



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**DOTTORATO DI RICERCA
IN SCIENZE CLINICHE
CICLO XXVI**

COORDINATORE Prof. Giacomo Laffi

**LA SANITÀ TRANSCULTURALE:
NUOVE NECESSITÀ
NELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA
DI ETNIA STRANIERA**

Settore Scientifico Disciplinare MED/45

Dottorando

Dott. Matteo Cecchi

Tutore

Prof.ssa Laura Rasero

Coordinatore

Prof. Giacomo Laffi

Anni 2011/2013

*Ringrazio la Prof.ssa Laura Rasero, mia tutor,
per l'indirizzo e il supporto sui quali ho potuto sempre contare
durante il mio percorso di Dottorato*

| | |
|--|-----------|
| Introduzione | 1 |
| Capitolo 1 – Background scientifico | 3 |
| 1.1 Ricerca bibliografica attraverso PubMed | 3 |
| 1.2 Ricerca bibliografica attraverso Cinahl..... | 45 |
| 1.3 Le conclusioni della analisi bibliografica | 36 |
| 1.3.1 Definizioni e teorie..... | 36 |
| 1.3.2 Il rischio di incorrere nello stereotipo | 41 |
| 1.3.3 Gli aspetti comunicativi..... | 44 |
| 1.3.4 La formazione..... | 50 |
| 1.3.5 Il fine vita..... | 60 |
| 1.3.6 Il Dolore | 64 |
| 1.3.7 Donne e cultura..... | 66 |
| 1.3.8 La clinica/le esperienze dei professionisti..... | 66 |
| Capitolo 2 – Disegno dello studio | 71 |
| 2.1 Quesito di ricerca | 71 |
| 2.2 Obiettivi dello studio | 71 |
| 2.3 Disegno dello studio..... | 72 |
| 2.4 Campione | 72 |
| 2.4 Strumenti e metodi..... | 72 |
| 2.5 Variabili studiate e modalità di analisi..... | 73 |
| 2.6 Aspetti etici e Conflitto di interessi..... | 74 |
| Capitolo 3 – Creazione e validazione del questionario..... | 76 |
| 3.1 La versione dello strumento da sottoporre a validazione..... | 76 |
| 3.1.1. Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form: traduzione e adattamento | 78 |
| 3.2 Metodologia di raccolta e analisi dei dati | 79 |
| 3.3 Caratteristiche sociodemografiche del campione | 80 |
| 3.3.1 Validazione di facciata..... | 80 |
| 3.3.2 Test di stabilità..... | 81 |
| 3.4 Il questionario nella sua versione definitiva..... | 84 |
| 3.5 Validazione di facciata e test di stabilità: Analisi dei dati..... | 86 |
| 3.5.1 Validità di facciata..... | 87 |
| 3.5.2 Stabilità e sensitività degli item e delle scale al test-retest | 89 |
| Capitolo 4 - La Survey on-line | 98 |
| 4.1 La creazione del logo..... | 98 |
| 4.2 Caratteristiche sociodemografiche del campione della survey on- | |

| | |
|--|------------|
| line | 99 |
| 4.3 Validità interna (Alpha di Cronbach) sulle subscale originali componenti il questionario | 106 |
| 4.4 Analisi inferenziale sulle variabili sociodemografiche del questionario | 113 |
| 4.4.1 Età, anzianità di servizio dal conseguimento del titolo professionale e numero di anni trascorsi nell'area lavorativa attuale..... | 113 |
| 4.4.2 Le differenze attribuibili al genere | 115 |
| 4.4.3 La formazione post-laurea | 115 |
| 4.4.4 Il tipo di turnazione lavorativa | 116 |
| 4.4.5 La competenza linguistica..... | 118 |
| 4.4.6 La partecipazione a occasioni formative in ambito transculturale | 123 |
| 4.4.7 Vicinanza dell'esperienza con i pazienti stranieri..... | 126 |
| 4.4.8 Le difficoltà sperimentate nei confronti della utenza straniera | 126 |
| 4.5 Analisi Fattoriale | 132 |
| 4.6 Validità interna (Alpha di Cronbach) sulle subscale del questionario scaturite dalla analisi fattoriale | 139 |
| 4.7 Le risposte al questionario | 145 |
| 4.7.1 Sezione anagrafica..... | 145 |
| 4.7.2 Esperienze di relazione con il paziente straniero..... | 147 |
| 4.7.3 Comunicazione e mediazione culturale..... | 158 |
| 4.7.4 Competenza culturale | 167 |
| 4.7.5 Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)..... | 174 |
| 4.7.6 Fine vita | 180 |
| Capitolo 5 – Lo studio fenomenologico | 191 |
| 5.1 Background e rationale dello studio | 191 |
| 5.2 Quesito di ricerca | 192 |
| 5.3 Obiettivi dello studio | 192 |
| 5.4 Disegno dello studio | 193 |
| 5.5 Campione dello studio | 193 |
| 5.6 Materiali e metodi | 194 |
| 5.7 Analisi dei risultati | 201 |
| 3.7.1 Analisi delle interviste svolte al campione sanitario..... | 201 |
| FAMILY CODE A | 201 |
| “Come rendere l’approccio clinico assistenziale culturalmente congruo” | 201 |
| FAMILY CODE B | 203 |
| “Gli operatori sanitari e i loro pregiudizi nei confronti del paziente straniero” | |

| | |
|---|------------|
| | 203 |
| FAMILY CODE C..... | 205 |
| “Il miglioramento dell’assistenza culturale. Un impegno di chi?” | 205 |
| FAMILY CODE D..... | 207 |
| “Il rapporto di vicinanza/lontananza dello straniero dai servizi del SSN” | 207 |
| FAMILY CODE E | 209 |
| “Il tema del dolore: difficoltà di interpretazione e di valutazione” | 209 |
| FAMILY CODE F..... | 211 |
| “L’approccio al lutto” | 211 |
| FAMILY CODE G | 213 |
| “La mediazione culturale e linguistica come risorsa” | 213 |
| FAMILY CODE H..... | 215 |
| “Le difficoltà culturali e comunicative nella relazione fra operatore sanitario e paziente straniero”..... | 215 |
| FAMILY CODE I..... | 218 |
| “Le strategie comunicative che facilitano l’assistenza” | 218 |
| FAMILY CODE L..... | 220 |
| “Paziente straniero e operatore sanitario a confronto: le dinamiche del rapporto tra etnie” | 220 |
| 5.7.2 Analisi delle interviste svolte al campione straniero | 222 |
| 5.7.2.1 Il mediatore culturale albanese..... | 222 |
| 5.7.2.2 Il mediatore culturale cinese..... | 223 |
| 5.7.2.3 Il mediatore culturale Marocchino | 224 |
| 3.7.2.4 La mediatrice culturale Urdu–Pakistana..... | 225 |
| 5.8 Discussione e conclusioni dello studio fenomenologico..... | 227 |
| Conclusioni | 233 |
| Bibliografia | 237 |
| Allegati | 252 |

Introduzione

In Italia si è cominciato a parlare di sanità transculturale solamente da pochi anni e precisamente in concomitanza con la crescita del fenomeno dell'immigrazione, che investe il nostro paese sin dalla metà degli anni '70 e che si è reso maggiormente evidente dai primi anni '90.

A fronte di un numero sempre maggiore di persone straniere che entrano in contatto con le comunità locali e con i loro servizi, si avverte la necessità di studiare i modelli di interazione tra culture, applicati all'ambito sanitario¹.

In particolar modo, è utile comprendere le dinamiche con le quali i cittadini stranieri si avvicinano ai servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, e, dall'altro lato, il tipo di approccio utilizzato da chi rappresenta gli stessi servizi (i professionisti della salute) nei confronti di questi pazienti.

Approfondire lo studio della cura e dell'assistenza, così come sono in questo momento erogate nell'ambito del rapporto con la persona straniera, permetterà di mettere in luce le eventuali difficoltà che il professionista incontra nell'esercizio della sua professione, evidenziando le barriere esistenti a un'interazione proficua tra assistito e "persona che assiste", e di studiare eventuali strategie di miglioramento, che mirino a una presa di coscienza della diversità culturale che caratterizza ogni persona, e a interpretare accuratamente il comportamento e le necessità dell'individuo sano o malato². Studiare l'interfaccia tra cittadino straniero e professionista sanitario può giovare alla qualità dei servizi erogati, fornendo una base oggettiva per la riprogettazione dei servizi e per il miglioramento delle loro modalità di erogazione. Il Nursing e le altre professioni sanitarie devono prendere consapevolezza della dimensione transculturale in cui sono immersi, e superare in questo modo gli ostacoli che li allontanano dal soddisfacimento dei bisogni dell'individuo e della comunità.

¹ Maier-Lorentz, M.M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*. 2008 Spring; 15(1):37-43

² Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, Cloyd E. Perspectives on transcultural care. *Nursing Clinics of North America*. 2009 Dec; 44(4):495-503

Capitolo 1 – Background scientifico

L'obiettivo di questa revisione è di verificare lo stato della letteratura scientifica riguardo agli aspetti relativi alla competenza culturale degli operatori sanitari e alla sua importanza nel processo di assistenza nei confronti dei pazienti di estrazione multi-etnica, nel campo della formazione degli operatori o futuri operatori, con riguardo anche all'ambito della gestione degli aspetti che si riferiscono al fine vita .

1.1 Ricerca bibliografica attraverso PubMed

Per la ricerca nel database di PubMed, una volta selezionati i termini MeSH sui quali di volta in volta interrogare il database, si è scelto di utilizzare i *subheading* che si ritenessero più appropriati in considerazione dell'obiettivo della stessa ricerca bibliografica. In PubMed, i termini MeSH (così come ogni *subheading* collocato in cima all'albero dei *subheading*) sono automaticamente "esplosi" per ritrovare le citazioni che riportino gli specifici termini MeSH (o *subheading*) ricercati, e per recuperare le citazioni che portano una delle voci MeSH (o *subheading*) più specifiche rientranti sotto di essa nella struttura ad albero.

Si sono scelti, come limiti alla ricerca, la disponibilità di abstract, una data di pubblicazione non più lontana dell'Ottobre del 2004, e le lingue di pubblicazione inglese e italiano.

In Tab. 1 sono riportati i risultati corrispondenti alle singole stringhe di ricerca utilizzate, il totale dei documenti recuperati al netto degli elementi doppi, il numero di risultati selezionati in base alla pertinenza del titolo agli obiettivi della ricerca, il numero dei risultati selezionati a seguito della lettura dell'abstract comprese le motivazioni che hanno condotto alla esclusione di alcuni titoli, il numero finale di elementi reperiti in full-text, e quello dei record inclusi nella analisi dopo lettura di full-text. È inoltre indicato il numero di revisioni non sistematiche reperite, che si è scelto di includere in una tabella a parte, distinta da quella contenente i record di letteratura primaria. La Tab. 2 raccoglie l'elenco delle revisioni non sistematiche reperite, mentre la Tab. 3 contiene l'analisi degli articoli di letteratura primaria e delle revisioni sistematiche rinvenuti.

Gran parte dei risultati sono stati ottenuti attraverso il Sistema Bibliotecario di Ateneo dell'Università di Firenze, in particolare grazie alla collaborazione della Biblioteca Biomedica.

Tabella 1 – Strategia di ricerca bibliografica su PubMed

| Stringa di ricerca | Opzioni di ricerca | Documenti individuati |
|---|--|-----------------------|
| ("Cultural Competency/education"[Mesh] OR "Cultural Competency/ethics"[Mesh] OR "Cultural Competency/organization and administration"[Mesh] OR "Cultural Competency/psychology"[Mesh]) AND ("Transcultural Nursing/education"[Mesh] OR "Transcultural Nursing/ethics"[Mesh] OR "Transcultural Nursing/methods"[Mesh] OR "Transcultural Nursing/organization and administration"[Mesh] OR "Transcultural Nursing/trends"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/19"[PDat] : "2014/10/16"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/19"[PDat] : "2014/10/16"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 76 |
| ("Cultural Competency/education"[Mesh] OR "Cultural Competency/ethics"[Mesh] OR "Cultural Competency/organization and administration"[Mesh] OR "Cultural Competency/psychology"[Mesh]) AND ("Nurses/education"[Mesh] OR "Nurses/ethics"[Mesh] OR "Nurses/organization and administration"[Mesh] OR "Nurses/psychology"[Mesh] OR "Nurses/trends"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/19"[PDat] : "2014/10/16"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | hasabstract[text] AND "2004/10/19"[PDat] : "2014/10/16"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 16 |
| ("Cultural Competency/education"[Mesh] OR "Cultural Competency/ethics"[Mesh] OR "Cultural Competency/organization and administration"[Mesh] OR "Cultural Competency/psychology"[Mesh]) AND ("Professional-Patient Relations/education"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/ethics"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/organization and administration"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/psychology"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 13 |
| ("Cultural Competency/education"[Mesh] OR "Cultural Competency/ethics"[Mesh] OR "Cultural Competency/organization and administration"[Mesh] OR "Cultural Competency/psychology"[Mesh]) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] | 7 |

| Stringa di ricerca | Opzioni di ricerca | Documenti individuati |
|--|--|-----------------------|
| AND "Professional-Family Relations"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | OR Italian[lang]) | |
| ("Cultural Competency/education"[Mesh] OR "Cultural Competency/ethics"[Mesh] OR "Cultural Competency/organization and administration"[Mesh] OR "Cultural Competency/psychology"[Mesh]) AND ("Attitude of Health Personnel/ethics"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel/ethnology"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel/organization and administration"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel/psychology"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 63 |
| "Cultural Diversity"[Mesh] AND ("Attitude of Health Personnel/ethics"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel/ethnology"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel/organization and administration"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel/psychology"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 208 |
| "Attitude to Death/ethnology"[Mesh] AND ("Professional-Patient Relations/education"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/ethics"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/organization and administration"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/psychology"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 6 |
| ("Cultural Competency/education"[Mesh] OR "Cultural Competency/ethics"[Mesh] OR "Cultural Competency/organization and administration"[Mesh] OR "Cultural Competency/psychology"[Mesh]) AND "Attitude to Death/ethnology"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 1 |

| Stringa di ricerca | Opzioni di ricerca | Documenti individuati |
|---|--|-----------------------|
| Italian[lang]) | | |
| ("Cultural Competency/education"[Mesh] OR "Cultural Competency/ethics"[Mesh] OR "Cultural Competency/organization and administration"[Mesh] OR "Cultural Competency/psychology"[Mesh]) AND "Death"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 1 |
| "Attitude to Death/ethnology"[Mesh] AND ("Emigrants and Immigrants/education"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants/organization and administration"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants/psychology"[Mesh])) AND "Professional-Family Relations/ethics"[Mesh] | | 0 |
| ("Attitude to Death/ethnology"[Mesh] AND ("Emigrants and Immigrants/education"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants/organization and administration"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants/psychology"[Mesh])) AND ("Professional-Patient Relations/education"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/ethics"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/organization and administration"[Mesh]) | | 0 |
| ("Attitude to Death/ethnology"[Mesh] AND ("Nurses/education"[Mesh] OR "Nurses/ethics"[Mesh] OR "Nurses/methods"[Mesh] OR "Nurses/organization and administration"[Mesh] OR "Nurses/psychology"[Mesh] OR "Nurses/trends"[Mesh])) AND ("Emigrants and Immigrants/education"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants/organization and administration"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants/psychology"[Mesh]) | | 0 |
| "Attitude to Death/ethnology"[Mesh] AND ("Nurses/education"[Mesh] OR "Nurses/ethics"[Mesh] OR "Nurses/methods"[Mesh] OR "Nurses/organization and administration"[Mesh] OR "Nurses/psychology"[Mesh] OR "Nurses/trends"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 2 |

| Stringa di ricerca | Opzioni di ricerca | Documenti individuati |
|---|--|-----------------------|
| "Death"[Mesh] AND ("Emigrants and Immigrants/education"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants/organization and administration"[Mesh] OR "Emigrants and Immigrants/psychology"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 2 |
| "Attitude to Death/ethnology"[Mesh] AND "Professional-Family Relations"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 20 |
| "Attitude to Death/ethnology"[Mesh] AND ("Professional-Patient Relations/education"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/ethics"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/organization and administration"[Mesh] OR "Professional-Patient Relations/psychology"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 5 |
| "Terminal Care/ethnology"[Mesh] AND ("Nurses/education"[Mesh] OR "Nurses/ethics"[Mesh] OR "Nurses/methods"[Mesh] OR "Nurses/organization and administration"[Mesh] OR "Nurses/psychology"[Mesh] OR "Nurses/trends"[Mesh]) | | 0 |
| "Death/ethnology"[Mesh] AND ("Nurses/education"[Mesh] OR "Nurses/ethics"[Mesh] OR "Nurses/methods"[Mesh] OR "Nurses/organization and administration"[Mesh] OR "Nurses/psychology"[Mesh] OR "Nurses/trends"[Mesh]) | | 0 |
| "Terminal Care/ethnology"[Mesh] AND "Professional-Family Relations"[Mesh] | | 0 |
| "Death/ethnology"[Mesh] AND "Professional-Family Relations"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | (hasabstract[text] AND "2004/10/23"[PDat] : "2014/10/20"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang])) | 1 |
| <i>Totale elementi individuati</i> | | 421 |

| Stringa di ricerca | Opzioni di ricerca | Documenti individuati |
|--|--------------------|--|
| <i>Totale elementi individuati al netto degli elementi doppi</i> | | 333 |
| <i>Totale elementi selezionati per pertinenza titolo</i> | | 147 |
| <i>Totale elementi selezionati per pertinenza abstract</i> | | 66 |
| | | <p>Motivi di esclusione (n=81 articoli) dopo lettura dell'abstract:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letteratura non infermieristica e non medica (n=3); • Letteratura infermieristica o medica non attinente agli aspetti della cura e l'assistenza in contesti multietnici (n=21); • Descrizione di costumi tipici di minoranze etniche (n=2); • Letteratura riguardante l'esercizio della professione, la formazione e l'organizzazione di operatori sanitari di estrazione multietnica in ambito sanitario (n=6); • Letteratura riguardante statistiche/studi sull'organizzazione della formazione in ambito transculturale (n=12); • Letteratura riguardante l'analisi di strategie di inclusione di soggetti di estrazione multietnica all'interno dei sistemi sanitari (n=4). • Letteratura riguardante gli aspetti della assistenza e cura in contesti transculturali in maniera tangenziale e parziale (n=31), es. scarso focus sugli aspetti della transculturalità rispetto agli altri temi trattati, semplici opinioni sulla utilità di un approccio transculturale al Nursing; • Statistiche sull'orientamento alla diversità di studenti/operatori sanitari (n=1); • Test di strumenti di rilevazione della competenza culturale/sensibilità culturale (n=1) |
| <i>Totale elementi reperiti in full-text</i> | | 63 |
| <i>Totale elementi selezionati dopo lettura full-text</i> | | 59 |
| | | <p>Motivi di esclusione (n=4 articoli) dopo lettura dell'abstract:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scarsa attinenza con gli argomenti oggetto della ricerca (n=4) |
| <i>Di cui revisioni non sistematiche</i> | | 24 |

Tabella 2 - Le revisioni di letteratura reperite su PubMed

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione |
|---|
| REV1: Esposito CL. Provision of culturally competent health care: an interim status review and report. J N Y State Nurses Assoc. 2013;43(2):4-10. Review. PubMed PMID: 25109038. |
| REV2: Engebretson J. Clinically applied medical ethnography: relevance to cultural competence in patient care. Nurs Clin North Am. 2011 Jun;46(2):145-54, v. doi: 10.1016/j.cnur.2011.02.002. PubMed PMID: 21501725. |
| REV3: Kazdaglis GA, Arnaoutoglou C, Karypidis D, Memekidou G, Spanos G, Papadopoulos O. Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues. East Mediterr Health J. 2010 Apr;16(4):442-7. PubMed PMID: 20795432. |
| REV4: Hills M, Albarran JW. After death 1: caring for bereaved relatives and being aware of cultural differences. Nurs Times. 2010 Jul 13-19;106(27):19-20. PubMed PMID: 20712211. |
| REV5: Kidd J. Cultural boundary surfing in mental health nursing: a creative narration. Contemp Nurse. 2010 Feb-Mar;34(2):277-88. doi: 10.5172/conu.2010.34.2.277. PubMed PMID: 20509812. |
| REV6: Narayan MC. Culture's effects on pain assessment and management. Am J Nurs. 2010 Apr;110(4):38-47; quiz 48-9. doi: 10.1097/01.NAJ.0000370157.33223.6d. PubMed PMID: 20335689 |
| REV7: Thomas DM. Culture and disability: a Cape Verdean perspective. J Cult Divers. 2009 Winter;16(4):178-86. PubMed PMID: 20069806. |
| REV8: Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, Cloyd E. Perspectives on transcultural care. Nurs Clin North Am. 2009 Dec;44(4):495-503. doi: 10.1016/j.cnur.2009.07.009. Review. PubMed PMID: 19850185. |
| REV9: Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. Med Educ. 2009 Mar;43(3):229-37. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x. PubMed PMID: 19250349. |
| REV10: Maier-Lorentz MM. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. J Cult Divers. 2008 Spring;15(1):37-43. Review. PubMed PMID: 19172978. |
| REV11: Hardy-Bougere M. Cultural manifestations of grief and bereavement: a clinical perspective. J Cult Divers. 2008 Summer;15(2):66-9. Review. PubMed PMID: 18649443. |
| REV12: Cuellar NG, Brennan AM, Vito K, de Leon Siantz ML. Cultural competence in the undergraduate nursing curriculum. J Prof Nurs. 2008 May-Jun;24(3):143-9. doi: 10.1016/j.profnurs.2008.01.004. Review. PubMed PMID: 18504027. |
| REV13: Kirchhoff KT, Faas AI. Family support at end of life. AACN Adv Crit Care. 2007 Oct-Dec;18(4):426-35. Review. PubMed PMID: 17978617. |
| REV14: Thibodeaux AG, Deatrck JA. Cultural influence on family management of children with cancer. J Pediatr Oncol Nurs. 2007 Jul-Aug;24(4):227-33. Review. PubMed PMID: 17588895. |
| REV15: Grant T. Problems of communicative competence in multi-cultural medical encounters in South African health services. Curationis. 2006 Nov;29(4):54-60. Review. PubMed PMID: 17310745. |
| REV16: Kleiman S. Discovering cultural aspects of nurse-patient relationships. J Cult Divers. 2006 Summer;13(2):83-6. Review. PubMed PMID: 16856695. |
| REV17: Cutilli CC. Do your patients understand? Providing culturally congruent patient education. Orthop Nurs. 2006 May-Jun;25(3):218-24; quiz 225-6. Review. PubMed PMID: 16735855. |
| REV18: Galanti GA. Applying cultural competence to perianesthesia nursing. J Perianesth Nurs. 2006 Apr;21(2):97-102. Review. PubMed PMID: 16600830. |
| REV19: Doane GH, Varcoe C. The "hard spots" of family nursing: connecting across difference and diversity. J Fam Nurs. 2006 Feb;12(1):7-21. Review. PubMed PMID: 16443994. |
| REV20: Chenowethm L, Jeon YH, Goff M, Burke C. Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. Int Nurs Rev. 2006 Mar;53(1):34-40. PubMed PMID: 16430758. |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione |
|---|
| REV21: Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. Patient Educ Couns. 2006 Dec;64(1-3):21-34. Epub 2006 Jan 20. Review. PubMed PMID: 16427760. |
| REV22: Callister LC. What has the literature taught us about culturally competent care of women and children. MCN Am J Matern Child Nurs. 2005 Nov-Dec;30(6):380-8. Review. PubMed PMID: 16260943. |
| REV23: Kreitler S. The effects of cultural diversity on providing health services. EDTNA ERCA J. 2005 Apr-Jun;31(2):93-8. Review. PubMed PMID: 16180555. |
| REV24: Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. Soc Sci Med. 2009 Feb;68(3):533-43. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.10.015. Epub 2008 Nov 18. Review. PubMed PMID: 19019520. |

Tabella 3 - Gli articoli reperiti su PubMed

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|---|---|------------|----------------------|---|
| 1: Mareno, N., Hart, P.L. (2014) | To compare the level of cultural awareness, knowledge, skills, and comfort of nurses with undergraduate and graduate degrees when encountering patients from diverse populations | Prospective, cross-sectional, descriptive study (Survey: Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ)) | USA: 365 nurses: 150 with undergraduate degree, 215 with graduate degree | | | Undergraduate-degree nurses scored lower than graduate-degree nurses on cultural knowledge. Scores on cultural awareness, skills and comfort with patient encounters did not vary between groups. Both groups of nurses reported little cultural diversity training in the workplace or in professional continuing education. Areas of need for undergraduate and graduate nursing education. |
| 2: McClimens, A. et al. (2014) | To explore nursing students' experiences of caring for patients from different and unfamiliar cultural backgrounds | Qualitative study (focus groups: template of 18 questions) | UK: Pilot study :3 Nursing students (1: white British male; 1: African female; 1: Asian female); Study: 15 Nursing students from 3 Nursing branches (5: mental health, | | | Nursing students expressed difficulties and challenges meeting the cultural needs of patients, with particular focus on issues related to language, food and gender. Nursing students need to prepare for work in a culturally diverse healthcare setting and should receive education and training in this area to ensure ongoing personal and professional development. |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|--|---|------------|----------------------|---|
| | | | 5: learning Disability, 5: adult nursing | | | |
| 3: Shattell, M.M. et al. (2013) | To examine how one pre-licensure baccalaureate Nursing program at a public University in the USA integrated concepts and issues of culture and culturally competent practice into its curriculum | Mixed-method case study approach: Surveys (Blueprint for Integration of Cultural Competence in the Curriculum (BICCC), Trans-cultural self-Efficacy Tool (TSET)); Focus groups (semi-structured interview); Individual interviews (semi-structured interview); School of nursing documents | USA: Surveys: 111 Nursing students; Focus groups (3): 9 Nursing students; Individual interviews: 14 faculty with teaching responsibilities | | | BICCC: students perceive the curriculum as providing relatively substantial knowledge of key concepts of cultural competence, but presenting a lack in the fields of cultural competence theory, attitudes and skills; TSET: students felt relatively comfortable with the cognitive skills of transcultural Nursing but less confident about the affective skills; Focus groups and interviews: a lack of substantive discussion around cultural issues in both the classroom and clinical settings was noted and lamented by both students and faculty. Both groups cited the already demanding curriculum and time constraints. School of nursing documents: the curriculum does not incorporate a specific cultural competence theoretical model. Students and faculty offered numerous suggestions about how to improve cultural competency education: more time for discussion, greater use of case studies, small groups, guest speakers and panels. |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|---|---|------------|----------------------|--|
| 4: Chircop, A. et al. (2013) | To identify commonly used audiovisual teaching tools of Canadian schools of Nursing and to evaluate the identified tools | Two-part Descriptive quantitative study: 1. Survey (4-item questionnaire); 2. Evaluation of identified audio-visual tools ("Cultural Evaluation Criteria for Health Assessment Videos") | Canada: Survey: 18 schools of Nursing (16 using audio-visual teaching tools) | | | A significant number of the school surveyed stated that the videos did not address cultural competency (44%) or only addressed it superficially (34%). A subsequent assessment of these audio-visual tools supported these findings and revealed shortcomings in the way cultural competence is integrated into the role modeling presented in the videos. The videos contain only superficial identification of culturally specific examples and did not provide students with a comprehensive understanding of the necessary culturally competent skills. The videos tend to idealize the power inherent within the privileged culture, which identifies the cultural variations as different from the norm. The reviewed audio-visual teaching tools did not meet any of the learning objectives identified by the literature to meet cross-cultural skills, including asking permission before performing physical exams, conducting od encounters in partnership with an interpreter, or asking appropriate questions about sexual and gender identity. |
| 5: Newman, C.E. et al. (2013) | To describe what cultural | Qualitative study | Australia: 16 health care | | | Despite considerable diversity in their health service settings, professional |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|--|------------|----------------------|--|
| | difference means for the design and delivery of cancer care services to Aboriginal people | In-depth interviews | professionals who care for Aboriginal Australians who have been diagnosed with cancer | | | experiences and cultural backgrounds, the health care professionals that were interviewed consistently made use of and reproduced a quite limited set of 'taken for granted' frames. Some had the effect of discursively 'eliding' the possibility that patients who identify as Aboriginal may bring with them a set of cultural practices, beliefs and values that health services have a responsibility to understand and accommodate ('everyone is the same' and 'everyone is different'), while others 'facilitated' that talk ('different priorities,' 'different practices' and 'making difference safe'). By critically unpacking the 'taken for granted' assumptions behind how health care professionals make sense of cultural difference can enrich our understanding of and response to the care needs of indigenous people affected by cancer. |
| 6: Dellenborg, L. et al. (2012) | To explore the approach adopted by health care practitioners when handling transcultural encounters | Participatory Action, qualitative study research | Sweden: 70 health care practitioners working in a coronary unit in a suburban area hospital: nurses, physicians, | | | The diversity represented by patients and the extreme complexity on both the individual and the collective levels, left the practitioners confused as to what kind of knowledge they need to increase their cultural competence. Information about different traditions, cultural practices and values would not enhance their ability to understand the |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---|--|------------|----------------------|---|
| | | | assistant nurses | | | incoming patients and offer good care, but risk reinforcing a stereotypic understanding of patients. Practitioners and researchers together identified a need for continuous discussion and guidance in attitudes and beliefs regarding patients coming from various parts of the world. |
| 7: López, J.S. et al. (2012) | To analyze the attitudes toward organ donation after death in the immigrant population in Spain | Survey (expanded version of the "Psychosocial Aspects of Donation Questionnaire") | Spain: A random sample (n = 1202) of the immigrant population (non-Spanish nationality) of both sexes, 18 yr old or older, effectively residing in Spain | | | Predisposition to donate varies strongly across geographical origin and religious beliefs and also shows relationships with additional socio-demographic, social integration, and informative variables. In turn, the relationship between religious beliefs and attitude toward donation varies as a function of the degree of social integration. In Spain, the immigrant population is a heterogeneous collective that requires differential strategies to promote donation. Such strategies should be aimed at reinforcing the existing positive attitudes of citizens from West Europe and Latin America, and at familiarizing and informing about donation in citizens from the East, and at making specific efforts to break down the cultural and religious barriers toward donation in |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|---|------------|----------------------|--|
| | | | | | | <p>African citizens, with special emphasis on people of the Muslim faith. The will to donate in the immigrant population also varies as a function of diverse aspects of the available information on the topic, underscoring the perception of efficacy, direct knowledge, and the existence of qualified information as the elements most closely linked to a positive disposition. There are some interesting experiences in diverse work contexts with Muslim population that include, among others, interventions with intercultural mediators and religious leaders to adequately channel communication concerning donation.</p> |
| 8: Cross, W.M., Bloomer, M.J. (2010) | <p>1. Explore how mental health clinicians modify their communication practice to reconcile cultural differences and promote client self-disclosure</p> <p>2. Identify the practical experiences that</p> | Qualitative study (focus groups: guided questions) | Australia: 53 mental health clinicians (nurses: 69,8%) - 7 groups | | | <p>Two distinct themes emerged: 'respect' and 'cultural understanding'. The clinicians recognized that showing and maintaining respect for the CALD client, and their families significantly impacted on the development of a therapeutic relationship. Disclosing information and opinions by the family member was enhanced when respect for the head of the family was openly acknowledged. The clinicians noted that some clients preferred to have same-sex clinicians and had low levels of disclosure to some</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|--------------------------|---|-------------------------------|---|
| | have enlightened clinicians' practice when interacting with people from culturally and linguistically diverse (CALD) groups | | | | | opposite-sex workers. Participants disclosed that a number of clinician attributes facilitated communication. These include being accepted, being listened to, being credible and being open. Showing cultural understanding and acceptance for difference also enhanced communication. Participants in this study understood the role of the family as protector of its members, as well as the need for the family to protect itself from the stigma of mental illness. |
| 9: Larson, K.L. et al. (2010) | To explore the impact of a cultural immersion experience on nurses' cultural competence | Qualitative study: Pre/post in-depth semi-structured interviews; En vivo reflective journals during the experience | USA: 13 nursing students | Delivery of a two-week immersion course in Guatemala (40 hours: language lessons; 48 hours: community health clinical practice) | Students' cultural competence | The article focuses ONLY on the pre-experience interviews and the en vivo reflective journals. From the pre-experience interviews, no one of the students had ever experienced a cultural immersion course in a developing country. All participants were familiar with the concept of cultural competence from the nursing program and could articulate basic concepts. The reasons given for participating in the course were: to learn or improve Spanish language ability, to learn about Latino culture and to develop cultural competence. The themes that emerged for the analysis |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|--|------------|----------------------|--|
| | | | | | | <p>of the en vivo reflective journals were: Navigating daily life (the various ways in which the students adjusted to unfamiliar settings and dynamics), Broadening the lens (changes in the students' worldview) and Making a difference (the students' reactions to their participation in the delivery of health care and their recognition of the value of diverse partnerships). Students revealed a larger context and worldview of culture: students' awareness, knowledge, skills and encounters with another culture were expanded. This broader worldview included experiencing both personal challenges and the rich cultural environment, gaining a deeper understanding of US politics in developing countries, and recognizing the intersection of health care and economics.</p> |
| 10: Høye, S., Severinsson, E. (2010 Apr) | To explore intensive care nurses' experiences of possible conflicts related to practical situations when encountering | Qualitative study: multistage focus group interviews | Norway: 16 intensive care nurses with at least 2 years' experience of intensive care who had cared for culturally diverse patients | | | <p>Conflicts between professional nursing practice and family cultural traditions include:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A culturally based need to participate actively in the care vs. nurses' professional perceptions of themselves as total care providers; 2. Nurses' professional obligation to provide comprehensible information vs. |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|--|--|--|---|
| | culturally diverse families of critically ill patients | | and families (primarily migrants and/or their descendants) during the preceding 3 months | | | culturally based communication difficulties and responses to illness; 3. Families' needs for cultural norms and self-determination vs. nurses' professional responsibility for the clinical environment. Intensive care nurses should be alert to cultural sensitivity when encountering culturally diverse families |
| 11: Amerson, R. (2010) | To evaluate the self-perceived cultural competence of baccalaureate Nursing students enrolled in a community health Nursing course following the completion of service-learning projects with local and international communities | Pre- and post-evaluation study design TSET (transcultural Self-Efficacy Tool) | USA: 69 Baccalaureate Nursing students enrolled in a community health Nursing course | Delivery of a service-learning educational intervention with local and international communities | Students' self-perceived cultural competence | A significant increase was demonstrated in each subscale composing the TSET: cognitive, practical and affective. Paired-samples t-test confirm this increase in all dimensions, with the greatest gain in the cognitive area, while students perceived their greatest abilities in the affective dimension. Introducing students to cultural values and beliefs relevant to their targeted population initiates an awareness of the role culture plays in decision-making and health care practices. |
| 12: Ho, T.M. (2009) | To determine and compare | Descriptive study | Spain: 84: | | | <i>Language barrier:</i> the professionals experienced most |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|--|-------------------------------------|---------------------------|--|
| | <p>the specific difficulties experienced by staff in caring for patients from 7 ethnic communities (Gypsy, Maghrebi, Pakistani, East European, Sub-Saharan, Latino American and Chinese) (To develop a culturally specific document, aimed at overcoming the principal obstacles in lifestyle interventions for patients with hypertension)</p> | <p>(Questionnaire: 17 close ended questions)</p> | <p>41 nurses; 19 physicians; 24 auxiliary nurses</p> | | | <p>difficulty with the Chinese group. Anyway, difficulty in interaction due to the language barrier is shown to be present in almost all groups, albeit in a lower intensity in groups whose native language is Spanish (the Latino American and the local Gypsy). <i>Difficulty due to cultural values/customs:</i> the Gypsy group scored the highest, followed by the Maghrebi and the Pakistani groups. The Sub-Saharan and the Chinese groups were next. The least difficult were the East European and the Latino American groups, respectively. Focusing on religious influences, respondents perceived the Maghrebi and the Pakistani groups as the most difficult, followed by the Sub-Saharan group. The reason is that these communities are Muslims who adhere to the practice of Swam (fasting) during Ramadan. respondents considered that they had interactive problems in all aspects, except in language, with the local Gypsy group.</p> |
| <p>13: Munoz, C.C. et al. (2009)</p> | <p>To describe the process of</p> | <p>Qualitative study</p> | <p>USA: Junior and</p> | <p>Educational intervention (7-</p> | <p>Students' cultural</p> | <p>Students were able to integrate their learnings from class into their respective</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|---|--|---|---|--|
| | developing a multidisciplinary pilot course in cultural competence | (Weekly reflection papers, analysis of narrative course evaluations) | senior students (Nursing and human service professions) | week seminar): pilot course in cultural competence | competence | fields of practice. A growth in the acquisition of cultural knowledge, skills and desire (Campinha-Bakote's process of cultural competence) was shown. An enhanced ability to effectively interact with diverse populations was documented. |
| 14: Sullivan, C.H. (2009) | To describe a teaching-learning strategy emphasizing the community partnership between a baccalaureate school of Nursing, an immigrant refugee program and a community literacy program in a rural state | Qualitative study: 1. Weekly reflective journals; 2. Review questions; observation of the aggregate's participation in hands-on activities and return demonstrations | USA: 1. Senior community health Nursing students 2. Hmong and Russian refugees | Senior community health Nursing student-developed health education for recently immigrated Hmong and Russian refugees | 1. Provision of cultural awareness experiences for Nursing students 2. Access to healthcare with increased knowledge of Western health care practices for refugees | 1. Some students' attitude toward refugees and immigrants has changed positively. Most students expressed excitement regarding learning new information about Hmong and Russian cultures. Some students reported a newfound awareness and respect for these new members of the nation; 2. The aggregates retained the health information presented (only short-term retention could be assessed). |
| 15: Castro, A., Ruiz, E. (2009) | To explore the relationship | Descriptive correlational | USA: 1. A | | Patient satisfaction | Latina patients reported greater satisfaction with Nursing Practitioners of |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campioni/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---|---|------------|----------------------|---|
| | between degree of cultural competence in nurse practitioners (NPs) and measures of patient satisfaction among Latinas | design: 1. Two self-administered questionnaires 2. Three self-administered questionnaires available in both English and Spanish | convenience sample of 15 licensed Nursing Practitioners from 11 different clinics in a large southwestern city. 1. A convenience sample of 218 Latina patients | | among Latinas | Latina origin who were certified, had received cultural competence training, could speak Spanish, and had attended master's level programs. Latina patients were also most satisfied with decreased clinic waiting time. The two Nursing Practitioners with the highest levels of cultural competency scores were non-Latinas. Noticeable differences were found in the amount of cultural competence exhibited by Nursing Practitioners. The provision of culturally competent care leads to negotiation, mutual exchange of information, increased compliance, and improved patient-provider communication. Similarly, patient satisfaction with care is associated with increased compliance and greater continuity of care. Employers seeking to meet the healthcare demands of a growing Latino population must look at extrinsic values such as Nursing Practitioners' certification, cultural competence training, education, and ability to speak Spanish. |
| 16: Calvillo, E. et al. (2009) | To present the work of the | Core competencies | | | | The five cultural competences for baccalaureate education developed by |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---------|----------------------|------------|----------------------|--|
| | American Association of Colleges of Nursing (AACN) Advisory Committee in developing an integrated curriculum for cultural competence in baccalaureate Nursing education | paper | | | | <p>AACN (2008) are outlined, followed by a review of evaluative options to determine student performance in this area:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apply knowledge of social and cultural factors that affect Nursing and health care across multiple contexts; 2. Use relevant data sources and best evidence in providing culturally competent care; 3. Promote achievement of safe and quality outcomes of care for diverse populations; 4. Advocate for social justice, including commitment to the health of vulnerable populations and the elimination of health disparities; 5. Participate on continuous cultural competence development. <p>Three characteristics of culturally competent baccalaureate nurses are described and may be attained through accomplishment of the cultural competences in Nursing education:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Awareness of personal culture, values, beliefs, attitudes and behaviors; 2. Skills in assessing and communicating with individuals from other cultures; 3. Assessment of cross-cultural variations. |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|---|---|---|---|
| 17: Lee, C.A. et al. (2006) | To explore the effect of an educational program about selected Hispanic health beliefs and practices had on nurses providing care to this population | Pre- and post-test study design (10-item, author developed tool: "Lee Cultural Sensitivity Tool: Hispanic version") | USA: Convenience sample of 7 Registered Nurses employed in a small, rural Midwestern health department that offered personal health and environmental services | 90-minute educational program about selected Hispanic health beliefs and practices | Nurses' knowledge of selected Hispanic health beliefs and practices | There was a significant difference between the pretest and the posttest scores on the Lee Cultural Sensitivity Tool ($p = .018$). Participants' knowledge of selected Hispanic health beliefs and practices increased significantly (mean = 5,5 vs 9,7). |
| 18: Cross, D. et al. (2008) | To focus on the teaching-learning strategies for integration of cultural competence in the first clinical core course in Primary Care of the Middle Aged and Older Adult, at the University of Pennsylvania School of Nursing | Mixed method study: one group research design with pre- and post-evaluation 1. Prior to the intervention: Preliminary Online Cultural Self-Assessment (Cultural Competence Health Practitioner Assessment | USA: Graduate students enrolled in the Adult Health Nurse Practitioner Program, Gerontology Nurse Practitioner Program, and the Family Health Nurse Practitioner Program at the | Educative intervention: A 3-hour seminar plus a clinical practicum focusing on the primary care of common chronic and acute episodic health problems of the ambulatory middle aged and older adult. | Students' cultural competence | The survey results indicated that the course content provided students with new insight into their own beliefs and values, increased their knowledge about health practices of other cultures, helped them modify clinical decisions based on cultural concerns, and contributed to their progress in becoming culturally competent nurse practitioners. In addition, the overall course evaluation completed by the students rated this course very well and attributed their confidence in clinical practice to the class discussions and course assignments. the use of reflective diaries prepared by the |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---|--|------------|----------------------|--|
| | | (CCHPA)); 2. After the intervention: Survey; Reflective diaries | University of Pennsylvania | | | students also helped to evaluate the effects of cultural content integration. Multiple teaching–learning strategies such as the online cultural self-assessment, clinical case scenario, critiques of multicultural skill vignettes, and the cultural assessment of the clinical agency helped move nurse practitioner students along the continuum to becoming culturally competent practitioners. |
| 19: Tuohy, D. et al. (2008) | To discuss registered nurses' experiences in the Republic of Ireland of nursing people from a different culture | Qualitative study: semi-structured interviews (individual and focus group interviews) | Ireland: Registered nurses (n = 7, including midwives, general and mental health nurses) who had nursed people of a different culture within the previous 6 months | | | The main themes to emerge from the interviews were: 1. Dealing with cultural issues in practice: there are a number of elements to this theme, namely the language barrier, perceptions about people from other cultures and cultural differences. This theme demonstrated awareness by participants of the complexities of caring for people from a different culture. Being understood and being able to understand was integral to the delivery of optimum care both in terms of language and in terms of cultural sensitivity; 2. Accessing and using the interpreter service: the findings draw attention to communication challenges facing nurses when communicating with people from different cultures. |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---|---|------------|----------------------|---|
| | | | | | | <p>This sometimes culminated in a situation where the language barrier was insurmountable and specific language interpretation was required. In certain situations the services of an interpreter were integral to the provision of optimal patient care;</p> <p>3. Planning and taking action to improve nursing care for patients from a different culture: participants were asked their opinion about what could be done to facilitate the provision of holistic care for people from a different culture. The specific areas highlighted were: staff education, protocols, resources and increased access and use of interpreter services.</p> |
| 20: Høye, S., Severinsson, E. (2008) | The aim of this study was to explore nurses' perceptions of their encounters with multicultural families in intensive care units in Norwegian hospitals | Qualitative study: descriptive exploratory study (multistage focus group interview) | Norway: 16 intensive care registered nurses with at least 2 years of intensive and critical care experience, and experience with multicultural patients and families, | | | <p>The data were analysed by interpretive content analysis. The theme 'Cultural diversity and workplace stressors' emerged. This theme was characterised by four categories, which represent difficulties and concerns in the nurses' job situation:</p> <p>1. 'impact on work patterns': it was described by nurses as emotional distress both in the sense of encounters with multicultural families (crowded rooms, non-respect for visiting hours) and in the structural and occupational demands</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|-----------|---------|--|------------|----------------------|--|
| | | | <p>especially within the preceding 3 months.</p> | | | <p>(differing needs);</p> <p>2. 'communication challenges', linked to linguistic difficulties between the nurses and multicultural families. The ICNs became insecure, but they acknowledged the importance of clarifying special needs and wishes in the families by asking them, and by using additional resources as necessary (interpreters). Another challenge in communicating with multicultural families for the nurses was to discover their own lack of knowledge about cultural and religious values;</p> <p>3. 'responses to crises': it occurred in the form of anxiety and distress within multicultural families. The nurses expressed both challenging behaviour and communication in the families, and challenges in how to prevent more confusion and distress. The processes within such families when they are in crisis were characterised by loud expressions of emotions especially among the women, religious and practical orders when grieving and confidence in different symbols which may appear as curing and healing;</p> <p>4. 'professional status and gender issues': it refers to the sense of pride of</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|---|--|------------|----------------------|---|
| | | | | | | occupation as a nurse, threats to identity as a woman and confirmation/non confirmation of professional identity (nurses' role is characterized as subordinate). |
| 21: Somerville, J. (2007) | To investigate how palliative care nurses care for people from cultural backgrounds other than their own | Qualitative study: Grounded theory (semi-structured interviews) | UK: 10 palliative care nurses (5 community palliative care nurses, 5 hospice-based nurses) | | | Seven main categories emerged: 1: <i>Genuine relationships</i> : the nurses endeavored to transcend cultural barriers by getting to know the patient: this was a challenging and time-consuming process; 2. <i>Individualized care</i> : nurses endeavored to treat everyone as an individual by assessing each patient's needs and providing individualized care; 3. <i>Providing care</i> : the importance of informing local ethnic groups about the palliative care services was recognized (but it was unclear how this could be achieved); the nurses were striving to improve the care given, but sometimes they were disadvantaged because of language or customs issues; 4. <i>Communication</i> : in-depth communication skills were seen as an essential component of palliative nursing; 5. <i>Limited resources</i> : the availability of resources, particularly those related to language, was a vital, yet complex, issue, |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---------------------------------------|-----------------------------|------------|----------------------|---|
| | | | | | | <p>which impinged upon the care the nurses gave;</p> <p>6. <i>Self</i>: Nursing across cultural boundaries produced more difficulties, frustration, conflict and helplessness than working with patients of one's own culture;</p> <p>7. <i>Education and learning</i>: the majority of the nurses' knowledge was developed through informal education or experiences. This had been costly because of mistakes due to lack of awareness of cultural issues.</p> <p>Seven theoretical constructs emerged from these categories: from these, the core category of nursing endeavor was developed, to explain how palliative care nurses care for patients from cultures other than their own.</p> <p>The findings show that palliative nursing across cultural boundaries is paradoxical, as palliative care nurses try to treat everyone the same by treating them differently.</p> |
| 22: Pergert, P. et al. (2008) | To explore how health-care staff continuously | Qualitative study (focus group guided | Sweden: 35 medical doctors, | | | Bridging emerged as the way that health-care staff deal with obstacles to transcultural caring relationships. |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---|--|------------|----------------------|--|
| | <p>resolve “obstacles to transcultural caring relationships” as they care for families with an immigrant background within the context of pediatric oncology care</p> | <p>interviews, semi-structured individual interviews)</p> | <p>consultant nurses, nursing staff (registered nurses, child minders and nurse aides); 5 nurses with experience of end-of-life care of families with an immigrant background within the pediatric oncology care setting (individual interviews)</p> | | | <p>Bridging is a process in which various tools may be used and combined to overcome obstacles, including communicational tools (non-verbal communication, signs and “charades”, printed information, interpreter reliance), transcultural tools (transcultural learning, transcultural reflecting, transcultural linking), and organizational tools (the possibility and responsibility of an organization’s or a unit’s leadership to adjust policies and routines and to provide necessary resources and conditions for bridging obstacles. Organizational tools include time allocating and transcultural training). Failure to use tools, or to use and combine them insufficiently, can bring the caring relationship to a halt, which leads to inequity in care. When using printed information, the culture and the educational level of the patient and the family also need to be considered to provide a congruent material. When it comes to adjusting policies and routines, to achieve congruent care for everyone, heads of care units have a great responsibility to prioritize this important area and establish clear goals.</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campioni/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|---|------------|----------------------|--|
| 23: Gunaratnam, Y. (2007) | To describe the experiences of nurses involved in the delivery of palliative care | Qualitative study (Focus groups: semi-structured interviews) | UK: Nurses (n=30), social workers (n=16), physicians (n=2), cultural link/liaison workers (n=2), an occupational therapist, a day centre manager, a hospice volunteer manager and social work trainees. | | | <p>This article draws attention to the complicated relationships between cultural knowledge and practice and to the non-rational and visceral dimensions of intercultural care (phrases such as: 'It's very intuitive', 'You kind of try and tune into what's going on', 'It's just a gut instinct that it's a good experience', point to how care can become inflected, and sometimes guided, by the emotional and visceral). These aspects of nursing are marginalized in current approaches to cultural competence, which emphasize the rational acquisition and application of cultural knowledge and skills by practitioners.</p> <p>The detail of cultural knowledge that nurses are seen as needing to be culturally competent is not always applied or remembered in practice, nor is it retained after intercultural encounters. Indeed, cultural knowledge appears to be displaced in these accounts, sometimes by anxiety, but also by a more generalized attention to difference, that can be indicative of ways of working that are responsive and holistic, addressing multiple experiences and needs that are not</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|---|------------|----------------------|---|
| | | | | | | reducible to ethnicity alone. |
| 24: Greatrex-White, S. (2008) | To report some of the findings from a research project designed to uncover the nature of the phenomenon 'study abroad' in the context of Nursing Higher Education in the United Kingdom | Qualitative study (hermeneutic phenomenological study): analysis of diary accounts | UK: 26 study abroad students' from two Universities | | | <p>Whilst it is accepted that home institution cultural training programmes and theoretical models of transcultural nursing can be effective in developing students' knowledge of other cultures, a growing number of writers are not convinced that teaching and learning cultural specifics within the classroom works.</p> <p>The diary exemplar are supportive of the assertions made by many authors that study abroad increases awareness of cultural similarities and differences, sensitivity to otherness and helps in the development of cultural competence. Study abroad triggers a disturbance of the usual and is one means of uncovering taken for granted beliefs, values and assumptions regarding cultural diversity. The research findings show that study abroad afforded the participating students the opportunity to develop an awareness not only of the host culture but importantly an awareness of their own culture and the deeply embedded structures and practices that impact their own being in the world and that of others.</p> |
| 25: Macdonald, M.E. et al. (2007) | To understand | Qualitative | Canada: | | | Analysis of focus group data indicated |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|---|------------|----------------------|---|
| | how best to approach cultural training with pediatric residents | study: two-phase study (2 focus groups – one with medical residents, one with faculty, workshop) | medical residents in core pediatrics training (n=6), teaching faculty from within the Department of Pediatrics at McGill University (n=10). | | | that there was much overlap between faculty and residents' understanding of cultural issues as well as the need for training in cultural issues relevant to clinical practice. Needs identified for training in were: a specific knowledge base of local cultural groups; skills to better negotiate cultural encounters; reconciling general cultural knowledge with an understanding of individual patient/family beliefs and practices. During the workshop, residents demonstrated the capacity for self-awareness and reflection; however, they showed limited capacity for culture to be 'turned around' and seen on both sides of the doctor-patient encounter. Analysis of focus group and workshop data suggests that culture is seen as both an obstacle and challenge. Cultural training in medicine uncovers a clash of epistemologies: the promotion of culturally-centered medicine is 'strange' to learners situated within a pedagogical tradition based on a 'familiar' reductionistic view of health. |
| 26: Upvall, M.J., Bost, M.L. (2007) | To relate the students' experiences in | Qualitative study: Focus groups | USA: 5 Nursing students | | | Pre-contact phase: Cultural desire, or the willingness to recognize each of the Somali refugees as |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|---|-----------------------|------------|----------------------|--|
| | their clinical visits to newly relocated Somali refugees to the development of cultural competence | (pre- and post-experience) and students' portfolios and reflection papers | | | | <p>a unique individual, was evident prior to their first meeting with the refugees, as the students displayed enthusiasm in learning more about this population.</p> <p>The interaction phase:</p> <p>Cultural awareness, knowledge and skill were developed during this phase.</p> <p>Working with others was much more difficult due to the language barrier.</p> <p>Students were confronted with cultural issues and gender issues.</p> <p>The outcome phase:</p> <p>Students believed that they had not only taught the Somali refugees, but had also learned a lot from them. Such cultural encounters reinforced the students' cultural skills and enhances their awareness and knowledge. By the end of the experience, students had transformed their uncertainty into positive attitudes, demonstrating their success on the journey toward cultural competence.</p> |
| 27: Sensenig, J.A. (2007) | To describe the development of a Nursing care | Qualitative study: Students' | USA: Nursing students | | | Many of the patient information sheets and pamphlet used in the educational sessions at the nursing care center were |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---|----------------------|---|----------------------|--|
| | Center, examples of teaching-learning opportunities and evidence of student learning | reaction papers | | | | written by the Nursing students. Students were assigned one to one with a patient or family, under the direct supervision of a Nursing instructor. The Nursing students observed the influence of ethnicity, race, and culture on health, illness, and health care. As a result, they were more likely to see their patients as members of a community and to understand the influences affecting health and well-being. |
| 28: Johnstone, M.J., Kanitsak, O. (2007) | To discover and describe what health service providers and recipients of health care know and understand about the nature and implications of providing “culturally safe” and “culturally competent” health care to minority racial ethnic groups | Qualitative study: Individual semi-structured interviews, focus group semi-structured interviews | | Australia: 145 participants: 51 Nursing staff; 8 Patients/families/relatives; 6 Ethnic Liaison Officers; 6 Health interpreters; 4 Allied health Professionals; 11 Ethnic Welfare Organizations; 32 Health Service Managers; | | <i>Cultural safety</i> Most of the participants interviewed had not heard of this term prior to this study. Despite of this, participants had a sense that cultural safety was a complex process primarily concerned with health care providers “doing things safely”, and ensuring that patients from minority racial, ethno-cultural and language backgrounds got “safe care” and did not suffer from mishaps. Three key perspectives on the nature and implications of cultural safety in health care were revealed: 1. Patients and their interests as recipients of care (need to be protected from the harms that can occur as a consequence of their cultural beliefs and practices, or culture care needs not being |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|-----------|---------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|---|
| | | | | 15 Educators/Cultural Trainers | | <p>met);</p> <p>2. Health care professionals and their interests as the providers of care (their racial, ethno-cultural and language differences not being respected from either co-workers or patients); 3. Cultural safety itself and the safety of its processes as a protective, risk management, and harm minimization strategy.</p> <p><i>Cultural competence</i></p> <p>Most of the participants interviewed had not heard of this term prior to this study. Participants regarded cultural competence for the only perspective of the health care providers. Having certain cultural knowledge and skills was seen as not sufficient itself to ensure the delivery of culturally competent care.</p> <p>Most participants concluded that there was an obvious and logical connection between the delivery of culturally safe and competent care, and patients' outcomes: may examples were given demonstrating how a failure in the cultural approach to the patients resulted in poor quality and poor health outcomes for patients.</p> <p>Data strongly suggested that, in order to improve the delivery of culturally</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|-------------------------------|--|------------|----------------------|--|
| | | | | | | <p>competent care, both a “system approach” (implementation of an organizational cultural planning framework, safe staffing, improved flexibility in family visiting rules...) and a “person approach” (knowledge and skills that enable health care providers to set culture as a priority and have the right attitude) was needed.</p> <p>There was a strong consensus among the participants that the gains in the area of multicultural health over the past 30 years were extremely vulnerable, and that critical to the capacity of both individuals and organizations to provide culturally safe and competent care was education and training.</p> |
| 29: Whittemore, R. (2007) | To synthesize the research on culturally interventions for hispanic adults with type 2 diabetes | Systematic Review | | | | Diabetes self-management interventions, that have demonstrated efficacy in the general population when modified to be culturally competent, do have potential to improve outcomes in the Hispanic population. The majority of studies reported significant improvements in selected clinical outcomes, behavioral outcomes or diabetes-related knowledge. |
| 30: Lovering, S. (2006) | To present the knowledge about cultural | Collaborative inquiry project | Saudi Arabia: 10 participants divided in 5 | | | <p><i>The experience of pain</i></p> <p>There were similarities and differences in the experience of pain across the</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campioni/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|---------|---|------------|----------------------|--|
| | attitudes, and beliefs on the causes, treatment and experience of pain | | cultural pairs (Saudi, Filipino, South African Asian, South African Tswana, Western), each pair having a nurse or medical person paired with a non medical person | | | <p>cultures: the Asian, Filipino, Saudi and Irish were more likely to verbalize physical pain compared to the other pairs. Emotional pain will be expressed in the Filipino, Tswana and Irish cultures and less in the Asian, Afrikaans or Saudi cultures.</p> <p><i>Causes of pain</i></p> <p>The use of witchcraft and a believe in the evil eye featured in the Filipino, Saudi and Asian cultures, where dispelling the evil eye always involves invoking religion. The Tswana, Afrikaans and Irish cultures did no believe in the evil eye, but the Tswana culture noted the power of the ancestors to cause physical pain.</p> <p><i>Treatment of pain</i></p> <p>The use of herbal treatments and traditional healers found similarities between Filipino, Asian, Tswana, and Saudi cultures. Faith healers were used in the Filipino, Asian and Irish cultures. Religious healing was prominent in the Saudi culture, whereas the role of the ancestors was important in the Tswana culture. The use of narcotics was not acceptable in the Tswana, Afrikaans (“they are addictive”) and Saudi cultures, however Tswana did use some herbs with a narcotic effect. In the Filipino and</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|---|---|------------|----------------------|---|
| | | | | | | <p>Asian cultures, narcotics are acceptable as a last resort (fear of dependence). The Irish believe it is acceptable to use narcotics for pain relief in controlled conditions.</p> <p><i>Values about pain</i></p> <p>The stigma of mental pain (mental illness) was a consistent belief across all cultures. This stigma leads to marginalization of the mentally ill or hiding mental pain from the community.</p> |
| 31: Kim-Godwin, Y.S. et al. (2006) | To identify prerequisites to providing culturally competent care to Mexican migrant farmworkers | Delphi method study through two-round survey: questionnaire including 89 prerequisites of cultural competence | USA: nurses expert in Mexican migrant care Round 1: n= 93; Round 2: n= 142 | | | <p>The nurse experts agreed that the 89 items identified were prerequisites to cultural competence, showing consensus rates of 85.4% in round 1 and 88.8% in round 2.</p> <p>The 89 prerequisites to culturally competent care identified by respondents encompassed caring (9 items), cultural sensitivity (15 items), cultural knowledge (general – 8 items, and specific – 20 items), cultural abilities/skills (29 items), and others (e.g. bi-cultural status, cultural and learning experiences - 8 items).</p> |
| 32: Vydelingum, V. (2006) | To describe the nurses' experiences | Qualitative study: Focus group | UK: 43 nurses of all grades from six | | | <p>Eight themes emerged from the data analysis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Changes in service (we are doing our |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campioni/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|------------|----------------------|---|
| | of caring for South Asian patients, in a medical directorate of a general hospital in the south of England | interviews | medical wards | | | <p>best);</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. False consciousness of equity (we treat everyone the same); 3. Limited cultural knowledge (we don't understand them); 4. Victim blaming (it's is not our fault); 5. Valuing of the relatives (they are very helpful); 6. Denial of racism (we don't have racism here); 7. Ethnocentrism (it's not rational what they believe); 8. Self-disclosure (I know how they feel). <p>The study revealed a good local service response to government policies in addressing inequality. However, there was a tendency to treat all minority ethnic patients the same, with evidence of ethnocentric practices, victim-blaming approaches and poor cultural competence in nursing staff, which raise questions about the quality of service provision.</p> <p>The study indicates that ongoing training and development in the area of cultural competence is necessary.</p> |
| 33: Richardson, A. et al. (2005) | To learn about the views and experiences of | Qualitative study (focus groups: | UK: 28 professionals working with | | | Staff were concerned that their inability to communicate with some patients meant that they were not able to provide |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|--------------|-----------------------------------|------------|----------------------|---|
| | care professionals working with black and ethnic minority groups | topic guide) | patients with cancer (22 nurses); | | | <p>them a good service, as they could not develop an easy relationship and talk around issues. Yet it could be difficult to work with interpreters, as well as family members, both of who could be reluctant to translate important information. Participants felt that interpreters could not convey the same underlying messages, which might be conveyed by inflection of the voice or body language. A number of participants were concerned about the impact of giving bad news for the interpreters involved: it was not easy for trained health professionals, so there was considerable sympathy for interpreters who might have to do so more than once in a day and were in no way prepared for the task. Family members and friends should not generally be called upon to act as interpreters because of the likelihood that subjects discussed might be complex and sensitive for both the relative and patient and the fact personal and cultural sensitivities may inhibit the patient from being given full details of condition. Whilst most participants were certain that there was no element of racial bias</p> |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|---|--|------------|----------------------|--|
| | | | | | | <p>in their work, a small number admitted that they did feel differently towards some groups in their day-to-day life, but hoped that this did not impinge on their work.</p> <p>Some noted an element of internal resistance when faced with new patients from some backgrounds, based not on racial prejudice, but on their expectation that working with them would entail additional time and effort.</p> <p>Staff would welcome training to help them to explore their attitudes and assumptions in working with black and ethnic minority patients, but did not seek induction into the detailed practices of different cultures. Some staff felt they would benefit from training in working with interpreters.</p> |
| 34: Rosenberg, E. et al. (2005) | To describe the challenges for immigrant patients and their physicians and their skills in intercultural communication | Qualitative study: Semi-structured interviews (review of videotaped clinical encounters) | Canada: 12 family physicians whose patients have many ethnic origins; 24 psychologically distressed patients (high | | | Patients and/or physicians lacked knowledge of the effects of culture on the doctor–patient relationship and expressions of distress as well as the effects of immigrant-specific stress on health. Most subjects were motivated to have an interpersonal, rather than an intercultural encounter. Physicians and patients demonstrated the skills needed to achieve an interpersonal encounter. Subjects were unaware of the |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campioni/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|--|------------|----------------------|--|
| | | | GHQ-12 score) with a high variety of ethnic origins | | | importance of cultural beliefs and behaviors concerning health. Therefore, physicians believed that learning about their patients' cultural identities would be interesting but not essential to their professional task. Lack of formal training partly explains why most participants demonstrated an elementary level of intercultural communication. Practice implications: Providing physicians with formal training in intercultural communication and empowerment training for patients is likely to improve the quality of care of immigrants. |
| 35: Beach, M.C. et al. (2005) | To synthesize the findings of studies evaluating interventions to improve the cultural competence of health professionals | Systematic Review (data from studies that had both a before- and an after-intervention evaluation or had a control group for comparison) | | | | There is excellent evidence that cultural competence training improves the knowledge of health professionals (17 of 19 studies demonstrated a beneficial effect), and good evidence that cultural competence training improves the attitudes and skills of health professionals (21 of 25 studies evaluating attitudes demonstrated a beneficial effect and 14 of 14 studies evaluating skills demonstrated a beneficial effect). There is good evidence that cultural competence training impacts patient satisfaction (3 of 3 studies demonstrated a beneficial effect), poor evidence that |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ Setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|-----------|---------|----------------------|------------|----------------------|---|
| | | | | | | <p>cultural competence training impacts patient adherence (although the one study designed to do this demonstrated a beneficial effect), and no studies that have evaluated patient health status outcomes. There is poor evidence to determine the costs of cultural competence training (5 studies included incomplete estimates of costs).</p> <p>Cultural competence training shows promise as a strategy for improving the knowledge, attitudes, and skills of health professionals. However, evidence that it improves patient adherence to therapy, health outcomes, and equity of services across racial and ethnic groups is lacking</p> |

1.2 Ricerca bibliografica attraverso Cinahl

Si è utilizzato il metodo dei Cinahl Headings, selezionando i subheading che si sono ritenuti più calzanti ai fini della ricerca. Si è deciso di utilizzare l'opzione "explode" ai termini di ricerca per i quali Cinahl ne prevedesse l'utilizzo ("Attitude of Health Personnel" e "Professional-Patient Relations"). Quando si seleziona l'opzione "explode" in Cinahl, si crea una *query* di ricerca che "esplode" il termine di ricerca rappresentato dalla *heading*. La *heading* viene esplosa per recuperare tutti i riferimenti indicizzati a essa, nonché tutti i riferimenti indicizzati a ogni termine più ristretto.

Si sono scelti, come limiti alla ricerca, la disponibilità di abstract, una data di pubblicazione non più lontana del Luglio del 2004, e la non appartenenza degli eventuali risultati al database di Pubmed, per evitare all'origine lo *overlapping* tra questo database e quello di Cinahl.

In analogia con l'impostazione scelta per la presentazione dei risultati della ricerca condotta su PubMed, in Tab. 4 sono riportati i risultati corrispondenti alle singole stringhe di ricerca utilizzate, il totale dei documenti recuperati al netto degli elementi doppi, il numero di risultati selezionati in base alla pertinenza del titolo agli obiettivi della ricerca, il numero dei risultati selezionati a seguito della lettura dell'abstract comprese le motivazioni che hanno condotto alla esclusione di alcuni titoli, il numero finale di elementi reperiti in full-text, e quello dei record inclusi nella analisi dopo lettura di full-text. È inoltre indicato il numero di revisioni non sistematiche reperite, che si è scelto di includere in una tabella a parte, distinta da quella contenente i record di letteratura primaria. La Tab. 5 raccoglie l'elenco delle revisioni non sistematiche reperite, mentre la Tab. 6 contiene l'analisi degli articoli di letteratura primaria rinvenuti.

| Stringa di ricerca | Opzioni di ricerca | Documenti individuati |
|--------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Letteratura riguardante l'analisi di strategie di inclusione di soggetti di estrazione multi-etnica all'interno dei sistemi sanitari (2). |
| | <i>Totale elementi reperiti in full-text</i> | 20 |
| | <i>Totale elementi selezionati dopo lettura full-text</i> | 10 |
| | | <p>Motivi di esclusione (n=10 articoli) dopo lettura dell'abstract:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scarsa attinenza con gli argomenti oggetto della ricerca (n=1); • Lingua diversa da inglese o italiano (n=1); • Basso livello di approfondimento degli argomenti oggetto della ricerca (n=8) |
| | <i>Di cui revisioni non sistematiche</i> | 4 |

Legenda dei subheading:

Psychosocial Factors/PF

Trends/TD

Methods/MT

Ethical Issues/EI

Nursing/NU

Ethnology/EH

Education/ED

Organizations/OG

Tabella 5 - Le revisioni di letteratura reperite su Cinahl

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione |
|--|
| REV1. Communicating with older ethnic minority patients. Likupe, Gloria; Nursing Standard, 2014 Jun 4; 28 (40): 37-43. ISSN: 0029-6570 CINAHL AN: 2012603695, Database: CINAHL Complete |
| REV2. Health care communications with diverse ethnic groups [Korean]. Savitri, Singh-Carlson; Korean Journal of Women Health Nursing, 2010 Dec; 16 (4): 419-23. ISSN: 2287-1640 CINAHL AN: 2010894069, Database: CINAHL Complete |
| REV3. Should We Rethink How We Teach Cultural Competency in Physician Assistant Education? Kelly, Patricia J.; Journal of Physician Assistant Education, 2012; 23 (3): 42-5. CINAHL AN: 2011721252, Database: CINAHL Complete |
| REV4. A postcolonial analysis of Indigenous cultural awareness training for health workers. Downing, Rosie; Kowal, Emma; Health Sociology Review, 2011 Apr; 20 (1): 5-15. ISSN: 1446-1242 CINAHL AN: 2011060019, Database: CINAHL Complete |

Tabella 6 - Gli articoli reperiti su Cinahl

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|--|---|------------|----------------------|---|
| 1. Jirwe, M. et al. (2010) | To explore student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters with patients from different cultural backgrounds. | Exploratory qualitative study (semi-structured interviews) | Sweden: 10 final year students from one University: 5 from a Swedish background, 5 from an immigrant background. | | | Student nurses face many challenges when communicating in cross-cultural care encounters, especially when they do not share the same language with the patient. Although they use a range of strategies to facilitate communication they find themselves in situations where they are unable to communicate effectively and this leads to dissatisfaction with the caring experience. They also lack skills and confidence in cross-cultural communication. Even in situations where students felt satisfied that they were able to communicate, it does not mean that the patient was satisfied with the interaction. It is important that nursing programmes enable student nurses to become competent in communicating in cross-cultural care encounters |
| 2. Gunaratnam, Y. (2008) | To examine how the end-of-life care of "minority ethnic" elders is talked about by professionals, highlighting the gaps that can | Exploratory qualitative study (focus group style semi-structured interviews) | UK: health and social care professionals involved in palliative care (n=56; 11 group interviews) | | | Although cultural knowledge may sometimes facilitate culturally responsive care, there is a danger that it can be given primacy over personalized care. As an anachronistic and abstracting system, cultural competence in the end-of-life care of elders from racialized |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|---|--|---|--------------------------|---|--|
| | exist between conceptual models and real-world practice | | | | | <p>minorities can shield professionals from threats to ontological security by obscuring the complex and profound emotional and moral questions that can be raised by dislocated ageing, frailty, and the death of a stranger.</p> <p>A lack of knowledge and non-action in psychosocial care might form the basis for moral thinking and a receptivity to the emotional pain of social exclusion.</p> |
| 3. Comer, L. et al. (2013) | To discuss the effectiveness of a cultural competence focus in a new master program in nurse administration | Before- after design study (pre-test, post-test "Promoting Cultural and Linguistic Competency: Self-Assessment Checklist for Personnel Providing Primary Health Care Services (Goode, 2004); Qualitative study (focus group) | USA: 7 students who completed a two-year nurse administration nursing program with a focus on cultural competence (5: white females, 1: white male, 1: Native American female). | Educational intervention | Improvements in students' Cultural Competence | Students demonstrated cultural change through the nurse administration curriculum in four thematic themes: awakening, humility, valuing and confidence in cultural skills. It was concluded that implementing Culturally and Linguistically Appropriate Service standards in the curriculum and the cultural workshop had a positive effect on their cultural diversity efforts. |
| 4. Halm, M.A., Wilgus,E. (2013) | To evaluate an | Mixed method | USA: | Cultural | Perceptions of | A staff level of understanding, comfort, |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|--|--|---|---|---|
| | educationally based intervention in developing intercultural competence of postpartum nursing staff using a quality improvement (QI) framework | study: Pre/Post semistructured interviews to Latina mothers; Pre-post evaluation on Staff (Intercultural Development Inventory (IDI)); Focus group with Staff after the training | 80 nurses; 60 patients (Latina mothers): 30 interviewed before and 30 after the Community-based Care Transition Program (CCTP) sessions | competence training program (CCTP) infused with Latino culture, including Spanish language/ music, to highlight critical reflections, cross-cultural practice, and communication standards for culturally competent care. | cultural sensitivity | and effectiveness in providing care to the Latino population improved from pre- to post-IDI scores. Despite heightened awareness, the team's cultural orientation remained unchanged, indicating that staff overestimated their intercultural competence. While patients reported satisfaction with care, many Latina mothers shared moments in which care could have been more culturally sensitive. |
| 5. Dodd, K. et al. (2011) | To describe the application of a value-based practice model to race equality training | Qualitative study (focus groups) | UK: 39 care staff divided into 3 groups (people of differing ethnicity); 8 members of other staff (domestic staff, mental health pharmacist, housing adviser), | Delivery of a race equality training programme (mental health acute inpatient ward), followed by a series of discussions about the programme based on the principles of | Staff experience of the training programme and the VBP sessions | Values-based practice Most participants found the theoretical sessions on VBP difficult to follow but when the model was introduced into their practical work, it became easy to understand, and participants became more confident in applying it to everyday situations and asking questions about it. The VBP training reinforced inclusive practice and evoked new and original ways of working with service users. Race equality |

| Titolo, Autore e Anno di pubblicazione | Obiettivo | Disegno | Campione/ setting | Intervento | Misure di Outcome | Risultati e Conclusioni |
|--|--|-----------------------------|--|--|--|---|
| | | | making up a 4th group. | values-based practice (VBP) | | Most participants found race equality training to be more personally challenging than the VBP training. Some staff experienced difficulties in discussing issues of race, racial harassment and racism with people from ethnic groups that were different from their own, Participants knew less about race equality practice, including what is meant by the terms 'race', 'racism', 'diversity' and 'ethnicity', than had been expected by the steering group members. |
| 6. Jones, S.G. (2005) | To describe the implications for HIV/AIDS prevention and treatment of a training program dedicated to nurses | Descriptive design (Survey) | USA: 60 nurses and nursing students, attending the "Caribbean/West Indies Cultural Competency Program" | Delivery of a three-hour training program about working with diverse client populations from the Caribbean and West Indies ("Caribbean/West Indies Cultural Competency Program") | Perception of health care needs and barriers to care for Caribbean/West Indian clients | Four priority health care needs were identified: (a) immunizations, (b) maternal-child and prenatal care, (c) health screenings and annual physical examinations, and (d) health promotion/disease prevention education. Six major barriers to access to care were identified: (a) financial constraints, (b) fear of the health care system, (c) distrust of health care providers, (d) language and multiple island dialects, (e) cultural differences between clients and providers, and (f) lack of Caribbean/West Indian health care providers. |

1.3 Le conclusioni della analisi bibliografica

1.3.1 Definizioni e teorie

La letteratura in campo infermieristico riporta una varietà di definizioni dei concetti di cultura, competenza culturale, assistenza culturale, assistenza culturalmente competente, diversità culturale. Il mancato accordo tra definizioni ha comportato nel un ritardo nello sviluppo di un Nursing culturalmente competente³.

La cultura pervade ogni aspetto della vita di un individuo, compresi il modo in cui questi recepisce le informazioni, le sue priorità in ambito sanitario, quello che percepisce come importante per la propria salute, le modalità di espressione dei propri problemi di salute e la scelta di chi dovrà occuparsene e assisterlo, e perfino la scelta dei trattamenti cui dovrà sottoporsi⁴.

La cultura è stata definita in termini antropologici come “quel complesso che include la conoscenza, le credenze, l’arte, la morale, le leggi, le usanze e molte altre capacità e abitudini acquisite da una persona in quanto membro di una società”⁵. Questa definizione sottolinea come l’acquisizione di determinate caratteristiche culturali avvenga mediante la crescita e la condivisione della vita all’interno di un gruppo, piuttosto che attraverso l’eredità biologica.

Leininger definisce la cultura come “i valori, le credenze, le norme, e i modi di vivere appresi, condivisi e trasmessi di uno specifico individuo o di un gruppo, che ne guida il pensiero, le decisioni e le azioni”⁶. Anche questa definizione riconosce gli attributi acquisiti ed espressi attraverso il vivere con un gruppo particolare.

Volendo addentrarci nella definizione di competenza culturale, essa rappresenta “l’abilità di occuparsi di pazienti portatori di valori, credenze e comportamenti diversi dai propri, personalizzando gli interventi sui loro bisogni sociali, culturali e linguistici”⁷.

La competenza culturale viene anche definita come quell’insieme di azioni che un professionista della salute intraprende per sviluppare e accrescere la consapevolezza della propria esistenza, delle proprie sensazioni, pensieri, e dell’ambiente in cui vive, per fa sì che questi fattori non influenzino in maniera inopportuna il modo in cui viene erogata

³ Schim, S.M., Doorenbos, A., Benkert, R., Miller, J., Culturally congruent care: putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007; 18(2), 103-110

⁴ US Department of Health and Human Services Offices of Minority Health. What is cultural competence? Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov> (2005)

⁵ Tylor, E.B., *Primitive culture*. 1958; New York, NY: Torchbooks

⁶ Leininger, M. *Culture care diversity and universality: a theory of Nursing*. 2001; Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers

⁷ Wood, M.J., Atkins, M., Immersion in another culture: One strategy for increasing cultural competency. *Journal of Cultural Diversity*. 2006; 13(1). 50-54

l'assistenza, e di strategie attraverso le quali adattare l'assistenza alla cultura del paziente⁸. Per McFarland ed Eipperle⁹ un professionista può definirsi culturalmente competente se è informato e rispettoso di credenze e pratiche culturali diverse, e ricerca l'accordo con il paziente per definire un piano assistenziale che miri a ottenere gli *outcome* desiderati all'interno della sua cornice culturale. Per Liu, Mao e Barnes-Willis la competenza culturale dovrebbe essere considerata in un'ottica di processo, piuttosto che un punto di arrivo¹⁰.

Esplorando il concetto di "assistenza culturale", secondo Madeline Leininger esso rappresenta un costrutto sintetico, integrato e interdipendente, che non include due concetti tra loro distinti. Leininger asserisce che l'assistenza culturale consiste in quelle modalità di assistenza, supporto, attivazione e facilitazione messe in atto per essere di aiuto alle persone in modo compassionevole, rispettoso e appropriato, al fine di migliorare una condizione umana o i modi di vita¹¹.

L'assistenza culturalmente competente è definita come un regime di assistenza radicato in una conoscenza rispettosa e informata basata sulle credenze e sulle pratiche culturali del paziente, e include il paziente come partner nello sviluppo del piano assistenziale e degli *outcome* di salute desiderati¹².

Leininger definisce l'assistenza culturalmente competente come quel tipo di assistenza che viene erogata quando i valori, le credenze, le espressioni e i modelli dell'assistenza culturale sono conosciuti in maniera esplicita e usati con appropriatezza, sensibilità e significatività, con gente di culture simili o diverse¹³.

La diversità culturale è invece descritta da alcuni come un concetto che trascende i costrutti di etnia e razza: esso include altri aspetti di diversità, come il sesso, la classe sociale di appartenenza, il genere, l'orientamento sessuale e il grado di abilità/disabilità fisica¹⁴.

Riportiamo anche la definizione di sicurezza culturale, come di "un ambiente che si presenta sicuro per le persone, dove non ci sono aggressioni, sfide o negazioni della

⁸ Purnell, L., Palunka, B, *Transcultural health care*. 2003; Philadelphia, PA: F. A. Davis

⁹ McFarland, M.M., Eipperle, M.K., *Culture care theory: A proposed practice theory guide for nurse practitioners in primary care settings*. *Contemporary Nurse*. 2008; 28(1-2), 48-63

¹⁰ Liu, L., Mao, C.L., Barnes-Willis, L.E. *Cultural self-efficacy of graduating baccalaureate nursing students in a state funded university in the Silicon Valley*. *Journal of Cultural Diversity*. 2008 Fall;15(3):100-7.

¹¹ Leininger, M., *Transcultural nursing and globalization of healthcare : importance, focus and and historical aspects*. In Leininger M. and McFarland M.R. (Eds.). *Transcultural nursing : concepts, theories, research and practice* (3rd ed. p. 15). 2002; New York, NY: McGraw-Hill

¹² Germain, M. *A cultural variable in practice*, cited in Joel L.A. (ed) *Advanced Nursing Practice: Essentials of Role Development*, pp.430–453. 2004; Philadelphia, PA: FA Davis & Company

¹³ Leininger, M. *Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method*. In Leininger M. and McFarland M.R. (Eds.) *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (2nd ed. p. 15). 2006; Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers

¹⁴ Papadopoulos I., Omeri, A., *Transcultural nursing theory and models: the challenges of application*. *Contemporary Nurse*; 2008; 28(1-2):45-7

identità di una persona, di ciò che essa è e di ciò di cui ha bisogno, in questo caso da punto di vista dell'appartenenza culturale" ¹⁵. Si tratta di un concetto che comporta la condivisione del senso di rispetto, dei significati, delle conoscenze ed esperienze.

In merito ai modelli teorici di Nursing, quello proposto da Madeleine Leininger è l'unico focalizzato esplicitamente sul tema della cultura, e incorpora tutte le influenze culturali che possono condizionare la salute o possono condurre a malattia o morte. Elementi di struttura sociale, come la tecnologia, la religione, la politica, l'economia, la storia culturale, i valori, i legami di parentela, la filosofia di vita, la politica, le leggi, l'educazione e le tradizioni in materia di salute ed elementi di natura geo-ambientale vengono interpretati come potenziali fattori di influenza sui fenomeni di cura¹⁶. La teoria della diversità e universalità dell'assistenza culturale suppone che gli infermieri scoprono i "costrutti assistenziali dominanti" e studino a fondo le culture per individuare la stretta relazione che esiste tra assistenza e cultura, e i modi in cui l'assistenza culturale contribuisce alla salute e al benessere della persona.

Leininger distingue tra conoscenza "emica", riferendosi al punto di vista del paziente appartenente a una certa cultura, alle sue credenze e ai suoi valori (ottica del nativo), e conoscenza "etica", che invece rappresenta e interpreta i fenomeni dal punto di vista dell'osservatore esterno, in questo caso il professionista della salute. L'incontro tra i due tipi di conoscenza e dei diversi approcci è cruciale nella definizione del processo di cura e assistenza quando paziente e operatore sanitario appartengano a culture diverse.

Nella teoria di Leininger le azioni dell'infermiere in rapporto al paziente di altre culture vengono catalogate in tre classi: si distingue tra le azioni che mirano a preservare e mantenere quelle credenze culturali che risultano a beneficio della salute, quelle che mirano alla negoziazione e adattamento tra culture ai fini del raggiungimento della efficacia e della sicurezza nelle cure, e infine quelle azioni che, per gli stessi fini, tendono a modificare e ristrutturare i comportamenti legati alla cultura.

Gli autori Giger e Davidhizar ¹⁷ propongono un modello ("*Transcultural assessment model*") per descrivere l'approccio all'accertamento della cultura di un individuo da parte di un sanitario. Si evidenziano sei fenomeni culturali, attraverso i quali deve essere condotto l'accertamento: comunicazione, spazio, organizzazione sociale, tempo, controllo ambientale, e variazioni biologiche. La comunicazione rappresenta l'aspetto più critico nella interazione con pazienti appartenenti a culture diverse, e a essa deve essere prestata debita attenzione: le barriere linguistiche potrebbero costituire un ostacolo importante al processo di cura e assistenza. Lo spazio è definito come la distanza

¹⁵ Williams, R., Cultural safety - what does it mean for our work practice? Australian and New Zealand Journal of Public Health. 1999; 23(2), 213-214

¹⁶ Leininger, M., Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. Nursing Science Quarterly. 2007; 20(1), 9-15

¹⁷ Giger, J.N., Davidhizar, R.E., Transcultural nursing assessment and intervention. 2004, St. Louis, MO: Mosby

tra individui quando questi interagiscono tra di loro: ogni individuo percepisce lo spazio in maniera propria e il professionista è tenuto a rispettare le aspettative e i bisogni del paziente riguardo a questo aspetto. L'organizzazione sociale comprende la concezione della famiglia, dei ruoli, e le credenze religiose. La percezione del tempo e l'orientamento temporale possono variare significativamente tra gruppi culturali: un piano assistenziale dovrà essere formulato conformemente alla percezione del tempo del paziente.

Il controllo ambientale rappresenta, infine, la capacità percepita di un individuo di poter incidere sull'ambiente esterno e condizionare la natura: le persone che avvertono di poter controllare l'ambiente potrebbero, allo stesso modo, sentire di poter avere un ruolo attivo anche nel controllo della propria salute.

Infine, esistono tra individui appartenenti a razze diverse differenze biologiche, che possono condizionare, ad esempio, il metabolismo dei farmaci o la predisposizione a certe malattie. Tuttavia, al di là dell'importanza della genetica in questi processi, l'impatto dell'ambiente, aspetto solitamente legato all'appartenenza culturale di un individuo, sulle patologie deve essere necessariamente preso in considerazione.

I modelli di nursing transculturale finora descritti si concentrano principalmente sulle informazioni che l'operatore sanitario deve raccogliere per fornire un'assistenza culturalmente congrua. Il modello teorizzato da Campinha-Bacote¹⁸ si focalizza, invece, più sullo *sviluppo* della competenza culturale nel professionista della salute.

Cinque sono gli assunti di questo modello:

La competenza culturale è un processo, piuttosto che un evento;

La competenza culturale si compone di sei domini: consapevolezza culturale (*cultural awareness*), conoscenza culturale (*cultural knowledge*), abilità culturale (*cultural skill*), incontri culturali (*cultural encounters*) e desiderio culturale (*cultural desire*);

Esistono più variazioni all'interno di gruppi etnici che tra gruppi etnici diversi;

Sussiste una relazione diretta tra il livello di competenza degli operatori sanitari e la loro capacità di fornire servizi assistenziali culturalmente sensibili;

La competenza culturale è una componente essenziale nell'attuazione di servizi efficaci e culturalmente sensibili nei confronti di pazienti culturalmente ed etnicamente diversi.

Riguardo al secondo assunto¹⁹, la consapevolezza culturale si ottiene attraverso un attento esame della propria cultura e della influenza che essa esercita sul modo di pensare e agire di un individuo. La conoscenza culturale si realizza attraverso l'acquisizione di informazioni sugli aspetti definenti le altre culture, tra cui il modo di interpretare la malattia e le cause della stessa. L'abilità culturale si esprime nella capacità dell'operatore

¹⁸ Campinha-Bacote, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002; 13(3), 181-184

¹⁹ Campinha-Bacote, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care. 1998; Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati, OH

sanitario di raccogliere l'anamnesi del paziente e le informazioni sul suo stato di salute, e di condurre un esame fisico nel rispetto delle credenze e valori dello stesso. Gli incontri culturali costituiscono l'occasione per il professionista sanitario per ampliare il suo repertorio di risposte e strategie comunicative attraverso l'interazione diretta con pazienti di culture diverse dalla propria, al fine di correggere o perfezionare la percezione nei confronti delle stesse. Infine, il desiderio culturale consta della motivazione che spinge il professionista ad avvicinarsi a pazienti di altre culture e migliorare l'approccio nei loro confronti.

Un modello di competenza culturale clinicamente rilevante è stato sviluppato da Engebredson et al.²⁰: esso pone l'assistenza culturale su un continuum tra i due estremi rappresentati dalle fasi di "distruttività" (*destructiveness*) e "padronanza" (*proficiency*). La distruttività consiste nella messa in atto di comportamenti apertamente ostili alle persone appartenenti ad altre culture. La fase successiva ("incapacità" – *incapacity*) è connessa con la incapacità di agire correttamente a causa della ignoranza, mancanza di sensibilità o carenza di risorse. La "cecità culturale" (*cultural blindness*), progredendo nel continuum, origina dall'assunto che tutti i pazienti siano uguali, e, come conseguenza, tende a uniformare l'approccio assistenziale. La standardizzazione delle cure è diretta conseguenza di questo approccio: se da un lato si evitano attraverso di essa gli atteggiamenti distruttivi già descritti, dall'altro non si può garantire la assistenza migliore per il singolo paziente.

Attraverso la "pre-competenza" (*precompetence*), nella quale si iniziano ad avvertire le questioni riguardanti l'assistenza a gruppi di persone culturalmente diversi, si giunge ai livelli più alti del continuum, rappresentati da "competenza" (*competence*) e "proficiency", che descrivono la competenza culturale come un insieme di attitudini, comportamenti e politiche attuate nell'ambito delle situazioni interculturali. Questi livelli corrispondono a un'assistenza centrata sul paziente, nella quale la ricerca e la conoscenza clinica sono applicate congiuntamente per garantire la personalizzazione degli interventi (*evidence-based practice* ed *expertise*).

²⁰ Engebredson, J., Mahoney, J., Carlson, E., Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*. 2008 May-Jun; 24(3):172-8

1.3.2 Il rischio di incorrere nello stereotipo

Lo stereotipo è un meccanismo attraverso il quale un individuo dà una struttura al mondo che lo circonda²¹. La percezione dei pazienti con differenti origini etniche o culturali può facilmente essere oggetto di distorsioni a causa di stereotipi o pregiudizi. Per un sanitario, diversi meccanismi possono influenzare questo processo²²: ad esempio, i professionisti possono avere minore riguardo nei confronti alcuni gruppi etnici, o perfino pregiudizio contro di essi. Anche l'incertezza clinica può svolgere un ruolo importante in questo senso: spesso si devono dare giudizi sulle condizioni di un paziente sotto pressione di tempo e di risorse.

Può essere più difficile ottenere le informazioni necessarie o interpretare le stesse quando un paziente ha un background etnico diverso. L'atteggiamento a priori del sanitario nei confronti del paziente di etnia diversa dalla propria (ad esempio, su background etnico, posizione socio-economica, età o sesso) può inoltre modellare la sua interpretazione delle informazioni fornite dal paziente stesso.

Il concetto di stereotipo si distingue da quello di generalizzazione: la differenza tra uno stereotipo e una generalizzazione risiede non nel contenuto, ma nell'uso delle informazioni²³. Uno stereotipo è un "punto di arrivo": in questo caso, nessun tentativo viene fatto per appurare se una certa affermazione o conclusione siano calzanti per un individuo. Una generalizzazione è invece un "punto di inizio". I pazienti oggetto di stereotipo possono raccogliere risultati negativi dal punto della qualità dell'assistenza ricevuta, mentre la generalizzazione può aiutare i professionisti della salute a evitare potenziali problemi²⁴.

Applicando il concetto di stereotipo al concetto di famiglia, si può affermare come definire la stessa come entità letterale abbia implicazioni rilevanti per la pratica infermieristica, e in particolare comprometta la possibilità di creare occasioni di connessione utili per superare le differenze. Un approccio letterale all'idea di famiglia non solo limita le possibilità e i modi di conoscere le persone o le situazioni familiari, ma pone anche limiti alla pratica infermieristica. Esso, infatti, espone gli infermieri al rischio di concepire in maniera impropria il sistema di rapporti e ruoli familiari, creando in essi un pensiero di tipo stereotipato sul modo in cui le famiglie si formano e sulla definizione dei ruoli al loro interno. Entrare in connessione con gli individui attraverso la comprensione

²¹ Balsa, A.I., McGuire, T.G. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*. 2003; 22 (1):89-116.

²² Smedley, B., Stith, A., Nelson, A. Assessing Potential Sources of Racial and Ethnic Disparities in Care: the Clinical Encounter. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press. 2003; 160-79

²³ Galanti, G. *Cultural Sensitivity*. 2004:3; Oak Park, IL: Doctors in Touch

²⁴ Galanti, G.A. Applying cultural competence to perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2006 Apr; 21(2):97-102

delle differenze può davvero fare la differenza²⁵.

L'attenzione alle differenze culturali e l'acquisizione della competenza culturale devono iniziare dal momento della formazione dei futuri professionisti della salute: gli studenti di medicina si sono spesso costruiti idee sbagliate sugli individui provenienti da contesti socioeconomici più bassi che hanno incontrato nel corso della loro formazione medica: l'esposizione a un gruppo culturalmente diverso, senza una comprensione profonda dei problemi della comunità e di altri fattori che influenzano questi individui, può, infatti, rafforzare pregiudizi e stereotipi da parte dei futuri professionisti²⁶.

Nell'indagine condotta da Dallenborg et al.²⁷ su 70 professionisti sanitari in servizio presso una unità coronarica svedese, la diversità rappresentata dai pazienti e l'estrema complessità dei rapporti sia a livello individuale che collettivo ha confuso i sanitari su quale tipo di conoscenze ritenere necessarie per aumentare la propria competenza culturale. Informazioni su tradizioni, pratiche e valori culturali non sono sembrate migliorare la loro capacità di comprendere i pazienti e di offrire loro un buon livello di assistenza, ma al contrario sono state percepite come rinforzo a una comprensione stereotipata dei pazienti.

In base ai risultati dello studio di Newman et al.²⁸, condotto in Australia tra operatori sanitari che lavorano con membri della comunità aborigena australiana, nonostante le notevoli diversità riscontrabili nella organizzazione dei servizi sanitari, nelle esperienze professionali e nel background culturale degli intervistati, si rileva un uso costante di una serie piuttosto limitata di cornici interpretative. Alcune di queste cornici interpretative hanno avuto l'effetto di ostacolare la possibilità che i pazienti identificati come aborigeni fossero considerati portatori di pratiche culturali, credenze e valori che i servizi sanitari hanno la responsabilità di comprendere e accogliere (espressioni correlabili a queste cornici interpretative sono state le seguenti: "sono tutti uguali" e "sono tutti diversi"), mentre altre hanno facilitato l'acquisizione di queste conclusioni.

Se il rischio di cadere in interpretazioni semplicistiche e stereotipate rappresenta una evenienza frequente nel rapporto tra culture diverse, è stato tuttavia sottolineato come neppure lo studio delle altre culture di per sé può preservare da esso. Il possesso delle sole conoscenze in ambito culturale è stato infatti criticato, a causa del rischio, intrinseco a esso, di accentuare ulteriormente la posizione di potere del personale

²⁵ Doane, G.H., Varcoe, C. The "hard spots" of family nursing: connecting across difference and diversity. *Journal of Family Nursing*. 2006 Feb; 12(1):7-21

²⁶ Wear, D., Kuczewski, M.G. Medical students' perceptions of the poor: what impact can medical education have? *Academic Medicine*. 2008; 83:639-645

²⁷ Dellenborg, L., Skott, C., Jakobsson, E.. Transcultural encounters in a medical ward in Sweden: experiences of health care practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*. 2012 Oct; 23(4):342-50.

²⁸ Newman, C.E., Gray, R., Brenner, L., Jackson, L.C., Johnson, P., Saunders, V., Harris, M., Butow, P., Treloar, C. One size fits all? The discursive framing of cultural difference in health professional accounts of providing cancer care to Aboriginal people. *Ethnicity & Health*. 2013; 18(4):433-47

appartenente all'etnia "dominante", e di condurre a sua volta a forme di stereotipo e a luoghi comuni^{29,30}.

²⁹ Culley, L. A critique of multiculturalism in health care: the challenges for nurse education. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23, 564-570

³⁰ Price, K.M., Cortis, J.D. The way forward for transcultural nursing. *Nurse Education Today*. 2000; 20, 233-243

1.3.3 Gli aspetti comunicativi

L'aspetto della comunicazione in ambito transculturale è stato affrontato ampiamente in letteratura, come uno degli ambiti cruciali sui quali si gioca la capacità di erogare livelli di assistenza di buona qualità.

Studi qualitativi recenti mostrano come i problemi di tipo comunicativo siano la causa principale della difficoltà avvertita dagli infermieri di erogare livelli ottimali di assistenza dal punto di vista della competenza culturale^{31,32}.

I risultati della ricerca suggeriscono notevoli differenze e difficoltà di comunicazione tra sanitari e pazienti appartenenti a diversi background culturali ed etnici. Ci sono prove che suggeriscono come i sanitari adottino un livello di affettività minore quando interagiscono con pazienti appartenenti a minoranze etniche^{33,34,35}. Questi ultimi sembrano essere, da parte loro, meno espressivi dal punto di vista verbale, e meno assertivi e affettivi durante l'incontro con i sanitari rispetto agli altri pazienti³⁶.

Sono cinque i principali predittori dei problemi di comunicazione legati alla cultura identificati in letteratura³⁷:

1. Le differenze culturali nei modelli esplicativi di salute e malattia;
2. Le differenze nei valori culturali;
3. Le differenze culturali nelle preferenze dei pazienti per i rapporti medico-paziente;
4. Il razzismo e le distorsioni percettive;
5. Le Barriere linguistiche.

Questi predittori devono essere tenuti in debito conto quando si tenda a instaurare una comunicazione efficace con pazienti appartenenti a culture diverse dalla propria, e la loro sussistenza deve essere verificata al momento in cui si verificano problemi comunicativi e si programmino di conseguenza interventi formativi per la crescita

³¹ Boi, S. Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *NT Research*. 2000; 5: 382-390

³² Cioffi, R.N. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(3): 299 - 306

³³ Van Wieringen, J.C., Harmsen, J.A., Bruijnzeels, M.A. Intercultural communication in general practice. *The European Journal of Public Health*. 2002; 12 (1):63-8

³⁴ Sleath, B., Rubin, R.H. Gender, ethnicity, and physician-patient communication about depression and anxiety in primary care. *Patient Education and Counseling*. 2002; 48:243-52

³⁵ Johnson, R.L., Roter, D., Powe, N.R., Cooper, L.A. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *American Journal of Public Health*. 2004; 94:2084-90

³⁶ Kim, M., Klinge, R.S., Sharkey, W.F., Park, H.S., Smith, D.H., Cai, D. A test of a cultural model of patients' motivation for verbal communication in patient-doctor interactions. *Communication Monograph*. 2000; 67:262-83

³⁷ Schouten, B.C., Meeuwesen, L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 2006 Dec; 64(1-3):21-34

culturale dei sanitari.

Altri studi identificano quattro elementi critici nell'ambito della comunicazione culturalmente competente nell'incontro tra sanitario e paziente³⁸:

1. Il repertorio di comunicazione;
2. La consapevolezza della situazione;
3. L'adattabilità;
4. La conoscenza dei problemi culturali fondamentali.

La ricerca di Shapiro et al.³⁹ dimostra che il repertorio di una comunicazione culturalmente competente deve riflettere atteggiamenti di empatia, cura, e rispetto, che sono esplicitamente fondamentali per tutte le cure, e comprendere competenze quali l'ascolto attivo, includendo gli aspetti socio-culturali della malattia, raccogliendo il punto di vista del paziente, e fornendo al paziente gli strumenti per prendere decisioni.

I sanitari, per essere culturalmente competenti, devono coltivare la consapevolezza della situazione: essi raccolgono, cioè, gli spunti e le aspettative del paziente e le più lievi sfumature nel processo di interazione, principalmente al fine di riconoscere eventuali incomprensioni radicate in ipotesi non accuratamente formulate, e il disagio causato dalle differenze culturali tra se stessi e il paziente. Tale consapevolezza caratterizza gli atti di comunicazione volti a risolvere la confusione, a riconciliare i punti di disaccordo e di differenza, e a raggiungere una comprensione comune delle condizioni di salute e delle opzioni di trattamento⁴⁰.

Va detto che, se i sanitari sono generalmente più sensibili ai pazienti che dimostrano una partecipazione più attiva⁴¹, i pazienti, da parte loro, sono solitamente più attivi quando i sanitari hanno atteggiamenti più facilitanti. La percezione di analogie tra paziente e sanitario può migliorare la dinamica di questo rapporto. Fornire assistenza equa a pazienti richiede, inoltre, che il sanitario sia in grado di adattarsi ai diversi pazienti, personalizzando le strategie comunicative per accogliere le loro esigenze e le loro caratteristiche uniche.

Molti programmi di formazione sulla competenza culturale hanno l'obiettivo di insegnare l'importanza di individuare le preferenze del paziente e di negoziare sugli aspetti della comunicazione delle diagnosi e delle opzioni di trattamento^{42,43}. Tuttavia, la maggior

³⁸ Teal, C.R., Street, R.L. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social Science & Medicine*. 2009 Feb; 68(3):533-43

³⁹ Shapiro, J., Hollingshead, J., & Morrison, E.H. Primary care resident, faculty, and patient views of barriers to cultural competence, and the skills needed to overcome them. *Medical Education*. 2002; 36, 749–759

⁴⁰ Epstein, R.M., & Street, R.L. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. [NIH Publication No. 07-6225 ed.]. 2007; Bethesda, MD: National Cancer Institute.

⁴¹ Street, R.L.Jr, Gordon, H., & Haidet, P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*. 2007; 65, 586–598

⁴² Rapp, D.E. Integrating cultural competency into the undergraduate medical curriculum. *Medical Education*. 2006; 40, 704–710

parte di essi non fornisce sufficienti indicazioni su come adattare il proprio approccio alle esigenze dei singoli pazienti di particolari gruppi culturali⁴⁴.

Teal et al.⁴⁵ presentano un modello di comunicazione culturalmente competente, che include cinque abilità di comunicazione:

1. Abilità non verbali;
2. Abilità verbali;
3. Riconoscimento delle potenziali differenze culturali;
4. Incorporazione e adattamento al bagaglio culturale;
5. Negoziazione/collaborazione.

Un sanitario esperto può mettere in atto diversi comportamenti non verbali per mostrare rispetto, preoccupazione e interesse per il benessere del paziente⁴⁶.

Comportamenti associati a questa abilità sono ricevuti positivamente dalle persone appartenenti alla maggior parte dei gruppi culturali.

Come i comportamenti non verbali, l'uso di comportamenti verbali deve indicare rispetto ed empatia per l'altro, inteso sia come paziente che come individuo⁴⁷. I comportamenti associati a questa abilità permettono di indagare efficacemente i problemi di salute del paziente, e di mostrare comprensione della sua situazione, facilitando la nascita di una connessione tra questi e il professionista.

La conoscenza dei problemi culturali di base e la consapevolezza delle potenziali differenze di prospettiva tra se stesso e il paziente fa sì che il sanitario possa tenere sotto controllo le occasioni di potenziale incomprensione culturale.

Il sanitario abile a integrare valori o credenze culturali di un paziente nei momenti di interazione con questi ha, inoltre, la consapevolezza e la capacità di adattare i propri comportamenti comunicativi per massimizzare il comfort del paziente, di riconciliare le incomprensioni, e di rispondere in modo competente ai valori del paziente.

Infine, durante l'incontro con il paziente, al sanitario si richiede di operare con la massima consapevolezza e di esercitare la propria capacità di adattamento al fine di negoziare una comprensione condivisa con il paziente e di raggiungere un accordo su come saranno definite priorità, diagnosi e trattamento riguardo ai problemi di salute del paziente.

⁴³ Thom, D.H., Tirado, M.D., Woon, T.L., & McBride, M. R. Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. *BMC Medical Education*. 2006; 6, 38

⁴⁴ Park, E.R., Betancourt, J. R., Kim, M. K., Maina, A. W., Blumenthal, D., & Weissman, J. S. Mixed messages: residents' experiences learning cross-cultural care. *Academic Medicine*. 2005; 80, 874–880

⁴⁵ Teal, C.R., Street, R.L. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social Science & Medicine*. 2009 Feb; 68(3):533-43

⁴⁶ Coulehan, J.L., Platt, F.W., Egener, B., Frankel, R., Lin, C.T., Lown, B., Salazar, W.H. "Let me see if I have this right.": words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine*. 2001; 135, 221–227

⁴⁷ Epstein, R. M. Making communication research matter: what do patients notice, what do patients want, and what do patients need? *Patient Education and Counseling*. 2006; 60, 272–278

Nello studio di Richardson et al.⁴⁸, il personale sanitario intervistato all'interno dello studio qualitativo ha mostrato preoccupazione che la propria incapacità di comunicare con alcuni pazienti significasse non essere in grado di fornire loro un buon servizio, dovuto alla impossibilità sviluppare un rapporto semplice e di discutere efficacemente dei loro problemi. Un aspetto importante che i partecipanti allo studio hanno sollevato è stata la difficoltà di lavorare con gli interpreti, così come con i membri della famiglia del paziente, per superare le barriere comunicative, considerato che sia gli uni che gli altri potrebbero essere riluttanti a tradurre al paziente alcune informazioni importanti. I partecipanti hanno ritenuto inoltre che attraverso gli interpreti non possano essere trasmessi alcuni significati sottintesi alla comunicazione, che vengono veicolati dalla inflessione della voce o con il linguaggio del corpo. Alcuni partecipanti si sono dichiarati preoccupati per l'impatto che la comunicazione di una cattiva notizia a pazienti e familiari potrebbe avere sugli interpreti coinvolti: questa evenienza, già critica per professionisti esperti e ben formati, potrebbe rivelarsi ancora più difficile da affrontare e gestire per interpreti che non sono stati in alcun modo preparati al compito, e che potrebbero trovarsi nella necessità di farlo molto spesso.

I familiari e gli amici non dovrebbero generalmente essere chiamati ad agire come interpreti a causa della possibilità che gli argomenti discussi siano per loro eccessivamente complessi e delicati, e che i livelli di sensibilità personale e culturale impediscano che al paziente vengano riferiti tutti i dettagli sulle proprie condizioni cliniche.

La capacità di comunicare efficacemente, che comprende la comprensione, oltre che della lingua, anche dell'ambiente culturale e sociale nel quale gli individui si muovono, e sapere coinvolgere l'altro in maniera rispettosa, sembra sia la chiave per aumentare la compliance del paziente: essa, infatti, rappresenta uno strumento nelle mani del professionista della salute per ottenere in maniera diretta informazioni sulle condizioni e preferenze del paziente, con soddisfazione maggiore per entrambe le parti⁴⁹.

Gli studi di Crawford⁵⁰ e Reid⁵¹ condotti in Sudafrica mostrano come i pochi medici che parlavano una lingua africana fossero oggetto di manifestazioni di sollievo e gratitudine da parte dei loro pazienti, a causa del miglioramento della comunicazione relazionale, e come il piano di trattamento finisse per avere molto più successo, grazie al

⁴⁸ Richardson, A., Thomas, V.N., Richardson A. "Reduced to nods and smiles": experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*. 2006 Apr; 10(2):93-101

⁴⁹ Grant, T. Problems of communicative competence in multi-cultural medical encounters in South African health services. *Curationis*. 2006 Nov; 29(4):54-60

⁵⁰ Crawford, A. "We can't all understand the whites' language": an analysis of monolingual health services in a multilingual society. (in: McCormack, K., Mesthrie, R., Eds. *International Journal of Sociology of Language*. 1999; 136:27-45)

⁵¹ Reid, S. J., Compulsory Community Service for doctors in South Africa – an evaluation of the first year. *South African Medical Journal*. 2001; 91(4):329-332

miglioramento nel passaggio di informazioni. Il parlare la lingua dei locali si è dimostrato in questo caso, quindi, un bonus aggiuntivo a favore di pazienti e personale sanitario.

Nell'ambito della salute mentale, i risultati dello studio qualitativo di Cross et al.⁵² mostrano come, per i sanitari, mostrare e mantenere il rispetto per i pazienti culturalmente e linguisticamente diversi e le loro famiglie ha un impatto significativo sullo sviluppo di una relazione terapeutica. Il processo di ottenere informazioni e opinioni da parte di un membro della famiglia è stato rafforzato quando è stato apertamente riconosciuto il rispetto per il capo della stessa famiglia. I sanitari intervenuti nello studio hanno notato che alcuni clienti preferiscono rapportarsi con sanitari dello stesso sesso e mostrano bassi livelli di apertura nei confronti di alcuni lavoratori di sesso opposto.

I partecipanti hanno rivelato che un certo numero di attributi in possesso dei sanitari facilita la comunicazione: questi includono essere accettati, essere ascoltati, essere credibili ed essere aperti. Mostrare un buon grado di comprensione culturale e di accettazione delle differenze sembra, inoltre, avere un impatto positivo sulla comunicazione.

Difficoltà di tipo comunicativo, oltre che problemi riconducibili a valori e usanze culturali, sono messe in evidenza in uno studio di Ho⁵³ condotto sul personale sanitario che si occupa di pazienti con ipertensione: sono state riportate difficoltà di interazione dovute a barriere di tipo comunicativo, con conseguenze sull'adesione dei pazienti ai piani di intervento preventivo sugli stili di vita.

Sfide di tipo comunicativo vengono descritte anche in uno studio sugli infermieri irlandesi impegnati nell'assistenza a persone di culture diverse dalla loro⁵⁴: la barriera linguistica, le percezioni dei sanitari sulla gente appartenente a altre etnie e le differenze culturali sono stati i temi sollevati dagli intervistati: i partecipanti hanno dimostrato una buona consapevolezza della complessità insita nell'assistere persone di altre culture, e hanno definito cruciale per fornire assistenza di buona qualità l'essere compresi e la capacità di comprendere, sia in termini linguistici che di sensibilità culturale.

Nell'ambito delle cure palliative, uno studio qualitativo su un gruppo di infermieri britannici ha fatto emergere la percezione dei partecipanti dell'importanza di informare i gruppi etnici locali sui servizi di cure palliative disponibili⁵⁵. A questo proposito, gli infermieri hanno descritto un forte impegno finalizzato al miglioramento delle cure, che a volte si è scontrato con le difficoltà derivanti da problemi di lingua o di costumi: il possesso

⁵² Cross, W.M., Bloomer, M.J. Extending boundaries: clinical communication with culturally and linguistically diverse mental health clients and carers. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2010 Aug; 19(4):268-77

⁵³ Ho, T.M. Hypertension management: lifestyle interventions in a transcultural context. *Journal of renal care*. 2009 Dec; 35(4):176-84

⁵⁴ Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M.M. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*. 2008 Jun; 55(2):164-70

⁵⁵ Somerville, J. The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International Journal of Palliative Nursing*. 2007 Dec; 13(12):580-7

di capacità di comunicazione in profondità viene visto come una componente essenziale del nursing palliativo.

Guardando i risultati di uno studio condotto in Svezia da Jirwe et al.⁵⁶ con studenti di Infermieristica di origine svedese e di altro background culturale, si apprende come i partecipanti abbiano affrontato numerose sfide di tipo comunicativo quando si sono trovati in contesti di assistenza transculturale, soprattutto nel caso in cui non condividevano la stessa lingua con il paziente. Pur avvalendosi di una serie di strategie per facilitare la comunicazione, si sono trovati in situazioni in cui non sono stati in grado di comunicare in modo efficace, e questo fatto ha comportato un certo grado di insoddisfazione riguardo alla esperienza di cura.

⁵⁶ Jirwe, M., Gerrish, K., Emami, A. Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010 Sep; 24 (3): 436-44.

1.3.4 La formazione

La formazione viene spesso indicata in letteratura come la strategia principe nell'avvicinare la pratica dei professionisti della salute agli standard della competenza culturale. Può essere reperita in letteratura una buona quantità di studi volti a descrivere la composizione dei curriculum di studi, le diverse metodologie educative, o gli approcci formativi adottati dalle varie istituzioni al fine di costruire e potenziare il bagaglio di competenza culturale nei futuri professionisti o in chi già lavora in contesti transculturali.

Secondo la revisione sistematica condotta sull'argomento da Beach et al.⁵⁷, esiste una ottima evidenza che la formazione sulla competenza culturale migliori le conoscenze dei professionisti della salute (17 studi su 19 hanno dimostrato una correlazione positiva), una buona evidenza che la formazione sulla competenza culturale migliori le attitudini e le competenze dei professionisti sanitari (21 dei 25 studi che hanno valutato le attitudini hanno dimostrato un beneficio, e 14 su 14 studi che hanno valutato le competenze hanno dimostrato un effetto benefico). Ci sono buone evidenze che la formazione sulla competenza culturale abbia un impatto sulla soddisfazione dei pazienti (3 studi su 3 hanno dimostrato una correlazione positiva), mentre vi è scarsa evidenza che la formazione su questi temi abbia un impatto sulla compliance del paziente (anche se l'unico studio progettato allo scopo di studiare questa correlazione ha dimostrato un beneficio), e non ci sono studi che abbiano valutato i risultati della formazione sullo stato di salute del paziente. Ci sono scarse evidenze sui costi di formazione sulla competenza culturale (5 studi hanno incluso stime incomplete dei costi).

La formazione sulla competenza culturale si dimostra quindi efficace come strategia per migliorare le conoscenze, le attitudini e le competenze dei professionisti della salute. Tuttavia, mancano evidenze sulla sua capacità di migliorare l'aderenza del paziente alla terapia, i risultati di salute, e l'equità dei servizi tra i gruppi etnici e razziali.

Nel settore della sanità, la formazione sugli aspetti della diversità ha contribuito ad aumentare la consapevolezza delle differenze e a promuovere la sensibilità e l'attenzione alle interazioni. I professionisti della salute hanno iniziato, grazie ad essa, a concentrarsi sulla comprensione di come e perché i differenti sistemi di credenze, i pregiudizi culturali, le origini etniche, le strutture familiari, e gli altri fattori determinati dalla cultura influenzino l'esperienza della malattia, le decisioni sui trattamenti, l'aderenza alle raccomandazioni, la risposta ai trattamenti, e come questi fattori conducano a differenze negli outcome assistenziali⁵⁸. La competenza culturale è stata sviluppata per assicurare la conoscenza, le abilità, le attitudini e i comportamenti necessari a fornire

⁵⁷ Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M.W., Feuerstein, C., Bass, E.B., Powe, N.R., Cooper, L.A. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*. 2005 Apr; 43(4):356-73.

⁵⁸ Crawford, C., Harrington, C., Estes, C.L., Health policy: crisis and reform in the U.S. health care delivery system. 2004; San Francisco, CA: Jossey-Bass

un'assistenza di livello ottimale a persone appartenenti a un ampio ventaglio di background culturali ed etnici.

Seeleman et al.⁵⁹ propongono una cornice concettuale per l'apprendimento e l'insegnamento della competenza culturale. In base alle difficoltà riscontrate da sanitari e pazienti nell'ambito dell'assistenza sanitaria in contesti etnici o culturalmente diversi, sono state definite le competenze necessarie per risolvere o gestire le stesse. Nel descrivere le competenze, sono stati distinti gli elementi della conoscenza, degli atteggiamenti e delle abilità, secondo la definizione di competenza di Betancourt⁶⁰, che la descrive come "sgabello a tre gambe" .

Tra le conoscenze necessarie alla competenza culturale sono elencate le seguenti:

- La conoscenza della epidemiologia⁶¹ e delle manifestazioni delle malattie nei vari gruppi etnici⁶²;
- La conoscenza delle diversità negli effetti dei trattamenti nei vari gruppi etnici⁶³;

Tra gli atteggiamenti si annoverano i seguenti:

- La consapevolezza di come la cultura dia forma ai comportamenti e al pensiero individuali⁶⁴;
- La consapevolezza dei contesti sociali in cui specifici gruppi etnici vivono⁶⁵;
- La consapevolezza dei propri pregiudizi e la tendenza allo stereotipo⁶⁶.

Le abilità necessarie alla competenza culturale sono:

- L'abilità di trasmettere le informazioni in un modo tale che il paziente possa capire, e di sapere quando chiedere aiuto esterno in caso di problemi

⁵⁹ Seeleman, C., Suurmond, J., Stronks, K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*. 2009 Mar; 43(3):229-37

⁶⁰ Betancourt, J.R. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*. 2003; 78 (6):560-9.

⁶¹ Bindraban, N.R., Van Valkengoed, I.G., Mairuhu, G., Koster, R.W., Holleman, F., Hoekstra, J.B., Koopmans, R.P., Stronks, K. A new tool, a better tool? Prevalence and performance of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Programme criteria for metabolic syndrome in different ethnic groups. *European Journal of Epidemiology*. 2008; 23 (1):37-44

⁶² Tsai, J., Butcher, J., Muñoz, R., Vitousek, K. Culture, ethnicity, and psychopathology. In: Adams HESP, ed. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, 3rd edn. 2002; New York, NY: Kluwer Academic Publishers, 105-27

⁶³ Munoz, C., Hilgenberg, C. Ethnopharmacology. *American Journal of Nursing*. 2005; 105 (8):40-8

⁶⁴ Gregg, J., Saha, S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. Gregg J, Saha S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Academic Medicine*. 2006; 81 (6):542-7

⁶⁵ Green, A.R., Betancourt, J.R., Carrillo, J.E. Integrating social factors into cross-cultural medical education. *Academic Medicine*. 2002; 77 (3):193-7

⁶⁶ Balsa, A.I., McGuire, T.G. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*. 2003; 22 (1):89-116.

comunicativi⁶⁷;

- L'abilità di adattarsi a nuove situazioni in modo flessibile e creativo⁶⁸.

Riguardo alle diversità negli effetti dei trattamenti nei vari gruppi etnici, è utile precisare che la ricerca in questo campo è piuttosto recente, e tende a mettere in relazione le differenze biologiche con le differenze genetiche, che potrebbero influenzare il modo in cui alcuni farmaci vengono metabolizzati. La ricerca ha dimostrato, tuttavia, che esistono differenze genetiche più importanti all'interno di gruppi razziali socialmente definiti, piuttosto che tra un gruppo e l'altro, conclusione che implica che non ci sia una base biologica per la "razza"⁶⁹.

Dal canto suo, la American Association of Colleges of Nursing (AACN) ha individuato nel 2008 le cinque competenze culturali da sviluppare nella formazione degli infermieri⁷⁰:

1. Applicare la conoscenza dei fattori sociali e culturali che condizionano il Nursing e la sanità in contesti multipli;
2. Utilizzare fonti di dati attendibili e le migliori evidenze nel fornire assistenza culturalmente competente;
3. Promuovere il conseguimento di risultati assistenziali sicuri e di qualità per le popolazioni diverse;
4. Sostenere la giustizia sociale, tra cui l'impegno per la salute delle popolazioni vulnerabili e l'eliminazione delle disparità di salute;
5. Partecipare allo sviluppo continuo della competenza culturale.

Sono tre le caratteristiche dell'infermiere culturalmente competente ottenibili attraverso l'attenzione alle competenze culturali al momento della formazione:

1. La consapevolezza della cultura, dei valori, delle credenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti personali;
2. Le abilità nel valutare e comunicare con persone di altre culture;
3. La valutazione delle variazioni interculturali.

Gli infermieri hanno ripetutamente espresso la propria frustrazione per la carenza di elementi educativi necessari a fare assistenza in maniera culturalmente competente a pazienti di altre culture⁷¹. Essi hanno inoltre affermato che la loro formazione di base non

⁶⁷ Van Wieringen, J.C., Harmsen, J.A., Bruijnzeels, M.A. Intercultural communication in general practice. *The European Journal of Public Health*. 2002; 12 (1):63-8

⁶⁸ Bensing, J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centred medicine. *Patient Education and Counseling*. 2000; 39 (1):17-25

⁶⁹ Kahn, J. How a drug becomes 'ethnic': law, commerce, and the production of racial categories in medicine. *Yale journal of health policy, law, and ethics*. 2004; 4 (1):1-46.

⁷⁰ Calvillo, E., Clark, L., Ballantyne, J.E., Pacquiao, D., Purnell, L.D., Villarruel, A.M. Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education. *Journal of Transcultural Nursing*. 2009 Apr; 20(2):137-45

⁷¹ Labun, E., Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35, 874-881

garantisce l'acquisizione degli elementi di competenza culturale necessari a esercitare la loro professione in contesti transculturali⁷². L'apprendimento delle altre culture, tuttavia, deve essere preceduto dalla comprensione dei propri valori, atteggiamenti, credenze e pratiche culturali acquisiti⁷³.

Se si studiano i contenuti dei programmi di formazione sulla competenza culturale, si nota come spesso essi tendano a fornire conoscenze sulla cultura e sulla salute, ad esempio attraverso l'identificazione dei gruppi culturali o dei determinanti sociali della salute⁷⁴. Sfortunatamente, il concentrarsi sulle caratteristiche dei gruppi culturali può inavvertitamente promuovere la fiducia dei sanitari negli stereotipi (ad esempio basati sulla razza o sulla etnia, sul sesso o sullo stato socio-economico) come base per le loro interazioni culturali.

L'obiettivo della formazione dovrebbe essere quello di migliorare la comprensione degli stereotipi intesi sì come fenomeno psicologico normale, ma da contrastare attraverso varie strategie⁷⁵. Ad esempio, invece di concentrarsi

sul gruppo al quale appartengono i pazienti, la formazione dovrebbe insegnare a valutare le questioni culturali fondamentali per ogni singolo paziente, cioè le situazioni, le interazioni e i comportamenti che possono condurre alla incomprensione interculturale⁷⁶.

Sviluppare la competenza culturale tra gli studenti di Infermieristica è essenziale^{77,78,79}: riguardo alla metodologia di apprendimento, diversi studi hanno dimostrato una correlazione tra esperienze internazionali e livello di competenza culturale acquisita: Greatrex-White⁸⁰ ha analizzato gli effetti delle esperienze di studio all'estero attraverso una indagine qualitativa su 26 studenti di Infermieristica britannici, giungendo alla conclusione che studiare all'estero offre agli studenti partecipanti l'opportunità non

⁷² Boi, S. Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *NT Research*. 2000; 5: 382-390

⁷³ Andrews, M.M., Culturally competent nursing care. In Andrews, M.M., Boyle, J.S., Carr, T.J. (Eds.), *Transcultural concepts in nursing care* (pp.18-23). 2003; Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins

⁷⁴ Kripalani, S., Bussey-Jones, J., Katz, M. G., Genao, I. A prescription for cultural competence in medical education. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21, 1116-1120.

⁷⁵ Burgess, D., Van Ryn, M., Dovidio, J., Saha, S. Reducing racial bias among health care providers: lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22, 882-887.

⁷⁶ Carrillo, J. E., Green, A. R., Betancourt, J. R. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Annals of Internal Medicine*. 1999; 130, 829-834.

⁷⁷ Ryan, M., Hodson-Carlton, K., Ali, N. Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula. *Journal of Transcultural Nursing*. 2000; 11, 300-307

⁷⁸ Garrish, K., Papdopoulos, I., Transcultural competence: the challenge for nurse education. *British Journal of Nursing*. 1999; 8, 1453-1457

⁷⁹ Witting, D.R., Knowledge, Skills, and Attitudes of Nursing Students Regarding Culturally Congruent Care of Native Americans. *Journal of Transcultural nursing*. 2004; 15(1), 54-61

⁸⁰ Greatrex-White, S. Uncovering study abroad: foreignness and its relevance to nurse education and cultural competence. *Nurse Education Today*. 2008 Jul; 28(5):530-8

solo di sviluppare una consapevolezza della cultura ospitante, ma soprattutto di potenziare la consapevolezza della propria cultura.

Nello studio qualitativo condotto da Larson et al.⁸¹ su un campione di studenti di Infermieristica americani, la frequenza di un corso di immersione di due settimane in Guatemala ha avuto un impatto positivo sulla visione del mondo degli studenti e sulla loro visione delle altre culture: la consapevolezza, le conoscenze e le abilità degli studenti nel confronto delle altre culture sono stati ampliati.

La partecipazione di un gruppo di studenti di Infermieristica americani a una iniziativa educativa progettata secondo i principi del *service-learning* con comunità locali e internazionali ha fatto registrare un aumento significativo in tutte le sottoscale componenti il TSET ("*Transcultural Self-Efficacy Tool*"), che analizza la competenza percepita dai rispondenti secondo le dimensioni cognitiva, pratica e affettiva⁸². Campioni appaiati t-test confermano questo aumento in tutte le dimensioni, con il maggior guadagno nell'area cognitiva, mentre gli studenti percepiscono di possedere abilità maggiori nella dimensione affettiva.

Nello studio di Sullivan⁸³ sugli effetti di un programma di educazione alla salute sviluppato da studenti di Infermieristica americani e rivolto a rifugiati di recente immigrazione, l'atteggiamento di alcuni studenti nei confronti dei rifugiati e degli immigrati è cambiato positivamente. La maggior parte degli studenti ha espresso entusiasmo per quanto riguarda l'apprendimento di nuove informazioni sulla cultura dei rifugiati. Alcuni studenti hanno riferito una consapevolezza ritrovata e rispetto per questi nuovi membri della loro nazione.

L'esperienza descritta da Upvall et al.⁸⁴ sulle visite cliniche condotte da studenti in Infermieristica a rifugiati somali da poco giunti negli Stati Uniti ha comportato negli stessi studenti un aumento della consapevolezza della propria posizione culturale: questi hanno dichiarato di avere non solo insegnato ai rifugiati somali, ma di avere anche imparato molto da loro. Tali incontri culturali sembrano avere rafforzato le competenze culturali degli studenti e aumentato la loro consapevolezza e la conoscenza delle altre culture.

Sensenig ha descritto lo sviluppo di un Centro di Assistenza infermieristica negli Stati Uniti come opportunità di apprendimento e strategia di insegnamento della

⁸¹ Larson, K.L., Ott, M., Miles, J.M. International cultural immersion: en vivo reflections in cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*. 2010 Summer; 17(2):44-50

⁸² Amerson, R. The impact of service-learning on cultural competence. *Nursing Education Perspectives*. 2010 Jan-Feb; 31(1):18-22

⁸³ Sullivan, C.H. Partnering with community agencies to provide nursing students with cultural awareness experiences and refugee health promotion access. *Journal of Nursing Education*. 2009 Sep; 48(9):519-22

⁸⁴ Upvall, M.J., Bost, M.L. Developing cultural competence in nursing students through their experiences with a refugee population. *Journal of Nursing Education*. 2007 Aug; 46(8):380-3

competenza culturale⁸⁵: gli studenti di Infermieristica hanno avuto l'occasione di osservare l'influenza di etnia, razza e cultura sulla salute, sulla malattia e sull'assistenza. Di conseguenza, sono stati più propensi a vedere i loro pazienti come membri di una comunità e a comprendere le influenze che condizionano la salute e il loro benessere.

In altri studi si è indagata l'efficacia di corsi di formazione ai fini della acquisizione della competenza culturale. A seguito di un intervento educativo, sotto forma di seminari, della durata complessiva di 7 settimane, gli studenti partecipanti allo studio di Munoz et al.⁸⁶ hanno dichiarato la capacità di integrare i loro apprendimenti in aula nei loro rispettivi campi di pratica assistenziale: è stata mostrata una crescita nell'acquisizione di conoscenze, abilità e desiderio culturale, secondo il processo competenza culturale delineato da Campinha-Bakote, già descritto.

L'intervento educativo sulla competenza culturale progettato e messo in atto all'interno del curriculum di studi per un Master per *Nurse Administrator* negli Stati Uniti⁸⁷ ha condotto a un cambiamento culturale nei partecipanti in quattro aree tematiche: la consapevolezza, l'umiltà, la valorizzazione e la fiducia nelle competenze culturali. Si è concluso che l'implementazione di standard culturalmente e linguisticamente appropriati nel curriculum ha avuto un effetto positivo al fine di avvicinare i partecipanti al tema della diversità culturale.

Un programma di formazione per lo sviluppo di competenze interculturali nel personale infermieristico addetto all'assistenza post-partum⁸⁸ negli Stati Uniti ha fatto registrare un miglioramento negli aspetti della comprensione, del comfort, e dell'efficacia dell'assistenza alla popolazione ispanica.

I principi della Pratica basata sui Valori ("*values-based practice*" - VBP)⁸⁹ sono stati applicati a un progetto formativo sulla competenza culturale realizzato nel Regno Unito⁹⁰: la maggior parte dei partecipanti ha trovato le sessioni teoriche sul VBP difficili da seguire, ma quando il modello è stato introdotto nella loro pratica lavorativa, è stato percepito come più facile da comprendere, e i partecipanti hanno acquisito una fiducia maggiore nell'applicarlo a situazioni quotidiane. La formazione VBP sembra avere rinforzato le

⁸⁵ Sensenig, J.A. Learning through teaching: empowering students and culturally diverse patients at a community-based nursing care center. *Journal of Nursing Education*. 2007 Aug; 46(8):373-9

⁸⁶ Munoz, C.C., DoBroka, C.C., Mohammad, S. Development of a multidisciplinary course in cultural competence for nursing and human service professions. *Journal of Nursing Education*. 2009 Sep; 48(9):495-503

⁸⁷ Comer, L., Whichello, R., Neubrandner, J. An innovative master of science program for the development of culturally competent Nursing leaders. *Journal of Cultural Diversity*. 2013 Summer; 20 (2): 89-93

⁸⁸ Halm, M.A., Wilgus, E. Impacting the Latino Birthing Experience with a Cultural Competence Training Program. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing & Healthcare*, 2013 Apr; 3 (2): 1-15

⁸⁹ Woodbridge, K., Fulford, B. *Whose Values? A Workbook for Values-based Practice in Mental Health Care*. 2004. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health

⁹⁰ Dodd, K., Hunkins-Hutchinson, E., Fulford, W. Race equality training and values-based practice. *Mental Health Practice*, 2011 Oct; 15 (2): 28-32

pratiche assistenziali di tipo inclusivo e aver richiamato modi nuovi e originali di lavorare con utenti di altre culture.

I dati generati dalla indagine condotta in Australia da Johnstone e Kanitsaki⁹¹ su personale sanitario e destinatari delle cure suggeriscono in maniera forte che, al fine di migliorare il livello di competenza culturale dell'assistenza erogata, siano necessari sia un "approccio di sistema" (attuazione di un quadro organizzativo di pianificazione sensibile alle culture, creazioni di organici di personale che rispettino i criteri di sicurezza, una maggiore flessibilità sulle regole riguardanti le visite dei familiari...) e di un "approccio centrato sulla persona" (conoscenza e competenze che consentano ai professionisti di dare priorità agli aspetti culturali e migliorino il loro atteggiamento nei confronti dei pazienti di culture diverse dalla loro).

Per Cross et al.⁹² strategie molteplici di insegnamento-apprendimento, come la autovalutazione culturale on-line, lo studio di scenari clinici, l'analisi critica di aneddoti sulle abilità multiculturali, facilitano nei professionisti l'avanzamento lungo il continuum della competenza culturale.

Dai focus group e dalle interviste condotti da Shattell et al.⁹³ è emersa la mancanza di una discussione sostanziale sui temi culturali sia in aula e che nei contesti clinici. Gli studenti e i docenti intervistati hanno offerto numerosi suggerimenti su come migliorare la formazione sulla competenza culturale: più tempo per la discussione, un maggiore uso di casi studio, lavoro in piccoli gruppi, seminari di esperti e tavole rotonde.

Chircop et al.⁹⁴ hanno svolto una indagine sul materiale audiovisivo utilizzato nelle università canadesi come strumento educativo per i futuri infermieri, per determinare se e in che misura incorporasse elementi di competenza culturale. La valutazione di questi strumenti audiovisivi ha rivelato carenze nel modo in cui la competenza culturale è presentata nei video. I video contenevano solo l'identificazione superficiale di esempi culturalmente specifici e non fornivano agli studenti una comprensione globale delle competenze culturalmente competenti necessarie al loro futuro lavoro. I video tendevano inoltre a idealizzare il potere insito nella cultura "dominante", identificando le variazioni culturali rispetto a essa come "diverse dalla norma". In conclusione, gli strumenti didattici audiovisivi recensiti non soddisfacevano

⁹¹ Johnstone, M.J., Kanitsaki, O. Health care provider and consumer understandings of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian study. *Journal of Cultural Diversity*. 2007 Summer; 14(2):96-105

⁹² Cross, D., Brennan, A.M., Cotter, V.T., Watts, R.J. Cultural competence in the master's curriculum - a course exemplar. *Journal of Professional Nursing*. 2008 May-Jun; 24(3):150-4.

⁹³ Shattell, M.M., Nemitz, E.A., Crosson, N., Zackeru, A.R., Starr, S., Hu, J., Gonzales, C. Culturally competent practice in a pre-licensure baccalaureate nursing program in the United States: a mixed-methods study. *Nursing Education Perspectives*. 2013 Nov-Dec; 34(6):383-9

⁹⁴ Chircop, A., Edgecombe, N., Hayward, K., Ducey-Gilbert, C., Sheppard-Lemoine, D. Evaluating the integration of cultural competence skills into health and physical assessment tools: a survey of Canadian schools of nursing. *Journal of Transcultural Nursing*. 2013 Apr; 24(2):195-203

alcuno degli obiettivi di apprendimento individuati dalla letteratura per soddisfare le competenze interculturali, tra cui, ad esempio, la buona prassi di chiedere il permesso prima di effettuare esami fisici, oppure di effettuare gli incontri con il paziente in collaborazione con un interprete, o di porre domande in maniera appropriata circa l'identità di genere e sessuale.

Il punto di vista degli studenti è descritto in uno studio qualitativo di McClimens et al.⁹⁵: gli studenti hanno espresso difficoltà nel soddisfare le esigenze culturali dei pazienti, con particolare attenzione alle questioni legate alla lingua, al cibo e al genere sessuale.

Shattell et al.⁹⁶, hanno indagato come il curriculum di un corso di laurea in Infermieristica integrasse i concetti e le questioni principali dell'assistenza culturalmente competente. Gli studenti, interpellati sull'argomento, hanno dichiarato di percepire come il curriculum fornisse una conoscenza relativamente efficace dei concetti chiave della competenza culturale, ma che presentasse delle lacune negli ambiti della teoria, degli atteggiamenti e delle abilità della competenza culturale. Gli studenti si sono descritti come relativamente a proprio agio con le competenze cognitive del Nursing transculturale, ma meno a proprio agio circa le competenze affettive.

Dai focus group e dalle interviste condotte è emersa la mancanza di un discussione sostanziale sui temi culturali sia in aula e che nei contesti clinici. Gli studenti e i docenti intervistati hanno offerto numerosi suggerimenti su come migliorare la formazione sulla competenza culturale: più tempo per la discussione, un maggiore uso di casi studio, lavoro in piccoli gruppi, seminari di esperti e tavole rotonde.

Secondo Hollinsworth⁹⁷, la formazione culturale sugli indigeni informata alla cornice teorica della consapevolezza culturale può essere criticata per la sua tendenza a "essenzializzare" (cioè ad attribuire una serie di caratteristiche essenziali a un gruppo particolare di persone) le culture indigene. L'"essenzialismo" comporta il rischio dello sviluppo e della perpetuazione della falsa percezione che vi sia una semplice entità chiamata "cultura indigena" che può essere semplicemente descritta, insegnata e compresa. Questo approccio alla formazione crea in chi la riceve una comprensione stretta e stereotipata di quello che è "la cultura indigena", di che cosa essa significhi per i popoli indigeni, e di come possa costituire un "problema" in ambito sanitario. Spostando il focus della formazione lontano dal tentativo di insegnare "la cultura indigena", verso l'analisi dei processi di potere e di identità, una cornice teorica improntata al concetto di "sicurezza culturale" può rappresentare una strategia promettente con cui portare avanti la

⁹⁵ McClimens, A., Brewster, J., Lewis, R. Recognising and respecting patients' cultural diversity. *Nursing Standard*. 2014 Mar 12-18; 28(28):45-52

⁹⁶ Shattell, M.M., Nemitz, E.A., Crosson, N., Zackeru, A.R., Starr, S., Hu, J., Gonzales, C. Culturally competent practice in a pre-licensure baccalaureate nursing program in the United States: a mixed-methods study. *Nursing Education Perspectives*. 2013 Nov-Dec; 34(6):383-9

⁹⁷ Hollinsworth, D. Cultural awareness training, racism awareness training or antiracism?: Strategies for combating institutional racism. *Journal of Intercultural Studies*. 1992; 13(2):37-52

formazione culturale come strumento per il miglioramento della salute e degli standard assistenziali nei confronti dei pazienti appartenenti ad alcuni gruppi etnici.

La necessità di avere una formazione adeguata per garantire standard di cura e assistenza elevati in contesti di transculturalità viene sollevata in articolo di Curlin et al.⁹⁸: la maggior parte dei medici riconoscono di non avere ricevuto una formazione sufficiente sulle tematiche spirituali nella cura del paziente, e di riconoscere questa mancanza ha rappresentato un ostacolo al momento dell'interazione con esso.

Per gli infermieri coinvolti nello studio di Tuohi et al.⁹⁹, le difficoltà riscontrate quotidianamente nell'assistere persone di culture diverse dalla propria, come la barriera linguistica e le differenze culturali, possono essere superate utilizzando le leve della formazione del personale, l'adozione di protocolli, lo stanziamento di risorse adeguate e l'accesso facilitato ai servizi di interpretazione.

Tra i temi emersi nello studio qualitativo di Somerville¹⁰⁰ sugli infermieri impegnati nell'ambito delle cure palliative, quello della educazione e della formazione è emerso secondo una prospettiva originale: secondo gli intervistati, le conoscenze in loro possesso sono state sviluppate attraverso l'educazione informale e l'esperienza. Questa realtà ha comportato dei costi, dovuti principalmente agli errori commessi dai professionisti a causa della mancanza di consapevolezza sui problemi di tipo culturale.

Un altro studio condotto, mediante focus group, su medici specializzandi in pediatria e docenti universitari canadesi¹⁰¹ ha messo in evidenza le seguenti necessità nell'ambito della formazione sulla competenza culturale: una conoscenza di base specifica sui gruppi culturali locali; delle competenze per negoziare in maniera più efficace in occasione degli incontri culturali; la capacità di conciliare la cultura generale con una comprensione delle credenze e pratiche dei singoli pazienti e delle loro famiglie. La formazione sulla competenza culturale in medicina ha rivelato, inoltre, uno scontro tra paradigmi: la promozione della medicina centrata sulla cultura può apparire "inverosimile" per degli studenti situati all'interno di una tradizione pedagogica basata su una vista familiare e "riduzionista" della salute.

Sempre in Canada, Rosenberg et al.¹⁰² hanno studiato le sfide per pazienti immigrati e per i medici che li curano, e le loro abilità nel campo della comunicazione

⁹⁸ Curlin, F.A., Roach, C.J., Gorawara-Bhat, R., Gorawara-Bhat, R., Lantos, J.D., Chin, M.H. How are religion and spirituality related to health? A study of physicians' perspectives. *Southern Medical Journal*. 2005; 98:761-766

⁹⁹ Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M.M. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*. 2008 Jun; 55(2):164-70

¹⁰⁰ Somerville, J. The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International Journal of Palliative Nursing*. 2007 Dec; 13(12):580-7.

¹⁰¹ Macdonald, M.E., Carnevale, F.A., Razack, S. Understanding what residents want and what residents need: the challenge of cultural training in pediatrics. *Medical Teacher*. 2007 Jun; 29(5):444-51

¹⁰² Rosenberg, E., Richard, C., Lussier, M.T., Abdool, S.N. Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field. *Patient Education and Counseling*. 2006 May; 61(2):236-45

interculturale. Le conclusioni hanno evidenziato come i medici partecipanti allo studio non fossero a conoscenza dell'importanza delle credenze culturali e dei comportamenti riguardanti la salute: essi, infatti, credevano che conoscere le identità culturali dei loro pazienti sarebbe stato interessante, ma non essenziale al loro compito professionale. La mancanza di formazione in tema di transculturalità e salute potrebbe spiegare in parte perché la maggior parte dei partecipanti abbiano dimostrato un livello elementare di comunicazione interculturale.

1.3.5 Il fine vita

Una buona relazione tra pazienti e professionisti della salute dipende molto dalla creazione di un rapporto di fiducia, che è strettamente legato alla sincerità della comunicazione¹⁰³. Sulla base di questa considerazione, dire la verità è considerato una questione etica, nonché un obbligo morale da un gran numero di operatori sanitari¹⁰⁴.

Gli infermieri occidentali possono trovarsi di fronte a conflitti di tipo etico nel caso di pazienti terminali appartenenti a culture diverse dalla loro. La loro educazione li spingerebbe a essere pienamente veritieri nei confronti del morente. Tuttavia, di fronte a pazienti di altre culture, essi potrebbero trovarsi nella situazione di dover evitare di trasmettere alcune informazioni ed essere completamente onesti e aperti (ad esempio nel caso di alcune culture orientali)¹⁰⁵. La stessa diversità di prospettive può essere riscontrata nel caso delle direttive anticipate, concepite per proteggere l'autonomia del paziente in circostanze in cui questi non è più in grado di prendere decisioni: esse sono accettate in alcune culture (ad esempio quella americana), ma altre culture non vedono le direttive anticipate positivamente.

Una migliore conoscenza influisce, inoltre, sulla risposta dei pazienti e familiari alle diverse situazioni cliniche, facilitando l'adesione dei pazienti agli schemi terapeutici o palliativi^{106,107}. È opportuno però chiedersi che cosa i pazienti vogliono davvero sapere. Sebbene la letteratura suggerisca che sono in molti a voler conoscere la verità sulla propria diagnosi¹⁰⁸, ci sono evidenze che una minoranza di pazienti preferisce lasciare al medico la scelta sulla decisione di dire la verità oppure avere notizie solo nel caso in cui siano positive¹⁰⁹. Nei paesi in cui rivelare la verità non è una pratica comune la proporzione di pazienti che rappresentano questo punto di vista è ancora più alto. Alcuni paesi di cultura non anglosassone, come alcuni paesi asiatici (Giappone, Cina) o i paesi che si affacciano sul Mediterraneo (come l'Italia, la Turchia, la Grecia e la Spagna) non accettano del tutto la

¹⁰³ Bishara, E., Loew, F., Forest, M.I., Fabre, J., Rapin, C.H. Is there a relationship between psychological well-being and patient-carers consensus? A clinical pilot study. *Journal of palliative care*. 1997; 13(4):14–22

¹⁰⁴ Nekolaichuk, C.L., Bruera, E. On the nature of hope in palliative care. *Journal of palliative care*. 1998; 14(1):36–42

¹⁰⁵ Maier-Lorentz, M.M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*. 2008 Spring; 15(1):37-43

¹⁰⁶ Ruhnke, G.W., Wilson, S.R., Akamatsu, T., Kinoue, T., Takashima, Y., Goldstein, M.K., Koenig, B.A., Hornberger, J.C., Raffin, T.A. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest*. 2000; 118(4):1172–82

¹⁰⁷ Eraker, S., Kirscht, J., Becker, M. Understanding and improving patient compliance. *Annals of internal medicine*. 1984; 100:258–68

¹⁰⁸ Hebert, P.C., Hoffmaster, B., Glass, K.C., Singer, P.A. Bioethics for clinicians: 7. Truth telling. *Canadian Medical Association journal*. 1997; 156(2):225–8

¹⁰⁹ Jenkins, V., Fallowfield, L., Saul, J. Information needs of patients with cancer: from a large study in UK cancer centres. *British journal of cancer*. 2001; 84(1):48–51

pratica della comunicazione di una diagnosi infausta, nonostante che, rispetto al passato, la realtà sia in parte cambiata¹¹⁰. In alcune fedi religiose, dare cattive notizie viene addirittura scoraggiato e visto come sgarbato, dannoso e non rispettoso¹¹¹.

In alcuni paesi il paziente non viene considerato, a causa delle esistenti gerarchie familiari, il titolare della decisioni sulla propria salute, e di conseguenza anche le informazioni relative alle diagnosi sono generalmente comunicate ad altri membri della famiglia: questo avviene, ad esempio, in Giappone o nei paesi di cultura islamica^{112,113}.

La questione, quindi, della scelta dei modi più appropriati per rivelare le informazioni sullo stato di salute di un paziente in caso di malattia oncologica terminale deve trovare una risposta culturalmente competente, essendo radicata profondamente nella cultura dell'individuo, e, indipendentemente da quello che è il paradigma culturale del sanitario, la comunicazione dovrà adattarsi agli schemi culturali della singola persona e al contesto culturale in cui vive la sua famiglia.

Riguardo agli aspetti della gestione della morte, va detto che questa è vista anche come fenomeno sociale, nel quale il coinvolgimento dei familiari è comune in tutte le religioni. Il valore di essere assieme al caro negli ultimi momenti della sua vita e dopo la morte è di notevole importanza simbolica¹¹⁴.

Mentre la profondità e la varietà delle reazioni può essere condizionata da fattori culturali, ambientali, e sociali, c'è consenso sulla considerazione che il supporto emotivo nelle fasi precoci del lutto possa prevenire problemi di salute a lungo termine¹¹⁵.

Il personale sanitario deve avere ben presente che, indipendentemente da cultura, istruzione, o background, esiste una comunanza nel dolore e nel lutto: essi possono scatenare una condizione di sofferenza e dolore (*Complicated Grief*) che persiste in modo invalidante dopo l'esperienza della perdita di una persona cara¹¹⁶. I rituali di espressione del lutto possono essere determinanti per ripristinare un senso di normalità. Essi costituiscono un modo standardizzato di comportamento che aiuta ad alleviare il senso di incertezza e di perdita, dando la possibilità di adattarsi in maniera non traumatica

¹¹⁰ Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilila, E., Katsouda, E., Vlahos, I. Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*. 2004; 12(3), 147–54

¹¹¹ Høye, S., Severinsson, E. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010 Feb; 26(1):24-32

¹¹² Tanida, N. Japanese attitudes towards truth disclosure in cancer. *Scandinavian journal of social medicine* 1994; 22(1):50–7.

¹¹³ Bozcuk, H., Erdoğan, V., Eken, C., Ciplak, E., Samur, M., Ozdoğan, M., Savaş, B. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life? Determinants of emotional functioning in a group of cancer patients in Turkey. *Supportive care in cancer*. 2002; 10(1):51–7

¹¹⁴ Kwan, C. Families' experiences in the last office of deceased family members in the hospice setting. *International Journal of Palliative Nursing*. 2002; 8:6, 266-275

¹¹⁵ Murray Parkes, C. *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. 1998; London, UK: Penguin

¹¹⁶ Jacobs, S., Prigerson, H.G. Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*. 2000; 24: 479-495

al fatto della morte¹¹⁷.

Valutare il desiderio dei pazienti di una visita spirituale e quindi facilitare gli incontri con i loro leader religiosi può essere un modo semplice per soddisfare le loro esigenze spirituali¹¹⁸.

Il professionista della salute deve essere consapevole delle credenze culturali dei pazienti ed essere sensibile alle sue esigenze individuali, oltre a conoscere la sintomatologia del lutto, al fine di fornire assistenza culturalmente sensibile¹¹⁹. Le questioni culturali e spirituali sono di estrema importanza per i pazienti e i loro familiari, ma gli infermieri dimostrano a volte disagio e mancanza di conoscenze e abilità nel trattare questi argomenti. Accrescere le proprie conoscenze nel campo della cultura è il primo passo che deve necessariamente compiersi per esplorare le credenze individuali di pazienti e familiari¹²⁰.

Riguardo alla gestione delle ultime fasi della vita, sono state descritte differenze nell'uso delle risorse e nei tassi di mortalità in terapia intensiva associati alla razza dei pazienti¹²¹. Alcune di queste differenze possono essere attribuite alla scarsa sensibilità dei sanitari a proposito delle differenze culturali e alla storica diffidenza di alcune minoranze verso il sistema sanitario riconducibile, probabilmente, alla prevalenza di atteggiamenti razzisti in medicina¹²².

Un punto di vista originale sull'assistenza a pazienti stranieri nelle ultime fasi della loro vita si trova in un lavoro di Gunaratnam¹²³: sebbene la conoscenza delle culture possa talvolta facilitare un'assistenza culturalmente sensibile, c'è il pericolo che a essa possa essere dato il primato sulla personalizzazione delle cure. L'esercizio della competenza culturale nelle cure di fine vita degli anziani appartenenti a minoranze razziali può mettere al riparo i professionisti da minacce alla sicurezza ontologica, oscurando però le questioni emotive e morali complesse e profonde che possono essere sollevate dall'invecchiamento lontano dalle proprie radici, dalla fragilità, e dalla morte di uno sconosciuto.

Un aspetto di notevole interesse correlato al fine vita è rappresentato dall'atteggiamento culturale nei confronti della donazione. La predisposizione alla

¹¹⁷ Yeong, N.B. Grief revisited. *Annals of Academy of medicine*. June 2005; 34(5), 352-355

¹¹⁸ Lipson, J.G, Minarik, P.A., Dibble, S.L. *Culture and Nursing Care: A Pocket Guide*. 1996; San Francisco, CA: UCSF

¹¹⁹ Cowles, K.V. Cultural perspectives of grief: An expanded concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23(2): 287-294

¹²⁰ Kemp, C. Cultural issues in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*. 2005; 21(1): 44-52

¹²¹ Degenholtz, H.B., Thomas, S.B., Miller, M.J. Race and the intensive care unit: disparities and preferences for end-of-life care. *Critical Care Medicine*. 2003 May; 31(5 Suppl):S373-8

¹²² Krakauer, E.L., Crenner, C., Fox, K. Barriers to optimum end-of-life care for minority patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002; 50:182-190

¹²³ Gunaratnam, Y. From competence to vulnerability: care, ethics, and elders from racialized minorities. *Academic Journal Mortality*. 2008 Feb; 13 (1): 24-41

donazione varia fortemente con l'origine geografica e le credenze religiose di un individuo e di una famiglia, e mostra anche di essere in relazione con variabili di tipo socio-demografico, di integrazione sociale, e informative¹²⁴. A sua volta, il rapporto tra credenze religiose e atteggiamento verso la donazione varia in funzione del grado di integrazione sociale.

La volontà di donare della popolazione immigrata varia anche in funzione delle informazioni disponibili sull'argomento: gli elementi più strettamente legati a un atteggiamento positivo nei confronti della donazione sono, infatti, la percezione della sua efficacia, la conoscenza diretta dell'argomento, e l'esistenza di informazioni qualificate sulla pratica e le sue implicazioni.

¹²⁴ López, J.S., Valentín, M.O., Scandroglio, B., Coll, E., Martín, M.J., Sagredo, E., Martínez, J.M., Serna, E., Matesanz, R. Factors related to attitudes toward organ donation after death in the immigrant population in Spain. *Clinical Transplantation*. 2012 May-Jun; 26(3):E200-12

1.3.6 Il Dolore

La gestione del dolore nei pazienti di estrazione culturale diversa può rappresentare una sfida per gli operatori sanitari. Gli infermieri hanno imparato durante l'infanzia, come i loro pazienti, i modi considerati "normali" e "giusti" di rispondere al dolore, la qual cosa ha, a sua volta, insegnato loro che altri modi di rispondere al dolore possono essere considerati "anormali" o "sbagliati". Questo può portare a una errata interpretazione della risposta al dolore di un paziente di un'altra cultura¹²⁵.

Una valutazione accurata del dolore, fondamentale per la gestione dello stesso, è subordinata a una comunicazione efficace: troppo spesso i sanitari non utilizzano interpreti quando si trovano di fronte a un paziente che non parla la loro lingua: senza una interpretazione attendibile, tuttavia, è impossibile valutare il dolore e insegnare i principi fondamentali per la gestione dello stesso^{126,127}. L'utilizzo di strumenti progettati per valutare il dolore nei bambini o in pazienti con deterioramento cognitivo, con grande probabilità può portare a una gestione del dolore non ottimale. Sebbene alcuni strumenti per la rilevazione del dolore siano stati tradotti in diverse lingue, questo non garantisce che le informazioni raccolte attraverso di essi siano attendibili, giacché alcuni significati possono essere alterati nella traduzione e le espressioni tradotte veicolare messaggi non coerenti con il significato originario¹²⁸.

Inoltre, gli infermieri, per valutare il dolore in un paziente, usano solitamente elementi di comunicazione non verbale, come l'espressione facciale, la postura o il livello di attività¹²⁹: i modelli di comunicazione non verbale, tuttavia, possono variare tra culture e portare, di conseguenza, a interpretazioni errate.

Uno studio di Lovering¹³⁰ su atteggiamenti culturali e credenze su cause, trattamenti ed esperienze in tema di dolore, condotto su personale sanitario e non sanitario appartenente a diverse culture, ha rivelato somiglianze e differenze tra i vari gruppi culturali. In merito alle cause di dolore, le culture filippina, saudita e asiatica si riferiscono all'uso della stregoneria e credono nel malocchio. Gli Tswana, gli Afrikaans e gli esponenti della cultura occidentale (rappresentati da irlandesi) non credono nel malocchio, ma la cultura Tswana riconduce il dolore fisico al potere esercitato degli

¹²⁵ Davitz, L.L., Davitz, J.R. Culture and Nurses' Inferences of Suffering. Chapter 2 in Copp, L.A. Perspectives on Pain. 1985; Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone

¹²⁶ Wilson-Stronks, A., Lee, K.K., Cordero, C.L., Kopp, A., Galvez, E. One Size Does Not Fit All: Meeting the Health Care Needs of Diverse Populations. April 2008; Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission

¹²⁷ Lasch, K.E. Culture and pain. 2002; Seattle, WA: International Association for the study of pain

¹²⁸ Davidhizar, R. E., Giger, J.N. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. International Nursing Review. 2004; 51(1): 47-55

¹²⁹ Brinkus, R., Narayan, M.C. Communication as the fabric of community-based nursing practice. In: Sorrell, J.M., Redmond, G.M., eds. Community-based nursing practice: learning through students' stories. 2000; Philadelphia, PA: F. A. Davis; p. 253-76

¹³⁰ Lovering, S. Cultural attitudes and beliefs about pain. Journal of Transcultural Nursing. 2006; 17(4): 389-95

antenati. Sul trattamento del dolore, l'uso di terapie a base di erbe e il ricorso a guaritori tradizionali rappresenta un elemento comune a filippini, asiatici, Tswana e sauditi. Guaritori "religiosi" vengono utilizzati dai filippini, dalle culture asiatiche e dagli irlandesi. Molti sono riluttanti a prendere farmaci oppioidi a causa di tabù culturali o timori circa il loro uso: nelle culture filippine e dell'Asia, i narcotici sono accettabili come ultima risorsa, per paura della dipendenza. Gli occidentali credono che sia accettabile usare narcotici per alleviare il dolore in condizioni controllate.

Molti operatori sanitari tendono ad associare certe minoranze culturali con atteggiamenti di ricerca di sostanze stupefacenti, e sono portati a ritenere che certi farmaci, come gli oppioidi, possano essere utilizzati per fini illeciti¹³¹: questo atteggiamento di pregiudizio e stereotipo può portare a una gestione non ottimale della sintomatologia dolorosa in alcuni pazienti.

Sul tema dei valori legati al dolore, si è visto come lo stigma della malattia mentale (considerata come dolore mentale) rappresenti una costante in tutte le culture. Questo stigma porta alla marginalizzazione del malato mentale o nascondere il dolore mentale alla comunità.

¹³¹ Burgess, D.J., Van Ryn, M., Crowley-Matoka, M., Malat, J. Understanding the provider contribution to race/ethnicity disparities in pain treatment: insights from dual process models of stereotyping. *Pain Medicine*. 2006 Mar-Apr; 7(2):119-34

1.3.7 Donne e cultura

Il tema dell'assistenza alle donne in contesti transculturali è stato esplorato in diversi studi, con la conclusione che spesso le donne si trovano ai margini dei sistemi sanitari, e vivono esperienze di maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi. Uno dei problemi evidenziati in letteratura consiste nel ricorso ad atteggiamenti legati a stereotipi da parte dei professionisti della salute che si trovino ad assistere o curare donne di altre culture^{132,133}.

1.3.8 La clinica/le esperienze dei professionisti

È interessante a questo punto analizzare le esperienze dei professionisti della salute nella cura e assistenza alle persone di provenienza culturale diversa dalla loro.

Uno studio di Høy e Severinsson¹³⁴, che aveva come obiettivo quello di esplorare le esperienze degli infermieri di terapia intensiva in contesti transculturali, sono emerse tre categorie di conflitti tra le pratiche infermieristiche da una parte e le tradizioni culturali delle famiglie dall'altro: prima tra tutte, la contrapposizione tra il bisogno di partecipare attivamente alle cure dei propri cari espresso dalle famiglie e la convinzione, da parte degli operatori sanitari, di essere i responsabili unici del processo assistenziale. Di poi, l'obbligo professionale di fornire informazioni comprensibili da parte degli infermieri sembrava scontrarsi con le difficoltà comunicative e una diversa concezione della malattia da parte dei familiari; per ultimo, la necessità dei familiari di attenersi alle loro norme culturali e di autodeterminarsi è stata messa in contrapposizione con la responsabilità degli infermieri nei confronti dell'ambiente di lavoro, in termini di garanzia di sicurezza.

In un altro articolo¹³⁵, Høy e Severinsson avevano sottolineato, nello stesso contesto, il disagio degli infermieri per l'incontro con famiglie di altre culture in termini di gestione degli spazi (stanze eccessivamente affollate di visitatori, mancato rispetto degli orari di visita), e di modalità di risposta a situazioni di crisi, che si traducevano in espressioni eccessivamente rumorose, specialmente tra le donne. Sono state sollevate anche difficoltà riguardanti lo stato professionale e il genere, in termini di percezione di mancato rispetto per la propria identità femminile da parte delle infermiere, e di scarso riconoscimento del ruolo professionale di infermiere, considerato in alcune culture come "subordinato".

¹³² Bortorff, J. L., Balneaves, L. G., Sent, L., Grewal, S., & Browne, A. Cervical cancer screening in ethnocultural groups: Case studies in women-centred care. *Women & Health*. 2001; 11, 322-337

¹³³ Browne, A. J., & Fiske, J. First Nation women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research*. 2001; 23 (2), 126-147

¹³⁴ Høy, S., Severinsson, E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2010 Apr; 66(4):858-67

¹³⁵ Høy, S., Severinsson, E. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008 Dec; 24(6):338-48

Nel campo della salute mentale, Cross e Bloomer¹³⁶ sono giunti alla conclusione che il dimostrare rispetto per i pazienti di altra provenienza culturale e per i loro familiari comporta dei benefici significativi per la qualità della relazione terapeutica. Ottenere dai familiari informazioni importanti sulla salute del congiunto risulta più agevole, inoltre, se si dimostra di rispettare apertamente il capofamiglia. Si è anche notato come alcuni pazienti preferiscano rapportarsi con sanitari dello stesso sesso.

I sanitari coinvolti nello studio di Ho¹³⁷ nell'ambito degli interventi sugli stili di vita per la gestione di pazienti ipertesi hanno riferito difficoltà riconducibili alla barriera linguistica e all'apparato di valori e usanze e religione espresso dagli stessi.

Gli infermieri dedicati alle cure palliative intervistati da Somerville¹³⁸ nel Regno Unito hanno riferito come assistere pazienti di altre culture possa spesso produrre senso di frustrazione, conflitto e rassegnazione nell'operatore sanitario. Viene denunciato un paradosso insito nell'assistenza palliativa in contesti transculturali, riconducibile al fatto che, per garantire l'eguaglianza nelle cure, si mira a trattare tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro appartenenza culturale, allo stesso modo, trattandoli, a questo scopo, tutti in maniera differente e personalizzata.

Nello studio qualitativo condotto in Svezia di Pergert et al.¹³⁹, volto a esplorare le strategie adottate dagli operatori sanitari per superare gli ostacoli insiti nell'assistenza a persone di culture diverse dalla loro in un contesto di oncologia pediatrica, sono descritti gli strumenti utilizzati per passare oltre le differenze: essi comprendono:

Strumenti comunicativi, come la comunicazione di tipo non verbale, l'utilizzo di segni e di informazioni stampate, e il ricorso allo strumento della interpretazione;

Strumenti transculturali, come l'apprendimento e la riflessione sul tema della transculturalità;

Strumenti organizzativi, come il supporto delle organizzazioni mediante politiche di sostegno alla transculturalità, che comportino l'aggiustamento delle attività e lo stanziamento di risorse appropriate allo scopo.

Se questi strumenti non vengono utilizzati in maniera ottimale, si può sfociare nella ineguaglianza delle cure e della assistenza verso alcuni settori importanti della popolazione.

¹³⁶ Cross, W.M., Bloomer, M.J. Extending boundaries: clinical communication with culturally and linguistically diverse mental health clients and carers. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2010 Aug; 19(4):268-77

¹³⁷ Ho, T.M. Hypertension management: lifestyle interventions in a transcultural context. *Journal of renal care*. 2009 Dec; 35(4):176-84

¹³⁸ Somerville, J. The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International Journal of Palliative Nursing*. 2007 Dec; 13(12):580-7

¹³⁹ Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., Björk, O. Bridging obstacles to transcultural caring relationships - tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008 Feb; 12(1):35-43

Gunaratnam, in uno studio condotto nel Regno Unito¹⁴⁰, ha messo in evidenza come, per gli infermieri occupati nell'assistenza di tipo palliativo, esistano dimensioni non razionali e più "viscerali" della cura a persone di altre culture, che esulano dall'approccio prevalente nell'ambito della competenza culturale, che privilegia, invece, l'acquisizione razionale di conoscenze e abilità da parte dei professionisti. Capita, infatti, che le conoscenze che ci aspetta essere messe in atto da parte dei sanitari culturalmente competenti, vengano a volte dimenticate nella pratica dell'incontro con un paziente di un'altra cultura a causa dell'ansia, o più spesso siano messe in secondo piano rispetto a un'attenzione più generale alle differenze e da un approccio più olistico che non ha l'unica espressione nell'attenzione agli aspetti etnici e culturali.

L'esperienza assistenziale degli infermieri di un ospedale dell'Inghilterra meridionale nei confronti di pazienti di origine asiatica è stata descritta da Vydellingum¹⁴¹. Dal suo studio qualitativo emerge la tendenza a trattare allo stesso modo i pazienti appartenenti a tutte le minoranze etniche, con un approccio di tipo etnocentrico, e la propensione a incolpare l'altro di essere diverso e di essere la causa delle conseguenti difficoltà sperimentate nell'assistenza. Il livello di competenza culturale degli operatori sanitari viene descritto come insufficiente. Gli operatori intervistati negano inoltre la presenza di atteggiamenti razzisti nella loro realtà lavorativa, e considerano però di grande valore l'aiuto dei familiari dei pazienti.

Una survey condotta su 60 tra infermieri e studenti di Infermieristica negli Stati Uniti per comprendere l'efficacia di un programma di formazione sull'assistenza transculturale sulla prevenzione e sul trattamento dell'HIV/AIDS¹⁴², ha portato alla luce l'esistenza di sei barriere che ostacolano l'accesso all'assistenza da parte delle popolazioni originarie dei Caraibi e delle Indie Occidentali:

- Difficoltà finanziarie;
- Paura per il sistema sanitario,
- Mancanza di fiducia nei confronti degli operatori sanitari,
- Molteplicità di lingue e dialetti utilizzati;
- Differenze culturali tra pazienti e operatori sanitari,
- Carezza di operatori sanitari originari di Caraibi e Indie Occidentali.

Castro e Ruiz¹⁴³ hanno esplorato il rapporto tra il grado di competenza culturale degli infermieri e il livello di soddisfazione tra pazienti di cultura ispanica, giungendo alla

¹⁴⁰ Gunaratnam, Y. Intercultural palliative care: do we need cultural competence? *International Journal of Palliative Nursing*. 2007 Oct; 13(10):470-7

¹⁴¹ Vydellingum V. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry*. 2006 Mar; 13(1):23-32

¹⁴² Jones, S.G. The Caribbean/West Indies cultural competency program for Florida nurses: implications for HIV/AIDS prevention and treatment. *Journal of Multicultural Nursing & Health*. 2005 Winter; 11 (1): 77-83.

¹⁴³ Castro, A., Ruiz, E. The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2009 May; 21(5):278-86

conclusione che questi ultimi si ritengono più soddisfatti se assistiti da infermieri di origine ispanica, che avessero ricevuto formazione sul tema della competenza culturale, che parlassero la loro lingua e che avessero frequentato dei Master. In queste condizioni sembrano migliorare le abilità di negoziazione, lo scambio di informazioni e la compliance del paziente, con un impatto positivo sulla continuità delle cure.

Una revisione sistematica condotta da Whittemore¹⁴⁴ sull'assistenza a pazienti adulti di origine ispanica con diabete di tipo 2 ha mostrato, infine, gli effetti positivi di interventi di autogestione modificati per essere culturalmente competenti, con miglioramenti significativi in alcuni outcome clinici e comportamentali e nelle conoscenze correlate alla patologia diabetica, osservabili nella maggior parte degli studi analizzati.

¹⁴⁴ Whittemore, R. Culturally competent interventions for Hispanic adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007 Apr; 18(2):157-66

Capitolo 2 – Disegno dello studio

Il progetto di ricerca condotto all'interno del presente programma di Dottorato si articola in fasi successive, ognuna finalizzata a introdurre la successiva e approfondire i risultati della precedente.

Descriviamo di seguito le diverse dimensioni del disegno di studio, che saranno oggetto di analisi approfondita nei capitoli seguenti.

2.1 Quesito di ricerca

Il presente progetto di ricerca ha lo scopo di fornire risposte al seguente quesito:

Come si configura l'esperienza dei professionisti della salute impegnati nel fornire cura e assistenza ai pazienti appartenenti alle comunità straniere nel nostro Paese?

Per rispondere al quesito si è progettato un percorso di ricerca articolato su più livelli, che hanno coinvolto aspetti riconducibili alla ricerca sia di tipo quantitativo che qualitativo. La scelta di entrambi i tipi di approccio è scaturita da considerazioni di tipo metodologico che hanno individuato nella complementarità tra ricerca quantitativa e qualitativa (triangolazione) la strategia ottimale per il raggiungimento dei fini dello studio.

2.2 Obiettivi dello studio

L'obiettivo primario del presente progetto di ricerca è quello di descrivere gli aspetti della cura e della assistenza da parte dei professionisti della salute nei confronti del paziente straniero.

Gli obiettivi secondari ai quali mira la conduzione dello studio sono quelli di:

- Descrivere l'esperienza dei professionisti che forniscono cura e assistenza al paziente straniero;
- Evidenziare difficoltà e opportunità nel rapporto tra operatori sanitari e paziente straniero;
- Analizzare le attitudini comunicative e relazionali da parte del personale sanitario nei confronti del paziente straniero.

2.3 Disegno dello studio

Il progetto di ricerca si avvale di metodologie diverse a seconda degli aspetti analizzati nelle sue diverse fasi e si articola nei seguenti momenti:

- A. Creazione e validazione di uno strumento di rilevazione (questionario) sulle esperienze e le attitudini degli operatori sanitari;
- B. Studio osservazionale trasversale mediante l'utilizzo dello strumento;
- C. Studio qualitativo di tipo etnografico/fenomenologico.

2.4 Campione

Il campione che ha contribuito alle singole fasi della realizzazione dello studio sarà descritto in dettaglio nei capitoli seguenti. I diversi momenti del progetto di ricerca hanno coinvolto target di volta in volta differenti, allo scopo di rispettare i criteri di rigore scientifico e correttezza metodologica richiesti specificamente dalle successive fasi in cui si articola lo studio.

2.4 Strumenti e metodi

A. Il questionario è stato elaborato in base all'analisi della letteratura esistente descritta nel capitolo precedente, ed è stato sottoposto a validazione "di facciata" (pertinenza, chiarezza e neutralità del questionario) e affidabilità (*test-retest*) su campioni *ad hoc*. La valutazione della consistenza interna, mediante calcolo dell'Alpha di Cronbach, così come quella della validità di costrutto (analisi fattoriale) sono state condotte sul campione più vasto della popolazione rispondente alla Survey on-line (vedi capitoli seguenti);

B. Per condurre la parte del progetto di ricerca costituita dallo studio osservazionale trasversale, si è somministrato il questionario attraverso una Survey on-line. A questo scopo, ci si è avvalsi della collaborazione di Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica), che ci ha consentito di raggiungere un vasto campione nella popolazione degli operatori sanitari.

C. Al fine di descrivere il vissuto dei professionisti di fronte all'utenza straniera, i dati utili sono stati ottenuti attraverso l'utilizzo di interviste semistrutturate. La traccia delle interviste è stata elaborata a partire dallo studio della letteratura esistente, allo scopo di sondare gli aspetti più profondi dell'esperienza dell'operatore sanitario al cospetto del paziente straniero.

Nei capitoli seguenti verranno descritti nel dettaglio gli strumenti e i metodi utilizzati nelle diverse fasi dello studio.

2.5 Variabili studiate e modalità di analisi

A/B. La pianificazione delle procedure statistiche adottate nello studio ha avuto tre obiettivi generali:

1. Proprietà psicometriche dello strumento;
2. Dimensionalità;
3. Struttura interna del costrutto.

A tal fine i caratteri statistici considerati sono stati preliminarmente codificati e discretizzati quando necessario, e successivamente è stata verificata la sussistenza degli opportuni prerequisiti per le analisi inferenziali adottate (i.e. bilanciamento subcampionario, skewness e curtosi della distribuzione, numerosità minime). In prima analisi si sono calcolate le statistiche descrittive di tutti i caratteri statistici considerati. Successivamente si sono verificate le relazioni tra le variabili sociodemografiche operativizzabili (i.e. rispettanti le precondizioni) all'interno dello studio ed i parametri d'ordine (i.e. gli *scoring* totali e delle subscale classiche del questionario). Successivamente si sono verificate alcune proprietà psicometriche dello strumento (i.e. validità interna, validità di facciata, validità test-retest), adottando le statistiche standard Alpha di Cronbach e *r* di Pearson. Infine per valutare la dimensionalità del costrutto misurato dal nuovo strumento si è condotta una analisi fattoriale esplorativa, verificandone la consistenza interna (i.e. Alpha di Cronbach), e confrontando le migliori soluzioni tra loro e con la struttura classica, al fine di una prima validazione delle nuove potenziali scale.

I punteggi così ottenuti sono stati poi utilizzati anche per classificare i soggetti in accordo con il costrutto indagato.

C. Il materiale raccolto attraverso le interviste, una volta trascritto, è stato analizzato con il metodo Colaizzi¹⁴⁵.

Lo studio è proseguito fino al raggiungimento di una descrizione completa del fenomeno oggetto di studio.

Nell'analisi finale sono riportate citazioni fedeli delle interviste e l'esperienza personale del ricercatore nella conduzione dello studio.

¹⁴⁵ Colaizzi, P. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle, R., King, M. (eds) *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*. 1978; New York, NY: Oxford University Press

2.6 Aspetti etici e Conflitto di interessi

I dati sono stati trattati in forma anonima.

Il record delle risposte fornite attraverso i questionari non contiene alcuna informazione che identifichi i rispondenti, che hanno fornito il loro consenso informato alla partecipazione allo studio. I dati sono stati analizzati come risultati globali, in forma aggregata e per fini statistici.

Le interviste agli operatori sanitari e ai mediatori culturali condotte per le finalità del presente progetto di ricerca sono state realizzate previo conferimento del consenso informato da parte degli intervistati, e i contenuti delle stesse sono stati sottoposti ad approvazione e conferma da parte di questi ultimi prima della loro analisi.

Il sottoscritto si è impegnato alla tutela dei dati personali dei soggetti coinvolti nell'indagine, secondo quanto stabilito in materia dalla normativa nazionale (D.Lgs. 196/2003).

I soggetti coinvolti sono stati tutelati secondo quanto raccomandato nella Convenzione di Oviedo e nella dichiarazione di Helsinki.

Il sottoscritto e i collaboratori dichiarano di non aver ricevuto alcun contributo economico, né di qualsiasi altra forma, per la ricerca presentata in questo lavoro.

Per l'utilizzo della M-GUDS-S (Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form), che costituisce parte del questionario utilizzato, per la sua traduzione in italiano e il suo utilizzo per finalità di ricerca, è stata chiesta e ottenuta l'autorizzazione degli autori.

Capitolo 3 – Creazione e validazione del questionario

La realizzazione del progetto per la creazione e la validazione del questionario si è articolata nelle seguenti fasi:

1. Stesura di una versione di prova del questionario da sottoporre a validazione;
2. Determinazione della validità di facciata dello strumento;
3. Verifica del grado di stabilità del tempo dello strumento (test-retest);
4. Calcolo della validità interna mediante Alpha di Cronbach;
5. Verifica della validità di costrutto attraverso analisi fattoriale dello strumento utilizzato.

Le prime tre fasi dello studio saranno descritte in questo capitolo, la terza nel prossimo capitolo.

3.1 La versione dello strumento da sottoporre a validazione

In base all'analisi della letteratura esistente nell'ambito dell'assistenza e della cura al paziente straniero descritta nel capitolo precedente, e allo studio degli strumenti già utilizzati nei *setting* clinico-assistenziali per la misurazione dell'esperienza, delle attitudini e degli atteggiamenti del personale sanitario nei confronti dell'utenza straniera, si è predisposto uno strumento articolato in cinque sezioni, volte ognuna a indagare dimensioni diverse della realtà lavorativa del professionista in contesti di multiculturalità.

Il questionario si apre con una sezione volta alla raccolta delle informazioni di tipo anagrafico (età e anzianità lavorativa del rispondente, caratteristiche della sua attività lavorativa, area in cui presta servizio), cui segue una serie di domande sugli aspetti di formazione professionale e sulle competenze linguistiche.

Alla parte introduttiva seguono cinque sezioni, che verranno descritte in maniera più approfondita al momento della descrizione dello strumento modificato in base ai risultati del confronto con il gruppo di esperti interpellato per valutare la validità di facciata del questionario e proporre modifiche migliorative e suggerimenti:

1. "Esperienze di relazione con il paziente straniero": si sondano gli aspetti esperienziali del professionista sanitario a contatto con l'utenza straniera, comprese le eventuali difficoltà riscontrate in questo ambito;
2. "Comunicazione e mediazione culturale": la sezione raccoglie informazioni sulle strategie di comunicazione adottate dagli operatori sanitari a confronto con pazienti di origine straniera, e la loro dimestichezza con gli strumenti di mediazione culturale eventualmente presenti nelle loro Aziende di appartenenza;
3. "Competenza culturale": la sezione ha lo scopo di rilevare l'attitudine del personale sanitario e il suo grado di competenza culturale nella cura e assistenza al

paziente straniero;

4. “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”. Lo strumento si basa sul modello teorico dell’Orientamento alla Universalità-Diversità (“UDO: Universality-Diversity Orientation”), che definisce il grado di accettazione sia delle somiglianze sia delle differenze che esistono tra se stessi e le altre persone. Per quanto riguarda le sue proprietà psicometriche, si evidenziano correlazioni significative con le misure di identità razziale, empatia, femminismo, omofobia e dogmatismo. Questa scala compie un rilevante salto teorico suggerendo che l’accettazione delle differenze sia la chiave per il lavoro interculturale e per migliorare la propria competenza culturale¹⁴⁶.

5. “Il fine vita”. Chiude il questionario questa sezione, che indaga gli aspetti della gestione delle fasi del lutto e le conoscenze degli operatori sanitari dei percorsi di fine vita predisposti dalle loro Aziende di appartenenza per l’utenza straniera.

¹⁴⁶ Miville, M. L., Gelso, C. J., Liu, W., Pannu, R., Touradji, P., Holloway, P., Fuyertes, J. Appreciating similarities and valuing differences: The Miville-Guzman Universality-Diversity Scale. *Journal of Counseling Psychology*. 1999; 46, 291-307

3.1.1. Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form: traduzione e adattamento

L'architettura del questionario sottoposto al processo di validazione prevede, come descritto precedentemente, una sezione contenente la traduzione dello strumento dalla lingua inglese "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form". Una volta contattati gli autori dello stesso e ottenuta da loro autorizzazione alla traduzione e utilizzo del questionario, si è proceduto allo sviluppo della sua versione italiana. A questo scopo si sono seguite le indicazioni di Beaton et al.¹⁴⁷ per la traduzione dei questionari self-report.

È stata quindi eseguita una traduzione dall'inglese all'italiano (*forward translation*) da parte di due traduttori indipendenti e con buona conoscenza della lingua inglese nonché di madrelingua italiana; di questi un "esperto" (i.e. consapevole dei concetti esaminati nello strumento da tradurre), e l'altro nel ruolo di "*naive translator*", in quanto completamente estraneo all'argomento oggetto di indagine. I due traduttori hanno lavorato separatamente, e prodotto un report della loro traduzione, annotando le difficoltà da loro riscontrate (i.e. espressioni difficili da tradurre o incertezze). Le due versioni ottenute da questa prima fase sono state in seguito messe a confronto di fronte a un osservatore, che ha facilitato il raggiungimento di un accordo su una traduzione definitiva da inglese a italiano. La traduzione finale è stata sottoposta a un terzo traduttore, madrelingua inglese, perché procedesse a una traduzione inversa da italiano a inglese (*back translation*), per accertarsi della presenza di eventuali errori concettuali o cattiva interpretazione di termini rispetto alla versione originale.

Infine i tre traduttori, confrontate la versione originale con quella originata dalla *back translation*, hanno concordato sulla loro equivalenza semantica, idiomatica, esperienziale e concettuale. La traduzione italiana è stata quindi inclusa nel questionario da validare nella sua forma originaria di 15 item con 6 opzioni di risposta (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo).

¹⁴⁷ Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25 (24), 3186-3191

3.2 Metodologia di raccolta e analisi dei dati

Nei mesi di Maggio e Giugno 2013 lo strumento di prova nella sua interezza è stato sottoposto a validazione di facciata. I

Al campione, che verrà di seguito descritto, è stata inviata una email contenente, oltre al rationale dello studio, e alla definizione operativa dei criteri di valutazione richiesti, due link, uno dei quali consentiva l'accesso al questionario da validare, e l'altro a una griglia di valutazione per misurare l'accordo dei rispondenti sui seguenti aspetti dello stesso:

- Chiarezza e comprensibilità della lettera di presentazione;
- Chiarezza delle domande;
- Neutralità delle domande;
- Completezza delle opzioni di risposta alle domande previste;
- Completezza del questionario nella sua interezza.

La griglia prevedeva quattro opzioni di risposta per ogni domanda, con un range di punteggio da un minimo di 1 – per nulla (d'accordo), a un massimo di 4 - molto (d'accordo).

Il questionario di prova sottoposto al gruppo di lavoro era provvisto, in questa fase, di campi dedicati, alla fine di ogni sezione, alla raccolta di commenti e di eventuali suggerimenti. I rispondenti sono stati invitati a inviare le loro osservazioni sulle singole domande del questionario.

I link al questionario da validare e alla griglia di validazione rimandavano alla piattaforma Google Form© di Google Drive©, che consente la raccolta automatica dei dati di feedback su fogli elettronici per le successive elaborazioni statistiche.

I suggerimenti così raccolti sono stati condivisi e discussi con i loro autori, e hanno costituito la base per le modifiche apportate allo strumento. Il test sulla validità di facciata ha riportato punteggi alti in tutti gli item che lo componevano.

Una volta corretto secondo le indicazioni fornite, il questionario è stato sottoposto nei mesi di Luglio e Agosto 2013 a un test di stabilità (*test-retest*) su un nuovo campione, con le caratteristiche già descritte. Ai fini di valutare questo aspetto, il test è stato somministrato per due volte a distanza di 15 giorni l'una dall'altra, mediante un link di collegamento alla piattaforma Google Form© di Google Drive© inviato via email. I dati raccolti sono stati salvati automaticamente in due fogli elettronici distinti, uno per il test al "tempo 0", l'altro per il retest, per le successive elaborazioni statistiche. Nelle email inviate al campione erano contenute le informazioni relative allo studio, al trattamento delle informazioni relative agli indirizzi email, e i riferimenti del ricercatore per eventuali ulteriori richieste di informazioni.

Una volta sottoposto alle prove di validità di facciata e di stabilità al test-retest, il questionario è stato pubblicato attraverso una Survey on-line con la collaborazione

dell'Associazione Nazione Infermieri di Area Critica (Aniarti), in modo da testarlo in maniera più approfondita su una popolazione di vastità maggiore, e verificarne la validità interna attraverso l'Alpha di Cronbach. La survey on-line è stata aperta il 17 Ottobre 2013 e si è conclusa il 31 Gennaio 2014. Il questionario è stato accessibile attraverso il link sulla homepage del portale Aniarti (www.aniarti.it), ospitato sul server della stessa Aniarti, e l'operazione è stata promossa, oltre che dalla Associazione, anche dalla Università degli Studi di Firenze attraverso i propri canali. La collaborazione con Aniarti è stata fondamentale nel reclutamento dei rispondenti e nella raccolta dei dati finalizzata alla validazione del questionario.

3.3 Caratteristiche sociodemografiche del campione

I campioni reclutati per le due prime fasi del processo di validazione del questionario differiscono tra loro per numerosità e composizione, in considerazione delle peculiarità di ognuno dei due tipi di analisi rispetto all'altro. Entrambi i campioni non sono stati estratti casualmente in quanto di dimensione sufficiente alle sole procedure di Validità di facciata e Test-Retest.

3.3.1 Validazione di facciata

Il campione reclutato per sottoporre lo strumento di prova nella sua interezza a validazione di facciata è stato scelto in maniera opportunistica; tuttavia è stato privilegiato come criterio di selezione il possesso delle competenze più direttamente legate allo scopo di questa fase dello studio di validazione, con la conseguenza che il 70% del campione è caratterizzato da esperienza di ricerca e docenza. Il campione inizialmente scelto si compone di 23 elementi, 21 dei quali hanno effettivamente risposto alla chiamata e quindi partecipato allo studio. Tra questi si contano 18 infermieri e un antropologo, 14 donne e 7 uomini. Gli elementi del campione sono prevalentemente di origine toscana o comunque operanti stabilmente in questo territorio.

3.3.2 Test di stabilità

Per sottoporre il questionario in prova al test di stabilità (test-retest), si è selezionato un campione di convenienza di 39 infermieri appartenenti a diverse aree assistenziali operanti in tutta Italia. Hanno risposto alla chiamata sia per il test che per il retest 24 elementi, con le caratteristiche di età e anzianità di servizio dal conseguimento del titolo professionale indicate rispettivamente in Fig. 1 e Fig. 2.

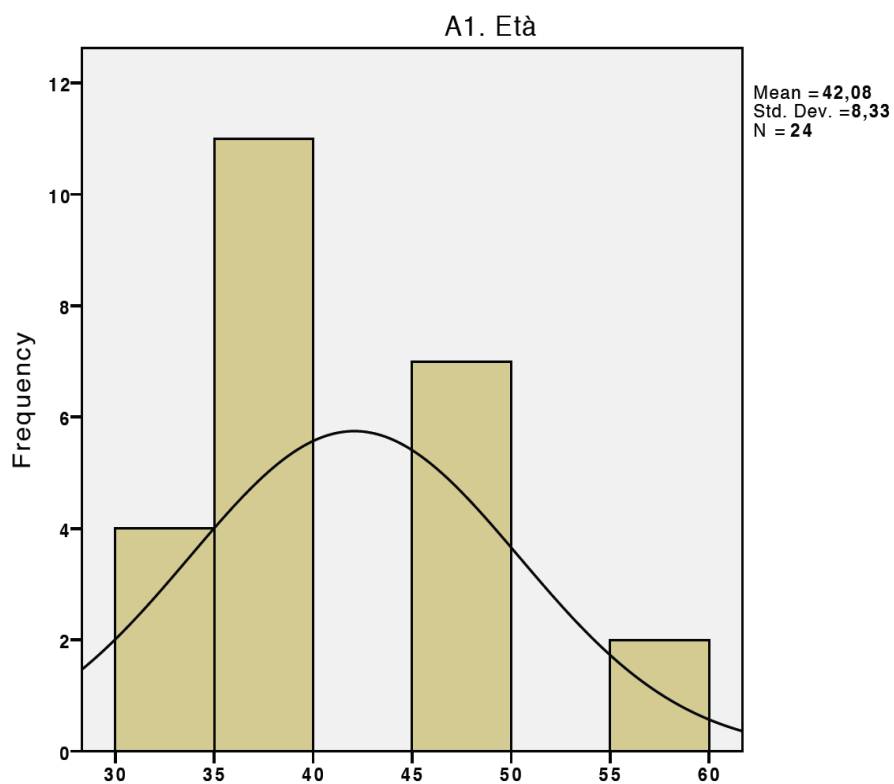


Figura 1 - Età del campione del test-retest

A4. Anzianità di servizio (dal conseguimento del titolo professionale)

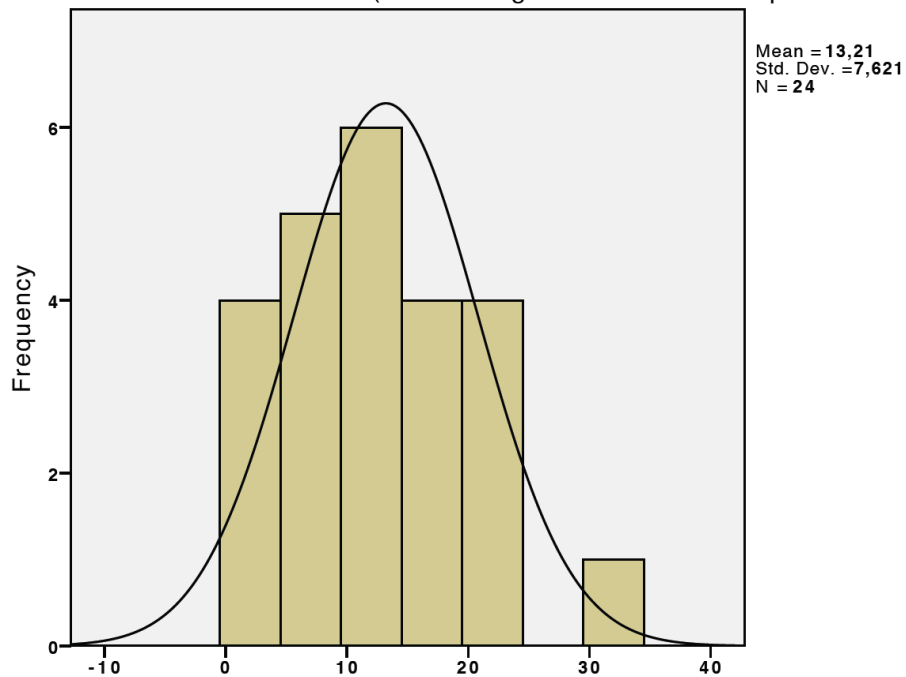


Figura 2 - Anzianità di servizio dal conseguimento del titolo professionale del campione del test-retest

La maggior parte del campione lavora nelle aree delle Terapie Intensive e dell'Emergenza-Urgenza (Fig.3), pur essendo rappresentate anche le aree medica, oncologica e della Formazione ed Educazione alla Salute.

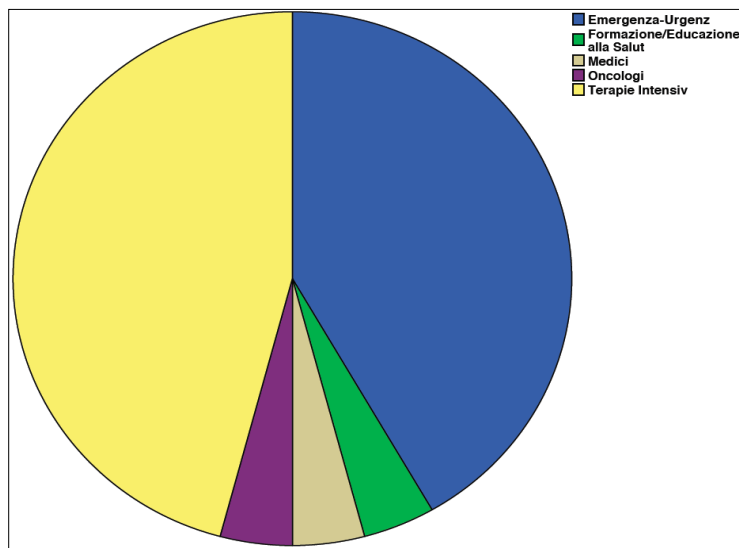


Figura 3: Area lavorativa di appartenenza dal campione del test-retest

Le aree geografiche maggiormente rappresentate nel campione sono la Toscana e l'Umbria. In linea di massima si nota come la totalità del campione lavori nel Centro-Nord d'Italia (Tab. 7).

Tabella 7 - Provenienza geografica del campione del test-retest

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------------|-----------|--------------|---------------|--------------------|
| Valid Emilia-Romag | 1 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| Friuli Venezia Giuli | 2 | 8,3 | 8,3 | 12,5 |
| Toscan | 16 | 66,7 | 66,7 | 79,2 |
| Umbr | 4 | 16,7 | 16,7 | 95,8 |
| Vene | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Le informazioni sul tipo di attività svolta dagli elementi del campione nelle loro sedi di lavoro sono illustrate in Tab. 8, mentre i dati relativi al loro titolo di studio sono riportati in Tab. 9.

Tabella 8 – Tipo di attività svolta dal campione del test-retest

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|-----------|--------------|---------------|--------------------|
| Valid Assistenza/Cura al paziente/Dirigenza I Livell | 22 | 91,7 | 91,7 | 91,7 |
| Coordinamento/Dirigenza II Livell | 1 | 4,2 | 4,2 | 95,8 |
| Formazione/Educazione alla salut | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Tabella 9 – Titolo di studio del campione del test-retest

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|--------------|---------------|--------------------|
| Valid Diploma Regionale per Infermie | 6 | 25,0 | 25,0 | 25,0 |
| Diploma Universitario per Infermie | 3 | 12,5 | 12,5 | 37,5 |
| Laurea di I livello in Infermieristi | 10 | 41,7 | 41,7 | 79,2 |
| Laurea Specialistica/Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetric | 5 | 20,8 | 20,8 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

3.4 Il questionario nella sua versione definitiva

La versione finale del questionario sottoposta a validazione, redatta in base alle indicazioni scaturite dalle osservazioni e dal confronto con il gruppo di lavoro composto da esperti precedentemente delineato, presenta la stessa struttura della versione di prova, articolata in cinque sezioni, ed è qui si seguito descritto.

Esso è introdotto da una sezione dedicata alle dimensioni sociodemografiche, che profila il rispondente in base ad età e anzianità lavorativa, alle caratteristiche dell'attività lavorativa che svolge, all'area in cui presta servizio, seguita dalla raccolta di informazioni relative agli aspetti della formazione professionale e delle competenze linguistiche.

Seguono nell'ordine le cinque sezioni, i cui contenuti e la cui composizione mostriamo qui in dettaglio:

1. "Esperienze di relazione con il paziente straniero": questa sezione, composta di 13 item (i.e. domande), indaga gli aspetti esperienziali e le eventuali difficoltà riscontrate dall'operatore sanitario nel corso della sua attività lavorativa nei confronti di pazienti appartenenti ad altre etnie.

La prima domanda della sezione (E1) ("Ha mai avuto a che fare, nell'esercizio della sua professione, con pazienti stranieri negli ultimi 3 mesi?" - risposte possibili: Sì/No) mira a selezionare, tra i rispondenti, coloro che siano in grado di riferire esperienze recenti di interazione con persone di altre etnie.

La domanda E2 ("Con che tipo di pazienti stranieri ha avuto a che fare?" - tre opzioni di risposta) indaga se le esperienze di seguito descritte siano da riferire prevalentemente a una utenza adulta, in età pediatrica o in egual misura appartenete all'una e all'altra categoria.

La domanda E3 chiede se ci siano state difficoltà nell'assistere e curare persone straniere (risposte possibili: Sì/No), e la successiva (E4) approfondisce questo aspetto invitando il rispondente a specificare gli ambiti in cui si collocano le difficoltà eventualmente riscontrate.

Segue una serie di 8 domande (da E5 a E9/D), ciascuna con 6 opzioni di risposta (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo).

Chiude la sezione la domanda E10, che invita il rispondente a dichiarare se le cause delle difficoltà nel rapporto tra paziente straniero e operatore sanitario sono da ricercare in generale più nell'operatore sanitario, nel paziente, o in egual misura nell'uno e nell'altro (3 opzioni di risposta).

2. "Comunicazione e mediazione culturale" (10 item): la sezione studia le strategie comunicative adottate dagli operatori sanitari a confronto con l'utenza straniera (Domande da C1 a C4 - scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo), e l'utilizzo dei servizi di mediazione culturale eventualmente presenti

(domanda C5 “Esiste nella sua Azienda un servizio di mediazione culturale?” - risposte possibili: Sì/No) nella loro realtà lavorativa (domande da C6 a C9 - scala da 1 a 6). Chiude la sezione la domanda C10 (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo) sulla percezione della utilità dei servizi di mediazione culturale.

3. “Competenza culturale”: la sezione, composta da 7 item, mira a sondare gli aspetti dell'attitudine del personale sanitario e del suo grado di competenza culturale nella cura e assistenza alla persona straniera, aspetti che vengono approfonditi nella sezione seguente. Le domande da CC1 a CC5 prevedono risposte con scala da 1 (per niente d'accordo) a 6 (totalmente d'accordo) su affermazioni che definiscono il concetto di competenza culturale, la CC6 (“Conosco i fattori di rischio socio-economici e ambientali che più contribuiscono ai problemi di salute dei pazienti stranieri”) prevede risposte che si collocano su una scala da 1 (per niente) a 6 (perfettamente), la CC7 (“Cerco informazioni da parte della persona, della sua famiglia o da altri informatori per rispondere ai loro bisogni di salute”) su una scala da 1 (mai) a 6 (regolarmente).
4. “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”. Questa sezione è composta da 15 item, da MGUDS1 a MGUDS15 (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo), traduzione dell'omonimo test di Miville-Guzman. La sezione ha il proposito di misurare il grado di accettazione delle somiglianze e delle differenze che possono esistere tra se stessi e gli altri.
5. “Il fine vita”. Il questionario termina con una serie di 11 item sulla gestione degli aspetti concernenti il fine vita. Le domande da FV1 a FV5 indagano l'attitudine del rispondente nei confronti della gestione del dolore e del fine vita (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo), mentre la domanda F6 (“Nell'esercizio della sua professione, ha mai avuto a che fare con la morte di una persona appartenente a una cultura diversa dalla sua?” - risposte possibili: Sì/No) fa da filtro alla compilazione della parte successiva della sezione (domande da FV7/A a FV7/E , con risposte su scala da 1 – per niente a 6 – totalmente), riservata a chi abbia vissuto l'esperienza di un decesso di un paziente straniero.

Il questionario si compone di domande con risposte obbligatorie chiuse. Il rispondente naviga all'interno del questionario accedendo alle sezioni che di volta in volta si rendono disponibili alla compilazione, a seconda delle risposte date a domande “cancello”, che smistano il percorso del rispondente in base a caratteristiche della sua esperienza o della sua realtà lavorativa.

3.5 Validazione di facciata e test di stabilità: Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati organizzati e pre-processati (i.e. standardizzati, normalizzati e trasformati quando necessario), al fine di soddisfare i prerequisiti necessari alle successive statistiche inferenziali.

La fase di *Pre-Processing* ha quindi previsto, oltre alla valutazione delle statistiche descrittive di tutte le variabili considerate dallo studio, sia continue che discrete, producendo quindi frequenze, indicatori di dispersione e di normalità della distribuzione (i.e. Skewness e Curtosi). Le procedure inferenziali necessarie alle varie fasi previste dalle validazioni considerate dal presente studio sono state tutte soddisfatte dall'uso della correlazione bivariata r di Pearson.

Dati gli obiettivi dello studio non sono stati valutati gli effetti relativi al genere, età ed altre variabili sociodemografiche intervenienti.

3.5.1 Validità di facciata

Dei 23 membri del gruppo di lavoro individuati per l'accertamento della validità di facciata del questionario, 21 hanno compilato il modello creato a questo scopo su Google Form© (91% degli interpellati), e quindi si è registrata una "mortalità" del campione tollerabile del 9%. Il test ha riportato punteggi alti in tutti gli item che lo componevano (Fig. 4, 5, 6, 7, 8). Per tutti gli item ("la lettera di presentazione del questionario "La sanità transculturale: nuove necessità nella cura e nell'assistenza allo straniero" è chiara e comprensibile"; "le domande del questionario sono chiare"; "le domande del questionario sono neutre"; "le risposte del questionario sono complete"; "il questionario è completo"), la maggior parte delle risposte (>90%) dei 21 componenti il gruppo di lavoro che hanno risposto all'appello si colloca tra le modalità "molto" e "abbastanza". Il giudizio complessivo sulla validità di facciata è quindi da considerare nettamente positivo.

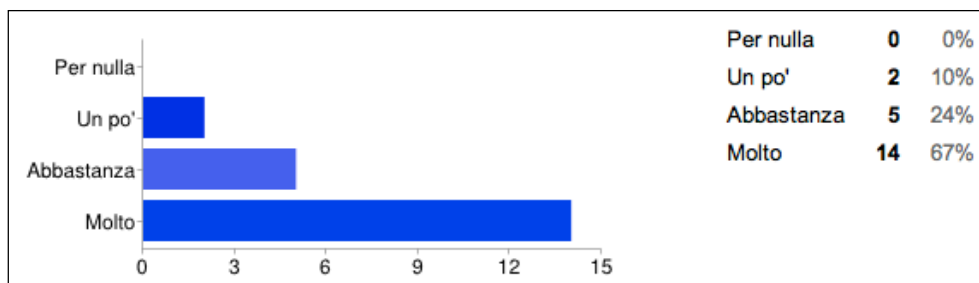


Figura 5 - La lettera di presentazione del questionario "La sanità transculturale: nuove necessità nella cura e nell'assistenza allo straniero" è chiara e comprensibile

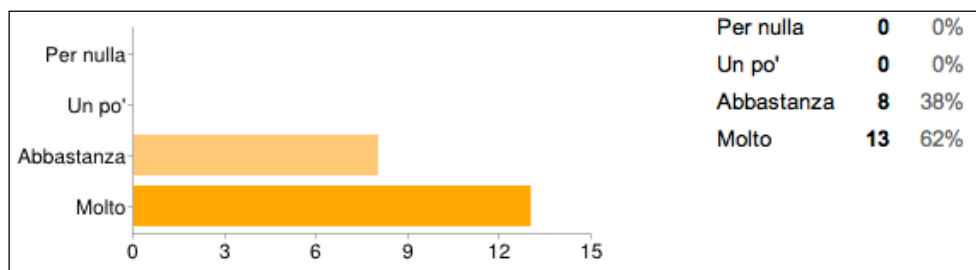


Figura 4: Le domande del questionario "La sanità transculturale: nuove necessità nella cura e nell'assistenza allo straniero" sono chiare

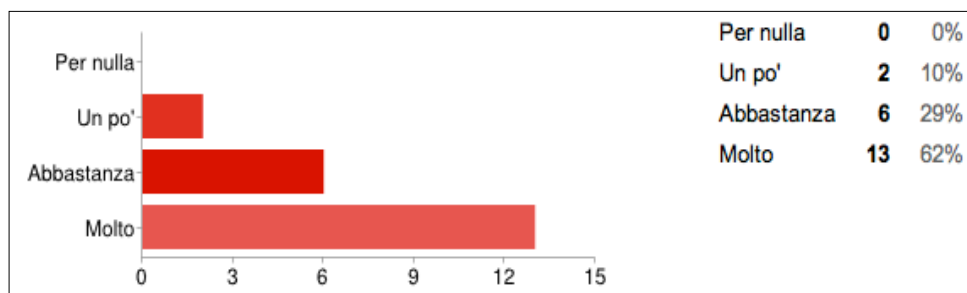


Figura 6: Le domande del questionario "La sanità transculturale: nuove necessità nella cura e nell'assistenza allo straniero" sono neutre (non sono tendenziose e non inducono il rispondente verso una specifica risposta)

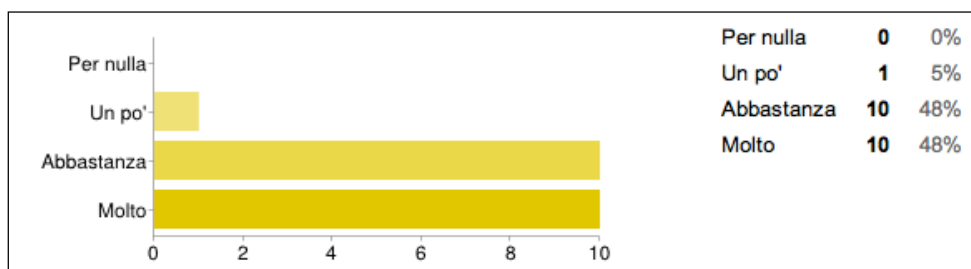


Figura 7: Le risposte del questionario "La sanità transculturale: nuove necessità nella cura e nell'assistenza allo straniero" sono complete (per ogni domanda sono inserite tutte le possibili opzioni di risposta)

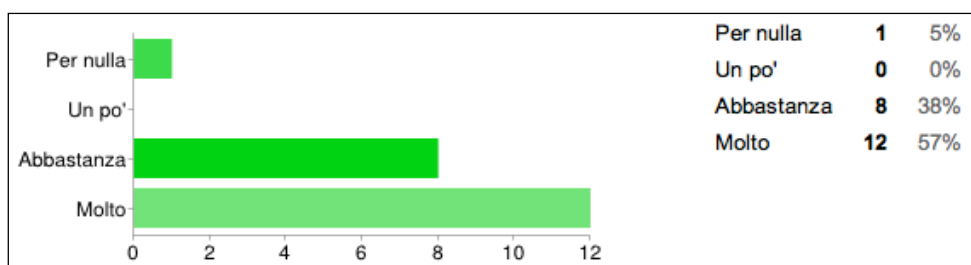


Figura 8: Il questionario "La sanità transculturale: nuove necessità nella cura e nell'assistenza allo straniero" è completo (vengono indagate tutte le dimensioni e gli aspetti importanti dell'argomento in questione)

3.5.2 Stabilità e sensitività degli item e delle scale al test-retest

La valutazione sulla stabilità e sensitività del questionario è stata condotta su un campione di convenienza di 39 infermieri con il metodo del *test-retest*. Dei soggetti contattati, 31 hanno aderito alla prima chiamata ("test") (79%), e 24 di questi ultimi hanno risposto anche alla seconda chiamata ("retest"), quindi raggiungendo il 62% sul totale dei soggetti contattati, ed il 77% sul numero dei rispondenti alla prima chiamata. L'analisi della correlazione tra test e retest ha evidenziato l'esistenza di due classi di item, una delle quali caratterizzata da punteggi elevati nell'indice di correlazione di Pearson, quindi dotati di buona stabilità temporale, e l'altra da valori di significato opposto.

L'interpretazione dei risultati porta ad attribuire al questionario una forte stabilità negli item associabili alla attitudine personale del rispondente nei confronti del paziente straniero e un alto grado di sensibilità negli item più direttamente riconducibili a fattori esperienziali.

In particolare, i risultati del test-retest hanno evidenziato una marcata sensibilità dello strumento ai cambiamenti prodotti dall'esperienza di assistenza sulla percezione degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti.

Lo strumento può quindi rivelarsi utile per indagare due dimensioni distinte che caratterizzano e influenzano l'agire professionale: lo *stato* dell'operatore sanitario in un dato momento della sua esperienza lavorativa, cioè la condizione mentale temporanea non dovuta alle caratteristiche della sua personalità, e, dall'altro lato, gli elementi che più lentamente sono cambiati e influenzati dall'esperienza, vale a dire il *tratto*, cioè quei fattori significativi e relativamente stabili nella personalità di un individuo.

I dieci item che hanno registrato le migliori performance nell'indice di Correlazione di Pearson (r) (Media: 0,79; Range: 0,737-0,838) sono descritti in Tab. 10.

| ITEM | r | p. |
|---|-------|-------------|
| C6. Quanto conosce i servizi di mediazione culturale attivabili nella sua Azienda? | 0,838 | $p. < 0.01$ |
| E9. Il paziente straniero e i suoi familiari: [C. Rispettano gli orari previsti per visite e appuntamenti] | 0,815 | $p. < 0.01$ |
| M-GUDS-S 13. Frequento eventi dove potrei conoscere persone di diverse estrazioni etniche | 0,812 | $p. < 0.01$ |
| M-GUDS-S 4. Mi piacerebbe andare a ballare dove si suonano musiche di altri paesi | 0,807 | $p. < 0.01$ |
| C3. Cerco di imparare e di usare le parole chiave di una lingua straniera in modo da essere in grado di comunicare meglio con la persona e la sua famiglia | 0,806 | $p. < 0.01$ |
| C2. Cerco di trovare la strategia più adatta per comunicare con la persona e la sua famiglia, ad esempio ricorrendo a messaggi scritti, a traduttori on-line, immagini... | 0,802 | $p. < 0.01$ |
| E9. Il paziente straniero e i suoi familiari: [A. Rispettano il mio ruolo professionale] | 0,751 | $p. < 0.01$ |
| FV7. In caso di decesso di un paziente straniero: [E. Mi interessa a quello che accade una volta che il corpo del defunto viene allontanato dal mio Servizio] | 0,75 | $p. < 0.01$ |
| FV7. In caso di decesso di un paziente straniero: [D. Conosco il percorso che segue il corpo del paziente una volta che viene allontanato dal mio Servizio] | 0,743 | $p. < 0.01$ |
| E9. Il paziente straniero e i suoi familiari: [B. Aderiscono alle indicazioni fornite da me e dai miei colleghi e collaboratori] | 0,737 | $p. < 0.01$ |

Tabella 10 - Item del questionario con Indice di Correzione di Pearson (r) massima al test-retest. Ogni valore riportato è significativo ad un livello $p. < 0.01$.

Questi item sono associabili alla percezione che il professionista ha del proprio agire professionale (e.g. riguardo al modo di porsi, alle strategie di comunicazione adottate), del proprio ruolo professionale, oltre che al rispetto di prassi e procedure consolidate, o a tratti della personalità che interessino in via teorica l'approccio alla multiculturalità. Questi aspetti tendono a rimanere costanti nel tempo e a non risentire, se non in misura marginale, delle singole esperienze di contatto con il paziente straniero e i suoi familiari.

La Tab. 11 elenca, invece, i dieci item con i valori dell'indice di Pearson più bassi (Media $r = 0,23$, Range: 0,036-0,349), e spesso non significativi.

| ITEM | r | p. |
|--|-------|----|
| CC1. Il concetto di famiglia può essere definito in maniera diversa nelle differenti culture (es. definizione di parenti, ruolo di padrini/madrine...) | 0,349 | NS |
| C8. In quanto operatore sanitario, quanto si sente in dovere di attivare in caso di necessità i servizi di mediazione culturale? | 0,344 | NS |
| E5. Mi sento a mio agio nell'assistere una persona straniera | 0,320 | NS |
| FV3. Sono interessato a conoscere le specificità delle altre culture riguardo agli aspetti della morte | 0,312 | NS |
| M-GUDS-S 9. È davvero difficile per me sentirmi vicino ad una persona di un'altra etnia | 0,289 | NS |
| M-GUDS-S 11. Quando inizio a conoscere qualcuno, mi piace sapere in che modo lui/lei è sia diverso/a da me che simile a me | 0,286 | NS |
| M-GUDS-S 6. Mi sento a mio agio solo con persone della mia etnia | 0,218 | NS |
| M-GUDS-S 14. Conoscere le diverse esperienze di altre persone mi aiuta a capire meglio i miei problemi | 0,123 | NS |
| E6. L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro | 0,105 | NS |
| FV5. Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture | 0,036 | NS |
| M-GUDS-S 3. Fare la conoscenza di una persona appartenente a un'altra etnia di solito mi mette a disagio | 0,009 | NS |

Tabella 11 - Item del questionario con Indice di Correlazione di Pearson (r) e significatività statistica minimi ($p.$) al test-retest

L'oggetto delle domande, in questo caso, esplora aspetti più direttamente influenzabili dall'esperienza professionale, e che possono variare in maniera apprezzabile anche in un arco di tempo relativamente breve, come ad esempio l'idea che si ha un determinato gruppo etnico e delle sue caratteristiche culturali, il proprio vissuto, professionale e non, nei confronti delle persone di altre etnie, o l'atteggiamento nei confronti dell'altro.

Tra questi due poli si collocano gli altri item che compongono il questionario, con punteggi intermedi, e quindi con validità test-retest non ovvia.

Come già descritto, il questionario di compone di 5 sezioni: "Esperienze di

relazione con il paziente straniero”, “Comunicazione e mediazione culturale”, “Competenza culturale”, “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”, “Il fine vita”.

Le singole scale possono essere esaminate mettendo in relazione la somma dei punteggi raccolti per ognuna di esse da parte di ogni rispondente alla prima somministrazione (T1) e alla seconda (T2), e calcolando inoltre le differenze tra gli stessi punteggi raccolti nei due diversi momenti. Media, mediana e moda, assieme a deviazione standard, varianza, skewness e curtosi di questi valori sono descritte in Tab. 12.

Tabella 12 - Totali e Differenze delle cinque scale componenti il questionario a T1 e T2

| | Tot_E_T1 | | Tot_E_T2 | | Tot_C_T1 | | Tot_C_T2 | | Tot_M_Guds_T1 | | Tot_M_Guds_T2 | | Tot_FV_T1 | | Tot_FV_T2 | | Diff_E | | Diff_C | | Diff_CC | | Diff_M_Guds | | Diff_FV | |
|-------------------------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|---------------|---------|---------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|---------|---------|---------|
| | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing | Valid | Missing |
| N | 20 | 4 | 22 | 2 | 17 | 7 | 18 | 6 | 24 | 0 | 24 | 0 | 24 | 0 | 24 | 0 | 20 | 4 | 16 | 8 | 24 | 0 | 24 | 0 | 24 | 0 |
| Mean | 21,5500 | | 22,0000 | | 38,3529 | | 37,4444 | | 28,6250 | | 26,0833 | | 37,9167 | | 37,1250 | | ,5000 | | -1,5000 | | -0,0417 | | -2,5417 | | -7,9117 | |
| Median | 21,0000 | | 21,5000 | | 39,0000 | | 37,5000 | | 25,5000 | | 25,0000 | | 38,0000 | | 37,0000 | | ,0000 | | -5,0000 | | -1,0000 | | -2,5000 | | -5,0000 | |
| Mode | 21,00 | | 21,00 | | 32,00 | | 24,00 | | 24,00 | | 22,00 | | 38,00 | | 37,00 | | -1,00 | | 2,00 | | -4,00 | | -3,00 | | -3,00 | |
| Std. Deviation | 6,27002 | | 5,08967 | | 6,35355 | | 7,67135 | | 9,67656 | | 9,08375 | | 5,69452 | | 5,92939 | | 3,92696 | | 4,70461 | | 4,17528 | | 6,32441 | | 3,42598 | |
| Variance | 39,313 | | 25,905 | | 40,368 | | 58,850 | | 93,636 | | 82,514 | | 32,428 | | 35,158 | | 15,421 | | 22,133 | | 17,433 | | 39,998 | | 11,737 | |
| Skewness | -,350 | | -,150 | | -,870 | | -,320 | | 1,175 | | ,795 | | -,569 | | -,561 | | ,197 | | -,193 | | ,771 | | -,366 | | -,052 | |
| Std. Error of Skewness | ,512 | | ,491 | | ,550 | | ,536 | | ,472 | | ,472 | | ,472 | | ,472 | | ,512 | | ,564 | | ,472 | | ,472 | | ,472 | |
| Kurtosis | -,125 | | -,295 | | 1,523 | | -,690 | | ,788 | | 1,607 | | ,484 | | ,452 | | 1,251 | | -1,687 | | ,673 | | ,085 | | -,328 | |
| Std. Error of Kurtosis | ,992 | | ,953 | | 1,063 | | 1,038 | | ,918 | | ,918 | | ,918 | | ,918 | | ,992 | | 1,091 | | ,918 | | ,918 | | ,918 | |
| Minimum | 8,00 | | 11,00 | | 22,00 | | 24,00 | | 16,00 | | 9,00 | | 24,00 | | 24,00 | | -8,00 | | -8,00 | | -7,00 | | -17,00 | | -8,00 | |
| Maximum | 31,00 | | 30,00 | | 49,00 | | 49,00 | | 54,00 | | 52,00 | | 48,00 | | 47,00 | | 10,00 | | 5,00 | | 11,00 | | 9,00 | | 6,00 | |

Possiamo inoltre analizzare i valori di Correlazione di Pearson (r) per ognuna delle cinque scale, evidenziando le peculiarità dello “strumento questionario” riguardo a ciascuna di esse alla prova del test-retest.

Come mostrato nella tabella 13, che raccoglie i calcoli delle correlazioni esistenti tra i totali (TOT) e le differenze (Diff) dei punteggi delle risposte ottenute al T1 e al T2, le singole scale che compongono il questionario presentano ciascuna un alto indice di correlazione di Pearson al test-retest (tra totali), con livelli di significatività statistica ottimali ($p < 0.01$).

Tabella 13 - Correlazione Totali e Differenze delle cinque scale componenti il questionario tra T1 e T2

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|---------------|---------------|-------------|-------------|--------------|--------------|------------|-------------|--------------|
| | | Tot_E_T1 | Tot_E_T2 | Tot_C_T1 | Tot_C_T2 | Tot_CC_T1 | Tot_CC_T2 | Tot_M_Guds_T1 | Tot_M_Guds_T2 | Tot_FV_T1 | Tot_FV_T2 | Diff_E | Diff_C | Diff_CC | Diff_M_Guds | Diff_FV |
| | Pearson Correlation | 1 | ,783 | ,631 | ,656 | | | ,453 | ,498 | ,533 | | -,531 | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | $p < 0.05$ | $p < 0.05$ | $p < 0.05$ | | $p < 0.05$ | | | | |
| | Pearson Correlation | ,783 | 1 | ,527 | ,676 | | | ,468 | ,639 | ,580 | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | $p < 0.05$ | $p < 0.01$ | | | $p < 0.05$ | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | | | | |
| | Pearson Correlation | ,631 | ,527 | 1 | ,787 | | | | | ,701 | | | | | | -,515 |
| | Sig. (2-tailed) | $p < 0.01$ | $p < 0.05$ | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | | | $p < 0.01$ | | | | | | $p < 0.05$ |
| | Pearson Correlation | ,656 | ,676 | ,787 | 1 | | | | | ,513 | | | ,513 | | | |
| | Sig. (2-tailed) | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | | | $p < 0.05$ | | | $p < 0.05$ | | | |
| | Pearson Correlation | | | 1 | ,548 | 1 | | ,416 | ,441 | ,462 | | | -,635 | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | $p < 0.05$ | $p < 0.05$ | $p < 0.05$ | | | $p < 0.01$ | | | |
| | Pearson Correlation | | | ,548 | | ,416 | | 1 | ,774 | | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | | $p < 0.01$ | | $p < 0.05$ | | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | | | | | $p < 0.05$ |
| | Pearson Correlation | ,453 | | | | | | 1 | ,774 | 1 | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | $p < 0.05$ | | | | | | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | | | | |
| | Pearson Correlation | ,498 | ,468 | | | ,441 | | ,774 | 1 | | | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | $p < 0.05$ | $p < 0.05$ | | | $p < 0.05$ | | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | | | | | |
| | Pearson Correlation | ,533 | ,639 | ,701 | ,513 | ,462 | | | | 1 | ,827 | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | $p < 0.05$ | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | $p < 0.05$ | $p < 0.05$ | | | | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | | | |
| | Pearson Correlation | | ,580 | | | | | | | ,827 | 1 | | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | $p < 0.01$ | | | | | | | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | | | | | |
| | Pearson Correlation | ,531 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | $p < 0.05$ | | | | | | | | | | $p < 0.05$ | | | | |
| | Pearson Correlation | | | | ,513 | | | | | | | 1 | ,512 | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | | | $p < 0.05$ | | | | | | | $p < 0.05$ | $p < 0.05$ | | | |
| | Pearson Correlation | | | | | -,635 | | | | | | | ,512 | 1 | | |
| | Sig. (2-tailed) | | | | | $p < 0.01$ | | | | | | | $p < 0.05$ | $p < 0.05$ | | |
| | Pearson Correlation | | | | | | | -,418 | | | | | | | 1 | |
| | Sig. (2-tailed) | | | | | | | $p < 0.05$ | | | | | | | $p < 0.05$ | |
| | Pearson Correlation | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | $p < 0.05$ |

Legenda Tabelle 12-13

| | |
|---------------|---|
| E | Esperienze di relazione con il paziente straniero |
| C | Comunicazione e mediazione culturale |
| CC | Competenza culturale |
| M-GUDS | Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S) |
| FV | Fine vita |

In particolare, registrano le più alte performance le scale che misurano gli aspetti riguardanti “Il fine vita” ($r=0,827$), la “Comunicazione e mediazione culturale” ($r= 0,787$), le “Esperienze di relazione con il paziente straniero” ($r=0,783$), e il “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)” ($r= 0,774$). Registra un indice di Correlazione di

Pearson inferiore ($r= 0,548$) soltanto la scala sulla “Competenza culturale” degli operatori.

Se si esamina più a fondo la Tab. 13, si notano:

1. Una correlazione positiva tra la somma dei valori associati alle risposte della sezione “Esperienze di relazione con il paziente straniero” e quelli delle risposte della sezione “Comunicazione e mediazione culturale”, sia nelle risposte raccolte al T1 che al T2. Il dato mette in luce il nesso tra la positività della esperienza vissuta da parte del rispondente e la capacità di attivazione delle risorse comunicative personali o dei servizi di mediazione aziendali quando ci si trovi di fronte a un paziente straniero o ai suoi familiari.

2. Una correlazione positiva tra i valori della sezione “Esperienze di relazione con il paziente straniero” e quelli del “Fine vita”, sia nella prima somministrazione del questionario ($r=0,533$, $p.<0.05$), che nella seconda somministrazione ($r=0,580$, $p.<0.01$). Questa correlazione può essere interpretata in maniera simile a quella descritta al punto precedente: il questionario associa la qualità dell’esperienza dell’operatore sanitario al cospetto di un paziente straniero e della sua famiglia, a una più attenta e consapevole gestione della la fase del fine vita.

3. Una correlazione, sia pur più debole, tra le somme delle sezioni “Esperienze di relazione con il paziente straniero” e “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)” ($r=0,453$, $p.<0.05$ nella prima somministrazione; $r=0,468$, $p.<0.05$ nella seconda). Tale dato indica un prevedibile parallelismo tra la qualità dell’esperienza vissuta dall’operatore e il suo grado di competenza culturale, come registrato dallo strumento M-GUDS-S.

Se si considerano i campi riguardanti le differenze tra i valori ottenuti tra prima e la seconda somministrazione del questionario, otteniamo le seguenti conclusioni:

4. Migliori sono i punteggi ottenuti al T1 nella scala "Esperienze di relazione con il paziente straniero", e quindi più positiva è l'esperienza riferita dall'operatore sanitario nei confronti del paziente straniero, tanto minori saranno le differenze riscontrabili tra T1 e T2 per la medesima scala ($r = -0,531$, $p < 0,05$): un'esperienza assistenziale migliore sembra mantenere la propria percezione nell'operatore più costante nel tempo; più positiva è l'esperienza riferita dall'operatore sanitario nei confronti del paziente straniero, infatti, tanto più sottili possiamo prevedere le differenze registrate nei due momenti di rilevazione.

5. Maggiori sono i punteggi raccolti al T1 nella scala "Comunicazione e mediazione culturale", minori saranno le differenze nella scala del "Fine vita" tra T1 e T2 ($r = -0,515$, $p < 0,05$): un approccio costruttivo alla comunicazione sembra rendere più stabile l'atteggiamento dell'operatore nell'affrontare gli eventi luttuosi.

6. Maggiori sono i punteggi al T1 nella scala "Competenza culturale", minori sono le differenze che si registrano tra le rilevazioni al T1 e al T2 ($r = -0,635$, $p < 0,01$); lo stesso dicasi per i punteggi sulla competenza culturale rilevati dal "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)", anche se in questo caso la correlazione che si osserva è più debole ($r = -0,418$, $p < 0,05$): un maggiore livello di competenza culturale tende a mantenersi relativamente costante nel tempo;

7. Differenze maggiori tra T1 e T2 nei punteggi sulla "Competenza culturale" si accompagnano a differenze maggiori anche nei punteggi sulla "Comunicazione e mediazione culturale" ($r = 0,512$, $p < 0,05$). L'analisi delle risposte al questionario mostra come, se variano i livelli di competenza culturale rilevati tra T1 e T2, si adeguino di conseguenza anche i punteggi relativi alle strategie adottate per entrare in comunicazione con l'assistito di origine straniera.

Le implicazioni sulle differenze riscontrate al test-retest del genere dei rispondenti sono state analizzate in maniera accurata. Per quanto riguarda il genere, questo non mostra avere nessuna relazione significativa con nessuno dei punteggi al test, permettendoci di escludere quindi la necessità di sviluppare norme di valutazione differenti in funzione di tale fattore.

Tabella 14 Correlazioni tra età, anzianità di servizio (dal conseguimento del titolo) e Differenze nei punteggi delle risposte tra T1 e T2

| | | A1. Età | A4. Anzianità di servizio (dal conseguimento del titolo professionale) |
|--|---------------------|---------|--|
| Età | Pearson Correlation | 1 | ,842 |
| | Sig. (2-tailed) | | <0.01 |
| | N | 24 | 24 |
| Anzianità di servizio (dal conseguimento del titolo professionale) | Pearson Correlation | ,842 | |
| | Sig. (2-tailed) | <0.01 | |
| | N | 24 | |
| Diff_CC | Pearson Correlation | | ,459 |
| | Sig. (2-tailed) | | <0.05 |
| | N | | 24 |
| Diff_M_Guds | Pearson Correlation | -,469 | |
| | Sig. (2-tailed) | <0.05 | |
| | N | 24 | |

Dai dati riassunti in Tab. 14 si evince una correlazione negativa di media entità e statisticamente significativa ($r = -0.469$, $p < 0.05$) tra età del campione e differenze nei punteggi riportati nella scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)". Il dato suggerisce come, con l'avanzare dell'età tendano a mantenersi più stabili nel tempo le risposte che riguardano l'accettazione della diversità. La stessa tabella suggerisce invece una correlazione positiva tra anzianità di servizio e competenze culturali: con l'aumentare dell'anzianità di servizio crescono le differenze riportate nelle risposte della scala "Competenza culturale", cioè le risposte del campione in questo ambito sono meno stabili nel tempo.

Capitolo 4 - La Survey on-line

4.1 La creazione del logo

Prima della pubblicazione del questionario sul portale di Aniarti, e l'inizio della Survey on-line, si è ritenuto opportuno accompagnare questa fase della ricerca con un logo che la rendesse ben riconoscibile e che esercitasse un buon appeal sul pubblico potenziale dei rispondenti. Con questo intento, si è richiesta la collaborazione dell'artista di Arte



Figura 9 - Il logo della Survey on-line, realizzato dall'artista Mauro Moriconi

Contemporanea

Mauro Moriconi, che, attraverso la sua produzione artistica, si è sempre dimostrato sensibile ai temi della accoglienza e della attenzione alle diversità. Il logo che è

uscito dallo sforzo dell'artista tende a rappresentare, in maniera graficamente snella ed essenziale, i temi della transculturalità e della inclusione, dimensioni di analisi cruciali per Survey che sarebbe di lì a poco iniziata.

4.2 Caratteristiche sociodemografiche del campione della survey on-line

Dopo essere stato sottoposto ai test di validità di facciata e di stabilità al test-retest, i cui risultati sono stati sopra descritti, il questionario è stato divulgato mediante una survey on-line ospitata e promossa da Aniarti, aperta per il periodo dal 17 Ottobre 2013 al 31 Gennaio 2014. Durante questo tempo, il test è stato iniziato da un totale di 258 rispondenti, 206 dei quali lo hanno compilato in maniera completa.

Come descritto in Fig. 10, la maggior parte del campione appartiene alla quarta decade di vita, con valori di anzianità di servizio che presentano due picchi attorno ai dieci e ai venti anni, probabile conseguenza di due cicli di assunzione da parte delle aziende sanitarie per le quali lavorano (Fig. 11).

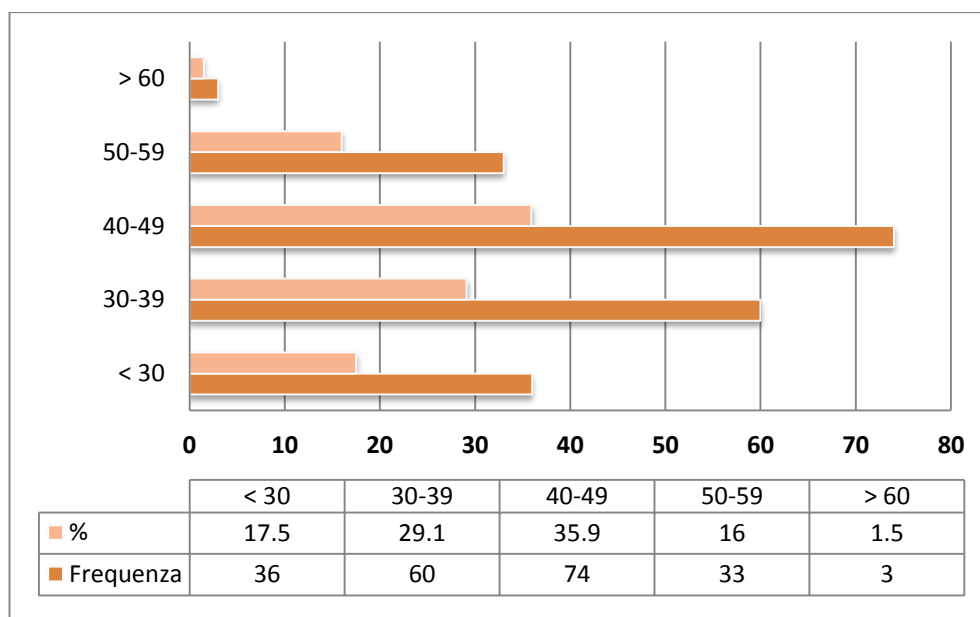


Figura 10 – Età del campione della Survey

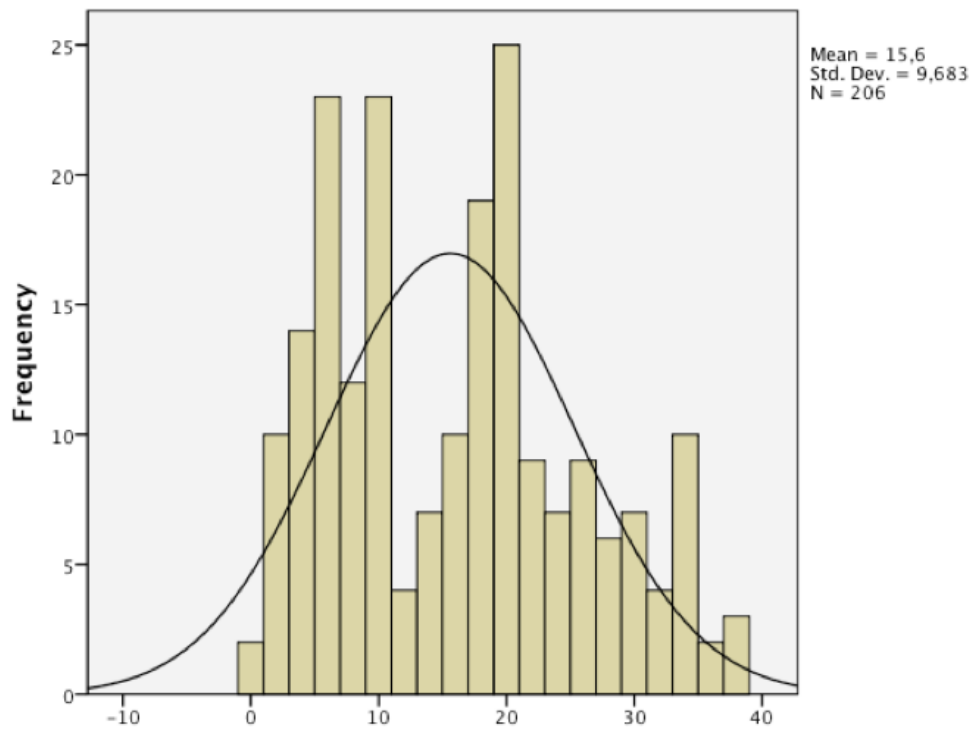


Figura 11 – Anzianità di servizio (dal conseguimento del titolo professionale) del campione della Survey

La maggior parte dei rispondenti (60%) che compongono il campione è di sesso femminile (Tab. 15), e il 97% di loro è di origine italiana (Tab. 16).

Tabella 15 – Genere del campione della Survey

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--------|-----------|-------|------------|
| F | 124 | 60,2 | 60,2 |
| M | 82 | 39,8 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

Tabella 16 – Nazionalità del campione della Survey

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|----------|-----------|-------|------------|
| Altro | 6 | 2,9 | 2,9 |
| Italiana | 200 | 97,1 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

I rispondenti alla Survey, rivolta a coloro che esercitano le professioni di infermiere, medico e ostetrica, sono per la quasi totalità (97%) infermieri (Tab. 17). Il dato può essere spiegato considerando la strategia scelta per la sua divulgazione, che è avvalsa in misura prevalente della collaborazione di Aniarti. Lo stesso fatto spiega il peso relativo dei rispondenti che svolgono il loro lavoro in contesti di Terapia Intensiva e di Emergenza-Urgenza (Fig. 12). Restano rappresentate, sia pur in misura minore, anche le attività di tipo organizzativo (n. =3), quelle facenti capo alle direzioni infermieristiche e sanitarie (n.= 5), e realtà cliniche quali la emodialisi/nefrologia (n. =3), la riabilitazione (n.= 3) e la donazione organi (n.= 2).

Tabella 17 – Professione esercitata dal campione della Survey

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--------------|-----------|-------|------------|
| Infermiere/a | 200 | 97,1 | 97,1 |
| Medico | 4 | 1,9 | 99,0 |
| Ostetrico/a | 2 | 1,0 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

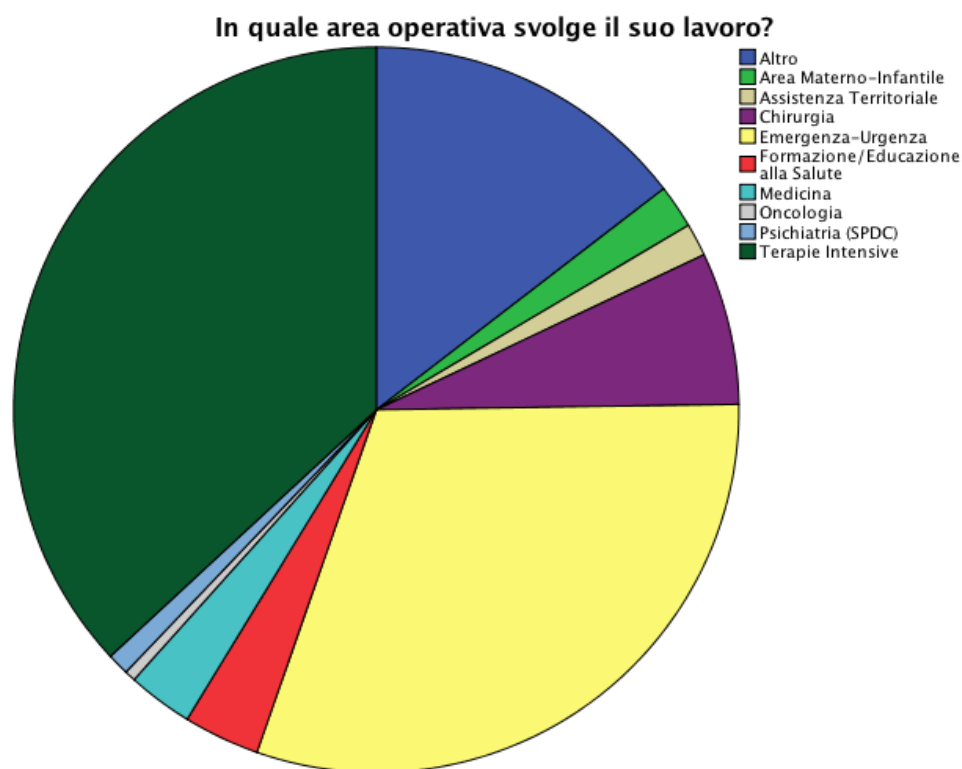


Figura 12 – Area di svolgimento dell'attività lavorativa del campione della Survey

La provenienza geografica del campione della Survey si concentra nelle aree del Centro e Nord d'Italia, con una rappresentanza marginale delle regioni meridionali e insulari (Tab. 18).

Tabella 18 – Provenienza geografica del campione della Survey

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|-----------------------|------------------|----------|-------------------|
| Abruzzo | 2 | 1,0 | 1,0 |
| Basilicata | 1 | ,5 | 1,5 |
| Campania | 3 | 1,5 | 2,9 |
| Emilia Romagna | 43 | 20,9 | 23,8 |
| Friuli Venezia Giulia | 13 | 6,3 | 30,1 |
| Lazio | 7 | 3,4 | 33,5 |
| Liguria | 10 | 4,9 | 38,3 |
| Lombardia | 17 | 8,3 | 46,6 |
| Marche | 2 | 1,0 | 47,6 |
| Piemonte | 5 | 2,4 | 50,0 |
| Puglia | 3 | 1,5 | 51,5 |
| Sardegna | 4 | 1,9 | 53,4 |
| Sicilia | 6 | 2,9 | 56,3 |
| Toscana | 44 | 21,4 | 77,7 |
| Trentino Alto Adige | 3 | 1,5 | 79,1 |
| Umbria | 26 | 12,6 | 91,7 |
| Veneto | 17 | 8,3 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

Il 22% circa del campione è in possesso di una laurea magistrale (19% rappresentato da infermieri e ostetriche con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e il 2% da personale medico), e il 40% di una laurea di primo livello (Tab. 19).

Tabella 19 – Titolo di studio in possesso dei rispondenti alla Survey

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--|-----------|-------|------------|
| Altro (es. titolo estero riconosciuto) | 5 | 2,4 | 2,4 |
| Diploma Regionale per Infermiere | 51 | 24,8 | 27,2 |
| Diploma Universitario per Infermiere | 19 | 9,2 | 36,4 |
| Dottorato di Ricerca | 2 | 1,0 | 37,4 |
| Laurea di I livello in Infermieristica | 84 | 40,8 | 78,2 |
| Laurea di I livello in Ostetricia | 2 | 1,0 | 79,1 |
| Laurea Specialistica/Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche | 39 | 18,9 | 98,1 |
| Medico | 4 | 1,9 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

Dei 202 rispondenti infermieri o ostetriche, ben 94 sono in possesso di un Master (Tab. 20). Tra questi, 50 sono Master in Management/Coordinamento, 22 in terapia Intensiva, 19 in Emergenza-Urgenza, 7 in Infermieristica forense/responsabilità professionale, 3 in Infermieristica Transculturale, 2 in Infermieristica territoriale e di comunità/Sanità Pubblica. Un buon numero di rispondenti possiede più di un titolo di Master (125 titoli di Master dichiarati a fronte di 94 persone dichiarate in possesso del titolo). I 4 elementi per i quali risulta “non disponibile” il dato sul possesso di Master in Tab. 20 coincidono con i 4 medici che hanno partecipato alla Survey: si ricorda che per i rispondenti medici il questionario non prevede la domanda sul possesso del titolo di Master.

Tabella 20 – Rispondenti con titolo di Master

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|-----------------|-----------|-------|------------|
| NO | 108 | 52,4 | 52,4 |
| Non disponibile | 4 | 1,9 | 54,4 |
| Sì | 94 | 45,6 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

La maggior parte del campione (oltre il 70%, Tab. 21) svolge attività a stretto contatto con il paziente, mentre circa 1/3 si dedica a compiti di coordinamento e dirigenza di II livello (se appartenente al personale medico). Oltre 2/3 del campione (68%, Tab. 22) articola i propri turni di lavoro sulle 24 ore.

Tabella 21 – Tipo di attività svolta dal campione della Survey

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--|-----------|-------|------------|
| Altro | 15 | 7,3 | 7,3 |
| Assistenza/Cura al paziente/Dirigenza I Livello | 152 | 73,8 | 81,1 |
| Coordinamento/Dirigenza II Livello | 33 | 16,0 | 97,1 |
| Formazione/Educazione alla salute | 6 | 2,9 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

Tabella 22 – Tipo di turnazione svolta dal campione della Survey

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|---------------------------------|-----------|-------|------------|
| 12 ore (orario diurno) | 65 | 31,6 | 31,6 |
| 24 ore (orario diurno/notturno) | 141 | 68,4 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

Il 70% del campione (Tab. 23) parla altre lingue oltre l'italiano: la maggior parte parla inglese (62%), ma una buona percentuale (21%) parla francese, il 9% lo spagnolo, il 3% il tedesco. Quasi nessuno parla le lingue delle popolazioni immigrate più rappresentate sul nostro territorio (solo un rispondente dichiara di parlare cinese, 2 dei rispondenti dichiarano di parlare arabo). Le lingue africane sono rappresentate dagli unici due rispondenti che dichiarano di parlare tigrino. Pochissimi dicono di parlare serbo-croato (2), 3 di conoscere il rumeno.

Tabella 23 – “Parla altre lingue oltre all'italiano?”

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--------|-----------|------|------------|
| NO | 61 | 29,6 | 29,6 |
| SI | 145 | 70,4 | 100 |
| Totale | 206 | 100 | |

Solo il 33% del campione (n=68) afferma di aver frequentato corsi sulla sanità transculturale (Tab. 24): tra questi, il 28% per una durata complessiva inferiore alle 6 ore

(n=19), il 40% per una durata complessiva tra le 6 e le 12 ore (n=27), il 32% per più di 12 ore (n=22).

Tabella 24 - Ha mai partecipato a corsi dedicati agli aspetti transculturali nella realtà sanitaria?

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--------|------------------|----------|-------------------|
| NO | 138 | 67,0 | 67,0 |
| Si | 68 | 33,0 | 100 |
| Totale | 206 | 100 | |

In totale, per quante ore?

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|-----------|------------------|----------|-------------------|
| da 6 a 12 | 27 | 39,71 | 39,71 |
| meno di 6 | 19 | 27,94 | 67,65 |
| più di 12 | 22 | 32,35 | 100 |
| Totale | 68 | 100 | |

Secondo i dati raccolti in questa sezione del questionario, i corsi sulla sanità transculturale sono stati organizzati principalmente dalle Aziende di appartenenza dei rispondenti, in secondo luogo dai Collegi professionali/Ordini (Tab. 25). Nella casella aperta "Altro" prevista dalla domanda, i rispondenti hanno inserito, tra gli organizzatori dei corsi, l'Università (n=6), Società scientifiche infermieristiche (n=1), O.N.G. (n=1), Consociazione nazionale associazioni infermieri-CNAI (n=1), e altri enti. Da specificare che la domanda in questione prevedeva risposte multiple.

Tabella 25 - Quale ente ha organizzato queste attività formative?

| | Frequenza |
|-------------------------------|------------------|
| Collegio professionale/Ordine | 24 |
| Azienda di appartenenza | 39 |
| Altro | 15 |

4.3 Validità interna (Alpha di Cronbach) sulle subscale originali componenti il questionario

La validità interna del questionario è stata valutata per le singole subscale componenti originariamente il questionario (“Esperienze di relazione con il paziente straniero”, “Comunicazione e mediazione culturale”, “Competenza culturale”, “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”, “Fine Vita”).

Tutte le subscale registrano una validità interna tra adeguata e molto elevata, con un range tra un minimo di 0,649 per la subscale “Esperienze di relazione con il paziente straniero” e un massimo di 0,851 per la subscale “Comunicazione e mediazione culturale”.

Analizzando nel dettaglio le singole subscale e gli item loro componenti, si calcolano i valori di seguito riportati (Tabb. 26, 27, 28, 29, 30).

Tabella 26 - Subscala "Esperienze di relazione con il paziente straniero" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,649 | 8 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| E5) Mi sento a mio agio nell'assistere una persona straniera | 26,56 | 29,022 | ,341 | ,618 |
| E6) L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro | 28,45 | 37,740 | -,248 | ,767 |
| E7) Mi sento adeguato nel soddisfare le esigenze del paziente straniero | 27,24 | 28,967 | ,330 | ,621 |
| E8) Penso di avere bisogno di formazione per gestire in maniera efficace il mio rapporto con il paziente straniero | 26,37 | 32,154 | ,078 | ,684 |
| E9/A) Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano il mio ruolo professionale | 26,83 | 24,498 | ,631 | ,534 |
| E9/B) Il paziente straniero e i suoi familiari aderiscono alle indicazioni fornite da me e dai miei colleghi e collaboratori | 27,18 | 25,527 | ,629 | ,544 |
| E9/C) Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano gli orari previsti per visite e appuntamenti | 27,21 | 24,304 | ,608 | ,538 |
| E9/D) Il paziente straniero e i suoi familiari sono generalmente affidabili | 27,20 | 25,592 | ,643 | ,542 |

Tabella 27 - Subscala "Comunicazione e mediazione culturale" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,851 | 9 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| C1) Riesco ad instaurare una comunicazione efficace con la persona e i suoi familiari | 27,43 | 131,963 | ,531 | ,840 |
| C2) Cerco di trovare la strategia più adatta per comunicare con la persona e la sua famiglia, ad esempio ricorrendo a messaggi scritti, a traduttori on-line, immagini... | 26,77 | 124,433 | ,599 | ,832 |
| C3) Cerco di imparare e di usare le parole chiave di una lingua straniera in modo da essere in grado di comunicare meglio con la persona e la sua famiglia | 27,09 | 127,333 | ,550 | ,837 |
| C4) Ritengo di riuscire ad adattare il mio modello comunicativo a quello del paziente straniero e dei suoi familiari | 27,45 | 129,809 | ,563 | ,837 |
| C6) Quanto conosce i servizi di mediazione culturale attivabili nella sua Azienda? | 27,99 | 117,239 | ,706 | ,820 |
| C7) Sa come attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla sua Azienda? | 27,80 | 114,404 | ,715 | ,819 |
| C8) In quanto operatore sanitario, quanto si sente in dovere di attivare in caso di necessità i servizi di mediazione culturale? | 27,10 | 116,970 | ,594 | ,835 |
| C9) Quanto spesso ha attivato i servizi di mediazione culturale in prima persona? | 28,46 | 118,113 | ,676 | ,824 |
| C10) L'utilizzo dei servizi di mediazione culturale migliora notevolmente la comunicazione e la relazione tra operatore sanitario e paziente straniero | 25,70 | 150,972 | ,127 | ,866 |

Tabella 28 - Subscala "Competenza culturale" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,670 | 7 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| CC1) Il concetto di famiglia può essere definito in maniera diversa nelle differenti culture (es. definizione di parenti, ruolo di padrini/madrine...) | 27,79 | 19,183 | ,445 | ,617 |
| CC2) I ruoli maschile e femminile possono differire tra una cultura e l'altra | 27,45 | 20,190 | ,432 | ,626 |
| CC3) Una persona che proviene da un altro paese può scegliere in che misura e in che modo integrarsi nella cultura del paese di arrivo | 29,02 | 19,019 | ,297 | ,663 |
| CC4) Il concetto di prevenzione ed educazione alla salute può avere significati diversi a seconda della cultura di appartenenza di una persona | 27,99 | 17,902 | ,490 | ,600 |
| CC5) Il significato o il valore delle cure mediche possono variare notevolmente tra culture | 27,90 | 18,102 | ,483 | ,603 |
| CC6) Conosco i fattori di rischio socio-economici e ambientali che più contribuiscono ai problemi di salute dei pazienti stranieri | 29,05 | 19,676 | ,312 | ,654 |
| CC7) Cerco informazioni da parte della persona, della sua famiglia o da altri informatori per rispondere ai loro bisogni di salute | 28,40 | 20,416 | ,246 | ,672 |

Tabella 29 - Subscala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,661 | 15 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| M-GUDS-S 1) Mi piacerebbe far parte di una organizzazione che mettesse in rilievo l'importanza di conoscere persone di paesi diversi | 50,19 | 70,860 | ,467 | ,613 |
| M-GUDS-S 2) Le persone con disabilità possono insegnarmi cose che non potrei imparare altrove | 49,34 | 77,923 | ,400 | ,632 |
| M-GUDS-S 3) Fare la conoscenza di una persona appartenente a un'altra etnia di solito mi mette a disagio | 52,26 | 87,392 | -,079 | ,690 |
| M-GUDS-S 4) Mi piacerebbe andare a ballare dove si suonano musiche di altri paesi | 50,54 | 69,459 | ,493 | ,607 |
| M-GUDS-S 5) Riesco a capire al meglio qualcuno dopo aver realizzato in che modo lui/lei è sia simile che diverso/a da me | 50,11 | 71,062 | ,611 | ,599 |
| M-GUDS-S 6) Mi sento a mio agio solo con persone della mia etnia | 52,43 | 91,212 | -,217 | ,706 |
| M-GUDS-S 7) Ascolto spesso la musica di altre culture | 50,93 | 73,287 | ,406 | ,624 |
| M-GUDS-S 8) Sapere in che modo una persona è diversa da me migliora notevolmente la nostra amicizia | 50,18 | 69,400 | ,627 | ,592 |
| M-GUDS-S 9) È davvero difficile per me sentirmi vicino ad una persona di un'altra etnia | 52,35 | 91,711 | -,238 | ,706 |
| M-GUDS-S 10) Sono interessato a conoscere le molteplici culture che esistono in questo mondo | 49,67 | 75,617 | ,428 | ,625 |
| M-GUDS-S 11) Quando inizio a conoscere qualcuno, mi piace sapere in che modo lui/lei è sia diverso/a da me che simile a me | 50,11 | 70,919 | ,584 | ,600 |
| M-GUDS-S 12) È molto importante per me che un amico sia d'accordo con me sulla maggior parte delle cose | 51,67 | 82,525 | ,104 | ,667 |
| M-GUDS-S 13) Frequento eventi dove potrei conoscere persone di diverse estrazioni etniche | 51,04 | 75,232 | ,340 | ,635 |
| M-GUDS-S 14) Conoscere le diverse esperienze di altre persone mi aiuta a capire meglio i miei problemi | 50,35 | 71,146 | ,527 | ,606 |
| M-GUDS-S15) Mi sento spesso irritato da persone di un'etnia diversa dalla mia | 52,37 | 90,810 | -,202 | ,706 |

Tabella 30 - Subscala "Fine vita" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,812 | 10 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| FV 1) La mia Azienda facilita l'attuazione di percorsi di fine vita specifici per la cultura di appartenenza del defunto | 32,32 | 113,585 | ,232 | ,819 |
| FV2) Possiedo le competenze necessarie per affrontare la morte di una persona di un'altra cultura | 32,34 | 114,655 | ,231 | ,818 |
| FV3) Sono interessato a conoscere le specificità delle altre culture riguardo agli aspetti della morte | 29,89 | 115,364 | ,207 | ,819 |
| FV4) Le credenze religiose influenzano il modo in cui le persone reagiscono alla malattia e alla morte | 29,25 | 120,160 | ,134 | ,821 |
| FV5) Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture | 29,39 | 116,863 | ,225 | ,817 |
| FV 7/A) In caso di decesso di un paziente straniero metto in atto comportamenti diversi rispetto a quando muore una persona della mia cultura | 32,53 | 94,660 | ,662 | ,774 |
| FV7/B) In caso di decesso di un paziente straniero parlo con le persone care al defunto e mi mostro vicino al loro dolore | 31,28 | 84,465 | ,767 | ,757 |
| FV7/C) In caso di decesso di un paziente straniero nel caso di barriera linguistica/culturale, mi preoccupa di attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla mia Azienda | 31,10 | 82,229 | ,774 | ,755 |
| FV7/D) In caso di decesso di un paziente straniero conosco il percorso che segue il corpo del paziente una volta che viene allontanato dal mio Servizio | 32,05 | 88,661 | ,684 | ,769 |
| FV7/E) In caso di decesso di un paziente straniero mi interessa a quello che accade una volta che il corpo del defunto viene allontanato dal mio Servizio | 32,57 | 90,939 | ,741 | ,764 |

Se calcoliamo la validità interna del questionario nella sua interezza, otteniamo un valore della Alpha di Cronbach di 0,667 (Tab. 31). È interessante osservare come la validità interna del questionario non sia migliorabile eliminando alcuna delle subscale componenti lo stesso. Inoltre, tra le cinque subscale originali, quella della “Comunicazione e mediazione culturale” contribuisce più delle altre alla validità interna del questionario nella sua totalità.

Tabella 31 - Alpha di Cronbach totale e contributo delle singole subscale alla validità interna del questionario

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,667 | 5 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Totale Scala Esperienza | 129,7087 | 872,285 | ,461 | ,596 |
| Totale Scala Comunicazione | 120,8544 | 767,706 | ,550 | ,547 |
| Totale Scala Competenza Culturale | 118,6456 | 1166,240 | ,334 | ,666 |
| Totale M-Guds | 120,2718 | 800,462 | ,432 | ,616 |
| Totale Scala Fine Vita | 116,8301 | 915,644 | ,395 | ,627 |

4.4 Analisi inferenziale sulle variabili sociodemografiche del questionario

Il presente paragrafo è volto a indagare le relazioni esistenti tra alcune delle variabili sociodemografiche presenti nel questionario (che abbiamo almeno una correlazione significativa) e i totali delle scale originali componenti il questionario. Nell'esaminare nel dettaglio i risultati dell'analisi inferenziale che è stata svolta, ci si è limitati alla descrizione delle correlazioni che registrino un livello di significatività statistica di almeno $p < 0.05$.

4.4.1 Età, anzianità di servizio dal conseguimento del titolo professionale e numero di anni trascorsi nell'area lavorativa attuale

In Tab. 32 sono riportate le correlazioni tra le tre variabili sociodemografiche "Età", "Anzianità di servizio dal conseguimento del titolo professionale" e numero di anni trascorsi nell'area lavorativa attuale e i totali delle cinque scale componenti il questionario.

Età e anzianità di servizio sono fortemente correlate tra loro, tanto da poter prevedere con buona sicurezza che a una età più avanzata corrisponda anche una maggiore anzianità di servizio. D'altra parte, il numero di anni lavorati dai rispondenti all'interno dell'area operativa attuale correla positivamente sia con l'età, che, in misura ancora maggiore, con l'anzianità di servizio.

Se si considerano le correlazioni tra le tre variabili sociodemografiche analizzate e i totali delle scale componenti il questionario, si nota come non risultino statisticamente significative quelle tra di esse e la scala "Esperienze di relazione con il paziente straniero", e deboli ($r=0.159$; $p < 0.05$) quelle tra anzianità di servizio e numero di anni nell'area operativa attuale in rapporto con i totali della scala "Comunicazione e mediazione culturale": una maggiore anzianità di servizio, o l'aver lavorato a lungo in una certa realtà lavorativa non possono essere messe in relazione con un miglior punteggio nell'area delle competenze e attitudini comunicative nei confronti dello straniero.

Neppure l'età sembra costituire un vantaggio in termini di acquisizione di competenza culturale, se la correlazione tra le due variabili è $r=0,165$ ($p < 0.05$).

Tabella 32 - Correlazioni tra totali delle scale originali ed età, anzianità di servizio dal conseguimento del titolo professionale e numero di anni trascorsi nell'area lavorativa attuale

| | | Età | Anzianità di servizio ^o | Da quanti anni lavora in questa area? | TOT_E | TOT_C | TOT_CC | TOT_M | TOT_FV |
|---------------------------------------|-----------|------|------------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|--------|-------|--------|
| Età | r | 1 | | | | | | | |
| | Sig (p.<) | | | | | | | | |
| Anzianità di servizio ^o | r | ,878 | 1 | | | | | | |
| | Sig (p.<) | 0.01 | | | | | | | |
| Da quanti anni lavora in questa area? | r | ,517 | ,606 | 1 | | | | | |
| | Sig (p.<) | 0.01 | 0.01 | | | | | | |
| TOT_E | r | | | | 1 | | | | |
| | Sig (p.<) | | | | | | | | |
| TOT_C | r | | ,159 | ,159 | ,617 | 1 | | | |
| | Sig (p.<) | | 0.05 | 0.05 | 0.01 | | | | |
| TOT_CC | r | ,165 | | | | ,185 | 1 | | |
| | Sig (p.<) | 0.05 | | | | 0.01 | | | |
| TOT_M | r | ,147 | ,141 | ,077 | ,291 | ,267 | ,405 | 1 | |
| | Sig (p.<) | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.01 | 0.01 | 0.01 | | |
| TOT_FV | r | ,238 | ,240 | ,148 | ,165 | ,344 | ,294 | ,324 | 1 |
| | Sig (p.<) | 0.01 | 0.01 | 0.05 | 0.05 | 0.01 | 0.01 | 0.01 | |

^o dal conseguimento del titolo professionale

Correlazioni deboli (all'interno del rispetto del criterio di significatività statistica) si rilevano anche tra le tre variabili sociodemografiche e i totali delle scale "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" e "Fine vita", suggerendo come né l'età, né l'anzianità di servizio in generale, né gli anni lavorati in una certa realtà assistenziale rendano prevedibili performance migliori nella propensione alla accettazione delle diversità e nella gestione della fase del fine vita nei pazienti stranieri.

Passando allo studio delle correlazioni tra i totali delle scale del questionario, la correlazione massima si osserva tra la scala "Comunicazione e mediazione culturale" ed "Esperienze di relazione con il paziente straniero" ($r=0,617$; $p<0.01$): migliori esperienze di assistenza in ambito transculturale sono da mettere in relazione con un maggiore sforzo comunicativo e relazionale nei confronti dell'utenza straniera. Una correlazione apprezzabile si registra anche tra le scale "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" e "Competenza culturale" ($r=0,405$; $p<0.01$): competenza culturale, propensione all'accettazione della diversità e orientamento verso l'altro

sembrano andare di pari passo. Meno evidenti le correlazioni statisticamente significative rilevabili tra le altre combinazioni tra scale, che variano da un minimo di $r=0,165$ ($p<0.01$) per l'abbinamento tra "Esperienze di relazione con il paziente straniero" e "Fine vita" e un massimo di $r=0,324$ ($p<0.01$) del confronto tra "Fine vita" e "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)".

4.4.2 Le differenze attribuibili al genere

Non sono statisticamente significative le relazioni tra sesso e i totali di nessuna delle scale componenti il questionario ("Esperienze di relazione con il paziente straniero", "Comunicazione e mediazione culturale", "Competenza culturale", "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" e "Fine vita").

4.4.3 La formazione post-laurea

Se si studia il rapporto tra formazione post-laurea dei rispondenti al questionario, intesa come acquisizione di un titolo di Master, e totali delle scale discretizzate, si giunge ai risultati (nell'ambito della significatività statistica) riportati di seguito.

Nelle tabelle sono indicati i valori a sinistra della media (riportati nelle colonne identificate con "1,00") e a destra della media (riportati nelle colonne identificate con "2,00").

Dai risultati mostrati in Tab. 33 e in Fig. 13 si evince come, tra coloro che possiedono un titolo di Master, siano in numero significativamente maggiore quelli che hanno ottenuto punteggi superiori alla media nella scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" rispetto a quanto accade tra chi non possiede un Master ($\chi^2=4,3$; $p<0.05$): in particolare, su 104 rispondenti che dichiarano di non avere un titolo di Master, 59 (57%) si collocano a sinistra della media e 45 (43%) a destra, contro rispettivamente il 42% ($n=39$) e il 58% ($n=54$) di coloro che ne possiedono almeno uno. Il possesso di un Master fa presupporre performance migliori nell'ambito dell'accettazione della diversità dell'altro.

Tabella 33 – Totali della scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" discretizzati, in rapporto con la formazione post laurea (Master) dei rispondenti

| | TOT_M_D | | Totale |
|-----------------------------|---------|------|--------|
| | 1,00 | 2,00 | |
| Ha conseguito un Master? NO | 59 | 45 | 104 |
| Si | 39 | 54 | 93 |
| Totale | 98 | 99 | 197 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,299 | 1 | p. < 0.05 |

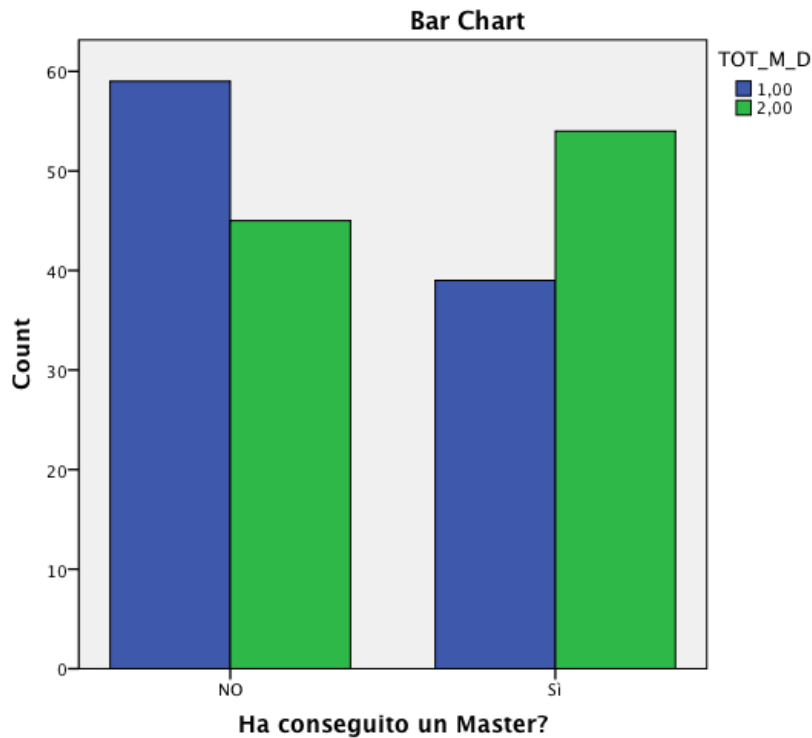


Figura 11 - Totali della scala “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)” discretizzati, in rapporto con la formazione post laurea (Master) dei rispondenti

Non è statisticamente significativa la relazione tra possesso di un titolo di Master e i totali ottenuti nelle altre scale del questionario.

Andando a esaminare le correlazioni tra il tipo di Master conseguito e i totali ottenuti nelle cinque subscale indagate, il soddisfacimento dei prerequisiti all’analisi (χ^2) ha permesso di escludere una loro relazione significativa con i totali delle scale indagate. Si osserva come né il Master in Management/Coordinamento, né quelli in Emergenza-Urgenza, Terapia intensiva, Infermieristica forense/responsabilità professionale presentino alcuna relazione statisticamente significativa con nessuna delle cinque scale.

Allo stesso tempo, per alcuni master la cui frequenza è apparsa estremamente ridotta all’interno del nostro campione (ad es. Master in Pediatria, Infermieristica territoriale e di comunità/Sanità Pubblica, Salute Mentale/Psichiatria, Oncologia e Cure Palliative), non sono state soddisfatte le precondizioni alla realizzazione dei test inferenziali, e pertanto non è possibile affermarne la relazione con le variabili sotto indagine.

4.4.4 Il tipo di turnazione lavorativa

Il tipo di turnazione lavorativa svolto dai rispondenti al questionario non sembra essere correlato in maniera statisticamente significativa con nessuna delle scale considerate, fatta eccezione per quella del “Fine vita”: in Tab. 34 e in Fig. 14 sono descritte le considerazioni statistiche relative a questa correlazione. Il campione che ha partecipato alla Survey online si divide tra i due gruppi che svolgono un lavoro sulle 12 ore (cioè coloro

che lavorano esclusivamente di mattina o di pomeriggio) (n=65), e coloro che lavorano in turni distribuiti sulle 24 ore (n=141), quindi sia di mattina, che di pomeriggio che di notte. Tra il campione di chi lavora sulle 12 ore sembra esserci una maggiore attenzione agli aspetti del fine vita rispetto a chi lavora sulle 24 ore ($\chi^2=11,1$; $p.<0.01$): solo un terzo (34%; n=22) dei primi totalizza punteggi inferiori alla media, contro il 59% (n=83) di chi lavora anche di notte.

Tabella 34 - Totali della scala "Fine vita" discretizzati, in rapporto con il tipo di turnazione lavorativa svolta dai rispondenti

| | | | TOT_FV_D | | Totale |
|---------------------------|--|--|----------|------|--------|
| | | | 1,00 | 2,00 | |
| Tipo di turnazione | 12 ore (orario diurno) | | 22 | 43 | 65 |
| | 24 ore (orario diurno/notturno) | | 83 | 58 | 141 |
| | Totale | | 105 | 101 | 206 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------|--------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 11,144 | 1 | p. < 0.01 |

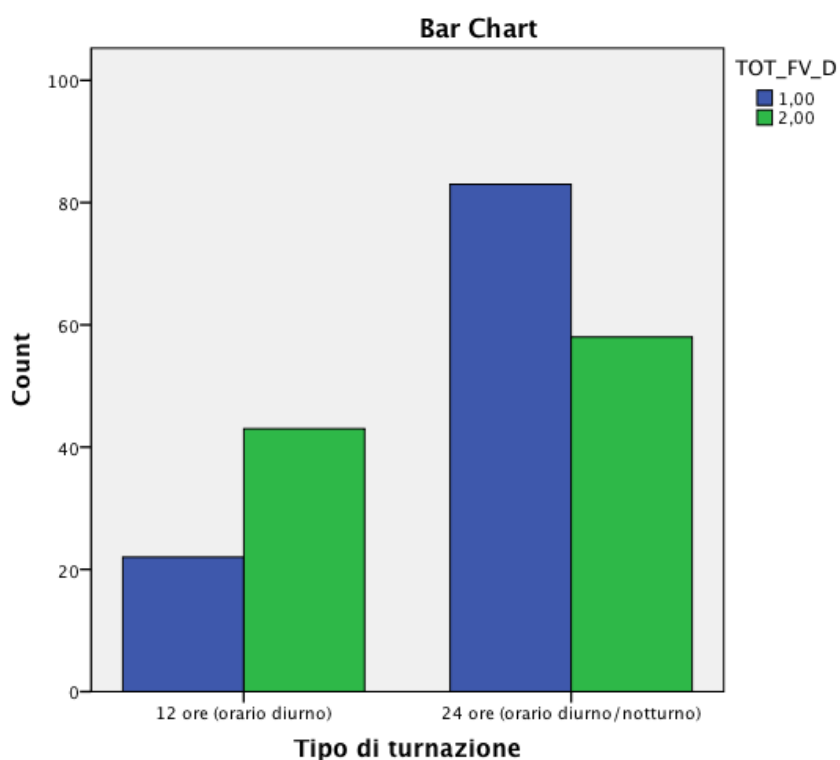


Figura 124 - Totali della scala "Fine vita" discretizzati, in rapporto con il tipo di turnazione lavorativa svolta dai rispondenti

4.4.5 La competenza linguistica

Se si studia il rapporto tra le competenze linguistiche del campione, sondata dal quesito “Parla altre lingue oltre all’italiano?”, si scopre come questo dato abbia una relazione statisticamente significativa con i totali di una delle subscale (“Competenza culturale”) (Tab. 35, Fig.7).

Tra chi non parla altre lingue oltre all’italiano (n=61) si riportano punteggi inferiori nella maggioranza dei casi ($\chi^2=6,4$; $p.<0.05$): precisamente 44 di essi (72%) hanno registrato totali a sinistra del valore medio, a fronte di un gruppo di soli 17 elementi (28%) che si collocano a destra dello stesso. Tra chi, invece, dichiara di conoscere almeno un’altra lingua oltre all’italiano, la differenza nei totali registrati nella scala “Competenza culturale” a sinistra e a destra del valore medio appare ridotta, con valori rispettivamente del 53% (n=77) e del 47% (n=68).

Tabella 35 - Totali della scala “Competenza culturale” discretizzati, in rapporto con la competenza linguistica dei rispondenti

| | TOT_CC_D | | Totale |
|---|------------|-----------|------------|
| | 1,00 | 2,00 | |
| Parla altre lingue oltre all'italiano? NO | 44 | 17 | 61 |
| Si | 77 | 68 | 145 |
| Totale | 121 | 85 | 206 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,414 | 1 | p. < 0.05 |

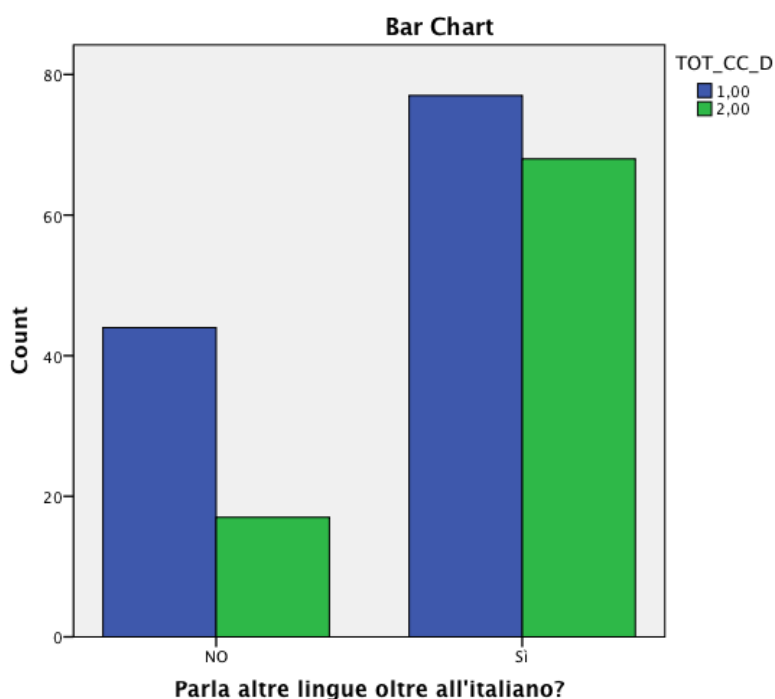


Figura 15 - Totali della scala “Competenza culturale” discretizzati, in rapporto alla competenza linguistica dei rispondenti

Analizzando la relazione tra lingua straniera parlata e i totali realizzati nelle subscale, osserviamo come la maggior parte di chi non parla Inglese (n=55; 70%) registri performance peggiori nella subscala “Competenza culturale”, mentre, tra chi dichiara di parlarlo, solo il 52% (n=66) ha totalizzato punteggi inferiori alla media, contro il 48% (n=61) che ha conseguito score superiori al valore medio ($\chi^2=6,3$; $p.<0.05$) (Tab. 36, Fig. 16).

Tabella 36 - Totali della scala “Competenza culturale” discretizzati, in rapporto con la conoscenza della lingua inglese da parte dei rispondenti

| | TOT_CC_D | | Totale |
|--|---------------|-----------|------------|
| | 1,00 | 2,00 | |
| Quali lingue parla oltre all'italiano? [Inglese] | NO | 24 | 79 |
| | Si | 61 | 127 |
| | Totale | 85 | 206 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,261 | 1 | p. < 0.05 |

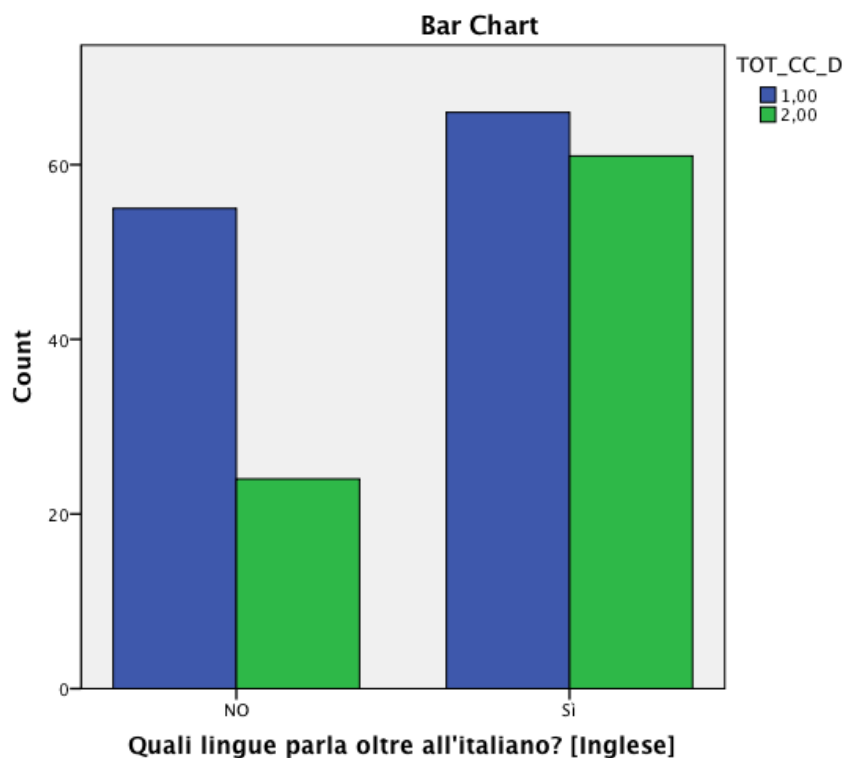


Figura 16 - Totali della scala “Competenza culturale” discretizzati, in rapporto con la conoscenza della lingua inglese da parte dei rispondenti

Anche tra la maggior parte (62%; n=101) di coloro che dichiarano di non parlare francese si registrano score inferiori alla media nella subscale della “Competenza culturale”, mentre tra chi parla la lingua (il 21% dei 206 rispondenti al questionario; n= 44) il 54% ha punteggi superiori al valore medio nella stessa subscale (n=24) ($\chi^2=4,1$; p.<0.05). I dati sono rappresentati in Tab. 37 e Fig. 17.

Tabella 37 - Totali della scala “Competenza culturale” discretizzati, in rapporto con la conoscenza della lingua francese da parte dei rispondenti

| | TOT_CC_D | | Totale |
|---|----------|------|--------|
| | 1,00 | 2,00 | |
| Quali lingue parla oltre all'italiano? [Francese] | NO | 61 | 162 |
| | SI | 24 | 44 |
| | Totale | 85 | 206 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,073 | 1 | p. < 0.05 |

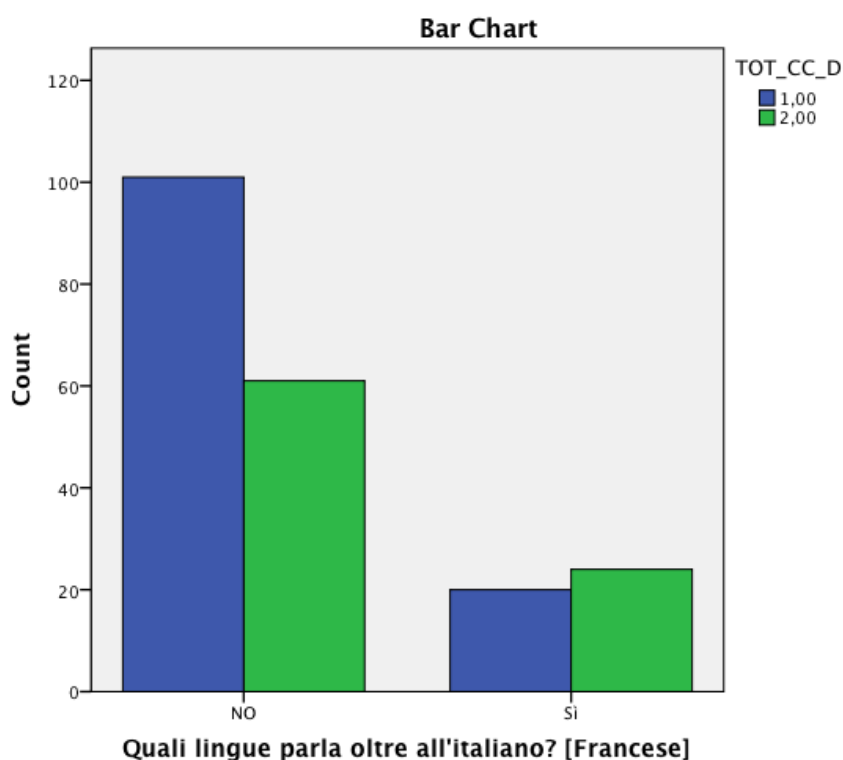


Figura 17 - Totali della scala “Competenza culturale” discretizzati, in rapporto con la conoscenza della lingua francese da parte dei rispondenti

Anche la conoscenza dello Spagnolo sembra essere predittiva di punteggi totali maggiori nella subscale della “Competenza culturale”: il 79% (n=15) di coloro che dichiarano di conoscere questa lingua (n=19) riporta score a destra della media ($\chi^2=12,3$; $p.<0.01$). Tra quanti, invece, dichiarano di non parlare Spagnolo (n=187), il 63% (n=117) ha punteggi a sinistra del valore medio (Tab. 38; Fig. 18).

Tabella 38 - Totali della scala “Competenza culturale” discretizzati, in rapporto con la conoscenza della lingua spagnola da parte dei rispondenti

| | TOT_CC_D | | Totale |
|---|------------|-----------|------------|
| | 1,00 | 2,00 | |
| Quali lingue parla oltre all'italiano? [Spagnolo] | | | |
| NO | 117 | 70 | 187 |
| SI | 4 | 15 | 19 |
| Totale | 121 | 85 | 206 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|--------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 12,265 | 1 | $p. < 0.01$ |

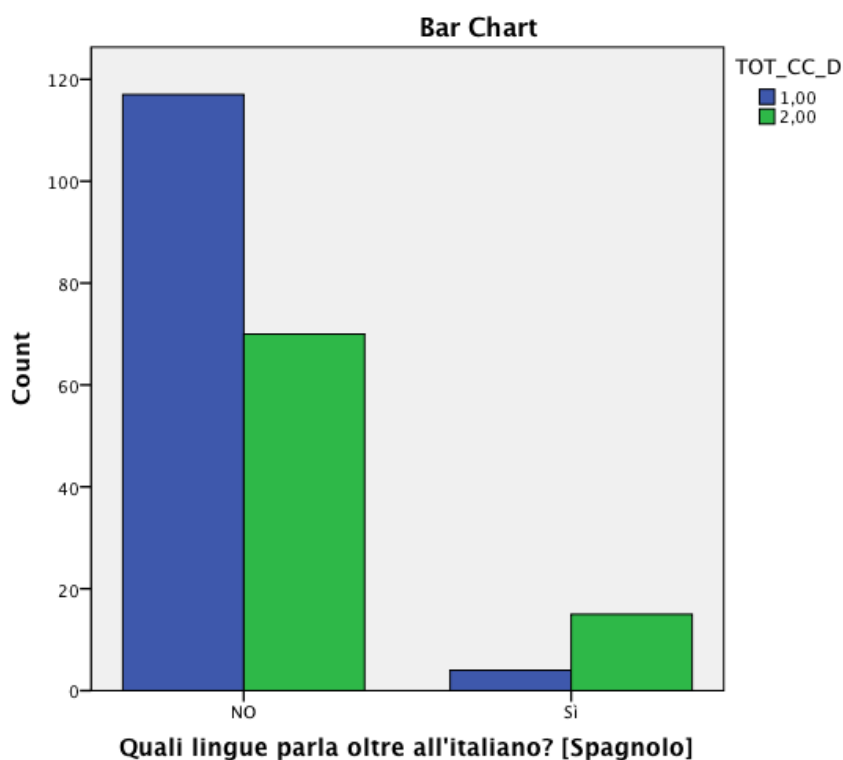


Figura 18 - Totali della scala “Competenza culturale” discretizzati, in rapporto con la conoscenza della lingua spagnola da parte dei rispondenti

Parlare Tedesco si dimostra, invece, predittivo per score superiori alla media nella subscala “Comunicazione e mediazione culturale” (Tab. 39; Fig. 19): la maggior parte (86%; n=6) dei 7 rispondenti che dichiarano di conoscere la lingua tedesca (il 3% del totale del campione) ha totalizzato punteggi a destra del valore medio, contro il 48% (n=95) di quanti non conoscono la lingua ($\chi^2=3,9$; $p.<0.05$).

Tabella 39 - Totali della scala “Comunicazione e mediazione culturale” discretizzati, in rapporto con la conoscenza della lingua tedesca da parte dei rispondenti

| | TOT_C_D | | Totale | |
|--|---------------|------------|------------|------------|
| | 1,00 | 2,00 | | |
| Quali lingue parla oltre all'italiano? [Tedesco] | NO | 104 | 95 | 199 |
| | Si | 1 | 6 | 7 |
| | Totale | 105 | 101 | 206 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,902 | 1 | p. < 0.05 |

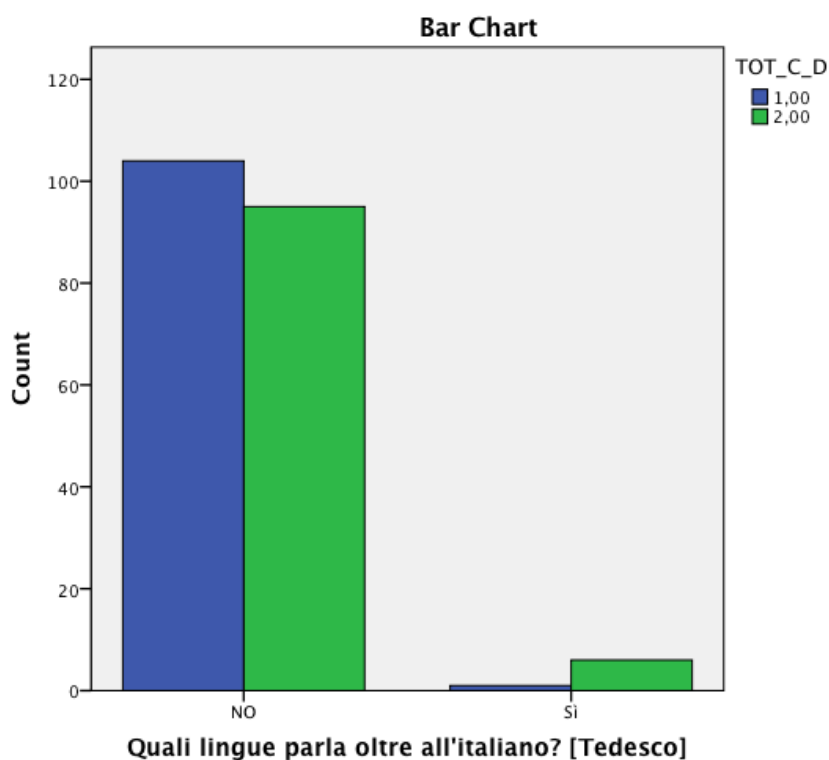


Figura 13 - Totali della scala “Comunicazione e mediazione culturale” discretizzati, in rapporto con la conoscenza della lingua tedesca da parte dei rispondenti

4.4.6 La partecipazione a occasioni formative in ambito transculturale

Tra le domande appartenenti alla parte anagrafica del questionario, una indaga se i rispondenti abbiano o no frequentato corsi di formazione sugli aspetti della transculturalità. L'analisi inferenziale su questa variabile mostra come essa sia correlata in maniera statisticamente significativa a due delle scale che costituiscono il questionario, precisamente alla scala "Competenza culturale e alla scala "Fine vita".

I dati illustrati in Tab. 40 e Fig. 20 suggeriscono la considerazione che, tra coloro che non si sono formati in questo ambito (n=138), ben il 67% (n=91) ottiene punteggi inferiori alla media nella scala "Competenza culturale". Tra chi, invece, ha curato la propria formazione nel campo della transculturalità (n=68), il 56% (n=38) ha ottenuto punteggi superiori al valore medio per la stessa scala. Appare quindi evidente come l'assenza di formazione sui temi oggetto del questionario predisponga a performance più scarse dal punto di vista della competenza culturale, mentre l'aver frequentato corsi in quest'area migliora le stesse, anche se in misura non altrettanto evidente ($\chi^2=8,9$; $p.<0.01$).

Tabella 40 - Totali della scala "Competenza culturale" discretizzati, in rapporto la partecipazione a occasioni formative in ambito transculturale dei rispondenti

| | TOT_CC_D | | Totale | |
|---|---------------|------|--------|-----|
| | 1,00 | 2,00 | | |
| Ha mai partecipato a corsi dedicati agli aspetti transculturali nella realtà sanitaria? | NO | 91 | 47 | 138 |
| | SI | 30 | 38 | 68 |
| | Totale | 121 | 85 | 206 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 8,952 | 1 | p. < 0.01 |

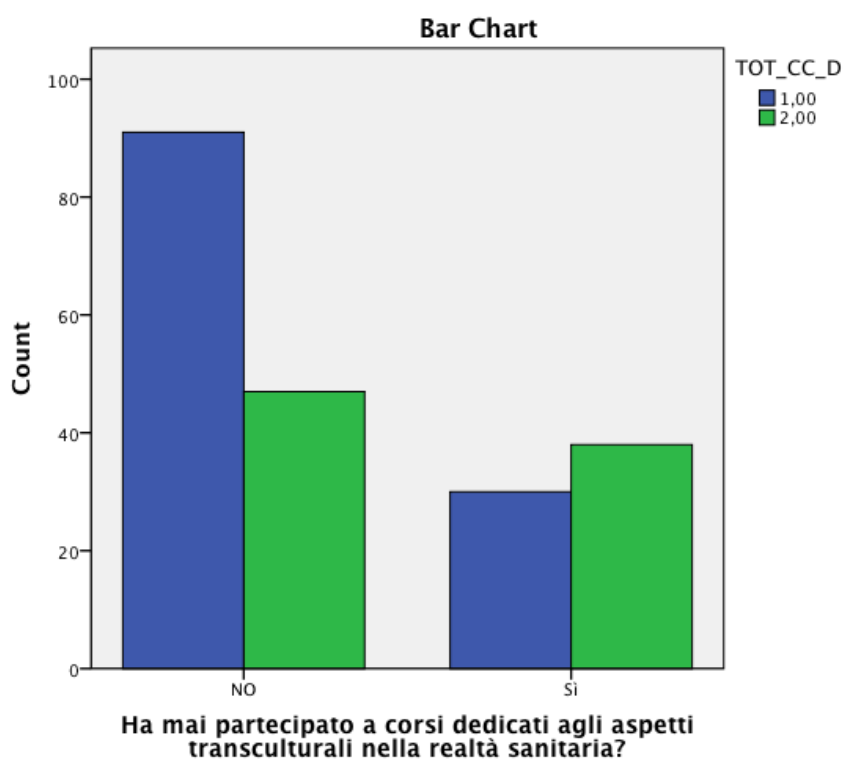


Figura 20 - Totali della scala "Competenza culturale" discretizzati, in rapporto la partecipazione a occasioni formative in ambito transculturale dei rispondenti

Lo stesso dicasi a proposito dell'impatto della formazione sull'attenzione alle problematiche del fine vita. È sempre evidente il distacco tra chi ha frequentato corsi sulla transculturalità rispetto a chi non ha usufruito dello strumento formativo: ben il 63% (n=43) dei primi ha totalizzato punteggi superiori alla media nella scala "Competenza culturale", contro solo il 42% (n=58) degli appartenenti al secondo gruppo. I dati sono riportati in Tab. 41 e Fig. 21 ($\chi^2=8,2$; $p.<0.01$).

Tabella 41 - Totali della scala "Fine vita" discretizzati, in rapporto la partecipazioni a occasioni formative in ambito transculturale dei rispondenti

| | | TOT_FV_D | | Totale |
|---|---------------|----------|------|--------|
| | | 1,00 | 2,00 | |
| Ha mai partecipato a corsi dedicati agli aspetti transculturali nella realtà sanitaria? | NO | 80 | 58 | 138 |
| | SI | 25 | 43 | 68 |
| | Totale | 105 | 101 | 206 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 8,197 | 1 | p. < 0.01 |

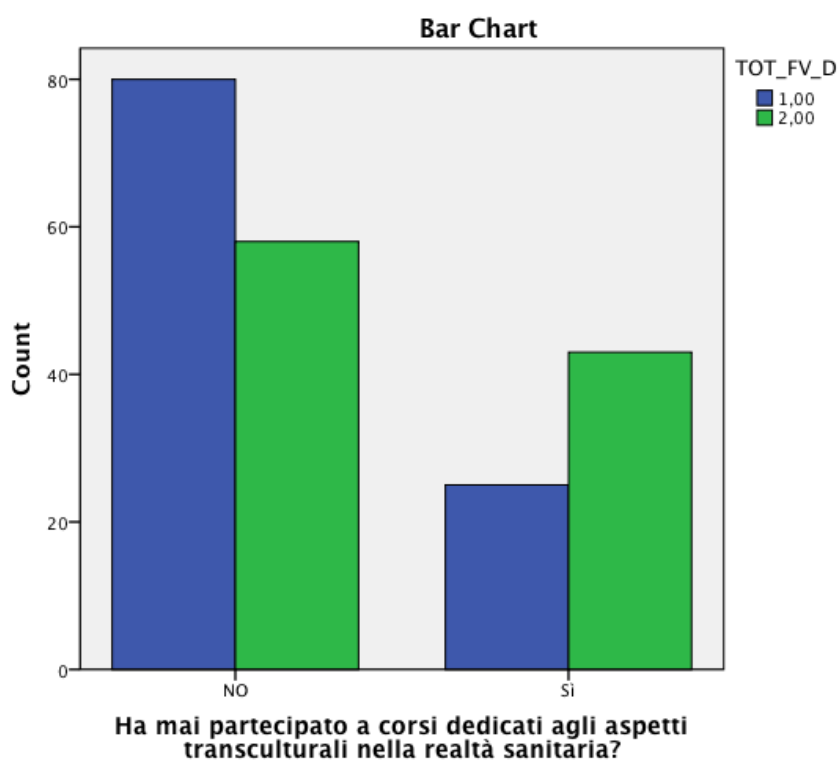


Figura 21 - Totali della scala "Fine vita" discretizzati, in rapporto la partecipazioni a occasioni formative in ambito transculturale dei rispondenti

L'analisi dei dati raccolti attraverso la domanda successiva ("In totale, per quante ore?"), relativa alla durata degli eventi formativa in tema di transculturalità eventualmente frequentati dai rispondenti, non evidenzia correlazioni statisticamente significative con nessuna delle scale componenti il questionario.

4.4.7 Vicinanza dell'esperienza con i pazienti stranieri

L'analisi inferenziale non suggerisce alcuna relazione statisticamente significativa tra esperienze recenti e totali realizzati nelle scale componenti il questionario.

4.4.8 Le difficoltà sperimentate nei confronti della utenza straniera

All'interno della scala "Esperienze di relazione con il paziente straniero" viene proposto ai rispondenti un quesito che indaga l'eventualità che gli stessi abbiano vissuto delle difficoltà nel rapporto con l'utenza straniera. Le risposte a questo quesito evidenziano un rapporto statisticamente significativo con i totali realizzati nelle scale "Esperienze di relazione con il paziente straniero" e "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)".

In particolare (Tab. 42; Fig. 22), chi ha dichiarato di non avere sperimentato difficoltà (n=49) con i pazienti stranieri, colleziona punteggi superiori alla media nella scala "Esperienze di relazione con il paziente straniero" (73%), mentre tra coloro, che pure sono la maggioranza (n=125), che riferiscono di avere vissuto tali difficoltà, i totali delle risposte alla stessa scala si distribuiscono uniformemente a sinistra e a destra del valore medio (rispettivamente con 48% e il 52% dei valori). Il dato suggerisce come una migliore esperienza lavorativa nei confronti della persona straniera vada di pari passo con la percezione di minori difficoltà di relazione ($\chi^2=6,7$; $p.<0.01$).

Tabella 42 -Totali della scala “Esperienze di relazione con il paziente straniero” discretizzati, in rapporto con dichiarazione di esperienza di difficoltà dei rispondenti

| | TOT_E_D | | Totale | |
|---|---------------|-----------|------------|------------|
| | 1,00 | 2,00 | | |
| Ha sperimentato qualche difficoltà nello svolgere il suo lavoro nei confronti di questi pazienti? | NO | 13 | 36 | 49 |
| | Si | 60 | 65 | 125 |
| | Totale | 73 | 101 | 174 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,663 | 1 | p. < 0.01 |

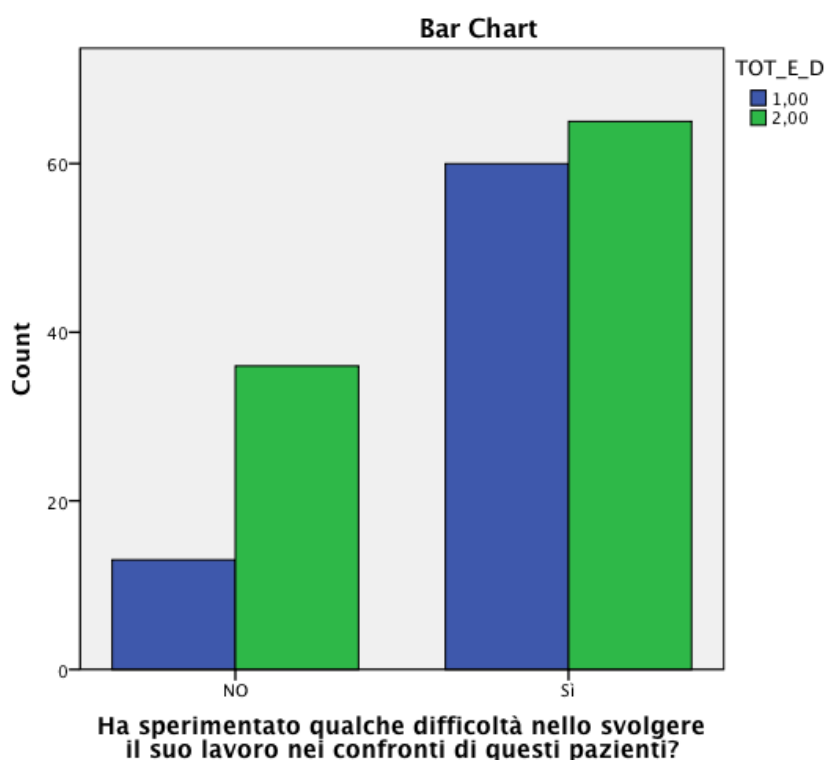


Figura 22 -Totali della scala “Esperienze di relazione con il paziente straniero” discretizzati, in rapporto con dichiarazione di esperienza di difficoltà dei rispondenti

Inoltre, due terzi (67%; n=33) di coloro che hanno negato di avere sperimentato difficoltà di relazione con l’utenza straniera (il 28% del totale del campione; n=49) hanno realizzato punteggi superiori alla media anche nella scala “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”, contro il 45% (n=56) di chi ha vissuto una esperienza di difficoltà (Tab. 43, Fig. 23). Sebbene, quindi, difficoltà relazionali siano state riferite dalla grande maggioranza dei rispondenti al questionario, chi non ha vissuto tale esperienza mostra performance migliori nell’ambito dell’accettazione della diversità

($\chi^2=6,2$; $p.<0.05$).

Tabella 43 - Totali della scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" discretizzati, in rapporto con dichiarazione di esperienza di difficoltà dei rispondenti

| | TOT_M_D | | Totale | |
|---|---------------|------|--------|-----|
| | 1,00 | 2,00 | | |
| Ha sperimentato qualche difficoltà nello svolgere il suo lavoro nei confronti di questi pazienti? | NO | 16 | 33 | 49 |
| | SI | 69 | 56 | 125 |
| | Totale | 85 | 89 | 174 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,205 | 1 | p. < 0.05 |

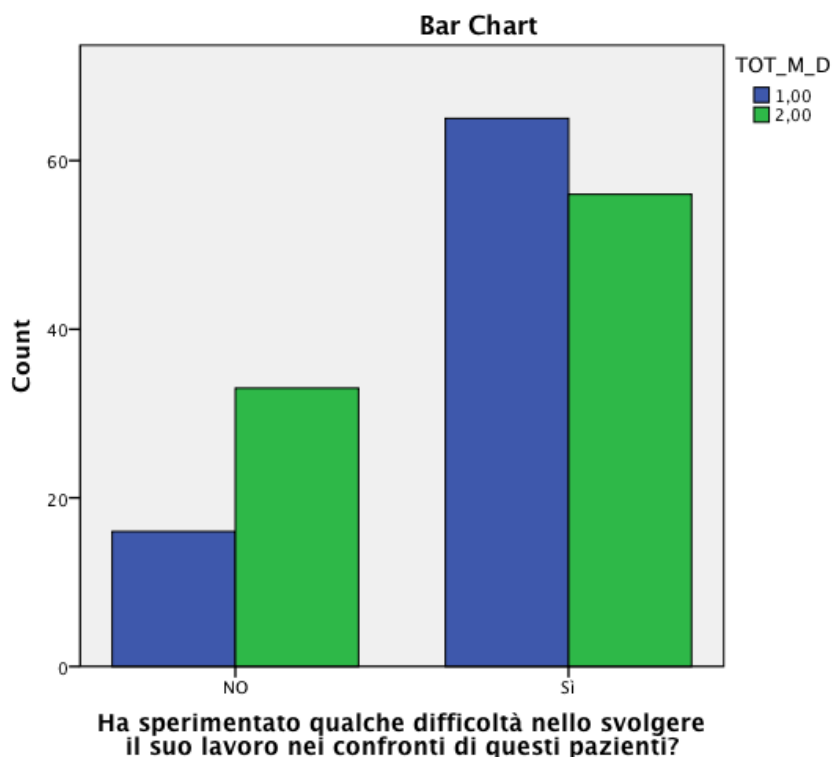


Figura 23 - Totali della scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" discretizzati, in rapporto con dichiarazione di esperienza di difficoltà dei rispondenti

Il questionario approfondisce la questione delle difficoltà riscontrate dal campione chiedendo quali siano gli ambiti in cui le stesse si siano presentate, offrendo ai rispondenti le seguenti opzioni di risposta:

- Religione/pratiche legate alla religione;
- Abitudini igieniche;
- Aspetti relativi alla alimentazione;
- Rapporti del paziente nei confronti dei suoi familiari;
- Rapporti del paziente nei confronti di persone dell'altro sesso;
- Comunicazione (presenza di barriera linguistica e culturale);
- Adesione al piano terapeutico-assistenziale;
- Altro (da specificare).

L'analisi inferenziale svolta su queste variabili ha mostrato relazioni statisticamente significative tra i punteggi totali registrati nella scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" e la difficoltà "Abitudini igieniche", e tra i totali della scala "Comunicazione e mediazione culturale" e la difficoltà "Adesione al piano terapeutico-assistenziale".

In particolare (Tab. 44; Fig. 24), dei 125 rispondenti che hanno dichiarato di aver sperimentato difficoltà nel rapporto con il paziente straniero, chi ha vissuto l'aspetto delle abitudini igieniche come problema (n=32; 26% del campione), ha ottenuto punteggi generalmente inferiori al valore medio (78%; n=25) ($\chi^2=9,1$; $p.<0.01$) nella subscale Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S): il dichiarare come problematico il livello di igiene nel paziente straniero può, infatti, rispecchiare un atteggiamento di più difficile accettazione delle diversità.

Tabella 44 - Totali della scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" discretizzati, in rapporto con la difficoltà riferita "Abitudini igieniche"

| | | TOT_M_D | | Totale |
|---|--------|---------|------|--------|
| | | 1,00 | 2,00 | |
| Quali ambiti riguardano le difficoltà da lei riscontrate? [Abitudini igieniche] | NO | 44 | 49 | 93 |
| | SI | 25 | 7 | 32 |
| | Totale | 69 | 56 | 125 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9,141 | 1 | p. < 0.01 |

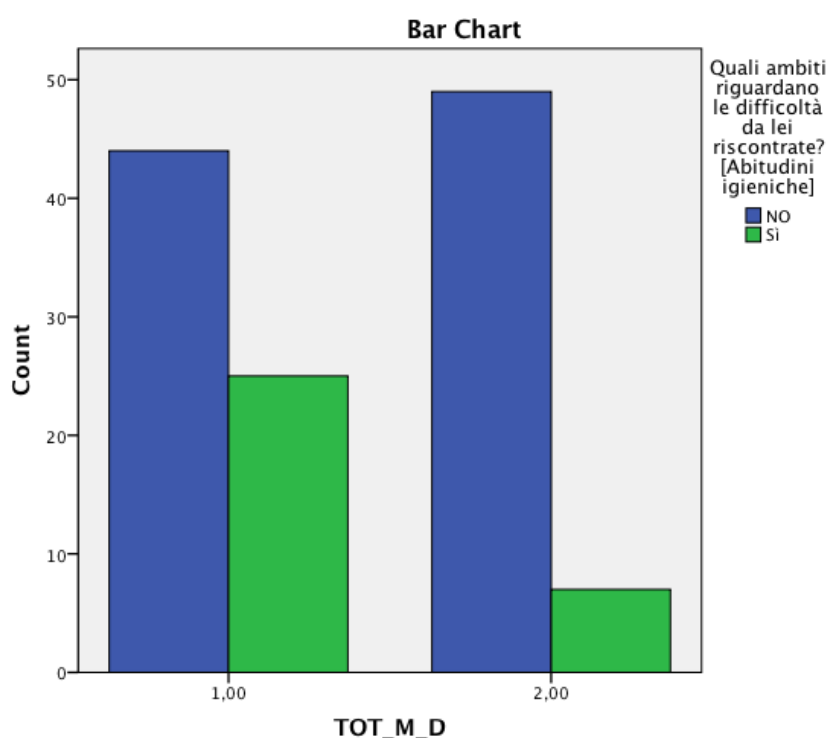


Figura 144 - Totali della scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" discretizzati, in rapporto con la difficoltà riferita "Abitudini igieniche"

Riguardo invece a coloro che, tra i 125 rispondenti che hanno dichiarato di essersi trovati in difficoltà in rapporto alla utenza straniera, hanno vissuto come problema l'aspetto della adesione al piano terapeutico-assistenziale (n=34; 27% del campione) (Tab. 45; Fig. 25), si sono registrati punteggi superiori alla media nella subscala "Comunicazione e mediazione culturale" nel 73% dei casi (n=25), a fronte del 52% (n=47) riportato tra chi non considera l'adesione al piano terapeutico-assistenziale un problema degno di nota ($\chi^2=4,8$; $p.<0.05$). Il dato può suggerire come una più spiccata attenzione agli aspetti comunicativi e relazionali possa far percepire come più importanti anche le problematiche riguardanti la compliance del paziente e alla sua adesione consapevole alle indicazioni fornite dagli operatori sanitari nel campo della salute.

Tabella 45 - Totali della scala "Comunicazione e mediazione culturale" discretizzati, in rapporto con la difficoltà riferita "Adesione al piano terapeutico-assistenziale"

| | | TOT_C_D | | Totale |
|--|----|---------|------|--------|
| | | 1,00 | 2,00 | |
| Quali ambiti riguardano le difficoltà da lei riscontrate? [Adesione al piano terapeutico-assistenziale] | NO | 44 | 47 | 91 |
| | Si | 9 | 25 | 34 |
| Totale | | 53 | 72 | 125 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|-------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,852 | 1 | p. < 0.05 |

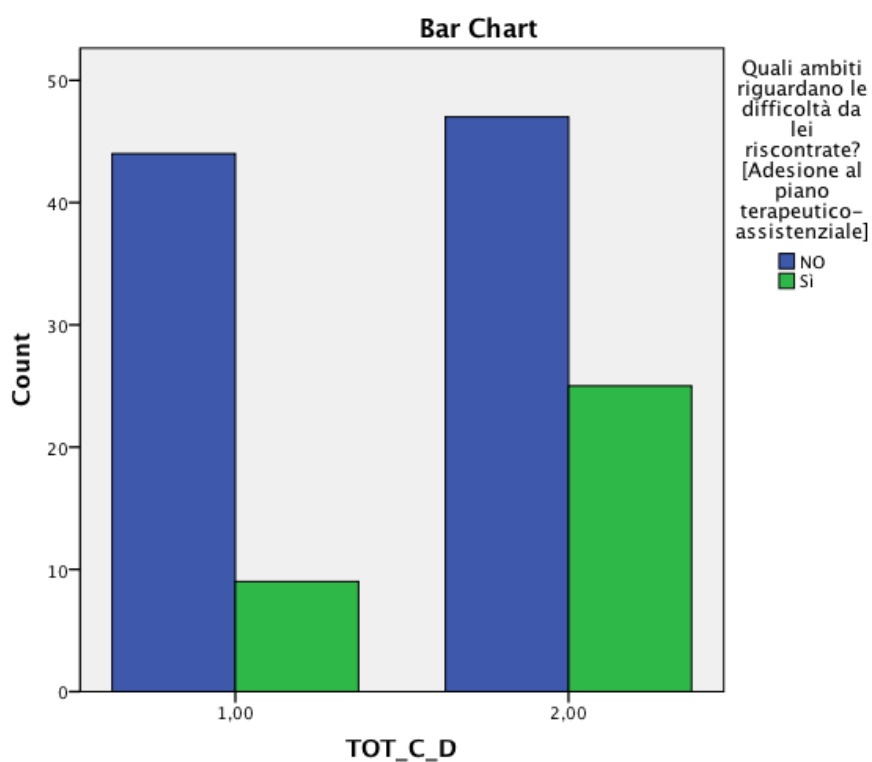


Figura 155 - Totali della scala "Comunicazione e mediazione culturale" discretizzati, in rapporto con la difficoltà riferita "Adesione al piano terapeutico-assistenziale"

4.5 Analisi Fattoriale

Attraverso l'analisi fattoriale si è ricercata la struttura teorica del questionario, evidenziando a quali fattori di varianza comuni potessero essere riconducibili gli item che lo compongono, agendo con l'intento di passare da una molteplicità di dati osservati a un numero limitato di fattori.

La soluzione fattoriale migliore tra quelle testate è la Promax, quindi per fattori correlati, che produce una soluzione a 5 fattori, in grado di spiegare il 54,13% della varianza totale del fenomeno studiato, come descritto in Tab. 46.

Si sono selezionate le 49 domande di tipo continuo contenute nel questionario. Le statistiche sono basate sui casi che non presentano valori mancanti per alcuna variabile utilizzata ("Listwise").

Le etichette che si sono attribuite ai singoli fattori, in base alla valutazione delle singole variabili costituenti gli stessi, sono le seguenti:

Fattore 1: Esperienze di relazione con il paziente straniero e vissuti dell'operatore sanitario

Fattore 2: **Orientamento verso l'altro**

Fattore 3: **Approccio al Fine Vita**

Fattore 4: **Mediazione Culturale**

Fattore 5: **Competenza Culturale**

Le variabili componenti ciascun fattore sono elencate nelle Tab. 47-48-49-50-51. Dei 49 item inclusi nella analisi fattoriale, uno (precisamente lo M-GUDS-S 12 - "È molto importante per me che un amico sia d'accordo con me sulla maggior parte delle cose") non è stato attribuito ad alcun fattore per insufficiente saturazione.

Tabella 46 - Soluzione Fattoriale: Totale Varianza spiegata

| Fattore | Autovalori iniziali | | | Pesi dei fattori non ruotati | | | Pesi dei fattori ruotati ^a |
|---------|---------------------|---------------|------------|------------------------------|---------------|------------|---------------------------------------|
| | Totale | % di Varianza | % cumulata | Total | % di Varianza | % cumulata | Totale |
| 1 | 10,721 | 21,879 | 21,879 | 10,351 | 21,125 | 21,125 | 9,085 |
| 2 | 6,248 | 12,752 | 34,631 | 5,785 | 11,806 | 32,931 | 7,611 |
| 3 | 4,116 | 8,400 | 43,030 | 3,792 | 7,739 | 40,670 | 4,433 |
| 4 | 2,978 | 6,077 | 49,108 | 2,617 | 5,340 | 46,010 | 4,197 |
| 5 | 2,463 | 5,026 | 54,134 | 1,924 | 3,926 | 49,936 | 3,771 |

Metodo di estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale.

a. Nella tabella si sono omessi gli auto-valori e i fattori con varianza inferiore a 5,026.

Tabella 47 - Matrice dei Modelli^a

| Esperienze di relazione con il paziente straniero e vissuti dell'operatore sanitario (12 item) | FATTORE | | | | |
|--|---------|-------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E9/D) Il paziente straniero e i suoi familiari sono generalmente affidabili | ,895 | | | | |
| C1) Riesco ad instaurare una comunicazione efficace con la persona e i suoi familiari | ,893 | | | | |
| E9/B) Il paziente straniero e i suoi familiari aderiscono alle indicazioni fornite da me e dai miei colleghi e collaboratori | ,885 | | | | |
| C2) Cerco di trovare la strategia più adatta per comunicare con la persona e la sua famiglia, ad esempio ricorrendo a messaggi scritti, a traduttori on-line, immagini | ,883 | | | | |
| E9/A) Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano il mio ruolo professionale | ,875 | | | | |
| E9/C) Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano gli orari previsti per visite e appuntamenti | ,849 | | | | |
| C4) Ritengo di riuscire ad adattare il mio modello comunicativo a quello del paziente straniero e dei suoi familiari | ,841 | | | | |
| E5) Mi sento a mio agio nell'assistere una persona straniera | ,838 | | | | |
| E7) Mi sento adeguato nel soddisfare le esigenze del paziente straniero | ,826 | | | | |
| C3) Cerco di imparare e di usare le parole chiave di una lingua straniera in modo da essere in grado di comunicare meglio con la persona e la sua famiglia | ,806 | | | | |
| E8) Penso di avere bisogno di formazione per gestire in maniera efficace il mio rapporto con il paziente straniero | ,768 | | | | |
| E6) L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro | ,485 | -,395 | | | |

Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale. Metodo rotazione: Promax con normalizzazione di Kaiser.

È stato scelto come valore di *cut-off* per la visualizzazione dei coefficienti 0,2.

Tabella 48 - Matrice dei Modelli^a

| Orientamento verso l'altro (18 item) | FATTORE | | | | |
|--|---------|-------|------|---|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| M-GUDS-S 9) È davvero difficile per me sentirmi vicino ad una persona di un'altra etnia | | -,769 | | | ,267 |
| FV3) Sono interessato a conoscere le specificità delle altre culture riguardo agli aspetti della morte | | ,723 | | | |
| M-GUDS-S 10) Sono interessato a conoscere le molteplici culture che esistono in questo mondo | | ,659 | | | |
| M-GUDS-S 14) Conoscere le diverse esperienze di altre persone mi aiuta a capire meglio i miei problemi | | ,650 | | | |
| M-GUDS-S 4) Mi piacerebbe andare a ballare dove si suonano musiche di altri paesi | | ,649 | | | |
| M-GUDS-S 6) Mi sento a mio agio solo con persone della mia etnia | | -,632 | | | |
| M-GUDS-S 13) Frequento eventi dove potrei conoscere persone di diverse estrazioni etniche | | ,623 | | | |
| M-GUDS-S 7) Ascolto spesso la musica di altre culture | | ,621 | | | |
| M-GUDS-S 1) Mi piacerebbe far parte di una organizzazione che mettesse in rilievo l'importanza di conoscere persone di paesi diversi | | ,580 | | | |
| CC7) Cerco informazioni da parte della persona, della sua famiglia o da altri informatori per rispondere ai loro bisogni di salute | | ,580 | ,212 | | |
| M-GUDS-S 15) Mi sento spesso irritato da persone di un'etnia diversa dalla mia | | -,541 | | | |
| M-GUDS-S 5) Riesco a capire al meglio qualcuno dopo aver realizzato in che modo lui/lei è sia simile che diverso/a da me | | ,525 | | | ,352 |
| M-GUDS-S 3) Fare la conoscenza di una persona appartenente a un'altra etnia di solito mi mette a disagio | | -,515 | | | |
| M-GUDS-S 8) Sapere in che modo una persona è diversa da me migliora notevolmente la nostra amicizia | | ,494 | | | ,251 |
| M-GUDS-S 11) Quando inizio a conoscere qualcuno, mi piace sapere in che modo lui/lei è sia diverso/a da me che simile a me | | ,483 | | | |
| M-GUDS-S 2) Le persone con disabilità possono insegnarmi cose che non potrei imparare altrove | | ,472 | | | ,302 |
| C10) L'utilizzo dei servizi di mediazione culturale migliora notevolmente la comunicazione e la relazione tra operatore sanitario e paziente straniero | | ,313 | | | |

| Orientamento verso l'altro (18 item) | FATTORE | | | | |
|--|---------|------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| CC6) Conosco i fattori di rischio socio-economici e ambientali che più contribuiscono ai problemi di salute dei pazienti stranieri | | ,291 | | | |

Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale. Metodo rotazione: Promax con normalizzazione di Kaiser. È stato scelto come valore di *cut-off* per la visualizzazione dei coefficienti 0,2.

Tabella 49 - Matrice dei Modelli^a

| Approccio al Fine vita (7 item) | FATTORE | | | | |
|---|---------|---|------|---|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| FV7/B) In caso di decesso di un paziente straniero parlo con le persone care al defunto e mi mostro vicino al loro dolore | | | ,856 | | |
| FV7/C) In caso di decesso di un paziente straniero nel caso di barriera linguistica/culturale, mi preoccupa di attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla mia Azienda | | | ,835 | | |
| FV7/E) In caso di decesso di un paziente straniero mi interessa a quello che accade una volta che il corpo del defunto viene allontanato dal mio Servizio | | | ,807 | | |
| FV7/D) In caso di decesso di un paziente straniero conosco il percorso che segue il corpo del paziente una volta che viene allontanato dal mio Servizio | | | ,791 | | |
| FV7/A) In caso di decesso di un paziente straniero metto in atto comportamenti diversi rispetto a quando muore una persona della mia cultura | | | ,738 | | |
| FV2) Possiedo le competenze necessarie per affrontare la morte di una persona di un'altra cultura | | | ,265 | | -,217 |
| FV1) La mia Azienda facilita l'attuazione di percorsi di fine vita specifici per la cultura di appartenenza del defunto | -,212 | | ,254 | | |

Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale. Metodo rotazione: Promax con normalizzazione di Kaiser. È stato scelto come valore di *cut-off* per la visualizzazione dei coefficienti 0,2.

Tabella 50 - Matrice dei Modelli^a

| Mediazione Culturale (4 item) | FATTORE | | | | |
|---|---------|---|---|------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C7) Sa come attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla sua Azienda? A chi rivolgersi in caso di necessità, orari di servizio dei mediatori culturali, numeri di telefono... | | | | ,959 | |
| C6) Quanto conosce i servizi di mediazione culturale attivabili nella sua Azienda? In che cosa consistono, a che tipologia di utenza sono rivolti... | | | | ,940 | |
| C8) In quanto operatore sanitario, quanto si sente in dovere di attivare in caso di necessità i servizi di mediazione culturale? | | | | ,879 | |
| C9) Quanto spesso ha attivato i servizi di mediazione culturale in prima persona? | | | | ,787 | |

Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale. Metodo rotazione: Promax con normalizzazione di Kaiser. È stato scelto come valore di *cut-off* per la visualizzazione dei coefficienti 0,2.

Tabella 51 - Matrice dei Modelli^a

| Competenza Culturale (7 item) | FATTORE | | | | |
|--|---------|------|---|---|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| CC1) Il concetto di famiglia può essere definito in maniera diversa nelle differenti culture (es. definizione di parenti, ruolo di padrini/madrine?) | | | | | ,698 |
| CC5) Il significato o il valore delle cure mediche possono variare notevolmente tra culture | | | | | ,629 |
| CC2) I ruoli maschile e femminile possono differire tra una cultura e l'altra | | | | | ,613 |
| CC4) Il concetto di prevenzione ed educazione alla salute può avere significati diversi a seconda della cultura di appartenenza di una persona | | | | | ,613 |
| FV4) Le credenze religiose influenzano il modo in cui le persone reagiscono alla malattia e alla morte | | ,266 | | | ,384 |
| FV5) Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture | | | | | ,367 |
| CC3) Una persona che proviene da un altro paese può scegliere in che misura e in che modo integrarsi nella cultura del paese di arrivo | | | | | |

Metodo estrazione: fattorizzazione dell'asse principale. Metodo rotazione: Promax con normalizzazione di Kaiser. È stato scelto come valore di *cut-off* per la visualizzazione dei coefficienti 0,2.

Se si osserva il segno dei punteggi contenuti in Tab. 48, che raggruppa le variabili del Fattore 2 (“Orientamento verso l’altro”), si nota come alcuni di essi siano negativi. Questo perché punteggi più alti nelle risposte a domande quali “È davvero difficile per me sentirmi vicino ad una persona di un'altra etnia” o “Mi sento a mio agio solo con persone della mia etnia” sono correlate a una peggiore propensione all’accettazione della diversità, mentre le variabili con punteggi positivi si correlano positivamente con la stessa propensione alla accettazione.

I fattori che scaturiscono dalla presente analisi sono in larga misura coincidenti con le subscale nelle quali è stato organizzato il questionario:

- **Fattore 1: Esperienze di relazione con il paziente straniero e vissuti dell’operatore sanitario.** Al fattore in questione sono riconducibili gran parte delle variabili appartenenti originariamente alla subscale “Esperienze di relazione con il paziente straniero”, con l’aggiunta di 4 item appartenenti alla subscale “Comunicazione e mediazione culturale”, in particolare di quelli riconducibili agli aspetti delle strategie di comunicazione, che rientrano comunque a pieno titolo nella composizione dei vissuti esperienziali dell’operatore sanitario;
- **Fattore 2: Orientamento verso l’altro.** Rientrano in questo fattore tutti gli item che nella struttura originaria del questionario sono raccolti nella subscale “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”, che indaga la collocazione del rispondente nel continuum Diversità-Universalità riguardo alla propensione all’accettazione dell’altro. Nel fattore 2 che scaturisce da questa analisi fattoriale, a questi item se ne affiancano altri che rafforzano il potere analitico della M-GUDS-S, integrandola con dimensioni che definiscono le strategie di relazione e di approccio con l’altro, e l’attenzione agli aspetti del fine vita;
- **Fattore 3: Approccio al Fine Vita.** Tutti gli item che confluiscono in questo fattore appartengono alla subscale “Fine vita” del questionario originario;
- **Fattore 4: Mediazione Culturale.** I quattro item raggruppati sotto questo fattore appartengono originariamente alla subscale “Comunicazione e mediazione culturale”. Come precedentemente discusso, gli item che descrivono gli aspetti della comunicazione sono stati assorbiti, in questa soluzione fattoriale, dal fattore 1 “Esperienze di relazione con il paziente straniero e vissuti dell’operatore sanitario” come sua parte integrante;
- **Fattore 5: Competenza Culturale.** Il fattore si compone degli item presenti nella subscale “Competenza culturale” del questionario, con l’aggiunta di alcune domande che approfondiscono lo stesso ambito di indagine estendendolo alla sfera del fine vita.

Nella Tab. 52 si riporta la correlazione tra i punteggi fattoriali che risultano dalla

analisi. Si può notare come i fattori non siano in linea di massima ben correlati tra di loro: più precisamente, il grado di correlazione osservabile varia da un minimo di 0,042 (“Competenza culturale”/“Esperienza di relazione con il paziente straniero e vissuti dell’operatore sanitario”) a un massimo di 0,413 (“Competenza culturale”/“Orientamento verso l’altro”).

Tabella 52 – Matrice di correlazione tra punteggi fattoriali

| | Esperienze di relazione e vissuti | Orientamento verso l'altro | Approccio al fine vita | Mediazione Culturale | Competenza Culturale |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| Esperienze di relazione e vissuti* | 1 | | | | |
| Orientamento verso l'altro | ,291** | 1 | | | |
| Approccio al fine vita | ,189** | ,226** | 1 | | |
| Mediazione Culturale | ,194** | ,153* | ,279** | 1 | |
| Competenza Culturale | ,042 | ,413** | ,163* | ,177* | 1 |

* “Esperienze di relazione con il paziente straniero e vissuti dell’operatore sanitario”

**La correlazione è significativa al livello di 0.01 (2 code)

* La correlazione è significativa al livello di 0.05 (2 code)

Considerando che le scale mirano ad analizzare dimensioni diverse dell’esperienza e delle attitudini del rispondente, i valori bassi di correlazione registrati tra di esse testimoniano l’utilità e il contributo di ognuna delle scale, così come definite dall’analisi fattoriale, all’economia complessiva del questionario.

4.6 Validità interna (Alpha di Cronbach) sulle subscale del questionario scaturite dalla analisi fattoriale

Dopo avere eseguito l'analisi fattoriale sul questionario, si è condotta una nuova valutazione della sua validità interna, a partire dalle scale che si sono originate attorno ai fattori evidenziati dalla analisi ("Esperienze di relazione con il paziente straniero e vissuti dell'operatore sanitario", "Orientamento verso l'altro", "Approccio al Fine Vita", "Mediazione Culturale", "Competenza Culturale").

Anche in questo caso le subscale mostrano una validità interna molto elevata, posizionandosi nel range tra il valore minimo di 0,729 calcolato per la subscale "Competenza culturale", e il massimo di 0,850 quantificato per la subscale "Approccio al fine vita".

I dettagli statistici di questa analisi sulla validità interna sono riportati nelle tabelle da 53 a 57.

Tabella 53 – Subscala “Esperienze di relazione con il paziente straniero e vissuti dell'operatore sanitario” (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,774 | 12 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| E9/D) Il paziente straniero e i suoi familiari sono generalmente affidabili | 43,96 | 60,721 | ,586 | ,740 |
| C1) Riesco ad instaurare una comunicazione efficace con la persona e i suoi familiari | 43,87 | 62,162 | ,609 | ,742 |
| E9/B) Il paziente straniero e i suoi familiari aderiscono alle indicazioni fornite da me e dai miei colleghi e collaboratori | 43,95 | 60,246 | ,596 | ,739 |
| C2) Cerco di trovare la strategia più adatta per comunicare con la persona e la sua famiglia, ad esempio ricorrendo a messaggi scritti, a traduttori on-line, immagini... | 43,09 | 62,045 | ,515 | ,748 |
| E9/A) Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano il mio ruolo professionale | 43,60 | 58,138 | ,631 | ,733 |
| E9/C) Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano gli orari previsti per visite e appuntamenti | 43,97 | 58,907 | ,560 | ,741 |
| C4) Ritengo di riuscire ad adattare il mio modello comunicativo a quello del paziente straniero e dei suoi familiari | 43,89 | 61,913 | ,544 | ,746 |
| E5) Mi sento a mio agio nell'assistere una persona straniera | 43,33 | 62,534 | ,476 | ,752 |
| E7) Mi sento adeguato nel soddisfare le esigenze del paziente straniero | 44,00 | 63,156 | ,427 | ,757 |
| C3) Cerco di imparare e di usare le parole chiave di una lingua straniera in modo da essere in grado di comunicare meglio con la persona e la sua famiglia | 43,47 | 62,979 | ,419 | ,758 |
| E8) Penso di avere bisogno di formazione per gestire in maniera efficace il mio rapporto con il paziente straniero | 43,14 | 69,380 | ,105 | ,792 |
| E6) L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro | 45,21 | 78,041 | -,240 | ,831 |

Tabella 54 - Subscala "Orientamento verso l'altro" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,746 | 18 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| M-GUDS-S 9) È davvero difficile per me sentirmi vicino ad una persona di un'altra etnia | 67,78 | 137,901 | -,345 | ,785 |
| M-GUDS-S 10) Sono interessato a conoscere le molteplici culture che esistono in questo mondo | 65,10 | 111,717 | ,535 | ,718 |
| FV3) Sono interessato a conoscere le specificità delle altre culture riguardo agli aspetti della morte | 65,11 | 111,934 | ,497 | ,720 |
| M-GUDS-S 14) Conoscere le diverse esperienze di altre persone mi aiuta a capire meglio i miei problemi | 65,78 | 107,316 | ,587 | ,710 |
| M-GUDS-S 4) Mi piacerebbe andare a ballare dove si suonano musiche di altri paesi | 65,97 | 105,165 | ,552 | ,711 |
| M-GUDS-S 6) Mi sento a mio agio solo con persone della mia etnia | 67,86 | 137,448 | -,325 | ,785 |
| M-GUDS-S 13) Frequento eventi dove potrei conoscere persone di diverse estrazioni etniche | 66,47 | 111,158 | ,436 | ,724 |
| M-GUDS-S 7) Ascolto spesso la musica di altre culture | 66,35 | 109,186 | ,489 | ,719 |
| M-GUDS-S 1) Mi piacerebbe far parte di una organizzazione che mettesse in rilievo l'importanza di conoscere persone di paesi diversi | 65,62 | 105,710 | ,564 | ,710 |
| CC7) Cerco informazioni da parte della persona, della sua famiglia o da altri informatori per rispondere ai loro bisogni di salute | 65,43 | 112,764 | ,533 | ,719 |
| M-GUDS-S 15) Mi sento spesso irritato da persone di un'etnia diversa dalla mia | 67,80 | 136,495 | -,293 | ,784 |
| M-GUDS-S 5) Riesco a capire al meglio qualcuno dopo aver realizzato in che modo lui/lei è sia simile che diverso/a da me | 65,53 | 107,470 | ,664 | ,706 |
| M-GUDS-S 3) Fare la conoscenza di una persona appartenente a un'altra etnia di solito mi mette a disagio | 67,68 | 132,246 | -,174 | ,774 |
| M-GUDS-S 8) Sapere in che modo una persona è diversa da me migliora notevolmente la nostra amicizia | 65,61 | 106,161 | ,652 | ,705 |
| M-GUDS-S 11) Quando inizio a conoscere qualcuno, mi piace sapere in che modo lui/lei è sia diverso/a da me che simile a me | 65,54 | 108,825 | ,582 | ,712 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| M-GUDS-S 2) Le persone con disabilità possono insegnarmi cose che non potrei imparare altrove | 64,77 | 115,438 | ,480 | ,725 |
| C10) L'utilizzo dei servizi di mediazione culturale migliora notevolmente la comunicazione e la relazione tra operatore sanitario e paziente straniero | 64,94 | 117,987 | ,349 | ,733 |
| CC6) Conosco i fattori di rischio socio-economici e ambientali che più contribuiscono ai problemi di salute dei pazienti stranieri | 66,08 | 120,037 | ,249 | ,740 |

Tabella 55 - Subscala "Approccio al fine vita" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,850 | 7 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| FV7/B) In caso di decesso di un paziente straniero parlo con le persone care al defunto e mi mostro vicino al loro dolore | 15,57 | 71,183 | ,784 | ,801 |
| FV7/C) In caso di decesso di un paziente straniero nel caso di barriera linguistica/culturale, mi preoccupo di attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla mia Azienda | 15,39 | 69,050 | ,792 | ,799 |
| FV7/E) In caso di decesso di un paziente straniero mi interesso a quello che accade una volta che il corpo del defunto viene allontanato dal mio Servizio | 16,86 | 77,211 | ,758 | ,808 |
| FV7/D) In caso di decesso di un paziente straniero conosco il percorso che segue il corpo del paziente una volta che viene allontanato dal mio Servizio | 16,34 | 73,982 | ,732 | ,810 |
| FV7/A) In caso di decesso di un paziente straniero metto in atto comportamenti diversi rispetto a quando muore una persona della mia cultura | 16,83 | 81,023 | ,667 | ,822 |
| FV2) Possiedo le competenze necessarie per affrontare la morte di una persona di un'altra cultura | 16,63 | 99,405 | ,244 | ,870 |

| | | | | |
|---|-------|--------|------|------|
| FV1) La mia Azienda facilita l'attuazione di percorsi di fine vita specifici per la cultura di appartenenza del defunto | 16,61 | 98,336 | ,246 | ,871 |
|---|-------|--------|------|------|

Tabella 56 - Subscala "Mediazione culturale" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,809 | 4 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| C7) Sa come attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla sua Azienda? | 12,33 | 14,068 | ,784 | ,679 |
| C6) Quanto conosce i servizi di mediazione culturale attivabili nella sua Azienda? | 12,60 | 14,830 | ,762 | ,695 |
| C8) In quanto operatore sanitario, quanto si sente in dovere di attivare in caso di necessità i servizi di mediazione culturale? | 11,33 | 21,718 | ,357 | ,861 |
| C9) Quanto spesso ha attivato i servizi di mediazione culturale in prima persona? | 13,27 | 12,786 | ,668 | ,755 |

Tabella 57 - Subscala "Competenza culturale" (Alpha di Cronbach e statistiche totali)

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| ,729 | 7 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| CC1) Il concetto di famiglia può essere definito in maniera diversa nelle differenti culture (es. definizione di parenti, ruolo di padrini/madrine...) | 30,22 | 18,233 | ,585 | ,663 |
| CC5) Il significato o il valore delle cure mediche possono variare notevolmente tra culture | 30,33 | 17,658 | ,558 | ,667 |
| CC2) I ruoli maschile e femminile possono differire tra una cultura e l'altra | 29,88 | 20,025 | ,486 | ,691 |
| CC4) Il concetto di prevenzione ed educazione alla salute può avere significati diversi a seconda della cultura di appartenenza di una persona | 30,43 | 17,778 | ,529 | ,674 |
| FV4) Le credenze religiose influenzano il modo in cui le persone reagiscono alla malattia e alla morte | 29,87 | 20,999 | ,407 | ,707 |
| FV5) Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture | 30,01 | 19,736 | ,411 | ,704 |

| | | | | |
|--|-------|--------|------|------|
| CC3) Una persona che proviene da un altro paese può scegliere in che misura e in che modo integrarsi nella cultura del paese di arrivo | 31,46 | 20,289 | ,211 | ,765 |
|--|-------|--------|------|------|

Sembra a questo punto interessante mettere a confronto la validità interna delle scale del questionario originali e delle loro corrispondenti scaturite dall'analisi fattoriale. Le due categorie di subscale differiscono per numero e per tipo di item, ma è possibile comunque evidenziare un buon parallelismo tra di loro. Le analogie e le diversità tra le due categorie, con il dettaglio degli item che le compongono, sono spiegate in dettaglio nel paragrafo sull'analisi fattoriale (Par. 4.5).

Tabella 58 – Alpha di Cronbach: subscale originali vs subscale da Analisi fattoriale

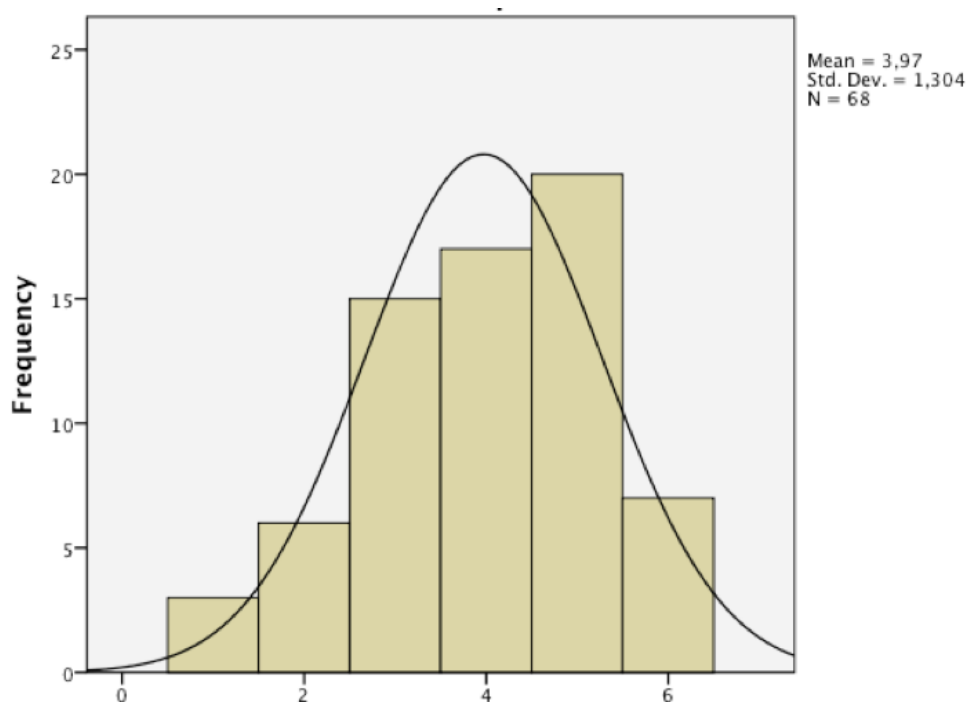
| Scale originali | Cronbach's Alpha | | Scale da A.F. |
|---|------------------|------|--|
| Esperienze di relazione con il paziente straniero (8 item) | ,649 | ,774 | Esperienze di relazione con il paziente straniero e vissuti dell'operatore sanitario (12 item) |
| Comunicazione e mediazione culturale (9 item) | ,851 | ,809 | Mediazione Culturale (4 item) |
| Competenza culturale (7 item) | ,670 | ,729 | Competenza Culturale (7 item) |
| Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S) (15 item) | ,661 | ,746 | Orientamento verso l'altro (18 item) |
| Fine vita (10 item) | ,812 | ,850 | Approccio al Fine Vita (7 item) |

Come descritto con chiarezza in Tab. 58, le subscale originate dalla analisi fattoriale presentano una validità interna maggiore rispetto a quelle componenti il questionario nella sua stesura originale, ad eccezione della subscale “Mediazione Culturale”, che registra una performance lievemente inferiore rispetto alla omologa subscale (“Comunicazione e mediazione culturale”) della versione originale.

4.7 Le risposte al questionario

4.7.1 Sezione anagrafica

La sezione anagrafica con cui si apre il questionario include una serie di domande sulla formazione del campione in ambito transculturale. Le informazioni raccolte sull'adesione a questo tipo di iniziative, e sulla durata ed organizzazione dei corsi eventualmente frequentati, sono state già discusse al momento della descrizione del campione della Survey online (Par. 4.2). Si riportano qui di seguito (Tab. 59) le elaborazioni sulle risposte alla domanda "Quanto le sono state utili nella pratica quotidiana le informazioni acquisite?" (scala da 1 – per niente, a 6 – moltissimo).



| | | Quanto le sono state utili nella pratica quotidiana le informazioni acquisite? |
|---|----------------|--|
| N | Valid | 68 |
| | Missing | 138 |
| | Mean | 3,97 |
| | Std. Deviation | 1,304 |
| | Minimum | 1 |
| | Maximum | 6 |

Tabella 59 - Quanto le sono state utili nella pratica quotidiana le informazioni acquisite?" (scala da 1 – per niente, a 6 – moltissimo)

La moda dei valori registrati in risposta a questo quesito è 5, mentre le modalità 1 e 2, indicative di una percezione di scarsa utilità della formazione in questo ambito, sono state scelte solo da una parte minoritaria del campione rispondente. Coloro che hanno frequentato corsi sulla sanità transculturale dichiarano, quindi, un impatto positivo sulla loro attività lavorativa della formazione. Si registra a questo proposito una Media nei valori delle risposte di 3,97 (Dev. St.: 1,304).

4.7.2 Esperienze di relazione con il paziente straniero

Conclusa la parte anagrafica, della quale abbiamo già discusso al momento della definizione del campione, il questionario inizia ad approfondire gli ambiti dell'esperienza e dei vissuti lavorativi dei rispondenti riguardo ai pazienti stranieri. La domanda E1 ("Ha avuto a che fare, nell'esercizio della sua professione, con pazienti stranieri negli ultimi 3 mesi?"), a seconda della risposta fornita, consente di approfondire gli aspetti esperienziali in questo campo oppure di passare a sezioni successive del questionario per compilare le quali non sia richiesta una esperienza recente alla quale riferirsi. Come mostra la Tab. 60, l'84,5% del campione dichiara di aver avuto esperienza di cura e assistenza a pazienti stranieri nell'arco degli ultimi 3 mesi di lavoro. Alle successive domande della sezione "Esperienze di relazione con il paziente straniero" hanno quindi avuto accesso i 174 soggetti che hanno risposto positivamente a questa prima domanda.

Tabella 60 – E1) Ha avuto a che fare, nell'esercizio della sua professione, con pazienti stranieri negli ultimi 3 mesi?

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--------|-----------|-------|------------|
| NO | 32 | 15,5 | 15,5 |
| SI | 174 | 84,5 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

Di questi 174 soggetti, l'83% (n=144) dichiarano di avere avuto esperienza prevalentemente con pazienti adulti, il 3% (n=5) prevalentemente con pazienti in età pediatrica, e il restante 14% (n=25) in egual misura con adulti e bambini (Tab. 61).

Tabella 61 – E2) Con che tipo di pazienti stranieri ha avuto a che fare?

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|----------------------------------|-----------|-------|------------|
| In egual misura adulti e bambini | 25 | 14,37 | 14,37 |
| Prevalentemente adulti | 144 | 82,76 | 100 |
| Prevalentemente bambini | 5 | 2,87 | 100 |
| Totale | 174 | 100 | |

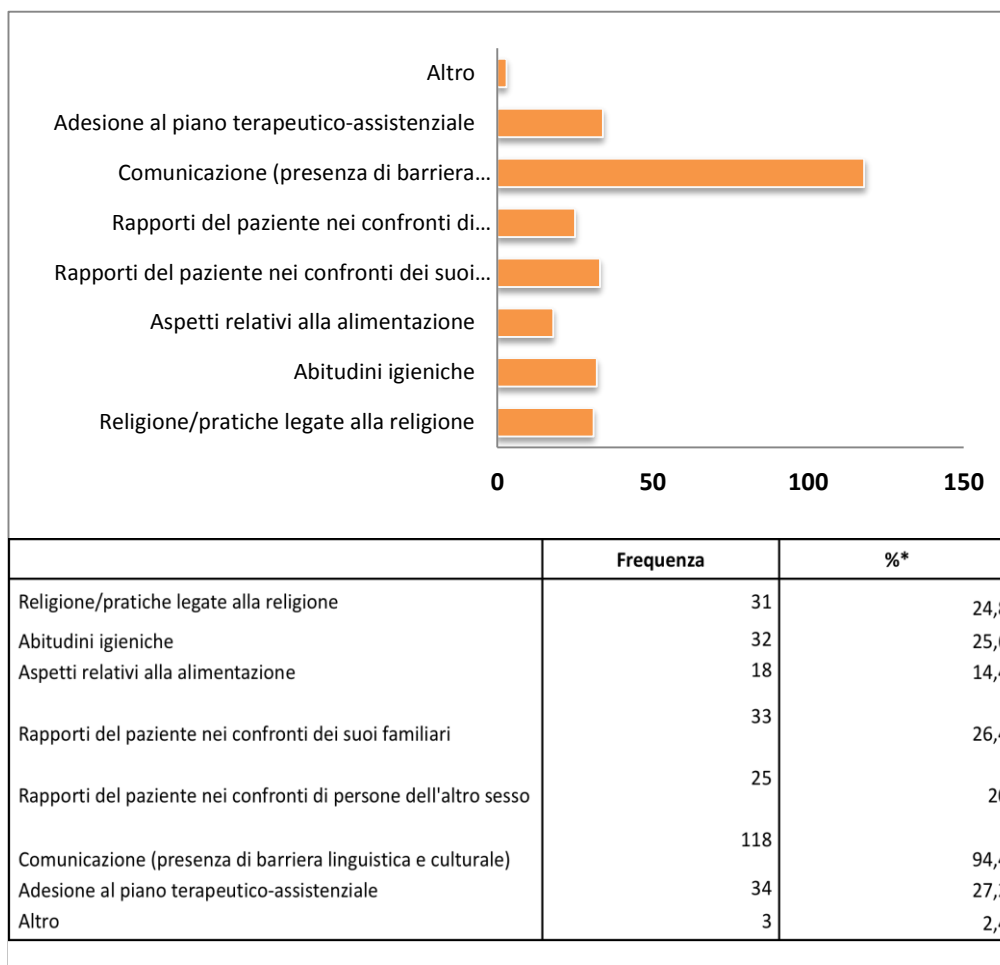
Il 72% di questo campione (n=125) sostiene di aver trovato una qualche difficoltà nell'assistere o curare persone straniere (Tab. 62).

Tabella 62 – E3) Ha sperimentato qualche difficoltà nello svolgere il suo lavoro nei confronti di questi pazienti?

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|-------|-----------|-------|------------|
| NO | 49 | 28,16 | 28,16 |
| Sì | 125 | 71,84 | 100 |
| Total | 174 | 100 | |

In Tab. 63 sono elencate le risposte alla domanda E4 (Quali ambiti riguardano le difficoltà da lei riscontrate?): i 125 elementi del campione che hanno risposto positivamente alla domanda precedente sono stati invitati a selezionare tutti gli item che ritenessero opportuno segnalare come fonte di difficoltà nella loro pratica lavorativa. Come è palese dalla lettura del grafico, la maggior parte di questo gruppo (n=118, 94%) ha evidenziato difficoltà riconducibili all'aspetto comunicativo e di barriera culturale. Le altre opzioni di risposta hanno raccolto un numero di scelte inferiore, anche se degno di nota: aspetti di tipo religioso e abitudini igieniche sono state vissute come difficoltà da circa un quarto dei rispondenti, mentre la scarsa adesione al piano terapeutico-assistenziale è vissuta come difficoltosa dal 27% del campione in esame.

Tabella 63 E4) Quali ambiti riguardano le difficoltà da lei riscontrate?



*sul campione di 125 persone che ha risposto "Sì" alla domanda E3) "Ha sperimentato qualche difficoltà nello svolgere il suo lavoro nei confronti di questi pazienti?"

Rispettivamente il 20% e il 26% dei rispondenti a questa domanda denunciano come difficoltoso il comportamento del paziente straniero a livello di relazione nei confronti delle persone dell'altro sesso (senza specificare se si tratti di personale sanitario o meno) e nei confronti dei propri familiari. Il 14% del campione dichiara come problematici gli aspetti relativi all'ambito della alimentazione. Infine, in 3 casi è stato riempito il campo "Altro" previsto da questa domanda con le seguenti annotazioni (citiamo testualmente):

- Difficoltà di instaurare un rapporto di fiducia;
- Rapporti infermiere/familiari;
- Rapporti tra personale e parenti.

Segue a questo punto una serie di 8 domande (da E5 a E9/D) con 6 opzioni di risposta (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo).

Nella Fig. 26 si riportano le frequenze dei risultati totali realizzati dai rispondenti

per questa serie di domande (punteggio ottenibile minimo: 8; massimo: 48). Nel calcolo dei totali è stato invertito di segno il punteggio della domanda E6 (“L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro”), portatrice di un significato opposto rispetto a quello delle altre domande. Come è evidente dal grafico, i valori dei punteggi totali presentano una media di 30,01 (Dev. St.: 5,951), con una distribuzione normale attorno allo stesso valore medio.

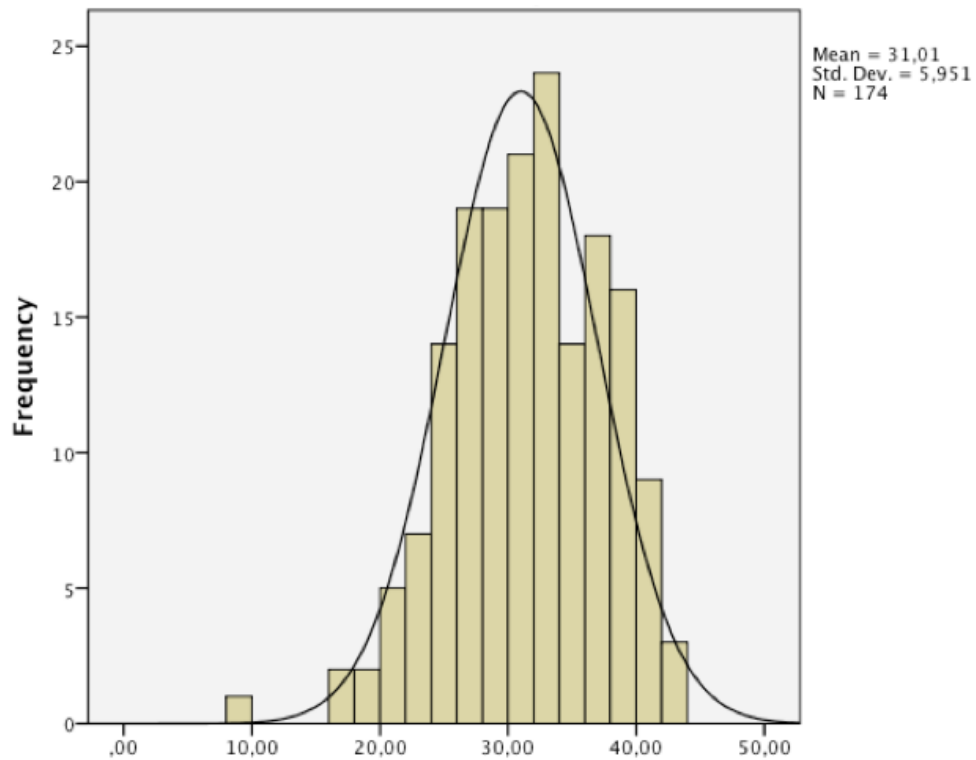


Figura 26 - Frequenze dei totali delle risposte alle domande da E5 a E9/D contenute nella sezione “Esperienze di relazione con il paziente straniero”

La Tab. 64 riassume i risultati statistici elaborati a partire dalle risposte alle domande di questa sezione.

Tabella 64 - Statistiche sulle risposte alle domande E5-E9/D contenute nella sezione "Esperienze di relazione con il paziente straniero"

| | | E5 | E6 | E7 | E8 |
|---|----------------|---|---|---|---|
| | | Mi sento a mio agio nell'assistere una persona straniera | L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro | Mi sento adeguato nel soddisfare le esigenze del paziente straniero | Penso di avere bisogno di formazione per gestire in maniera efficace il mio rapporto con il paziente straniero |
| N | Valid | 174 | 174 | 174 | 174 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 4,44 | 2,56 | 3,77 | 4,63 |
| | Std. Deviation | 1,288 | 1,541 | 1,323 | 1,419 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 |
| | | E9/A | E9/B | E9/C | E9/D |
| | | Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano il mio ruolo professionale | Il paziente straniero e i suoi familiari aderiscono alle indicazioni fornite da me e dai miei colleghi e collaboratori | Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano gli orari previsti per visite e appuntamenti | Il paziente straniero e i suoi familiari sono generalmente affidabili |
| N | 174 | 174 | 174 | 174 | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Mean | 4,17 | 3,82 | 3,80 | 3,81 |
| | Std. Deviation | 1,424 | 1,294 | 1,486 | 1,265 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 |

Analizzando più nel dettaglio le risposte ai singoli quesiti, notiamo come la maggior parte dei rispondenti si dichiara a proprio agio nell'assistere la persona straniera (Fig. 27), esprimendo punteggi elevati di accordo con l'affermazione contenuta nell'item E5 (Media: 4,44; Dev. St.: 1,288).

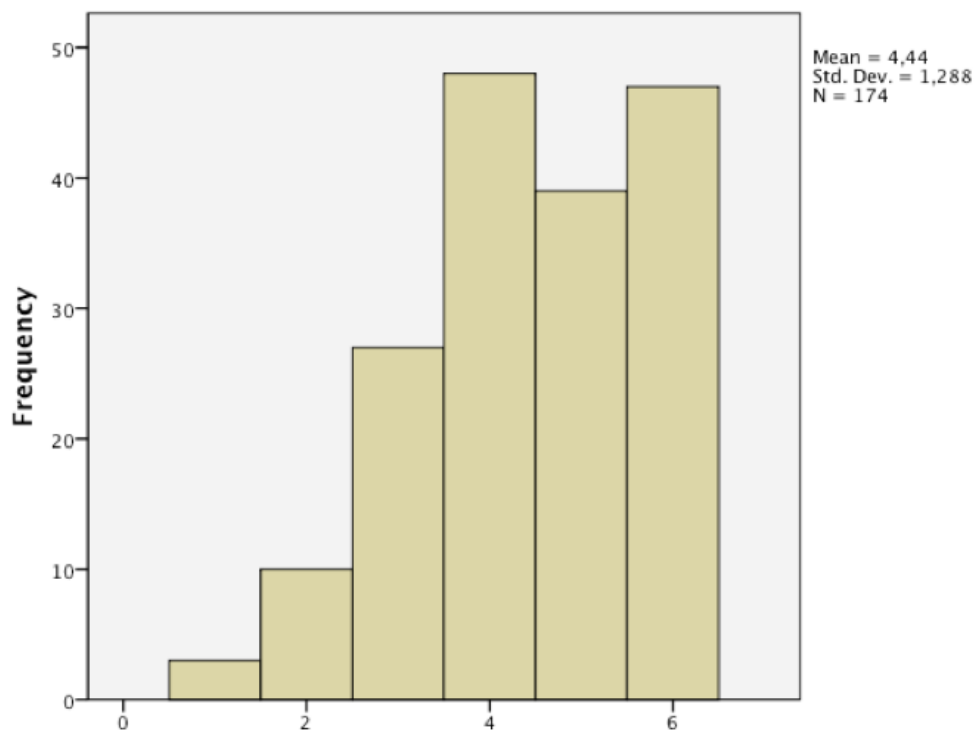


Figura 27 - E5) *Mi sento a mio agio nell'assistere una persona straniera*

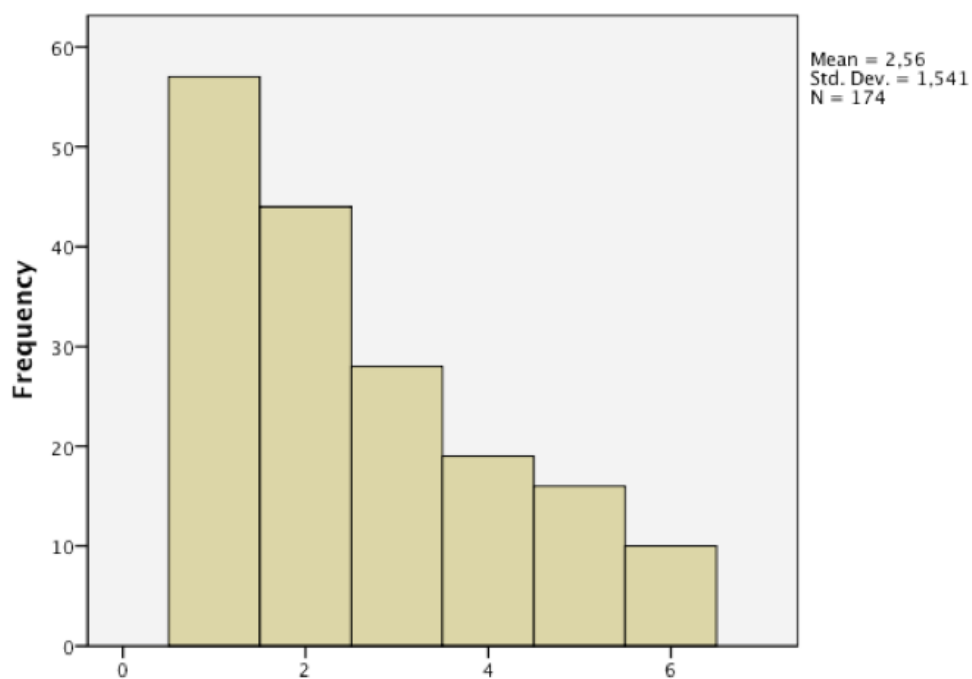


Figura 28 - E6) *L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro*

L'appartenenza culturale della persona assistita non è vissuta, dalla maggioranza del campione, come un ostacolo nell'esercizio del proprio lavoro (Figura 28 - E6 "L'appartenenza culturale del paziente straniero e della sua famiglia costituisce un ostacolo al mio lavoro"): la maggior parte dei rispondenti esprime un grado di disaccordo molto elevato o comunque alto nei confronti dell'affermazione contenuta nell'item.

Riguardo, invece, alla percezione di adeguatezza nell'assistere la persona straniera, i risultati raccolti evidenziano un approccio più cauto del campione, che esprime in generale un grado di accordo più timido con l'affermazione dell'item E7 (Fig. 29; Media: 3,77; Dev. St.: 1,323).

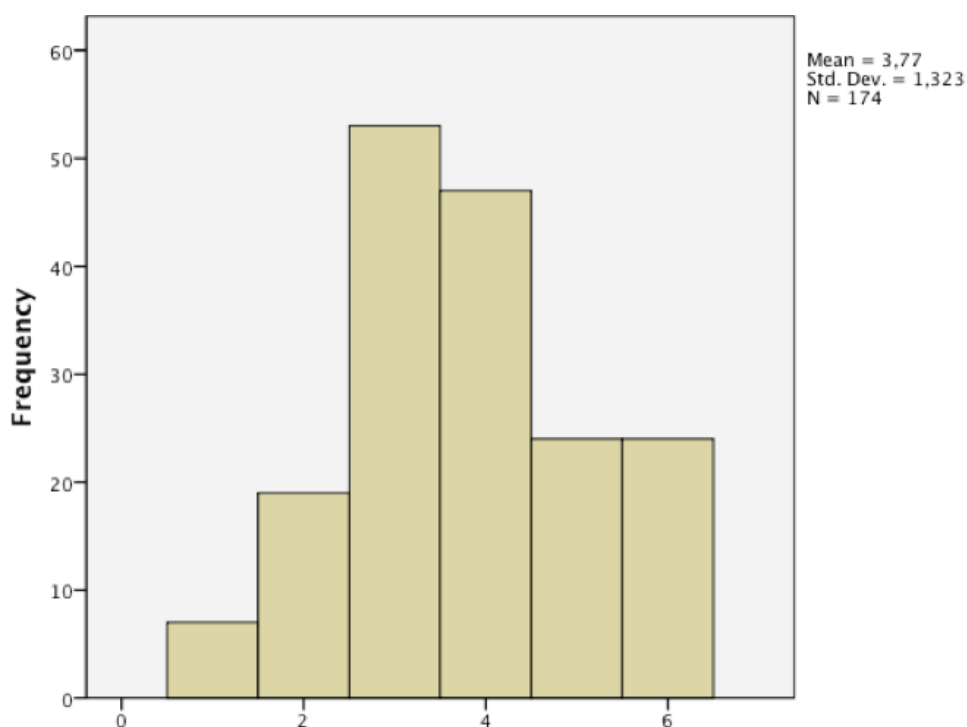


Figura 169 - E7) Mi sento adeguato nel soddisfare le esigenze del paziente straniero

Ai risultati raccolti dall'item E7 fanno da eco quelli dell'item successivo, che invita il rispondente a dichiarare il proprio grado di bisogno in termini di formazione in ambito transculturale: la gran parte del campione si esprime punteggi alti di accordo con l'affermazione "Penso di avere bisogno di formazione per gestire in maniera efficace il mio rapporto con il paziente straniero" (Fig. 30; Media: 4,63; Dev. St.: 1,419).

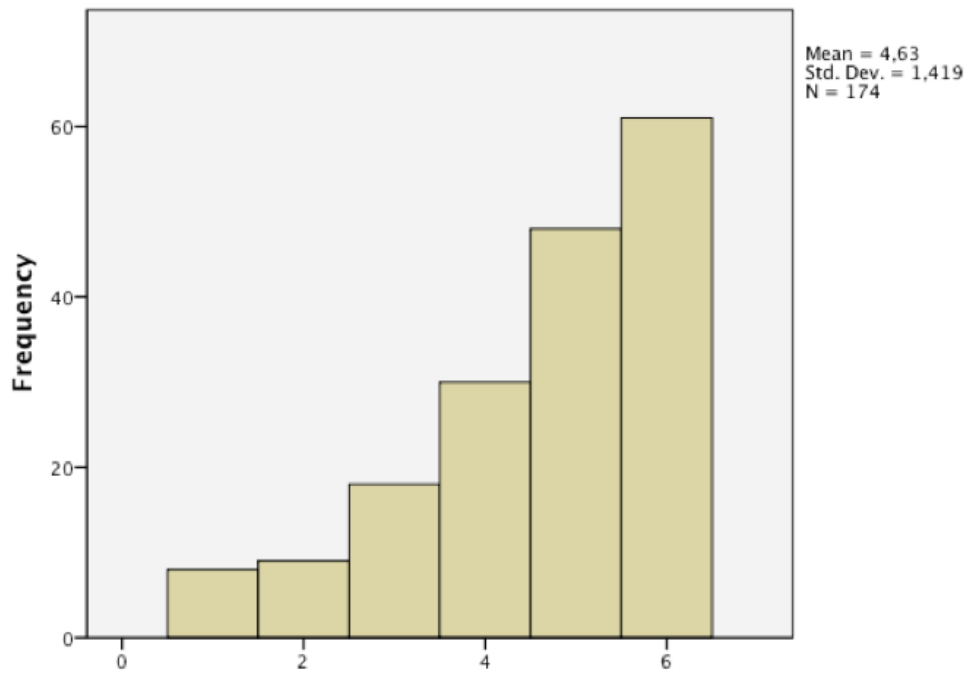


Figura 30 - E8) Penso di avere bisogno di formazione per gestire in maniera efficace il mio rapporto con il paziente straniero

Le quattro domande successive chiedono al campione di esprimersi sull'atteggiamento del paziente straniero e dei suoi familiari riguardo al rispetto del ruolo professionale degli operatori sanitari, alla compliance alle cure e alla loro affidabilità, anche in termini di rispetto di orari per visite e appuntamenti. Come evidente dalle Figg. 31, 32, 33, 34, le risposte agli item hanno punteggi che si collocano, in linea di massima, attorno ai valori centrali, indicando una scarsa propensione dei rispondenti a sbilanciarsi verso l'uno o l'altro estremo della scala di accordo-disaccordo.

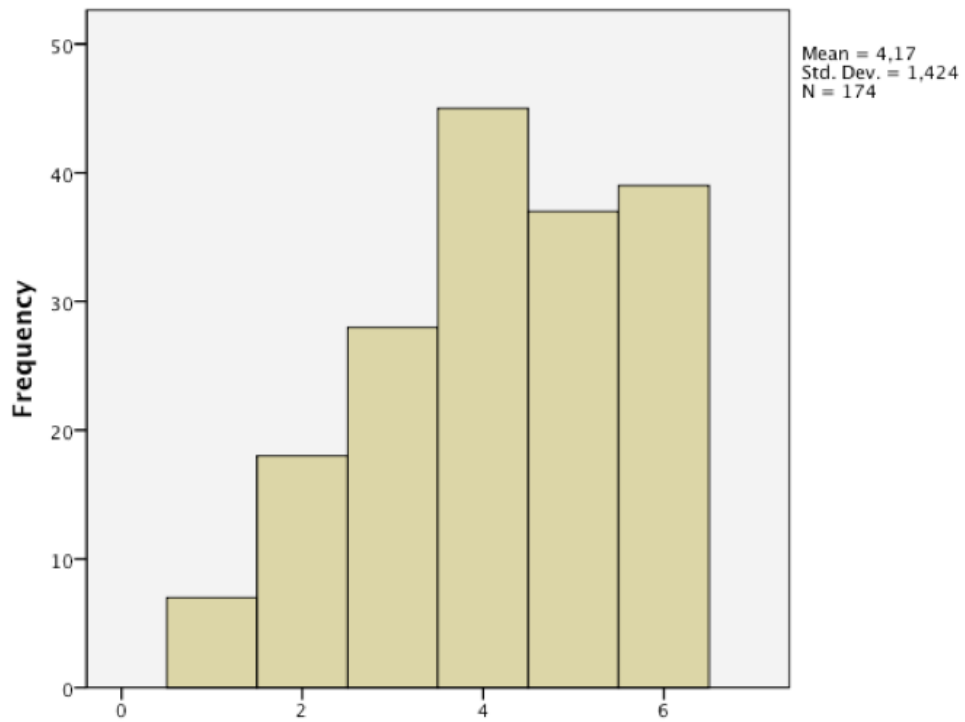


Figura 31 - E9/A) Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano il mio ruolo professionale

Si discosta in parte da questo trend l'item E9/A ("Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano il mio ruolo professionale"), con valori mediamente più alti (Media: 4,17; Dev. St.: 1,424), indice di una percezione più nettamente positiva, nel campione, riguardo alla sfera del rispetto della figura professionale da parte dell'utenza straniera.

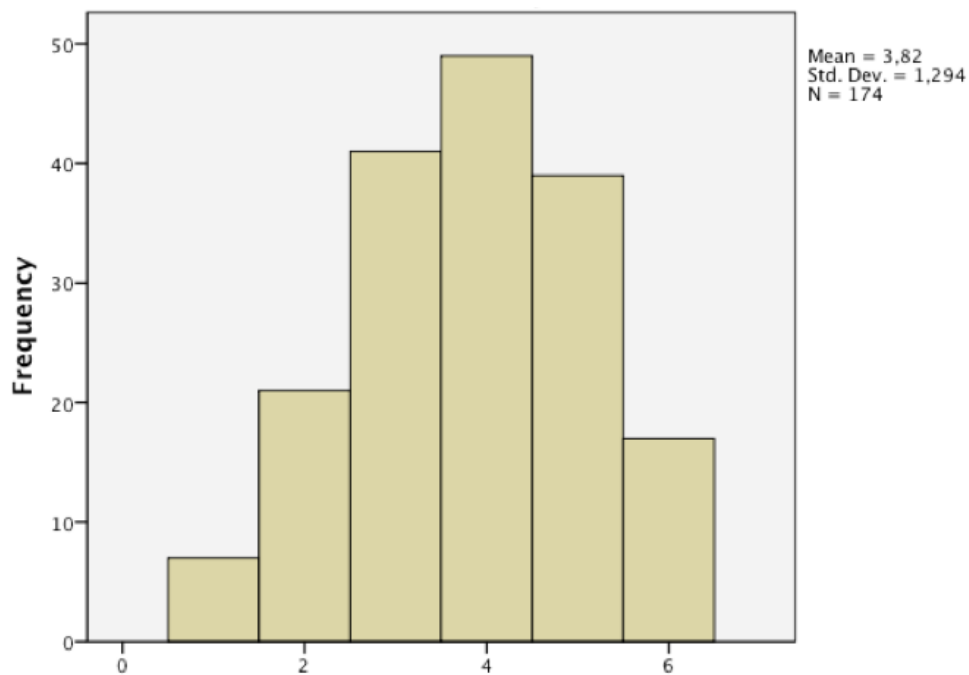


Figura 32 - E9/B) Il paziente straniero e i suoi familiari aderiscono alle indicazioni fornite da me e dai miei colleghi e collaboratori

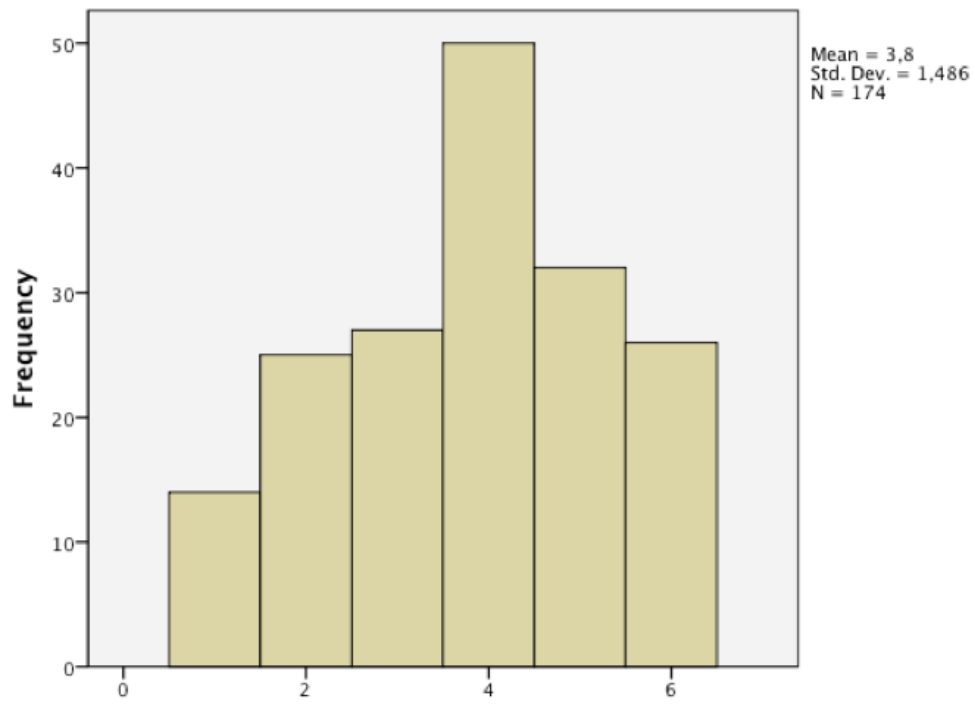


Figura 33 - E9/C) Il paziente straniero e i suoi familiari rispettano gli orari previsti per visite e appuntamenti

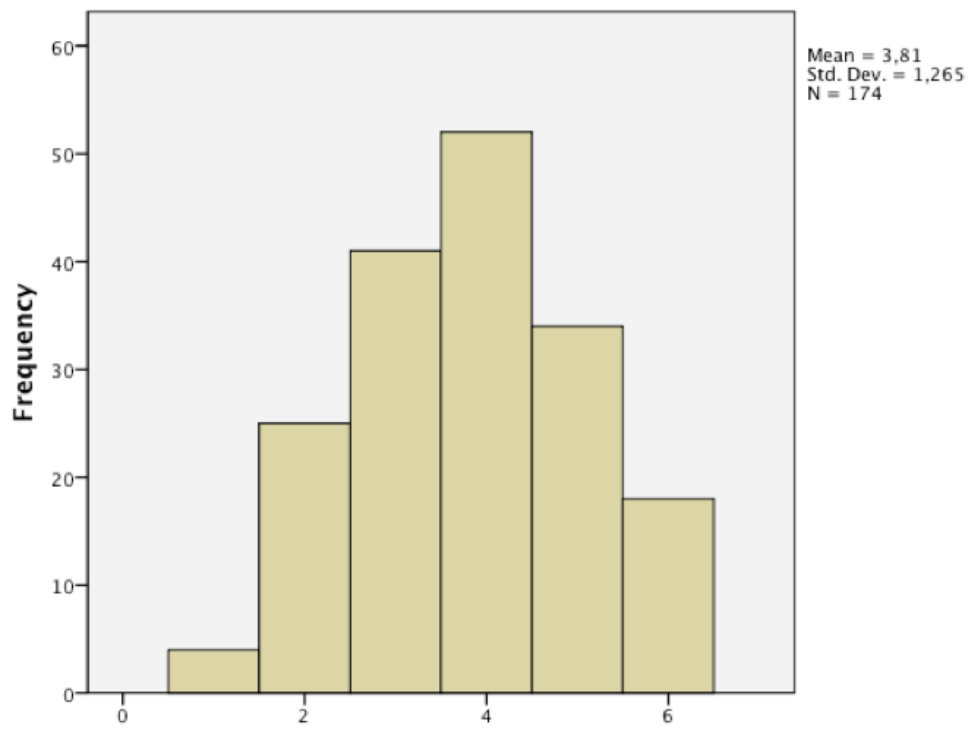


Figura 17 - E9/D) Il paziente straniero e i suoi familiari sono generalmente affidabili

Chiude la sezione la domanda E10, che invita il rispondente a dichiarare se le cause delle difficoltà nel rapporto tra paziente straniero ed operatore sanitario sono da ricercare in generale più nell'operatore sanitario, nel paziente, o in egual misura nell'uno e nell'altro. Lo scopo della domanda è di valutare, sia pur in maniera generica, la capacità del professionista di analizzare il proprio agire e di cercare, con obiettività e distacco, gli elementi oggetto di possibile miglioramento nel rapporto tra utenza e professionisti. I risultati sono riportati in Tab. 65.

Tabella 65 - Secondo la mia opinione, le cause delle difficoltà nel rapporto tra paziente straniero ed operatore sanitario sono da ricercare:

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--|------------------|----------|-------------------|
| In misura simile nell'uno e nell'altro | 135 | 77,59 | 77,59 |
| Prevalentemente nel paziente | 12 | 6,90 | 84,48 |
| Prevalentemente nell'operatore sanitario | 27 | 15,52 | 100 |
| Totale | 174 | 100 | |

La maggior parte dei rispondenti si dichiara equidistante alla questione (n=135; 78%), attribuendo in misura pressoché equivalente la responsabilità di tali difficoltà alle due categorie. Solo il 7% dei rispondenti a questa sezione del questionario (n=12) ritiene il paziente responsabile delle difficoltà riscontrate, mentre il 16% (n=27) considera il modo di porsi della propria categoria come principale fonte di problemi.

4.7.3 Comunicazione e mediazione culturale

La sezione si apre con una serie di 4 domande (da C1 a C4 - scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo), che puntano a studiare le strategie comunicative adottate dagli operatori sanitari nei confronti degli utenti di origine straniera, rivolte a coloro (n=174) che risposto positivamente alla domanda E1 (“Ha avuto a che fare, nell'esercizio della sua professione, con pazienti stranieri negli ultimi 3 mesi?”).

La Fig. 35 rappresenta le frequenze dei risultati totali forniti dai rispondenti alla serie di domande C1-C4, (punteggio ottenibile minimo: 4; massimo: 24). La distribuzione dei risultati è di tipo normale attorno al valore medio (Media: 16,76; Dev. St.: 3,753).

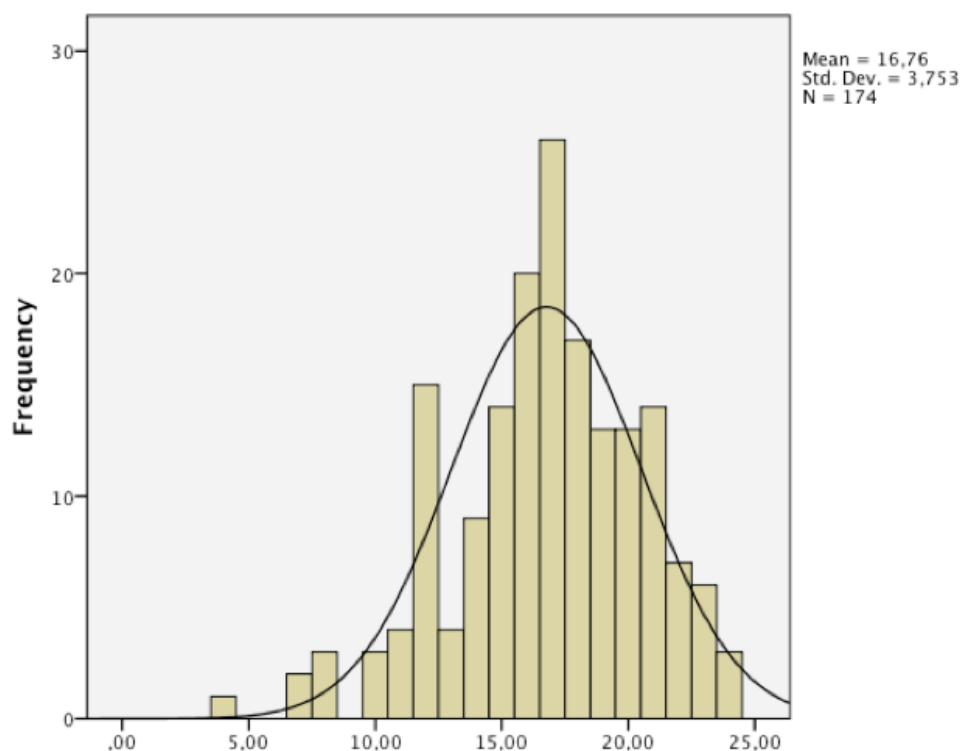


Figura 35 - Frequenze dei totali delle risposte alle domande da C1 a C4 contenute nella sezione “Comunicazione e mediazione culturale”

In Tab. 66 sono riportate le statistiche sui risultati delle risposte fornite agli item C1-C4.

Tabella 66 - Statistiche sulle risposte alle domande C1-C4 contenute nella sezione "Comunicazione e mediazione culturale"

| | | C1 | C2 | C3 | C4 |
|---|----------------|--|--|---|---|
| | | Riesco ad instaurare una comunicazione efficace con la persona e i suoi familiari | Cerco di trovare la strategia più adatta per comunicare con la persona e la sua famiglia, ad esempio ricorrendo a messaggi scritti, a traduttori on-line, immagini... | Cerco di imparare e di usare le parole chiave di una lingua straniera in modo da essere in grado di comunicare meglio con la persona e la sua famiglia | Ritengo di riuscire ad adattare il mio modello comunicativo a quello del paziente straniero e dei suoi familiari |
| N | Valid | 174 | 174 | 174 | 174 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 3,90 | 4,68 | 4,30 | 3,88 |
| | Std. Deviation | 1,095 | 1,262 | 1,361 | 1,222 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 |

Gli item C1 (Fig. 36) e C4 (Fig. 39), che indagano la percezione del rispondente riguardo alla propria capacità di comunicare con l'utenza straniera, presentano punteggi che si attestano su una media più bassa rispetto a quelli degli altri item del gruppo, rispettivamente 3,90 (Dev. St.: 1,095) per C1 e 3,88 (Dev. St.: 1,222) per C4, e i cui valori si concentrano sulle modalità centrali delle opzioni di risposta.

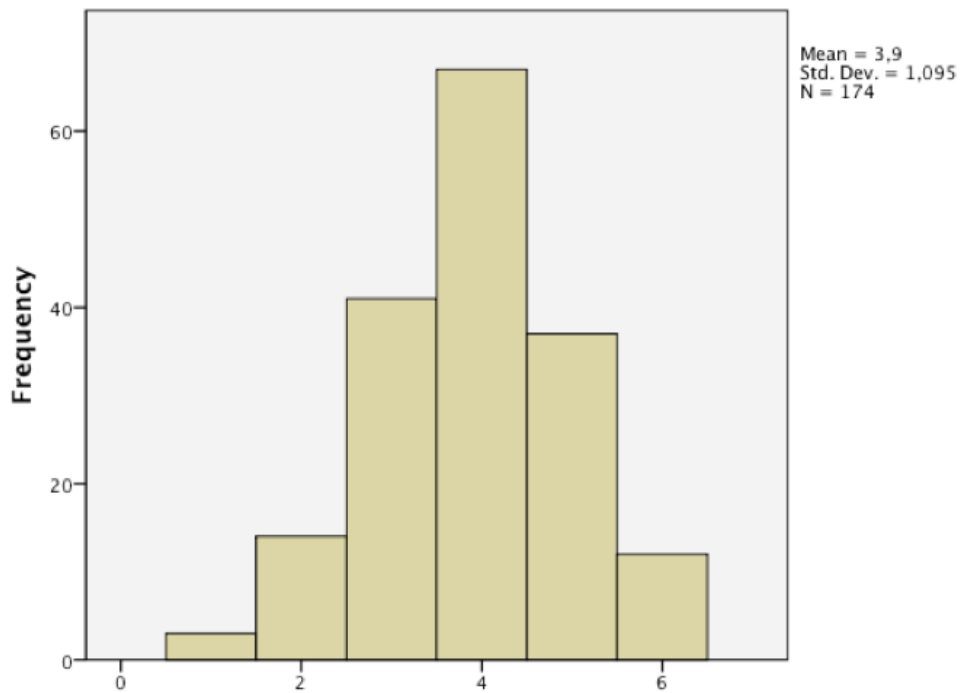


Figura 186 – C1) Riesco ad instaurare una comunicazione efficace con la persona e i suoi familiari

Dall'alto lato, gli item C2 e C3 (Figg. 37, 38), che consistono in affermazioni concernenti le possibili strategie attuate dal professionista per fronteggiare le difficoltà dovute alla barriera linguistica, offrono risultati con medie più elevate (per C2 Media: 4,68; Dev. St.: 1,262; per C3 Media: 4,3; Dev. St.: 1,361).

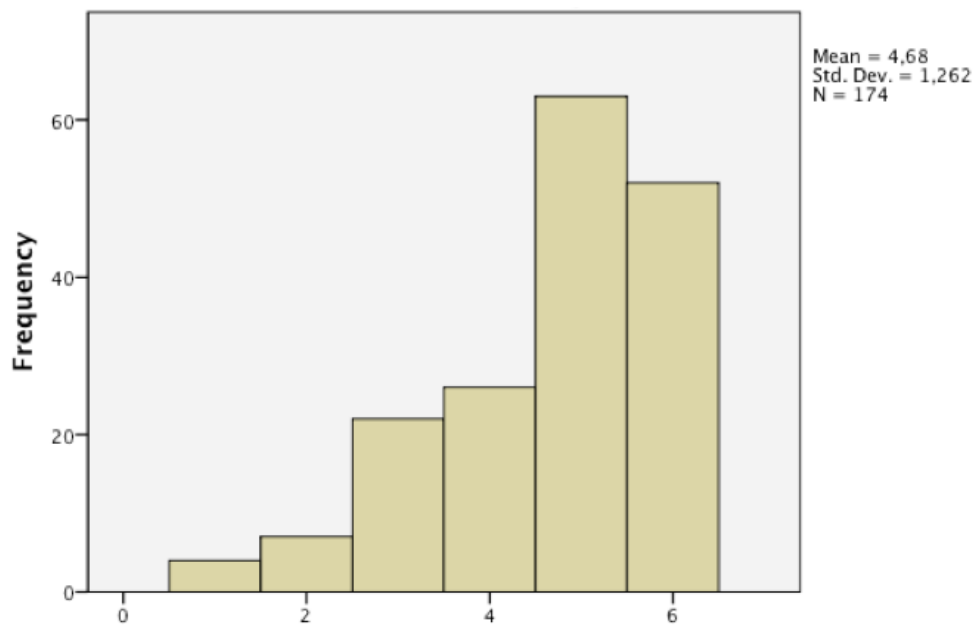


Figura 37 - C2) Cerco di trovare la strategia più adatta per comunicare con la persona e la sua famiglia, ad esempio ricorrendo a messaggi scritti, a traduttori on-line, immagini...

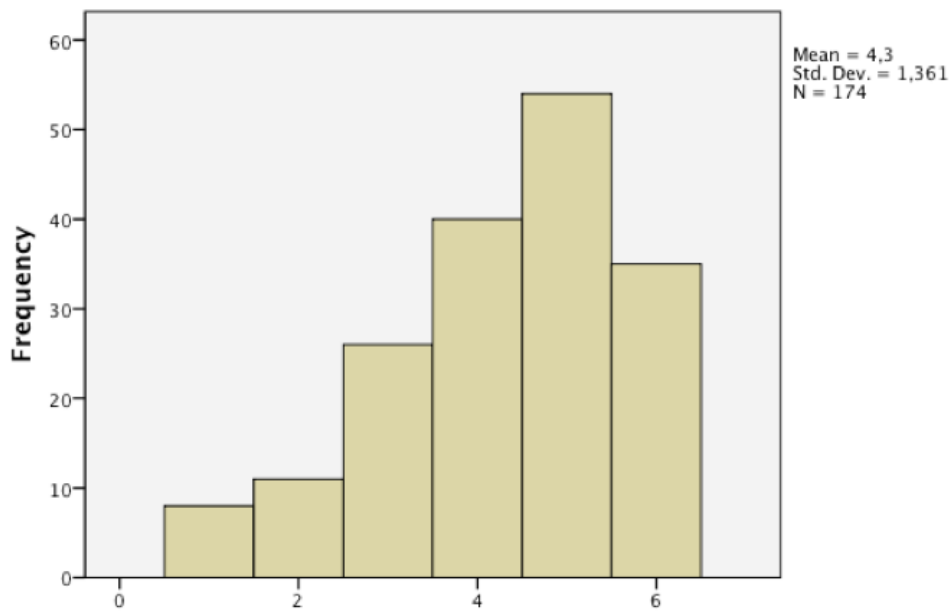


Figura 38 - C3) Cerco di imparare e di usare le parole chiave di una lingua straniera in modo da essere in grado di comunicare meglio con la persona e la sua famiglia

In particolare, i rispondenti mostrano un ottimo grado di accordo con l'affermazione contenuta in C2 ("Cerco di trovare la strategia più adatta per comunicare con la persona e la sua famiglia, ad esempio ricorrendo a messaggi scritti, a traduttori online, immagini..."), ancor più che con quella di C3 ("Cerco di imparare e di usare le parole chiave di una lingua straniera in modo da essere in grado di comunicare meglio con la persona e la sua famiglia").

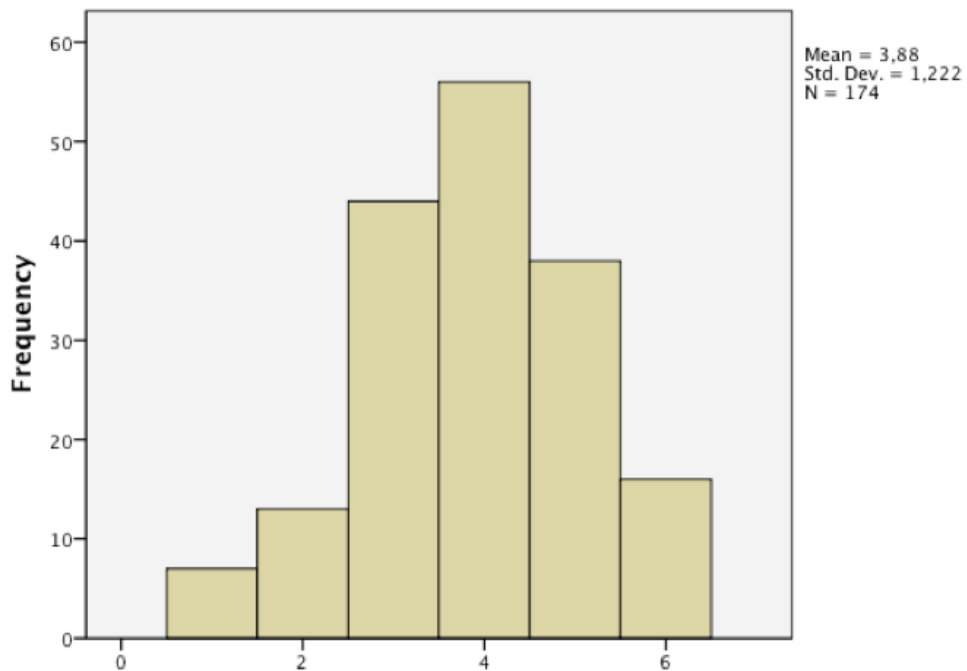


Figura 199 - C4) Ritengo di riuscire ad adattare il mio modello comunicativo a quello del paziente straniero e dei suoi familiari

Il questionario continua con l'item C5, che esplora l'esistenza di servizi di mediazione culturale nelle Aziende di appartenenza dei rispondenti (risposte possibili: Sì/No; Tab. 67).

Tabella 67 - C5) Esiste nella sua Azienda un servizio di mediazione culturale?

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--------|-----------|------|------------|
| no | 36 | 17,5 | 17,5 |
| non so | 26 | 12,6 | 30,1 |
| sì | 144 | 69,9 | 100 |
| Totale | 206 | 100 | |

Il 70% del campione dichiara che nella propria realtà lavorativa è presente un servizio di mediazione culturale (n=144), contro il 17% di quanti ne denunciano l'assenza (n=36). Da notare come il 13% degli interrogati non sa se all'interno dell'Azienda in cui lavorano sia o meno attivo un servizio di questo tipo.

A questo punto, alle 144 persone che hanno risposto positivamente a questa domanda, viene chiesto di esprimersi sugli item da C6 a C9, riguardanti l'utilizzo dei servizi di mediazione culturale presenti nella loro realtà lavorativa (domande da C6 a C9 - scala da 1 a 6).

Nella Fig. 40 sono riassunte le frequenze dei punteggi totali ottenuti in risposta alle domande da C6 a C9, dedicate a quanti abbiano riferito dell'esistenza nella propria Azienda di appartenenza di un servizio di mediazione culturale (punteggio ottenibile minimo: 4; massimo: 24).

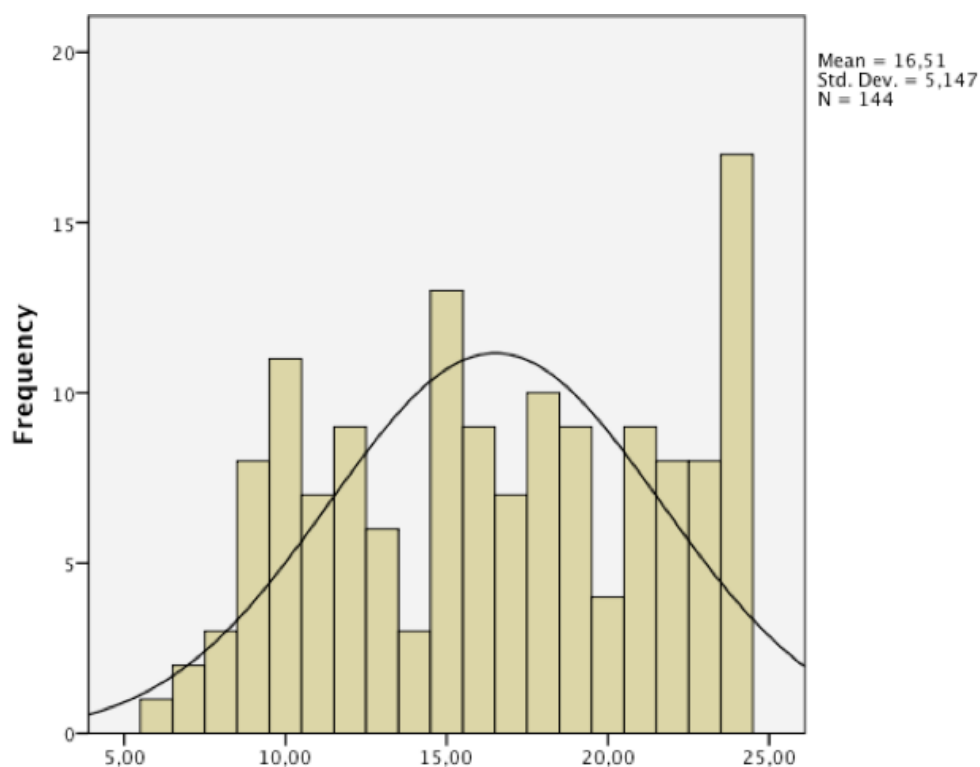


Figura 40 - Frequenze dei totali delle risposte alle domande da C6 a C9 contenute nella sezione "Comunicazione e mediazione culturale"

In Tab. 68 è riportata una sintesi delle statistiche sui risultati delle risposte fornite agli item C6-C9, dalla quale si evidenzia una distribuzione disomogenea dei valori totalizzati dai rispondenti a questo set di domande.

Tabella 68 - Statistiche sulle risposte alle domande C6-C9 contenute nella sezione "Comunicazione e mediazione culturale"

| | | C6 | C7 | C8 | C9 |
|---|----------------|---|--|---|--|
| | | Quanto conosce i servizi di mediazione culturale attivabili nella sua Azienda? | Sa come attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla sua Azienda? | In quanto operatore sanitario, quanto si sente in dovere di attivare in caso di necessità i servizi di mediazione culturale? | Quanto spesso ha attivato i servizi di mediazione culturale in prima persona? |
| N | Valid | 144 | 144 | 144 | 144 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 3,91 | 4,18 | 5,18 | 3,24 |
| | Std. Deviation | 1,569 | 1,650 | 1,082 | 2,017 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 |

Se consideriamo nel dettaglio le risposte fornite ai singoli item, possiamo osservare come il campione si sia espresso in maniera nettamente eterogenea sulla domanda C6 ("Quanto conosce i servizi di mediazione culturale attivabili nella sua Azienda?"), indicando una difformità considerevole tra singoli operatori nel grado di padronanza degli strumenti forniti dall'organizzazione per la quale lavorano nell'ambito della mediazione culturale (Fig. 41). Lo stesso dicasi per il quesito C7 ("Sa come attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla sua Azienda?"), con la particolarità che una percentuale più netta di rispondenti ha riferito un'ottima conoscenza delle modalità di attivazione degli stessi servizi (Fig. 42).

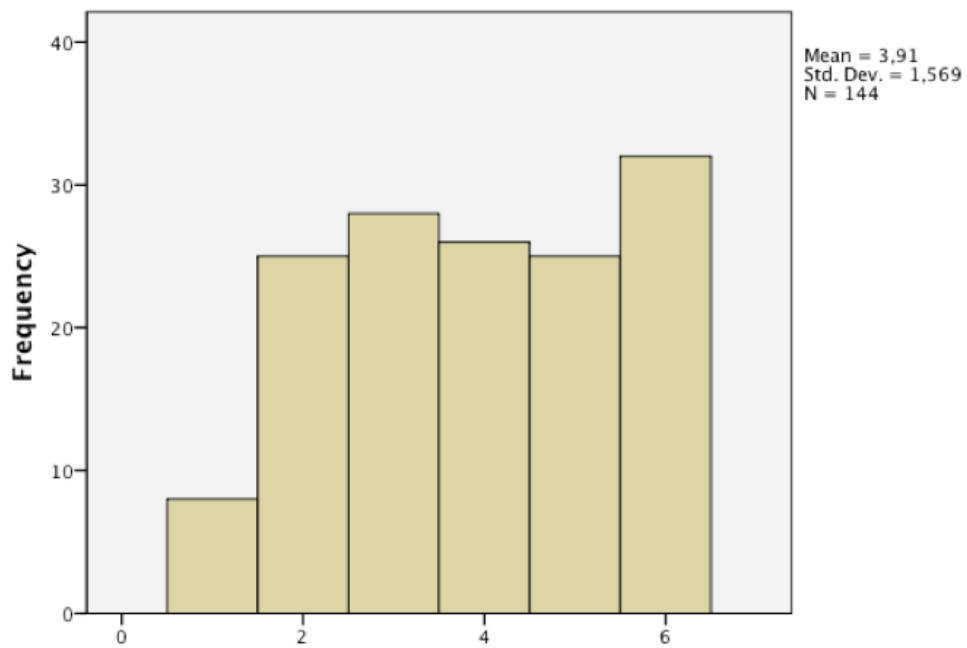


Figura 41 – C6) Quanto conosce i servizi di mediazione culturale attivabili nella sua Azienda?

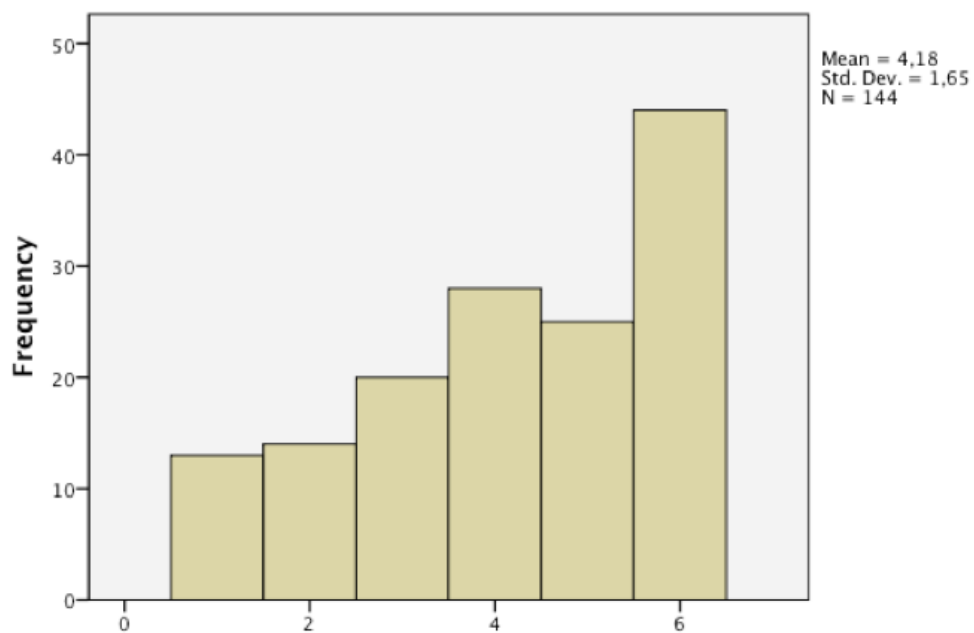


Figura 202 – C7) Sa come attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla sua Azienda?

La responsabilità percepita dall'operatore sanitario nell'attivazione dei servizi di mediazione culturale è ben evidente dalle risposte al quesito C8 ("In quanto operatore sanitario, quanto si sente in dovere di attivare in caso di necessità i servizi di mediazione culturale?"), che registrano una media molto elevata (Media: 5,18; Dev. St.: 1,082; Fig. 43).

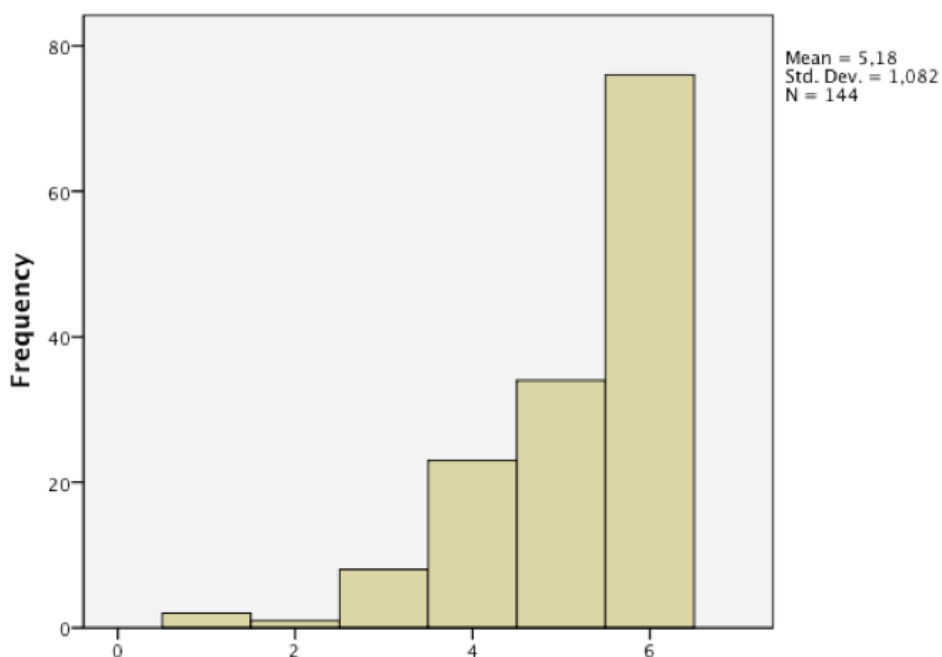


Figura 213 - C8) In quanto operatore sanitario, quanto si sente in dovere di attivare in caso di necessità i servizi di mediazione culturale?

Sono invece polarizzati attorno alle modalità estreme i valori delle risposte all'item C9 ("Quanto spesso ha attivato i servizi di mediazione culturale in prima persona?"), a indicare due realtà diametralmente opposte quando ci si addentri nella quotidianità della pratica professionale: da una parte troviamo chi attiva i servizi di mediazione culturale con una buona frequenza, dall'altra una nutrita schiera di professionisti che, invece, si dedicano molto di rado a questa attività (Fig. 44).

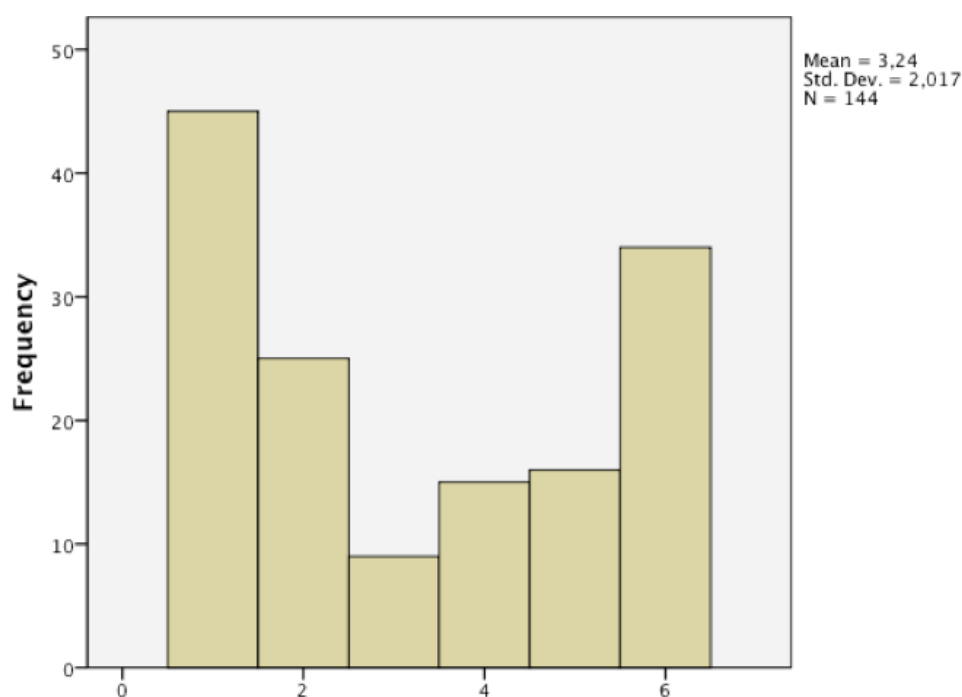


Figura 224 - C9) Quanto spesso ha attivato i servizi di mediazione culturale in prima persona?

La sezione sulla comunicazione e mediazione culturale si chiude con la domanda C10 (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo), rivolta alla totalità del campione, che indaga l'opinione dei rispondenti sulla utilità dei servizi di mediazione culturale nell'approccio alla persona straniera.

Dalla Fig. 45 appare evidente come una parte notevole del campione sia fortemente d'accordo con l'affermazione contenuta nell'item (Media: 5,02; Dev. St.: 1,203). Al di là delle evidenze fornite dalle altre domande della sezione, e indipendentemente dal reale approccio del professionista agli strumenti di mediazione culturale, quest'ultima è considerata di importanza strategica per il miglioramento della relazione tra operatori sanitari e utenza straniera.

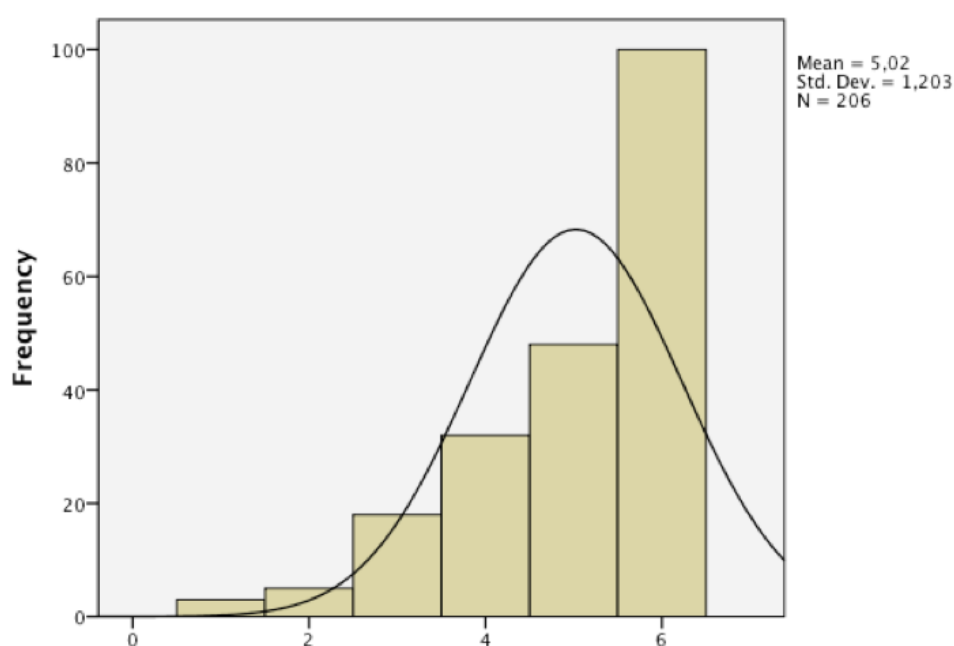


Figura 235 - C10) L'utilizzo dei servizi di mediazione culturale migliora notevolmente la comunicazione e la relazione tra operatore sanitario e paziente straniero (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

4.7.4 Competenza culturale

La sezione successiva comprende 7 domande (da CC1 a CC7) ed è volta a rilevare l'attitudine del personale sanitario e il suo grado di competenza culturale nella cura e nell'assistenza alla persona straniera.

La Tab. 69 riassume i risultati statistici elaborati a partire dalle risposte alle domande di questa sezione.

Tabella 69 – Statistiche sulle risposte alle domande contenute nella sezione “Competenza culturale”

| | | CC1 Il concetto di famiglia può essere definito in maniera diversa nelle differenti culture (es. definizione di parenti, ruolo di padrini/ madrine...) | CC2 I ruoli maschile e femminile possono differire tra una cultura e l'altra | CC3 Una persona che proviene da un altro paese può scegliere in che misura e in che modo integrarsi nella cultura del paese di arrivo | CC4 Il concetto di prevenzione ed educazione alla salute può avere significati diversi a seconda della cultura di appartenenza di una persona |
|---|----------------|--|---|---|---|
| N | Valid | 206 | 206 | 206 | 206 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 5,15 | 5,49 | 3,91 | 4,94 |
| | Std. Deviation | 1,117 | ,951 | 1,433 | 1,271 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 |
| | <hr/> | | | | |
| | | CC5 Il significato o il valore delle cure mediche possono variare notevolmente tra culture | CC6 Conosco i fattori di rischio socio-economici e ambientali che più contribuiscono ai problemi di salute dei pazienti stranieri | CC7 Cerco informazioni da parte della persona, della sua famiglia o da altri informatori per rispondere ai loro bisogni di salute | |
| N | Valid | 206 | 206 | 206 | |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | |
| | Mean | 5,03 | 3,88 | 4,53 | |
| | Std. Deviation | 1,247 | 1,267 | 1,256 | |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | |

Il rispondente è stato invitato a esprimere il proprio grado di accordo sulle affermazioni contenute nelle domande da CC1 a CC5 con un punteggio su scala da 1 (per niente d'accordo) a 6 (totalmente d'accordo). Le risposte alla domanda CC6 si collocano su una scala da 1 (per niente) a 6 (perfettamente), mentre quelle della domanda CC7 su una scala da 1 (mai) a 6 (regolarmente).

La Fig. 46 rappresenta le frequenze dei risultati totali forniti dai rispondenti alle domande di questa sezione, per la quale il punteggio ottenibile va da un minimo di 7 a un massimo di 42.

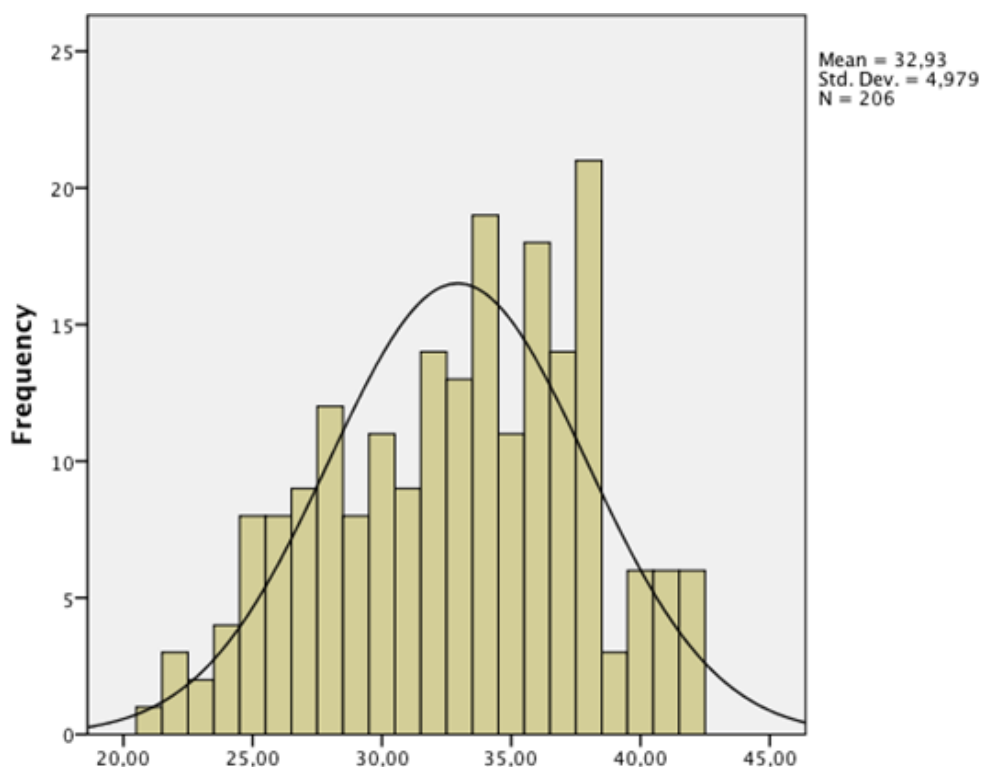


Figura 46 – Frequenze dei totali delle risposte alle domande contenute nella sezione “Competenza culturale”

La media dei totali dei punteggi ottenuti dai 206 rispondenti è di 32,93 (Dev. St.: 4,979).

Il diagramma in Fig. 47 descrive invece le risposte all’item CC1), che esprimono il grado di accordo con l’affermazione “Il concetto di famiglia può essere definito in maniera diversa nelle differenti culture (es. definizione di parenti, ruolo di padrini/madrine...)”: la maggior parte delle risposte si colloca tra le modalità 5 e 6 (Media: 5,15; St. Dev.: 1,117), mentre nessuno dei rispondenti si è dichiarato “per niente d’accordo” con questa affermazione.

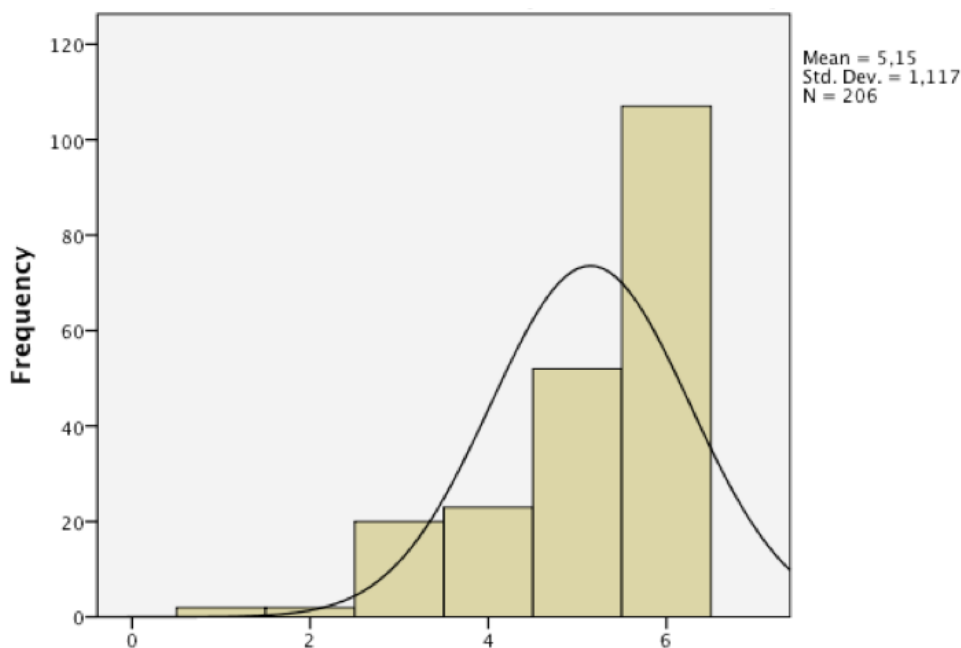


Figura 247 - CC1) Il concetto di famiglia può essere definito in maniera diversa nelle differenti culture (es. definizione di parenti, ruolo di padrini/madrine...) (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

Gradi di accordo molto elevati (Media: 5,49; Dev. St.: 0,951) sono stati riscontrati anche relativamente all'affermazione contenuta nell'item CC2 ("I ruoli maschile e femminile possono differire tra una cultura e l'altra") (Fig. 48), come pure a quelle contenute nelle domande CC4 ("Il concetto di prevenzione ed educazione alla salute può avere significati diversi a seconda della cultura di appartenenza di una persona") (Media: 4,94; Dev. St.: 1,271) e CC5 ("Il significato o il valore delle cure mediche possono variare notevolmente tra culture") (Media: 5,03; Dev. St.: 1,247), descritte rispettivamente in Fig. 50 e in Fig. 51, segno che la consapevolezza delle diversità di tipo sociologico e di approccio alla salute presenti in culture diverse tra loro è ben radicata in coloro che hanno risposto al questionario.

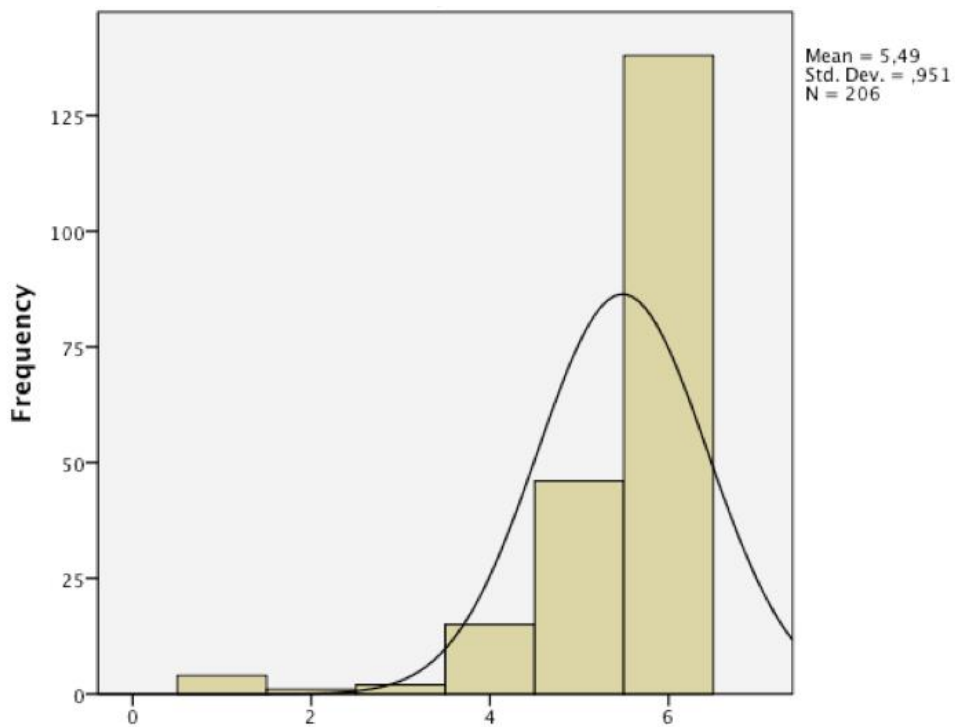


Figura 258 - CC2) "I ruoli maschile e femminile possono differire tra una cultura e l'altra"
(scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

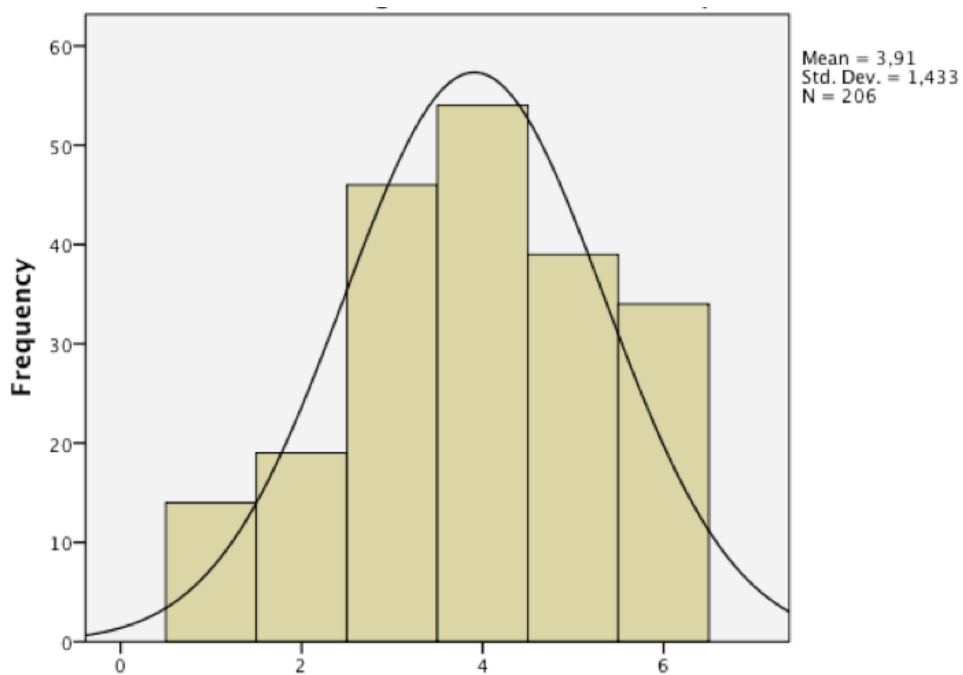


Figura 269 – CC3) Una persona che proviene da un altro paese può scegliere in che misura
e in che modo integrarsi nella cultura del paese di arrivo
(scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

Meno elevati sono invece i punteggi di accordo raccolti dalle domande CC3 (“Una persona che proviene da un altro paese può scegliere in che misura e in che modo integrarsi nella cultura del paese di arrivo”), che registrano una Media di 3,91 (Dev. St.: 1,433), segno di un orientamento “più freddo” riguardo alle modalità con cui si realizza in pratica il processo di integrazione degli stranieri nel tessuto sociale del nostro Paese (Fig. 49).

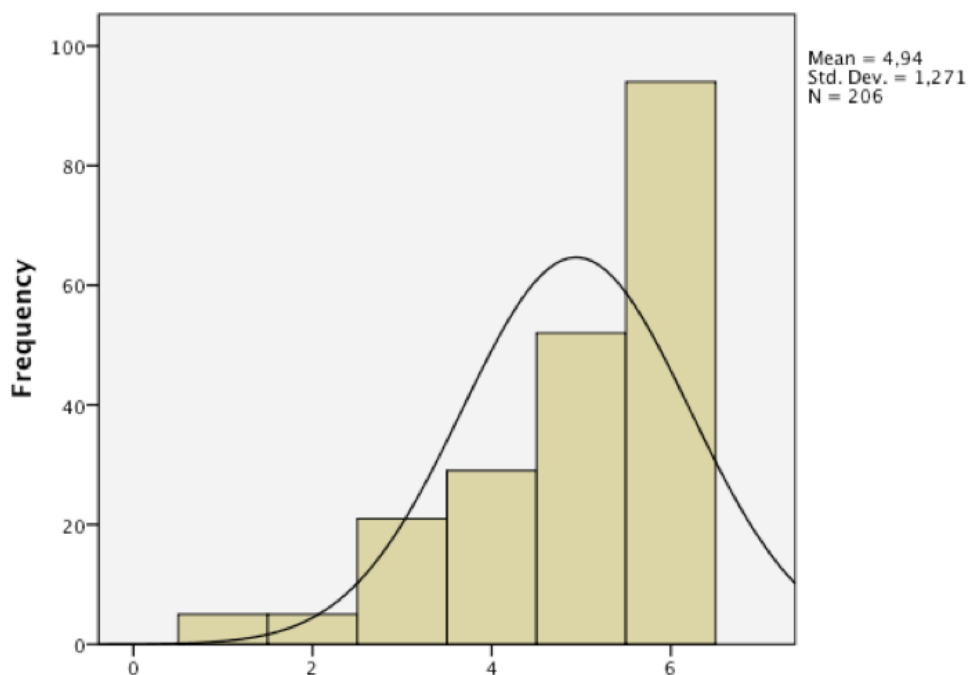


Figura 50 – CC4) Il concetto di prevenzione ed educazione alla salute può avere significati diversi a seconda della cultura di appartenenza di una persona (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

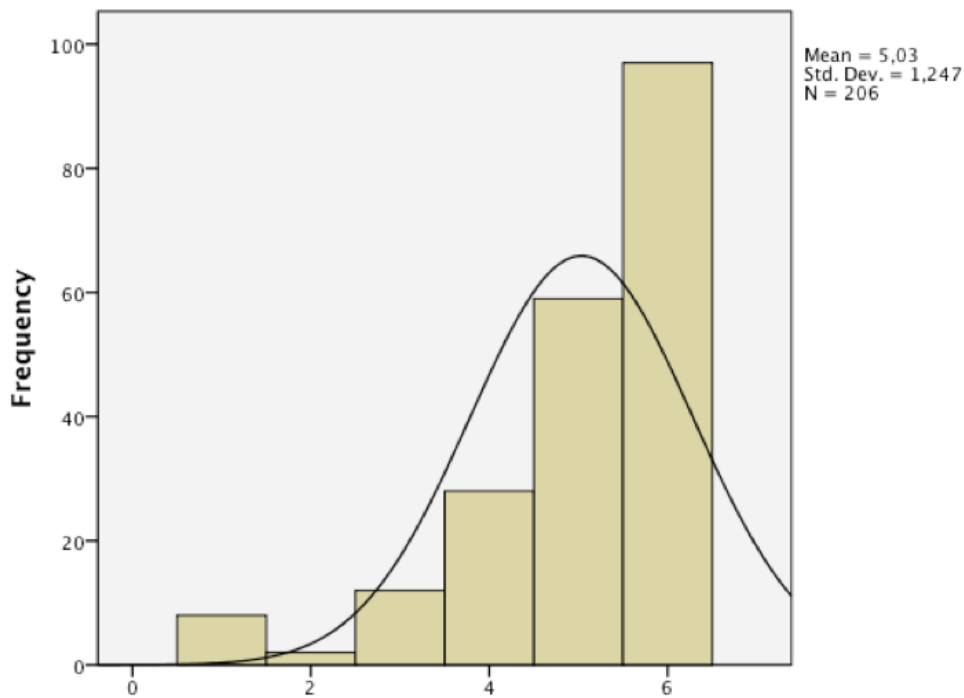


Figura 51 – CC5) Il significato o il valore delle cure mediche possono variare notevolmente tra culture (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

La domanda CC6 (“Conosco i fattori di rischio socio-economici e ambientali che più contribuiscono ai problemi di salute dei pazienti stranieri”) raccoglie un punteggio medio di 3,88 (Dev. St.: 1,267), indicando una consapevolezza mediamente non elevata da parte dei rispondenti relativamente agli aspetti epidemiologici che stanno alla origine dei problemi di salute della popolazione straniera (Fig. 52).

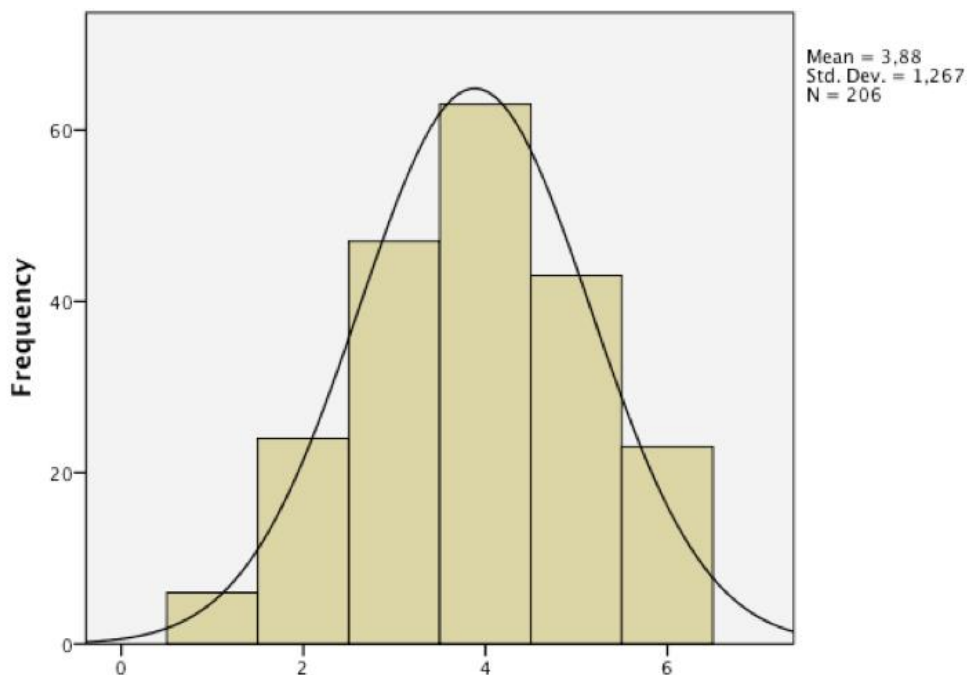


Figura 272 – CC6) Conosco i fattori di rischio socio-economici e ambientali che più contribuiscono ai problemi di salute dei pazienti stranieri (scala da 1 – per niente, a 6 – perfettamente)

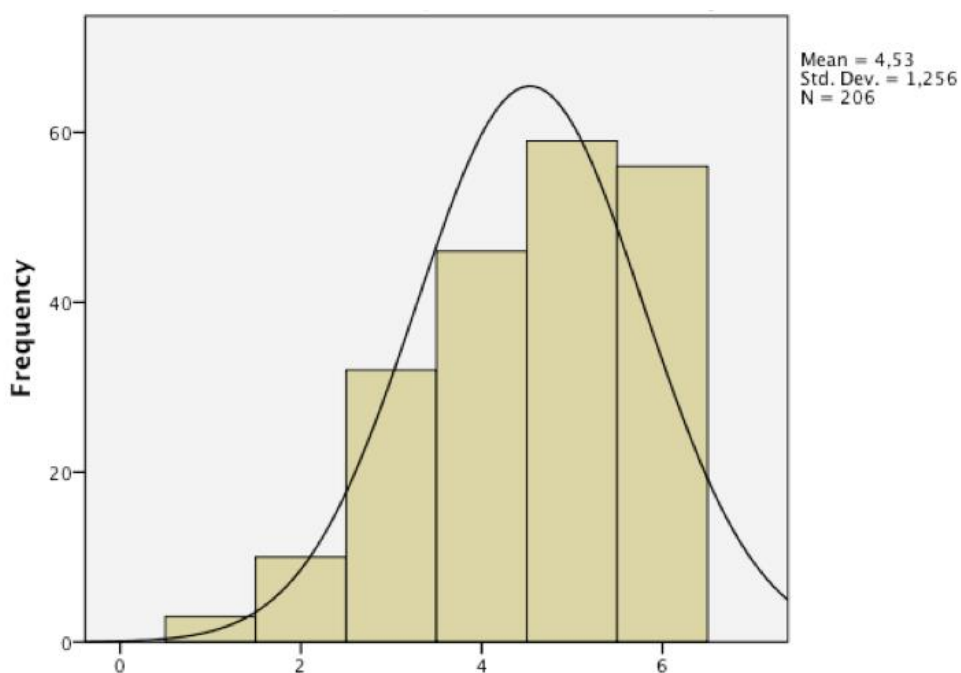


Figura 283 – CC7) Cerco informazioni da parte della persona, della sua famiglia o da altri informatori per rispondere ai loro bisogni di salute (scala da 1 - mai, a 6 – regolarmente)

Dalle risposte alla domanda CC7 (“Cerco informazioni da parte della persona, della sua famiglia o da altri informatori per rispondere ai loro bisogni di salute”) emerge il dato importante che gran parte del campione compie uno sforzo per migliorare il proprio approccio clinico-assistenziale nei confronti del paziente straniero (Fig. 53), documentandosi per raccogliere quanti più dati possibile da diverse fonti (Media: 4,53; Dev St.: 1,256).

4.7.5 Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)

La sezione del questionario identificata con le domande dal titolo “MGUDS” raccoglie gli item appartenenti allo strumento

Miville-Guzman Universality-Diversity Scale nella sua versione ridotta (“Short Form”), composto da 15 item; i risultati relativi sono descritti in Tab. 70.

Secondo le indicazioni fornite dagli autori dello strumento, le domande che compongono il questionario posso essere raggruppate in 3 subscale, secondo lo schema seguente:

- **Subscala 1:**

Diversità di contatto (“Diversity of Contact”).

Compongono la subscala gli item:

- MGUDS1;
- MGUDS4;
- MGUDS7;
- MGUDS10;
- MGUDS13;

- **Subscala 2:**

Apprezzamento relativistico (“Relativistic Appreciation”).

Compongono la subscala gli item:

- MGUDS2;
- MGUDS5;
- MGUDS8;
- MGUDS11;
- MGUDS14;

- **Subscala 3:**

Comfort con le differenze (“Comfort with Differences”).

Compongono la subscala gli item:

- MGUDS3;
- MGUDS6;
- MGUDS9;
- MGUDS12;
- MGUDS15.

Le risposte agli item della subscala 3 hanno un orientamento inverso rispetto alle risposte delle due prime subscale: ciò significa che, a differenza di quanto accade con le risposte agli item delle subscale 1 e 2, punteggi maggiori corrispondono a un orientamento negativo nei confronti della diversità. Nel caso specifico, più alti sono gli score, minore è il confort con le differenze espresso dal rispondente.

Tabella 70 – Statistiche sulle risposte alle domande contenute nella sezione “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”

| | | MGUDS1 Mi piacerebbe far parte di una organizzazione che mettesse in rilievo l'importanza di conoscere persone di paesi diversi | MGUDS2 Le persone con disabilità possono insegnarmi cose che non potrei imparare altrove | MGUDS3 Fare la conoscenza di una persona appartenente a un'altra etnia di solito mi mette a disagio | MGUDS4 Mi piacerebbe andare a ballare dove si suonano musiche di altri paesi | MGUDS5 Riesco a capire al meglio qualcuno dopo aver realizzato in che modo lui/lei è sia simile che diverso/a da me |
|---|----------------|---|--|---|---|---|
| N | Valid | 206 | 206 | 206 | 206 | 206 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 4,34 | 5,20 | 2,28 | 4,00 | 4,43 |
| | Std. Deviation | 1,717 | 1,145 | 1,431 | 1,786 | 1,391 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| | | MGUDS6 Mi sento a mio agio solo con persone della mia etnia | MGUDS7 Ascolto spesso la musica di altre culture | MGUDS8 Sapere in che modo una persona è diversa da me migliora notevolmente la nostra amicizia | MGUDS9 È davvero difficile per me sentirmi vicino ad una persona di un'altra etnia | MGUDS10 Sono interessato a conoscere le molteplici culture che esistono in questo mondo |
| N | Valid | 206 | 206 | 206 | 206 | 206 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 2,11 | 3,61 | 4,35 | 2,19 | 4,87 |
| | Std. Deviation | 1,441 | 1,633 | 1,500 | 1,389 | 1,332 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| | | MGUDS11 Quando inizio a conoscere qualcuno, mi piace sapere in che modo lui/lei è sia diverso/a da me che simile a me | MGUDS12 È molto importante per me che un amico sia d'accordo con me sulla maggior parte delle cose | MGUDS13 Frequento eventi dove potrei conoscere persone di diverse estrazioni etniche | MGUDS14 Conoscere le diverse esperienze di altre persone mi aiuta a capire meglio i miei problemi | MGUDS15 Mi sento spesso irritato da persone di un'etnia diversa dalla mia |
| N | Valid | 206 | 206 | 206 | 206 | 206 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 4,43 | 2,87 | 3,50 | 4,19 | 2,17 |
| | Std. Deviation | 1,452 | 1,437 | 1,610 | 1,549 | 1,480 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |

Seguendo la traccia fornita dagli autori dello strumento, analizziamo i risultati delle tre subscale che lo compongono. In Tab. 71 si mostrano le statistiche su questi dati.

Tabella 71 - Statistiche sulle risposte alle domande contenute nella subscale del “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”

| | | M-GUDS-S Subscala 1 | M-GUDS-S Subscala 2 | M-GUDS-S Subscala 3 |
|---|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| N | Valid | 206 | 206 | 206 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 20,3204 | 22,6019 | 11,6165 |
| | Std. Deviation | 5,97672 | 5,52571 | 4,92713 |
| | Minimum | 5,00 | 9,00 | 5,00 |
| | Maximum | 30,00 | 30,00 | 26,00 |

Le Figg. 54, 55 e 56, invece, mostrano le frequenze dei totali realizzati nelle singole tre subscale. I totali della subscale 1 (“Diversità di contatto”) presentano una maggiore densità attorno a valori medio-alti (Fig. 54), mostrando un atteggiamento positivo dei rispondenti nei confronti dell’esposizione alle influenze di altre culture, in termini di ricerca di occasioni di incontro e di contatto. Una distribuzione simile si nota anche per i risultati della subscale 2 (“Apprezzamento relativistico”: Fig. 55).

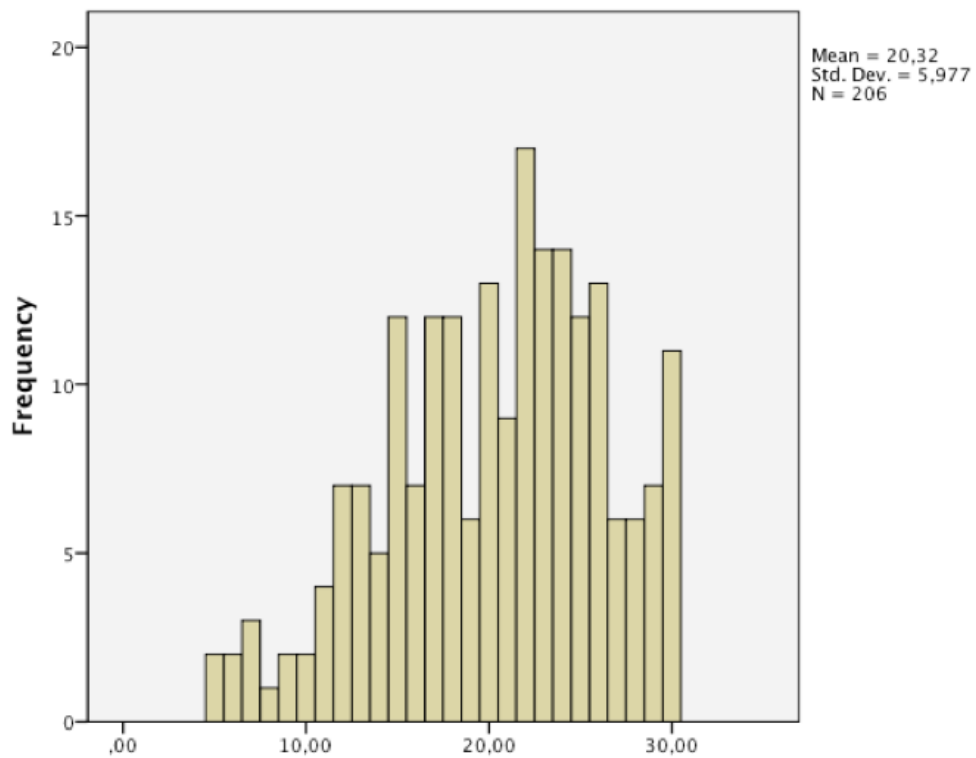


Figura 294 – Frequenze dei totali riportati nella subscale 1 del “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”

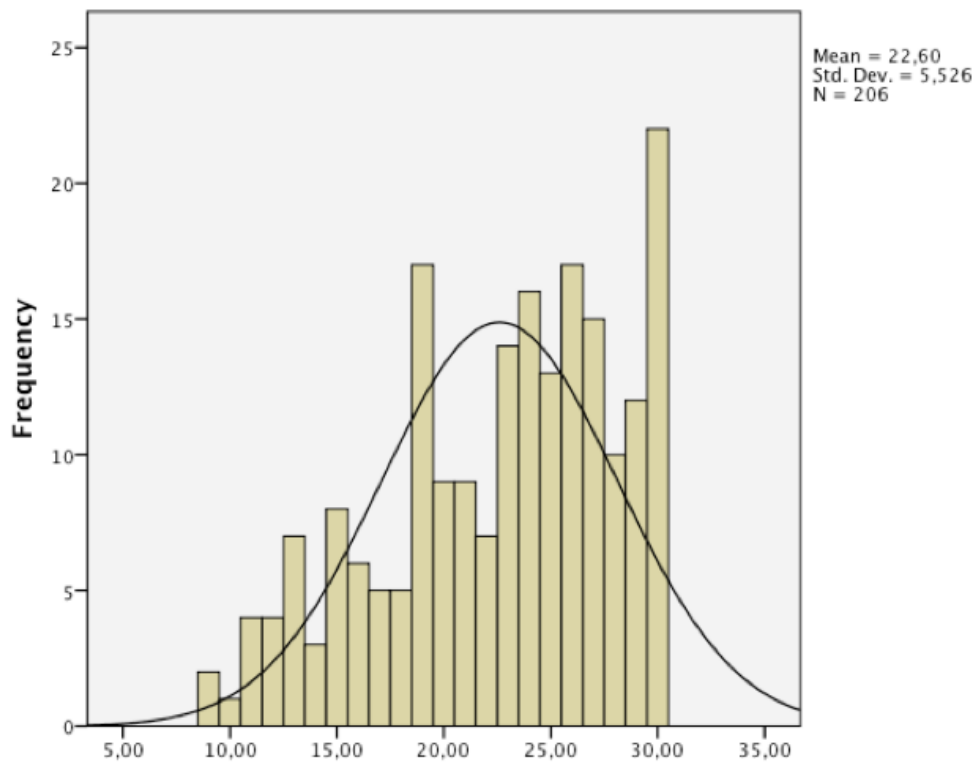


Figura 305 - Frequenze dei totali riportati nella subscale 2 del “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”

I totali conseguiti nella subscale 3 (“Comfort con le differenze”), come mostrati in Fig. 56, si attestano tendenzialmente su valori bassi. Da notare che nessuno dei rispondenti ha totalizzato il punteggio pieno in questa subscale (Massimo: 26). I dati indicano un basso livello di discomfort nei confronti delle differenze culturali, o, interpretando in maniera speculare i dati, un buon livello di comfort del campione nei confronti della diversità.

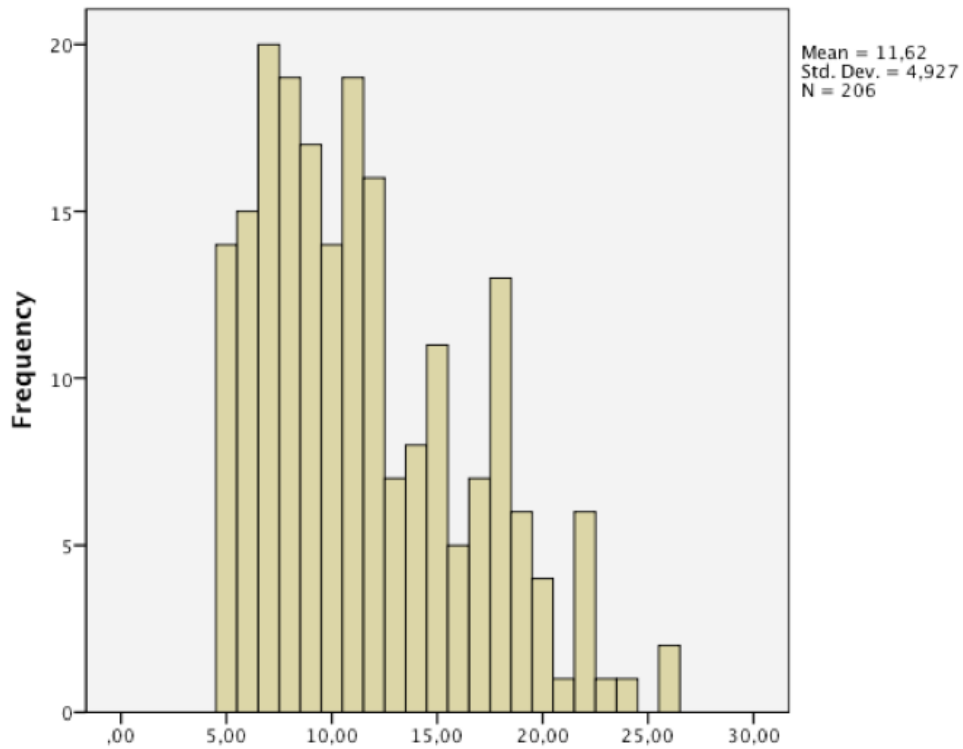


Figura 316 - Frequenze dei totali riportati nella subscale 3 del “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”

4.7.6 Fine vita

Conclude il questionario la sezione sul Fine Vita, composta da 11 item: le cinque domande da FV1 a FV5 (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo) esplorano l'opinione del rispondente riguardo al supporto fornito dalla propria azienda di appartenenza all'attuazione di percorsi di fine vita culturalmente specifici, la sua percezione del proprio grado di competenza in questo ambito, e il suo approccio generale nei confronti della gestione del dolore e del fine vita. A questo set di domande hanno avuto accesso tutti i rispondenti (n=206), che abbiano o meno avuto esperienza del decesso di un paziente straniero.

In Fig. 57 sono rappresentate le frequenze dei totali realizzati dai rispondenti a queste cinque domande (punteggio ottenibile minimo: 5; massimo: 30). La distribuzione dei valori appare normale attorno al valore medio di 20,54 (Dev. St.: 3,614). È interessante tuttavia analizzare nel dettaglio i risultati statistici relativi a queste prime cinque domande della sezione, riassunti in Tab. 72, dando loro una interpretazione più puntuale.

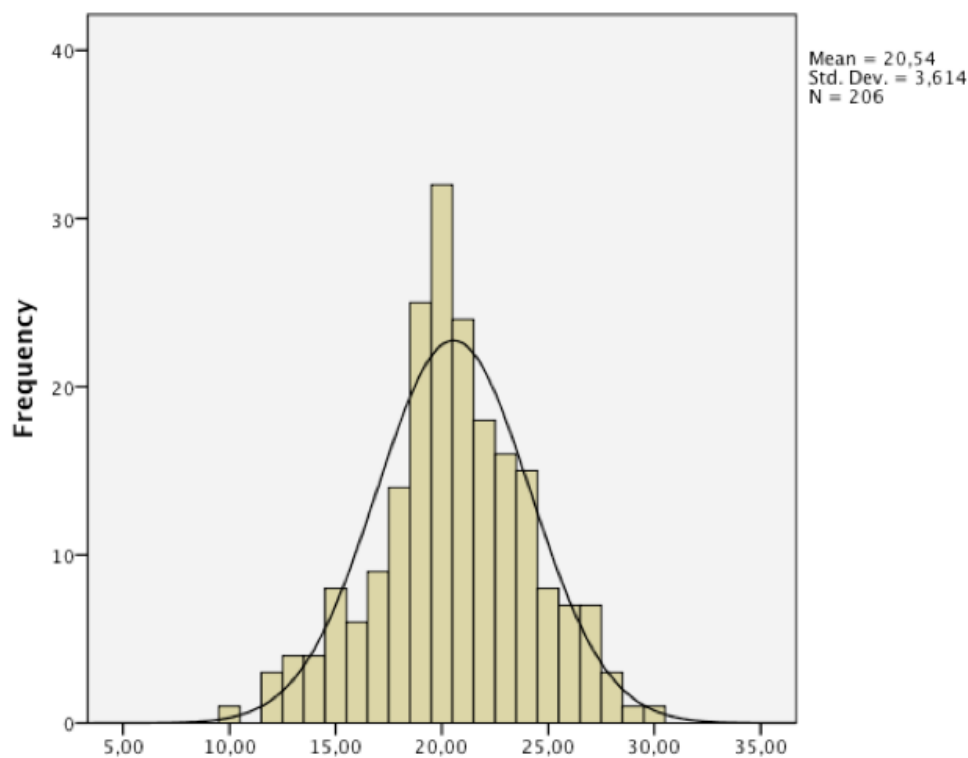


Figura 327 - Frequenze dei totali delle risposte alle domande da FV1 a FV5 contenute nella sezione "Fine vita"

Tabella 72 - Statistiche sulle risposte alle domande FV1-FV5 contenute nella sezione "Fine Vita"

| | | FV1 La mia Azienda facilita l'attuazione di percorsi di fine vita specifici per la cultura di appartenenza del defunto | FV2 Possiedo le competenze necessarie per affrontare la morte di una persona di un'altra cultura | FV3 Sono interessato a conoscere le specificità delle altre culture riguardo agli aspetti della morte | FV4 Le credenze religiose influenzano il modo in cui le persone reagiscono alla malattia e alla morte | FV5 Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture |
|---|----------------|--|--|---|---|---|
| N | Valid | 206 | 206 | 206 | 206 | 206 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Mean | 2,43 | 2,41 | 4,85 | 5,50 | 5,36 |
| | Std. Deviation | 1,534 | 1,400 | 1,396 | ,882 | 1,116 |
| | Minimum | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |

Come mostrato in Fig. 58, la maggior parte dei 206 rispondenti ritiene che la propria Azienda di appartenenza non faciliti l'attuazione di percorsi di fine vita specifici per la cultura di appartenenza del defunto (Media: 2,43; Dev. St.: 1,534).

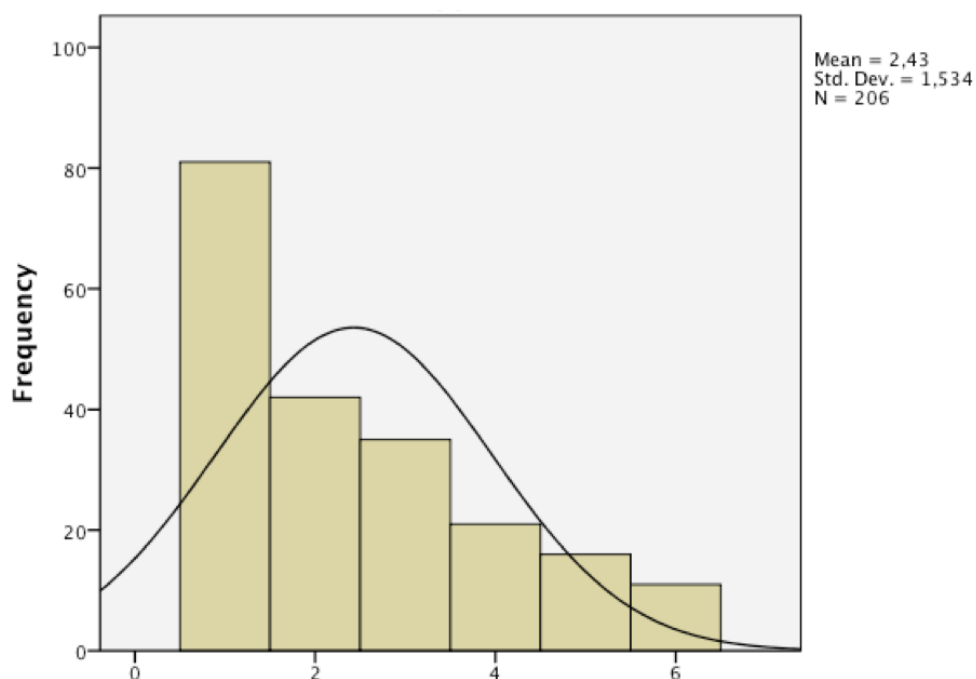


Figura 338 – FV1) La mia Azienda facilita l'attuazione di percorsi di fine vita specifici per la cultura di appartenenza del defunto (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

Posti di fronte alla richiesta di esprimere il proprio grado di competenza per la gestione della fase del fine vita con pazienti di altre culture (Fig. 59), i rispondenti hanno mostrato di ritenersi non sufficientemente preparati in questo ambito (Media: 2,41; Dev. St.: 1,4), mostrandosi comunque desiderosi di acquisire conoscenze per poter gestire in modo appropriato la morte di una persona straniera (Fig. 60: Media: 4,85; Dev. St.: 1,396).

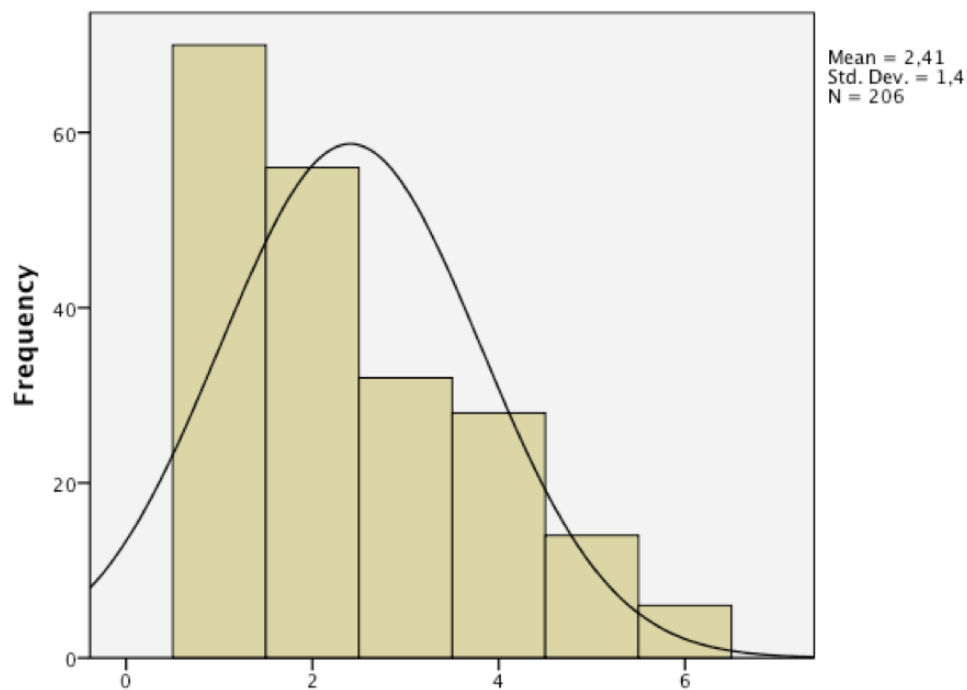


Figura 349 – FV2) Possiedo le competenze necessarie per affrontare la morte di una persona di un'altra cultura (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

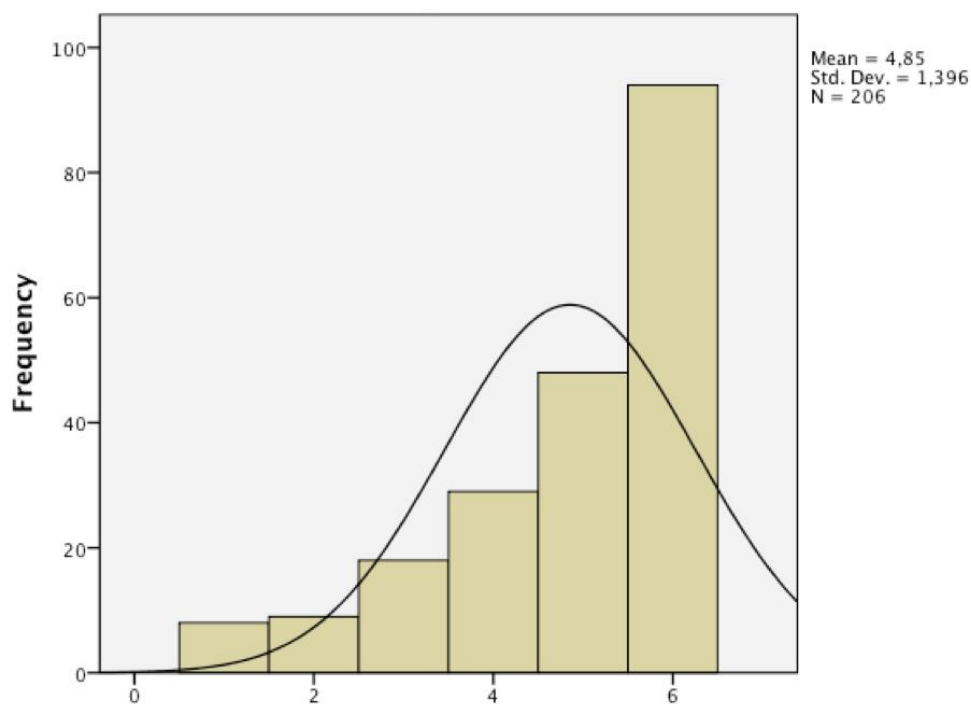


Figura 60 – FV3) Sono interessato a conoscere le specificità delle altre culture riguardo agli aspetti della morte (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

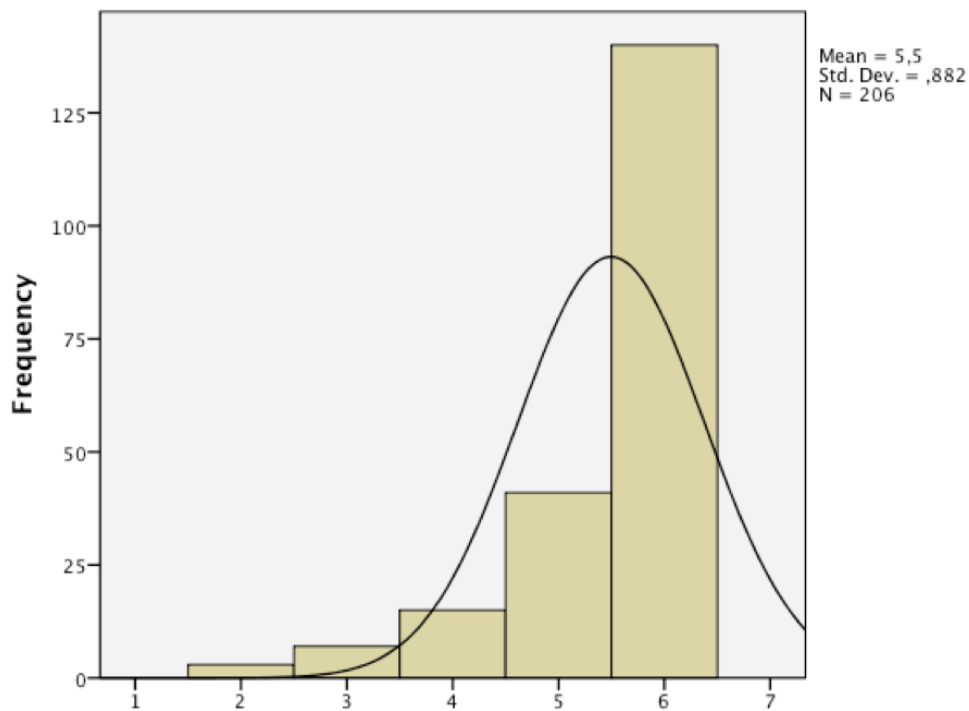


Figura 61 – FV4) Le credenze religiose influenzano il modo in cui le persone reagiscono alla malattia e alla morte (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

Con riguardo agli item FV4 e FV5, che esplorano il grado di accordo del rispondente su affermazioni che indicano la consapevolezza delle diversità sui modi vivere la morte e il lutto e di gestire il dolore a seconda delle culture e del credo religioso, le risposte, raffigurate nelle Figg. 61 e 62, descrivono un campione in linea di massima ben conscio di queste peculiarità, con punteggi molto alti di accordo su entrambe le affermazioni: l'item FV4 ("Le credenze religiose influenzano il modo in cui le persone reagiscono alla malattia e alla morte") registra una Media di 5,5 (Dev. St.: 0,882), in misura simile all'item FV5 ("Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture"), con una Media di 5,36 (Dev. St.: 1,116).

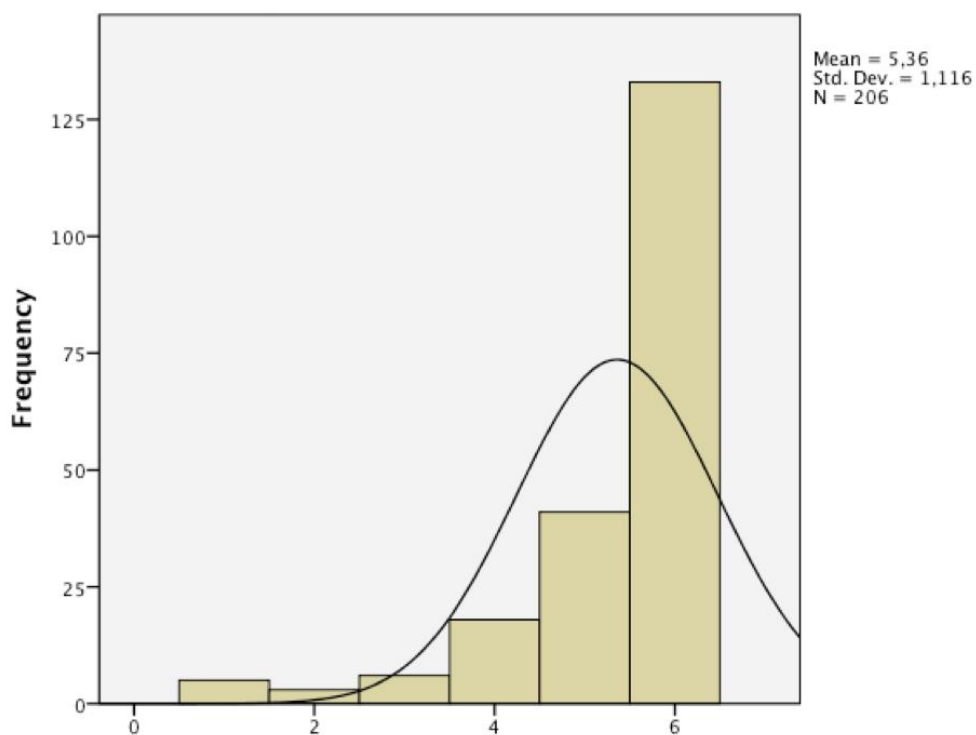


Figura 352 – FV5) Il dolore e la gestione del lutto differiscono tra le diverse culture (scala da 1 – per niente d'accordo, a 6 – totalmente d'accordo)

La domanda F6 (“Nell'esercizio della sua professione, ha mai avuto a che fare con la morte di una persona appartenente a una cultura diversa dalla sua?”- risposte possibili: Sì/No; Tab. 73) ha la funzione di selezionare i rispondenti alla parte successiva della sezione (domande da FV7/A a FV7/E, con risposte su scala da 1 – per niente a 6 – totalmente), riservata a chi abbia vissuto l'esperienza di un decesso di un paziente straniero.

Tabella 73 – FV6) Nell'esercizio della sua professione, ha mai avuto a che fare con la morte di una persona appartenente a una cultura diversa dalla sua?

| | Frequenza | % | % Cumulata |
|--------|-----------|-------|------------|
| NO | 52 | 25,2 | 25,2 |
| Sì | 154 | 74,8 | 100,0 |
| Totale | 206 | 100,0 | |

Dei 206 elementi del campione, 154 (75%) hanno dichiarato di aver vissuto l'esperienza della morte di un paziente straniero, e sono quindi stati ammessi a esprimersi sulle affermazioni contenute negli item successivi.

La Fig. 63 e la Tab. 74 illustrano rispettivamente le frequenze dei punteggi totali realizzate dai rispondenti alle ultime domande del questionario (punteggio ottenibile minimo: 5; massimo: 30) e le statistiche sulle risposte ai singoli item considerati.

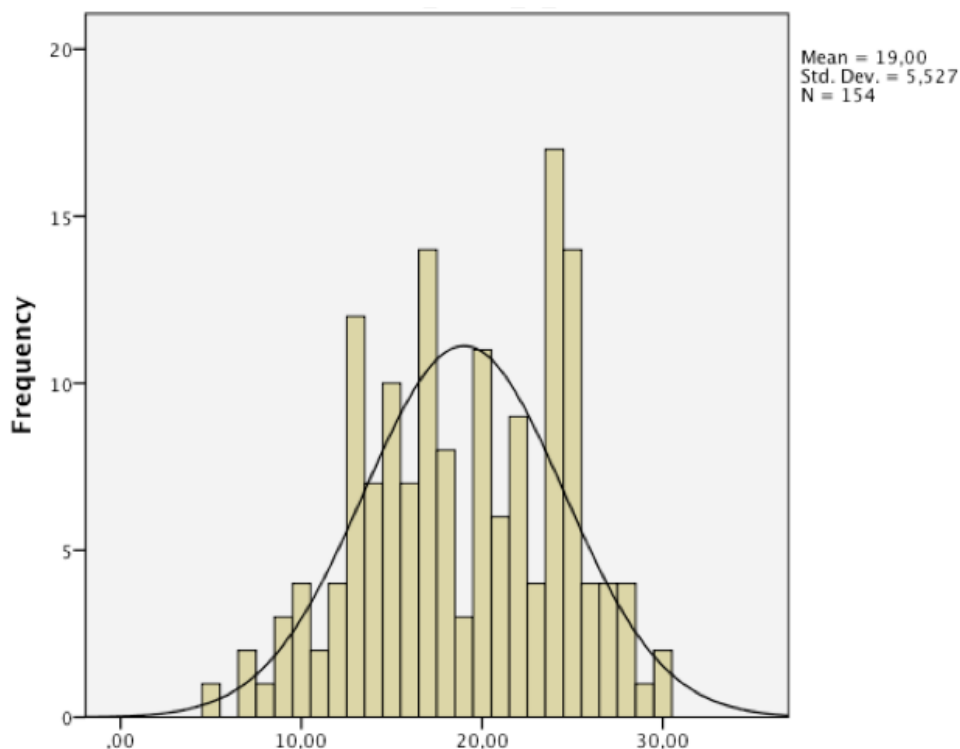


Figura 363 - Frequenze dei totali delle risposte alle domande da FV7/A a FV7/E contenute nella sezione "Fine vita"

Al di là di quanto espresso dal grafico in Fig. 63, che suggerisce una distribuzione non omogenea dei totali dei punteggi conseguiti dai rispondenti per questo set di domande, può essere utile analizzare i risultati ai singoli item che ne fanno parte.

Tabella 74 - Statistiche sulle risposte alle domande FV7/A – FV7/E contenute nella sezione "Fine Vita": In caso di decesso di un paziente straniero...

| | FV7/A | FV7/B | FV7/C | FV7/D | FV7/E | |
|---|--|---|---|---|---|-------|
| | Metto in atto comportamenti diversi rispetto a quando muore una persona della mia cultura | Parlo con le persone care al defunto e mi mostro vicino al loro dolore | Nel caso di barriera linguistica/culturale, mi preoccupa di attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla mia Azienda | Conosco il percorso che segue il corpo del paziente una volta che viene allontanato dal mio Servizio | Mi interessa a quello che accade una volta che il corpo del defunto viene allontanato dal mio Servizio | |
| N | Valid | 154 | 154 | 154 | 154 | |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Mean | 2,96 | 4,64 | 4,88 | 3,61 | 2,91 |
| | Std. Deviation | 1,688 | 1,436 | 1,523 | 1,938 | 1,820 |

| | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|
| Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |

Interrogato sul proprio grado di accordo sulla affermazione contenuta nell'item FV7/A ("in caso di decesso di un paziente straniero metto in atto comportamenti diversi rispetto a quando muore una persona della mia cultura"), il campione ha espresso una netta prevalenza per la modalità "1", indicativa di un forte disaccordo, e distribuendosi in maniera pressoché equivalente sulle altre modalità di risposta (Fig. 64) (Media: 2,96; Dev. St.: 1,688).

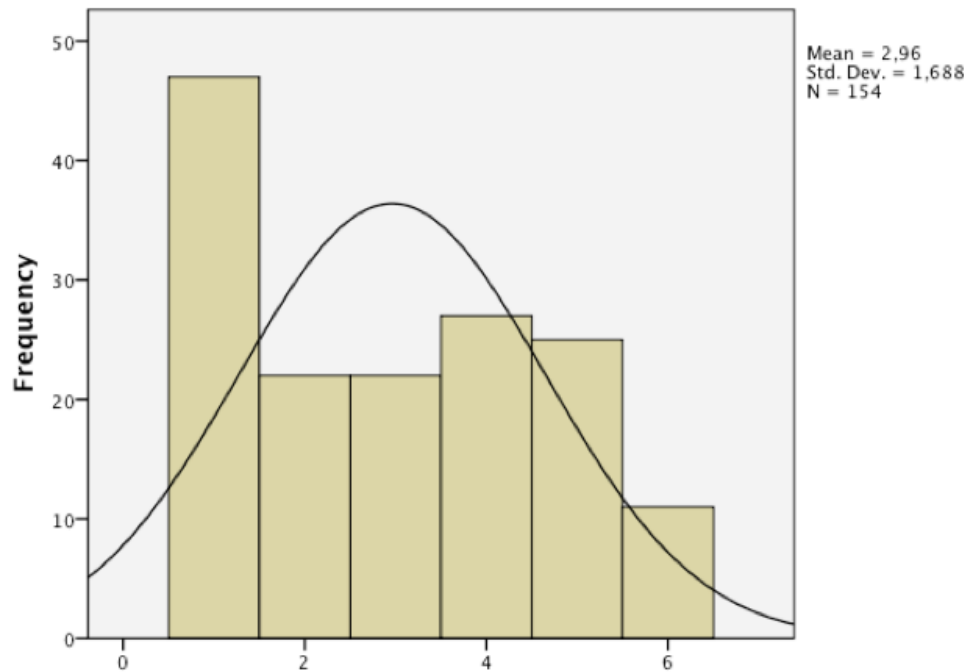


Figura 374 - FV7/A) Metto in atto comportamenti diversi rispetto a quando muore una persona della mia cultura

Il campione si è dichiarato, inoltre, vicino alle persone care al defunto, mostrandosi, nella sua maggioranza, d'accordo con l'affermazione dell'item FV7/B ("Parlo con le persone care al defunto e mi mostro vicino al loro dolore") (Media: 4,64; Dev. St.: 1,436; Fig. 65).

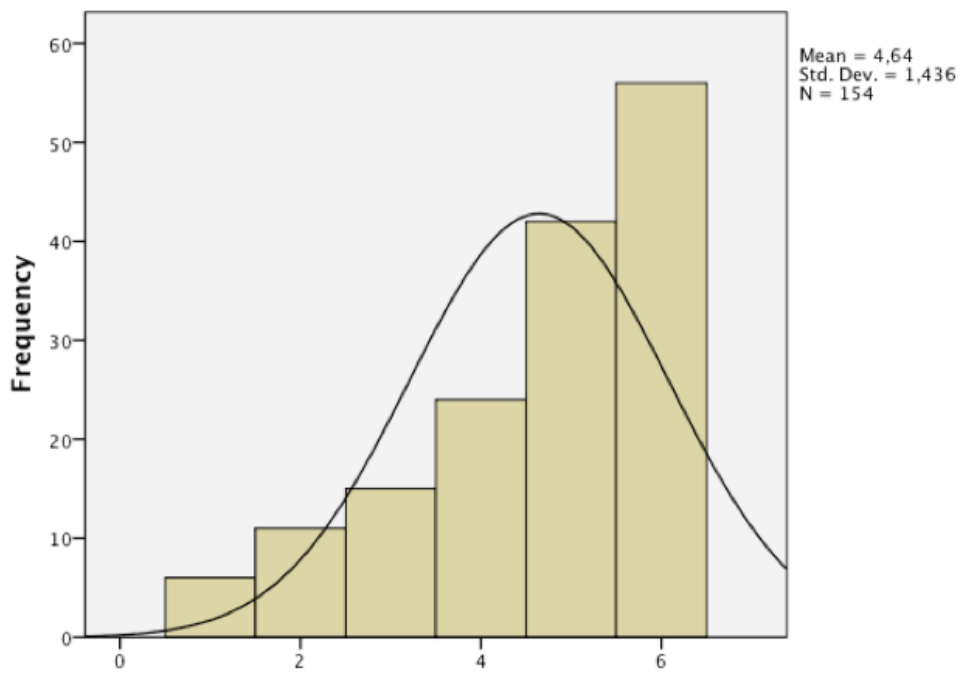


Figura 385 - FV7/B) Parlo con le persone care al defunto e mi mostro vicino al loro dolore

La maggioranza del campione ha dichiarato il proprio impegno ad attivare i servizi di mediazione culturale in caso di necessità, nella eventualità del decesso di una persona straniera (Fig. 66), in modo da comunicare più efficacemente con i suoi congiunti (Media: 4,88; Dev. St.: 1,523).

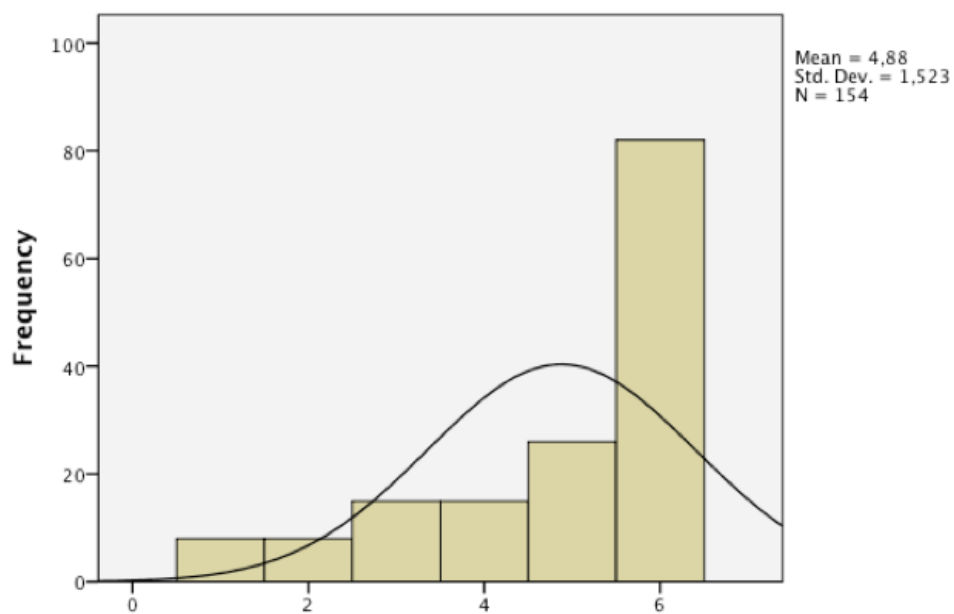


Figura 66 - FV7/C) Nel caso di barriera linguistica/culturale, mi preoccupa di attivare i servizi di mediazione culturale offerti dalla mia Azienda

Tendenzialmente polarizzati verso i valori estremi i risultati relativi all'item FV7/D, rappresentati in Fig. 67, che esprimono il grado di accordo con l'affermazione "Conosco il percorso che segue il corpo del paziente una volta che viene allontanato dal mio Servizio", indice di livelli di conoscenza non uniformi dei professionisti sanitari sulla organizzazione dei percorsi di fine vita dedicati alle persone straniere.

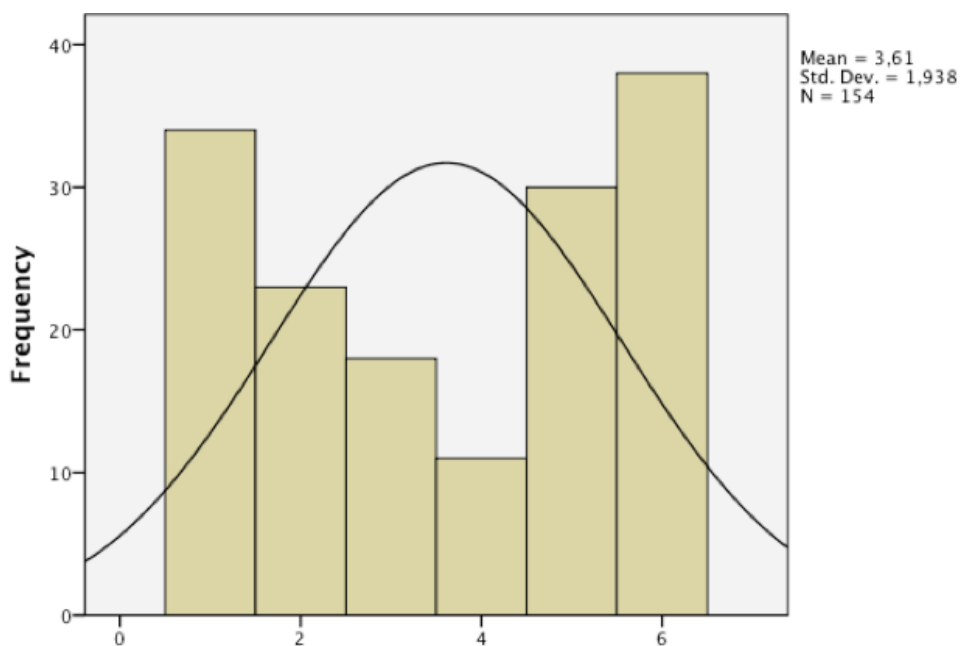


Figura 397 - FV7/D) Conosco il percorso che segue il corpo del paziente una volta che viene allontanato dal mio Servizio

Infine, a giudicare dai dati rappresentati dal grafico di Fig. 68, gran parte del campione mostra livelli di accordo bassi riguardo alla affermazione contenuta nell'item FV7/E ("Mi interessa a quello che accade una volta che il corpo del defunto viene allontanato dal mio Servizio"): i rispondenti si dichiarano poco interessati alle fasi del percorso di fine vita del paziente straniero una volta concluso il momento della presa in carico del defunto da parte loro.

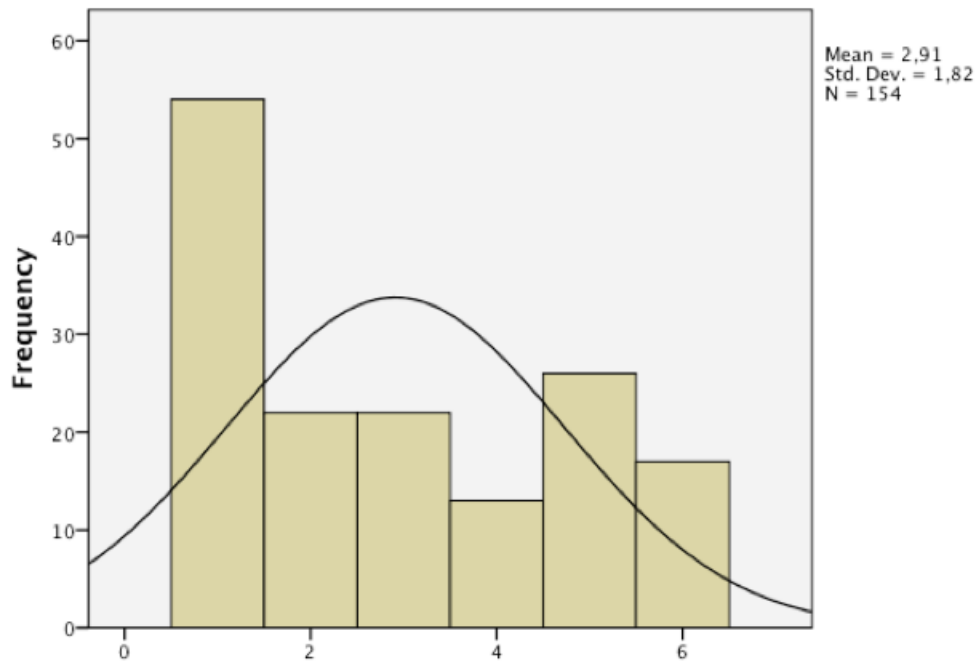


Figura 408 - FV7/E) Mi interessa a quello che accade una volta che il corpo del defunto viene allontanato dal mio Servizio

Capitolo 5 – Lo studio fenomenologico

5.1 Background e rationale dello studio

Abbiamo potuto constatare che il tema della multiculturalità da tempo è presente nei dibattiti culturali professionali poiché contiene tematiche oltre che di tipo clinico, anche di tipo etico e assistenziale. Nel territorio pratese acquista particolare rilevanza in relazione all'importante presenza di comunità straniere. Infatti, sono presenti ben 83 Paesi rappresentati da almeno 5 persone di medesima nazionalità. Le più grandi comunità straniere come numero di persone sono la comunità cinese, quella albanese, quella romena, quella pakistana e quella marocchina.

Come tutte le persone, anche le persone straniere hanno problemi inerenti alla salute, e di conseguenza vengono a contatto con il sistema sanitario italiano. Negli ultimi anni, l'Azienda USL 4 di Prato ha visto aumentare il numero di utenti stranieri a causa dell'importante flusso immigratorio che la città ha subito.

In collaborazione con i Dott. Gianluca Galeotti e Francesco Branchetti, infermieri presso l'Azienda USL 4 di Prato, è stato progettato e condotto lo studio che ci accingiamo a presentare, che mira ad approfondire alcuni aspetti della realtà emersa dall'analisi della Survey online già descritta. Lo studio costituisce lo sviluppo naturale della stessa, consente di ottenere informazioni utili al miglioramento della qualità dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie erogate al paziente straniero, rilevando da un lato il punto di vista dell'operatore sanitario, e dall'altro cercando di conoscere e interpretare le dinamiche con le quali i cittadini stranieri si avvicinano ai servizi sanitari offerti dall'Azienda USL 4 di Prato (territoriali e ospedalieri).

5.2 Quesito di ricerca

Il progetto di ricerca proposto ha lo scopo di fornire risposte al seguente quesito:

Come si manifesta il vissuto degli operatori sanitari riguardo alla cura e all'assistenza nei confronti dei pazienti appartenenti a etnie straniere, e come si rapportano questi ultimi nei confronti dei sistemi sanitari?

5.3 Obiettivi dello studio

L'obiettivo primario dello studio è quello di:

- Descrivere il vissuto nell'ambito della cura e dell'assistenza nei confronti del paziente straniero dei professionisti sanitari che prestano servizio nell'Azienda USL 4 di Prato;
- Comprendere le aspettative e i modi di porsi del paziente straniero nei confronti dei sistemi sanitari.

Obiettivi secondario dello studio è quello di:

- Descrivere il modo di esprimere il dolore del paziente di origine straniera;
- Delineare le modalità di gestione del lutto nel personale sanitario nei confronti del paziente di altra cultura;
- Descrivere l'esperienza lavorativa del mediatore culturale in ambito sanitario.

5.4 Disegno dello studio

Lo studio effettuato rientra nella categoria degli studi qualitativi di tipo fenomenologico.

5.5 Campione dello studio

Il campione dello studio è composto da:

- Operatori sanitari (infermieri, ostetriche e medici) facenti parte dell'Azienda USL 4 di Prato ("campione sanitario").
- Mediatori culturali che prestano servizio all'interno del Comune di Prato ("campione non sanitario").

Il "campione sanitario" è stato selezionato all'interno di quelle realtà dove l'assistenza al paziente straniero risulta più frequente: sono stati scelti quindi il Dipartimento di Emergenza e Urgenza, l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia e l'U.O. di Malattie Infettive. I professionisti che sono stati scelti, inoltre, hanno vissuto in maniera diretta l'esperienza di cura e assistenza verso un paziente straniero e si sono detti capaci e desiderosi di descrivere l'esperienza suddetta. La numerosità del campione è stata definitiva quando gli argomenti emersi sono stati ridondanti, ovvero quando è stata raggiunta la saturazione nelle descrizioni dei vissuti dei partecipanti: in tutto sono stati intervistati 8 operatori sanitari.

Il "campione non sanitario" è stato selezionato attraverso formale richiesta alla dirigente dell'Unità Complessa "Immigrazione, tempi e spazi e pari opportunità" del Comune di Prato, che ha concesso la possibilità di intervistare 4 mediatori culturali durante il loro orario di lavoro per una durata massima di 20 – 30 minuti per intervista. I mediatori culturali individuati sono stati quello cinese, quello pakistano, quello albanese e quello marocchino.

5.6 Materiali e metodi

I vissuti degli operatori sanitari riguardo alla cura e all'assistenza al paziente straniero sono stati esplorati attraverso una intervista semi-strutturata. Tutti i partecipanti sono stati intervistati singolarmente e le interviste sono state audio-registrate e poi trascritte.

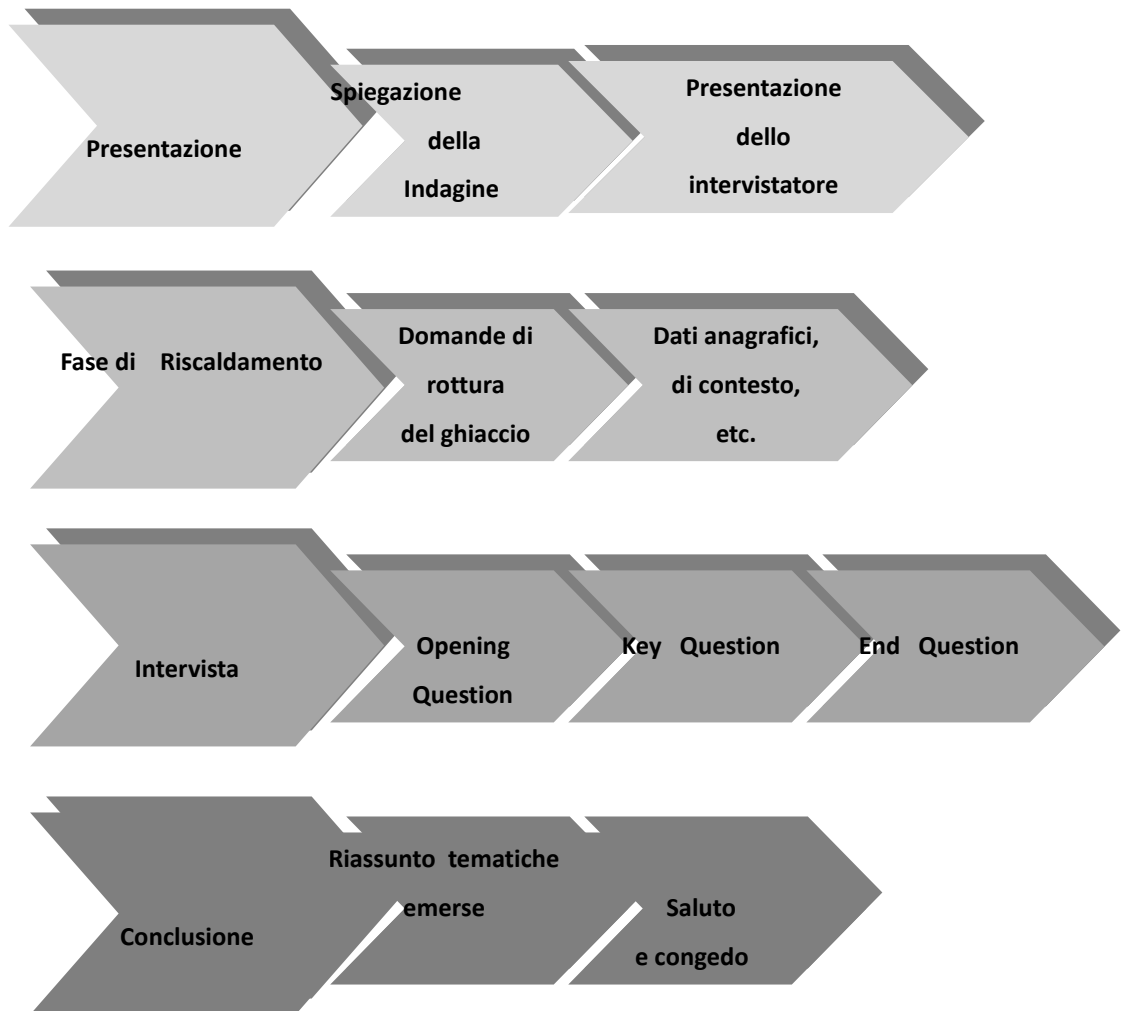
Lo scopo di questa intervista è stato quello di far emergere come gli operatori sanitari si avvicinano all'assistenza alla persona straniera. In specifico si è voluto evidenziare:

- Il vissuto del professionista sanitario nell'interazione con culture diverse da quella di appartenenza;
- L'atteggiamento del professionista, le modalità di approccio messe in essere, e le specificità dell'agire professionale che si esprimono in questi contesti;
- Le principali difficoltà riscontrate con le relative soluzioni adottate per superarle.

La prima cosa necessaria per mantenere un rigore metodologico nell'indagine è stata quella di individuare bene il target degli intervistati, andando a selezionare gli operatori sanitari all'interno di quelle realtà dove il contatto con il paziente straniero è risultato frequente. Inoltre, è stato chiesto agli intervistati di fare riferimento, durante la loro intervista, a una sola etnia straniera e a episodi che sono ricorsi in un arco temporale ben definito (ultimi 3 mesi), lasciando spazio anche a eventuali digressioni nel caso in cui l'intervistato stesso ritenesse importante raccontarle. Per mantenere il rigore metodologico dell'indagine è chiesta esplicitamente all'intervistato la condivisione di "esperienze direttamente da lui vissute", evitando i racconti riportati da altri (ad esempio "a un mio collega è accaduto che...").

Entrando nel merito dell'intervista semi-strutturata, questa è stata condotta "faccia a faccia" e in profondità con ognuno dei partecipanti. Inoltre, è stata strutturata adottando gradi medi di libertà, che hanno permesso da una parte un governo attento delle tematiche dell'intervista (evitando la divagazione), e dall'altra ha favorito una certa libertà e spontaneità nell'intervistato senza "influenzarne" il pensiero¹⁴⁸. Pertanto è stato adottata una media standardizzazione, strutturazione e direttività della traccia.

¹⁴⁸ Fain, A. La ricerca Infermieristica, leggerla, comprenderla e applicarla. 2 ed. 2004; Milan, Italy: McGraw-Hill



1. Presentazione

Durante questa fase è stata eseguita un'attenta presentazione degli scopi dell'intervista (per motivare, caricare e centrare subito gli obiettivi dell'intervista), si è acquisito il consenso informato, si è reso evidente il registratore, si è presentato l'intervistatore.

2. Fase di riscaldamento

Nella fase di riscaldamento si sono esplorate le dimensioni riguardanti i dati anagrafici dell'intervistato e i dati di contesto. Di seguito i punti che sono stati affrontati nella fase di riscaldamento:

- Età in anni compiuti;
- Genere,
- Comune di residenza;
- Professione;
- Anzianità di servizio globale;
- Anzianità di servizio nell'Azienda USL 4 di Prato;
- Indirizzo email;
- Appartenenza culturale dello straniero a cui l'intervistato fa riferimento durante l'intervista.

3. Intervista

- *Opening Question:*
 - *L'assistenza a persone straniere rappresenta un fenomeno in costante crescita all'interno delle organizzazioni sanitarie. Ripensando agli episodi di cura recenti (ultimi 3 mesi) nei quali lei ha assistito una persona straniera (indicazione specifica episodio ed etnia), mi racconti come si è approcciato a questa, quali sono stati gli aspetti che più l'hanno colpita e quali sono state le principali difficoltà riscontrate. Mi racconti la sua esperienza di cura e assistenza allo straniero...(media direttività).*

- *Key Question:*

Le seguenti *key question* sono state poste solo se durante il racconto dell'intervistato non siano emersi spontaneamente alcuni argomenti che dovevano essere esplorati (media strutturazione e media standardizzazione):

- *Facendo riferimento alla sua esperienza, ha messo in essere approcci di cura e assistenza differenti per adattarsi alle varie etnie rispetto a quelli che usualmente adotta con gli italiani? Mi racconti la sua esperienza in merito...*
- *Ha osservato differenze nell'espressione del dolore tra persone di diverse etnie? Mi racconti cosa ha visto e vissuto...*
- *Le è mai capitato di dover comunicare o assistere alla comunicazione di una cattiva notizia (prognosi infausta) a un paziente straniero o a un familiare di questo? Mi racconti questa esperienza...*
- *Come ha affrontato un evento luttuoso dove è stato coinvolto un paziente straniero? Come ha affrontato il rapporto con i familiari? Mi racconti la sua esperienza...*

- *End Question:*

- *L'intervista è terminata. Vorrebbe aggiungere qualcosa che ritiene importante condividere e che non gli è stata posta come domanda durante l'intervista, relativa all'assistenza al paziente straniero?*
- *Vuole fare qualche domanda di chiarimento relativa all'indagine?*

4. Conclusion

- Breve riassunto delle tematiche affrontate nell'intervista (*assessment of credibility*);
- Indicazioni sull'invio via email dell'intervista trascritta, in maniera da poter aver una conferma che quanto elaborato sia rappresentazione del pensiero e dell'esperienza dell'intervistato;
- Saluti e congedo.

Per quanto riguarda i mediatori culturali, si è deciso invece di procedere attraverso un'intervista svolta tramite domande più mirate riguardanti il servizio da loro svolto. Le domande effettuate sono state le seguenti:

- *Quali sono i principali motivi di natura sanitaria per cui è chiamato?*
- *Che tipo di paure esprimono in genere i pazienti stranieri in relazione alla propria malattia?*
- *Quali pensieri esprimono i pazienti stranieri in base al concetto di salute e malattia?*
- *In genere il medico curante (medico di medicina generale) è utilizzato come punto di riferimento per le problematiche di salute dalle persone straniere? Queste ultime utilizzano nella maniera idonea i servizi messi a disposizione dall'Azienda Sanitaria?*
- *In caso di notizia infausta che tipo di reazioni ha osservato?*
- *Negli eventi luttuosi che tipo di comportamento ha osservato nel singolo? E nella dinamica familiare?*
- *Qual è il livello di fiducia espressa dal paziente straniero nei confronti del sistema sanitario e degli operatori sanitari? Sono soddisfatti dell'assistenza che ricevono?*

Ogni intervista svolta (sia per il campione sanitario, sia per il campione straniero) è stata trascritta su file Word (.doc) ed è stata inviata all'intervistato tramite l'indirizzo mail fornito da lui stesso durante l'intervista. È stato chiesto, quindi, a ogni intervistato di confermare gli argomenti emersi dalla propria intervista in modo tale che, dopo aver ricevuto la conferma che gli argomenti trattati corrispondessero a verità, si sarebbero potuti inserire all'interno dello studio.

L'analisi dei dati qualitativi (interviste in profondità) riguardanti il campione sanitario, è stata ottenuta applicando il metodo di Colaizzi¹⁴⁹ al fine di individuare i temi dominanti l'esperienza vissuta, utilizzando tabelle e grafici per meglio sintetizzare le informazioni. Per garantire il rigore metodologico a supporto dei risultati ottenuti dalle

¹⁴⁹ Colaizzi, P. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle, R., King, M. (eds) Existential Phenomenological Alternatives for Psychology. 1978; New York, NY: Oxford University Press

interviste in profondità (*assessment of confirmability*), è stato svolto un *bracketing* pre-indagine, al fine di individuare quelle che sono le rappresentazioni, le pre-conoscenze, i pregiudizi e gli stereotipi riguardanti il campo di indagine¹⁵⁰. Inoltre, al fine di garantire che quanto assunto rappresenti il pensiero e il vissuto degli intervistati, oltre che alla email di conferma degli argomenti trattati, una preliminare analisi dei dati emersi è stata condivisa con i partecipanti al termine delle varie interviste (*assessment of credibility*). Infine, brevi brani delle opinioni emerse dalle interviste a esplicitazione nei temi individuati sono stati inseriti nei risultati (*assessment of fittingness*). Per l'analisi dei dati qualitativi del campione sanitario si è ricorso al software "Atlas.ti" versione 6.0.16.

In accordo con il metodo di Colaizzi, il primo passaggio è stato la trascrizione letterale su un documento elettronico Word (.doc) delle registrazioni audio, seguita da lettura al fine di cogliere il significato generale dell'esperienza. L'analisi delle interviste è stata condotta in seguito al processo di codifica (*extracting significant statement*) per poi eseguire l'analisi interpretativa, arrivando a una formulazione finale riguardo i temi individuati (*member checking*). Durante la fase di *extracting significant statement* si sono evidenziate le *quotation*, cioè quelle "frasi o brani dell'intervista" che rispondessero ai seguenti criteri:

- L'esperienza vissuta doveva essere attinente ai quesiti dello studio ed essere rispondente ai 4 esistenziali costituenti l'esperienza e utilizzati come guida nella riflessione fenomenologica (temporalità, spazialità, corporeità, relazionalità/comunalità)¹⁵¹;
- Frasi e/o parole idiomatiche che avevano sottolineato una reazione emotiva importante nella persona;
- Parole ridondanti.

A ogni *quotation* è stato attribuito un *code*, che ne rappresentasse i contenuti, come una sorta di "etichetta o categoria" che ne rappresentasse. Ogni *code* avrebbe potuto racchiudere più *quotation*, e a una singola *quotation* si sarebbero potuti attribuire più *code*.

Il secondo step si è realizzato attraverso la ricerca del significato di ogni *quotation* individuata (*formulate meanings*): questo ha portato a una "riduzione" dei *code* e a un raggruppamento in *family code*. Infine sono stati analizzati i *family code*, arrivando alla validazione delle descrizioni, sotto "temi" rappresentativi delle esperienze raccolte.

Per quanto riguarda i dati qualitativi riguardanti il campione straniero (interviste ai mediatori culturali), si è deciso di svolgerne un'analisi cercando di estrapolare gli argomenti principali emersi riguardanti il loro lavoro e gli interventi da loro svolti (cercando

¹⁵⁰ Fain, A. La ricerca Infermieristica, leggerla, comprenderla e applicarla. 2 ed. 2004; Milan, Italy: McGraw-Hill

¹⁵¹ Van Manen, M. Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. 1990 London, UK: Althouse Press

di esplorare così indirettamente anche la realtà del paziente straniero).

All'inizio dello svolgimento di ogni intervista, a tutti i partecipanti è stato richiesto il consenso al trattamento dei dati personali e il consenso alla partecipazione allo studio in questione tramite la firma di un modulo contenente il consenso informato: il modulo fornito è stato lo stesso per tutti i partecipanti.

5.7 Analisi dei risultati

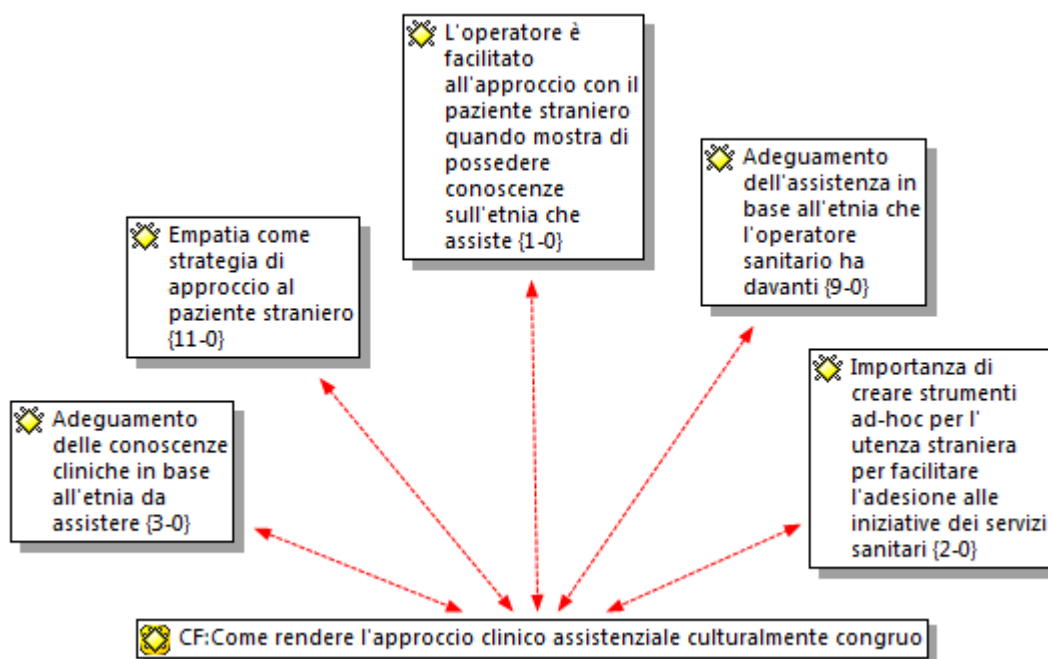
Di seguito sono presenti le analisi delle interviste svolte al campione sanitario e al campione straniero.

3.7.1 Analisi delle interviste svolte al campione sanitario

Di seguito sono descritti tutti i *family code* ottenuti, e i relativi *code* inclusi all'interno di essi, e sono state riportate alcune *quotation* appartenenti al *family code* esaminato. È presente anche una riflessione sugli argomenti emersi per ogni *family code*.

FAMILY CODE A

“Come rendere l’approccio clinico assistenziale culturalmente congruo”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code* A (Totale 25 *quotation*):

- Importanza di creare uno strumento *ad hoc* per l’utenza straniera per facilitare l’adesione alle iniziative dei servizi sanitari;
- Adeguamento dell’assistenza in base all’etnia che l’operatore sanitario ha davanti;
- L’operatore è facilitato all’approccio con il paziente straniero quando mostra di possedere conoscenze sull’etnia che assiste;
- Empatia come strategia di approccio al paziente straniero;
- Adeguamento delle conoscenze cliniche in base all’etnia da assistere.

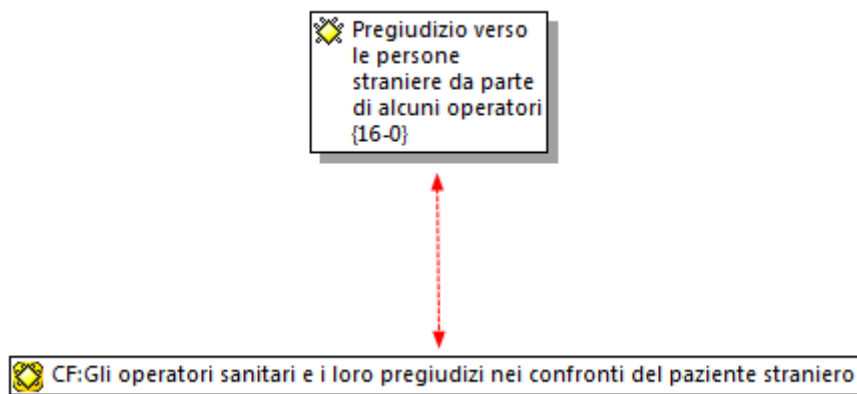
Di seguito alcune *quotation* del *family code A*:

- Donna, da 45 a 50 anni, DEU: *"...Spesso proprio per una genetica loro, loro sono ipertesi fin da giovani, sono spesso ipertesi non trattati anche perché sono persone che a volte dal punto di vista economico non possono permettersi, non hanno a volte un medico di famiglia e sono, non fanno uso di farmaci e quindi un'ipertensione non trattata e hanno una grandissima familiarità per la morte improvvisa. Quindi il dolore toracico nel pakistano non va mai sottovalutato...";*
- Maschio, da 35 a 40 anni, Malattie Infettive: *"...C'è da fare una distinzione purtroppo, principale tra uomini e donne, perché? Se viene ricoverato da me un uomo e...Ci si può relazionare un po' meglio mentre con la donna c'è qualche, c'è qualche difficoltà. Per quale motivo? Il principale è che la donna e...Non si fa fare diciamo tra virgolette, nulla senza il consenso del marito...";*
- Maschio, da 30 a 35 anni, DEU: *"...Si ritrovano proiettati in una realtà che non conoscono e quindi intanto bisogna fargli capire, bisogna fargli percepire la presa in carico da parte dell'infermiere, e questo secondo me deve avvenire con molta calma e molta serenità...";*
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *"...Per cui un po' ho cercato di immedesimarmi in loro, un po' all'aggressività non si risponde con l'aggressività, io mi ci son trovato bene. Con chi più e con chi meno, francamente...";*
- Donna, da 25 a 30 anni, Ostetricia e Ginecologia: *"...La donna arriva da casa, 90 volte su 100 è in uno stato avanzato del travaglio, e se non è venuta precedentemente da noi a fare traccianti arriva senza cartella e senza niente quindi, il prontuario cinese è la prima cosa che ci s'ha, il quadernone con le domande fondamentali loro leggono in cinese e rispondono tranquillamente cioè si- no- numeri- quanto- quanti figli- quanto pesa- quante settimane- ultime mestruazioni, queste cose le riusciamo a gestire con il prontuario cinese...";*
- Donna, da 45 a 50 anni, DEU: *"...Quello che invece devo dire è che quando io mi presento come di origine albanese e quindi come lingua albanofona loro si sentono rassicurati perché chiaramente è un po' come essere trattati da un loro medico, da qualcuno che conosce le loro condizioni quindi da questo punto di vista accettano ben volentieri il fatto che io comunque capisca una parte della loro lingua e anche dei loro usi e costumi...".*

Secondo l'operatore sanitario conoscenze cliniche e un approccio empatico sono la base su cui poter costruire un'assistenza personalizzata in considerazione non solo della diversità culturale, ma anche di certi aspetti peculiari di malattia. Gli aspetti informativi, anche attraverso strumenti realizzati *ad hoc*, possono facilitare l'incontro tra sanità locale e paziente straniero.

FAMILY CODE B

“Gli operatori sanitari e i loro pregiudizi nei confronti del paziente straniero”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code* B (Totale 16 *quotation*):

- Pregiudizio verso le persone straniere da parte di alcuni operatori.

Di seguito alcune *quotation* del *family code* B:

- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: “...È arrivata questa ragazza che si era rotta un braccio, una ragazza cinese giovane, avrà avuto una ventina d’anni, e noi parlavamo tipo come Tarzan parlava a Cita, cioè cercando di scandire bene le parole per capire per bene cosa era successo e una mia collega gli ha chiesto “di dove sei?” e lei ha fatto “guarda, son di Campi” con quest’accento pratese, per dire che comunque sì, tutta questa difficoltà della lingua, dell’integrazione, dei cinesi così, però c’è anche tutta un’altra realtà di bambini, di ragazzi che ormai quasi miei coetanei che sono nati, cresciuti e sono pratesi a tutti gli effetti...”;
- Donna, da 35 a 40 anni, DEU: “...In genere quando abbiamo nelle liste di attesa un paziente cinese la prima cosa che viene in mente è la speranza che insieme a lui ci sia un connazionale, un amico, che parli italiano per poter raccogliere i dati anamnestici e il motivo di accesso in PS, perché spesso il paziente stesso non riesce a riferire il problema per il quale accede in PS e il suo vissuto sanitario...”;
- Maschio, da 35 a 40 anni, Malattie Infettive: “...La cosa che mi è rimasta impressa è stata che quando abbiamo dovuto chiamare i parenti e... Non c’è stato quello...quello che m’aspettavo, cioè io magari credevo che a un certo punto arrivava, tipo che ne so, tutta la famiglia a fare casino perché magari pretendevano che noi dovevamo guarirla e tutto il resto, e invece sono, mi ricordo cioè mi è rimasto impresso perché nonostante la cultura diversa quindi nonostante magari pensi che loro non capiscono bene la malattia, la gravità eccetera invece loro hanno avuto per me, una reazione diciamo positiva, nel senso

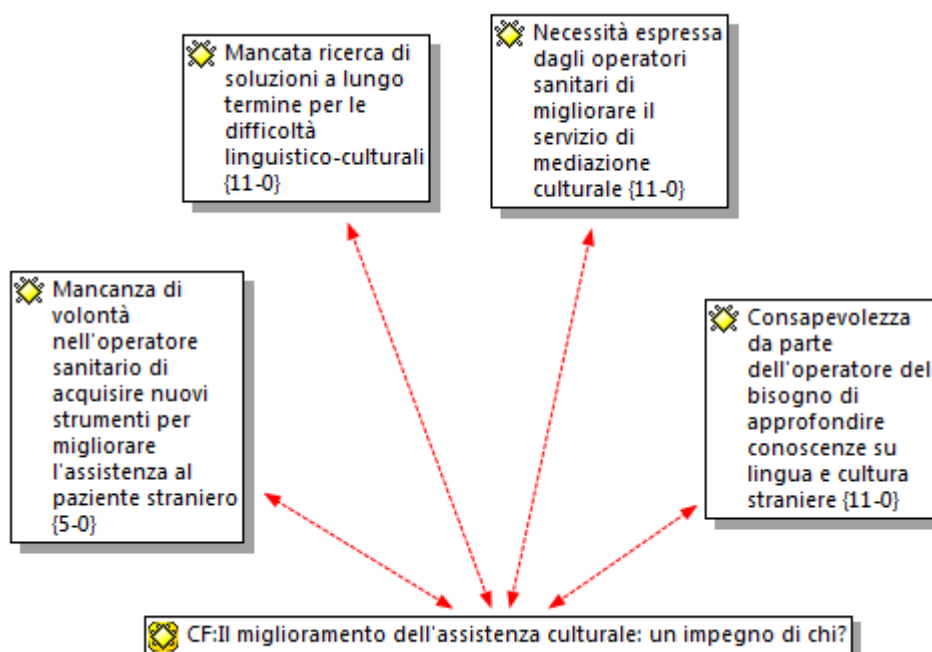
che si sono rapportati alla morte di questa ragazza, sto parlando di una di 27 anni, mi pare di 26 anni, in maniera cioè encomiabile, non ha fatto grandi manifestazioni di non so che parole usare...”;

- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...Poteva esser, era una cosa che francamente io avevo paura che loro prendessero non positivamente e invece così non è stato...”;*
- Donna, da 25 a 30 anni, Ostetricia e Ginecologia: *“...Si dice che le cinesi non vogliono allattare...Non è vero che non vogliono allattare. Spesso mandano questi bambini in Cina e li riprendono in età scolare e non allattano per quel motivo lì. Quindi la nostra anche un po' resistenza culturale che dice l'allattamento è la cosa migliore bla-bla bla-bla a volte siamo anche un po' talebani tra virgolette a questa cosa trovi resistenza e quindi c'è quasi un pregiudizio nei confronti dei cinesi poi se vai a capire bene quali sono le situazioni capisci che è oggettivo che ci siano dei problemi culturali economici mettila come ti pare...”.*

In questo *family code* è presente solamente un *code*: l'aspetto del pregiudizio è stato affrontato più volte nel corso delle interviste ed è risultato trasversale a tutte quelle effettuate. Il pregiudizio emerso è presente sia per gli aspetti linguistici sia per quelli culturali. Emerge l'aspetto positivo della consapevolezza del pregiudizio e della possibilità che l'esperienza fatta possa essere di aiuto per quelle successive occasioni di interazione.

FAMILY CODE C

“Il miglioramento dell’assistenza culturale. Un impegno di chi?”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code C* (Totale 29 *quotation*):

- Consapevolezza da parte dell'operatore del bisogno di approfondire conoscenze su lingua e cultura straniere;
- Mancanza di volontà nell'operatore sanitario di acquisire nuovi strumenti per migliorare l'assistenza al paziente straniero;
- Mancata ricerca di soluzioni a lungo termine per le difficoltà linguistico-culturali;
- Necessità espressa dagli operatori sanitari di migliorare il servizio di mediazione culturale.

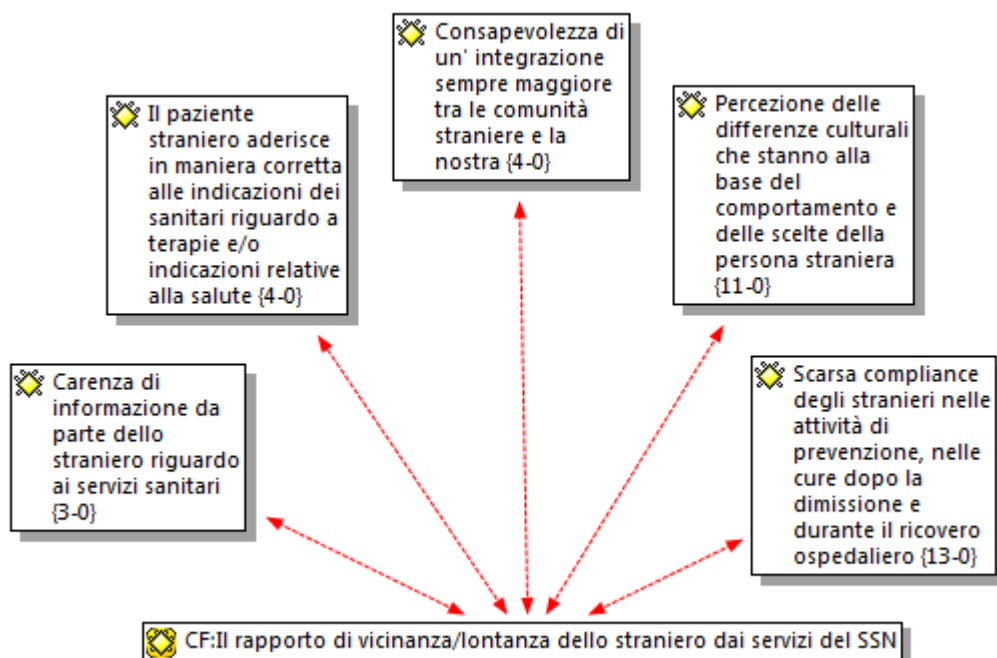
Di seguito alcune *quotation* del *family code C*:

- Maschio, da 35 a 40 anni, Malattie Infettive: *“...Cioè noi operatori dobbiamo cercare di capire loro, veramente non li possiamo capire al 100%, mai, neanche loro ci potranno capire però cercare un pochettino di avvicinarci al loro vero pensiero e innanzitutto non giudicare però quanto meno trovare la via di mezzo: la mediazione, dovrebbe servire proprio quello...”*;
- Donna, da 25 a 30 anni, Ostetricia e Ginecologia: *“...Non è neanche giusto che io debba andare a imparare il cinese per poter assistere una donna...”*
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...Dall'altra parte dovremmo impegnarci un po' più noi che lavoriamo nel servizio sanitario: da una parte imparando anche quelle lingue di base che noi italiani stentiamo a imparare come l'inglese...”*;
- Maschio, da 30 a 35 anni, DEU: *“...Molto spesso i cinesi che accedono in pronto soccorso per qualche problema si portano con sé qualcuno che parla...che parla magari un po' meglio l'italiano e quindi questa persona che poi fa da traduttore ci aiuta in qualche modo a capire in qualche modo qual è il problema principale...”*;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...Andrebbe da una parte potenziato il servizio di interprete, perché comunque le difficoltà ora, tolti i cinesi che si portano chi parla italiano, nordafricani, est Europa, loro spesso arrivano ed è difficoltoso scambiare due parole con loro per cui forse a livello di azienda sanitaria andrebbe potenziato questo servizio di interprete, soprattutto per queste etnie che sono magari una minoranza, per cui non sono molti a poter parlare la nostra lingua...”*.

Gli operatori vivono consapevolmente le difficoltà nell'approccio al paziente straniero, ma pensano che le soluzioni siano fuori da se stessi delegando a terzi e all'Azienda sanitaria stessa l'aspetto di responsabilità che dovrebbe renderli attivi nella ricerca di strategie personali a lungo termine facilitanti i rapporti con il paziente straniero.

FAMILY CODE D

“Il rapporto di vicinanza/lontananza dello straniero dai servizi del SSN”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code D* (totale 35 *quotation*):

- Carenza di informazione da parte dello straniero riguardo ai servizi sanitari;
- Consapevolezza di un'integrazione sempre maggiore tra le comunità straniere e la nostra;
- Il paziente straniero aderisce in maniera corretta alle indicazioni dei sanitari riguardo a terapie e/o indicazioni relative alla salute;
- Percezione delle differenze culturali che stanno alla base del comportamento e delle scelte della persona straniera;
- Scarsa *compliance* degli stranieri nelle attività di prevenzione, nelle cure dopo la dimissione e durante il ricovero ospedaliero.

Di seguito alcune *quotation* del *family code D*:

- Donna, da 25 a 30 anni, Ostetricia e Ginecologia: “...C'è una carenza di informazione a livello di contraccezione, a livello delle scuole e di conseguenza a livello di tutta l'età critica, perché poi l'età critica delle interruzioni volontarie è l'età giovanile...ci son ragazzi che vanno dalla maggiore età o poco meno fino ai, non lo so...non vorrei dire una bischerata...così fino ai 30 anni. È difficile che una donna adulta vada a fare una interruzione di gravidanza volontaria però non è raro che ci arrivino donne che hanno fatto 6-7 IVG...quindi con storie dove la

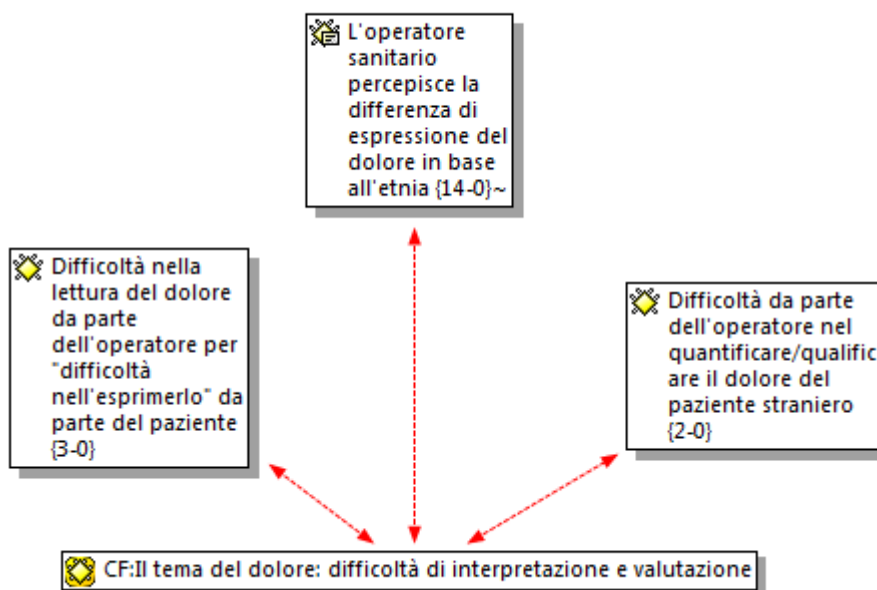
contraccezione non se ne è mai parlato nonostante il consultorio...”;

- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...Non sono più persone cinesi che vengono a Prato e fanno gruppo per conto suo ma sono italiani o pratesi a tutti gli effetti. Sicché magari c'è anche quest'aspetto qui, che magari fino a anche a dieci anni fa non c'era, cioè era difficile magari che persone più giovani fossero così integrate, e invece ora sempre più spesso capita anche in ospedale che vengano ragazzi e ragazze che parlano come noi o che accompagnano magari persone più anziane che non parlano italiano...”;*
- Donna, da 45 a 50 anni, DEU: *“...Come tipo di cultura è una cultura europea quindi da questo punto di vista, tendono a seguire anche molto precisamente le indicazioni su questo non ho trovato resistenze...”;*
- Donna, da 25 a 30 anni, Ostetricia e Ginecologia: *“...Spesso queste donne stanno a giornate intere da sole a letto con questi bambini che piangono, sotto nostro stimolo vengono presi e coccolati ma il contatto tra la mamma e bambino è molto diverso di quello che ci s'ha noi italiani, cioè vengono gestiti come se dovessero essere autonomi a volte alla nascita non li vogliono neanche vedere ma non per... Non perché non vogliono questi bambini, ma perché il bambino deve essere prima lavato e poi dopo la mamma lo prende. Questo non tutte, però tante c'hanno questo freno culturale perché non è che è una, perché può capitare ci sono anche italiani che lì per lì ti dicono “nooo non lo voglio vedere”... però nelle cinesi c'è capitato spesso...”;*
- Donna, da 35 a 40 anni, DEU: *“...Spesso succede che su un dolore addominale, mi riferisco anche a paziente che rimangono in osservazione, su un dolore addominale la prima cosa che si consiglia di fare è quella di rimanere o digiuni o comunque avere una dieta leggera. Ed è difficile far capire questo al paziente stesso ma anche a chi lo assiste dei propri familiari perché continuano a portare cibo da casa...”.*

La differenza culturale guida molto spesso le scelte di salute, talvolta risulta difficile avere risposte positive alle indicazioni date dai sanitari sia a livello ospedaliero sia territoriale anche se emergono dalle interviste esperienze positive in funzione di un'integrazione sempre maggiore grazie agli immigrati di seconda generazione e oltre.

FAMILY CODE E

“Il tema del dolore: difficoltà di interpretazione e di valutazione”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code E* (Totale 18 *quotation*):

- Difficoltà da parte dell'operatore nel quantificare/qualificare il dolore del paziente straniero;
- Difficoltà nella lettura del dolore da parte dell'operatore per "difficoltà nell'esprimerlo" da parte del paziente;
- L'operatore sanitario percepisce la differenza di espressione del dolore in base all'etnia.

Di seguito alcune *quotation* del *family code E*:

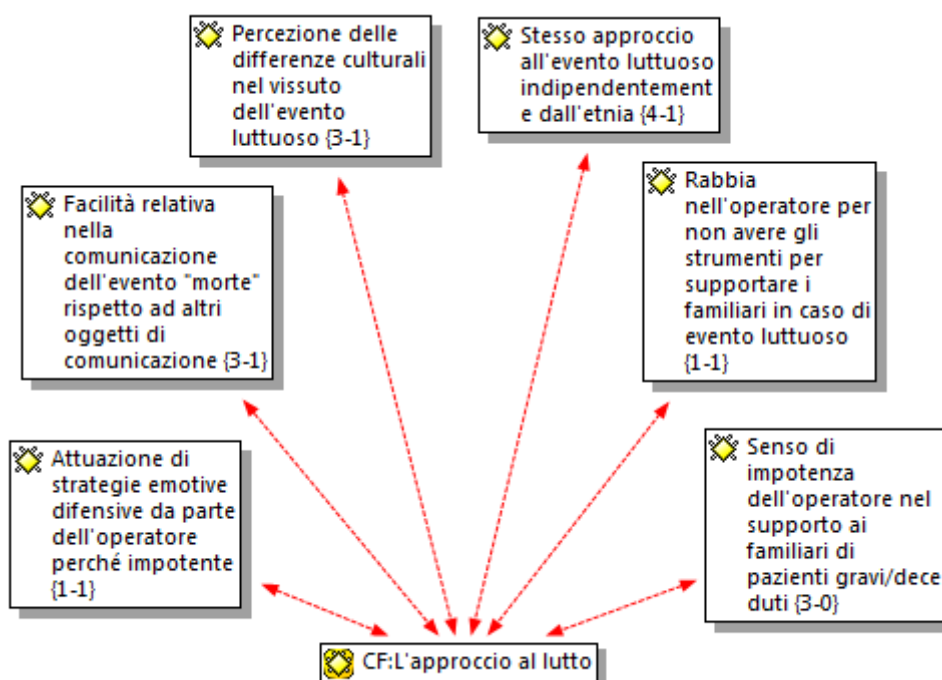
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: “...È difficile anche magari la gestione con la terapia antidolorifica perché magari a volte viene sottostimato e quindi viene trattato non a sufficienza e altre volte magari vengono fatti tanti farmaci quando magari ne bastava meno...”;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: “...Il dolore è limitato anche dall'incapacità di, è mal valutabile per l'incapacità di esprimersi...”;
- Maschio, da 25 a 30 anni: “...Per quanto riguarda il dolore fisico sì, mi viene in mente, cioè ho sempre comunque l'immagine della popolazione cinese un'immagine relativamente composta cioè sia nel dolore fisico sia nel dolore anche più, come si dice, spirituale...”;
- Maschio, da 35 a 40 anni, Malattie Infettive: “...Noi operatori tra virgolette

purtroppo ci facciamo un po' come si possa dire pregiudizi in questo cioè sappiamo che magari la donna pakistana un pochettino esagera e allora un pochettino lasciamo cadere la cosa e anche se andrebbe essere così però ti dico la verità però la maggior parte delle volte lo facciamo... Come per dire "ah vabbè, si vabbè tanto loro son così, hanno magari un piccolo dolorino e lo fanno e lo ingigantiscono e la famosa scala da uno a 10 anziché tre ti dicono sette" e non lo so se fa parte della loro cultura però effettivamente ho notato un pochettino ce l'hanno questo modo di fare..."

L'aspetto del dolore rappresenta un tema da affrontare in maniera specifica per i pregiudizi che comporta e per la difficoltà di interpretazione (che in realtà è una incapacità di ascolto) di un'esperienza soggettiva. La lettura del dolore risulta difficoltosa sia dal punto di vista del linguaggio verbale per barriere linguistiche spesso presenti, sia da quello non verbale per gesti e atteggiamenti collocati culturalmente e decodificabili con estrema difficoltà.

FAMILY CODE F

“L’approccio al lutto”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code* F (Totale 14 *quotation*):

- Attuazione di strategie emotive difensive da parte dell'operatore perché impotente;
- Facilità relativa nella comunicazione dell'evento "morte" rispetto ad altri oggetti di comunicazione;
- Percezione delle differenze culturali nel vissuto dell'evento luttuoso;
- Rabbia nell'operatore per non avere gli strumenti per supportare i familiari in caso di evento luttuoso;
- Senso di impotenza dell'operatore nel supporto ai familiari di pazienti gravi/deceduti;
- Stesso approccio all'evento luttuoso indipendentemente dall'etnia.

Di seguito alcune *quotation* del *family code* F:

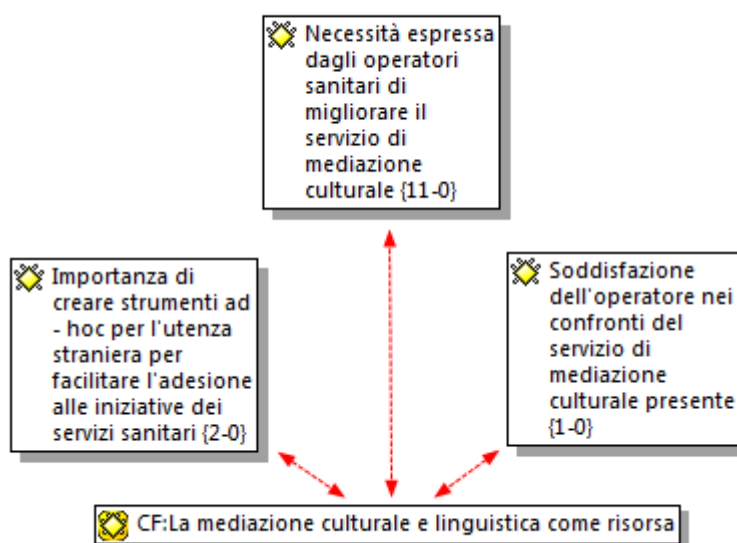
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: “...Poi in qualche modo per difesa, per difendermi, uno, almeno io, poche volte provo a immedesimarmi magari in queste situazioni perché magari sennò è peggio...”;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU. “...Purtroppo è brutto dirlo una volta che li accompagni e lo vedono, cioè non c’è adito a dubbi, è la cosa più chiara di questo mondo, è la cosa più evidente che non richiede cioè altre spiegazioni...”;

- Donna, da 35 a 40 anni, DEU: *“...Penso che la disperazione per la morte di un bambino sia stata la stessa rispetto a quella di un genitore italiano, quindi una situazione un po’ limite...”*;
- Maschio, da 35 a 40 anni, Malattie Infettive: *“...Della loro cultura magari affrontano la morte in maniera diversa rispetto anche a noi...niente, questo qui...”*;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...La cosa che anche li fece un po’ rabbia è che, magari non cambiava niente, cioè non è che gli toglie il dolore, però non poter dire perché non sei capace neanche di dire quelle due parole che magari possono essere la frase fatta o comunque anche soltanto due parole però in quel momento sentite dispiace, perché magari.....cioè, ripeto, non avrebbero risolto i loro problemi o il loro dolore però magari si sarebbero più sentiti vicini qualcuno che magari essere in un paese completamente straniero, dove non parli, dove non conosci la lingua e in più in una situazione del genere per un evento così drammatico...”*;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...E questa è una limitazione molto forte che già quella è una situazione dove sei impotente per il paziente perché alla fine non puoi fare niente di più, in questo caso avevamo la sensazione anche di essere impotenti in quell’aspetto dove uno ritiene sempre di poter fare qualcosa di più o di poter far sempre qualcosa cioè nello stare vicino ai familiari o alle persone comunque vicino al malato e invece in questo caso era limitato anche questo perché tranne che dargli un bicchiere di acqua o farla mettere a sedere e mettergli una mano sulla spalla poi uno non poteva fare niente altro perché non c’era stato verso spiegare, non c’era stato verso parlare, cioè non c’era stato proprio verso comunicare...”*;
- Donna, da 25 a 30 anni, Ostetricia e Ginecologia: *“...La gestione del lutto io penso sia molto simile a quella che ci s’ha noi, cioè lì il problema era sulla mamma, io mi ricordo di avere di essere stata con questo babbo tutta la notte senza, cioè, inerme, perché io non potevo far niente cioè è vero che già è difficile sostenere una persona italiana a cui puoi dare qualcosa cioè puoi dare un supporto anche per quel minimo che puoi dare per lo meno si riesce a comunicare, in quel caso non c’era verso neanche comunicare se non tramite linguaggio del corpo, però la gestione del lutto è uguale...”*.

L’aspetto del lutto risulta essere emotivamente coinvolgente e frustrante per l’incapacità di esprimere la propria vicinanza a parole quando presente una barriera linguistica. Emerge un pregiudizio rispetto all’espressione del dolore legato al lutto.

FAMILY CODE G

“La mediazione culturale e linguistica come risorsa”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code G* (Totale 14 *quotation*):

- Importanza di creare strumenti *ad hoc* per l'utenza straniera per facilitare l'adesione alle iniziative dei servizi sanitari;
- Necessità espressa dagli operatori sanitari di migliorare il servizio di mediazione culturale;
- Soddisfazione dell'operatore nei confronti del servizio di mediazione presente.

Di seguito alcune *quotation* del *family code G*:

- Donna, da 25 a 30 anni, Ostetricia e Ginecologia: “...*La donna arriva da casa, 90 volte su 100 è in uno stato avanzato del travaglio, e se non è venuta precedentemente da noi a fare tracciati arriva senza cartella e senza niente quindi, il prontuario cinese è la prima cosa che ci s’ha, il quadernone con le domande fondamentali: loro leggono in cinese e rispondono tranquillamente cioè sì- no- numeri- quanto- quanti figli- quanto pesa- quante settimane- ultime mestruazioni, queste cose le riusciamo a gestire con il prontuario cinese...*”;
- P21: Donna, da 45 a 50 anni, DEU: “...*Per gli altri, ce ne sono pochi, ecco, per la realtà. Per cui spesso dobbiamo aspettare delle ore anche quando per esempio ci*

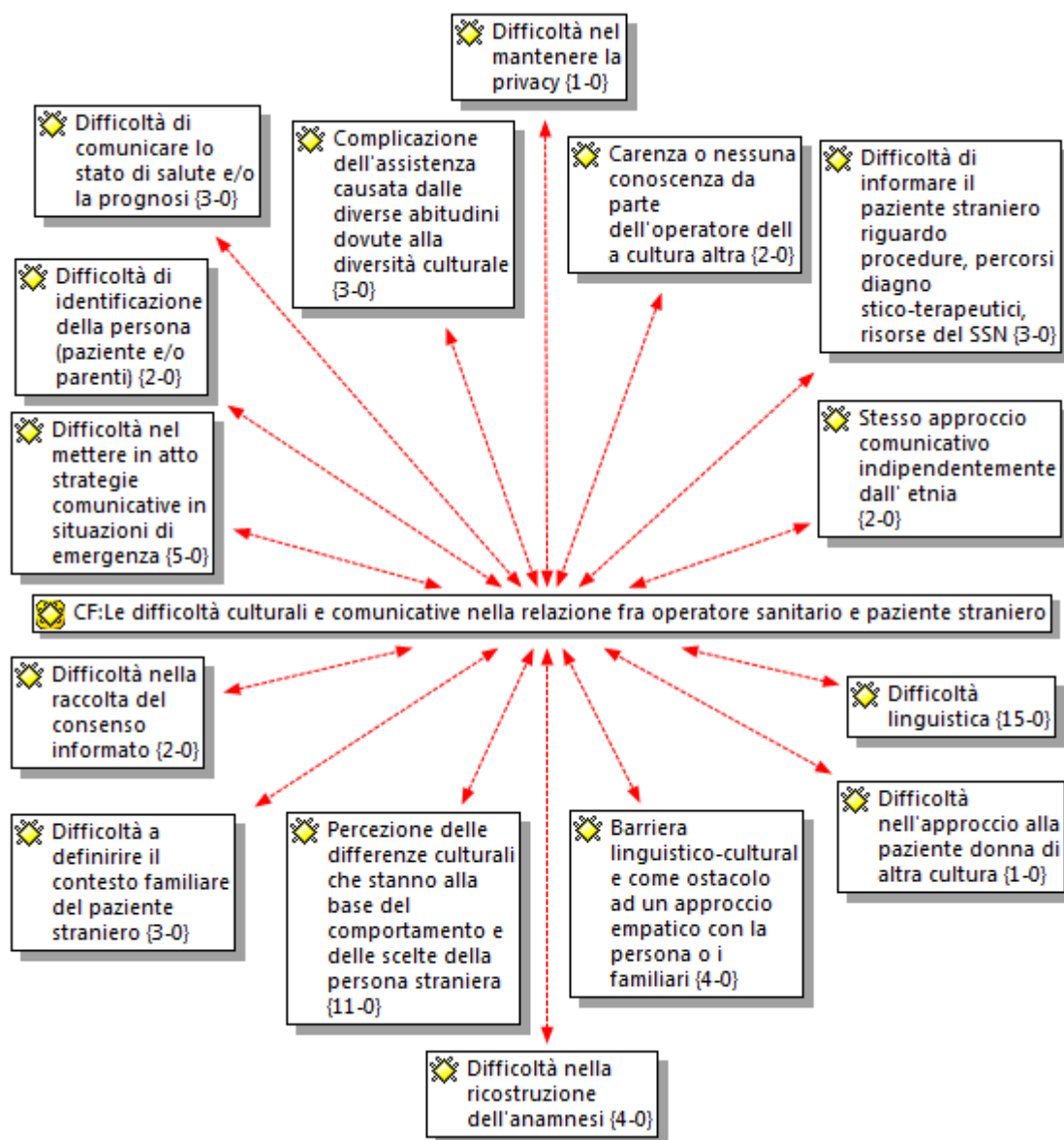
sono delle urgenze che il paziente deve andare in sala operatoria e quindi per il consenso informato spesso abbiamo aspettato anche 5 o 6 ore prima che arrivasse qualcuno che fosse capace di far comprendere bene la situazione al paziente...”;

- Maschio, da 35 a 40 anni, Malattie Infettive: *“...C’è il servizio di mediazione culturale che...per quello che fa va bene cioè funziona...però secondo me dovrebbe essere incrementato...Cioè in che senso...La mediazione culturale è intesa soltanto come traduzione nel descrivere a un pakistano le varie procedure che deve fare, la procedura per raccogliere gli escreti, tante altre cose che, insomma, qui magari non è importante dirle, e... Cioè mi serve sì, sicuramente lì per lì per risolvere il problema ma non è l'unica cosa che secondo me è importante per quanto riguarda proprio il capire l'etnia. Il mediatore culturale dovrebbe fare in un certo senso da mediatore, cioè mediare sia gli operatori che il paziente...”;*
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...Da una parte un bisogno da parte delle strutture per cui lavoriamo che dovrebbero venirci un po’ più incontro. Qui a Prato c’è solo l’interprete per il cinese che poi uno solo per tutto l’ospedale se anche lo chiami arriva fra due ore, è giustificato...”.*

Il servizio di mediazione culturale presente in Azienda viene giudicato in modo negativo, in quanto vengono riferite difficoltà nella sua attivazione. Inoltre risulta dedicato prevalentemente a pratiche burocratiche, quando invece è necessaria una proposta di lettura dell’esperienza della persona straniera nella sua dimensione culturale. È emersa dalle varie interviste la necessità di migliorare qualitativamente e quantitativamente tale servizio. Potrebbe essere positivo un coinvolgimento degli operatori sanitari stessi nella sua ridefinizione.

FAMILY CODE H

“Le difficoltà culturali e comunicative nella relazione fra operatore sanitario e paziente straniero”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code H* (Totale 52 *quotation*):

- Barriera linguistico - culturale come ostacolo a un approccio empatico con la persona o i familiari;
- Carenza o nessuna conoscenza da parte dell'operatore della cultura altra;
- Complicazione dell'assistenza causata dalle diverse abitudini dovute alla diversità culturale;
- Difficoltà a definire il contesto familiare del paziente straniero;
- Difficoltà di comunicare stato di salute e prognosi;
- Difficoltà di identificazione della persona;
- Difficoltà di informare su procedure, percorso diagnostico - terapeutico, risorse

del SSN;

- Difficoltà linguistica;
- Difficoltà nel mantenere la privacy;
- Difficoltà nel mettere in atto strategie comunicative in situazioni di emergenza;
- Difficoltà nell'approccio alla paziente donna di altra cultura;
- Difficoltà nella raccolta del consenso informato;
- Difficoltà nella ricostruzione dell'anamnesi;
- Percezione delle differenze culturali che stanno alla base del comportamento e delle scelte della persona straniera;
- Stesso approccio comunicativo indipendentemente dalla etnia.

Di seguito alcune *quotation* del *family code* H:

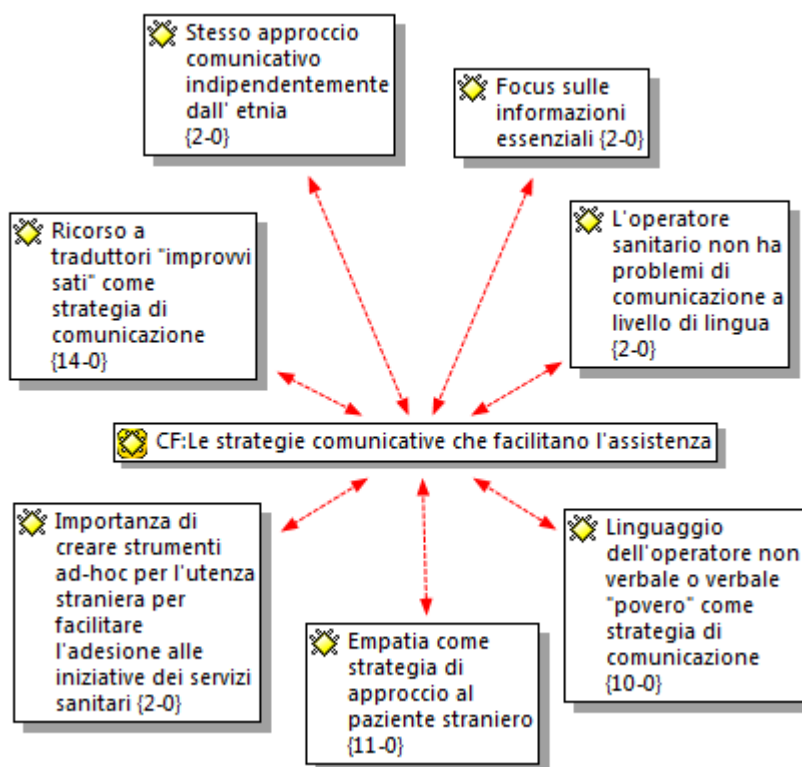
- Donna, da 25 a 30 anni, Ostetricia e Ginecologia: *“...Vai a vedere i vissuti della gente...Eh, è una cosa che noi con le cinesi non si può fare. Che poi è la cultura cioè che è la popolazione che ha più difficoltà a parlare italiano cosa che non ci succede ad esempio con le albanesi e con le rumene perché sono tutte donne che bene o male riescono a parlare quindi si riesce ad avere anche un rapporto diverso diciamo una concezione più olistica dell'assistenza con le cinesi questa cosa difficilissima...”*;
- Maschio, da 35 a 40 anni, Malattie Infettive: *“...E' difficile perché, ripeto, la donna quasi non può fare niente da sola...Per qualsiasi cosa o quasi per qualsiasi cosa, tranne quando il marito è a lavorare, ha sempre bisogno del marito...e...La maggior parte delle volte hanno vari figli e quindi hanno bisogno e il desiderio di stare con loro e...Con i loro figli con i loro familiari però purtroppo dovendo stare in isolamento meno persone ci stanno attorno e meglio è. Quindi già far capire a loro la necessità vera dell'isolamento è difficile. Quindi questa è la difficoltà principale: quella di dover conciliare l'isolamento col fatto che invece loro molte volte non sanno neanche cosa voglia dire isolamento...”*;
- Donna, da 35 a 40 anni, DEU: *“...Era difficile spiegare ai familiari che probabilmente questa era una situazione che era fatta per evolvere in senso negativo. Con tutto lo sforzo per dire “questo paziente può morire”, loro guardavano e dicevano “Morire? Morire?” e forse non avevano capito bene la gravità della questione. E anche comunicargli che “Questo paziente va ricoverato in una terapia intensiva”, per loro forse una terapia intensiva non era ben chiaro cosa fosse, o per la maggior parte di loro...”*;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...La difficoltà a volte è anche fargli capire oltre a chiedergli informazioni a loro è anche la difficoltà è riuscire a fargli capire cosa stai per fare, è anche quindi spiegare le varie manovre che sei in procinto di fare anche semplicemente il prelievo o una puntura...”*;

- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...Spesso arrivano persone magari cinesi che non parlano per niente magari la nostra lingua e una delle difficoltà maggiori sia per noi sia per i medici che poi li andranno a visitare è riuscire a capire qual è il loro problema, cosa si sentono e.....per poter intervenire nel migliore dei modi...”*;
- Donna, da 35 a 40 anni, DEU: *“...Diventa difficile poter entrare in comunicazione con questi pazienti. Ci si affida spesso all’esame obiettivo va bene, ma quando si arriva a chiedere informazioni riguardanti anamnesi (malattie pregresse, allergie, ecc.) e sintomatologia e lui non riesce a risponderci e non è presente nessuno che ci può dare una mano diventa difficile poter completare l’intero percorso dell’anamnesi e dell’esame obiettivo...”*.

La barriera linguistica risulta spesso essere l’aspetto dominante della relazione tra operatore sanitario e paziente straniero. Questo implica la possibilità di errore da un punto di vista clinico e assistenziale, ed equivoci da un punto di vista relazionale. L’assistenza al paziente straniero espone a maggiori responsabilità nella misura in cui è difficile ottenere feedback anche nei percorsi ritenuti usuali (consenso informato, rispetto della privacy, ecc.), aumentando il rischio per il paziente. Appare evidente la contrapposizione tra ruolo dell’operatore come garante della sicurezza dell’ambiente clinico e della corretta esecuzione del processo assistenziale, e le tradizioni culturali, da parte di pazienti e familiari, che possono costituire un’interferenza a tale prerogativa.

FAMILY CODE I

“Le strategie comunicative che facilitano l’assistenza”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code I* (Totale 41 *quotation*):

- Empatia come strategia di approccio al paziente straniero;
- Focus sulle informazioni essenziali;
- Importanza di creare strumenti *ad hoc* per l’utenza straniera per facilitare l’adesione alle iniziative dei servizi sanitari;
- L’operatore sanitario non ha problemi di comunicazione a livello di lingua;
- Linguaggio dell’operatore non verbale o verbale "povero" come strategia di comunicazione;
- Ricorso a traduttori "improvvisati" come strategia di comunicazione;
- Stesso approccio comunicativo indipendentemente dall’etnia.

Di seguito alcune *quotation* del *family code I*:

- Donna, da 45 a 50 anni, DEU: “...Forse anche per una caratteristica di non essere capiti abbastanza, o di non prendere abbastanza seriamente il loro problema, quindi aggiungono una teatralità proprio per farsi, per essere presi in considerazione nel giusto modo, questo sì...”;
- Maschio, da 30 a 35 anni, DEU: “...Per quanto riguarda il dolore o la problematica io cercherei innanzitutto di capire dove è il problema principale per cercare

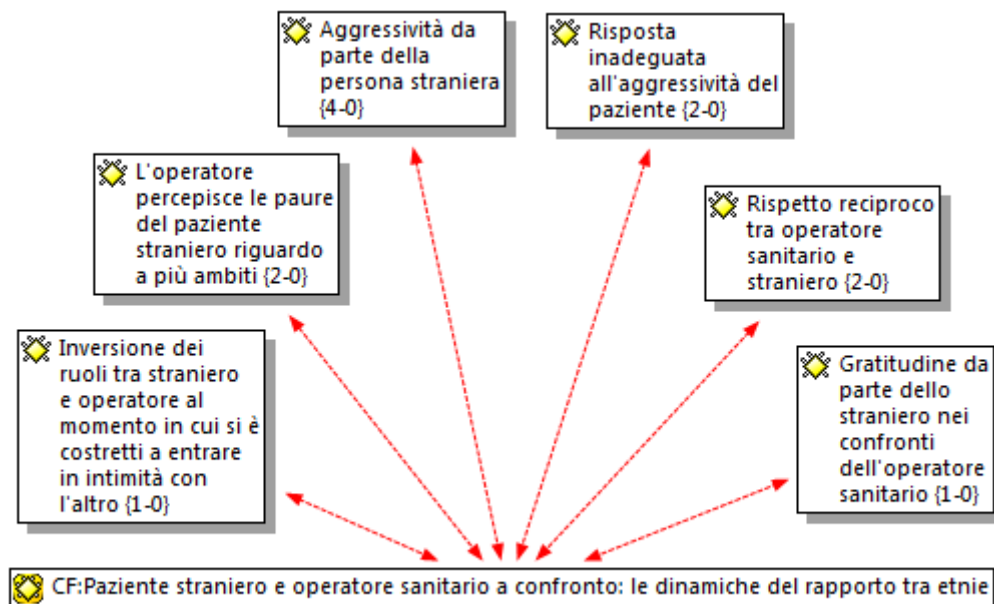
comunque di far passare il dolore...”;

- Donna, da 45 a 50 anni, DEU: *“...Per quanto riguarda le comunità albanesi, chiaramente non hanno molta difficoltà di lingua perché quasi tutti parlano discretamente l’italiano, quindi non è quella la difficoltà maggiore...”;*
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...E magari uno a volte usa la mimica, nel senso prova a mimare l’azione che andrà a fare...”;*
- Maschio, da 30 a 35 anni, DEU: *“...Ci aiuta anche il linguaggio, cioè il linguaggio gesticolare. Io ho fatto caso, cioè cerco di fargli...toccandomi cerco di capire e di fargli capire, di farmi spiegare dov’è il dolore in quel momento...”;*
- Maschio, da 30 a 35 anni, DEU: *“...M’hanno sempre aiutato o i traduttori che loro si portano o comunque magari c’hanno persone con cui te parli telefonicamente...”;*
- Maschio, da 30 a 35 anni, DEU: *“...Mi sono aiutato con il traduttore di Google...”;*
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *“...Anche se magari per il discorso della privacy o per la riservatezza non è proprio il massimo spesso mi è capitato in qualche modo di sfruttare una persona che parla la nostra lingua anche se magari sta accompagnando un’altra persona...”.*

La barriera linguistica si conferma come un problema prioritario a cui si cercano quotidianamente soluzioni che però risultano legate al buon senso, intuito e creatività del singolo operatore, e sono per lo più strategie a breve scadenza che cercano di risolvere il problema nell’immediato. Per facilitare la comunicazione, si tende a impoverirla di contenuti sia verbali che non verbali.

FAMILY CODE L

“Paziente straniero e operatore sanitario a confronto: le dinamiche del rapporto tra etnie”



Elenco dei *code* inclusi nel *family code* L (Totale 10 *quotation*):

- Aggressività da parte della persona straniera;
- Gratitudine da parte dello straniero nei confronti dell'operatore sanitario;
- Inversione dei ruoli tra straniero e operatore al momento in cui si è costretti a entrare in intimità con l'altro;
- L'operatore percepisce le paure del paziente straniero riguardo a più ambiti;
- Rispetto reciproco tra operatore sanitario e straniero;
- Risposta inadeguata all'aggressività del paziente.

Di seguito alcune *quotation* del *family code* L:

- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *"...Poi magari i casi di aggressività un po' più fisica son stati più da queste persone dell'est Europa, forse. Però non da dire con occhi neri o insomma da dover andare in pronto soccorso: magari uno spintone, uno strattone, ma son stati casi isolati..."*;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *"...Nonostante questo io poi ho continuato a lavorare lì per un altro anno e mezzo più o meno e quando li incontravo per strada si ricordavano il nome, mi salutavano e mi hanno offerto, io credo, quaranta caffè in un anno?!? È una cosa che mi è rimasta molto a cuore e l'hanno notata anche i miei colleghi..."*;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU (esperienza di assistenza domiciliare): *"...Però questa è stata l'ennesima dimostrazione che forse il problema non è tanto da dove uno viene ma da come lo straniero ti si pone, e in questo caso lo straniero eravamo noi perché andavamo in casa loro..."*;
- Maschio, da 30 a 35 anni, DEU: *"...Perché sono clandestini e hanno paura magari a parlare cioè hanno paura di parlare perché pensano che gli possa esser fatta una denuncia, o perché possono esser mandati via..."*;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *"...Avevamo lasciato anche i nostri recapiti di cellulare e loro ne hanno, li hanno utilizzati solamente in casi di estrema necessità con grande rispetto nei nostri confronti. Rispetto reciproco poi eh..."*;
- Maschio, da 25 a 30 anni, DEU: *"...Una comunicazione a una persona che si pone aggressivamente è inutile porsi in modo altrettanto aggressivo per esempio, e questa è una cosa che mi sembra che in pochi abbiano capito..."*.

Le dinamiche aggressive non sono frequenti come gli operatori si aspettano (pregiudizio). C'è spazio anche per sentimenti di riconoscenza e gratitudine, specialmente laddove l'operatore sanitario riesca a immedesimarsi fortemente nell'esperienza che lo straniero sta facendo. Interessante lo spunto fornito dall'operatore del DEU riguardo alla sua esperienza di assistenza domiciliare, che porta a riconsiderare il rapporto, che viene dato di solito per scontato, tra straniero e indigeno, suggerendo come in alcuni contesti, come nel caso in cui un operatore si rechi a casa di un paziente di un'altra cultura, esso possa essere ribaltato, essendo il primo a doversi considerare "ospite" del secondo.

5.7.2 Analisi delle interviste svolte al campione straniero

Presentiamo di seguito l'analisi delle interviste condotte ai mediatori culturali, con un approfondimento sugli argomenti più importanti emersi dalle stesse.

5.7.2.1 Il mediatore culturale albanese

Il mediatore intervistato è in Italia dal 2002 e si occupa della parte inerente l'immigrazione per il comune di Prato. Non svolge spesso mediazioni per l'Azienda USL 4 di Prato, ma a volte viene convocato in ospedale a seconda delle sue disponibilità. Riferisce che da quando il popolo albanese è potuto entrare negli stati della Comunità Europea senza bisogno del visto turistico, si è verificato un forte incremento del flusso di immigrazione anche per motivi sanitari.

Spesso viene convocato in ospedale per svolgere compiti di natura burocratica, ad esempio per fare firmare consensi informati a pazienti albanesi prima di interventi chirurgici o prima di procedure invasive. Viene convocato anche per persone che sanno parlare bene l'italiano ma che non riescono a capire il linguaggio tecnico della medicina.

Raccontando delle sue esperienze, riferisce come capita a volte che gli operatori sanitari non informino correttamente il paziente straniero albanese al momento della prenotazioni di appuntamenti o visite sanitarie, specificando tuttavia che questo succede a seconda dell'operatore sanitario presente di volta in volta.

Secondo il mediatore, il servizio di mediazione culturale spesso viene utilizzato solo come mezzo di traduzione linguistica, mentre a esso si dovrebbe ricorrere per capire la cultura e le abitudini della persona straniera assistita. Il servizio di mediazione, riferisce, dovrebbe servire anche per assicurare il paziente straniero e dargli supporto psicologico: tale paziente, infatti, spesso si trova ad affrontare da solo situazioni critiche e a dover prendere decisioni importanti relative alla propria salute in quanto familiari e amici spesso non sono presenti.

Molto raramente (ricorda solo un evento) si è trovato in situazioni dove ha assistito a episodi di discriminazione nei confronti di pazienti albanesi (ha sentito rivolgere frasi "poco carine" al paziente), e, quando vi si è trovato, è intervenuto, al contrario di quanto accade con qualche suo collega, che si sente "prigioniero" e "ricattabile" da chi compila la modulistica per il rilevamento della soddisfazione per il servizio di mediazione culturale ricevuto.

I pazienti albanesi non sono persone che curano molto la loro salute: infatti, per abitudini culturali, vanno dal medico solamente quando stanno veramente male e non ce la fanno più a resistere. Fanno uso inoltre del medico di famiglia nel modo corretto, in quanto è una figura che è presente anche nel sistema sanitario albanese.

L'intervistato afferma inoltre che sarebbe necessario incrementare il numero di mediatori culturali, o addirittura prevedere una formazione specifica per questa figura.

5.7.2.2 Il mediatore culturale cinese

Il mediatore culturale cinese è stato l'unico (tra tutti i mediatori e tutti gli operatori sanitari) che non ha voluto che l'intervista effettuata fosse audio-registrata. È opportuno segnalare che lo stesso non parlava molto bene la lingua italiana.

Il mediatore culturale cinese ha lavorato circa 11 anni in Ospedale in Cina e si trova a Prato da 15 anni. Presta servizio sia in ospedale che per il Comune di Prato. In ospedale non lavora molto, e, quando lo fa, presta servizio nella maggior parte dei casi nei reparti di ginecologia e ostetricia (per la registrazione delle nascite e per l'emissione dei certificati di nascita), pronto soccorso e chirurgia.

Ci riferisce che in Cina non esiste il medico di famiglia e che le persone si recano direttamente in ospedale, da specialisti o nei laboratori di analisi ogniqualvolta ne abbiano bisogno. Inoltre, è la persona stessa a poter decidere il medico dal quale recarsi e le prestazioni sanitarie sono per lo più a pagamento.

In Italia le persone di etnia cinese si recano in ospedale generalmente se hanno un problema di salute che non sono stati in grado di risolvere ricorrendo alla medicina tradizionale cinese. L'intervistato riferisce che le persone di etnia cinese esprimono un livello di soddisfazione elevato nei confronti della sanità pratese (l'80% - 90% delle persone cinesi da lui assistite sono contente di come vengono assistite dal punto di vista sanitario).

Riferisce che in Cina, rispetto all'Italia, il livello tecnico nell'esecuzione delle procedure in campo medico è più elevato, mentre i pazienti ricorrono spesso all'assunzione di farmaci antibiotici su iniziativa personale senza prescrizione medica (ad esempio per curare il raffreddore).

Secondo le persone cinesi da lui assistite, gli operatori sanitari italiani usano poco la clinica e fanno eccessivo uso di esami diagnostico – strumentali: manca l'approccio relazionale e psicologico con il paziente, e "si usano troppo le macchine e poco le parole".

Secondo lui il problema della lingua è molto rilevante. Ci vorrebbero più mediatori culturali, e sarebbe utile progettare più corsi per formare i mediatori. Secondo la sua opinione, inoltre, il servizio di mediazione risulta cruciale specialmente per un corretto dosaggio dei medicinali e per favorire la compliance dei pazienti. Secondo l'intervistato, gli operatori sanitari dovrebbero frequentare corsi di lingua e cultura cinesi.

La paura più grande delle persone cinesi che si sentono male e che si recano in ospedale è quella di essere scoperti e denunciati alle forze dell'ordine, se clandestini.

In Cina, secondo il mediatore culturale, c'è molta più attenzione nei confronti delle attività preventive rispetto all'Italia.

5.7.2.3 Il mediatore culturale Marocchino

Il mediatore marocchino sostiene che il rapporto tra cittadino straniero e sanità è influenzato dalla cultura di provenienza. Secondo il mediatore l'operatore sanitario dovrebbe sforzarsi per capire in maniera più profonda chi è il paziente straniero e la sua provenienza, in modo da poter prevedere il tipo di malattia dalla quale può essere affetto (riporta l'esempio di alcune malattie presenti nel Corno d'Africa). Sottolinea l'importanza dell'accoglienza culturale: si deve sviluppare maggiormente, secondo lui, la cultura dell'accoglienza.

Accenna alla questione del pregiudizio bilaterale: da una parte l'operatore sanitario pensa che il paziente straniero non sia in grado di spiegare la propria sintomatologia. Dall'altra parte, invece, vi è la vergogna personale del paziente straniero, che a causa di questa non riesce a esprimersi correttamente e a riferire i propri sintomi. L'operatore sanitario dovrebbe spiegare al paziente straniero che la sua malattia non è una questione prettamente personale, ma che riguarda anche l'operatore sanitario, in modo tale da sviluppare rapporto di reciproca fiducia. Questa alleanza dovrebbe partire dall'operatore sanitario, in quanto nel rapporto paziente straniero – operatore sanitario, quest'ultimo è la parte più forte. Inoltre, l'intervistato afferma che il paziente straniero non ha sfiducia nella sanità italiana: dal momento che si presenta per chiedere aiuto, ogni possibile dubbio è già stato vinto.

Sottolinea l'importanza della prevenzione, perché "più riusciamo a informare il paziente straniero su percorsi preventivi e di assistenza, meglio riusciamo a curare il paziente quando si ammala". Ma il grosso problema della prevenzione è riuscire a coinvolgere nel migliore dei modi il paziente straniero. Esprime il pensiero che l'operatore sanitario deve essere un uomo di comunicazione, un uomo sociale che ama la persona come individuo. Prima è necessario acquisire questo atteggiamento, poi viene il gesto tecnico terapeutico, la prestazione da erogare.

Non è mai intervenuto in caso di decesso di un paziente straniero, ma da quello che è riuscito a capire a seconda se il paziente ha parenti qui o nel suo paese di origine, se fa parte della comunità o meno, il corpo del defunto viene tenuto in Italia o spedito al paese di origine. Inoltre ha sentito dire di alcune preghiere per i defunti, ma non sa specificare se queste inizino subito dopo il decesso, durante il funerale o in altri momenti.

3.7.2.4 La mediatrice culturale Urdu–Pakistana

L'intervistata lavora come mediatrice culturale per il servizio immigrazione del Comune di Prato da circa 8 anni, presta servizio anche per l'Azienda USL 4 di Prato nei reparti di Ostetricia e presso il Consultorio, e gestisce lo sportello di mediazione culturale per la comunità pakistana.

Sapendo dei tentativi non riusciti del nostro gruppo di ricerca riguardo allo svolgimento dei focus group con le comunità straniere presenti a Prato, sottolinea subito come sia difficile mettersi in relazione con queste a causa di un sentimento abbastanza diffuso di diffidenza o per una non completa comprensione di ciò che viene spiegato e che verrà fatto.

Le difficoltà da lei incontrate durante il lavoro non riguardano soltanto la lingua, ma anche altri aspetti. In Italia il servizio sanitario è diverso rispetto a quello presente in Pakistan, dove le persone sono abituate a rivolgersi a ospedali privati oppure a servizi che hanno un meccanismo di funzionamento completamente diverso da quello italiano. In Italia, per accedere al servizio sanitario, si deve passare solitamente attraverso il medico di famiglia, mentre in Pakistan le persone accedono direttamente agli ambulatori degli specialisti dei quali hanno bisogno. I pazienti di origine pakistana si rivolgono a lei per sapere come muoversi e a chi rivolgersi per i propri problemi di salute, perché spesso non conoscono neppure la figura e il ruolo del medico di famiglia.

Un'altra difficoltà che ha notato nelle persone dai lui assistite, legato al fatto che molti pakistani sono di cultura islamica, è che le donne non vogliono farsi visitare da medici maschi: esse chiedono spesso di avere un medico donna con cui confrontarsi, e, quando questo non è possibile, capita anche che non si facciano visitare e che rifiutino i controlli. I mariti sono spesso a lavoro e le mogli non parlano italiano, non sanno come prendere i mezzi pubblici, dove sono i servizi di cui hanno bisogno. La intervistata afferma che molte volte deve preoccuparsi anche di questo aspetto, oltre a quello puramente sanitario. Racconta che deve indagare sulle difficoltà delle donne pakistane in gravidanza, cercando ad esempio di capire se la paziente stia subendo violenza psicologica da parte della famiglia pakistana di origine (ad esempio dal padre). Ella sostiene di illustrare in maniera chiara i servizi ai quali il paziente pakistano deve accedere.

Sottolinea l'importanza della mediazione culturale soprattutto per abbattere il problema della barriera linguistica, in quanto accade che durante il ricovero ospedaliero il paziente non riesca a spiegare bene la propria sintomatologia e quindi ci possano essere errori di diagnosi. Dice che spesso il servizio di mediazione all'interno dell'ospedale non viene attivato dagli operatori sanitari perché questi ritengono erroneamente che il paziente straniero pakistano capisca l'italiano, poiché si mostra accondiscendente e teme di disturbare con le proprie richieste di chiarimento. Accade spesso, infatti, che i pazienti usciti dall'ospedale si rivolgano alla mediatrice per farsi spiegare le informazioni riportate sulla cartella clinica. L'intervistata suggerisce agli operatori sanitari di attivare sempre il

servizio di mediazione culturale, anche quando sembra che il paziente straniero abbia capito quello che cerchiamo di comunicargli. Oltre che per problemi legati alla barriera linguistica, raccomanda di attivare il servizio di mediazione per superare i problemi di incomprensione legati alla differenza di cultura.

Parlando degli aspetti del fine vita, la mediatrice intervistata ricorda di essere stata convocata per una mediazione culturale in occasione di un decesso, ma che l'interesse principale sia dei familiari che degli operatori sanitari era rivolto verso gli aspetti burocratici legati alla morte. Sostiene di conoscere poco gli aspetti religiosi e rituali del fine vita.

Dalle interviste ai mediatori culturali emerge la richiesta di promuovere un miglioramento delle conoscenze in relazione ai diversi utilizzi della sanità nei paesi di origine in modo da poter comprendere meglio le difficoltà che il paziente straniero mostra nell'utilizzo del nostro sistema sanitario. Da migliorare anche le conoscenze relative ai bisogni clinico - assistenziali per quelle patologie caratteristiche dei paesi di origine del paziente straniero.

Altro tema emerso è relativo ai motivi di convocazione del mediatore culturale, che per la maggior parte delle volte viene utilizzato solo come traduttore linguistico, specie per soddisfare pratiche burocratiche. Emerge invece la necessità di trasformare il coinvolgimento dei mediatori da semplici traduttori linguistici a decodificatori dell'esperienza che la persona straniera sta vivendo in modo da renderla più leggibile per l'operatore sanitario che in questo modo può migliorare il proprio approccio.

5.8 Discussione e conclusioni dello studio fenomenologico

Per ciò che riguarda il campione sanitario, è stata raggiunta la saturazione degli argomenti con 8 interviste. Gli operatori dichiarano che per esprimere al meglio il livello assistenziale di cui sono responsabili, sono necessarie competenze cliniche e un approccio empatico; inoltre, i contenuti prevalenti descrivono un operatore sanitario che è consapevole delle difficoltà legate all'assistenza al paziente straniero. Principalmente, tali difficoltà sono legate alla barriera linguistica, ma anche alle difficoltà di interazione culturale. Viene riconosciuta l'insufficienza di conoscenze da spendere in tal senso ed emergono due tipologie di soluzioni:

- *A breve termine*: gli operatori, con grande dispendio di energie, cercano soluzioni quotidiane per aggirare le difficoltà legate prevalentemente alla barriera linguistica (traduttori improvvisati, linguaggio verbale e non verbale "povero", stesso approccio comunicativo indipendentemente dall'etnia) anche in nome di una certa difficoltà nel reperire il mediatore culturale aziendale;
- *A lungo termine*: gli operatori sanitari credono che la soluzione alle difficoltà insite nell'assistenza transculturale sia a carico della struttura e dell'organizzazione nella quale lavorano (maggiore rapidità nella convocazione del mediatore e sua maggiore disponibilità all'interno della struttura, produzione di strumenti informativi *ad hoc* per il paziente straniero), assumendo una posizione di delega che evita loro lo sforzo di ricercare in prima persona strategie da poter mettere in campo (e.g. studiare una seconda lingua, elaborare procedure alternative alla presenza del mediatore culturale, etc.).

Insieme alla carenza di conoscenze, è dichiarata anche una carenza organizzativa relativa al servizio di mediazione culturale, che merita maggiore approfondimento in altra sede.

L'aspetto linguistico è certamente rilevante nelle situazioni in cui l'operatore necessita di un feedback da parte del paziente straniero, ad esempio nella raccolta del consenso informato, nell'accertamento della comprensione delle procedure, al momento della raccolta dell'anamnesi. Gli operatori sono consapevoli che, oltre alla dimensione linguistica, esiste anche un aspetto culturale che condiziona l'erogazione dell'assistenza sul quale richiedono maggior supporto: viene individuato nel mediatore culturale colui che può soddisfare questo bisogno, senza però considerare che un intervento estemporaneo dello stesso, per quanto frequente, difficilmente può colmare un gap importante di competenze.

Emerge in modo evidente il pregiudizio in maniera trasversale nei contenuti di tutte le interviste. Lo straniero è letto secondo stereotipi che difficilmente lasciano spazio all'interazione con la "persona" straniera, privilegiando a essa un approccio semplicistico verso la "forma" straniera, per poi scoprire che talvolta chi si ha davanti è un immigrato di seconda o terza generazione, e quindi italiano a tutti gli effetti ("..guarda, son di Campi...").

Il pregiudizio risulta frequente modalità di lettura del fenomeno dolore, che manifesta in maniera diversa in base all'etnia, come ritrovato anche in letteratura^{152,153,154}.

Anche l'aspetto del lutto sottostà al medesimo pregiudizio, accompagnato inoltre dalla frustrazione denunciata dagli operatori di non poter esprimere parole di conforto nei confronti dei familiari colpiti dalla morte di un congiunto. Nuovamente ci troviamo davanti a una contraddizione: ci si aspetta, secondo il filtro semplicistico del pregiudizio, una certa modalità di esprimere il dolore per la perdita di un caro, e, sconfessati da una realtà diversa dalle nostre aspettative, si è tentati di prenderne le distanze; allo stesso tempo, tuttavia, si desidera sviluppare una relazione efficace con chi soffre. Riguardo alla necessità di comunicare ai familiari la morte di un paziente, alcuni intervistati considerano questa incombenza più semplice rispetto alla comunicazione di altri contenuti ("l'evento morte non lascia adito a dubbi").

Riguardo al campione non sanitario emerge che l'Azienda USL 4 di Prato utilizza la figura del mediatore culturale principalmente per effettuare una mediazione linguistica laddove vi sia una barriera linguistica completa o la necessità da parte del paziente straniero di adempimenti burocratici non altrimenti effettuabili (e.g. interventi chirurgici, procedure invasive).

È emerso che andrebbero migliorate le politiche di prevenzione sanitaria proposte alla popolazione straniera, considerata lo scarso livello di aderenza riferito. Probabilmente manca quell'aspetto comunicativo che dovrebbe essere curato dall'operatore sanitario (figura di comunicazione, come definito dal mediatore marocchino) che possa far prevalere la persona rispetto al "gesto tecnico" di cura.

L'attivazione del mediatore culturale risulta essere molto operatore-dipendente e viene ribadita l'importanza della cultura dell'accoglienza.

Appare la difficoltà di comprensione da parte degli stranieri riguardo alla organizzazione del nostro sistema sanitario: quelli di loro che provengono da realtà dove la sanità è simile alla nostra riescono ad accedere ai servizi in maniera più semplice rispetto a coloro che provengono da realtà completamente diverse da quella italiana¹⁵⁵.

¹⁵² Forgiarini ,M., Gallucci, M., Maravita, A. Racism and the empathy for pain on our skin. *Frontiers in Psychology*. 2011 May 23; 2:108

¹⁵³ Trawalter, S., Hoffman, K.M., Waytz, A. Racial bias in perceptions of others' pain. *PLoS One*. 2012; 7(11): e48546

¹⁵⁴ Staton, L.J., Panda, M., Chen, I., Genao, I., Kurz, J., Pasanen, M., Mechaber, A.J., Menon, M., O'Rorke, J., Wood, J., Rosenberg, E., Faeslis, C., Carey, T., Calleson, D., Cykert, S. When race matters: disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. *Journal of the National Medical Association*. 2007 May; 99(5):532-8

¹⁵⁵ Hyman, I., Patychuk, D., Zaidi, Q., Kljucic, D., Shakya, Y.B., Rummens JA., Creatore, M., Vissandjee, B. Self-management, health service use and information seeking for diabetes care among recent immigrants in Toronto. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*. 2012 Dec; 33(1):12-8

In sintesi, sia il campione sanitario che quello non sanitario esprimono esperienze uniche, tra le quali, però, si possono trovare interessanti punti di incontro sui quali riflettere.

Entrambi i campioni oggetto di studio esprimono il bisogno di concepire il servizio di mediazione culturale non solo come servizio di traduzione linguistica, ma come opportunità di mediazione fra culture diverse che si incontrano al momento dell'erogazione della prestazione sanitaria. Questo stesso bisogno, tuttavia, non viene condiviso con la "controparte", neppure quando ve ne potrebbe essere l'opportunità. Sarebbe interessante creare un gruppo di lavoro tra sanitari e mediatori per studiare tale fenomeno.

Per quanto concerne l'aspetto della morte e del lutto, non emerge il possesso di conoscenze culturali specifiche sul tema né all'interno del campione sanitario né all'interno del campione non sanitario, né emerge, in nessuno dei due campioni, il bisogno di maggiori conoscenze riguardo alla ritualità di culture diverse rispetto a quella di origine. Anche per questo aspetto si manifesta nuovamente il pregiudizio da parte dell'operatore sanitario sul "ruolo" che il paziente straniero deve interpretare nella relazione operatore sanitario – paziente straniero.

Un'altra riflessione è necessaria per quanto riguarda il campione non sanitario. Inizialmente, si sarebbero voluti effettuare alcuni focus group all'interno delle cinque comunità straniere più numerose presenti sul territorio pratese: comunità cinese, comunità albanese, comunità pakistana, comunità marocchina, e comunità romena. I partecipanti sarebbero stati selezionati all'interno delle comunità straniere stesse (5 – 6 persone per ogni comunità). Tali focus group sarebbero serviti a esplorare gli aspetti principali riguardanti il pensiero della persona straniera circa alcuni macro temi come salute e malattia, e le loro attese di cura e assistenza sanitaria nei confronti dell'Azienda USL 4 di Prato. Tutto questo sarebbe stato descritto attraverso i loro vissuti.

Per svolgere i focus group si è cercato di mettersi in contatto con le comunità e le associazioni straniere presenti a Prato attraverso i contatti email reperiti sul sito della provincia di Prato (unica tipologia di contatto reperibile perché non presente nessun numero telefonico), all'interno della sezione dedicata all'osservatorio dell'immigrazione. In ogni email inviata era descritto brevemente il progetto di ricerca ed erano inseriti i recapiti telefonici del gruppo di studio.

Di seguito sono indicate le associazioni contattate tramite email:

Comunità/associazioni Cinesi:

- Associazione HIC;
- Associazione del Commercio Italo – Cinese;
- Associazione modellisti/stilisti cinesi;
- Associazione amicizia dei Cinesi;
- Associazione Culturale Prato – Cina;
- ASSOCINA.

Comunità/associazioni Marocchine:

- Associazione Essalam Marocco;
- Associazione Al Maghreb;
- Mediterranea Associazione Culturale Multietnica;
- Associazione Islamica;
- Associazione Medina.

Comunità/associazioni Albanesi:

- SOPOTI Associazione Albanese di Prato;
- ALBAPRATO Associazione Albanese.

Comunità/associazioni Pakistane:

- Associazione Comunità Pakistana in Toscana di Prato.

Comunità/associazioni Romene:

- Associazione Romena “Latinità”.

Di tutte le comunità/associazioni contattate, nonostante che dalla maggior parte di esse (12 su 14) sia pervenuta conferma dell’avvenuta lettura della mail inviata, si sono ricevute solamente tre email di risposta, con richiesta di maggiori informazioni sul progetto di ricerca. Le informazioni richieste sono state fornite, senza tuttavia successivo riscontro da parte dei richiedenti. Una sola tra le associazioni/comunità ha effettuato un contatto telefonico (unico contatto telefonico avvenuto), richiedendo se la partecipazione allo studio fosse remunerata: dopo la risposta negativa da parte del gruppo di lavoro, l’associazione ha ritirato la propria disponibilità alla partecipazione.

Le interviste ai mediatori culturali si sono rese necessarie in virtù della difficoltà riscontrata a contattare direttamente le comunità straniere.

Può essere utile interrogarsi su questo fenomeno alla ricerca delle motivazioni della mancata adesione a quella che, dal nostro punto di vista, avrebbe potuto

rappresentare una grande opportunità per stabilire nuove strategie di contatto e approfondire il livello integrazione tra culture. È necessario segnalare, per quanto riguarda le interviste ai mediatori culturali, che il mediatore cinese non ha voluto che la sua intervista fosse audio registrata (unico intervistato che ha espresso questo desiderio). Una mediatrice culturale intervistata solleva a tale proposito il tema della diffidenza tra culture, mentre altri mediatori culturali intervistati sottolineano la necessità di un approccio al paziente straniero attraverso modalità relazionali da rivedere migliorando la cultura dell'accoglienza. È utile tuttavia chiedersi se il reclutamento avrebbe avuto maggiore successo utilizzando canali diversi di comunicazione e di contatto.

Conclusioni

Il percorso del progetto di ricerca presentato ha preso forma grazie ad una approfondita ricerca bibliografica, che ha consentito la creazione di un background scientifico sul tema della competenza culturale e sugli aspetti della cura e assistenza a pazienti di diversa appartenenza culturale, con particolare riferimento agli ambiti della comunicazione, della formazione dei (futuri) professionisti, del fine vita e della gestione del dolore.

In base a questo corpus di conoscenze si è costruito uno strumento destinato a raccogliere informazioni sugli stessi aspetti del Nursing e della cura nei confronti di pazienti di origine straniera, avvalendosi di un gruppo di esperti che, con le loro osservazioni, hanno contribuito al perfezionamento dello stesso.

Lo studio di validazione del questionario sulla sanità transculturale ha dimostrato una buona validità di facciata e la possibilità di una buona integrazione tra gli aspetti di “stabilità” e “sensitività” dello strumento.

Il questionario si è dimostrato molto sensibile ai cambiamenti prodotti dall'esperienza, e di conseguenza adatto a rilevare lo *stato* dell'operatore sanitario in un dato momento della sua esperienza lavorativa, e, dall'altro lato, stabile nella rilevazione degli aspetti riconducibili ai *tratti* di personalità dello stesso.

Le singole scale che compongono il questionario hanno mostrato livelli di correlazione elevati tra le due rilevazioni successive che sono state condotte, e sono emersi interessanti rapporti di correlazione tra scale diverse.

La somministrazione del questionario a un campione più esteso di professionisti della salute, possibile grazie alla collaborazione con Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) ha consentito la valutazione della Consistenza interna dello strumento, condotta per le singole subscale componenti il questionario (“Esperienze di relazione con il paziente straniero”, “Comunicazione e mediazione culturale”, “Competenza culturale”, “Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)”, “Fine Vita”). Tutte le subscale hanno rivelato una validità interna tra adeguata e molto elevata.

L'analisi inferenziale condotta sulle variabili sociodemografiche del campione ha evidenziato come una maggiore anzianità di servizio o il tempo di permanenza in una certa realtà lavorativa non comportino migliori performance nell'ambito delle attitudini comunicative nei confronti del paziente straniero. Neppure l'età sembra essere correlabile con più alti livelli di competenza culturale. Inoltre, né l'età, né l'anzianità di servizio, né gli anni lavorati in una certa realtà assistenziale rendono più semplice l'accettazione delle diversità e la gestione della fase del fine vita nei pazienti stranieri.

Lo studio delle correlazioni tra i totali delle scale del questionario genera la conclusione che migliori esperienze di assistenza in ambito transculturale siano da mettere in relazione con un maggiore sforzo comunicativo e relazionale nei confronti dell'utenza

straniera. Competenza culturale, propensione all'accettazione della diversità e orientamento verso l'altro appaiono, inoltre, tra di loro connesse.

Non appaiono statisticamente significative le relazioni tra sesso e i totali di nessuna delle scale componenti il questionario, mentre dall'analisi dei dati si evince come, tra coloro che possiedono un titolo di Master, siano in numero significativamente maggiore quelli che hanno ottenuto punteggi superiori alla media nella scala "Miville-Guzman Universality-Diversity Scale – Short Form (M-GUDS-S)" rispetto a quanto avviene tra chi non possiede un Master.

Il tipo di turnazione lavorativa svolto dai rispondenti al questionario non sembra essere correlato in maniera statisticamente significativa con nessuno degli aspetti esplorati dalle subscale componenti lo stesso, fatta eccezione per il fine vita: chi lavora sulle 12 ore sembra avere una maggiore attenzione agli aspetti del fine vita rispetto a chi lavora sulle 24 ore.

La maggior parte dei rispondenti al questionario ha affermato di aver trovato una qualche difficoltà nell'assistere o curare persone straniere, e la grande maggioranza di questo gruppo ha evidenziato difficoltà riconducibili all'aspetto comunicativo e di barriera culturale.

Interrogati sull'atteggiamento del paziente straniero e dei suoi familiari riguardo al rispetto del ruolo professionale degli operatori sanitari, alla compliance alle cure e alla loro affidabilità, anche in termini di rispetto di orari per visite e appuntamenti, i rispondenti hanno mostrato una scarsa propensione a sbilanciarsi.

Riguardo al tema dei servizi di mediazione culturale, si rileva una evidente difformità tra singoli operatori nel grado di padronanza degli strumenti forniti dall'organizzazione di appartenenza.

Il campione sembra possedere un buon grado di competenza culturale, mostrandosi sensibile e consapevole, in linea di massima, delle diversità che emergono in contesti transculturali di cura e assistenza. Si mostrano, inoltre, un atteggiamento positivo nei confronti dell'esposizione alle influenze di altre culture, in termini di ricerca di occasioni di incontro e di contatto, e un buon livello di comfort del campione nei confronti della diversità.

Lo studio fenomenologico ha messo in evidenza le difficoltà con le quali quotidianamente gli operatori sanitari si trovano a confrontarsi, prime fra tutte quelle dovuta alla presenza di barriera linguistica e alle difficoltà di interfaccia culturale. Di fronte a questi problemi, si mettono in atto strategie risolutive ispirate a volte dalla improvvisazione da parte del singolo operatore o si demanda alla organizzazione per la quale si lavora l'individuazione delle soluzioni. L'utilizzo del servizio di mediazione culturale è visto come uno strumento importante per superare gli ostacoli della diversità culturale, ma se ne limita spesso l'utilizzo a esigenze estemporanee.

Il pregiudizio nei confronti del paziente straniero emerge ubiquitariamente nelle interviste agli operatori sanitari, dalle quali affiora una lettura legata all'utilizzo di stereotipi del fenomeno immigrazione.

La gestione dei momenti del fine vita è caratterizzata per alcuni operatori da sentimenti di frustrazione, dovuti alla consapevolezza di non essere in grado di assistere in misura adeguata i familiari colpiti da lutto, a causa di carenze nell'ambito delle abilità linguistiche.

Dalle interviste rivolte ai mediatori culturali emerge come gli stranieri dimostrino di non conoscere sufficientemente il nostro sistema sanitario: in tal senso dovrebbe essere compiuto uno sforzo per migliorare le politiche di prevenzione sanitaria proposte alla popolazione straniera.

La mancata risposta agli appelli lanciati dal nostro gruppo di ricerca alle associazioni delle comunità straniere presenti sul territorio non può che ispirare riflessioni sul grado di integrazione delle popolazioni straniere all'interno del nostro tessuto sociale e sanitario e sulle dinamiche di inclusione.

Nuovi tentativi dovrebbero essere messi in atto per coinvolgere gli stranieri presenti sul nostro territorio in progetti di ricerca nell'ambito della sanità transculturale: solo in questo modo potremo garantire ai sistemi sanitari gli strumenti per conoscere in modo più diretto il punto di vista delle popolazioni immigrate, le loro attese, e le peculiarità delle loro esigenze in tema di salute, e per progettare servizi che rendano, finalmente, gli stessi sistemi sanitari più inclusivi e accessibili.

Bibliografia

Amerson, R. The impact of service-learning on cultural competence. *Nursing Education Perspectives*. 2010 Jan-Feb; 31(1):18-22

Andrews, M.M., Culturally competent nursing care. In Andrews, M.M., Boyle, J.S., Carr, T.J. (Eds.), *Transcultural concepts in nursing care* (pp.18-23). 2003; Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins

Balsa, A.I., McGuire, T.G. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*. 2003; 22 (1):89–116

Balsa, A.I., McGuire, T.G. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*. 2003; 22 (1):89–116

Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M.W., Feuerstein, C., Bass, E.B., Powe, N.R., Cooper, L.A. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*. 2005 Apr; 43(4):356-73

Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25 (24), 3186-3191

Bensing, J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centred medicine. *Patient Education and Counseling*. 2000; 39 (1):17–25

Betancourt, J.R. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*. 2003; 78 (6):560–9.

Bindraban, N.R., Van Valkengoed, I.G., Mairuhu, G., Koster, R.W., Holleman, F., Hoekstra, J.B., Koopmans, R.P., Stronks, K. A new tool, a better tool? Prevalence and performance of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Programme criteria for metabolic syndrome in different ethnic groups. *European Journal of Epidemiology*. 2008; 23 (1):37–44

Bishara, E., Loew, F., Forest, M.I., Fabre, J., Rapin, C.H. Is there a relationship between psychological well-being and patient-carers consensus? A clinical pilot study. *Journal of palliative care*. 1997; 13(4):14-22

Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, Cloyd E. Perspectives on transcultural care. *Nursing Clinics of North America*. 2009 Dec; 44(4):495-503

Boi, S. Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *NT Research*. 2000; 5: 382-390

Bottorff, J. L., Balneaves, L. G., Sent, L., Grewal, S., & Browne, A. Cervical cancer screening in ethnocultural groups: Case studies in women-centred care. *Women & Health*. 2001; 11, 322-337

Bozcuk, H., Erdoğan, V., Eken, C., Ciplak, E., Samur, M., Ozdoğan, M., Savaş, B. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life? Determinants of emotional functioning in a group of cancer patients in Turkey. *Supportive care in cancer*. 2002; 10(1):51-7

Brinkus, R., Narayan, M.C. Communication as the fabric of community-based nursing practice. In: Sorrell, J.M., Redmond, G.M., eds. *Community-based nursing practice: learning through students' stories*. 2000; Philadelphia, PA: F. A. Davis; p. 253-76

Browne, A. J., & Fiske, J. First Nation women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research*. 2001; 23 (2), 126-147

Burgess, D., Van Ryn, M., Dovidio, J., Saha, S. Reducing racial bias among health care providers: lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22, 882-887.

Burgess, D.J., Van Ryn, M., Crowley-Matoka, M., Malat, J. Understanding the provider contribution to race/ethnicity disparities in pain treatment: insights from dual process models of stereotyping. *Pain Medicine*. 2006 Mar-Apr; 7(2):119-34

Calvillo, E., Clark, L., Ballantyne, J.E., Pacquiao, D., Purnell, L.D., Villarruel, A.M. Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education. *Journal of Transcultural Nursing*. 2009 Apr; 20(2):137-45

Campinha-Bacote, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002; 13(3), 181-184

Campinha-Bacote, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care. 1998; Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati, OH

Carrillo, J. E., Green, A. R., Betancourt, J. R. Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Annals of Internal Medicine*. 1999; 130, 829–834.

Castro, A., Ruiz, E. The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2009 May; 21(5):278-86

Chircop, A., Edgecombe, N., Hayward, K., Ducey-Gilbert, C., Sheppard-Lemoine, D. Evaluating the integration of cultural competence skills into health and physical assessment tools: a survey of Canadian schools of nursing. *Journal of Transcultural Nursing*. 2013 Apr; 24(2):195-203

Cioffi, R.N. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(3): 299 - 306

Colaizzi, P. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle, R., King, M. (eds) *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*. 1978; New York, NY: Oxford University Press

Comer, L., Whichello, R., Neubrandner, J. An innovative master of science program for the development of culturally competent Nursing leaders. *Journal of Cultural Diversity*. 2013 Summer; 20 (2): 89-93

Coulehan, J.L., Platt, F.W., Egener, B., Frankel, R., Lin, C.T., Lown, B., Salazar, W.H. "Let me see if i have this right.": words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine*. 2001; 135, 221–227

Cowles, K.V. Cultural perspectives of grief: An expanded concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23(2): 287-294

Crawford, A. "We can't all understand the whites' language": an analysis of monolingual health services in a multilingual society. (in: McCormack, K., Mesthrie, R., Eds. International Journal of Sociology of Language. 1999; 136:27-45)

Crawford, C., Harrington, C., Estes, C.L., Health policy: crisis and reform in the U.S. health care delivery system. 2004; San Francisco, CA: Jossey-Bass

Cross, D., Brennan, A.M., Cotter, V.T., Watts, R.J. Cultural competence in the master's curriculum - a course exemplar. Journal of Professional Nursing. 2008 May-Jun; 24(3):150-4.

Cross, W.M., Bloomer, M.J. Extending boundaries: clinical communication with culturally and linguistically diverse mental health clients and carers. International Journal of Mental Health Nursing. 2010 Aug; 19(4):268-77

Culley, L. A critique of multiculturalism in health care: the challenges for nurse education. Journal of Advanced Nursing. 1996; 23, 564-570

Curlin, F.A., Roach, C.J., Gorawara-Bhat, R., Gorawara-Bhat, R., Lantos, J.D., Chin, M.H. How are religion and spirituality related to health? A study of physicians' perspectives. Southern Medical Journal. 2005; 98:761-766

Davidhizar, R. E., Giger, J.N. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. International Nursing Review. 2004; 51(1): 47-55

Davitz, L.L., Davitz, J.R. Culture and Nurses' Inferences of Suffering. Chapter 2 in Copp, L.A. Perspectives on Pain. 1985; Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone

Degenholtz, H.B., Thomas, S.B., Miller, M.J. Race and the intensive care unit: disparities and preferences for end-of-life care. Critical Care Medicine. 2003 May; 31(5 Suppl):S373-8

Dellenborg, L., Skott, C., Jakobsson, E.. Transcultural encounters in a medical ward in Sweden: experiences of health care practitioners. Journal of Transcultural Nursing. 2012 Oct; 23(4):342-50.

Doane, G.H., Varcoe, C. The "hard spots" of family nursing: connecting across difference and diversity. Journal of Family Nursing. 2006 Feb; 12(1):7-21

Dodd, K., Hunkins-Hutchinson, E., Fulford, W. Race equality training and values-based practice. Mental Health Practice, 2011 Oct; 15 (2): 28-32

Engebredson, J., Mahoney, J., Carlson, E., Cultural competence in the era of

evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*. 2008 May-Jun; 24(3):172-8

Epstein, R. M. Making communication research matter: what do patients notice, what do patients want, and what do patients need? *Patient Education and Counseling*. 2006; 60, 272–278

Epstein, R.M., & Street, R.L. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. [NIH Publication No. 07-6225 ed.]. 2007; Bethesda, MD: National Cancer Institute.

Eraker, S., Kirscht, J., Becker, M. Understanding and improving patient compliance. *Annals of internal medicine*. 1984; 100:258–68

Fain, A. *La ricerca Infermieristica, leggerla, comprenderla e applicarla*. 2 ed. 2004; Milan, Italy: McGraw-Hill

Forgiarini ,M., Gallucci, M., Maravita, A. Racism and the empathy for pain on our skin. *Frontiers in Psychology*. 2011 May 23; 2:108

Galanti, G. *Cultural Sensitivity*. 2004:3; Oak Park, IL: Doctors in Touch

Galanti, G.A. Applying cultural competence to perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2006 Apr; 21(2):97-102

Garrish, K., Papdopoulos, I., Transcultural competence: the challenge for nurse education. *British Journal of Nursing*. 1999; 8, 1453-1457

Germain, M. A cultural variable in practice, cited in Joel L.A. (ed) *Advanced Nursing Practice: Essentials of Role Development*, pp.430–453. 2004; Philadelphia, PA: FA Davis & Company

Giger , J.N., Davidhizar, R.E., *Transcultural nursing assessment and intervention*. 2004, St. Louis, MO: Mosby

Grant, T. Problems of communicative competence in multi-cultural medical encounters in South African health services. *Curationis*. 2006 Nov; 29(4):54-60

Greatrex-White, S. Uncovering study abroad: foreignness and its relevance to nurse education and cultural competence. *Nurse Education Today*. 2008 Jul; 28(5):530-8

Green, A.R., Betancourt, J.R., Carrillo, J.E. Integrating social factors into cross-cultural medical education. *Academic Medicine*. 2002; 77 (3):193–7

Gregg, J., Saha, S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. Gregg J, Saha S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Academic Medicine*. 2006; 81 (6):542–7

Gunaratnam, Y. From competence to vulnerability: care, ethics, and elders from racialized minorities. *Academic Journal Mortality*. 2008 Feb; 13 (1): 24-41

Gunaratnam, Y. Intercultural palliative care: do we need cultural competence? *International Journal of Palliative Nursing*. 2007 Oct; 13(10):470-7

Halm, M.A., Wilgus, E. Impacting the Latino Birthing Experience with a Cultural Competence Training Program. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing & Healthcare*, 2013 Apr; 3 (2): 1-15

Hebert, P.C., Hoffmaster, B., Glass, K.C., Singer, P.A. Bioethics for clinicians: 7. Truth telling. *Canadian Medical Association journal*. 1997; 156(2):225–8

Ho, T.M. Hypertension management: lifestyle interventions in a transcultural context. *Journal of renal care*. 2009 Dec; 35(4):176-84

Hollinsworth, D. Cultural awareness training, racism awareness training or antiracism?: Strategies for combating institutional racism. *Journal of Intercultural Studies*. 1992; 13(2):37–52

Høy, S., Severinsson, E. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008 Dec; 24(6):338-48

Høy, S., Severinsson, E. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010 Feb; 26(1):24-32

Høy, S., Severinsson, E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2010 Apr; 66(4):858-67

Hyman, I., Patychuk, D., Zaidi, Q., Kljucic, D., Shakya, Y.B., Rummens JA., Creatore, M., Vissandjee, B. Self-management, health service use and information seeking for diabetes care among recent immigrants in Toronto. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*. 2012 Dec; 33(1):12-8

Jacobs, S., Prigerson, H.G. Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*. 2000; 24: 479-495

Jenkins, V., Fallowfield, L., Saul, J. Information needs of patients with cancer: from a large study in UK cancer centres. *British journal of cancer*. 2001; 84(1):48-51

Jirwe, M., Gerrish, K., Emami, A. Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010 Sep; 24 (3): 436-44.

Johnson, R.L., Roter, D., Powe, N.R., Cooper, L.A. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *American Journal of Public Health*. 2004; 94:2084-90

Johnstone, M.J., Kanitsaki, O. Health care provider and consumer understandings of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian study. *Journal of Cultural Diversity*. 2007 Summer; 14(2):96-105

Jones, S.G. The Caribbean/West Indies cultural competency program for Florida nurses: implications for HIV/AIDS prevention and treatment. *Journal of Multicultural Nursing & Health*. 2005 Winter; 11 (1): 77-83.

Kahn, J. How a drug becomes 'ethnic': law, commerce, and the production of racial categories in medicine. *Yale journal of health policy, law, and ethics*. 2004; 4 (1):1-46.

Kemp, C. Cultural issues in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*. 2005; 21(1): 44-52

Kim, M., Klinge, R.S., Sharkey, W.F., Park, H.S., Smith, D.H., Cai, D. A test of a Somerville model of patients' motivation for verbal communication in patient-doctor interactions. *Communication Monograph*. 2000; 67:262-83

Kim-Godwin, Y.S., Alexander, J.W., Felton, G., Mackey, M.C., Kasakoff, A. Prerequisites to providing culturally competent care to Mexican migrant farmworkers: a Delphi study. *Journal of Cultural Diversity*. 2006 Spring; 13(1):27-33

Krakauer, E.L., Crenner, C., Fox, K. Barriers to optimum end-of-life care for minority patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002; 50:182-190

Kripalani, S., Bussey-Jones, J., Katz, M. G., Genao, I. A prescription for cultural competence in medical education. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21, 1116–1120.

Kwan, C. Families' experiences in the last office of deceased family members in the hospice setting. *International Journal of Palliative Nursing*. 2002; 8:6, 266-275

Labun, E., Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35, 874-881

Larson, K.L., Ott, M., Miles, J.M. International cultural immersion: en vivo reflections in cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*. 2010 Summer; 17(2):44-50

Lasch, K.E. Culture and pain. 2002; Seattle, WA: International Association for the study of pain

Lee, C.A., Anderson, M.A., Hill, P.D. Cultural sensitivity education for nurses: a pilot study. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2006 May-Jun; 37(3):137-41

Leininger, M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In Leininger M. and McFarland M.R. (Eds.) *Culture care diversity and universality: A worldwide theory of nursing* (2nd ed. p. 15). 2006; Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers

Leininger, M. *Culture care diversity and universality: a theory of Nursing*. 2001; Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers

Leininger, M., Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. *Nursing Science Quarterly*. 2007; 20(1), 9-15

Leininger, M., Transcultural nursing and globalization of healthcare : importance, focus and and historical aspects. In Leininger M. and McFarland M.R. (Eds.). Transcultural nursing : concepts, theories, research and practice (3rd ed. p. 15). 2002; New York, NY: McGraw-Hill

Lipson, J.G, Minarik, P.A., Dibble, S.L. Culture and Nursing Care: A Pocket Guide. 1996; San Francisco, CA: UCSF

Liu, L., Mao, C.L., Barnes-Willis, L.E. Cultural self-efficacy of graduating baccalaureate nursing students in a state funded university in the Silicon Valley. Journal of Cultural Diversity. 2008 Fall;15(3):100-7.

López, J.S., Valentín, M.O., Scandroglio, B., Coll, E., Martín, M.J., Sagredo, E., Martínez, J.M., Serna, E., Matesanz, R. Factors related to attitudes toward organ donation after death in the immigrant population in Spain. Clinical Transplantation. 2012 May-Jun; 26(3):E200-12

Lovering, S. Cultural attitudes and beliefs about pain. Journal of Transcultural Nursing. 2006; 17(4): 389-95

Macdonald, M.E., Carnevale, F.A., Razack, S. Understanding what residents want and what residents need: the challenge of cultural training in pediatrics. Medical Teacher. 2007 Jun; 29(5):444-51

Maier-Lorentz, M.M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. Journal of Cultural Diversity. 2008 Spring; 15(1):37-43

Maier-Lorentz, M.M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. Journal of Cultural Diversity. 2008 Spring; 15(1):37-43

Mareno, N., Hart, P.L. Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: implications for nursing education. Nursing Education Perspectives. 2014 Mar-Apr; 35(2):83-8.

McClimens, A., Brewster, J., Lewis, R. Recognising and respecting patients' cultural diversity. Nursing Standard. 2014 Mar 12-18; 28(28):45-52

McFarland, M.M., Eipperle, M.K., Culture care theory: A proposed practice theory guide for nurse practitioners in primary care settings. Contemporary Nurse. 2008; 28(1-2), 48-63

Miville, M. L., Gelso, C. J., Liu, W., Pannu, R., Touradji, P., Holloway, P., Fuertes, J. Appreciating similarities and valuing differences: The Miville-Guzman Universality-Diversity Scale. *Journal of Counseling Psychology*. 1999; 46, 291-307

Munoz, C., Hilgenberg, C. Ethnopharmacology. *American Journal of Nursing*. 2005; 105 (8):40–8

Munoz, C.C., DoBroka, C.C., Mohammad, S. Development of a multidisciplinary course in cultural competence for nursing and human service professions. *Journal of Nursing Education*. 2009 Sep; 48(9):495-503

Murray Parkes, C. *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. 1998; London, UK: Penguin

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilila, E., Katsouda, E., Vlahos, I. Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*. 2004; 12(3), 147–54

Nekolaichuk, C.L., Bruera, E. On the nature of hope in palliative care. *Journal of palliative care*. 1998; 14(1):36–42

Newman, C.E., Gray, R., Brener, L., Jackson, L.C., Johnson, P., Saunders, V., Harris, M., Butow, P., Treloar, C. One size fits all? The discursive framing of cultural difference in health professional accounts of providing cancer care to Aboriginal people. *Ethnicity & Health*. 2013; 18(4):433-47

Papadopoulos I., Omeri, A., Transcultural nursing theory and models: the challenges of application. *Contemporary Nurse*; 2008; 28(1-2):45-7

Park, E.R., Betancourt, J. R., Kim, M. K., Maina, A. W., Blumenthal, D., & Weissman, J. S. Mixed messages: residents' experiences learning cross-cultural care. *Academic Medicine*. 2005; 80, 874–880

Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K., Björk, O. Bridging obstacles to transcultural caring relationships - tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008 Feb; 12(1):35-43

Price, K.M., Cortis, J.D. The way forward for transcultural nursing. *Nurses Education Today*. 2000; 20, 233-243

Purnell, L., Palunke, B. *Transcultural health care*. 2003; Philadelphia, PA: F. A. Davis

Rapp, D.E. Integrating cultural competency into the undergraduate medical curriculum. *Medical Education*. 2006; 40, 704–710

Reid, S. J., Compulsory Community Service for doctors in South Africa – an evaluation of the first year. *South African Medical Journal*. 2001; 91(4):329-332

Richardson, A., Thomas, V.N., Richardson A. "Reduced to nods and smiles": experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*. 2006 Apr; 10(2):93-101

Rosenberg, E., Richard, C., Lussier, M.T., Abdool, S.N. Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field. *Patient Education and Counseling*. 2006 May; 61(2):236-45

Ruhnke, G.W., Wilson, S.R., Akamatsu, T., Kinoue, T., Takashima, Y., Goldstein, M.K., Koenig, B.A., Hornberger, J.C., Raffin, T.A. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest*. 2000; 118(4):1172–82

Ryan, M., Hodson-Carlton, K., Ali, N. Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula. *Journal of Transcultural Nursing*. 2000; 11, 300-307

Schim, S.M., Doorenbos, A., Benkert, R., Miller, J., Culturally congruent care: putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007; 18(2), 103-110

Schouten, B.C., Meeuwesen, L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 2006 Dec; 64(1-3):21-34

Seeleman, C., Suurmond, J., Stronks, K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*. 2009 Mar; 43(3):229-37

Sensenig, J.A. Learning through teaching: empowering students and culturally diverse patients at a community-based nursing care center. *Journal of Nursing Education*. 2007 Aug; 46(8):373-9

Shapiro, J., Hollingshead, J., & Morrison, E.H. Primary care resident, faculty, and patient views of barriers to cultural competence, and the skills needed to overcome them. *Medical Education*. 2002; 36, 749–759

Shattell, M.M., Nemitz, E.A., Crosson, N., Zackeru, A.R., Starr, S., Hu, J., Gonzales, C. Culturally competent practice in a pre-licensure baccalaureate nursing program in the United States: a mixed-methods study. *Nursing Education Perspectives*. 2013 Nov-Dec; 34(6):383-9

Sleath, B., Rubin, R.H. Gender, ethnicity, and physician–patient communication about depression and anxiety in primary care. *Patient Education and Counseling*. 2002; 48:243–52

Smedley, B., Stith, A., Nelson, A. Assessing Potential Sources of Racial and Ethnic Disparities in Care: the Clinical Encounter. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press. 2003; 160–79

Somerville, J. The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International Journal of Palliative Nursing*. 2007 Dec; 13(12):580-7

Staton, L.J., Panda, M., Chen, I., Genao, I., Kurz, J., Pasanen, M., Mechaber, A.J., Menon, M., O'Rourke, J., Wood, J., Rosenberg, E., Faeslis, C., Carey, T., Calleson, D., Cykert, S. When race matters: disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. *Journal of the National Medical Association*. 2007 May; 99(5):532-8

Street, R.L.Jr., Gordon, H., & Haidet, P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*. 2007; 65, 586–598

Sullivan, C.H. Partnering with community agencies to provide nursing students with cultural awareness experiences and refugee health promotion access. *Journal of Nursing Education*. 2009 Sep; 48(9):519-22

Tanida, N. Japanese attitudes towards truth disclosure in cancer. *Scandinavian journal of social medicine* 1994; 22(1):50–7.

Teal, C.R., Street, R.L. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social Science & Medicine*. 2009 Feb; 68(3):533-43

Thom, D.H., Tirado, M.D., Woon, T.L., & McBride, M. R. Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. *BMC Medical Education*. 2006; 6,

Trawalter, S., Hoffman, K.M., Waytz, A. Racial bias in perceptions of others' pain. *PLoS One*. 2012; 7(11): e48546

Tsai, J., Butcher, J., Muñoz, R., Vitousek, K. Culture, ethnicity, and psychopathology. In: Adams HESP, ed. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, 3rd edn. 2002; New York, NY: Kluwer Academic Publishers, 105–27

Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M.M. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*. 2008 Jun; 55(2):164-70

Tylor, E.B., *Primitive culture*. 1958; New York, NY: Torchbooks

Upvall, M.J., Bost, M.L. Developing cultural competence in nursing students through their experiences with a refugee population. *Journal of Nursing Education*. 2007 Aug; 46(8):380-3

US Department of Health and Human Services Offices of Minority Health. What is cultural competence? Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov> (2005)

Van Manen, M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. 1990

Van Wieringen, J.C., Harmsen, J.A., Bruijnzeels, M.A. Intercultural communication in general practice. *The European Journal of Public Health*. 2002; 12 (1):63–8

Vydelingum V. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry*. 2006 Mar; 13(1):23-32

Wear, D., Kuczewski, M.G. Medical students' perceptions of the poor: what impact can medical education have? *Academic Medicine*. 2008; 83:639-645

Whittemore, R. Culturally competent interventions for Hispanic adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007 Apr; 18(2):157-66

Williams, R., *Cultural safety - what does it mean for our work practice?* *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1999; 23(2), 213-214

Wilson-Stronks, A., Lee, K.K., Cordero, C.L., Kopp, A., Galvez, E. One Size Does Not Fit All: Meeting the Health Care Needs of Diverse Populations. April 2008; Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission

Witting, D.R., Knowledge, Skills, and Attitudes of Nursing Students Regarding Culturally Congruent Care of Native Americans. *Journal of Transcultural nursing*. 2004; 15(1), 54-61

Wood, M.J., Atkins, M., Immersion in another culture: One strategy for increasing cultural competency. *Journal of Cultural Diversity*. 2006; 13(1). 50-54

Woodbridge, K., Fulford, B. *Whose Values? A Workbook for Values-based Practice in Mental Health Care*. 2004. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health

Yeong, N.B. Grief revisited. *Annals of Academy of medicine*. June 2005; 34(5), 352-355

Allegati

- Questionario Survey Aniarti: “Sanità transculturale: nuove necessità nella cura e nell’assistenza allo straniero”