pertanto, i trattamenti efficaci per il dolore post-operatorio, in Africa vengono a mancare (Gao et al., 2023). Tale revisione, eseguita da Gao et al. (2023) ci aiuta a comprendere come questi ostacoli portano ad una cattiva gestione del dolore post-operatorio in Africa con conseguente difficoltà nel garantire una buona salute della popolazione locale. Ad oggi, le organizzazioni internazionali e quelle non governative (ONG) si stanno mobilitando per mandare squadre di medici e formatori nei vari paesi in Africa per sopperire a queste carenze e formare il personale sanitario locale (Gao et al., 2023).

Invece, la raccolta dati eseguita a Locarno, mostra, anche in questo caso, una variabilità di interventi. Come nell'ospedale di Gulu, i nostri pazienti hanno espresso la sua percezione del dolore attraverso le scale del dolore NRS e VAS.

In prima giornata post-operatoria, su 15 campioni presi, nessuno di loro presenta un dolore persistente grave (NRS 8-10), 3 presentano un dolore post-operatorio persistente moderato (NRS 4-7) e 12 di loro presentano un dolore persistente lieve (NRS 0-3). In seconda giornata invece, 6 di loro presentano un dolore persistente grave (NRS 8-10), 5 presentano un dolore post-operatorio persistente moderato (NRS 4-7) e 4 di loro presenta un dolore persistente lieve (NRS 0-3).

Dall'analisi della raccolta dati possiamo osservare dei valori molto bassi di NRS al primo giorno post-operatorio e molto più alti invece al secondo giorno post-operatorio. I pazienti in Ticino sono coperti regolarmente da terapia antalgica e nel primo giorno post-operatorio esprimono un valore del dolore basso in quanto sottoposti ad anestesia. Viceversa, il secondo giorno post-operatorio, l'effetto dell'anestesia termina e iniziano a percepire ed esprimere una soglia del dolore maggiore. I dati da noi raccolti ci permettono anche di riflettere su fatto che, nel 2023 la gestione del dolore nella seconda giornata post-operatoria dovrebbe essere gestita antalgicamente in modo migliore. Bisogna comunque considerare che la nostra ricerca è limitata semplicemente alla raccolta dati di 15 pazienti i quali non rappresentano la totalità.

Nella tabella riferita alla raccolta dati a Locarno, abbiamo deciso di porre attenzione nella colonna delle note, al tipo di anestesia a cui sono stati sottoposti i pazienti, in quanto essa ha influito sul dolore post-operatorio nella prima giornata.

Possiamo ora confrontare le due realtà con i dati raccolti. Dobbiamo prima di tutto considerare la diversità di interventi a cui la nostra popolazione campione si è sottoposta in Ticino e a Gulu. Ci sono interventi come *debridment* e *shaving* eseguiti nell'ospedale di Gulu all'ordine del giorno, che in Ticino non vengono quasi mai eseguiti. Ci sono altri interventi come appendicectomie che vengono eseguite in entrambi i paesi ma con modalità diverse:

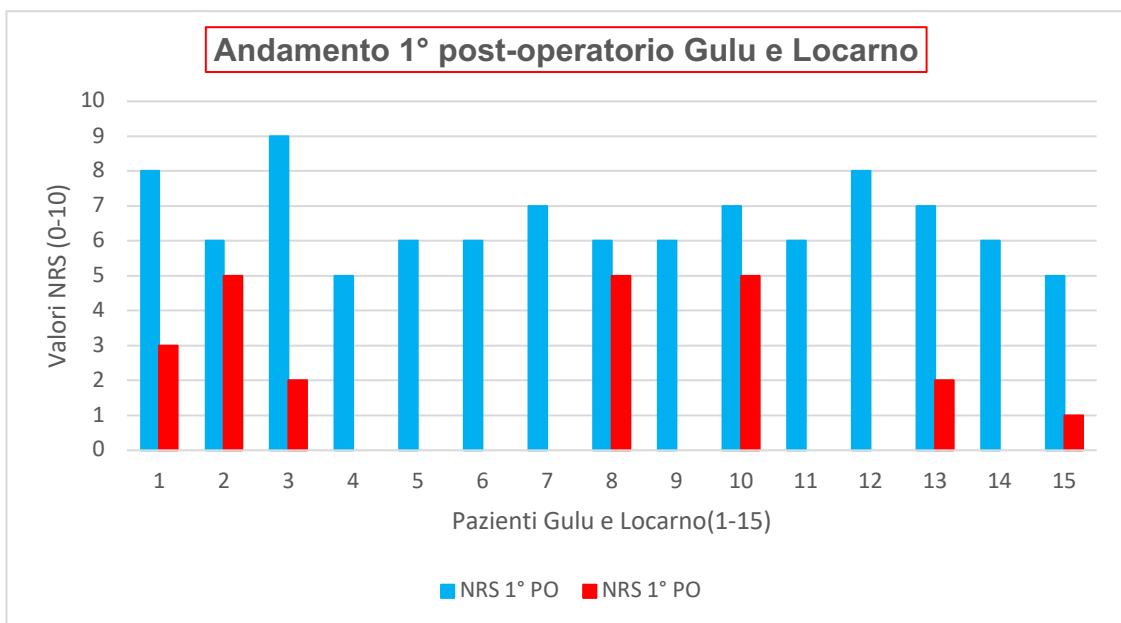
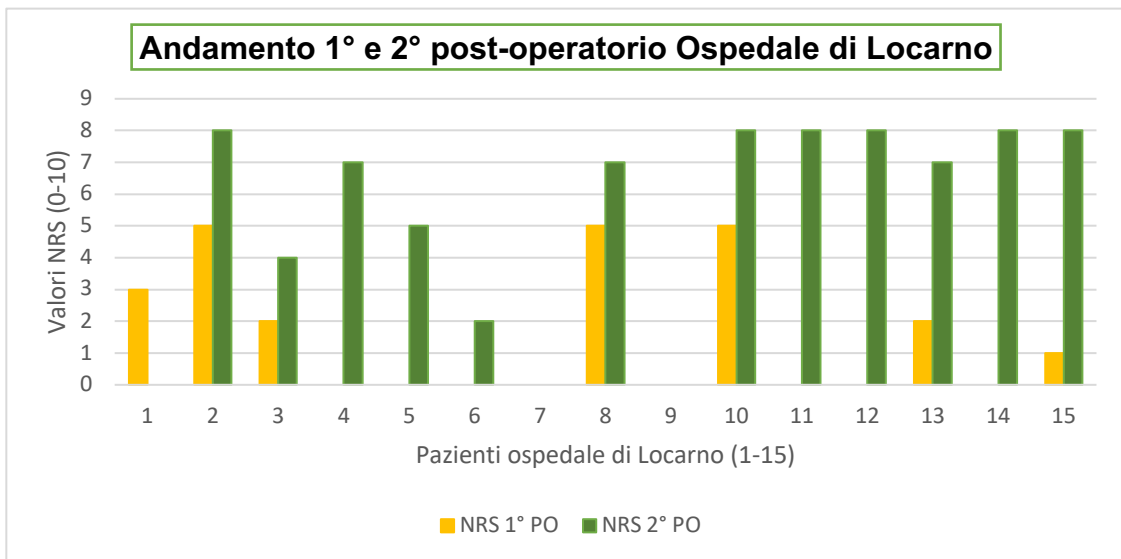
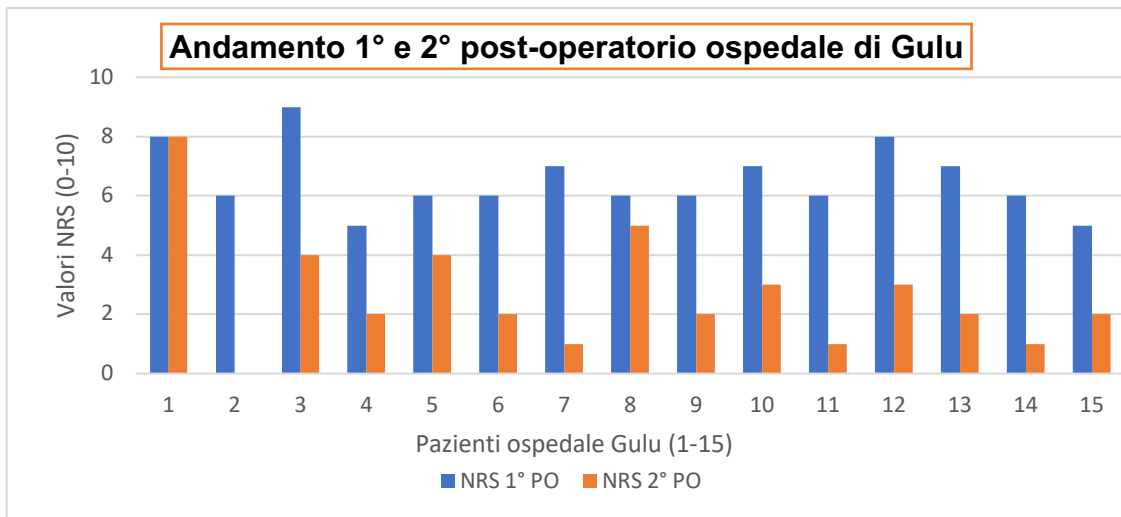
a Gulu in laparotomia mentre a Locarno in laparoscopia. Ci sono inoltre circostanze di presa a carico del paziente che vanno considerate: a Gulu i pazienti ricoverati non ricevono il vitto, devono occuparsi loro in prima persona o i parenti di preparare un pasto, non ricevono lenzuola e molto spesso non ricevono farmaci in quanto l'ospedale non ne ha abbastanza per tutti. Mentre in Ticino la sanità permette ai pazienti di ricevere vitto, alloggio e le migliori cure. Mettendo a confronto l'espressione del dolore attraverso la scala NRS, possiamo osservare una grande differenza: al primo giorno post-operatorio, la maggior parte dei valori, sono molto più alti nell'ospedale di Gulu; viceversa, al secondo giorno post-operatorio, la maggior parte dei valori, sono più alti nell'ospedale di Locarno. La spiegazione che ci siamo date in merito a questo è probabilmente correlata sia all'antropologia del dolore espressa in base alla cultura, sia alla somministrazione di farmaci che sicuramente influisce sull'espressione del dolore.

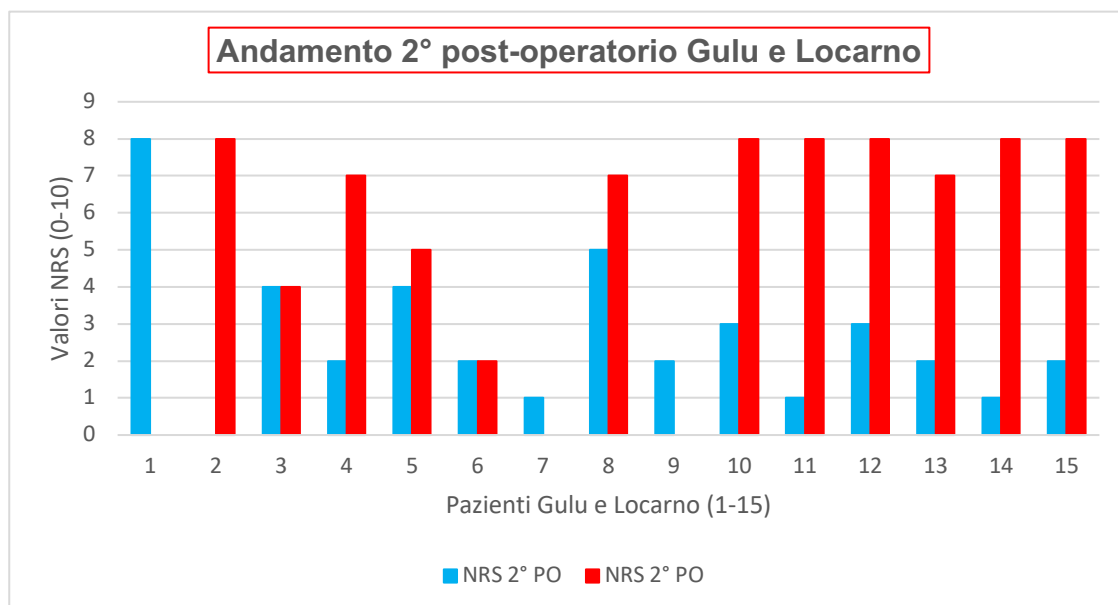
Possiamo affermare quindi che la raccolta dati sulla valutazione oggettiva del dolore con la scala NRS non ha fornito dati particolarmente rilevanti a causa delle premesse fatte prima e della variabilità dei dati e delle circostanze elencate.

Abbiamo deciso inoltre di rappresentare all'interno di quattro grafici a istogramma l'andamento dei dati raccolti per visualizzare a colpo d'occhio l'espressione del dolore al primo giorno post-op e al secondo giorno post-op nei due paesi e la differenza tra di essi. In particolare, il primo grafico rappresenta l'andamento della valutazione del dolore a Gulu al primo giorno post-operatorio (blu) e al secondo giorno post-operatorio (arancione).

Allo stesso modo il secondo grafico rappresenta l'andamento della valutazione del dolore a Locarno al primo giorno post-operatorio (gialla) e al secondo giorno post-operatorio (verde). Nel terzo grafico invece abbiamo messo a confronto i dati raccolti al primo giorno post-operatorio a Locarno (rosso) e quelli al primo giorno post-operatorio a Gulu (azzurro) e nell'ultimo quelli al secondo giorno post-operatorio a Locarno (rosso) e al secondo giorno post-operatorio a Gulu (azzurro).

Di seguito i quattro grafici descritti sopra:





Anche dall'osservazione dei grafici emerge quanto esposto sopra. In particolare, gli ultimi due di confronto ci permettono di mettere in luce a colpo d'occhio le differenze di espressione del dolore. Vediamo una netta differenza, al primo giorno post-operatorio compaiono colonne più alte azzurre dei pazienti di Gulu, mentre al secondo giorno post-operatorio compaiono colonne rosse più alte dei pazienti ticinesi.

5.3 Limiti della ricerca

Contrariamente alle aspettative, la raccolta dati all'interno dei reparti non è stata così semplice. L'autorizzazione a poter svolgere le nostre raccolte dati all'interno del reparto è durata circa un mese sia a Gulu che a Locarno. Una volta ricevuto l'attestato che ci ha consentito di raccogliere i dati, ci siamo imbattute in alcune problematiche e circostanze dettate dal Paese e dalla sua cultura a Gulu e, dalla mole di lavoro all'ospedale di Locarno. È importante evidenziarle, in modo tale che il lettore possa percepire i limiti che abbiamo incontrato. Per quanto riguarda la raccolta dati a Gulu, è opportuno fare una premessa, La popolazione locale parla una lingua chiamata Acholi e solo coloro che studiano a scuola conoscono l'inglese. Inoltre, medici e infermieri dell'ospedale provengono da vari distretti dell'Uganda dove si parlano altri dialetti completamente differenti e quindi a loro volta, molti di essi non comprendono la lingua parlata dai pazienti. Questo è stato il primo e maggiore limite incontrato in quanto molti dei pazienti ricoverati non comprendevano la spiegazione della scala del dolore e di conseguenza la loro risposta era vaga e insicura. Perdipiù, coloro che comprendevano la lingua, spesso non capivano l'utilità della scala e chiedevano dei medicinali in base al valore che fornivano su di essa.

Come già precisato precedentemente, il personale sanitario non ha mai somministrato loro una scala del dolore.

Un altro aspetto da considerare: la persona che somministrava loro la terapia era un infermiere bianco, questo ha condizionato probabilmente la risposta in quanto la loro espressione del dolore era condizionata dalla ricerca di aiuto (anche economico).

All'ospedale di Locarno, nel reparto di chirurgia, il principale limite è stato dettato dalla burocrazia. Oltre alla documentazione e ai consensi richiesti per sviluppare la raccolta dati, dalla Direzione è stato posto il limite di raccogliere dati riguardanti il dolore solo ed esclusivamente ai pazienti seguiti in quel determinato giorno lavorativo. Questo ha portato a situazioni in cui capitava che, in sei giorni lavorativi, non avere pazienti transitati dalla sala operatoria.

Un altro limite è stato il carico di lavoro all'interno del reparto, in alcuni giorni non è stato possibile somministrare la scala. Il paziente veniva informato sulla raccolta dati prima dell'intervento chirurgico così che al ritorno della sala operatoria ne fosse già informato. Nei giorni in cui la mole di lavoro era elevata, il paziente stesso si accorgeva della mancata valutazione del dolore e chiedeva delucidazioni.

L'idea iniziale della nostra raccolta dati era quella di somministrare la scala del dolore a una popolazione campione sottoposta ad interventi di ortopedia, per avere una raccolta il più omogenea possibile tra le due realtà. Tuttavia, le condizioni lavorative e i pazienti con cui ci siamo confrontate durante il terzo stage, sono state diverse rispetto alle nostre aspettative. Abbiamo cercato comunque di prendere in considerazione campioni il più simili possibile, nonostante siamo consapevoli che questo aspetto sia stato un limite della nostra ricerca.

5.4 Confronto con la letteratura

È stata effettuata una sperimentazione simile alla nostra in Kenya, più precisamente all'ospedale di Tenwek con una raccolta dati in merito all'espressione del dolore post-operatorio attraverso l'uso di una scala del dolore. È opportuno fare prima di tutto una premessa: l'uso di scale per il dolore è standardizzata in molti paesi ad alto reddito, ma risultano non implementate nei paesi a basso reddito. Così alcuni ricercatori hanno modificato la scala Jerrycan e l'hanno utilizzata per valutare il dolore post-operatorio in quanto questa scala è stata creata in Africa per comprendere originariamente il dolore in pazienti oncologici. Essa prevede la raffigurazione di barattoli di vetro, oggetti molto usati e familiari in Africa, anche in pazienti non alfabetizzati, riempiti in modo graduale (Mwchiro et al., 2020). Ai pazienti viene chiesto di quantificare il dolore provato, andando ad indicare l'immagine della tanica, le gradazioni riportate erano in ordine crescente da 0 dove la tanica

era vuota e faceva riferimento a un dolore minimo o assente a 5 punti dove la tanica era completamente piena e faceva riferimento ad un dolore intenso come rappresentato nella figura 9 (Mwchiro et al., 2020).

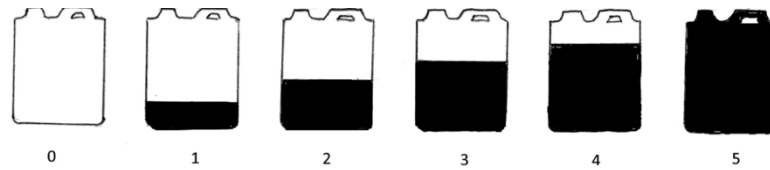


Fig. 9: Scala di Jerrycan (Mwchiro et al., 2020).

Oltre a questa scala, è stata utilizzata la scala Wong Baker rappresentata nella figura 10, una scala visiva che illustrava delle facce. La faccia felice, fa riferimento a un dolore nullo o minimo mentre la faccia con le lacrime fa riferimento a un dolore molto intenso (Mwchiro et al., 2020).



Fig. 10: Scala di Wong-Backer Faces (Mwchiro et al., 2020).

Infine, la terza scala presa in considerazione è la Hand scale riportata nella figura 11 che viene definita la scala delle mani dove il dolore riportato corrisponde al conteggio dalle dita di una mano. Il pugno chiuso fa riferimento a un dolore minimo, mentre la mano completamente aperta con le cinque dita distese fa riferimento a un dolore grave (Mwchiro et al., 2020).

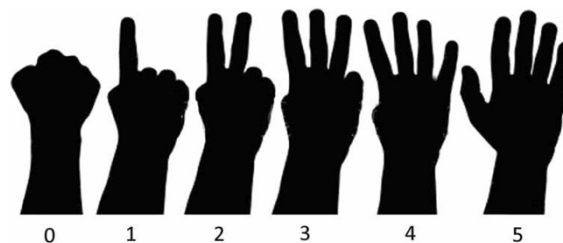


Fig. 11: Hand Scale (Mwchiro et al., 2020).

Nella raccolta dati, ai pazienti è stato chiesto inizialmente di riferire verbalmente il dolore provato da 0 a 5. Successivamente, in maniera sequenziale sono state mostrate le altre scale e i pazienti dovevano indicare l'immagine che riportava il dolore provato (Mwchiro et al., 2020). I pazienti sottoposti alla valutazione erano giovani con un'età media di 34,8 anni,

la maggior parte erano donne del reparto di ginecologia/ostetricia che facevano parte della comunità locale. Il risultato medio individuale era lo stesso in tutte le scale, inoltre metà dei pazienti ha riferito che le scale hanno permesso di comprendere e riferire meglio il dolore provato, con il 32,8% e con il 33,8% le preferite dagli utenti sono state la Jerrycan in quanto facile da capire, molto probabilmente perché faceva riferimento ad un oggetto molto comune nel contesto africano e Faces scale (Mwchiro et al., 2020). I risultati della ricerca hanno mostrato come il dolore nei reparti di chirurgia, ortopedia e ginecologia fosse controllato, anche se i pazienti ricoverati in chirurgia generale hanno espresso un punteggio maggiore rispetto alle pazienti ricoverate in ginecologie e ostetricia (Mwchiro et al., 2020). I pazienti, inoltre, hanno riferito che la valutazione del dolore è culturalmente approvata, le credenze, le pratiche culturale e le norme portano ad una influenza sulla percezione e la valutazione del dolore (Mwchiro et al., 2020). Tale studio ha permesso di ottenere dei punteggi sul dolore all'interno dell'ospedale di Tenwek, andando così ad aiutare il personale sanitario sulle decisioni terapeutiche da mettere in atto (Mwchiro et al., 2020). Un limite riportato nello studio è stato lo spazio limitato, non è stato possibile isolare il paziente per l'intervista e questa situazione potrebbe aver causato, secondo i ricercatori, un "effetto gregge", così da riferire punteggi simili tra di loro (Mwchiro et al., 2020). Purtroppo, abbiamo rilevato questo articolo in un secondo momento rispetto alla nostra raccolta dati, sarebbe stato interessante provare a sottoporre ai pazienti a Gulu la scala del dolore Jerrycan, probabilmente avrebbero compreso maggiormente il significato. La nostra raccolta dati aveva comunque un fine differente ovvero di comparare i valori espressi dai pazienti ricoverati in chirurgia nell'ospedale di Gulu con quelli ricoverati nell'ospedale la Carità di Locarno. Nonostante questo, alcuni pazienti a Gulu, pur non conoscendo la scala del dolore VAS, hanno espresso apprezzamento e utilità anche nel loro paese soprattutto per progettare poi un iter terapeutico. Non solo, come riportato precedentemente, anche alcuni membri del personale hanno manifestato interesse in questa modalità di raccolta dati in merito al dolore chiedendo maggiori informazioni.

Capitolo sesto

6.1 Seconda raccolta dati con questionario

Allo scopo di mettere in luce gli elementi che definiscono la diversità culturale di persone di origine africana residenti in Ticino, le loro percezioni dell'ambiente ospedaliero ticinese confrontato con quello da cui provengono e la competenza degli infermieri in ambito

transculturale, abbiamo valutato interessante raccogliere qualche dato sul terreno per mezzo di un questionario sottoposto ad un piccolo campione mirato.

Nella ricerca qualitativa il questionario prende il nome di strumento ed è un documento scritto formale che i soggetti intervistati compilano in maniera anonima (Polit & Beck, 2018). Il questionario è completamente strutturato, con le medesime domande e prevede che tutti gli intervistati rispondano alle domande nello stesso ordine. Esistono due tipi di domande: quelle a risposta chiusa che prevedono delle alternative di risposta predeterminate. L'obiettivo di queste domande è quello di assicurare la comparabilità e semplificare l'analisi. Per quanto riguarda le domande a risposta aperta queste permettono ai soggetti di rispondere con parole proprie (Polit & Beck, 2018).

La formulazione delle domande a risposta chiusa è più difficile da costruire, ma allo stesso tempo più facili per quanto riguarda l'analisi. Invece, le risposte aperte permettono di raccogliere informazioni molto ricche (Polit & Beck, 2018).

Per la stesura delle domande, i ricercatori devono porre molta attenzione che il tutto sia chiaro, leggibile e inoltre, tener conto della sensibilità psicologica degli intervistati. Il questionario prevede che le domande siano sequenziate secondo un ordine psicologicamente significativo, questo per permettere al soggetto di essere incoraggiato a procedere nella compilazione del questionario e di collaborare mettendo in atto delle risposte sincere (Polit & Beck, 2018).

Per la nostra raccolta dati abbiamo cercato di strutturare domande semplici sia a risposte chiuse che a risposte aperte. Ci siamo rivolti alla comunità africana del Ticino, associazione nata dagli africani residenti in Ticino a scopo solidale tra le etnie, e ad alcuni asilanti della Croce Rossa Svizzera. Da quest'ultima, ci è stato richiesto di sviluppare i questionari in tre lingue differenti: italiano, inglese e francese, questo per permettere una maggior comprensione delle domande.

La letteratura afferma che i questionari offrono dei vantaggi rispetto alle interviste, i costi ridotti e la compilazione in anonimo permette di ottenere informazioni più precise su eventuali opinioni e comportamenti (Polit & Beck, 2018).

Abbiamo chiesto al nostro campione di rispondere in maniera personale, soggettiva ed anonima a sei domande.

L'idea iniziale nel nostro progetto era quello di effettuare delle interviste faccia a faccia, in modo tale da avere la possibilità di approfondire le domande qual ora fosse stato necessario.

Purtroppo, non è stato possibile, perciò, abbiamo improntato la nostra ricerca su un questionario anonimo da sottoporre al campione.

La prima domanda chiusa va indagare se il soggetto è mai stato ricoverato in un ospedale nel Cantone. Ciò, con l'obiettivo di escludere dalla ricerca coloro che non abbiano mai avuto contatti con il nostro sistema sanitario. Se la risposta era negativa, la persona non era tenuta rispondere al questionario.

1. È mai stato ricoverato in un ospedale in Ticino?

SI NO

Se la risposta è NO, non continui l'intervista.

La seconda domanda chiusa chiede all'utente, il quale ha avuto accesso alle cure sanitarie, se il personale curante lo ha accolto come desiderava ovvero se ha considerato la sua provenienza, la sua cultura o se invece ha percepito un atteggiamento di pregiudizio e distacco.

2. Il personale sanitario lo ha accolto come desiderava?

SI NO

La terza domanda, aperta, chiede all'utente di dare un'opinione su cosa il personale curante avesse potuto fare di più per comprendere meglio la sua cultura; con questa domanda ci poniamo l'obiettivo di mettere in luce le diversità che intercorrono tra i due paesi presi in considerazione e se è presente un interesse transculturale da parte del personale curante ticinese nei confronti degli immigrati dimostrando un'attenzione nei suoi confronti.

3. Secondo lei, cosa poteva fare di più il personale sanitario per comprendere la sua cultura?

.....
.....

Nella quarta domanda, sia chiusa che aperta, indaga se il partecipante ha notato delle differenze rispetto al sistema sanitario del suo paese d'origine e alla presa in carico da parte del personale curante. La domanda potrebbe risultare molto ampia e ovvia ma l'obiettivo è mettere in luce le differenze più macroscopiche e significative tra le due realtà indagate.

4. Ha notato diverse differenze rispetto all'ambiente sanitario africano riguardo alla presa a carico da parte del personale sanitario?

SI NO

Se Sì, quali?

.....
.....

La quinta domanda, chiusa, chiede al partecipante se gli sia mai stata sottoposta una scala del dolore durante la degenza in quanto, come riportato nell'articolo di Hamed et al. (2022), il personale sanitario occidentale percepisca le persone di colore biologicamente diverse e con un grado differente di dolorabilità, sottovalutandone spesso l'intensità.

5. Le è stato chiesto di esprimere il suo dolore attraverso scale di valutazione?

SI	NO
----	----

La sesta ed ultima domanda chiusa chiede all'utente se durante la sua degenza ha percepito del pregiudizio nei suoi confronti da parte del personale curante, in quanto, diversi studi, hanno dimostrato che ancora oggi sono presenti giudizi e valutazioni razziste nei contesti sanitari.

6. Pensa che ci sia stato del pregiudizio nei suoi confronti durante la sua permanenza in ospedale da parte del personale sanitario?

SI	NO
----	----

Le risposte ai questionari somministrati sono allegate in appendice 2.

6.2 Discussione/analisi

Dalla raccolta dati effettuata, emergono diversi fattori che ci portano a riflettere in merito al nostro ruolo e al nostro approccio nei confronti di persone con una cultura differente dalla nostra. Questi questionari anonimi ci permettono di mettere in luce come il personale sanitario che ha accolto questi pazienti, durante una loro degenza in una struttura ospedaliera del Ticino, non fosse così preparato a livello interculturale da poter garantire una corretta assistenza infermieristica. Anche Hamed et al. (2022) nel loro articolo riportano come il razzismo, in ambito sanitario, esiste ancora oggi e determina un ostacolo a quella che viene definita un'assistenza sanitaria equa e reattiva.

Nella loro ricerca emerge come i pazienti provenienti da paesi stranieri, ricevono un'assistenza sanitaria di qualità inadeguata con mancanza di empatia e sono visti come utenti sanitari meno desiderabili (Hamed et al., 2022). Inoltre, anche nella ricerca svolta da Hoffman et al. (2016) riportata precedentemente, si evidenzia come il dolore di un soggetto di colore venga sottostimato rispetto ad un soggetto bianco.

Dai nostri questionari, alcuni partecipanti, sostengono che è mancata la comunicazione, la comprensione e la modalità di accoglienza nei confronti di persone che ancora oggi consideriamo diverse da noi.

Altri esprimono la necessità spirituale di avere luoghi di culto anche per altre religioni, come sono presenti le chiese per i cristiani. Per quanto riguarda le differenze evidenziate tra un ospedale Africano e uno ticinese, alcuni esprimono la diversità di materiale disponibile, la povertà del sistema sanitario africano in generale e la forte influenza della spiritualità che prevale sulla medicina.

Sicuramente, al giorno d'oggi, ci troviamo sempre più confrontati con pazienti stranieri, provenienti da contesti sociali e paesi ben lontani dal nostro. Attraverso questi questionari abbiamo potuto comprendere l'importanza di dare valore alle credenze e culture altrui, senza dover imporre la nostra in quanto cittadini di questo Paese. Essere dei bravi curanti implica saper capire la persona che si ha davanti per poter gestire al meglio la sua degenza, la sua sintomatologia e di conseguenza la sua patologia e guarigione. Uno dei pazienti intervistati, ha espresso il desiderio che il personale curante comprenda a pieno la sua rappresentazione del dolore, che può essere diversa dalla nostra, ma fondamentale da considerare. Un altro ancora ha espresso la necessità di essere compreso come straniero, di conoscere il paese da cui proviene a livello culturale prima di imporsi sulla necessità di visitarlo, esaminarlo e prelevargli del sangue. Anche questo aspetto è di fondamentale importanza, a volte, per abitudine si entra nella camera del paziente, lo si spoglia e si inizia l'esame obiettivo di routine senza chiedere il permesso. Nel nostro paese può sembrare normale, in un paziente proveniente da altre parti del mondo, può non esserlo; sta a noi come curanti capire la rappresentazione che ha quel paziente stesso della nostra azione e di conseguenza adattarla a lui.

Vorremmo porre attenzione anche alla quinta domanda, dove chiediamo ai pazienti se durante la degenza in Ticino, gli è stato chiesto di esprimere il dolore attraverso una scala di valutazione. Come si può notare dall'allegato 1, solo un paziente su cinque ha riportato una risposta positiva. Questo dato potrebbe far riferimento al lavoro di Hamed et al. (2022) Il quale sostiene, in uno studio statunitense, che la gestione del dolore è differenziata per gli utenti stranieri di colore rispetto ai bianchi in quanto gli operatori sanitari percepiscono le persone di colore biologicamente diverse e quindi con reazioni diverse al dolore arrivando a prescrivere anche dosi inferiori di antidolorifici. Possiamo ipotizzare che il personale sanitario, sulla base di questa ricerca non abbia sottoposto la scala del dolore ai pazienti stranieri presi in considerazione da noi.

Un ultimo punto da prendere in analisi riguarda l'ultima domanda del questionario in merito al pregiudizio: quattro pazienti stranieri su cinque presi in considerazione, esprimono di sentirsi pregiudicati dal personale curante delle strutture sanitarie. Tale risposta ci fa

riflettere sul nostro atteggiamento nei loro confronti, e sulla loro percezione del nostro modo di approcciarci.

Anche dalle ricerche di Hamed et al. (2022), emerge inoltre che il personale sanitario crea razzismo inconsciamente in quanto in modo implicito mostra pregiudizi razziali attraverso atteggiamenti negativi e stereotipi nei confronti delle persone di diversa etnia e cultura. Nei vari studi raccolti ed analizzati da essi, gli utenti migranti riferiscono che i loro sintomi e disturbi non vengono presi sul serio dal personale curante, ancora, essi vengono svalutati ed esclusi dai processi decisionali in ambito sanitario (Hamed et al., 2022).

Non solo, in alcuni studi condotti in Spagna e Brasile, gli utenti dell'Africa sub-sahariana riferiscono di avere avuto esperienze di razzismo nell'ambito sanitario e di conseguenza di avere paura dell'ambiente stesso. Altri studi definiscono che il razzismo percepito è inversamente associato alla fiducia nel personale (Hamed et al., 2022).

Purtroppo, il pregiudizio in ambito sanitario, come dimostrato dai nostri questionari e dalle evidenze analizzate è tutt'ora presente negli ospedali occidentali. Per questo motivo, uno degli obiettivi del nostro lavoro era quello di far emergere l'importanza di una figura professionale, competente in ambito transculturale, così da poter accogliere, nelle strutture sanitarie, nel miglior dei modi il paziente culturalmente diverso e diminuire la sfiducia nei confronti del personale.

6.3 Limiti della ricerca

Purtroppo, siamo riuscite a raccogliere solamente cinque questionari. Questo ci limita nella ricerca in quanto l'opinione di pochi stranieri africani che oggi vivono in Ticino non rappresenta la maggioranza, ma può comunque aprire gli occhi ai curanti in modo tale da porre maggior attenzione e riflessione nei confronti di pazienti di questo tipo.

I questionari, in forma anonima, sono pervenuti a noi via mail dai rappresentanti della Comunità Africana in Ticino e dalla Croce Rossa Svizzera. Ciò, non ci ha permesso di parlare in prima persona con persone migranti limitando il grado di approfondimento e di precisazione delle risposte, a volte anche brevi, date.

Un altro importante limite è rappresentato dalla lingua, abbiamo tradotto i questionari in inglese e francese per renderli maggiormente comprensibili a tutti, ma, nonostante ciò, alcuni parlavano solamente i loro dialetti locali africani e, quindi, ci è stato riportato dalle due associazioni, alcuni soggetti coinvolti non sono stati in grado di compilare il questionario.

6.4 Confronto con la letteratura

Anche in letteratura troviamo ricerche che pongono l'attenzione sulla diversa espressione del dolore e l'interpretazione di esso da professionisti sanitari attraverso raccolte dati simili a quella realizzata da noi. La ricerca presa in considerazione ha evidenziato come il personale sanitario spesso sottovaluti o addirittura sia in disaccordo con le valutazioni auto-riportate dai pazienti. Alcuni studi riportano che negli ultimi anni c'è stato un incremento di oppioidi, questo incremento si presuppone sia correlato ad un dolore eccessivo riportato dal paziente (Boring et al., 2022). Nel momento in cui si pensa che il soggetto valuti in maniera eccessiva il proprio dolore si arriva ad una situazione di mal gestione della terapia antalgica, diminuzione dell'empatia e aumento della stigmatizzazione del dolore altrui (Boring et al., 2022). Nell'articolo si evidenzia come le donne e le persone appartenenti a gruppi razziali hanno meno possibilità di veder creduto il proprio dolore, di conseguenza avviene una disuguaglianza nel trattamento del dolore stesso. Per evitare tutto ciò, si è visto come le donne e le persone appartenenti a gruppi razziali, cercano di mantenere una dignità nella comunicazione del proprio dolore andando a nascondere così da essere creduti (Boring et al., 2022). La ricerca è stata svolta per capire se effettivamente le persone tendono davvero a riferire in maniera eccessiva il proprio dolore prendendo in considerazione novantadue volontari tra donne, uomini e persone che non hanno identificato il sesso. Questi soggetti erano alcuni bianchi, altri latino-americani, americani/asiatici, indiani d'America, multirazziali, afroamericani, ed uno definito "senza etnia" (Boring et al., 2022). Lo studio si basava su domande specifiche come ad esempio: "quando vai dal medico e ti viene chiesto di riportare il dolore provato usando una scala da 0 a 10 dove 10 è il peggior dolore provato, cosa fai di solito? Riporti un numero inferiore rispetto al dolore provato, riporti un numero che corrisponda al dolore effettivamente provato o scegli un numero maggiore rispetto al dolore effettivo?" (Boring et al., 2022). I risultati dello studio, evidenziano che la maggior parte dei partecipanti ha riportato esattamente la quantità di dolore provato; anche se si è visto che le donne tendono a sotto-risportare il proprio dolore cosa che invece non è stata evidenziata per gli uomini. Lo studio, inoltre, ha riportato l'importanza del contesto, quest'ultimo può influenzare il modo in cui il dolore viene riferito. Ad esempio, in ambito chirurgico il soggetto non riferisce il dolore così com'è ma tende a riportare un dolore maggiore rispetto a quello provato effettivamente (Boring et al., 2022). In conclusione, il dolore riferito dal paziente in ambito clinico molto spesso viene liquidato, sminuito e sottovalutato. Questa situazione porta a pregiudizi nella valutazione del dolore e una mal gestione antalgica con sofferenza continua (Boring et al., 2022).

CONCLUSIONI

Il grande obiettivo del nostro lavoro di tesi era quello di mettere in luce la diversa espressione del dolore attraverso l'analisi dell'antropologia dello stesso. Le due ricerche sul terreno ci hanno permesso di raccogliere dei dati attuali e in prima persona che hanno fatto emergere le diversità che intercorrono tra due popolazioni completamente diverse, quella Svizzera e quella Ugandese. Inoltre, i questionari proposti ci hanno permesso di legare la prima raccolta dati alla nostra realtà locale permettendo un'analisi di confronto tra la rappresentazione del dolore di una persona straniera accolta in una struttura ospedaliera ticinese e la nostra visione occidentale del dolore. E, ancora, le ricerche effettuate in letteratura ci hanno permesso di trovare delle conferme in merito alle nostre ipotesi iniziali.

Questo ci ha dato la possibilità di analizzare il ruolo infermieristico e le competenze in ambito transculturale dimostrando l'importanza di conoscere e comprendere a pieno il paziente che si ha davanti per poter garantire un'assistenza a 360 gradi e una guarigione efficace lasciando da parte il pregiudizio. Come detto più volte all'interno del nostro lavoro di tesi, oggi ci troviamo confrontati sempre più spesso con persone straniere, migranti, che esprimono dolore ed è opportuno che il personale sanitario sia informato e formato in ambito transculturale per accogliere al meglio tutti i pazienti.

Pensiamo che nel nostro prossimo futuro professionale, questa ricerca ci permetterà di aprire maggiormente la nostra mente, di comprendere le diverse rappresentazioni e le diverse culture che intercorrono tra pazienti stranieri e curanti occidentali.

Correlazioni con il ruolo professionale

La stesura di questo elaborato ci ha permesso di riflettere e di comprendere meglio il ruolo professionale che abbiamo scelto di intraprendere. Come prossime future infermiere in funzione, saremo responsabili all'interno del sistema sanitario, del nostro agire professionale e delle relative decisioni e valutazioni. Di fondamentale importanza è la capacità da parte del personale sanitario di riconoscere le necessità e i bisogni dei pazienti in ogni fase della loro vita e di conseguenza, saper poi mettere in atto un'assistenza basata su cure di alta qualità, efficaci, efficienti e continuative. Ed infine, ma non da meno, l'importanza di creare con l'utente una relazione basata sulla fiducia così da collaborare per tutto il progetto assistenziale. È compito dell'infermiere valutare sempre l'esito delle cure basandosi su conoscenze scientifiche e collaborare a progetti in ambito infermieristico (SUPSI-DEAS, 2011). In relazione ai concetti ed ai valori professionali sopraesposti,

crediamo che una condizione di dolore comporti sviluppare nella persona a noi affidata un malessere generale e per questo motivo vogliamo trasmettere l'importanza di una giusta valutazione e di un adeguato trattamento. Questo lavoro di tesi ci ha evidenziato l'importanza di porre attenzione alle diversità culturali e sull'importanza di assumere una sensibilità transculturale nello svolgere il nostro ruolo di infermieri quando confrontati con pazienti di altre culture.

Per questo motivo è fondamentale che il personale sanitario sia in costante aggiornamento; come ben sappiamo la medicina è in continua evoluzione e di conseguenza è responsabilità di un professionista saper offrire cure all'avanguardia e di sicurezza. Pensiamo, sia importante fare una riflessione sui sette ruoli dell'infermiere. Non per niente abbiamo scelto di analizzare per primo il ruolo *di comunicatore*, crediamo sia alla base della nostra professione. In veste di "comunicatori" dovremo, essere in grado di instaurare rapporti di fiducia con i nostri pazienti utilizzando una comunicazione adeguata e adattata al soggetto che sappia porci in una relazione autentica. Il rapporto basato sulla fiducia e la giusta comunicazione, permette all'infermiere di condividere con il paziente e con il team interprofessionale il progetto di cura (SUPSI-DEASS, 2011). Ovunque si dichiara che il paziente è al centro del progetto assistenziale e per questo motivo è essenziale integrarlo nelle cure e nelle decisioni.

Dall'analisi tratta dalle risposte scaturite dalla nostra circoscritta inchiesta, abbiamo appreso che alcuni pazienti stranieri in Ticino hanno percepito del pregiudizio nei loro confronti durante la degenza in ospedale. Questo pregiudizio diventa un ostacolo nel rapporto di fiducia tra curante e paziente in quanto quest'ultimo non si sentirà libero di esprimere il proprio dolore o i propri bisogni. Inoltre, nel nostro lavoro di tesi, emerge come, la comunicazione e la lingua di origine dell'utente siano alla base di una corretta accoglienza e presa a carico del paziente. Spesso i migranti arrivati di recente in Ticino non conoscono l'italiano o una lingua diffusa, come ad esempio l'inglese. Questa condizione diventa una barriera a livello relazionale, che conduce ad una comunicazione inefficace e ridotta. Un buon curante dovrebbe essere in grado di instaurare un minimo di relazione attraverso strumenti che aiutano la comunicazione (vedi app di traduzione vocale) o chiedendo aiuto a dei mediatori culturali (in Ticino l'agenzia DERMAN) per poter comprendere a pieno ciò che la persona vuole dirci e farci sapere. Poter offrire ad un paziente straniero la possibilità di parlare nella sua lingua originale gli permette di sentirsi maggiormente accolto e aiuta sviluppare il rapporto di fiducia alla base della cura.

In ambito transculturale, è di fondamentale importanza poter condividere con altri professionisti il progetto e l'evoluzione delle cure rivolte al paziente. Bisogna tener conto dell'importanza del gruppo di lavoro, in quanto al suo interno potrebbe essere presente un collega con maggior affinità nei confronti del paziente di origine straniera, oppure un collega che proviene dalla stessa nazione e questo porta ad una semplificazione nella comunicazione e nella relazione.

La condivisione all'interno del team è importante per solidificare le conoscenze acquisite, ma soprattutto per apprenderne delle nuove.

L'esperienza in Uganda, è stata molto arricchente sia dal punto di vista personale che soprattutto professionale. Il team interdisciplinare locale contava molto sulle conoscenze e sulle mie competenze di studente, chiedendomi spesso un parere e un consiglio su come poter intervenire in situazioni di emergenza. Viceversa, mi rivolgevo ai professionisti locali, così da comprendere e applicare nel miglior modo possibile alcune pratiche prettamente locali e culturalmente diverse dalle nostre europee.

L'infermiere è portatore anche del ruolo di promotore della salute, ciò gli permette di focalizzarsi sulla salute e sulla qualità di vita dei pazienti, attuando o partecipando a programmi di prevenzione e promozione delle malattie, sia a livello individuale che a livello collettivo, fornendo alle persone i mezzi possibili per prevenire complicanze e/o affrontare la malattia (SUPSI-DEASS, 2011).

La nostra esperienza correlata all'elaborazione di questa Tesi ha messo in luce come due paesi differenti - sia da un punto di vista geografico che da quello culturale - affrontino le procedure di cura post-operatorie e programmi di promozione e prevenzione della salute con modalità sensibilmente differenti. In Uganda, precisamente nell'ospedale di Gulu, pur essendo presenti delle direttive in merito alle norme di igiene, i curanti non le mettono in atto sistematicamente sottovalutando anche le misure di prevenzione per le malattie trasmissibili. In Svizzera, il personale sanitario pone più attenzione nei confronti della prevenzione di eventuali infezioni e malattie, e allo stesso tempo si occupa di promuovere uno stile di vita sano mettendo in atto campagne pubblicitarie, convegni, documentazione, banche dati ecc.

Attraverso l'esperienza clinica è importante riflettere sul proprio operato (competenza di autovalutazione) riconoscendo le proprie lacune, ma sapendo anche individuare le proprie risorse. Questo processo - se sviluppato e mantenuto nel tempo - garantisce al professionista di crescere professionalmente (SUPSI-DEASS, 2011).

Aver condotto questo pur piccolo studio, aggiunto ad un'esperienza sul campo, ci ha messo in una postura riflessiva e di approfondimento – teorico ed esperienziale - in merito al ruolo

dell'infermiere transculturale. Aver ora sviluppato un poco di più la consapevolezza, all'approccio infermieristico transculturale ci risulterà molto utile per il nostro futuro lavorativo quando dovremo confrontarci con pazienti di origine diversa dalla nostra. In quelle circostanze avremo maggior strumenti per essere in grado di riconoscere il paziente di fronte a noi nella sua totalità.

Il ruolo legato all'appartenenza professionale prende in considerazione la qualità di vita del paziente; l'infermiere deve impegnarsi a garantirla sulla base dell'etica professionale (SUPSI-DEASS,2011). Come professionisti sanitari, dobbiamo imparare a comprendere e ad ascoltare i bisogni dei nostri utenti indossando i loro occhiali e mettendo da parte il pregiudizio, cercando di agire nel migliore dei modi per garantire un benessere complessivo alla persona.

Autovalutazione del percorso di sviluppo del lavoro di Tesi

In conclusione, possiamo affermare che il nostro lavoro di tesi è stato molto impegnativo, ma riteniamo non aver mai perso di vista il progetto iniziale.

La nostra ricerca nasceva dalla voglia di approfondire la diversa espressione del dolore correlando due contesti molto diversi per geografia e cultura.

L'aggiunta in un secondo tempo su suggerimento del nostro direttore di tesi, di eseguire una raccolta dati mediante questionario a pazienti migranti in Ticino, ci ha permesso di comprendere maggiormente gli elementi che concorrono a rendere più complicata e complessa la presa in cura di pazienti di lingua e cultura non occidentale. Il percorso completo della stesura del lavoro di tesi non è stato semplice: gli impegni scolastici, gli esami in seguito e lo stage alla fine, hanno diminuito il tempo da dedicare alle ricerche ma siamo fortemente soddisfatte del lavoro ottenuto. La prima raccolta dati ci spaventava particolarmente, in quanto non eravamo certe di riuscire a raccogliere i dati necessari. Limiti e differenze che intercorrono tra i due paesi pensavamo che avrebbero reso tutto più complicato. In realtà, durante il terzo stage siamo riuscite a raccogliere i dati e analizzarli insieme, trovando informazioni davvero interessanti. Per la seconda indagine, abbiamo contattato personalmente la comunità africana del Ticino ottenendo due questionari compilati anonimamente, la restante parte è stata compilata da asilanti ospiti al Centro della Croce Rossa Svizzera.

Possiamo affermare di aver raggiunto gli obiettivi che ci eravamo prefissate all'inizio del lavoro, tramite la stesura del quadro teorico abbiamo ampliato le nostre conoscenze in merito all'antropologia del dolore, alla fisiologia dello stesso, al nursing transculturale e del contesto africano. La revisione di letteratura ci ha evidenziato come la tematica della

valutazione (espressione) del dolore in pazienti con origini culturali e geografiche distanti dalla nostra, sia molto attuale.

Infine, riteniamo che le raccolte dati hanno dato un valore aggiunto alla Tesi, apportando concretezza e permettendoci, da novizie, di sperimentare empiricamente alcune nozioni e strumenti di ricerca apprese nella formazione bachelor.

Un'altra importante osservazione riguarda il lavoro di coppia. Nel futuro professionale saremo costantemente confrontati con un'equipe composta da più persone con cui collaborare; la stesura della tesi in due per noi è stata un favorevole esercizio, abbiamo suddiviso il lavoro a metà, ci siamo sempre confrontate e ognuna di noi era libera di esprimere la propria opinione e visione in merito a ciascuna decisione presa.

Grazie a questo lavoro abbiamo potuto imparare, innanzitutto, a ricercare articoli sulle banche dati, cosa che ci tornerà sicuramente utile in futuro per poter rimanere aggiornate costantemente e approfondire tematiche non note.

Questo percorso di sviluppo del lavoro di tesi, in definitiva analisi, ci ha permesso di avere delle risposte concrete e di aver sviluppato una maggior consapevolezza sulle diversità percettive e di aspettative in materia di cura legate alla provenienza culturale. Se, nella nostra pratica futura, saremo confrontate con la cura e l'incontro con un Altro, apparentemente così diverso da noi, saremo (forse) in grado di limitare la distanza tra lui e noi, perché più attente e sensibili a cogliere quegli aspetti che ci accomunano e ci avvicinano come essere Umani.

Ringraziamenti

Innanzitutto, vorremmo ringraziare il nostro direttore di tesi Mauro Realini che ci ha accompagnato fin dall'inizio del nostro percorso dandoci costantemente spunti e consigli molto utili ed interessanti. È sempre stato presente e disponibile nel fornirci documentazione, materiale e contatti utili al fine del nostro lavoro di tesi.

Un ringraziamento speciale va anche ai nostri pazienti che si sono resi disponibili per far parte della nostra ricerca sottoponendosi alla scala di valutazione del dolore e compilando i questionari.

Ringraziamo anche la Comunità africana del Ticino e la Croce Rossa svizzera per averci permesso di effettuare la sperimentazione, senza di loro non sarebbe stato possibile.

Non meno importante, un ultimo ringraziamento va alla nostra famiglia, ai nostri amici che ci hanno sostenuto dall'inizio di questo lungo percorso.

Bibliografia

Aletto L., Di Leo L. (2003). *Nursing nella società multiculturale. Guida per l'infermiere*. Carocci Faber. La professione infermieristica. Roma

Astone C., Crasà C., D'Angelo I., Dinielli F., Macri C. (2020). *L'anima guaritrice dell'Africa*.

Boring B. L., Ng B. W., Nanavaty N., Vani A. Mathur A. V. (2022). *Over-Rating Pain is Overrated: A Fundamental Self-Other Bias in Pain Reporting Behavior*. The Journal of Pain, vol 23, no 10. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.06.002>

Barbari V., Ramponi N., Marighetto P., Erbesato M., Schenato N., Montanari L., Sindaco G., Zanolli G., Lanfranco D., Biordi E., Agostini A., Diprè S., Camparco G., Torneri P. (2020). *Scienza e clinica del dolore. Un approccio basato sulle moderne neuroscienze*. Edizione FizioScience

Bertolini R., Bombardi S., Manfredini M. (2009). *Assistenza infermieristica e ostetrica transculturale. Teoria – Metodologia – Applicazioni*. Hoepli, Milano.

Brandon L., Boring, Brandon W., Nanavaty N., Mathur V. A. (2022). *Over-Rating Pain is Overrated: A Fundamental Self-Other Bias in Pain Reporting Behavior*. Elsevier, The Journal of Pain, Vol 23, No 10. www.jpain.org

Canova V. (2011). *Promozione della salute e prevenzione adattati alla popolazione migrante: analisi dei bisogni dei programmi e dei progetti di salute pubblica nel Cantone Ticino*. Bellinzona.

https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/SPVS/PDF/Pubblicazioni/SOS_ProgPS_migranti.pdf

f

Carpenito L. J. (2020). *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. Settima edizione. Casa editrice Ambrosiana, Rozzano.

Comunità africana del Ticino <http://comafti.ch>

Confederazione Svizzera. (2023). *Département fédéral de justice et police DFJP, secrétariat d'État aux migrations SEM, Service des statistiques*. Bern-Wabern <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik.html>

De-Graft Aikins A., Sanuade O., Baatiema L., Adjaye-Gbewonyo K., Addo J., Agyemang C. (2023) *How chronic conditions are understood, experienced and managed within African communities in Europe, North America and Australia: A synthesis of qualitative studies*. PLoS ONE 18(2): e0277325. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277325>

Gao L., Mu H., Lin Y., Wen Q., Gao P. (2023). *Review of the Current Situation of Postoperative Pain and Causes of Inadequate Pain Management in Africa*. Journal of pain research 16 1767–1778

Gioffré D. (2004). *Il dolore non necessario. Prospettive medico-sanitarie e culturali*. Bollati Boringhieri, Torino.

Hamed S., Bradby H., Ahlberg B. M., Thapar-Björkert S. (2022). *Racism in healthcare: a scoping review*. BMC Public Health <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y>

Hoffman K. H., Trawalter S., Axta J. R., Oliverb N. M. (2016). *Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites*. PNAS vol. 113, no. 16

Le Breton D. (2007). *Antropologia del dolore*. Meltemi

Leininger M., PHD, LHD, DS, CTN, FAAN, FRCNA. (2002). *Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices*. Journal of transcultural nursing

Lione M., Semakula M., Kiwanuka M., Ingham K. (2023). *Uganda*. Enciclopedia britannica. <https://www.britannica.com/place/Uganda/Land>

Manara D. F. (2004). *Infermieristica Interculturale*. Carrocci Faber. La professione infermieristica

Martini, F., Timmons, M. J., & Tallitsch, R. B. (2016). *Anatomia umana* (Quinta edizione.,pp. 393). EdiSES.

Ministry of Health. (2020). *Gulu Regional Referral Hospital. A healthy and productive population that contributes to socio-economic growth and national development. Five-year strategic plan financial (2020/21-2024/25)*

Ministry of Health Republic of Uganda. (n.d.). *Hospitals*.

<https://www.health.go.ug/hospitals/>

Minuzzo S. (2004). *Nursing del dolore*. Carrocci Faber. La professione infermieristica

Mwachiro M., Mwachiro E. Wachu M., Koske W., Thure L., Parker R. K., E. White R. E. (2020). *Assessing Post-operative Pain with Self-reports via the Jerrycan Pain Scale in Rural Kenya*. World Journal of Surgery. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05685-x>

Ozgun K., Hakan T., Ozgun D., Ozlem D. (2018). *A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?*. American Journal of Emergency Medicine

[https://www-sciencedirect-](https://www-sciencedirect-com.proxy2.biblio.supsi.ch/science/article/pii/S0735675718300081?via%3Dihub)

[com.proxy2.biblio.supsi.ch/science/article/pii/S0735675718300081?via%3Dihub](https://www-sciencedirect-com.proxy2.biblio.supsi.ch/science/article/pii/S0735675718300081?via%3Dihub)

Polit F. D., Beck C. T. (2018). *Fondamenti di ricerca infermieristica*. Mc Graw Hill. Miano.

Stanfield,C.L., (2017). *Fisiologia* (Quarta edizione., pp.265-267). EdiSES.

SUPSI-DEASS. (2011). Competenze finali per le professioni sanitarie SUP. Disponibile da

<https://www.icorsi.ch>

Williamson A. MSc, RGN, PGCE, Hoggart B. MBBS, FRCA. (2005). *Pain: a review of three commonly used pain rating scales*

<https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x>

Allegati

Appendice 1

I tredici presupposti basati sulla *culturale care* definiti da Leininger:

1. L'assistenza è l'essenza dell'infermieristica e suo punto focale unificante, distinto, dominante e centrale;
2. L'assistenza è essenziale per il benessere, la salute, il processo di guarigione, la crescita, la sopravvivenza e per affrontare la disabilità e la morte;
3. La culturale care è il mezzo olistico più ampio per conoscere, spiegare, interpretare, e prevedere varie forme di cura e per indirizzare l'assistenza infermieristica;
4. L'infermieristica è una disciplina e una professione rivolta all'umanizzazione dell'assistenza, che con modalità transculturale, ha lo scopo di servire gli esseri umani in tutto il mondo;
5. L'assistenza è essenziale per curare e guarire, perché non ci può essere cura senza assistenza;
6. Concetti, espressioni, significati, schemi, processi e forme strutturali di culturale care hanno aspetti di diversità e universalità in tutte le culture del mondo;
7. Ogni cultura umana ha conoscenze e forme di culturale care indigene-popolari e di solito anche professionali, che variano transculturalmente;
8. I valori, le credenze e le pratiche del culturale care sono influenzati dalla visione del mondo, dal contesto linguistico, religioso o spirituale, dall'istruzione, dai rapporti parentali, da fattori politici, economici, tecnologici, etnostorici e dall'ambiente di una particolare cultura;
9. La culturale care contribuisce al benessere delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità all'interno del loro contesto ambientale;
10. Ci può essere un'infermieristica culturalmente adeguata solo quando si conoscono, si rispettano e si mettono in pratica i valori, le espressioni e le forme di culturale care dell'individuo, del gruppo, della famiglia e della comunità;
11. Differenze e somiglianze nelle forme di culturale care tra gli operatori professionali e i fruitori esistono in tutte le culture del mondo;
12. Gli utenti che sperimentano forme di assistenza non adeguate ai loro valori mostreranno segni di conflitti culturali, stress, problemi morali o etici e una lenta guarigione;
13. Il paradigma qualitativo offre nuovi modi di scoprire e conoscere dimensioni epistemologiche e ontologiche di umanizzazione dell'assistenza in modo transculturale.

(Manara, 2004).

Appendice 2

Risposte questionario

Questionario 1

Questionario per persone di origine africana che sono state ricoverate almeno una volta in un ospedale ticinese.

1. È mai stato ricoverato in un ospedale in Ticino?

SI NO

Se la risposta è NO, non continui l'intervista.

2. Il personale sanitario lo ha accolto come desiderava?

SI NO

3. Secondo lei, cosa poteva fare di più il personale sanitario per comprendere la sua cultura?
Il personale curante avrebbe potuto soffermarsi sulle mie rappresentazioni del dolore che avevo e darmi delle spiegazioni scientifiche che stanno alla base della sintomatologia.

4. Ha notato diverse differenze rispetto all'ambiente sanitario africano riguardo alla presa a carico da parte del personale sanitario?

SI NO

Se Sì, quali?

Vi è una differenza fondamentale tra l'ambito africano e quello occidentale: l'aspetto bio-psico-socio della salute essendo soggettivo implica una differenza tra gli ambienti di cura. Le rappresentazioni di malattia nella cultura africana sono fortemente influenzate dalla spiritualità e quindi l'impostazione della presa a carico è completamente diversa. Inoltre, le risorse a disposizione non sono le stesse in Africa e in occidente.

5. Le è stato chiesto di esprimere il suo dolore attraverso scale di valutazione?

SI NO

6. Pensa che ci sia stato del pregiudizio nei suoi confronti durante la sua permanenza in ospedale da parte del personale sanitario?

SI NO

Sono stato messo in isolamento con l'unica indicazione che rientravo da un viaggio in Africa.

Questionario 2

Questionario per persone di origine africana che sono state ricoverate almeno una volta in un ospedale ticinese.

1. È mai stato ricoverato in un ospedale in Ticino?

SI NO

Se la risposta è NO, non continui l'intervista.

2. Il personale sanitario lo ha accolto come desiderava?

SI NO

3. Secondo lei, cosa poteva fare di più il personale sanitario per comprendere la sua cultura?

Fare delle domande sulla mia origine, sulla mia famiglia e sulle mie abitudini.

4. Ha notato diverse differenze rispetto all'ambiente sanitario africano riguardo alla presa a carico da parte del personale sanitario?

SI NO

Se Sì, quali?

Qui in Svizzera sono molto attenti al lavoro, coscienti del loro dovere e ben preparati e attrezzati come equipe.

5. Le è stato chiesto di esprimere il suo dolore attraverso scale di valutazione?

SI NO

6. Pensa che ci sia stato del pregiudizio nei suoi confronti durante la sua permanenza in ospedale da parte del personale sanitario?

SI NO

Questionario 3

Questionario per persone di origine africana che sono state ricoverate almeno una volta in un ospedale ticinese.

1. È mai stato ricoverato in un ospedale in Ticino?

SI NO

Se la risposta è NO, non continui l'intervista.

2. Il personale sanitario lo ha accolto come desiderava?

SI NO

3. Secondo lei, cosa poteva fare di più il personale sanitario per comprendere la sua cultura?
Potrebbero mettere una moschea o un luogo santo per i mussulmani (visto che ci sono le chiese per i cristiani).

4. Ha notato diverse differenze rispetto all'ambiente sanitario africano riguardo alla presa a carico da parte del personale sanitario?

SI NO

Se Sì, quali?

Non lo so, in Somalia non sono mai andato in una struttura ospedaliera.

5. Le è stato chiesto di esprimere il suo dolore attraverso scale di valutazione?

SI NO *Non mi ricordo*

6. Pensa che ci sia stato del pregiudizio nei suoi confronti durante la sua permanenza in ospedale da parte del personale sanitario?

SI NO

Questionario 4

Questionario per persone di origine africana che sono state ricoverate almeno una volta in un ospedale ticinese.

1. È mai stato ricoverato in un ospedale in Ticino?

SI NO

Se la risposta è NO, non continui l'intervista.

2. Il personale sanitario lo ha accolto come desiderava?

SI NO

3. Secondo lei, cosa poteva fare di più il personale sanitario per comprendere la sua cultura?

Penso che non comprendendo la cultura degli altri. Ci vuole tempo per ascoltare e per comunicare con la persona con pazienza e dandogli importanza.

4. Ha notato diverse differenze rispetto all'ambiente sanitario africano riguardo alla presa a carico da parte del personale sanitario?

SI NO

Se Sì, quali?

L'accoglienza, la comunicazione, il ricovero.

5. Le è stato chiesto di esprimere il suo dolore attraverso scale di valutazione?

SI NO

6. Pensa che ci sia stato del pregiudizio nei suoi confronti durante la sua permanenza in ospedale da parte del personale sanitario?

SI NO

Questionario 5

Questionario per persone di origine africana che sono state ricoverate almeno una volta in un ospedale ticinese.

1. È mai stato ricoverato in un ospedale in Ticino?

SI NO

Se la risposta è NO, non continui l'intervista.

2. Il personale sanitario lo ha accolto come desiderava?

SI NO

3. Secondo lei, cosa poteva fare di più il personale sanitario per comprendere la sua cultura?
Dovrebbero prima di tutto capire da dove vieni prima di esaminarti per la prima volta e prelevare del sangue per capire se hai qualche malattia nel tuo corpo.

4. Ha notato diverse differenze rispetto all'ambiente sanitario africano riguardo alla presa a carico da parte del personale sanitario?

SI NO

Se Sì, quali?

In Africa il sistema sanitario è molto povero, ci sono poche medicine, e medici ed infermieri non competenti e non qualificati.

5. Le è stato chiesto di esprimere il suo dolore attraverso scale di valutazione?

SI NO

6. Pensa che ci sia stato del pregiudizio nei suoi confronti durante la sua permanenza in ospedale da parte del personale sanitario?

SI NO

Analisi degli articoli

Autore/Titolo/Rivista	Disegno dello studio	Modalità di raccolta delle informazioni	Principali risultati	Conclusioni
Astone C., Crasà C., D'Angelo I., Dinielli F., Macrì C. (2020). <i>L'anima guaritrice dell'Africa</i> .	Revisione della letteratura	Raccolta delle informazioni attraverso: articoli scientifici, documenti di antropologia, enciclopedie e interviste ad esperti in campo medico e antropologico.	Nella cultura africana il concetto di salute riguarda sia il corretto funzionamento dei sistemi biologici ma altrettanto prende in considerazione anche l'equilibrio dell'individuo con sé stesso, la comunità di appartenenza e gli spiriti dell'antichità. Per un sistema di cura più efficace bisogna considerare sia il medico che il guaritore locale.	Mette in evidenza l'importanza di una visione olistica della salute e della malattia. Prende un ruolo centrale la comunità sia per quanto riguarda l'ascolto che la condivisione della sofferenza. L'approccio terapeutico occidentale deve prendere in considerazione anche la sfera emotiva del paziente così da garantire un miglior processo di guarigione.
Brandon L., Boring, Brandon W., Nanavaty N., Mathur V. A. (2022). <i>Over-Rating Pain is Overrated: A Fundamental Self-Other Bias in Pain Reporting Behavior</i> . Elsevier. The Journal of Pain, Vol 23, No 10. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.06.002	Studio somministrato online utilizzando Qualtrics, richiedendo ai partecipanti circa 30 minuti.	Raccolta dati attraverso due sperimentazioni su campioni diversi	I risultati evidenziano che è presente un pregiudizio nella raccolta dell'espressione del dolore dei pazienti. Inoltre, tale pregiudizio è correlato alla differenza culturale (raccolta dati in persone latino-americane)	In conclusione, si evidenzia come pregiudizio diventa un ostacolo nell'istaurazione del rapporto di fiducia tra curante e paziente.

<p>De-Graft Aikins A., Sanuade O., Baatiema L, Adjaye-Gbewonyo K., Addo J., Agyemang C. (2023) <i>How chronic conditions are understood, experienced and managed within African communities in Europe, North America and Australia: A synthesis of qualitative studies</i>. PLoS ONE 18(2): e0277325. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277325</p>	<p>Revisione della letteratura; sintesi di studi qualitativi</p>	<p>Analisi della letteratura. Rilevazione di diversi studi esplorando 748 partecipanti, provenienti da 27 paesi africani affetti da 8 condizioni croniche.</p>	<p>Riferimenti all'assistenza ideale nei paesi del nord del mondo per pazienti immigrati evidenziandone anche gli ostacoli. Tra quest'ultimi: mancanza di assistenza empatica, pregiudizi nel trattamento, costi elevati nelle cure, mancanza di accesso presso strutture sanitarie, barriere linguistiche e problemi di immigrazione</p>	<p>In conclusione, sappiamo che l'assistenza nei contesti sanitari nel "nord del mondo" per pazienti immigrati è ancora un'area intrinseca e ignorata con limiti e ostacoli da parte dei professionisti sanitari.</p>
<p>Gao L., Mu H., Lin Y., Wen Q., Gao P. (2023). <i>Review of the Current Situation of Postoperative Pain and Causes of Inadequate Pain Management in Africa</i>. Journal of pain research 16 1767–1778</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Analisi della letteratura sulla gestione del dolore post-operatorio in Africa.</p>	<p>Il tasso di sofferenza post-operatoria ha raggiunto oltre il 47% in tutto il mondo ed in Africa, il dolore post-operatorio arriva fino al 95,2% dei pazienti e la gestione di esso rimane una grande sfida.</p>	<p>In conclusione, possiamo affermare che gli ostacoli alla gestione del dolore post-operatorio portano ad una cattiva gestione dello stesso con conseguente difficoltà nel garantire una buona salute della popolazione locale.</p>
<p>Hamed S., Bradby H., Ahlberg B. M., Thapar-Björkert S. (2022). <i>Racism in healthcare: a scoping review</i>. BMC Public Health https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y</p>	<p>Revisione di scoping</p>	<p>Analisi della letteratura in merito al razzismo nei contesti sanitari</p>	<p>Nella ricerca emerge come i pazienti provenienti da paesi stranieri, ricoverati in contesti sanitari occidentali, ricevono</p>	<p>In conclusione, possiamo affermare che il razzismo nei contesti sanitari è ancora oggi presente e rappresenta un ostacolo</p>

			un'assistenza sanitaria di qualità inadeguata con mancanza di empatia e sono visti come utenti sanitari meno desiderabili	all'assistenza sanitaria equa e reattiva.
Hoffman K. H., Trawalter S., Axta J. R., Oliverb N. M. (2016). <i>Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites</i> . PNAS vol. 113, no. 16	studio di coorte	Foglio di registrazione (età e sesso), consenso con le politiche dell'Institutional Review Board (IRB) dell'università della Virginia.	Studio1. 92 partecipanti, bianchi nati negli Stati Uniti, di lingua inglese. E' stato approvato in media 23,82% delle credenze biologiche e il 22,43% delle false credenze biologiche. Il 73% ha approvato che almeno un item era sicuramente vero. Infine, i partecipanti hanno riportato valutazioni del dolore basse per i soggetti neri rispetto ai soggetti di razza bianca. Studio2. 222 partecipanti. L'11,55% hanno approvato delle false credenze. Il 50% afferma che almeno un item era sicuramente vero.	Gli adulti bianchi privi di formazione medica sostengono alcune credenze sulle differenze biologiche tra soggetti bianchi e soggetti neri, molte di natura fantastica; il tutto è correlato a pregiudizi razziali nella percezione del dolore. Anche lo studio 2 dimostra che i soggetti con formazione medica hanno convinzioni sulle differenze biologiche e anch'esse su base falsa. Inoltre, gli studenti bianchi sostengono false credenze con pregiudizi razziali che vanno ad influenzare il trattamento del dolore.

				In conclusione, le false credenze sulle razze influenzano il modo in cui viene percepito e trattato il dolore.
Leininger M., PHD, LHD, DS, CTN, FAAN, FRCNA. (2002). <i>Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices</i> . Journal of transcultural nursing	Articolo di giornale	Analisi della letteratura	Evidenziare le principali caratteristiche della teoria della culturale care di Leininger	La teoria della Leininger, nonostante sia stata elaborata anni fa, è ancora molto attuale nel nostro contesto e pone le basi per un'assistenza infermieristica completa e competente.
Mwachiro M., Mwachiro E. Wachu M., Koske W., Thure L., Parker R. K., E. White R. E. (2020). <i>Assessing Post-operative Pain with Self-reports via the Jerrycan Pain Scale in Rural Kenya</i> . World Journal of Surgery. https://doi.org/10.1007/s00268-020-05685-x	Studio prospettico di 12 mesi (febbraio 2016 - gennaio 2017), presso l'ospedale di Tenwek.	Valutazione del dolore post-operatorio attraverso l'uso di scale di valutazione.	I pazienti presi in considerazione erano giovani, età media di 34,8 anni. Il 63% sottoposta ad anestesia spinale. Il punteggio medio individuale è risultato lo stesso in tutte le scale somministrate. Più di metà dei pazienti (66%) hanno riferito che le scale del dolore hanno migliorato la loro comprensione del dolore.	I pazienti sottoposti alle scale di valutazione hanno riferito dolore moderato con un controllo buono. E' emerso che la scala più facile da utilizzare e da far comprendere è quella delle taniche o definita anche Jerrycan.

<p>Williamson A. MSc, RGN, PGCE, Hoggart B. MBBS, FRCA. (2005). <i>Pain: a review of three commonly used pain rating scales</i> https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Analisi della letteratura presente in PubMed solo in lingua inglese</p>	<p>Esplorazione relativa a tre scale di valutazione del dolore: la scala analogica visiva, la scala di valutazione verbale e la scala di valutazione numerica.</p>	<p>Tutte e tre le scale di valutazione del dolore sono valide, affidabili e appropriate per l'uso nella pratica clinica. La scala di valutazione numerica ha una buona sensibilità e genera dati che possono essere analizzati statisticamente a fini di audit</p>
--	------------------------------------	--	--	--

Questa pubblicazione, *l'antropologia del dolore attraverso il ruolo dell'infermiere transculturale. Due realtà a confronto: Uganda e Svizzera*, scritta da Chiara De Marchi e Giulia Zanotti, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.

