

COMPETENZA CULTURALE IN AMBITO DI SALUTE MENTALE: INDAGINE QUALITATIVA ESPLORATIVA PRESSO IL CENTRO DI SALUTE MENTALE DI TREVISO E IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA SUD DELL'AZIENDA ULSS n. 2 MARCA TREVIGIANA

Martina D'Agostini¹, Antonello Carta²

ABSTRACT

Introduzione: I flussi migratori rendono la popolazione culturalmente eterogenea. Poiché questa caratteristica si riflette in ambito sanitario, gli infermieri sempre più spesso assistono pazienti di cultura diversa.

Relativamente a questo, la letteratura ha evidenziato che la lingua, il modello di salute e malattia, lo spazio personale e la religione sono le aree di maggiore criticità. L'aspetto relazionale in area di salute mentale è un mezzo fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali per questo è sostanziale consolidarne i punti di forza.

Obiettivi: Lo studio riproduce l'indagine *Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries* (Sandhu et al., 2012) e ha lo scopo di indagare quali sono le competenze e le difficoltà che gli infermieri del CSM di Treviso e del SPDC sud dell'Azienda ULSS n. 2 "Marca trevigiana" incontrano nell'assistere un paziente di cultura diversa.

Metodi: Studio qualitativo esplorativo. Il campione è costituito da 10 infermieri del CSM di Treviso e 12 del SPDC sud dell'ospedale di Treviso. Ogni infermiere che ha fornito il consenso per la partecipazione allo studio ha compilato una scheda socio – anagrafica

Background: Today, population is made culturally heterogeneous by vast migration flux. This peculiarity has repercussions on clinical practice: nurses, in fact, often care of culturally different patient.

Language barriers, belief systems and religion are the obstacles that EBN recognizes as most common.

The relationship in mental health areas is an essential means to hit nursing target and, for this reason, it's very important to consolidate the knowledge.

Objectives: The purpose of this research is to recognize the competences and the difficulties that nurses meet in taking care of culturally different patients in CSM and SPDC in Treviso. It reproduces the survey *Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries* (Sandhu et al., 2012).

Methods: Qualitative explorative study. 22 nurses make up the survey sample. Nurses gave their verbal consent, filled in a personal – data form, and answered to semi – structured interview that is formed by 7 questions about cultural competence. All the interviews have been audio – recorded and, later, analyzed through the software Atlas.ti.

¹ BSN, RN
UO Pediatria,
Ospedale di Oderzo
AULSS 2 Marca Trevigiana

² MSN, BSN, RN
Specialista in Infermieristica
Transculturale
Servizio per le Professioni
Sanitarie, Ospedale dell'Angelo,
Mestre AULSS 3 Serenissima

Autore Corrispondente:
Antonello Carta
antonello.carta@aулss3.veneto.it

Parole chiave:
salute mentale, nursing,
self-mindfulness, conoscenza
culturale, self-attitude

Keywords:
mental health, nursing,
self-mindfulness, cultural
knowledge, self-attitude

This article was published on
September 20, 2018,
at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-09
Copyright © 2018 SIMEDET.

ed ha partecipato ad un'intervista semi-strutturata composta di sette quesiti sulla competenza culturale. Ciascuna è stata audio – registrata per successiva analisi attraverso il software Atlas.ti.

Risultati: La prima criticità incontrata da tutti gli intervistati è la lingua, seguita da modello di salute e malattia, organizzazione familiare e sociale, e religione. I principali supporti esterni sono i mediatori culturali, la risorsa personale più importante è la comunicazione non – verbale.

La famiglia può rappresentare una barriera per la realizzazione degli obiettivi oppure un valido supporto perché il paziente non si isoli o si senta solo. Per la maggior parte, la cultura dell'infermiere inficia l'assistenza soprattutto se vi sono pregiudizi. Per limitarne l'influenza, i professionisti affermano di non porre spesso domande legate alla cultura: si preferisce che sia il paziente ad esprimersi. Infine, circa il 50% degli intervistati ha partecipato a corsi ECM sul nursing transculturale; una percentuale analoga ha già sentito parlare di etnopsichiatria.

Discussione: I risultati ottenuti rispecchiano le criticità e le competenze riportate nella letteratura e, più in particolare, nello studio di riferimento (Sandhu et al., 2012).

Inoltre, è emerso che la formazione a cui hanno partecipato gli infermieri non è stata integrata da un training pratico, come è consigliato da numerosi studi.

Conclusioni: Per lo sviluppo della competenza culturale, è auspicabile quindi che la formazione teorica dei professionisti sia affiancata a delle esperienze pratiche necessarie allo sviluppo di tali abilità relazionali.

Results: The first difficulty encountered by all nurses is language, followed by belief system, family and social organization, and religion. The main support are cultural mediators, the most important personal resource is non-verbal communication.

The family could be a barrier to the achievement of purpose or a valid support in order that patients don't feel themselves in isolation from the other people.

Most of all thinks that culture influences care, especially if there are prejudices.

To limit the impact, professionals say that, generally, they don't ask questions to patient related to culture: it is preferred that the person expresses his or her wishes. Finally, about 50% of nurses took part in ECM courses on intercultural nursing; a similar percentage knows etnopsychiatry's concepts.

Discussion: The results obtained reflect the obstacles and the skills reported in the literature. Moreover, emerges that the training attended by nurses was not implemented by practical training, as recommended by most of studies

Conclusion: To develop cultural competence, theoretical training of professional has to be combined with practical experiences that is essential for the growth of these relational skills.

BACKGROUND

Cultural competence

La competenza culturale (CC) è definita dall'*American Academy of Nursing* ⁽¹⁾ come l'insieme delle abilità e l'utilizzo di modalità comunicative appropriate che consentono all'infermiere di comprendere le richieste del paziente per provvedere ad un'assistenza soddisfacente.

Nell'assistere con competenza culturale, gli infermieri esprimono le proprie difficoltà nel tenere in considerazione gli aspetti legati alla cultura dell'utente principalmente per tre motivi: diversità fra etnie, mancanza di risorse (tempo, denaro e conoscenza) ed infine i pregiudizi.

In particolare, l'analisi di diversi studi condotta da Peiying, Goddard, Gribble e Pickard ⁽²⁾ sottolinea l'importanza che il professionista acquisisca *consapevolezza di sé o self - mindfulness*, capace di favorire la comprensione delle aspettative e delle reazioni del paziente. Secondo quanto riportato da Wang e Zhou ⁽³⁾ due aspetti importanti della CC sono la *conoscenza culturale (cultural knowledge)* e la *self-attitude concettualizzata nella sensibilità culturale*: l'emozione positiva provata quando si riconoscono e apprezzano le differenze fra le persone. Su questa Bennett nel 1986 ha sviluppato un modello di *cultural sensitivity (Developmental model of intercultural sensitivity, DMIS)* ⁽⁴⁾ che, attraverso sei fasi, descrive il processo che consente alla persona di acquisire sensibilità culturale.

I primi tre stadi (rifiuto, difesa e minimizzazione delle diversità) sono definiti *etnocentrici*, in questi la cultura della persona che osserva è la base per definire la realtà e giudicare gli altri. Quarto, quinto e sesto stadio (rispettivamente accettazione, adattamento ed integrazione delle differenze) invece, sono detti *etnorelativi* e descrivono i momenti attraverso cui l'individuo acquisisce l'abilità di adattare i propri giudizi alle differenti circostanze.

Nursing transculturale in salute mentale

Negli anni, il fenomeno migratorio in Italia ha prodotto un graduale cambiamento della società, rendendola sempre più eterogenea. I dati raccolti dall'ISTAT col 15° Censimento generale della popolazione del 2011 ⁽⁵⁾ hanno evidenziato che il 6.78% dei residenti in Italia erano persone straniere ma le ultime indagini ISTAT, pubblicate nel Febbraio 2018, dimostrano che la percentuale è salita al 8.4% ⁽⁶⁾.

Rispetto alla realtà d'indagine, maggiormente ristretta, l'ultimo rapporto sull'immigrazione pubblicato dall'Osservatorio nazionale immigrazione Regione Veneto ⁽⁷⁾ nel 2014 ha evidenziato che la percentuale di persone straniere residenti corrisponde all'11.4%.

Questi dati impongono una rivisitazione del concetto di assistenza infermieristica che dovrebbe essere resa culturalmente competente per rispondere adeguatamente alle richieste della persona.

Occorre considerare inoltre, che, secondo quanto riportato da un'analisi redatta nel 2016 da Alizadeh e Chavan ⁽⁸⁾, la salute mentale rappresenta l'ambito in cui la relazione terapeutica è maggiormente associata ad outcome positivi tra i quali una diminuzione della morbilità e della mortalità, maggiore compliance al trattamento, aumento dell'autostima e dello stato di salute generale del paziente.

Se, tuttavia, si interpongono delle difficoltà relazionali possono non essere raggiunti gli obiettivi assistenziali prefissati nella progettazione individuale.

Quindi, considerando il benessere fisico e mentale percepito da persone straniere, generalmente vi è una percezione positiva della salute in decrescita negli anni. In merito a questo, un rapporto ISTAT del 2013 sugli stranieri al 15^o censimento generale della popolazione ⁽⁹⁾ ha dimostrato una divergenza tra lo stato di salute percepito e reale attraverso un'indagine che ha evidenziato un peggioramento progressivo dell'ultima.

Soprattutto in salute mentale, infatti, le donne seguite dai servizi specialistici sono passate dal 21% (2005) al 27% (2013), mentre per gli uomini la percentuale è variata dal 18% al 25%.

Il trend di crescita è maggiore rispetto a quello tra i pazienti italiani.

OBIETTIVI L'indagine ha lo scopo di indagare la competenza culturale necessaria all'infermiere per una progettazione individualizzata culturalmente competente.

Essa riproduce lo studio *Experience with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries* ⁽¹⁰⁾ condotto nel 2012 presso i servizi di 16 DSM europei, tra i quali l'Italia (Roma).

Tale ricerca aveva lo scopo di indagare la competenza culturale degli infermieri utile ad acquisire consapevolezza sulle principali criticità assistenziali su cui costruire percorsi finalizzati ad un'assistenza individualizzata.

I due setting della ricerca, il Centro di salute mentale (CSM) di Treviso ed il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) sud dell'Ospedale di Treviso, inoltre, permettono di approfondire la CC dell'infermiere che assiste un paziente in fase acuta e nella cronicità.

METODI Per avviare l'indagine si sono ottenute le autorizzazioni necessarie dall'AULSS n.2 "Marca Trevigiana" e, previa informativa, si è liberamente acquisito il consenso degli infermieri reclutati attraverso i criteri di

inclusione che seguono: infermieri in servizio presso il CSM di Treviso e il SPDC sud dell'Ospedale di Treviso da almeno un anno che abbiano assistito almeno una volta un paziente di cultura diversa.

I dati sono stati raccolti attraverso una scheda socio – anagrafica ed un'intervista semi – strutturata riformulata in italiano a partire da quella utilizzata nello studio di riferimento e opportunamente adattata sulla base di informazioni ottenute dalla revisione bibliografica che ha approfondito il *nursing transculturale*, la competenza culturale, la sensibilità interculturale, l'accertamento infermieristico transculturale e la relazione terapeutica nei servizi di salute mentale.

Dopo averne acquisito il consenso verbale in seguito a lettura dell'informativa, ogni infermiere è stato intervistato singolarmente in orario di lavoro preservandone la *privacy* e l'anonimato. Le interviste sono state audio – registrate e successivamente trascritte per l'elaborazione qualitativa attraverso il *software* Atlas.ti. L'analisi quantitativa, invece, è stata svolta attraverso un foglio di calcolo Excel.

Per l'analisi dei dati, sono stati presi in considerazione i seguenti aspetti: struttura presso cui l'intervistato presta servizio; sesso; titolo di studio; lingue parlate correntemente oltre all'italiano; anni di lavoro come infermiere; anni di servizio presso il Dipartimento di Salute mentale; eventuali esperienze lavorative all'estero (con la possibilità di specificare sia la professione che la durata).

L'intervista semi – strutturata (**Allegato 1**) è composta di 7 quesiti guida basati sulle esperienze professionali dell'infermiere intervistato. Cinque di questi riguardano le difficoltà che ciascun professionista incontra nell'assistenza ad un paziente straniero; uno approfondisce l'accertamento e la formazione infermieristica; l'ultimo indaga le criticità secondo il punto di vista del paziente che accede al servizio ed il ruolo del care – giver.

ALLEGATO 1 INTERVISTA SEMI - STRUTTURATA

1. Secondo la sua esperienza professionale in U.O.C di Salute Mentale, quali sono le difficoltà relative all'assistenza infermieristica ai pazienti di cultura diversa per origine geografica, etnia o religione affetti da patologia psichiatrica?
 Quali risorse personali/supporti specifici ha individuato per contrastare la distanza indotta dalle diversità culturali?

2. Dalla prospettiva del paziente, quali pensa siano i problemi specifici che incontra un paziente di cultura diversa arrivando al suo servizio che sono diversi rispetto a quelli che incontra un paziente della popolazione locale?
 Secondo la sua esperienza, quali sono i punti di forza del suo servizio nell'assistenza ai pazienti di cultura diversa?
 Al contrario, che difficoltà trova nell'integrare un'assistenza culturalmente competente al sistema organizzativo ed alla pratica clinica?

3. Nella sua carriera professionale ha mai partecipato o le è mai stato proposto di partecipare a corsi di educazione continua in medicina (ECM) in tema di "Nursing transculturale"?
 Se sì, ha seguito corsi in formazione a distanza (FAD) o in presenza? Le conoscenze acquisite hanno influito sull'assistenza infermieristica attuata?

4. Che ruolo rivestono e che potenzialità hanno la famiglia e il care-giver di un paziente appartenente ad altra cultura affetto da patologia psichiatrica?
 Quali sono le difficoltà che si incontrano nell'approccio relazionale alla famiglia del paziente?

5. Nella presa in carico infermieristica del paziente (arrivo in SPDC, arrivo al servizio per continuità delle cure in CSM), come ha acquisito le informazioni sulle credenze e sulle pratiche proprie della cultura della persona assistita in merito alla salute? Sono state utili ai fini assistenziali? (Uso formale o sostanziale)
 In un contesto in cui la relazione col paziente è il mezzo terapeutico-riabilitativo centrale, quali possono essere secondo lei le conseguenze di un'assistenza non culturalmente competente derivante da un accertamento che non indaga anche i bisogni legati ai valori del paziente?

6. La sua cultura (valori, pratiche, credenze), come influenza la sua pratica professionale con il paziente di cultura diversa?

7. Ha mai sentito parlare di etnopsichiatria?

RISULTATI Si sono condotte complessivamente 22 interviste: di queste 12 in SPDC e 10 in CSM.

Dall'analisi delle schede socio – anagrafiche è possibile affermare che 16 infermieri (73%) hanno conseguito il diploma regionale. Tra tutti, otto professionisti (36%) affermano di conoscere una seconda lingua. Per quanto concerne gli anni di servizio, 11 infermieri (50%) lavorano in DSM da più di 10 anni. Infine, tre intervistati (14%) hanno dichiarato di aver avuto almeno un'esperienza lavorativa all'estero (**Allegato 2**). Le parole più utilizzate dagli infermieri hanno portato alla generazione di due Word Cloud (**Allegato 3-4**).

Risultati delle interviste condotte presso il CSM di Treviso

Le interviste condotte presso il CSM di Treviso hanno evidenziato che la principale difficoltà assistenziale percepita è la *lingua* poiché questa rappresenta il primo mezzo di approccio.

E' seguita dal *modello di salute e malattia*, dalla *struttura sociale e familiare*, e dai *pregiudizi* che sono interpretati come potenziali ostacoli.

La lingua, in particolare, potrebbe essere un fattore che incrementa la complessità assistenziale del paziente che accede al servizio per la prima volta e che non ne conosce le modalità di funzionamento ed organizzazione, come evidenziato da Bednarz, Schim e Doorenbos ⁽¹¹⁾.

Rispetto a tali criticità, la figura di sostegno individuata dagli infermieri con maggior frequenza è il *mediatore culturale* che, nonostante le numerose differenze etniche, può riuscire a porre attenzione ai vari aspetti culturali. Tra i supporti vengono indicati anche la *comunicazione non – verbale* e i *parenti* il cui ruolo, tuttavia, deve essere valutato caso per caso perché potrebbero rappresentare anche un ostacolo, come affermato da Purnell, Davidhizar, Giger et al. ⁽¹²⁾.

Dalle interviste, inoltre, emerge che nell'accertamento non vengono solitamente indagati aspetti correlati alla cultura perché si seguono schemi preformati.

Si cerca, comunque, di soddisfare eventuali richieste del paziente. Si consideri che il 50% degli intervistati ha preso parte 11 anni fa ad un corso sul nursing transculturale senza averne poi trovato alcun riscontro pratico.

Risultati delle interviste condotte presso il SPDC di Treviso

In SPDC la criticità assistenziale riferita con maggior frequenza dagli intervistati è la lingua che, però, in alcune interviste, è ampliata al concetto di comunicazione comprendendo quindi anche il non – verbale.

Gli infermieri, infatti, riferiscono che in ambito psichiatrico è importante saper valutare degli indicatori di salute che possono essere influenzati dalla cultura e che sono basati su aspetti legati al movimento o ad espressioni facciali.

La mancanza di un mezzo relazionale come la comunicazione può portare il paziente all'*isolamento* o alla *sensazione di abbandono*.

Tra le difficoltà vengono citati anche il modello di salute e malattia, e i pregiudizi, i quali vengono ritenuti il maggior fattore influenzante la relazione.

Rispetto a queste, il principale supporto esterno individuato è il *mediatore culturale*, seguito dalla *gestualità* e dalla conoscenza di una *seconda lingua*.

I *familiari*, invece, possono rappresentare un supporto o un ostacolo per questo è opportuno valutare il loro ruolo prima della stesura di un piano individualizzato. Si osserva che il 42% degli infermieri intervistati sono formati in tema di *nursing* transculturale.

ALLEGATO 2 – TABELLA RIASSUNTIVA DELLE INFORMAZIONI OTTENUTE DALLA SCHEDA SOCIO – ANAGRAFICA

	CSM di Treviso (n=10)			SPDC sud (n=12)			TOTALE (n=22)		
	Fr. Ass.	Fr. Rel.	Fr. Rel p.	Fr. Ass.	Fr. Rel.	Fr. Rel p.	Fr. Ass.	Fr. Rel.	Fr. Rel p.
Genere									
Maschio	2	0,200	20%	6	0,500	50%	8	0,363	36%
Femmina	8	0,800	80%	6	0,500	50%	14	0,636	64%
Titolo di studio di base conseguito									
Diploma regionale	7	0,700	70%	10	0,833	83%	16	0,727	73%
Laurea triennale	3	0,300	30%	2	0,166	17%	6	0,272	27%
Ulteriori titoli di studio conseguiti									
Laurea magistrale	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Master di I livello	0	0	0%	1	0,083	8%	1	0,045	5%
				1 Master in coordinamento					
Master di I livello	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
Altra formazione	2	0,200	20%	1	0,083	8%	3	0,136	14%
	1 Laurea in cooperazione allo sviluppo 1 Laurea in scienze dell'educazione			1 Laurea in psicologia clinica con specializzazione in psicoterapia					
Nulla oltre alla formazione di base	10	1	100%	10	0,833	83%	18	0,818	81%
Lingue parlate oltre all'italiano									
Inglese	1	0,100	10%	5	0,416	42%	6	0,272	27%
Francese	1	0,100	10%	0	0	0%	1	0,045	4,5%
Spagnolo	1	0,100	10%	0	0	0%	1	0,045	4,5%
Nessuna	7	0,700	70%	7	0,583	58%	14	0,636	64%
Anni di lavoro come infermiere									
[1-2] anni	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
(2-10] anni	0	0	0%	1	0,083	8%	1	0,045	5%
> 10 anni	10	1	100%	11	0,916	92%	21	0,954	95%
Anni di lavoro presso il Dipartimenti di Salute mentale (DSM)									
[1-5] anni	2	0,200	20%	4	0,333	33%	6	0,272	27%
(5-10] anni	3	0,300	30%	2	0,166	17%	5	0,227	23%
> 10 anni	5	0,500	50%	6	0,500	50%	11	0,500	50%
Esperienze lavorative all'estero									
Si	2	0,200	20%	1	0,083	8%	3	0,136	14%
	1 volontaria internazionale 1 infermiere			1 infermiere					
No	8	0,800	80%	11	0,916	92%	19	0,863	86%

ALLEGATO 3

**WORD CLOUD:
LE PAROLE PIU' USATE
DAGLI INFERMIERI DEL
CSM DI TREVISO**



ALLEGATO 4

**WORD CLOUD:
LE PAROLE PIU' USATE
DAGLI INFERMIERI DEL
SPDC SUD**



DISCUSSIONE**Barriere linguistiche**

In entrambe le realtà la lingua è ritenuta un fattore essenziale che può rappresentare un ostacolo importante se non se ne trova una comune tra paziente ed infermiere.

Emerge, quindi, che la mancanza di una comunicazione efficace comporta il coinvolgimento di mediatori o l'utilizzo di strategie non – verbali che, tuttavia, possono rendere più difficile il giudizio sulla severità dei sintomi con conseguenze dirette nella progettazione individualizzata.

La collaborazione tra paziente e operatore sanitario dipende dal grado di quest'ultimo di comprendere le aspettative e le reali necessità, come affermato da Shen ⁽¹³⁾. Anche Nedeau e Measham ⁽¹⁴⁾ riportano che questo aspetto è in gran parte basato su una comunicazione efficace che consente il raggiungimento del livello di consapevolezza utile all'individuazione delle peculiarità culturali.

E' necessario, però, in accordo con Galanti ⁽¹⁵⁾, porre attenzione alla figura dei familiari che vengono spesso coinvolti come intermediari ma che potrebbero risentire di un eccessivo coinvolgimento emotivo.

DISCUSSIONE**Modello di salute e malattia: sistemi di credenze e aspettative culturali**

Le credenze e le esperienze di un paziente modellano la sua interpretazione della malattia. Per questo, in entrambe le realtà indagate, viene sottolineato che la mancata conoscenza del *background* culturale del paziente può portare ad accertamenti scorretti che influiscono notevolmente nella stesura del piano individualizzato.

Infatti, secondo Albarran, Rosser, Bach et al. ⁽¹⁶⁾ un approccio sistematico ed inclusivo che permette al professionista sanitario di considerare componenti strettamente collegate al paziente, facilita il riconoscimento delle sue necessità e delle differenze culturali indirizzando, dunque, la presa di decisione e la programmazione del progetto individualizzato.

DISCUSSIONE**Solitudine ed emarginazione**

Dall'analisi dei risultati delle interviste condotte nei due centri si ricava che la malattia mentale e la mancanza di una solida rete di supporti sono associati ad un aumento del rischio di isolamento del paziente, mentre i pregiudizi e la percezione dell'altro come diverso spesso conducono all'emarginazione.

Si individua nel *tempo* la risorsa principale per la conoscenza del paziente e nella *fiducia* la prerogativa essenziale perché il l'utente riesca ad esprimere le proprie necessità.

Knipscheer e Kleber ⁽¹⁷⁾, hanno definito che l'empatia che può derivare dalla conoscenza reciproca di chi prende parte alla relazione terapeutica rappresenta un fattore positivo molto incisivo per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali progettualizzati.

CONCLUSIONI

Data l'entità della richiesta di assistenza da parte di pazienti stranieri come è evidente dai dati statistici, considerata le difficoltà infermieristiche e i presupposti per l'implementazione della pratica clinica, è auspicabile che l'infermiere partecipi ad una formazione continua e duratura di cui una parte sostanziale sia sostituita da un training pratico utile per la progettazione assistenziale di interventi culturalmente adeguati.

I limiti dello studio sono rappresentati dalla traduzione e dalla formulazione dell'intervista semi – strutturata e dal campione che, nello studio di riferimento, comprendeva tutti i professionisti sanitari mentre nello studio esposto è composto da soli infermieri per cui non è stato possibile comparare fra loro tutti i risultati.

Un ulteriore limite è dato dalla scarsa numerosità campionaria che non consente di applicare i risultati a realtà diverse da quelle indagate.

Infine, non è possibile escludere che nelle interviste vengano riferite soprattutto esperienze positive a discapito di quelle ritenute discriminanti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Hart P, Mareno N. Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *J Clin Nurs* 2014, 23(15-16): 2223 – 2232.
2. Peiyang N, Goddard T, Gribble N, Pickard C. International placements increase the cultural sensitivity and competency of professional health students: A quantitative and qualitative study. *J Phys Ther Educ* 2012, 26(1), 61 – 68.
3. Wang W, Zhou M. Validation of the short form of the intercultural sensitivity scale (ISS-15). *Int J Intercult Relat*, 2016, 55: 1 – 7.
4. Hammer MR, Bennett MJ, Wiseman R. Measuring intercultural sensitivity: the intercultural development inventory. *J Intercult Relat*, 2003, 27: 421 – 443.
5. ISTAT. 15° censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Roma, 2015. Disponibile in: https://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione-legale_XV_censimento_popolazione.pdf [Ultima consultazione 6 Agosto 2018].
6. ISTAT. Indicatori demografici: stime per l'anno 2017. Roma, 2018. Disponibile in: <http://www4.istat.it/it/files/2018/02/Indicatoridemografici2017.pdf> [Ultima consultazione 6 Agosto 2018].
7. Osservatorio regionale immigrazione. Regione Veneto. Immigrazione straniera in Veneto. Venezia, 2014. Disponibile in: http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=1969c42d-b325-4ea6-9f5e-7e5ba65c371e&groupId=61739 [Ultima consultazione 28 Luglio 2018].
8. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: A systematic review of the literature. *Health Soc Care Community*, 2016, 24(6): e117 – e130.
9. ISTAT. Gli stranieri al 15° censimento della popolazione. Roma, 2013. Disponibile in: http://www.istat.it/it/files/2013/12/Notadiffusione_stranieri20122013.pdf [Ultima consultazione 7 Agosto 2018].
10. Sandhu S, Bjerre N, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Priebe S. Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 european countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2013, 48(1), 105 – 116.
11. Bednarz H, Schim S, Doorenbos A. Cultural diversity in nursing education: perils, pitfalls, and pearls. *J Nurs Educ*, 2010, 49(5): 253 – 260.
12. Purnell L, Davidhizar RE, Giger JN, Strickland OL, Fishman D, Allison DM. A guide to developing a culturally competent organization. *J Transcult Nurs*, 2011, 22(1): 7 – 14.
13. Shen Z. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. *J Transcult Nurs*, 2015, 26(3): 308 – 321.
14. Nedeau L, Measham T. Immigrants and mental health services: increasing collaborations with other mental health service providers. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*, 2005, 14: 73 – 76.
15. Galanti G. An introduction to cultural differences. *West J Med*, 2000, 172:335 – 336.
16. Albarran J, Rosser E, Bach S, Uhrenfeldt L, Lundberg P, Law K. Exploring the development of a cultural care framework for european caring science. *Int J Qual Stud Health Well-Being*, 2011, 6(4): 1 – 11 (11457).
17. Knipshcheer JW, Kleber RJ. The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrant in Dutch mental health care. *Psychol Psychother*, 2004, 77(Pt.2): 273 – 278.