



DICHIARAZIONE DI BRISBANE

IL NURSING DI AREA CRITICA
CULTURALMENTE COMPETENTE

10 OTTOBRE 2016



GRUPPO DI LAVORO

La Dichiarazione di Brisbane è stata elaborata da un Gruppo di Lavoro della Federazione Mondiale degli Infermieri di Area Critica (WFCCN):

Adriano Friganovic, Croazia (Presidente)^{1,2}

Melissa Bloomer, Australia^{3,4}

Holly Northam, Australia⁵

Sonja Kalauz, Croazia²

Mary Zellinger, Stati Uniti⁶

Violeta Lopez, Singapore⁷

Paul Fulbrook, Australia⁸

¹ Ospedale Universitario di Zagabria, Croazia

² Università delle Scienze applicate alla Salute, Zagabria, Croazia

³ Scuola di Infermieristica e Ostetricia, Università di Deakin, Geelong, Australia

⁴ Centro di Ricerca sulla Qualità e sulla Sicurezza del Paziente, Università di Deakin, Geelong, Australia

⁵ Discipline di Infermieristica e Ostetricia, Università di Canberra, Australia

⁶ Ospedale Universitario di Emory, Atlanta, USA

⁷ Centro Studi Infermieristici Alice Lee, Università Nazionale di Singapore

⁸ Scuola di Infermieristica, Ostetricia e Paramedicina, Università Cattolica di Australia; e Ricerca Infermieristica e Centro dello Sviluppo della Pratica, Ospedale Prince Charles; Brisbane, Australia

OBIETTIVO

L'obiettivo del Gruppo di Lavoro della Federazione Mondiale degli Infermieri di Area Critica (WFCCN) era quello di redigere un Documento di Posizione condiviso a livello internazionale e contenente raccomandazioni per l'erogazione di un'assistenza culturalmente competente al paziente critico, in tutto il mondo.



PREMESSA

L'assistenza culturalmente competente è un modello infermieristico che si ispira alla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (Nazioni Unite, 1948). In particolare, l'Articolo 1 afferma:

“Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti”.

In modo più preciso, l'Articolo 2 recita:

“Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà... senza distinzione alcuna, per ragioni di razza di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale...”

Inoltre, la WFCCN (2007a) condivide il Documento di Posizione dell'International Council of Nurses (ICN) su Infermieri e Diritti Umani (2011), il quale chiarisce che:

“...l'assistenza sanitaria è un diritto universale e in quanto tale deve essere disponibile, affidabile, culturalmente competente e scevro da considerazioni di natura economica, politica, geografica, di razza o di religione”.

Nel suddetto documento si afferma, inoltre:

“Gli infermieri sono responsabili delle loro azioni e omissioni nella difesa dei diritti umani, mentre le associazioni infermieristiche nazionali hanno la responsabilità di partecipare allo sviluppo di una legislazione attenta agli aspetti sanitari e sociali in virtù dei diritti dei malati.”

Sulla base di ciò, la WFCCN ha elaborato questo documento sull'assistenza culturalmente competente al paziente critico

INTRODUZIONE

Negli ultimi dieci anni il fenomeno migratorio è sensibilmente aumentato a livello mondiale, tanto che statisticamente è stato calcolato che

vi sia un migrante ogni 33 persone (Organizzazione Mondiale per le Migrazioni, 2015). Questi cambiamenti globali incidono sul ruolo che la cultura gioca nell'ambito dell'assistenza sanitaria (Garneau & Pepin, 2015).

Le organizzazioni e i professionisti sanitari, pertanto, avvertono la necessità di adeguare il loro modus operandi alla crescente diversità culturale che caratterizza gli scenari assistenziali in cui operano (Renzaho et al., 2013).

Il nursing di area critica si espleta, per sua natura, in scenari molto diversi tra loro (Elliott et al., 2012). Il suo scopo è quello di instaurare una relazione terapeutica con il paziente e la sua famiglia e di potenziare le risorse fisiche, psicologiche, sociali, culturali e spirituali dell'individuo attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione laddove l'attenzione è focalizzata sul trattamento e l'assistenza al paziente critico e alla sua famiglia (WFCCN, 2007b).

La sensibilità culturale è la capacità di assistere pazienti con diversi valori, credenze e comportamenti e di soddisfare i bisogni sociali, culturali e linguistici degli individui (Esposito, 2013). La capacità di provvedere ad una assistenza sensibile all'aspetto culturale si basa sulla competenza culturale propria del professionista sanitario. La competenza culturale consiste nello sviluppo della consapevolezza delle proprie convinzioni, pensieri e sensazioni: nella dimostrazione della conoscenza e della comprensione della cultura di un individuo; nell'accettazione e nel rispetto delle differenze culturali e nel conseguente adattamento dell'assistenza fornita. (Kanchana & Sangamesh, 2016). La competenza culturale può essere altresì definita come un complesso coerente di comportamenti, atteggiamenti e regole all'interno di un sistema (Esposito, 2013).

Per gli infermieri di area critica, la competenza e la sensibilità culturali sono essenziali in un modello assistenziale incentrato sul paziente, chiaramente fondato su una collaborazione tra sanitari, pazienti e famiglie (Istituto per l'assistenza incentrata sul paziente e la famiglia, 2015).

Se ci si limita a considerare aspetti cognitivi e statici, la cultura identificherà l'insieme di valori, convinzioni e tradizioni di un individuo; ma,



ampliando la prospettiva, la cultura arriverà a comprendere, ad esempio, la posizione sociale di un individuo che inevitabilmente influisce sulla sua salute (Williamson & Harrison, 2010). L'infermiere di area critica, pertanto, deve cercare di soddisfare i bisogni dei diversi pazienti e delle loro famiglie (Douglas et al., 2011). L'assistenza erogata può essere influenzata da una serie di fattori, quali il modello assistenziale adottato nel reparto di pertinenza, nonché dal personale approccio di ciascun infermiere verso il paziente e la sua famiglia (Bloomer & Al-Mutair, 2013). Tuttavia, quando si adotta un approccio non strutturato all'assistenza culturalmente sensibile, è possibile incappare in luoghi comuni che non portano all'identificazione dei bisogni reali del paziente (Williamson & Harrison, 2010). Se da un lato è vero che gli infermieri di area critica cercano informazioni sulle differenze culturali (Northam et al., 2015), dall'altro lato si assiste ad una mancanza di guida su come assicurare un'assistenza culturalmente competente efficace.

Al fine di sopperire a questa lacuna, nel 2015 la Dirigenza della WFCCN ha istituito un gruppo di lavoro costituito da rappresentanti dei Consigli nazionali, con lo scopo di redigere un Documento di Posizione ufficiale per conto della Federazione in merito all'applicazione del nursing culturalmente competente in area critica.

METODI

Il Gruppo di lavoro ha eseguito una revisione della letteratura. Questo primo step ha portato alla stesura di un Documento ufficiale conosciuto come la Dichiarazione di Brisbane. Le diverse bozze del Documento sono state, poi, revisionate fino ad essere oggetto di una discussione internazionale su finalità e contenuti durante il Congresso Mondiale WFCCN/Collegio Australiano degli Infermieri di area critica tenutosi in Brisbane, Australia, nell'aprile del 2016. La bozza finale, comprensiva dei principi generali e delle raccomandazioni, è stata presentata durante la cerimonia di chiusura del Congresso. Il testo definitivo della Dichiarazione è stato elaborato dal Gruppo di lavoro tra aprile e settembre 2016 ed infine approvato per la pubblicazione dalla Dirigenza di WFCCN nell'ottobre 2016.

DICHIARAZIONE DI BRISBANE: IL NURSING DI AREA CRITICA CULTURALMENTE COMPETENTE

La Dichiarazione di Brisbane presenta delle linee guida basate su principi universalmente riconosciuti; è concepito per essere utilizzato dagli infermieri di area critica per erogare una assistenza culturalmente competente. La Dichiarazione può essere adattata alle diverse policy assistenziali e bisogni formativi di ciascun infermiere, in qualsiasi reparto di area critica, di qualsiasi struttura sanitaria, ovunque nel mondo, indipendentemente da specifiche condizioni politiche e sociali.

Principi Generali

1. I pazienti critici e le loro famiglie, con diversi background culturali, hanno il diritto di ricevere un'assistenza culturalmente sensibile.
2. L'infermiere di area critica dovrebbe possedere un livello appropriato di conoscenze, competenze e caratteristiche al fine di rispettare, difendere e soddisfare efficacemente i bisogni culturali dei pazienti critici e delle loro famiglie.
3. L'infermiere di area critica dovrebbe assicurarsi che un'assistenza culturalmente competente venga pianificata ed erogata in collaborazione con tutti i componenti del team multidisciplinare, con il coinvolgimento del paziente, della sua famiglia e dei consulenti culturali di loro scelta.
4. L'infermiere di area critica ha il diritto di vedere le proprie personali differenze culturali riconosciute e rispettate.
5. I responsabili della formazione degli infermieri di area critica devono assicurarsi che i loro discenti assimilino le giuste compe-

tenze e sviluppino una sensibilità culturale. L'infermiere di area critica ha il dovere di fare ricerca, formarsi e applicare le proprie conoscenze con rispetto e comprensione.

Raccomandazioni

La WFCCN è convinta che il paziente critico meriti di ricevere un'assistenza infermieristica da parte di professionisti specializzati e in possesso di adeguate capacità e conoscenze. Le raccomandazioni hanno lo scopo di fornire principi universali a supporto dei servizi sanitari, degli istituti di formazione e delle associazioni di infermieri di area critica per la creazione di materiale informativo e di programmi di formazione per gli infermieri che sono chiamati ad assistere pazienti critici e le loro famiglie, soddisfacendo i bisogni culturali individuali.

1. Auto-valutazione

Un esame del proprio assetto culturale rappresenta il primo passo per assicurare un'assistenza culturalmente sensibile. Questo significa per l'infermiere mettersi in gioco in prima persona, riflettendo sulla propria cultura, i propri valori, le proprie convinzioni e sulle eventuali incoerenze o pregiudizi, lavorando su se stesso per poter garantire una adeguata ed equa assistenza a ciascun paziente.

2. Il rapporto di fiducia

Il riconoscimento dei diritti e delle libertà individuali, del rispetto per il paziente e per la vulnerabilità della sua famiglia e del loro bisogno di ricevere un'assistenza culturalmente sensibile è fondamentale per instaurare un rapporto di fiducia.

3. Identificare la lingua preferita per la comunicazione

Identificare la lingua preferita dal paziente e dalla sua famiglia per la comunicazione verbale e avvalersi dell'aiuto di mediatori linguistici se necessario. E' importante anche tenere in giusta considerazione la comunicazione non verbale. Avvalersi sempre di supporti alla comunicazione verbale laddove necessario.





4. *Identificare la cultura*

Identificare il contesto culturale del paziente e della sua famiglia, inclusi i valori, le credenze, le tradizioni e la visione del mondo. E' importante non sottovalutare l'influenza della cultura sulla comunicazione e sul processo di decision-making.

5. *Identificare le credenze sulla salute e la comprensione*

Dopo aver identificato il contesto culturale del paziente e della sua famiglia, è opportuno comprendere le loro credenze in merito alla salute e alla malattia, alla percezione/comprendimento dei trattamenti in corso e di quelli proposti. Tali credenze possono notevolmente influenzare il modo in cui il paziente e la sua famiglia intendono ricevere assistenza e sull'accettazione dei trattamenti che si ricevono in un contesto di cura di area critica.

6. *Assicurare comprensione*

L'infermiere deve assicurarsi sempre che il paziente e la sua famiglia abbiano recepito correttamente il senso di ciò che viene comunicato. E' importante avere la consapevolezza che la cultura può influenzare la comprensione e l'interpretazione dell'oggetto della comunicazione.

7. *L'uso del contatto fisico*

Per l'infermiere è fondamentale spiegare la ne-

cessità di entrare in contatto fisico con il paziente durante gli interventi assistenziali. Per farlo in modo culturalmente sensibile, è opportuno chiedere consiglio direttamente al paziente o alla sua famiglia.

8. *Il bisogno di decoro e la conservazione della dignità*

Il rispetto della dignità e del decoro del paziente critico e della sua famiglia testimoniamo il riconoscimento della cultura, delle credenze e dei valori individuali. Laddove possibile, durante un intervento di soccorso, il decoro e la dignità del paziente devono essere tutelati coprendone il corpo e garantendo la sua privacy.

9. *Consapevolezza della differenza di genere*

La differenza di genere tra il paziente e il sanitario può rappresentare una fonte di disagio per il paziente e la sua famiglia. Laddove possibile, bisognerebbe tener conto di questo aspetto e fare in modo che la cultura del paziente e della sua famiglia venga rispettata.

10. *L'Alimentazione*

Il cibo è profondamente legato alla cultura. Valori, credenze, religione e tradizioni determinano la scelta del cibo e conferiscono ad esso particolari significati. Nella scelta della dieta appropriata, sarebbe opportuno combinare le esigenze metaboliche del paziente con le sue abitudini alimentari legate alla cultura.



BIBLIOGRAFIA

BLOOMER MJ, AL-MUTAIR A (2013). *Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: consideration for care*. Australian Critical Care 26 (4), 193-196

DOUGLAS M, PIERCE J, ROSENKOETTER M, ET AL. (2011). *Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update*. Journal of Transcultural Nursing 22 (4), 317-333

ELLIOTT D, AITKEN LM, CHABOYER W (2012), *ACCCN's Critical Care Nursing* (2nd ed.). Chatswood, NSW: Elsevier.

ESPOSITO C (2013). *Provision of culturally competent health care: an interim status review and report*. Journal of the New York State Nurse Association 43(2), 4-10.

GARNEAU A, PEPIN J (2015). *Cultural competence: A constructivist definition*. Journal of Transcultural Nursing 26(1), 9-15.

INSTITUTE FOR PATIENT - AND FAMILY - CENTRED CARE (2015). *What is patient - and family - centred health care?* [Online] Available at: <http://www.ipfcc.org/faq.html>

INTERNATIONAL COUNCIL OF Nurses (2011). *Position Statement. Nurses and Human Rights*. [Online] Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E10_Nurses_Human_Rights.pdf

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (2015). *Migration Facts and Figures* - [Online] Available at: <http://www.iom.int/infographics/migration-facts-and-figures>

KANCHANA M, SANGAMESH N (2016). *Transcultural nursing: Importance in nursing practice*. International Journal of Nursing Education 8(1), 135-138.

NORTHAM H, HERCELINSKYJ G, GREALISH L, ET AL. (2015). *Developing graduate student competency in providing culturally sensitive end of life care in critical care environments – a pilot study of a teaching innovation*. Australian Critical Care 28(4), 189-195.

RENZANO A, ROMIOS P, CROCK C, ET AL. (2013). *The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient - centered health care - a systematic review of the literature*. International Journal for Quality in Health Care 25(3), 261-269.

UNITED NATIONS (1948). *The Universal Declaration of Human Rights*. [Online] Available at: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

WILLIAMSON M, HARRISON L (2010). *Providing culturally appropriate care: a literature review*. International Journal of Nursing Studies 47(6), 761-769.

WORLD FEDERATION OF CRITICAL CARE NURSES (2007a). *Declaration of Manila: Position Statement on the Rights of the Critically Ill Patient*. [Online] Available at: <http://wfccn.org/publications/right>

WORLD FEDERATION OF CRITICAL CARE NURSES (2007b). *Constitution of the World Federation of Critical Care Nurses – Declaration of Sydney, May 2007*. [Online] Available at: <http://wfccn.org/publications/constitution>

*Traduzione a cura di Valentina Reali.
Infermiere. UTIP (terapia intensiva
pneumologica). AOU di Careggi*