

Nursing transculturale

Un confronto tra infermieri
italiani e sudamericani

a cura di Alessandro Stievano,
Alessia Bertolazzi

RICERCA
SPENDIBILITÀ

Salute e
società



FrancoAngeli

collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* (attiva dal 2002) si inserisce in una rete di natura vasta e plurale in cui molteplici iniziative concorrono, pariteticamente, nel definirne l'identità epistemologica e metodologica. L'approccio di riferimento risulta co-istituito secondo uno studio della salute che non è né strettamente medico, né di stampo puramente economico-sanitario. Le tematiche che ruotano attorno al rapporto fra salute e società, con particolare riguardo alle nuove "culture della salute", al ritorno a forme di pluralismo sanitario come conseguenza della diffusione delle medicine alternative, fanno emergere stili inediti di partecipazione dei cittadini al miglioramento della qualità dei servizi sanitari, ai percorsi di umanizzazione e personalizzazione delle cure. Tale prospettiva rimane inoltre aperta ed attenta ai processi di riforma dei sistemi sanitari attualmente in atto, soprattutto nelle società industriali avanzate, nel contesto del più generale processo di globalizzazione operante anche in campo sanitario.

La Collana *Salute e Società* contempla, all'interno della sua rete di riferimento, le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione* (organo fondamentale di coordinamento e di raccordo tra le varie strutture):

- Andrea Antonilli, Susanna Vezzadini (Un. di Bologna), Laurea Magistrale in *Scienze criminologiche per l'investigazione e la sicurezza*;
- Antonio Maturo (Un. di Bologna e Brown University), Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito in italiano e in inglese (online) da FrancoAngeli;
- Roberto Vignera (Un. di Catania), Delegato AIS, *sezione di sociologia della salute e della medicina*; Tullia Saccheri (Un. di Salerno), Delegato SISS, *Società Italiana di Sociologia della Salute*;
- Leonardo Altieri (Un. di Bologna), Master Universitario di I livello in *e-Health e qualità dei servizi socio-sanitari*;
- Cleto Corposanto (Un. della Magna Graecia, Catanzaro), *Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.);
- Sebastiano Porcu (Un. di Macerata), Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salutesalute*;
- Veronica Agnoletti (Un. di Bologna), Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S);
- Anna Coluccia (Un. di Siena), Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*;
- Paolo Vanni (Un. di Firenze), Storico per la *Croce Rossa Internazionale*;
- Guido Giarelli (Un. della Magna Graecia, Catanzaro), Membro dell'Executive Council R.C. 15, "Sociology of Health" dell'International Sociology Association (ISA).

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *e-Health, fascicolo sanitario elettronico e reti sociali* (Università di Bologna): Tutor Alberto Ardisson, alberto.ardissone@unimi.it;
- Corso di Alta Formazione in *Promozione della salute nella società interculturale paradigmi, sistemi e professioni sanitarie*: Tutor Alessandro Stievano, astievano@tiscali.it;
- Corso di Alta Formazione in *Dalla programmazione alla progettazione sociale*: Tutor Evarardo Minardi, eminardi@unite.it.

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale. La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

La Collana si articola in tre sezioni:

Confronti

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica ed epistemologica il senso della propria elaborazione. L'obiettivo prioritario è valorizzare alcuni principi cardine come: tolleranza, pluralismo competitivo e co-produzione del sapere. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

Teoria e metodologia

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

Ricerca e spendibilità

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabili redazionali: Alessia Manca, alessia.manca@unibo.it; Arianna Scanu, arianna.scanu@gmail.com

Nursing transculturale

Un confronto tra infermieri
italiani e sudamericani

a cura di Alessandro Stievano,
Alessia Bertolazzi

FrancoAngeli

Questa ricerca è stata finanziata dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) con sede a Roma.



CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Arianna Scanu

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Ausilia M.L. Pulimeno</i>	pag.	7
Introduzione , di <i>Costantino Cipolla e Gennaro Rocco</i>	»	9
1. Nursing transculturale: la migrazione internazionale di infermieri , di <i>Gennaro Rocco e Alessandro Stievano</i>	»	17
2. La professione infermieristica in Sudamerica , di <i>Alessandro Stievano, Maria Ymelda Tolentino Diaz, María Claudia Duque-Páramo, Daniel Gonzalo Eslava Albarracín, Maria Cristina Paganini</i>	»	37
3. Caratteristiche socio-demografiche e contesto lavorativo del campione , di <i>Linda Lombi</i>	»	79
4. Le sfide della transculturalità per gli infermieri italiani , di <i>Laura Sabatino</i>	»	94
5. Transculturalità e salute: il punto di vista degli infermieri sudamericani , di <i>Alessia Bertolazzi</i>	»	110
6. Percorsi formativi di base e post-base. Un confronto tra italiani e sudamericani , di <i>Silvia Marcadelli</i>	»	122
Conclusioni. Infermieri nella società multiculturale , di <i>Alessandro Stievano e Alessia Bertolazzi</i>	»	145
Appendice metodologica , di <i>Linda Lombi</i>	»	149
Il questionario con le percentuali di frequenza , a cura di <i>Linda Lombi</i>	»	158
Notizie sugli autori	»	173

Prefazione

Il nostro mondo simultaneo, frutto della rivoluzione comunicativa e dell'interdipendenza economica, ha proiettato le persone portatrici di culture “*altre*” al nostro fianco.

L'intensificazione degli scambi, la circolazione della popolazione, la diffusione dei messaggi e degli stili di vita che costituiscono la cultura di massa hanno come effetto la distruzione dell'autonomia e della relativa unità interna delle culture separate e danno luogo a situazioni culturali nuove, ibride, contaminate.

L'universo si è pluralizzato caratterizzandosi come mescolanza, eclettismo. Questo processo di complessità della società oggi investe tutti e tutto, anche il nursing, disciplina prescrittiva per eccellenza che cerca di intervenire fattivamente nella risoluzione della dimensione soggettiva e oggettiva del bisogno di assistenza delle persone.

L'avvento della “*società complessa*”, in altre parole plurale, asimmetrica, non lineare, dinamica, il suo irrompere in forme, modelli e tendenze che la fanno somigliare spesso ad un'immensa rete di significati, pone la necessità della riflessione e del confronto per riformulare le scelte del professionista sanitario, per riposizionare l'infermiere e le sue competenze all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Questa situazione impone al professionista infermiere di sviluppare nuove competenze, un nuovo eclettismo, per rispondere ai bisogni di sicurezza e qualità dell'assistenza infermieristica della persona.

È in quest'ottica, caratterizzata dal superamento delle visioni *unilineari* dell'esistenza, dal superamento della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, dal profondo cambiamento dell'esperienza del tempo e dello spazio per tutti gli abitanti del nostro pianeta, che la ricerca portata a termine dal gruppo di lavoro del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica rappresenta un primo tentativo di descrivere ed analizzare una realtà dove il *to care* all'altro proveniente da differenti culture è diventato fatto quotidiano e non più evento da ricordare e dove l'integrazione tra infermieri – in questo caso

provenienti dall'area sudamericana – diventa passaggio ineludibile per garantire efficacia e qualità dell'assistenza.

Ausilia M.L. Pulimeno
Vice-Presidente
Collegio Ipasvi di Roma

Introduzione

di *Costantino Cipolla e Gennaro Rocco*¹

1. Salute e pratiche di assistenza nella società multiculturale

In Italia, un fenomeno ancora piuttosto trascurato dalla ricerca scientifica è quello della transculturalità infermieristica, ovvero sia lo scenario frutto dei processi migratori che coinvolgono la presenza di infermieri stranieri sul nostro territorio.

La ricerca che qui presentiamo intende offrire un apporto conoscitivo al complesso tema dei cambiamenti del sistema di cure in una società multiculturale. L'incontro fra culture necessita dell'adozione di un approccio pluralista rispetto ai valori e alle pratiche sociali che si radicano nella vita quotidiana. Il pluralismo deve essere assunto innanzitutto a livello epistemologico, «come epistemologia che opta per la multidimensionalità, che ontologizza la variabilità, che trae la sua piena legittimazione dalla presenza disponibile e competitiva di più punti di vista» [Cipolla 1997: 2137].

Il modo in cui tale principio regolativo si esplicita nei sistemi di cura rappresenta un terreno di rilevante interesse euristico. In particolare, tra tutti gli operatori sanitari coinvolti nel sistema sanitario, gli infermieri possono essere considerati una delle figure che agiscono in prima linea nel rapporto con persone straniere. Si tratta di un rapporto che ha una duplice dimensione: da un lato, la continua crescita della popolazione straniera fa sì che gli infermieri debbano entrare in relazione con un numero crescente di pazienti appartenenti a svariate etnie. Dall'altro, il sistema sanitario è uno degli ambiti in cui la presenza di personale sanitario straniero costituisce un fenomeno di assoluta rilevanza, in modo particolare per quanto concerne la professione infermieristica (mediamente, a livello nazionale, un infermiere su dieci è straniero).

Oggi, l'identità dell'infermiere appare sempre più orientata in senso professionale, assolvendo compiti di tipo curativo, palliativo, riabilitativo e di educazione alla salute. Nel rapporto con il paziente, dunque, l'infermiere

¹ L'introduzione è frutto di una comune riflessione fra gli autori, anche se il primo paragrafo è da attribuire a C. Cipolla e il secondo a G. Rocco.

mette in campo tanto capacità tecniche, quanto capacità umane e relazionali [Cipolla 2003a]. Ciò trova riscontro nei risultati emersi da un'importante ricerca nazionale che ha interessato 2.141 infermieri [Cipolla, Artioli 2003], in cui si delinea chiaramente un orientamento della prestazione di assistenza rivolta al paziente (*patient-centred intervention*), tanto che l'87% dei rispondenti ha dichiarato di spendere energie nell'interpretare e tenere in considerazione i bisogni del cittadino assistito. In altri termini, emergono tendenze a considerare sempre più l'aspetto "umanistico" della personalizzazione delle cure, sebbene lo studio riveli d'altro canto un orientamento nella direzione di una formazione sempre più tecnica. È chiaro che tale aspetto "umanistico" deve esser tematizzato nel caso in cui gli infermieri si confrontino con pazienti di altre nazionalità, quali portatori di valori e usanze diverse, a partire dalla definizione di salute e malattia.

Nondimeno, l'alterità è un fattore fondamentale non solo del rapporto professionista/assistito, ma anche tra professionisti. Nella presente ricerca, si è voluto, dunque, approfondire la conoscenza di alcuni aspetti rilevanti della relazione tra infermieri italiani e infermieri provenienti dall'area sudamericana. In particolare, sono state rilevate le principali differenze tra infermieri italiani e sudamericani in termini di percorsi formativi, status professionale, modalità assistenziali, competenze professionali e linguistiche richieste; nonché, si è cercato di portare alla luce gli eventuali nodi problematici riguardanti l'inserimento lavorativo, le difficoltà relazionali con i colleghi italiani, le altre figure professionali e i pazienti.

Nel capitolo 1 del libro (redatto da G. Rocco e A. Stievano) si puntualizza il fenomeno della migrazione infermieristica che è principalmente dovuta ad alcuni fattori intercorrelati: la globalizzazione, la forte richiesta di personale sanitario che si ha in alcuni Paesi (Stati Uniti, Gran Bretagna, Australia, Canada, etc.) e fattori di attrazione/espulsione (push/pull). I fattori di espulsione includono fattori economici (una remunerazione insufficiente), fattori istituzionali (mancanza di un lavoro specifico), fattori professionali (mancanza di opzioni di sviluppo di carriera) e fattori politici (instabilità socio-politica).

I fattori di attrazione, invece, sono quei fattori che attraggono un infermiere verso un Paese diverso da quello di origine. I fattori di attrazione che incoraggiano la migrazione infermieristica includono le opportunità per lo sviluppo professionale, l'aspirazione ad una migliore qualità di vita, una maggior sicurezza personale, un salario migliore e possibilità di apprendimento per tutto il corso della vita [Buchan 2001; Kingma 2001].

Nel secondo capitolo – che ha visto la preziosa collaborazione di importanti studiosi provenienti da alcuni paesi sudamericani (Maria Ymelda Tolentino Diaz, María Claudia Duque-Páramo, Daniel Gonzalo Eslava Albaracín, Maria Cristina Paganini) – si è cercato di approfondire la situazione della professione infermieristica in due Paesi particolarmente implicati nel

fenomeno dell'emigrazione infermieristica internazionale (Perù, Colombia) e in Brasile, che può essere considerato un paese leader per ciò che concerne le scienze infermieristiche in America Latina.

Il terzo capitolo, scritto da Linda Lombi, ci offre un'adeguata panoramica sui dati socio-anagrafici e sul contesto lavorativo in cui operano gli infermieri italiani e sudamericani coinvolti nell'indagine. Appaiono da subito alcune differenze significative per quanto riguarda l'inquadramento professionale: ad esempio, si delinea un gap tra italiani e sudamericani rispetto alle forme contrattuali di lavoro, per cui gli stranieri intervistati sono più spesso impiegati attraverso forme contrattuali "atipiche". Inoltre, gli infermieri italiani sono occupati in larga prevalenza presso istituti pubblici, mentre gli infermieri sudamericani sono impiegati per lo più presso cooperative ed enti privati: un elemento che deve far riflettere sul complesso di norme vigenti che potrebbero ostacolare l'accesso al servizio sanitario pubblico da parte degli operatori sanitari stranieri.

Il quarto e il quinto capitolo, redatti rispettivamente da Laura Sabatino e Alessia Bertolazzi, entrano nel merito del confronto tra infermieri italiani e stranieri rispetto al rapporto tra professionisti e tra professionisti e pazienti. Non vogliamo qui anticipare i risultati che il lettore scoprirà nel prosieguo, ma soltanto indicare alcuni aspetti critici. Dai dati rilevati, si segnalano difficoltà nello svolgere l'assistenza ai pazienti stranieri: le principali barriere sono di tipo linguistico, ma anche religioso e culturale, fino a toccare le usanze quotidiane. In caso di difficoltà, gli infermieri sia italiani sia sudamericani chiedono aiuto in prevalenza ai familiari del paziente o ai colleghi infermieri. Risulta poco presente la figura del mediatore culturale, che invece dovrebbe sempre più rivestire un ruolo strategico nei processi assistenziali e di cura [Esposito, Vezzadini 2011].

Rispetto, invece, al rapporto tra infermieri italiani e stranieri, sembra permanere un certo grado di pregiudizio, che però resta fissato ad un livello ideale, di atteggiamento sociale. Difatti, i dati raccolti dimostrano che nella pratica lavorativa, rispetto e collaborazione sono ampiamente ottemperati, pur se si segnala qualche diversità nel modo di svolgere l'assistenza.

Infine, nel sesto capitolo curato da Silvia Marcadelli, si affronta la delicata questione dei bisogni formativi. Ne deriva una scarsa partecipazione all'offerta formativa, molto marcata tra infermieri stranieri, e una necessità di accrescere la formazione su malattie e assistenza per gli anziani, cure palliative e transcultural nursing.

2. Gli infermieri stranieri in Italia

Nel 1951, anno del primo censimento del dopoguerra, gli stranieri erano 130 mila su 47.516.000 residenti, e superarono l'incidenza dell'1% solo nel 1991 (625 mila su 56.778.000 residenti).

Al 31 dicembre 2010 [Dossier Caritas Migrantes 2010], su 60.626.442 residenti nel Paese, erano presenti 4.570.317 stranieri (per il 51,8% donne) e incidevano sulla popolazione per il 7,5% (52 volte di più rispetto al 1861) ed avevano ed hanno un ruolo rilevante nel supplire alle carenze strutturali, a livello demografico e occupazionale, della penisola. Inoltre, bisogna aggiungere oltre 400mila persone regolarmente presenti ma non ancora registrate in anagrafe, per una stima totale di 4.968.000 persone. Il 15° censimento della popolazione portato a termine dall'Istat² del 2011, di cui è stata divulgata una prima parte di dati nel momento in cui si scrive, fa emergere che negli ultimi dieci anni, la popolazione residente in Italia è di 59.464.644 e di questi, il 6,3% sono stranieri. La popolazione straniera residente nel nostro Paese è praticamente triplicata, passando da 1.334.889 del 2001 a 3.769.518 del 2011. La maggior parte degli stranieri risiede nell'Italia settentrionale ed in particolare nel Nord-Ovest (36,0%) seguito dal Nord-Est (28,3%) e dal Centro (23,0%). Il Sud Italia invece è stato scelto solo dal 9,0% degli stranieri, mentre il 3,7%, ha preferito stabilirsi nelle isole: Sardegna e Sicilia. È indubbio che il fenomeno migratorio è in continua ascesa in Italia e il numero effettivo di stranieri, in Italia, si avvicina molto di più alle statistiche del Dossier Caritas Migrantes [2011]³ che comprendono i cittadini stranieri che hanno posizioni di non residenza e gli irregolari che quelle ufficiali Istat. Possiamo, allora ben affermare che l'Italia come altri Paesi dell'Unione Europea è diventato un paese multi-etnico con una percentuale di stranieri che si avvicina e supera il 7% della popolazione italiana, per essere precisi il 7,5% [Dossier Caritas Migrantes 2011: 8]. Tale contesto, si iscrive nell'intera Unione Europea che è un continente sempre più inter-etnico con percentuali elevate di immigrazione nei Paesi baltici per la forte presenza immigratoria russa e nei grandi Paesi come la Germania, il Regno Unito, la Spagna e la Francia.

La Germania per destinazione dell'immigrazione internazionale è il terzo paese al mondo.

² Per un approfondimento si veda: <http://www.adnkronos.com/IGN/News/Cronaca/Censimento-in-Italia-595-mln-di-residenti-In-dieci-anni-sono-triplicati-gli-stranieri-313246703702.html>.

³ In tale testo si è deciso di utilizzare maggiormente i dati Caritas Migrantes, in quanto tale organizzazione studia da anni specificatamente il fenomeno immigrazione/emigrazione e riesce ad entrare nelle pieghe del fenomeno rappresentando anche i cittadini stranieri che hanno posizioni di non residenza e gli irregolari, che spesso sfuggono ai dati ufficiali Istat.

Tab. 1 - Frequenza assoluta e percentuale di infermieri italiani e stranieri in Italia al 31/12/2010

Regione	Totale	Italiani	%	Stranieri	%	Maschi	%	Femmine	%
Liguria	12.595	11.059	87,8	1.536	12,2	2.407	19,1	10.188	80,9
Lombardia	55.011	48.594	88,3	6.417	11,7	8.005	14,6	47.006	85,4
Piemonte	26.212	22.510	85,9	3.702	14,1	3.621	13,8	22.591	86,2
Valle d'Aosta	891	737	82,7	154	17,3	109	12,2	782	87,8
Emilia Romagna	29.415	25.354	86,2	4.061	13,8	4.601	15,6	24.814	84,4
F.V.G.	8.778	7.373	84,0	1.405	16,0	1.122	12,8	7.656	87,2
Trentino									
Alto Adige	8.441	7.357	87,2	1.084	12,8	1.024	12,1	7.417	87,9
Veneto	32.065	28.774	89,7	3.291	10,3	5.530	17,2	26.535	82,8
Lazio	38.790	32.598	84,0	6.192	16,0	9.136	23,6	29.654	76,4
Marche	9.002	8.038	89,3	964	10,7	1.800	20,0	7.202	80,0
Toscana	24.743	22.531	91,1	2.212	8,9	4.624	18,7	20.119	81,3
Umbria	5.803	5.380	92,7	423	7,3	1.348	23,2	4.455	76,8
Abruzzo	9.537	8.685	91,1	852	8,9	2.148	22,5	7.389	77,5
Basilicata	3.932	3.797	96,6	135	3,4	1.105	28,1	2.827	71,9
Calabria	11.470	10.885	94,9	585	5,1	4.341	37,8	7.129	62,2
Campania	30.980	29.607	95,6	1.373	4,4	12.325	39,8	18.655	60,2
Molise	2.688	2.457	91,4	231	8,6	641	23,8	2.047	76,2
Puglia	25.061	23.933	95,5	1.128	4,5	7.383	29,5	17.678	70,5
Sardegna	11.156	9.604	86,1	1.552	13,9	2.164	19,4	8.992	80,6
ITALIA	375.185	336.658	89,7	38.527	10,3	85.240	22,7	289.945	77,3

Fonte: Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi [2010]

Nel 2004 i cittadini stranieri registrati in Germania erano 7,3 milioni (pari a circa il 9% della popolazione), e ben il 19% della popolazione del paese era formata da residenti di discendenza straniera o parzialmente straniera. In Francia, al 1° gennaio 2005, il numero degli stranieri (persone di nazionalità straniera) nella Francia metropolitana era di 3.501.000 di persone, vale a dire il 5,8% della popolazione. In Spagna all'inizio del 2008 vivevano 5,2 milioni di stranieri (le comunità più numerose sono quelle dell'Ecuador e del Marocco) che rappresentano oltre l'11% della popolazione iberica.

In Italia le comunità più numerose provengono rispettivamente da Romania, Albania, Marocco seguite da Cina ed Ucraina [Dossier Caritas Migrantes 2011: 94].

Tutti questi cambiamenti avvenuti a livello societario in maniera crescente negli ultimi 15 anni determinano degli importanti effetti a livello di tutte le connessioni sociali. All'interno della cornice sanitaria italiana si sono affermate allora delle società scientifiche e associazioni che hanno cercato di analizzare ed esplorare il fenomeno. Dal punto di vista infermieristico la neonata associazione infermieristica transculturale, una società

scientifica senza scopo di lucro, che favorisce l'integrazione fra tutti gli infermieri che operano sul territorio nazionale, la realizzazione e la pubblicazione di studi e ricerche nelle discipline professionali infermieristiche, con particolare attenzione agli aspetti transculturali, vede nel nursing transculturale un'importante specializzazione sempre più attuale nel contesto complesso e globale di un mondo in continua ibridazione. Il nursing transculturale configura diversi punti di analisi del fenomeno assistenza tra e con persone altre.

Partendo da questa consapevolezza, abbiamo diversi canali di approfondimento nel nursing transculturale come: la migliore comprensione e l'inizio di una vera assistenza individualizzata tra l'infermiere ed il paziente dove si crei una dimensione comunicativa nella quale il dialogo rappresenti il percorso ideale di un'ermeneutica, che consenta una più idonea comprensione della situazione, in cui l'approccio interculturale infermieristico, con persone provenienti da contesti altri, ne rappresenti un valido banco di prova. Infatti, fornire le conoscenze per erogare un'assistenza infermieristica culturalmente adeguata nella società multiculturale contemporanea, dove l'infermiere deve fornire un'assistenza contestualizzata all'ambiente e alle situazioni sociali sempre mutevoli, diventa prioritario per esperire quell'assistenza vicina alle ragioni dell'altro.

Inoltre, un altro aspetto viene a strutturarsi rispetto alla crescente complessità del mondo che mette a confronto situazioni globali e locali e che vede il coesistere di culture differenti; è la sempre maggiore presenza, nel contesto italiano, di professionisti infermieri portatori di esperienze e culture diverse come dimostrano i dati della Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi [2010].

Tale dato si deve coniugare ad una riflessione più generale che investe il significato dell'integrazione tra professionisti sanitari, ma che è anche correlato alla carenza infermieristica che si rileva in tutte le aree del pianeta e alla migrazione di risorse qualificate dai Paesi in via di sviluppo a quelli già avanzati.

Il personale sanitario fa parte di un mercato globale basato sulla competizione e la mobilità dei lavoratori e, gli infermieri, sono protagonisti delle più elevate mobilità professionali a livello mondiale [ICN 2004; ICN 2005]. In questa cornice strutturale di pianificazione strategica delle risorse sanitarie, i Paesi in via di sviluppo necessitano di pianificare politiche strategiche di valorizzazione e ritenzione del personale sanitario ed infermieristico, che possano creare una forza lavoro sostenibile per le esigenze dei sistemi sanitari di quei Paesi. Tutto ciò implica che le politiche per le risorse umane sanitarie debbano evolvere dinamicamente con gli obiettivi dei sistemi sanitari per rispondere appropriatamente e rapidamente ai cambiamenti epidemiologici e socio-demografici della popolazione di ogni singolo Paese. Alcune aree d'intervento come: l'adeguatezza del numero dei pro-

fessionisti sanitari che si necessitano per il buon funzionamento del sistema e lo *skill-mix* tra le varie professionalità sanitarie necessitano di anni di programmazione per produrre risultati e perciò un mix di interventi a medio e lungo termine sono necessari per raggiungere l'autosufficienza sanitaria e contrastare il *brain drain*.

Riflettere, progettare ed agire su queste tematiche è più un obbligo, che una scelta.

Riferimenti bibliografici

- Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G. (a cura di) (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Buchan J. (2001), *Nurse migration and international recruitment*, in «Nursing Inquiry», 8; 4: 203-204.
- Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C., Artioli G. (a cura di) (2003), *La professionalità del care infermieristico*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (2003a), "Introduzione. Verso il Nursing Care", in Cipolla C., Artioli G., *op. cit.*: 9-40.
- Dossier Caritas-Migrantes (2010), *XX° Rapporto*, Edizioni Idos, Roma.
- Dossier Caritas-Migrantes (2011), *21° Rapporto*, Edizioni Idos, Roma.
- Eposito M., Vezzadini S. (a cura di) (2011), *La mediazione interculturale come intervento sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi (2010), *Analisi dei flussi 2010*, disponibile presso: http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/96/Analisi%20dei%20flussi%202010.pdf
- Giorgino E., Tousijn W. (a cura di) (2003), *Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica*, in «Salute e Società», a. II, n.1.
- Kingma M. (2007), *Nurses on the move: a global overview*, in «Health Services Research», 42; 3: 1281-1298.
- Kingma M. (2008), *Nurses on the Move: historical perspective and current issues*, in «OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing», 13; 2: 1.
- ICN (2004), *The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions*, Geneva: International Council of Nurses.
- ICN (2005), *International migration of nurses: trends and policy implications*, Geneva: International Council of Nurses.
- ICN (2006), *The global nursing shortage: priority areas for intervention*, Geneva: International Council of Nurses. Disponibile presso: www.icn.ch/vmchk/English/The-Global-Nursing-Shortage-Priority-Areas-for-Intervention.html.

1. Nursing transculturale: la migrazione internazionale di infermieri

di *Gennaro Rocco e Alessandro Stievano*¹

1. Nursing transculturale: la migrazione internazionale di infermieri

Il nursing transculturale si è affermato come campo di studio specifico in molti aspetti della vita sanitaria, dapprima negli Stati Uniti d'America e poi anche in altri Paesi avanzati tecnologicamente. Questa branca disciplinare, che sta percorrendo i primi passi anche in Italia, può essere analizzata sotto differenti dimensioni tra cui l'assistenza culturalmente adeguata verso l'altro sempre più spesso proveniente da differenti contesti socio-culturali, una maggiore attenzione alle dinamiche di rispetto e collaborazione nel lavoro sanitario in team sempre più multietnici, un'attenzione verso i movimenti migratori e sociali del personale sanitario e degli infermieri in particolare, sia localmente che internazionalmente. In questo capitolo si cercherà di porre attenzione sulle dinamiche della migrazione internazionale di infermieri, un fenomeno in costante ascesa, che subirà un incremento negli anni a venire in conseguenza della globalizzazione del mercato lavorativo sanitario [Kingma 2008]. Come ben sottolinea l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, «ogni anno tra 5 e 10 milioni di persone nel mondo attraversano un confine per stabilirsi in un altro Paese. Di questi spostamenti solo il 40% accade nei Paesi industrializzati, l'altro 60% avviene nei Paesi in via di sviluppo» [International Centre on Nurse Migration 2005: 2]. Oltre alla migrazione internazionale, una quota significativa della mobilità avviene all'interno degli stessi Paesi e più comunemente tra aree rurali e grandi agglomerati urbani. Le migrazioni interne e quelle esterne sono spesso interconnesse: le persone spesso si muovono dalle campagne alle aree urbane e poi si spostano in un altro Paese.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006) stima che ci siano circa 60 milioni di operatori sanitari nel mondo, di cui il 31,6% risiede nel continente americano, con gli Stati Uniti che hanno un gran numero di professionisti sanitari. Circa 60 Paesi in tutto il mondo hanno una grande carenza di personale che ammonta a circa due milioni e 400 mila operatori sanitari

¹ Questo contributo è frutto di una riflessione comune dei due autori.

tra infermieri, medici, fisioterapisti. Tale *trend* visto l'attuale deficit educativo a livello dei Paesi avanzati è destinato ad aumentare e porterà, se non controllato, a gravi ripercussioni nei Paesi meno sviluppati.

La pervasività e la persistenza di carenze del personale sanitario sono un problema mondiale, con solamente il 40% dei Paesi che raggiunge lo standard minimo di 2,5 lavoratori della salute per 1000 abitanti. Nel medesimo tempo, la disoccupazione e la sottoccupazione infermieristica sono un fattore critico di questa carenza e rappresentano uno spreco di risorse umane che potrebbero contribuire allo sviluppo del sistema.

Tra le azioni preconizzate per contrastare il fenomeno si devono includere una migliore gestione dell'informazione e processi di pianificazione e ritenzione delle risorse umane.

La migrazione infermieristica è un fenomeno sociale che si iscrive in un contesto di maggiore mobilità sociale ed una crescente competizione per acquisire le abilità professionali nel settore sanitario.

La mobilità internazionale degli infermieri [Kingma 2006], una volta solamente esperita tra Paesi più o meno industrializzati, è diventata più complicata con nuovi orientamenti e schemi sociali. Una grande competizione, a livello dei Paesi avanzati, ha creato una domanda di mercato che si traduce in un affare per società con pochi scrupoli e alto profitto [Brush, Sochalski, Berger 2004].

La migrazione infermieristica è guidata da tre fattori: la globalizzazione, la forte richiesta di personale sanitario che si ha in alcuni Paesi (Stati Uniti, Gran Bretagna, Australia, Canada, etc.) e fattori di attrazione/espulsione.

I fattori di espulsione (*push factors*) sono quei fattori che spingono un infermiere a voler lasciare il proprio Paese di origine. I fattori di espulsione identificati da Awases, Gbary, Chatora [2003] includono fattori economici (una remunerazione insufficiente), fattori istituzionali (mancanza di un lavoro specifico), fattori professionali (mancanza di opzioni di sviluppo di carriera) e fattori politici (instabilità socio-politica).

I fattori di attrazione (*pull factors*), invece, sono quei fattori che attraggono un infermiere verso un Paese diverso da quello di origine. I fattori di attrazione che incoraggiano la migrazione infermieristica includono le opportunità per lo sviluppo professionale, l'aspirazione ad una migliore qualità di vita, una maggior sicurezza personale, un salario migliore e possibilità di apprendimento per tutto il corso della vita [Kingma 2001; Buchan 2001].

Il personale sanitario fa parte di un mercato globale basato sulla competizione e la mobilità dei lavoratori e gli infermieri sono protagonisti di un'elevata mobilità lavorativa a livello internazionale. Migliaia di infermieri migrano ogni anno in cerca di migliori situazioni occupazionali, di un migliore benessere economico, di una maggiore soddisfazione di carriera e sviluppo professionale. Aiken, Buchan, Sochalski, Nichols, Powell [2004] affermano che i Paesi in via di sviluppo necessitano di fare tutto quello che

possono per creare una forza lavoro infermieristica sostenibile per le esigenze dei sistemi sanitari di quei Paesi. La migrazione internazionale di infermieri assume caratteristiche diverse tra i vari Paesi, con situazioni di vantaggio per i Paesi economicamente e culturalmente avanzati. D'altro canto, la migrazione di professionisti sanitari qualificati ha delle evidenti ripercussioni sulla forza lavoro qualificata dei Paesi più svantaggiati economicamente. Tutto ciò costituisce un possibile fattore che contribuisce alla mancanza di professionisti sanitari qualificati (infermieri, medici, fisioterapisti, etc.) in tutti i Paesi del mondo. La migrazione in un contesto di risorse umane sufficienti sarebbe un grande fattore di crescita e di arricchimento dei punti di vista e delle esperienze e persino una strategia per ridurre la disoccupazione o per migliorare la situazione economica, attraverso le rimesse dei Paesi più poveri, ma in un contesto globale di scarsità di professionisti sanitari, il problema diventa rilevante per le realtà geografiche meno abbienti. Per questo alcune importanti istituzioni come l'*International Council of Nurses Migration*, un progetto specifico dell'*International Council of Nurses (ICN)*, considera la ritenzione di personale sanitario e la migrazione infermieristica come un sintomo di rilevanti disuguaglianze sociali e di differenti sistemi di salute nei vari Paesi. Per tale motivo, nel Position Statement² del 2007, l'*International Council of Nurses (ICN)* sottolinea che dovrebbero essere messe in atto strategie di mantenimento del personale infermieristico. Tali strategie vanno dal favorire il lavoro attraverso ambienti supportivi all'enfatizzazione del lavoro in team e del risultato assistenziale nella continuità delle cure.

Sebbene l'ICN creda che gli infermieri abbiano il diritto di migrare per le più svariate ragioni e ciò contribuisca a un maggiore sviluppo professionale e ad un arricchimento in cultura, allo stesso tempo riconosce che tale rilevante spostamento di professionisti, dai Paesi più svantaggiati a quelli più ricchi, incida negativamente sulla qualità dell'assistenza dei Paesi più poveri, depauperando la forza lavoro qualificata di quei Paesi che si trovano in tal modo in forte carenza di forza lavoro. In effetti, l'ICN propugna una strategia che punta ad arricchire i professionisti per la loro mobilità temporanea, ma allo stesso tempo li avverte delle conseguenze che la loro prolungata permanenza all'estero potrebbe arrecare ai sistemi sanitari meno evoluti e ricchi. Tale *trend* globale che coinvolge anche i medici e altri professionisti sanitari è un sintomo di crisi dei sistemi sanitari e sottolinea la mancanza di una programmazione delle risorse umane sanitarie e di politiche di promozione delle condizioni lavorative per il personale. In particolare, deve essere enfatizzato nelle organizzazioni sanitarie il benessere orga-

² Un Position Statement può essere definito come un documento scritto che illustra una strategia politica, una tesi da sostenere con degli obiettivi chiari e raggiungibili in un prossimo futuro.