

# Assistere l'utenza straniera: quale bisogno formativo per gli operatori sanitari dell'Azienda Città della Salute e della Scienza di Torino?

Taking care of foreign users: which training need for Turin Azienda Città della Salute e della Scienza health care workers?

Silvia Gonella<sup>1</sup>

Lorenza Garrino<sup>2</sup>

Ornella Baldan<sup>3</sup>

Valerio Dimonte<sup>4</sup>

## RIASSUNTO

**Introduzione.** Il fenomeno immigratorio è in continuo aumento e anche in sanità è ormai forte la presenza di utenza immigrata che richiede un riorientamento dei servizi e la necessità di un approccio terapeutico-assistenziale multiculturale.

**Scopo:** Obiettivo del presente studio è indagare il bisogno formativo degli operatori dell'Azienda Città della Salute e della Scienza di Torino nell'assistenza all'utenza straniera.

**Metodo:** È stato costruito un questionario ad hoc, rivolto a medici, infermieri, logopedisti e personale di supporto del Dipartimento "Capo e Collo", articolato in quattro sezioni: conoscenze, atteggiamenti e percezioni; vissuto e formazione; miglioramento della competenza culturale; dati anagrafici. È strutturato sotto forma di domande a risposta dicotomica sì/no, chiusa e aperta breve.

**Risultati:** Hanno risposto 176/235 operatori (75%). Meno del 20% conosce la normativa che regola l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati; le patologie indicate come più frequenti negli stranieri sono tubercolosi, malattie veneree e AIDS. Sesso femminile ( $p=0.008$ ) e profilo professionale non medico (trend con  $p=0.051$ ) sono associati in modo significativo all'importanza percepita di conoscere i valori dell'assistito, mentre una precedente formazione è associata al bisogno di approfondirli ( $p=0.0002$ ). Gli aspetti di maggior bisogno formativo sono: significato di malattia e cura, senso della prevenzione, igiene e cura di sé e percezione delle pratiche di cura. Tra le strategie più efficaci: lezione e discussione, lavori di gruppo e filmografia.

**Conclusioni:** L'analisi ha evidenziato le aree tematiche principalmente carenti e le strategie formative che gli operatori considerano più efficaci.

**Parole chiave:** Valutazione del bisogno, Educazione continua, Educazione professionale della salute pubblica, Educazione professionale, Nursing transculturale

## ABSTRACT

**Introduction.** Immigration is growing and immigrants' presence is important also in the health care system, thereby services reorientation and a multicultural approach are needed.

**Objective:** To explore health care professionals' training needs of Turin Azienda Città della Salute e della Scienza in taking care of foreign users.

**Methods:** An ad hoc 4-sections questionnaire was built: (1) Knowledge, attitudes and perceptions; (2) Lived and Training; (3) Improvement in cultural competence; (4) Socio-demographic data. Questions were dichotomous (yes/no), closed and short open. Doctors, nurses, speech therapists and support staff of the "Head and Neck" Department were involved.

**Results:** One hundred seventy-six operators answered (75%). Less than 20% ( $n = 34$ ) knew the normative concerning immigrants' health services use; tuberculosis, venereal diseases and AIDS were believed to be the most frequent diseases in foreign users. Female sex ( $p = 0.008$ ) and allied health care profile (trend  $p = 0.051$ ) were significantly associated to consider clients' values important, while a previous training was associated to the need of improving their knowledge ( $p = 0.0002$ ). The most important training needs were: meaning of illness and care, perception of prevention, hygiene and self-care practices and perception of care. Among the most effective strategies: lecture and discussion, group work and filmography.

**Conclusion:** The analysis shows the main needing education areas and the training strategies which operators considered more effective.

**Keywords:** Need Assessment, Education Continuing, Education Public Health Professional, Education Professional, Transcultural Nursing

1 MSc, RN Università degli Studi di Verona. Email.: silviago87@libero.it

2 Ricamatore Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino. Email: lorenza.garrino@unito.it

3 Referente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie (DAPS) Azienda Città della Salute e della Scienza di Torino. Email. obaldan@cittadellasalute.to.it

4 Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino. E-mail: valerio.dimonte@unito.it

## INTRODUZIONE

L'immigrazione è in continuo aumento e anche in sanità è ormai forte la presenza di utenza immigrata che impone una riflessione circa le modalità di erogazione dell'assistenza (International Organization for

Migration (IOM), 2009).

In Italia, già nel corso degli anni '90 si poteva affermare che l'immigrazione andava aumentando secondo un ritmo vivace: tra il censimento del 1991 e quello del 2001 le presenze sono triplicate, passando da 356.000 a più di un milione. Successivamente l'andamento è divenuto molto sostenuto e alla fine del 2008 i cittadini stranieri residenti sono risultati quasi 4 milioni. Oggi in Italia è garantita l'accessibilità alle cure, seppur in forma diversificata, per tutti gli immigrati presenti sul territorio. Con il decreto legislativo n. 286/1998 viene dichiarato l'obiettivo di una fase di governo organico del fenomeno migratorio e con la Circolare n. 5/2004 è sancito in modo definitivo il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri. Non sorprende quindi che negli ultimi anni sempre più strutture pubbliche si siano avvicinate a tale problematica sia nell'organizzazione dei servizi, sia nel proporre percorsi formativi adeguati, sia nella rilevazione di dati e nella promozione di indagini epidemiologiche specifiche.

Nello specifico della realtà piemontese, nel 2010, dei circa 800 mila ricoveri, 48 mila riguardavano cittadini stranieri (regolari e non) (Regione Piemonte, 2010).

Gli attuali sistemi sanitari risultano non appropriati o comunque non abbastanza responsivi ai bisogni specifici e in costante crescita dei migranti: l'evidenza mostra la necessità di migliorare da un lato le politiche di prevenzione e di accesso ai servizi tra i migranti e dall'altro favorire tra i professionisti lo sviluppo di un'apertura culturale nei confronti di un'utenza portatrice di diversi background, pratiche e credenze (IOM, 2009).

Alcuni autori sostengono la necessità che l'assistenza infermieristica torni ad essere un percorso antropologico inteso come confronto con l'alterità in un processo basato sul riconoscimento di pregiudizi e decostruzione di stereotipi (Diasio & Geraci, 2006). L'analisi del pregiudizio implica un'attenta considerazione delle anticipazioni condivise da chi è impegnato nel campo della tutela della salute: la necessità di capire il peso dell'implicito culturale all'interno del rapporto terapeutico conduce ad analizzare con prospettiva antropologica le aspettative sia degli utenti sia degli operatori socio-sanitari (Diasio & Geraci, 2006).

I cambiamenti demografici ed economici di un mondo sempre più orientato verso la multiculturalità ha richiesto anche ai sistemi sanitari un riorientamento dei servizi dove sia prioritario interrogarsi sulla diversità culturale, sulle relazioni con il concetto di salute e identificare nuove modalità di erogazione delle cure sanitarie (Campinha-Bacote, 2003). Confrontarsi con il "culturalmente diverso" implica l'andare oltre la classificazione razziale e la nazione di origine e comprende la conoscenza di valori, credenze, pratiche, costumi, ma anche la consapevolezza di differenti precetti religiosi e

status socio-economico (Campinha-Bacote, 2003; Murray-Garcia, Harrell, Garcia, Gizzi, & Simms-Mackey, 2005).

La sensibilità culturale nelle scienze della salute focalizza l'attenzione su similitudini e differenze tra culture per fornire cure appropriate basate sui valori dell'individuo, sui suoi stili di vita e pratiche personali per la cura della salute (Leisham, 2004). E' il concetto di "competenza culturale" applicata alle cure della salute, sviluppata da Leininger in America e poi ampliata in Europa. Si tratta di una pratica che richiede agli operatori sanitari di non essere solo informati e consapevoli delle diversità culturali presenti nei sistemi di valori dei diversi gruppi, ma di integrare tale diversità nel sistema delle proprie opinioni (Gustafson, 2005).

La comunità infermieristica ha assunto un ruolo leader in quest'area come dimostra la corposa quantità di letteratura sull'argomento rispetto alle altre professioni sanitarie (Parish, 2003).

Sebbene sia ancora piuttosto acceso il dibattito sul fatto che la competenza culturale rappresenti una competenza core nella formazione delle professioni sanitarie, si è concordi nel sostenere la necessità di introdurre nei piani di studio universitari un modulo specifico sull'argomento per favorire una formazione a tutto tondo ed investire sui futuri operatori in modo che divengano essi stessi protagonisti della mediazione, capaci di osservare criticamente la propria organizzazione, affrontare i cambiamenti con più inventiva ed erogare un'assistenza competente a tutti i pazienti (Parish, 2003; Leisham, 2004; Pellegrino, 2007; Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen, & Stronks, 2010).

Obiettivo del presente studio è condurre un'analisi del bisogno formativo dei professionisti sanitari della Città della Salute e della Scienza di Torino riguardo l'erogazione di un'assistenza "culturalmente competente", indagando conoscenze, percezioni e pregiudizi nei confronti dell'utente straniero ed individuando le aree che necessitano di una formazione specifica per erogare un'assistenza che rispetti i valori di utenze etnicamente diverse e le strategie che gli operatori reputano più efficaci, finalizzata ad una rimodulazione dell'offerta aziendale.

## MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta nei mesi di Dicembre 2011 - Gennaio 2012 e ha coinvolto il dipartimento "Capo e Collo" in quanto contraddistinto dalla maggiore affluenza straniera (3012 afferenti al dipartimento/12340 afferenti in azienda (24.4%)). La scelta del dipartimento è infatti avvenuta previa analisi del flusso dipartimentale di utenti stranieri analizzando i

dati relativi all'anno 2010. E' stato scelto il questionario come metodologia di analisi del bisogno formativo perché risulta essere lo strumento maggiormente utilizzato per indagare le opinioni dei professionisti sulla formazione (Bonetti et al, 2002; Lucani, Concetti, & Vaia, 2002; Fusello, 2005; Tartaglino, Geraci, Piredda, & De Benedictis, 2005; Degan, Bragato, & Duminicu, 2007). Il questionario, costruito ad hoc, (Zammuner, 1998; McBurney, 2001; Fain, 2004; Bailey, 2006) si articola in 4 sezioni: A. Conoscenze, atteggiamenti e percezioni (7 item); B. Vissuto e Formazione (19 item); C. Migliorare la competenza culturale (2 item); D. Dati anagrafici

Sono state considerate risposte corrette:

- Affluenza annuale in azienda >12000
- Diritto per tutti gli immigrati ad usufruire delle strutture sanitarie pubbliche come gli italiani solo in particolari situazioni
- Patologie più frequenti tra gli immigrati gastrite e bronchite

E' rivolto a medici, infermieri, logopedisti e personale di supporto.

Sono utilizzate 3 tipologie di domanda: risposta dicotomica sì/no, risposta chiusa (ad alternativa fissa e a scelta multipla con una o più possibili opzioni -in questo secondo caso viene esplicitato-) e risposta aperta breve (massimo 5 righe).

Nella lettera di presentazione è indicata la definizione generalmente accettata del concetto di competenza culturale ("combinazione di conoscenza, consapevolezza e abilità necessarie per fornire un'assistenza sensibile, creativa e utile che si adegui ai valori generali, alle credenze e ai modi di vivere degli assistiti per offrire loro un'assistenza sanitaria soddisfacente o per aiutarli ad affrontare condizioni di vita difficili, disabilità o morte" (Leininger & McFarland, 2002)) per fornire a chi compila il questionario un'idea generale e condivisa rispetto a cosa si intende per competenza culturale.

Si è deciso che i compilatori mantenessero l'anonimato per preservare il più possibile la sincerità delle risposte. La compilazione non richiedeva più di 15 minuti.

Il questionario è stato distribuito in modalità cartacea previa autorizzazione e test pilota (n=30).

Il campione (n=235) dell'indagine è così articolato: infermieri 119, medici 65, personale di supporto 36, logopedisti 15. I questionari sono stati ritirati dopo 10 giorni ed è stato poi fatto un sollecito concedendo altri 10 giorni.

I dati sono stati analizzati con il programma Microsoft Excel e il software Statistical Package SAS System versione 20.0 (SAS Institute, Cary, NC, USA) e poi organizzati usando distribuzioni di frequenze e percentuali. Per confrontare i dati socio-demografici (sesso,

età, anzianità lavorativa, profilo, formazione specifica ricevuta) e i giudizi espressi in merito all'importanza di conoscere i valori dei propri assistiti per erogare un'assistenza personalizzata e al bisogno di approfondire i valori dell'utenza straniera afferente al servizio è stato usato il Fisher's Exact Test a cui è stata applicata la tecnica di ricampionamento Monte Carlo. Tutti i valori di p sono a 2 code e sono considerati statisticamente significativi se  $< 0.05$ . I risultati dell'indagine sono stati trasmessi al Settore Formazione per la rimodulazione del corso aziendale e per conoscenza al Servizio Infermieristico Tecnico e della Riabilitazione Aziendale (S.I.T.R.A.).

## RISULTATI

Sono stati restituiti 176/235 questionari (75%). Non considerando le domande aperte, circa il 10% dei questionari risulta incompleto o mal compilato, tuttavia, data l'impostazione strutturale nessuno è stato escluso. Le caratteristiche dei compilatori sono riportate in tabella I.

Il campione è rappresentato per la maggior parte da infermieri (53.4%) e la fascia d'età prevalente è la 36-45 (38.6%) seguita dalla 46-55 (27.3%); il 14.2% degli intervistati riferisce di aver effettuato esperienze di studio e/o lavorative all'estero frequentando almeno un corso di perfezionamento o un master oppure di aver partecipato a congressi internazionali. Oltre il 34% del campione ha un'anzianità di servizio  $\geq 21$  anni e la distribuzione per classi di anzianità presso l'attuale unità operativa (U.O.) risulta omogenea se si esclude la fascia  $\leq 5$  anni che è quella maggiormente rappresentata (38.6%).

Il tasso di risposta al questionario varia in relazione all'U.O. e si possono individuare 3 macro gruppi:  $\geq 90\%$  (4 U.O.), 60%-75% (3 U.O.) e  $\leq 50\%$  (2 U.O.).

Il sesso femminile ( $p=0.008$ ) è risultato associato in modo statisticamente significativo all'importanza di conoscere i valori dell'utenza mentre si è delineato un trend per il profilo ( $p=0.051$ ): nello specifico è più sentita dalle professioni non mediche (infermieri 85.1%, logopedisti 100%) rispetto alla dirigenza (64.3%). Lo stesso emerge per il bisogno di apprendimento: 41.4% dei medici rispetto a 62.4% degli infermieri e 84.6% dei logopedisti.

Non sono emerse correlazioni statisticamente significative per le altre variabili socio-demografiche.

Rispetto alla sezione "Conoscenze, Atteggiamenti e Percezioni" quasi il 90% (n=157) riconosce di non sapere quanti immigrati afferiscono annualmente in azienda e comunque solo 15 (8.5%) hanno fornito una stima corretta. Poco più del 20% (n=37) riferisce di essere informato sull'attuale normativa giuridica riguar-

Caratteristiche del campione	N (%)**	%
Sesso		
Femmine	121	68.7
Maschi	51	29.0
Missing	4	2.3
Età (anni)		
≤ 25	2	1.1
26-35	22	12.5
36-45	68	38.6
46-55	48	27.3
≥ 56	32	18.2
Missing	4	2.3
Anzianità di servizio (anni)		
≤ 5	21	11.9
6-10	20	11.4
11-15	42	23.9
16-20	27	15.3
≥ 21	60	34.1
Missing	6	3.4
Attuale Unità Operativa (U.O)* (N personale in servizio)		
Riabilitazione orale / Ortognatodonzia / Stomatologia / Ch.stomatologica (49)	48 (98.0)	20.4
ORL 1 / ORL 2 / Amb. ORL 2 / Audiologia e Foniatría (44)	28 (63.6)	11.9
Ch. Plastica / Amb. Ch. Plastica (36)	27 (75.0)	11.5
Ch. Maxillo facciale / Amb. Ch. Plastica Maxillo facciale (27)	19 (70.4)	8.1
Blocco Operatorio Maxillo facciale (26)	12 (46.2)	5.1
ORL 3 (13)	12 (92.3)	5.1
Blocco Operatorio ORL (13)	12 (92.3)	5.1
Amb. ORL 1 (12)	11 (91.7)	4.7
Amb. ORL 3 (15)	7 (46.7)	3.0
Professione (N personale in servizio)		
Infermiere (119)	94 (79.0)	53.4
Personale di supporto (36)	34 (94.4)	19.3
Medico (65)	29 (44.6)	16.5
Logopedista/Audiometrista (15)	13 (86.7)	7.4
Missing	6	3.4
Esperienze di studio e/o lavorative all'estero		
Si	25	14.2
No	145	82.4
Missing	6	3.4
Interesse per i risultati dell'indagine		
Si	125	71.0
No	46	26.1
Missing	5	2.9

Tabella I: Descrizione del campione (N=176)

\* Le U.O. sono state accorpate per coordinatore infermieristico

\*\* Sono state calcolate le % di riga

dante l'erogazione dell'assistenza sanitaria al paziente straniero, ma tra questi solo 8 conoscono in modo effettivamente corretto i diritti degli immigrati circa l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche: gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno hanno l'obbligo/diritto di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e hanno parità di trattamento con i cittadini italiani, mentre agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattia ed infortunio e i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (Decreto legislativo 286, 1998).

La malattia percepita come più frequente è la tubercolosi (n=111), seguita da malattie veneree (n=63),

D. 6 Ritieni importante conoscere i valori dell'utenza per un'assistenza personalizzata?	143 (81.3)
Si	22 (12.5)
No	9 (5.1)
Non so	2 (1.1)
Missing	
D. 7 Ha ricevuto una formazione specifica per assistere utenti di etnie diverse?	135 (76.7)
No	39 (22.2)
Si	2 (1.1)
Missing	
D. 9 Ha bisogno di approfondire le credenze e i valori dell'utenza afferente al servizio?	106 (60.2)
Si	44 (25.0)
No	25 (14.2)
Non so	1 (0.6)
Missing	
D. 16 Il mediatore culturale è indispensabile?	147 (83.5)
Si	15 (8.5)
No	11 (6.3)
Non so	3 (1.7)
Missing	

Tabella II: Vissuto e Formazione nei 176 dipendenti

AIDS (n=56), bronchite (n=45), tonsillite (n=26), malaria (n=26), depressione (n=24), gastrite (n=21), psicosi (n=15). Undici operatori hanno segnalato lebbra o tifo e 22 non hanno risposto.

Tra il 17% (n=31) di coloro che hanno già frequentato uno dei corsi attivi in azienda relativi al tema "Immigrazione e Salute" quasi il 55% (n=17) ritiene che sia necessario modificare l'offerta formativa presente.

Quasi il 77% di coloro che hanno risposto al questionario non ha ricevuto una formazione specifica per assistere utenti di etnie diverse e oltre l'80% ritiene importante conoscere abitudini, credenze e valori dei propri assistiti per erogare un'assistenza personalizzata (Tabella II).

Sentono maggiormente il bisogno di approfondire i valori dell'utenza coloro che hanno già ricevuto una formazione specifica in ambito transculturale (corsi aziendali, formazione di base, etc.) (p=0.0002): la modalità formativa prevalente sono i corsi di aggiornamento aziendale (n=31) e solo in minima parte il corso di studi di base (n=3), l'aggiornamento personale (n=3) o Master in nursing transculturale (n=2). Oltre il 60% (n=106) ha bisogno di approfondire valori e credenze dell'utenza afferente al servizio a causa di una formazione assente/scarsa (n=79) e/o di esperienza sul campo assente/scarsa (n=25) o semplicemente per approfondimento personale (n=8). Quarantaquattro dipendenti non segnalano tale bisogno per pregressa esperienza sul campo (n=22), mancato interesse/aspetto reputato non indispensabile (n=16) o per pregressa formazione (n=6).

Nell'ultimo anno poco più del 30% (n=57) ha approfondito l'argomento "multiculturalità", principal-

Problemi riportati	Informazioni/Strumenti di cui gli intervistati (n=75)* avrebbero avuto necessità per gestire i problemi
Barriere linguistiche e culturali (n=83)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maggiore disponibilità del mediatore culturale per gestire le incomprensioni legate alle difformità delle aree semantiche di ogni significato per una corretta diagnosi-terapia (ex. In somalo "Kili" significa "reni" ma identifica l'area addominale antero-laterale; in italiano per "reni" si intende l'area dorsale latero-rachidea. Con l'espressione "mal di reni" un somalo indica un dolore della regione del colon ascendente o discendente e non una lombalgia) e per un vero consenso informato</li> <li>- Maggior padronanza della lingua inglese e francese (sono auspicabili corsi aziendali)</li> <li>- Conoscenza dei principali termini clinici e delle parole chiave (dolore, febbre...) delle principali etnie afferenti al servizio</li> <li>- Soprattutto in ambito logopedico, strumenti tradotti con frasi idiomatiche ed espressioni tipiche</li> </ul>
Comunicazione non verbale (n=19)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoscenze relative ad abitudini, costumi e credenze delle etnie maggiormente afferenti al servizio per superare le problematiche di relazione operatore uomo-paziente donna e viceversa</li> <li>- Corsi centrati sulla relazione d'aiuto per migliorare le capacità empatiche e relazionali</li> </ul>
Gestione alimentazione (n=17)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoscenze relative alle abitudini alimentari legate a divieti religiosi e convinzioni valoriali delle principali etnie afferenti al servizio</li> </ul>
Gestione dolore (n=13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoscenze specifiche sulla concezione del dolore delle principali etnie afferenti al servizio (significato attribuito alla sintomatologia dolorosa e alla richiesta del suo trattamento, soglia di sopportazione)</li> </ul>
Problemi burocratico-organizzativi (n=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintesi facilmente fruibile della normativa che regola l'assistenza agli stranieri (comunitari, extracomunitari, extracomunitari senza permesso di soggiorno)</li> <li>- Flow-chart su come procedere nel momento in cui accede al servizio un utente straniero in relazione al suo stato di regolarità o meno</li> <li>- Informazioni per poter orientare correttamente l'utente straniero nella fruizione dell'assistenza (ex. chi ha diritto alla Tessera Europea Assistenza Malattia (TEAM) e dove viene rilasciata in caso di smarrimento/deterioramento, dove reperire i tesserini a codice STP/ENI, i Centri Informazione Salute Immigrati (ISI) presenti in zona)</li> </ul>
Aspettative incoerenti dell'utenza (n=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenziare la rete informativa riguardante i servizi di cui l'utente straniero ha diritto (anche in relazione al suo stato di regolarità o meno) e le modalità di accedervi</li> </ul>
Gestione emoderivati (n=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoscenze relative al significato che viene attribuito agli emoderivati dagli afferenti al servizio (ex. i testimoni di Geova rifiutano la somministrazione di sangue ed emoderivati per rispetto di quanto la Bibbia afferma al riguardo (Genesi 9,4): "Soltanto non mangerete la carne con la sua vita, cioè il suo sangue")</li> </ul>

Tabella III: Strumenti e Informazioni di cui gli operatori necessitano per fronteggiare i problemi che si presentano durante l'erogazione dell'assistenza all'utenza straniera

\* Hanno risposto alla domanda aperta 75/92 dipendenti segnalanti problemi con gli stranieri (81.5%)

ENI: Europeo Non Iscrivibile (Rumeni e Bulgari)

mente tramite la lettura di documentazione varia (n=18), partecipazione a convegni (n=15) e discussione con colleghi (n=12) e solo in minima parte grazie all'esperienza professionale (n=9) o personale (n=3).

Oltre il 90% riferisce di aver assistito utenti stranieri nell'ultimo anno, principalmente di etnia romena (n=159), albanese (n=123), magrebina (n=112), cinese (n=66), ucraina (n=63) e in misura minore provenienti dall'America latina (n=15), Africa centro-meridionale (n=11), altri paesi dell'Unione Europea (n=9) ed Estremo Oriente (n=6).

Più della metà (n=92) afferma di aver avuto problemi nell'assistenza degli ultimi tre utenti stranieri afferiti nel proprio servizio. I professionisti che segnalano i maggiori problemi sono gli infermieri (63.0%), seguiti da personale di supporto (15.2%), medici (11.9%) e logopedisti (5.4%), mentre otto professionisti (4.5%) non hanno risposto. Le informazioni/strumenti di cui avrebbero avuto bisogno per fronteggiarli sono riportati in tabella III.

Le aree che secondo i rispondenti al questionario necessitano di una formazione specifica rispetto alla relazione di cura (n=161) riguardano la percezione delle pratiche di cura (n=107) e dell'evento critico (n=56) e il rapporto con la corporeità (n=64). Per quanto

riguarda i concetti di salute e malattia (n=171) i professionisti vorrebbero approfondire il significato di malattia/cura (95), igiene/cura di sé (n=88), senso della prevenzione (n=87), religione (n=67), percezione del rischio (n=57), gestione/percezione del dolore (n=51), alimentazione (n=49), concezione di benessere/malessere (n=33), preparazione della salma (n=17), concezione del ciclo vitale (n=15) e allattamento (n=4).

Nella tabella IV viene riportata la competenza culturale ritenuta importante dagli operatori.

Oltre il 70% è interessato a conoscere i risultati dell'indagine.

Circa il 40% (n=73) ritiene che la strategia più efficace per migliorare la competenza culturale sia una combinazione di formazione didattica ed esperienziale, percentuale pressochè analoga (n=68) propende invece per la sola formazione teorica, mentre poco più del 10% (n=21) preferisce la sola esperienza concreta sul campo.

La modalità di aggiornamento ritenuta più utile è la lezione con discussione (n=103), seguita dai lavori di gruppo (n=53), attività di addestramento (n=45), filmati (n=41), tirocinio con tutoraggio (n=33), gruppi di miglioramento (n=21), formazione a distanza (n=14), metodologie narrative (n=12) e audit clinico (n=10).

Ambito	Competenza culturale ritenuta importante*
Accoglienza	Possedere e coltivare abilità comunicative Essere consapevole delle problematiche legate all'inserimento in un paese straniero Porsi in una posizione di attenzione ed ascolto
Alimentazione	Conoscere usi/divieti alimentari delle principali etnie che afferiscono al servizio
Corporeità	Approccio al corpo e alla persona in relazione a usi, costumi, valori religiosi Conoscere il senso della prevenzione e le abitudini riguardanti l'igiene personale in relazione alle differenze socio culturali per individuare le situazioni in cui è necessario intraprendere con il paziente un percorso di educazione sanitaria
Cultura	Conoscenza, per le etnie più significativamente rappresentate, di abitudini, usi, costumi, credenze religiose e non, valori e caratteristiche socio-culturali per un approccio non organicistico ma empatico ed umanistico, un'assistenza appropriata nel rispetto della multiculturalità e una miglior risposta ai bisogni di salute (ex. il Ramadan non può essere considerato di secondaria importanza da parte del medico quando prescrive diete o terapie in rapporto a determinate patologie - diabete, tubercolosi... -)
Dolore	Conoscere per le etnie più significativamente rappresentate: 1. il significato attribuito alla malattia e alla cura 2. la concezione/percezione del dolore e le modalità più appropriate per gestirlo 3. concezione di benessere/malessere 4. concezione della morte e gestione della salma
Fruibilità dei servizi	Conoscere i servizi disponibili in azienda (ex. mediatore socio-culturale, assistenza sociale, assistenza spirituale, stanza del silenzio) e le loro modalità di attivazione/utilizzo Conoscere la normativa che regola l'accesso ai servizi sanitari e quali sono i servizi che possono favorire la fruizione delle cure (ex. centri ISI, tesserino STP/ENI)
Lingua	Padronanza di base della lingua inglese e francese Conoscenza, per le etnie maggiormente afferenti al dipartimento, delle parole chiave inerenti l'ambito otorinolaringoiatrico per agevolare l'individuazione di problemi assistenziali Formazione specifica per l'accoglienza e il supporto durante il pre-intra-post operatorio (ex. contenimento dell'ansia)
Circa il 10% (N=8) dei dipendenti che ha risposto a questo quesito (D. 17) non ritiene necessario possedere una particolare competenza culturale ma l'importante è il rispetto per l'altro. " [...] Accrescere la competenza culturale è una libera scelta di ognuno che deve essere distinta dai doveri lavorativi. Siamo in Italia ed entro certi limiti sono gli stranieri che si devono adattare e non viceversa. [...] Piuttosto serve una maggior competenza dal punto di vista normativo/burocratico/organizzativo per poter fornire informazioni corrette".	

Tabella IV: Tabella di sintesi della competenza culturale ritenuta importante per gli operatori in servizio presso il dipartimento "Capo e Collo"

\* Hanno risposto alla domanda aperta 77/176 dipendenti (44%)

## DISCUSSIONE

Dallo studio emerge una carenza di conoscenze degli operatori per quanto riguarda gli aspetti sia quantitativi che qualitativi del fenomeno immigratorio: escludendo coloro che hanno indicato l'opzione "non so", la maggior parte degli intervistati sottovaluta l'affluenza annuale di stranieri in azienda e questo può spiegare perché all'incirca la metà dei dipendenti che non sente il bisogno di approfondire i valori dell'utenza straniera afferente al proprio servizio reputa l'argomento "non importante". C'è inoltre una tendenza a sovradimensionare gli aspetti legati ai pregiudizi per quanto riguarda lo stato di salute, infatti le patologie indicate come più frequenti dagli operatori sono la tubercolosi (111), le malattie veneree (63) e l'AIDS (56), senza dimenticare ben 11 segnalazioni a carico di malattie ormai debellate come lebbra e tifo. L'elevato numero di segnalazioni per la tubercolosi è probabilmente legato ai recenti casi verificatisi in azienda, mentre per quanto concerne l'AIDS va precisato che nonostante gli stranieri spesso provengano da aree endemiche (Africa dell'ovest), al momento dell'arrivo in Italia sono per lo più indenni dall'infezione e anzi, condividendo gli stessi territori dei tossicodipendenti, possono infettarsi proprio dagli ospitanti (Morrone, 1995; Hughes & Foschia, 2004).

Le psicosi hanno ottenuto solo 15 preferenze ed effettivamente la frequenza dei problemi di salute mentale è bassa (2.9%) perché il fenomeno è relativamente recente, ma sembra, anche sulla base delle esperienze estere, che ci si possa attendere un incremento delle sindromi psicotiche con l'aumentare del tempo di permanenza, legato allo sradicamento dalla cultura originaria e all'acquisizione più o meno forzata di quella locale (Morrone, 1995; Hughes & Foschia, 2004). Le malattie più diffuse riportate dagli intervistati sono quelle dell'apparato respiratorio (15.7%) per precarietà ed affollamento alloggiativo, e del digerente (14.2%), per cattiva e inadeguata alimentazione oltre che per condizioni particolarmente stressogene, che però hanno rispettivamente ricevuto solo 45 (11%) e 21 (5%) preferenze, ulteriore conferma di disinformazione (Istituto nazionale di statistica (ISTAT), 2005; Tartaglioni et al. 2005; Regione Piemonte, 2010).

A differenza di studi precedenti (Tartaglioni et al. 2005), la conoscenza della normativa relativa al diritto da parte degli immigrati di usufruire delle strutture sanitarie pubbliche come i cittadini italiani, è alquanto insoddisfacente perché meno del 20% (n=34) ha risposto correttamente e oltretutto solo 8 di coloro che avevano detto di conoscerla ha indicato l'opzione esatta. Sarebbe auspicabile, soprattutto da

parte dei “professionisti della salute”, la conoscenza delle modalità di assistenza sanitaria per gli stranieri, sia “legali” che “illegali”, per poterli orientare all’interno della rete dei servizi sanitari e garantire così il “diritto all’accesso equo alle cure sanitarie” (art. 32 Cost). Ricerche precedenti (Morrone, 1995; Hughes & Foschia, 2004) hanno infatti dimostrato come la mancanza di informazione sul diritto all’utilizzo dei servizi sanitari, insieme con la carenza di informazioni pratiche su come utilizzarli, costituiscono una barriera importante che ne limita l’accesso. Alcuni dipendenti percepiscono questa schizofrenia, che vede da un lato la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e dall’altro la scarsa fruibilità dei servizi, e per questo indicano come competenza culturale importante la conoscenza della normativa che regola l’accesso ai servizi sanitari per gli utenti stranieri e delle strutture a cui possono essere orientati (e.g. ISI). Garantire un diritto significa renderlo fruibile ed appare evidente come il procedere verso una società multietnica debba necessariamente produrre dei cambiamenti nel tradizionale approccio al paziente: come può il medico orientare la propria diagnosi senza conoscere la patologia prevalente e i fattori di rischio presenti nel paese di provenienza del paziente, il suo percorso migratorio e le condizioni sociali di permanenza nel paese ospitante? (Pellegrino, 2007). Ci sono però dei professionisti che non ritengono necessario possedere una particolare competenza culturale, il cui approfondimento è reputato una libera scelta da distinguere dai doveri lavorativi.

Va poi constatato come oltre il 60% dei problemi con l’utente straniero sia segnalato dagli infermieri, circostanza che è probabilmente legata alla tipologia di assistenza, diretta e continuativa. In accordo con quanto emerge da altri studi (Leisham, 2004; Tartaglioni et al. 2005; Suurmond et al. 2010), la principale problematica sono le barriere linguistiche (n=83), seguite dalla dimensione non verbale legata all’implicito culturale (n=19); tra gli strumenti considerati utili per fronteggiarle, vengono indicati il potenziamento dei corsi centrati sulla relazione d’aiuto e la maggior disponibilità di strumenti tradotti e del mediatore culturale. Oltre l’80% reputa indispensabile questa figura per erogare un’assistenza culturalmente competente, ma affidare la mediazione ad un “mediatore di professione” è la scelta migliore? Dalle ricerche condotte emerge un duplice sentire: da un lato il mediatore è percepito come l’elemento chiave per rafforzare la collaborazione e migliorare la comunicazione medico-paziente, dall’altro è visto come risorsa e non come soluzione perchè, oltre ad alterare la diade curante-paziente, è doverosa una riflessione organizzativa: si devono considerare circa 180 nazio-

nalità diverse per includere il 70% di immigrati presenti sul territorio e quindi sorge spontaneo chiedersi se le risorse economiche disponibili sono sufficienti per assumere nelle strutture pubbliche un numero di mediatori stranieri tali da rappresentare tutte le culture significativamente presenti (Gustafson, 2005). Non è forse più opportuno che siano gli operatori stessi a svolgere il ruolo di mediatori, acquisendo gli strumenti utili alla lettura dei nodi critici nell’incontro con l’utenza straniera, e valorizzare risorse come gli infermieri stranieri o gli operatori bilingue?

Analogamente ad altri studi (Degan et al. 2007) non è stata rilevata associazione tra l’importanza attribuita al conoscere i valori dell’utenza e le variabili socio-demografiche, ad eccezione del sesso. Invece, come sottolineato anche da Leishman (2004), coloro che hanno già ricevuto una formazione specifica in ambito transculturale sentono maggiormente il bisogno di approfondire i valori dell’assistito (p=0.0002).

Una delle aree dove gli operatori segnalano le maggiori necessità formative per l’erogazione dell’assistenza all’utenza straniera è quella relativa al “Senso della prevenzione” (n=87), preceduta solo da “Igiene e cura di sé” (n=88) e “Significato della malattia e della cura” (n=95). L’utente straniero possiede infatti una scarsa cultura della prevenzione come dimostra il minor ricorso agli screening dei tumori femminili (ricorrono al PAP test il 51.6% delle straniere vs il 71.8% delle italiane; analogamente per la mammografia il 42.9% vs il 73.1%), così come l’elevato utilizzo dei servizi di emergenza, in particolare quello di pronto soccorso che per gli stranieri rappresenta la modalità prevalente di accesso al ricovero (54.9% vs 27.2% degli italiani) (ISTAT, 2005; Regione Piemonte, 2010). Questo aspetto di un’assistenza d’urgenza può essere attribuito ad una scarsa conoscenza dei servizi territoriali, e quindi alla necessità di campagne informative più mirate, a fattori culturali, o ancora, soprattutto per gli uomini, alla maggior incidenza di infortuni legati all’attività lavorativa, e, infatti, altro ambito particolarmente sentito riguarda la “Percezione del rischio” (n=57), dato interessante se letto in funzione del tasso di infortuni degli immigrati rispetto agli italiani (65 casi per mille occupati vs 42 casi per mille occupati) (Regione Piemonte, 2010). Infine, altre aree segnalate carenti sono la “Percezione delle pratiche di cura” (n=107) e il “Rapporto con la corporeità” (n=64), in particolare nella relazione operatore uomo-paziente donna e viceversa: ciò è indicativo di come la società stia vivendo il passaggio dal periodo dello scetticismo, dove, nell’assenza di un modello di malattia culturalmente condiviso, il paziente immigrato nutre aspettative

incoerenti nei confronti dei servizi sanitari e vede la risposta lenta di una società ipertecnologica come un'ingiustizia, al periodo del criticismo dove l'inconsuetudine non è "il diverso da sé" ma la percezione del corpo (Diasio & Geraci, 2006; Geraci, 2006).

In sintonia con Suurmond et al. (2010), dall'analisi emerge come non solo la formazione contribuisca a far sentire l'infermiere culturalmente competente, ma ugualmente significativa è l'esperienza lavorativa, infatti la metà dei soggetti non percepisce il bisogno di approfondire credenze e valori dell'utenza straniera afferente al servizio proprio per la pregressa esperienza sul campo. Ciò suggerisce che "l'imparare in action" (Schön, 1983) con supervisione e feedback adeguati può anche essere un valido strumento di insegnamento: in questo modo apprendimento esperienziale e didattico vengono integrati (Pacquaio, 2008). Quanto detto è sostenuto dal fatto che la strategia indicata dagli intervistati come più efficace per migliorare la competenza culturale è la combinazione di formazione didattica ed esperienziale e le modalità di aggiornamento ritenute più utili sono lezione e discussione, lavori di gruppo ed attività di addestramento.

Altra modalità di aggiornamento che ha riscosso particolare favore è la filmografia, che evoca emozioni profonde su cui è necessario riflettere affinché assumano una valenza formativa: è così rafforzata l'immagine della competenza culturale non come lista di abilità che vengono acquisite, ma di un percorso continuo guidato dall'autoriflessione del professionista (Campaña-Bacote, 2003; Suurmond et al. 2010).

La buona percentuale di ritorno del questionario dovrebbe risolvere il limite dell'indagine su base volontaria per cui poche persone motivate avrebbero potuto condizionare la successiva offerta formativa per tutti. Va tuttavia segnalato come la percentuale di risposta risulti notevolmente più bassa per la dirigenza rispetto al comparto (44.6% vs 79.0% per gli infermieri e 86.7% per i logopedisti): questo suo minor coinvolgimento può essere interpretato come una sensazione di costrizione a partecipare alla formazione proposta dall'azienda piuttosto che aderire autonomamente a quella esterna che, tradizionalmente, ha dominato negli anni scorsi oppure come mancato interesse per l'argomento, infatti il bisogno di apprendere i valori dell'utente straniero è sentito da poco più del 40% dei medici rispetto al 62.4% degli infermieri e all'84.6% dei logopedisti, dinamica emersa anche da studi precedenti (Camaño-Puig & Piqué-Angordans, 2008).

Negli studi futuri tesi a sviluppare strumenti per la valutazione dei bisogni di apprendimento è raccomandabile un approccio triangolare, teso ad indagare

non solo le opinioni dei partecipanti ai corsi aziendali, ma anche della committenza e, in modo parziale, dell'utenza per aumentare la validità e la creazione di questionari anche on line per migliorare la reliability (Dyson, Hedgecock, Tomkins, & Cooke, 2009).

## CONCLUSIONI

L'indagine ha messo in luce diffusa disinformazione e pregiudizio dei professionisti sanitari nei confronti dell'utenza straniera ed è stata fondamentale per identificare le aree tematiche su cui rimodulare l'offerta formativa e individuare gli operatori da formare in modo prioritario.

I corsi finora organizzati dall'azienda sembrano aver inciso in modo parziale sull'acquisizione di conoscenze e competenze relative all'assistenza dell'utenza straniera, data la diffusa disinformazione sulla normativa che regola l'accesso degli stranieri ai servizi sanitari ed il pregiudizio circa il loro stato di salute. D'altra parte i risultati suggeriscono anche come la formazione e l'aggiornamento professionale continui possano favorire il bisogno di approfondire i valori degli assistiti da parte dei professionisti della salute.

Il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari rappresenta una questione cruciale per la salute del migrante, l'accessibilità dipendendo prevalentemente dalla normativa, la fruibilità dalla "capacità culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità dei nuovi utenti (Geraci, 2006). E' quindi necessario che la formazione agisca da un lato sull'immaginario collettivo degli operatori sanitari riguardo il fenomeno immigrazione e sulle conoscenze relative ai fattori di rischio per la salute fisica e psichica degli immigrati e dall'altro sulla conoscenza della normativa giuridica per poter orientare gli stranieri nel panorama sanitario facilitando così la promozione della salute (Tartaglini et al. 2005). E' importante un approccio alla problematica che non trascuri gli aspetti socio-antropologici del paziente straniero e favorisca la riflessione sulle metodologie più efficaci per realizzare processi di apprendimento negli adulti, e, nello specifico, negli operatori sanitari, per valorizzare l'esperienza e la partecipazione soggettiva. In modo sovrapponibile a quanto emerge dalla letteratura (Terranova, 2003; Tartaglini et al. 2005; Garrino, 2010), la modalità di aggiornamento risultata più utile è la maieutica di gruppo, oltre alla tradizionale lezione con discussione.

E' fondamentale che la formazione venga incentrata sulla conoscenza trasversale e sulla collaborazione interdisciplinare spezzando il sistema delle appartenenze anche a livello educativo e professionale: questa ridefinizione continua dei quadri concet-

tuali è sicuramente un percorso arduo ma evita di ricadere nel riduzionismo tra gli estremi di una medicalizzazione ipertecnizzata in cui tutto è biologico e quelli di uno schiacciamento di ogni esperienza nell'irriducibilità culturale (Geraci, 2006).

## BIBLIOGRAFIA

- Bailey, K.P. (2006). *Metodi della ricerca sociale*. 5th ed. Bologna: Il Mulino.
- Bonetti, C., Destrebecq, A., Longobardo, S., Negri, A., Spontoni, A., & Tacconi, P. (2002). *I bisogni formativi del personale del comparto: esperienza dell'azienda ospedaliera San Paolo Milano*. NEU, 26(2), 17-23.
- Camaño-Puig, R., & Piqué-Angordans, J. (2008). Continuing Education in the Health Sciences in Spain. *Journal of continuing education in nursing*, 39(11), 517-524. doi: 10.3928/00220124-20081101-03.
- Campinha-Bacote, J. (2003). Many faces: addressing diversity in health care. *Online journal of issues in nursing*, 8(1), 92-150.
- D.Lgs 286/1998. (1998). Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm>. Ultimo accesso 27 settembre 2011.
- Degan, M., Bragato, L., & Duminicu, L. (2007). Analisi del bisogno e pianificazione formativa a livello di Azienda ULSS. *Professioni Infermieristiche*, 60(4), 195-206.
- Diasio, N., & Geraci, S. (2006). L'angelo triste: la percezione dello straniero tra gli operatori sociosanitari impegnati nel campo dell'immigrazione. In: Delle Donne M. *Relazioni etniche, stereotipi e pregiudizi: fenomeno immigratorio ed esclusione sociale*. Roma: EdUP.
- Dyson, L., Hedgecock, B., Tomkins, S., & Cooke, G. (2009). Learning needs assessment for registered nurses in two large acute care hospitals in urban New Zealand. *Nurse Education Today*, 29(8), 821-828. doi: 10.1016/j.nedt.2009.04.007.
- Fain, J.A. (2004). *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. 2<sup>th</sup> ed. Milano: McGraw-Hill.
- Fusello, M. (2005). Metodo di rilevazione dei bisogni formativi del medico di medicina generale. In: Innecco A, Pressato L, Tognoni C et al. *Governare la formazione per la salute - I fabbisogni educativi per l'educazione continua in medicina*. Roma: Il pensiero scientifico editore.
- Garrino, L. (2010). *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*. Milano: EdiErmes-Divisione Centro Scientifico Editore.
- Geraci, S. (2006). *La sindrome di Salgari 20 anni dopo*. Roma: Zadigroma Editore.
- Gustafson, D.L. (2005). *Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective*. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2-16. doi: 10.1097/00012272-200501000-00002.
- Hughes, J., & Foschia, J.P. (2004). *Servizi sanitari per un'utenza multiculturale e prevenzione dell'HIV/IST: manuale per gli operatori e pianificatori nel settore socio-sanitario*. <http://www.crrps.org/allegati/70/file/ItalianoHandboobk.pdf>. Ultimo accesso 18 gennaio 2012.
- International Organization for Migration (IOM). (2009). *Migration Health: better health for all in Europe*. <http://www.migrant-health-europe.org/files/AMAC%20Public%20Report.pdf>. Ultimo accesso 27 settembre 2011.
- Istituto nazionale di statistica (ISTAT). (2005). *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia*. <http://www.epicentro.iss.it/focus/globale/immigrati-istat05.asp>. Ultimo accesso 17 gennaio 2012.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd ed. Milano: Mc Grow Hill Companies.
- Leisham, J. (2004.) Perspective of cultural competence in health care. *Nursing Standard*, 19(11), 33-38.
- Lucani, C., Concetti, S., & Vaia, F. (2002). Pianificazione strategica: integrazione tra formazione e qualità - L'esperienza dell'azienda policlinico Umberto 1° di Roma. *Professioni Infermieristiche*, 55(1), 3-6.
- McBurney, D.H. (2001). *Metodologia della ricerca in psicologia sociale*. 2<sup>th</sup>ed. Bologna: Il Mulino.
- Morrone, A. (1995). *Salute e società multiculturale: medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Murray-Garcia, J.L., Harrell, S., Garcia, J.A, Gizzi, E., & Simms-Mackey, P. (2005). Self-Reflection in multicultural training: be careful what you ask for. *Academic Medicine*, 80(7), 694-701. doi: 10.1097/00001888-200507000-00016.
- Pacquaio, D.F. (2008). Nursing care of vulnerable populations: using a framework of cultural competence, social justice and human rights. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 189-197. doi: 10.5172/conu.673.28.1-2.189.
- Parish, T.G. (2003). Cultural competence: do we agree on its meaning and should it be considered a core competency in training programs? *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 3(2), 71-150.
- Pellegrino, V. (2007). *Mediare tra chi e che cosa? Riflessioni di studiosi e operatori sanitari sull'incontro con il paziente migrante*. Milano: Edizioni Unicopli.
- Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità. Stranieri e salute. (2010). *Osservatorio stranieri*. [http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/stranieri/2010/pdf/22\\_regione\\_sanita.pdf](http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/stranieri/2010/pdf/22_regione_sanita.pdf). Ultimo accesso 27 settembre 2011.
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: how*

- professionals think in action*. London: Temple Smith.
- Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. I. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 30(8), 821-826. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.006.
- Tartaglini, D., Geraci, S., Piredda, M., & De Benedictis, A. (2005). Healthcare professionals educational needs on immigration in Italy: a survey. *International Nursing Perspective*, 5(2), 61-71.
- Terranova, C.S. (2003). *Pedagogia interculturale*. Milano: Guerini studio.
- Zammuner, V.L. (1998). *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Ed. Bologna: Il Mulino.

