



Programma di formazione

Competenze sensibili alla
diversità nei confronti delle
persone anziane di origine
straniera e delle loro famiglie e
caregiver

Il sostegno della Commissione europea alla realizzazione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per l'uso che può essere fatto delle informazioni in essa contenute.

INTRODUZIONE.....04

CAPITOLO 1.....09

L'assistenza centrata sulla persona e sensibile alle diversità e l'intersezionalità

Cos'è l'assistenza centrata sulla persona.....9
 Cultura e diversità culturali.....12
 Vivere in una società super-diversificata.....16
 Competenza culturale in una società super-diversificata.....18

CAPITOLO 2.....22

Barriere di accesso ai servizi di assistenza sanitaria e sociale

Flussi migratori.....22
 Intersezionalità.....28
 Accesso ai servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale da parte di persone anziane di origine straniera e delle loro famiglie e caregiver.....33
 Ostacoli nell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria e sociale.....35

CAPITOLO 3.....46

La consapevolezza degli stereotipi e dei pregiudizi nel contesto di cura

Stereotipi: cosa sono e a cosa servono?.....46
 Come nascono gli stereotipi?.....50
 Pregiudizi.....51
 Stereotipi e pregiudizi: somiglianze e differenze.....52
 Persone anziane con origini straniere: stereotipi e pregiudizi nel contesto assistenziale.....57
 Quali sono gli effetti degli stereotipi?.....61

CAPITOLO 4.....64

Comunicazione sensibile alle diversità

Comunicazione inclusiva.....64
 Le culture non si incontrano, le persone sì: il modello TOPOI.....67
 Superare le barriere linguistiche.....73
 Conoscenze culturali.....81

BIBLIOGRAFIA.....88

INTRODUZIONE

"Mi sento insicuro su come fornire un'assistenza di qualità alle persone anziane di origine straniera".

Studente

"I professionisti non capiscono ciò che conta per me".

Anziana straniera.

"È troppo difficile accedere ai servizi".

Caregiver familiare di persona
anziana con background migratorio




Queste preoccupazioni, espresse da diverse prospettive, hanno spinto a sviluppare il progetto europeo DI.S.C.O.P.M.B. (2022-2025) e questo pacchetto formativo. Nella nostra società sempre più "super-diversa", le persone hanno background, esperienze e bisogni molto diversi, anche all'interno dei gruppi.

I flussi migratori hanno portato a una percentuale di popolazione straniera destinata ad invecchiare nel contesto del Paese ospitante. Questo gruppo, destinato ad aumentare nel tempo, spesso incontra un accesso limitato ai servizi di assistenza sanitaria e sociale. Le minoranze nazionali non sono state incluse nel progetto, ma si presentano problemi simili quando si lavora con queste popolazioni. Per garantire un'assistenza di qualità e accessibile a tutti, è essenziale che gli operatori sanitari e sociali offrano servizi sensibili alle diversità.

Il sistema di assistenza deve tenere conto dei cambiamenti demografici. Secondo lo studio ImmiDem (Canevelli et al., 2020), due tendenze chiave, l'invecchiamento della popolazione e la migrazione, stanno plasmando in modo significativo le società europee. Questi fenomeni in crescita sono sempre più importanti per l'Unione Europea, poiché hanno un impatto sostanziale sui sistemi di welfare dei Paesi membri (Canevelli et al., 2020). Gli anziani di origine straniera sono spesso soggetti a stereotipi a causa delle loro esigenze specifiche. Con l'invecchiamento della popolazione migrante, le loro esigenze sanitarie cambiano, con una maggiore prevalenza di condizioni legate all'età. Di conseguenza, le persone anziane straniere costituiranno una parte più significativa della popolazione anziana complessiva, rendendo la loro presenza e le loro esigenze più importanti da considerare nelle discussioni sull'invecchiamento e sui servizi correlati in Europa. La sensibilità alla diversità promuove l'idea che i professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale

“dovrebbero essere consapevoli delle diverse forme di diversità culturale - siano esse legate al genere, all'etnia, all'età, allo status socioeconomico, alla religione, all'orientamento sessuale o ad altri indicatori sociali; che la differenza dovrebbe essere integrata nell'erogazione di un'assistenza sanitaria efficace ed equa per i pazienti; e che, indipendentemente dalla sua origine, la diversità può essere essa stessa un contributo sociale positivo” (OMS, 2020).

Il programma di formazione si rivolge agli studenti dell'istruzione superiore e ai professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale e sostiene l'acquisizione di competenze per fornire un'assistenza sensibile alle diversità. Nel “fare” la formazione, il team di progetto ha integrato diverse fonti di conoscenza: letteratura scientifica, conoscenza esperienziale all'interno dell'organizzazione, interviste narrative e buone pratiche. Poiché le competenze sensibili alla diversità sono ampie, il partenariato ha scelto di concentrarsi su una selezione di concetti di base e su esercizi interattivi per sviluppare conoscenze, attitudini e abilità.

In una recente revisione, Lauwers et al. (2024) riassumono le componenti principali dell'assistenza sensibile alla diversità dal punto di vista dei destinatari dell'assistenza. L'assistenza sensibile alla diversità si basa sull'assistenza centrata sulla persona e richiede competenze più complesse e mirate che sono specificamente rilevanti per l'assistenza sensibile alla diversità. Concludono che i professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale dovrebbero adottare le seguenti competenze: conoscenze (ad esempio, conoscenze culturali, religiose e spirituali), atteggiamenti (come la dimostrazione di rispetto, preoccupazione, autoconsapevolezza, partnership con la comunità, alleanza) e abilità (ad esempio, comunicazione, assistenza individualizzata, processo decisionale condiviso, adattamento dell'assistenza ai bisogni personali, fornitura di informazioni culturalmente adeguate) (Lauwers et al., 2024).

La formazione è composta dai seguenti 4 argomenti:



1

Assistenza centrata sulla persona in un contesto di diversità (conoscenze e competenze)

Barriere di accesso ai servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale (conoscenze e competenze)



2



3

Stereotipi e pregiudizi (atteggiamenti)

Comunicazione sensibile alle diversità (competenze)



4



1. Assistenza centrata sulla persona in un contesto di diversità (conoscenze e competenze)

Un approfondimento sui concetti di assistenza centrata sulla persona, cultura e diversità culturale e super-diversità.



2. Barriere di accesso ai servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale (conoscenze e competenze)

Barriere di accesso ai servizi sanitari e sociali professionali incontrate dalle persone anziane di origine straniera e dalle famiglie o caregiver, e di come superarle.



3. Stereotipi e pregiudizi (atteggiamenti)

Conoscere gli stereotipi e i pregiudizi nel contesto assistenziale e a essere consapevoli di essi e a sviluppare il rispetto e l'autoconsapevolezza.



4. Comunicazione sensibile alle diversità (competenze)

Strategie di comunicazione con le persone anziane di origine straniera e con le loro famiglie e caregiver e fornisce una panoramica del modello TOPOI per facilitare la comunicazione inclusiva.

Ogni capitolo è composto da materiali di lettura e da diverse attività di apprendimento. Le presentazioni in PowerPoint dei materiali di lettura per ogni capitolo sono disponibili [qui](#). Le attività di apprendimento sono diverse, ad esempio esercizi di riflessione, narrazione, giochi di ruolo, ecc.

I vari capitoli e argomenti sono collegati a contenuti di apprendimento specifici e comprendono obiettivi di apprendimento relativi a conoscenze, atteggiamenti e competenze in materia di assistenza sensibile alla diversità nei confronti degli anziani di origine straniera e delle loro famiglie e caregiver. Il programma di formazione può essere personalizzato in base alle esigenze e agli obiettivi di apprendimento dei partecipanti. Facilitatori e discenti possono scegliere di seguire l'intero programma di formazione o capitoli specifici, o anche selezionare materiali formativi specifici all'interno dei capitoli.

Il programma di formazione è stato testato e validato nei Paesi partner, coinvolgendo un totale di 276 partecipanti, tra cui studenti e professionisti dei settori sanitario e sociale. Il feedback è stato utilizzato per riorganizzare i contenuti, incorporare attività aggiuntive e migliorare le sezioni teoriche. Sapendo che la diversità è un tema ampio e complesso, ci auguriamo che sia i corsisti che i facilitatori trovino ispirazione e informazioni pratiche per rafforzare le loro competenze sensibili alla diversità.

Il team di progetto DI.S.C.O.P.M.B.

CAPITOLO 1:

L'ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA E SENSIBILE ALLE DIVERSITÀ E L'INTERSEZIONALITÀ

1. *Cos'è l'assistenza centrata sulla persona*

Il concetto di assistenza centrata sulla persona offre un riferimento molto utile per affrontare le diversità nell'assistenza sanitaria e sociale, in quanto rispetta e riconosce le persone come esseri unici con i propri valori, esperienze e bisogni. L'assistenza centrata sulla persona e l'assistenza sensibile alla diversità sono intrinsecamente collegate perché entrambe richiedono che i professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale possiedano non solo conoscenze ma anche atteggiamenti e competenze che rispettino le differenze individuali e promuovano un'assistenza inclusiva (Lauwers et al., 2024).

L'assistenza centrata sulla persona riconosce l'intera persona, affrontando non solo i problemi fisici ma anche gli aspetti spirituali, psicologici, sociali ed esistenziali. Questo approccio olistico convalida l'esperienza di malattia dell'individuo e cerca di migliorare il benessere dalla sua prospettiva, incorporando i suoi valori, le sue convinzioni e le sue preferenze (Claeys et al., 2021). In questo modo, l'assistenza centrata sulla persona supera il modello tradizionale incentrato sulla malattia, sottolineando che le persone non sono definite dalle loro condizioni mediche, ma come persone che vivono con le condizioni. Questo spostamento di prospettiva aiuta a preservare l'identità della persona, contrastando la tendenza a ridurla a un'etichetta o a una diagnosi (Swedish Nurses' Association, 2019).

A differenza dei modelli medici tradizionali che si concentrano principalmente sul trattamento, l'assistenza centrata sulla persona mette in evidenza la collaborazione tra l'assistito e i fornitori di cure (sia informali che formali) e promuove un processo decisionale condiviso (Coulter & Oldham, 2016). In effetti, l'assistenza centrata sulla persona si estende oltre l'individuo al suo contesto sociale, comprese le famiglie e gli assistenti informali[1]. Riconosce l'assistito e la sua famiglia o assistenti familiari come alleati nel processo di cura, valorizzando così la loro voce tanto quanto quella dei professionisti dell'assistenza. Questo cambiamento consente l'agency personale, in quanto i destinatari dell'assistenza sono incoraggiati ad assumere un ruolo attivo nella gestione della propria salute, contribuendo a promuovere le loro capacità e il loro potenziale di autocura piuttosto che vederli come destinatari passivi dell'assistenza. Inoltre, la cura centrata sulla persona richiede che i professionisti dell'assistenza sviluppino competenze che vanno al di là dell'esperienza clinica. Richiede una profonda comprensione etica e la capacità di adattare le pratiche di cura per soddisfare le diverse convinzioni, valori e preferenze sociali e sanitarie.

Ciò garantisce che l'assistenza sia fornita in modo sensibile alle diversità, in cui le differenze individuali sono rispettate e gli operatori sanitari e sociali riconoscono le diverse soglie per il riconoscimento dei sintomi, le aspettative di cura e le preferenze dei pazienti riguardo ai trattamenti (Currie & Currie, 2024).



[1] L'assistenza è spesso fornita da caregiver familiari combinata al supporto di professionisti sanitari e dell'assistenza sociale organizzati nelle cosiddette "triadi assistenziali"; una rete assistenziale composta dal beneficiario dell'assistenza, dai familiari e assistenti familiari e dai professionisti dell'assistenza (Hengelaar et al., 2018; van Muijden et al., 2024).

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO:

storie di assistenza centrata sulla persona e sensibile alla diversità

Obiettivi	I discendenti possono analizzare le nozioni di interventi di assistenza sensibili alla diversità nei confronti delle persone anziane di origine straniera e delle loro famiglie o assistenti familiari.
Metodi	Racconto, interviste, pensiero critico, discussione di gruppo.
Durata	Circa 1 ora di studio autonomo.
Risorse necessarie	<ul style="list-style-type: none"> · Storia di Patricio, anziano straniero Clicca qui · Storia di Giovanna, medico specialista Clicca qui
Riferimenti	/
Istruzioni	<p>Il metodo di apprendimento consiste in contenuti pratici che comprendono la visione della narrazione di un'intervista dal punto di vista delle persone anziane e dei professionisti dell'assistenza e l'impegno nella riflessione.</p> <p>I discendenti guardano le interviste-racconto (vedi link nelle risorse necessarie) e si impegnano in una discussione di gruppo (2-4 persone) rispondendo alle seguenti domande di riflessione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quali sono le principali preoccupazioni e barriere espresse nel video su come garantire un'assistenza personalizzata e sensibile alle diversità alle persone anziane di origini straniere? • Quali sono, secondo Patrizio e Giovanna, i fattori chiave di successo nel fornire un'assistenza incentrata sulla persona? Quali sono gli aspetti positivi? <p>I discendenti tengono traccia delle riflessioni su una pagina A4 (Arial 11, interlinea 1,5) e consegnano le loro risposte al formatore dopo la discussione di gruppo.</p>

2. Cultura e diversità culturali

Nel suo saggio *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*, Malinowski (1944), figura chiave dell'etnografia moderna, definisce la cultura come un "insieme integrale" costituito da componenti materiali, sociali e spirituali che aiutano le persone ad affrontare l'ambiente circostante. Egli sostiene che la cultura comprende strumenti, credenze, costumi e istituzioni sociali e che ogni cultura si evolve attraverso lo sviluppo interno e le influenze esterne. Questa prospettiva costituisce la base del relativismo culturale, che suggerisce che ogni cultura deve essere compresa all'interno del proprio contesto simbolico e sociale. Il relativismo culturale riconosce la diversità delle società umane e si oppone all'idea che una cultura sia superiore a un'altra (Dietz, 2007). Le idee di Malinowski evidenziano come la cultura fornisca un quadro di riferimento per comprendere come le società si organizzino e sviluppino sistemi per affrontare le loro specifiche circostanze storiche e sociali.



La cultura è l'insieme di conoscenze, credenze e tradizioni create, acquisite e trasmesse dalle persone in quanto membri di una società. La cultura non è statica; si evolve continuamente e risponde alle pressioni esterne e interne, plasmando il modo in cui le persone vivono e interagiscono tra loro (Helman, 2007).

La nostra cultura influenza i modelli con cui assumiamo ruoli e responsabilità in famiglia, con gli amici e sul posto di lavoro. Nel contesto dell'assistenza, la comprensione del bagaglio culturale delle persone è fondamentale per fornire un'assistenza inclusiva e sensibile alle diversità. Ciò richiede sia una profonda comprensione di culture specifiche sia una più ampia consapevolezza della diversità presente nella società (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).

La diversità culturale va oltre la semplice accettazione delle differenze, ma richiede il riconoscimento e il rispetto di queste ultime in quanto essenziali per la coesistenza umana. Nessuna cultura è intrinsecamente superiore a un'altra (Dietz, 2007). La Convenzione dell'UNESCO sulla protezione e la promozione della diversità delle espressioni culturali sottolinea che la diversità culturale è

“**patrimonio comune dell'umanità**”

che devono essere protetti e promossi a beneficio delle generazioni presenti e future.

Il pluralismo culturale, che implica la promozione del dialogo e dello scambio interculturale, è fondamentale per promuovere il rispetto, la solidarietà e la pace tra le persone (Dietz, 2007).



All'interno dei luoghi di lavoro dell'assistenza sanitaria e sociale, la diversità culturale gioca un ruolo fondamentale, in quanto si intersecano il bagaglio culturale dei professionisti dell'assistenza, l'identità culturale dei destinatari dell'assistenza e delle famiglie/assistenti familiari e la cultura istituzionale dell'ambiente di lavoro. Queste influenze culturali sovrapposte modellano le interazioni e l'erogazione delle cure. Per garantire un'assistenza sensibile alla diversità, i professionisti dell'assistenza devono essere consapevoli dei diritti culturali e dell'importanza del rispetto della diversità culturale nei loro codici etici di condotta (Gilman, 2005). Tuttavia, molti codici professionali europei, come quelli degli infermieri e dei medici generici, non affrontano esplicitamente il tema della diversità culturale, concentrandosi invece sulla dignità umana in termini più ampi (CEOM, 2010). C'è una crescente necessità di regole deontologiche che vietino esplicitamente la discriminazione culturale e garantiscano il rispetto delle differenze culturali, religiose e di costume nel contesto assistenziale.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: L'iceberg della cultura

Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • Identificare e classificare gli aspetti culturali utilizzando il modello dell'iceberg e distinguendo tra elementi visibili e non visibili della cultura. • Consapevolezza delle associazioni culturali personali, migliorando la comprensione del proprio bagaglio culturale. • Saper applicare il modello dell'iceberg per riconoscere e organizzare i tratti culturali. • Comprendere le dimensioni visibili e nascoste della cultura e della diversità in generale.
Metodi	<p>Lavoro individuale; discussione di gruppo L'attività può essere svolta faccia a faccia o online utilizzando come supporto una lavagna condivisa e interattiva.</p>
Durata	30 minuti
Risorse necessarie	<p>Penna, pennarelli, post it e lavagna a fogli mobili con il disegno di un iceberg. Se la sessione sarà svolta online, è necessaria una piattaforma per riunioni (ad esempio, Zoom) e un software online per il lavoro di gruppo (ad esempio Ideaboarx o Mural).</p>
Riferimenti	<p>BICAS - Costruire competenze interculturali per i servizi di ambulanza (2016)</p>
Istruzioni	<p>Il facilitatore fornirà una breve spiegazione del modello dell'iceberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cultura può essere visualizzata con il modello dell'iceberg. • Cosa si vede quando si guarda un iceberg? • Come è noto, solo una piccola parte dell'iceberg è visibile in superficie. La parte restante è sommersa e non può essere vista a prima vista. Bisogna immaginare il modello dell'iceberg come un modo per mostrare gli aspetti visibili e non visibili della cultura.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: *L'iceberg della cultura*

Istruzioni

Il facilitatore deve quindi concedere ai partecipanti 10 minuti per pensare agli aspetti o alle componenti che associano alla parola cultura. I corsisti dovranno poi scrivere le parole che gli sono venute in mente su dei post-it (non c'è limite al numero di parole) e dovranno attaccare i post-it decidendo se attaccarli alla parte visibile o invisibile dell'iceberg[2]. Al termine, i risultati saranno letti e discussi con il gruppo, cercando di evidenziare come fermarsi alla superficie non permetta di vedere molto altro che può emergere a un'osservazione e a un'analisi più approfondite. Le seguenti domande guida possono essere utilizzate per avviare la discussione:

- ***Quando incontrate persone con un background culturale diverso, vi concentrate di più sugli aspetti visibili o su quelli nascosti?***
- ***Cosa può impedirvi di cogliere gli aspetti nascosti della cultura di una persona? Cosa invece vi permette di coglierli?***
- ***Come si può mettere in relazione l'iceberg con altri aspetti della diversità (non legati alla cultura)?***
- ***Come potrebbe essere utile nel vostro lavoro riconoscere gli aspetti più profondi e invisibili della cultura e della diversità in generale?***

[2] Alcuni aspetti che potrebbero emergere o che potete suggerire per la parte visibile sono la lingua, il genere, l'età, lo stile di abbigliamento, l'etnia, le abitudini alimentari, i simboli, i rituali. Alcuni aspetti che potrebbero emergere o che potete suggerire per la parte invisibile sono le norme, i valori, gli atteggiamenti, la comprensione dei ruoli e delle autorità, le emozioni, la socializzazione e l'educazione, il comportamento sociale, la percezione propria e straniera, la religione.

3. Vivere in una società super-diversificata

Le società europee stanno diventando sempre più diverse a causa di una combinazione di cambiamenti globali, tra cui la migrazione dovuta all'occupazione, all'istruzione, ai legami familiari e a situazioni critiche le pandemie, l'instabilità economica e i conflitti. Storicamente l'Europa è sempre stata diversificata, anche se solo di recente è stata riconosciuta più ampiamente.



In risposta a questi cambiamenti, è emerso il concetto di super-diversità (super-diversity), introdotto da Vertovec (2007, 2022), per sfidare l'eccessiva enfasi sulla cultura e sull'etnia come categorie primarie nell'affrontare la diversità. La super-diversità evidenzia la complessità delle migrazioni moderne e della differenziazione sociale, considerando una moltitudine di fattori che vanno oltre le identità etniche e culturali.

La super-diversità si concentra sulla velocità, sulla diffusione e sulla scala dei cambiamenti che avvengono nelle società (Vertovec, 2007). Critica il multiculturalismo tradizionale, che tende a vedere il mondo come diviso in gruppi fissi e omogenei.

Al contrario, la super-diversità riconosce che le persone appartengono contemporaneamente a più gruppi sociali e che queste identità sono dinamiche, cambiano nel tempo e nei contesti (Martikainen et al., 2023).

La migrazione si interseca con altri fattori come lo status giuridico, l'istruzione, le gerarchie sociali e le esperienze di vita individuali. Sottolineando l'intersezione delle identità (si veda anche il capitolo 2), la super-diversità incoraggia una comprensione più sfumata delle persone. Piuttosto che categorizzare le persone solo in base all'etnia o alla cultura, ci chiede di considerare le molte realtà sociali che si sovrappongono e che danno forma alla vita di una persona (Vertovec, 2022). Ad esempio, l'esperienza di un migrante anziano è influenzata non solo dal suo bagaglio culturale, ma anche dalla sua condizione di migrante, dalle condizioni socioeconomiche e dalla sua storia personale. Questa visione rifiuta le interpretazioni statiche e unidimensionali dell'identità. La super-diversità sfida i sistemi, in particolare i servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale, ad adattarsi ai bisogni complessi di popolazioni diverse.

I modelli tradizionali di integrazione, che spesso prevedono che le persone (anziane) di origine straniera si conformino alle norme dominanti dei Paesi ospitanti, sono considerati insufficienti. La super-diversità richiede invece un approccio più flessibile e inclusivo, che riconosca le identità varie e in evoluzione delle persone e delle comunità (Vertovec, 2007).

Questo quadro promuove un sostegno più personalizzato e sensibile al contesto, sia nella definizione delle politiche, sia nei servizi di assistenza professionale o nelle interazioni quotidiane. La super-diversità amplia la lente attraverso cui viene vista la diversità, andando oltre l'etnia per considerare l'intero spettro di fattori sociali, economici e politici che definiscono le persone. Essa presenta sia sfide che opportunità per le società, richiedendo sistemi più reattivi e inclusivi che riconoscano la complessità dell'identità e dell'esperienza umana.



4. Competenza culturale in una società super-diversificata

La competenza culturale nell'assistenza sanitaria e sociale si è evoluta in modo significativo, passando dalla formulazione di ipotesi generalizzate all'adozione di un approccio assistenziale più inclusivo e incentrato sulla persona. Questo cambiamento pone l'accento sull'empatia e sul genuino interesse a comprendere le esigenze, i valori e le preferenze uniche dei destinatari dell'assistenza. Integrando un'assistenza sanitaria e sociale di qualità con la comprensione della diversità individuale, l'assistenza centrata sulla persona può rispondere efficacemente alle esigenze specifiche di ciascun paziente, anziché trattarlo come rappresentante di uno stereotipo culturale (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).

Concentrarsi sull'individuo e sul suo contesto sociale, piuttosto che basarsi su preconcetti o stereotipi, consente ai professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale di comprendere meglio le esperienze uniche e le incertezze che ogni persona assistita può affrontare. In questo contesto, la competenza culturale diventa essenziale per dotare i professionisti dell'assistenza della consapevolezza, delle conoscenze, delle abilità e della sensibilità necessarie a fornire un'assistenza efficace a persone provenienti da contesti diversi. Questa competenza implica una base di conoscenze multiculturali che i professionisti dell'assistenza possono applicare per fornire un'assistenza appropriata e sensibile alle diversità (McFarland Wehbe & Alamah, 2019).



Adattare i servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale per soddisfare le esigenze delle persone anziane di origine straniera e delle loro famiglie e caregiver è fondamentale. Piuttosto che aspettarsi che si adattino a un sistema uguale per tutti, il sistema di assistenza dovrebbe adattare i propri servizi per allinearsi alla loro comprensione e ai loro valori. Questo non solo assicura una migliore comunicazione e fornitura di assistenza, ma porta anche a un miglioramento dei risultati di salute. Se gli assistiti sono meglio informati e i loro valori rispettati, è più probabile che gli interventi professionali di assistenza sanitaria e sociale abbiano successo.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO:

interventi di assistenza centrati sulla persona e sensibili alla diversità nei confronti delle persone anziane di origine straniera e delle loro famiglie e caregiver

Obiettivi	I discenti sono in grado di identificare le barriere e le soluzioni per erogazione un'assistenza sensibile alla diversità alle persone anziane di origine straniera e alle loro famiglie e caregiver.
Metodi	Autoapprendimento: pensiero critico e discussione di gruppo
Durata	3 ore
Risorse necessarie	Risultati del progetto Immidem Infografica scaricabile: https://immidem.it/wp-content/uploads/2022/03/survey-immidem-preview-04-1.pdf
Riferimenti	Canevelli M, Cova I, Remoli G, et Al. ImmiDem Study Network; ImmiDem Study Group. <u>A nationwide survey of Italian centers for cognitive disorders and dementia on the provision of care for international migrants.</u> Eur J Neurol. 2022 Feb 21. doi: 10.1111/ene.15297. Epub ahead of print. PMID: 35189011.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO:

Interventi di assistenza centrati sulla persona e sensibili alla diversità nei confronti delle persone anziane di origine straniera e delle loro famiglie e caregiver

Istruzioni

Introduzione al tema: Ogni partecipante riceve le infografiche e si dividono in gruppetti di 2-4 persone ciascuno.

Discussione principale: I membri del gruppo riflettono sui vari elementi trattati nello studio e mettendo a fuoco le proprie esperienze professionali. Ogni partecipante può portare il proprio punto di vista sui principali ostacoli e sulle soluzioni possibili per migliorare l'approccio alla demenza tra i migranti, sia in ambito sanitario che sociale. Possono riflettere sulle seguenti domande:

- **Quali sono le difficoltà principali che i migranti incontrano quando si rivolgono ai servizi sociali o sanitari?**
- **Come possiamo superare queste difficoltà, come la mancanza di traduzioni o l'uso di mediatori culturali?**
- **Come possiamo migliorare l'assistenza ai migranti con demenza, soprattutto nella diagnosi e valutazione?**

Restituzione e conclusioni: In plenaria si discuterà delle possibili azioni pratiche che potrebbero essere intraprese per migliorare l'inclusività e l'efficacia dei servizi di supporto per migranti con demenza. Sarà utile riflettere anche su come affrontare la formazione e la sensibilizzazione del personale.

CAPITOLO 2: BARRIERE DI ACCESSO AI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE

1. I flussi migratori

I modelli migratori si sono diversificati notevolmente, facendo emergere la crescente consapevolezza della diversità delle nazioni europee, che un tempo venivano viste come omogenee. Le migrazioni, causate da fattori come povertà, repressione politica, opportunità economiche e scambi culturali, hanno plasmato una società europea ricca di etnie, lingue e tradizioni. Oggi, la migrazione riflette esperienze e origini varie, sfidando le idee tradizionali di identità e promuovendo l'inclusione della pluralità. Van Mol e de Valk (2016) identificano tre periodi storici di migrazione a partire dal secondo dopoguerra.



Periodo 1 (anni '50-1974): i lavoratori-ospiti e la decolonizzazione

Nel periodo successivo alla Seconda Guerra Mondiale, l'Europa nord-occidentale si trovava in piena espansione economica. La popolazione autoctona di questa porzione geografica diventava sempre più istruita e si trovava di fronte a crescenti possibilità di mobilità sociale. Spesso, non era più disposta ad accettare lavori insalubri e mal pagati, come quelli di manodopera. Di conseguenza, l'Europa nord-occidentale ha cominciato ad assumere personale proveniente da Paesi esteri, che godeva di ben pochi diritti e di un accesso limitato - o nullo - ai servizi sociali e che tornava nel proprio Paese d'origine terminato il lavoro.

La maggior parte di questi lavoratori proveniva da Algeria, Grecia, Italia, Marocco, Portogallo, Spagna, Tunisia, Turchia e Jugoslavia ed emigrava soprattutto in Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Svezia e Svizzera in cerca di un'occupazione. La migrazione internazionale veniva generalmente considerata positivamente per i suoi benefici economici, sia dal punto di vista dei paesi di origine che di quelli di destinazione.

Parallelamente a questo fenomeno, anche il processo di decolonizzazione ha favorito notevoli flussi migratori verso le (ex) potenze coloniali europee. Molte persone provenienti dalle colonie hanno fatto ritorno in Belgio, Francia, Paesi Bassi, Regno Unito e Portogallo. Se i migranti europei di rientro dalle colonie erano considerati giuridicamente cittadini alla pari degli autoctoni e in grado di integrarsi rapidamente nel tessuto socio-economico, quelli di origine non europea, economicamente e socialmente svantaggiati, erano spesso discriminati.



Periodo 2 (1974-fine anni '80): la crisi petrolifera e il controllo delle migrazioni

La crisi petrolifera del 1973-1974 ha avuto un considerevole impatto sul panorama economico europeo, riducendo drasticamente il fabbisogno di manodopera. Per questo motivo, i Paesi nord-occidentali hanno cominciato a fare pressioni per un contenimento del flusso migratorio, ma le politiche relative hanno solo portato ad una sua mutazione. Poiché il rientro nel proprio paese per lunghi periodi comportava il rischio significativo di perdere il permesso di soggiorno, diversi migranti cominciavano a stabilirsi in modo permanente nel Paese di approdo. Molti di loro hanno iniziato così a portare le loro famiglie in Europa: il ricongiungimento familiare dei lavoratori migranti era considerato un diritto fondamentale, sancito dall'art. 19 della Carta sociale europea del 1961.

Allo stesso tempo, iniziò un cambiamento della composizione demografica migrante: se, all'inizio, i migranti provenienti da paesi europei erano più numerosi, successivamente iniziò a crescere la provenienza da paesi come la Turchia o nazioni nordafricane. I Paesi dell'Europa nord-occidentale cominciarono quindi a controllare sempre di più gli ingressi degli stranieri, facendo della migrazione un tema centrale nei dibattiti politici e pubblici. Di conseguenza, è emersa la necessità di sviluppare politiche di integrazione adeguate e più efficaci, considerato soprattutto il crescente numero di richieste di asilo nel panorama europeo.

Le restrizioni alla migrazione imposte nei Paesi nord-occidentali hanno comportato un cambiamento significativo dei flussi migratori europei. L'Europa meridionale e, in particolare, la Grecia, l'Italia, il Portogallo e la Spagna sono diventate le principali mete di approdo. Tuttavia, essendo stati per molto tempo Paesi di emigrazione, questi ultimi non disponevano di una legislazione sull'immigrazione e di innovativi sistemi di controllo all'ingresso. In aggiunta, l'Europa meridionale stava vivendo un'importante crescita economica correlata ad un calo dei tassi di natalità, con conseguente carenza di manodopera. Perciò essa è diventata non solo una destinazione attraente per gli immigrati extraeuropei, ma le sue condizioni economiche favorevoli hanno provocato una migrazione di ritorno tra gli emigrati nei Paesi nord-occidentali.



Periodo 3 (anni '90-oggi): le tendenze migratorie all'interno e verso l'Europa

Gli anni compresi tra il 1990 e il 2012 si caratterizzano per una serie di cambiamenti significativi e da un'ulteriore diversificazione del fenomeno migratorio europeo. Gli ingressi sono stati progressivamente limitati per l'unificazione del mercato europeo che ha imposto severi controlli alle frontiere e regolamenti sui visti, mentre i movimenti all'interno dell'UE si sono notevolmente alleggeriti.

Nel primo decennio del XXI secolo, il numero di domande di asilo ha seguito le restrizioni imposte dai vari Paesi. In questo periodo, le questioni relative all'integrazione sono diventate una preoccupazione politica centrale. L'UE ha istituito il sistema della Carta blu, un permesso di soggiorno e di lavoro valido per tutta l'UE. In questo contesto, diversi Paesi europei, come Francia, Germania, Paesi Bassi e Regno Unito, hanno semplificato le procedure per la transizione degli studenti internazionali dal mondo dell'istruzione a quello del lavoro, favorendo una maggiore migrazione studentesca, con successive nuove entrate nei mercati del lavoro nazionale.

In questo panorama, viene distinta la mobilità intra-UE dei cittadini europei e la migrazione all'interno e verso l'UE dei cittadini di Paesi terzi. Più di 1 milione di persone sono arrivate nell'Unione Europea, la maggior parte delle quali in fuga dalla guerra e dal terrore in Siria e in altri Paesi. Il 24 febbraio 2022, la Russia ha lanciato un'aggressione militare contro l'Ucraina. A gennaio 2023, 4 milioni di rifugiati ucraini beneficiavano di una protezione temporanea nell'Unione Europea (Consiglio europeo, 2023). In seguito all'escalation del conflitto israelo-palestinese nell'ottobre 2023, i palestinesi hanno fatto richiesta di asilo in numero record nel 2023. 11.561 palestinesi hanno chiesto protezione nel territorio dell'UE, principalmente in Grecia e Belgio (EUAA, 2024).



Panoramica dei flussi migratori in Italia

Come in Europa, anche i flussi migratori verso l'Italia si sono evoluti nel tempo e la conseguente composizione multiculturale del Paese risulta il frutto di un processo complesso e in continuo mutamento.

Se dal XIX secolo l'Italia è stata principalmente un paese di emigrazione, negli anni '70 la situazione migratoria del paese inizia a modificarsi nettamente. Per la prima volta, nel 1973 l'Italia rileva un tasso positivo di migrazione netta, ovvero il numero di immigrati supera il numero di emigrati dal Paese.

Le crisi economiche nei paesi di origine riducono i flussi migratori, mentre lo sviluppo economico dell'Italia attrae nuovi immigrati. Questo ha portato a un cambiamento nella composizione della popolazione italiana, con un aumento significativo della presenza straniera. Tra il 1955 e il 1970, si è registrata anche una notevole migrazione interna dal Sud al Nord Italia. Nel 2001, la popolazione straniera residente in Italia superava il milione, e dal 2000 l'Italia è diventata una meta importante per i flussi migratori, con arrivi da Romania, Albania, Cina, ex colonie sovietiche, Asia centrale e Ecuador.

Dal 2011, oltre alla migrazione per motivi lavorativi, si è intensificato il ricongiungimento familiare, e l'Italia ha dovuto affrontare un aumento delle richieste di asilo politico e protezione internazionale. Sebbene nel 2017 le domande di asilo fossero 130.119, nel 2019 sono scese a 39.000, per poi risalire nel 2022 a oltre 84.000.

Al 1° gennaio 2022, gli stranieri in Italia erano 5.030.716, pari all'8,5% della popolazione. Le comunità più numerose erano quelle romene, marocchine e albanesi, che costituivano rispettivamente il 21,5%, 8,4% e 8,3% del totale.[3]

[3] [https://www.tuttitalia.it/statistiche/cittadini-stranieri-2022/#:~:text=Gli%20stranieri%20residenti%20in%20Italia,Albania%20\(8%2C3%25\)](https://www.tuttitalia.it/statistiche/cittadini-stranieri-2022/#:~:text=Gli%20stranieri%20residenti%20in%20Italia,Albania%20(8%2C3%25),).

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: diversità dei contesti migratori

Obiettivi	I discendenti devono riflettere sul profilo demografico della popolazione del proprio Paese e contesto di lavoro.
Metodi	Riflessione individuale e di gruppo
Durata	1 ora
Risorse necessarie	Connessione a internet e dispositivi digitali
Riferimenti	Elaborazione dati Istat, Tuttitalia (2022) https://www.tuttitalia.it/statistiche/cittadini-stranieri-2022/#:~:text=Gli%20stranieri%20residenti%20in%20Italia,Albania%20(8%2C3%25)
Istruzioni	<p>Introduzione al tema: I partecipanti sono invitati a prendere visione dei dati ISTAT relativi ai flussi migratori.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nel 1973, l'Italia ha registrato un tasso positivo di migrazione netta. • Nel 2001, la popolazione straniera residente in Italia ha superato il milione. • Le principali comunità straniere in Italia al 2022 sono quelle romene, marocchine e albanesi. • Le richieste di asilo hanno subito fluttuazioni significative nel tempo (130.119 nel 2017, 39.000 nel 2019, 84.000 nel 2022) <p>Riflessione individuale: Chiedere ai partecipanti di riflettere su alcune domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I dati presentati si riflettono anche nei vostri contesti di lavoro e riflettono la provenienza dei vostri utenti? • Come pensate che la composizione multiculturale dell'Italia influenzi il lavoro degli operatori sociali e sanitari? <p>Condivisione in gruppo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ogni partecipante condivide brevemente i propri pensieri iniziali. L'obiettivo è raccogliere spunti e creare un clima di riflessione comune.

2. Intersezionalità

Nel capitolo 1 abbiamo menzionato il concetto di super-diversità, che si riferisce all'aumento dell'eterogeneità all'interno della popolazione a causa dei diversi Paesi di origine, dei motivi di migrazione, degli status giuridici, ecc (Ciobanu, 2023). Il concetto di intersezionalità è in parte correlato ma diverso, in quanto mira a comprendere le fonti di disuguaglianza in quanto emergono all'intersezione di diversi fattori, tra cui i principali sono il genere, la classe e l'etnia (Ciobanu, 2023). L'intersezionalità, un concetto introdotto da Kimberlé Crenshaw, sottolinea che varie norme si sovrappongono e interagiscono, portando a disuguaglianze in contesti diversi. Suggestisce che molteplici fattori, come l'età, il genere e le origini, influenzano il modo in cui le persone vengono trattate nell'assistenza sanitaria e sociale e in altri ambiti della vita. Questa prospettiva evidenzia che le disuguaglianze non derivano solo da caratteristiche individuali, ma anche dall'interazione di questi fattori all'interno di contesti specifici (Dilworth-Anderson et al., 2020).

La comprensione dell'intersezionalità ci permette di riconoscere come vari fattori si combinino per creare disuguaglianze, rivelando la complessità delle dinamiche di potere e delle opportunità disponibili per i diversi gruppi. Gli operatori sanitari e sociali che considerano solo un fattore, come il genere, rischiano di trascurare altri elementi cruciali (Dahlborg & Tengelin, 2022).

Inoltre, l'intersezionalità non riguarda semplicemente l'accumulo di fattori; piuttosto, implica la comprensione di come questi fattori possano esacerbare le disuguaglianze quando convergono. Per esempio, se l'accesso alle cure è limitato per le donne, questa barriera può essere intensificata per una donna straniera con disabilità. L'importanza di ciascun fattore varia a seconda del contesto e delle loro interazioni. Un approccio additivo semplicistico può oscurare la complessità di questi problemi (Dahlborg & Tengelin, 2022).



Nelle discussioni sull'intersezionalità, è essenziale non concentrarsi solo sul "lato vulnerabile" delle esperienze, come quelle delle donne anziane e di origine straniera, ma considerare anche il "lato privilegiato", come gli uomini bianchi di mezza età, che spesso detengono un potere maggiore. Riconoscere queste dinamiche è fondamentale per una comprensione completa dell'intersezionalità e delle norme (Dahlborg & Tengelin, 2022).

Ahmad et al. (2022) sottolineano l'importanza di utilizzare un approccio intersezionale per esplorare le relazioni di cura. Il loro studio rivela come diverse categorie sociali, in particolare la storia migratoria e la classe sociale, abbiano un impatto sulle pratiche di condivisione delle cure tra gli anziani con un background migratorio e le loro famiglie/assistenti informali. Questi fattori intersecati possono facilitare o ostacolare le opportunità educative, influenzando così le dinamiche di condivisione della cura e l'efficacia della comunicazione tra caregiver e assistiti. Nel loro studio, hanno scoperto che le persone cresciute in una famiglia di ceto basso o operaio e migrate più tardi nella vita da un ambiente in cui le opportunità educative erano limitate, avevano meno probabilità di essere dotate di capacità di gestione per organizzare e condividere i compiti di cura. Al contrario, le persone cresciute in una famiglia della classe media, emigrate in giovane età e cresciute in un ambiente con opportunità educative, avevano maggiori probabilità di condividere le cure, sia con la famiglia che con l'assistenza formale. Inoltre, la storia migratoria e la classe sociale hanno influenzato la percezione di "buone cure" e quindi la disponibilità a condividere le cure con i servizi formali.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: la ruota dei privilegi

Obiettivi	Gli studenti comprendono l'intersezionalità, le relazioni di potere, il privilegio e l'emarginazione nella società.
Metodi	Studio autonomo e discussione di gruppo
Durata	30 minuti
Risorse necessari	Una stampa della ruota dei privilegi per ciascun discente.
Riferimenti	<p>La ruota del privilegio è applicata a partire dalle ricerche di Gayle Rubin (1989) e Kimberlé Crenshaw (1989).</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Gayle, R. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. In C. Vance (Ed.), Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina. Revolución. ·Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/3007 <p>La teoria è adattata dalla ruota dei privilegi creata da CCR Canadian Council for Refugees (https://ccrweb.ca/en/anti-oppression), e ulteriormente sviluppata da S. Duckworth (https://www.researchgate.net/figure/Wheel-of-Power-Privilege-and-Marginalization-by-Sylvia-Duckworth-Used-by-permission_fig1_364109273).</p>

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: *la ruota dei privilegi*

Istruzioni

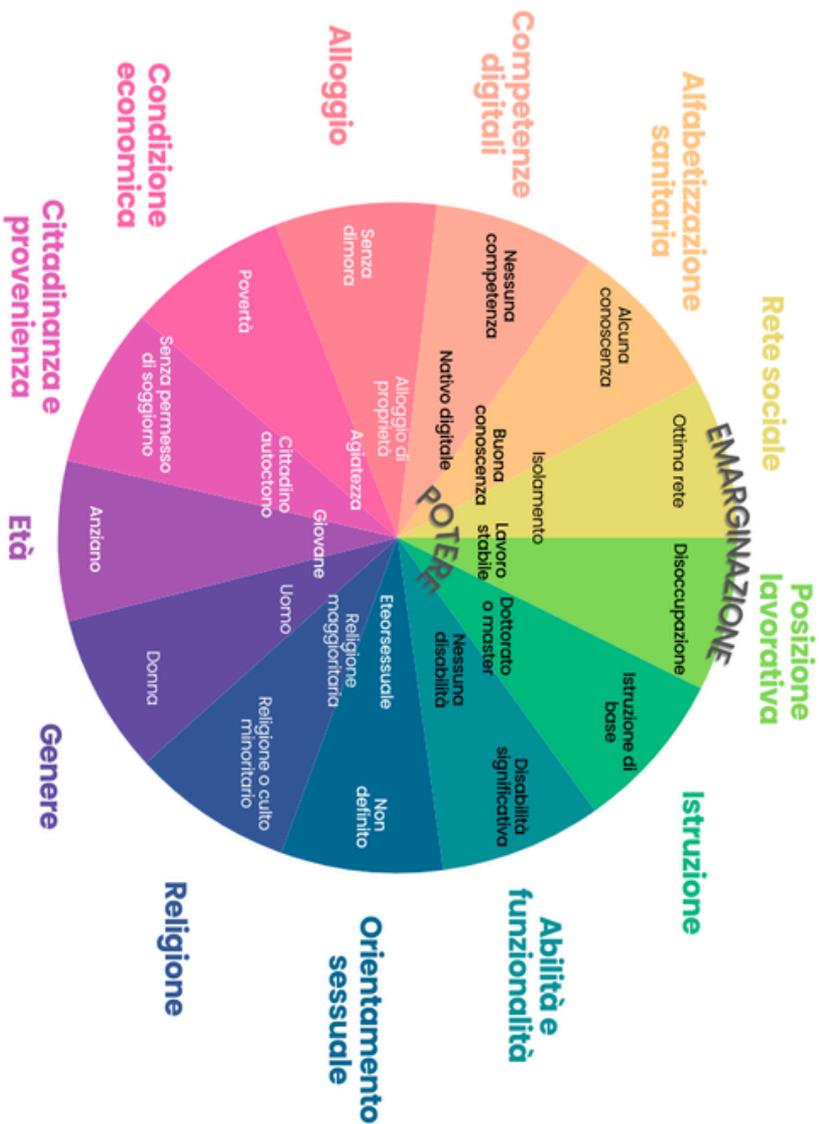
In questo esercizio i partecipanti imparano a conoscere la ruota dei privilegi. Lavorano in modo indipendente, dopodiché l'esercizio viene discusso collettivamente con l'intero gruppo. Per la discussione di riflessione, il facilitatore può utilizzare le seguenti domande:

- **Come ci si sente a fare l'esercizio e quali pensieri sono emersi dall'esercizio?**
- **Cosa pensate che l'esercizio faccia emergere sull'intersezionalità e sulle diverse posizioni sociali delle persone nella società?**
- **In che modo il risultato dell'esercizio che avete fatto cambierebbe se pensaste di trovarvi in un contesto diverso, ad esempio in un Paese diverso?**

Il facilitatore darà istruzioni ai partecipanti. Prima di distribuire i fogli, il facilitatore spiegherà ai partecipanti che la ruota dei privilegi non cerca di spiegare tutti gli aspetti della vita umana e le identità che le persone portano con sé. Non è un modello universale. È un punto di partenza per comprendere l'intersezionalità, le relazioni di potere, il privilegio e l'emarginazione nella società. La ruota dei privilegi viene utilizzata come strumento pedagogico per comprendere le disuguaglianze interconnesse. All'inizio i tirocinanti familiarizzano con la ruota dei privilegi. Poi vengono istruiti a pensare a se stessi e alla propria identità nel contesto dell'attuale società e del Paese in cui vivono. In secondo luogo, disegneranno con una matita una piccola croce o un punto per ogni settore della ruota, nel punto in cui pensano di essere situati nella società. Una volta terminato, i punti formeranno una figura più o meno grande all'interno della ruota stessa.

Più la persona è vicina al centro della ruota dei privilegi (quindi più piccola è la figura), più è privilegiata nella società in cui vive. Più ci si allontana dal centro della ruota (ag. più la figura è grande), meno privilegiata è la situazione della persona in questione. Il gruppo, con l'aiuto del facilitatore, condurrà quindi una discussione e rifletterà sull'esercizio e su ciò che ha portato alla luce sull'intersezionalità e sui privilegi, sulle relazioni di potere e sull'emarginazione nella società. I partecipanti non devono presentare il proprio lavoro agli altri se non vogliono farlo e possono prendere come esempio degli utenti a cui hanno prestato assistenza.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: la ruota dei privilegi



3. Accesso ai servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale da parte di persone anziane di origine straniera e delle loro famiglie e caregiver

Gli anziani stranieri tendono a utilizzare i servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale meno frequentemente rispetto alle popolazioni autoctone, nonostante abbiano livelli simili di impegno con i servizi di assistenza sanitaria primaria (Sarria-Santamera et al., 2016). Uno dei motivi è che le persone con un background migratorio spesso hanno una migliore comprensione delle cure mediche rispetto ad altri servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale. Nel caso delle persone anziane di origine straniera, molti pensano di poter contare sulla tradizionale rete di sicurezza familiare per l'assistenza, affidandosi a badanti informali come i familiari (Ahaddour et al., 2016; Ahmad et al., 2022). Tuttavia, quando i bisogni di assistenza diventano più intensi, i caregiver familiari possono subire una pressione significativa, portando a una situazione in cui potrebbero non essere in grado di far fronte a tutte le responsabilità di assistenza.

Con la crescita della popolazione di anziani di origine straniera, si prevede un aumento della domanda di servizi di assistenza istituzionale. Attualmente, uno dei problemi principali del minore ricorso ai servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale da parte di questo gruppo potrebbe essere lo squilibrio tra l'offerta e la domanda di accesso alle cure. Molti operatori sanitari e sociali partono dal presupposto che le persone anziane con un background migratorio conoscano i servizi disponibili, ma spesso non è così. Questo disallineamento ha portato a limitare i servizi su misura che rispondono alle specifiche esigenze culturali e personali di queste persone.

È necessario un cambiamento significativo nell'offerta di assistenza, in particolare alla luce del crescente multiculturalismo della società, che sta modificando i bisogni di assistenza. L'assistenza deve andare oltre i modelli standardizzati ed essere sensibile alle esigenze specifiche delle persone. Quando l'assistenza è troppo generica e non tiene conto dei profili e dei bisogni unici delle persone anziane con di origine straniera, si rischia di creare insoddisfazione e assistenza inadeguata. Ciò può derivare da incomprensioni reciproche tra professionisti e beneficiari dell'assistenza, che possono essere evitate solo con una comunicazione efficace e una comprensione culturale. Le barriere all'accesso ai servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale per le persone anziane di origine straniera possono favorire stereotipi e pregiudizi che hanno un impatto negativo sulla relazione tra professionisti e beneficiari dell'assistenza. Per migliorare queste interazioni, è fondamentale che i professionisti dell'assistenza, attuali e futuri, siano consapevoli delle barriere culturali, sociali e comunicative che possono sorgere quando ci si occupa di persone anziane di origine straniera. Affrontare queste barriere è fondamentale per promuovere relazioni migliori e fornire un'assistenza centrata sulla persona e sensibile alla diversità.



4. Ostacoli nell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria e sociale

Alfabetizzazione sanitaria

Le persone anziane e le loro famiglie o caregiver a volte non conoscono alcune condizioni di salute fisica e mentale, come la demenza, considerandola spesso una parte normale dell'invecchiamento piuttosto che una condizione medica che richiede un trattamento (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kıraç et al., 2022). Questa percezione può portare a ritardi nella ricerca di servizi di assistenza professionale e di interventi di cura appropriati. La mancanza di consapevolezza può anche ostacolare la diagnosi e il trattamento precoci, che sono fondamentali per gestire condizioni di salute come la demenza.

In molte comunità di migranti si tende a sottovalutare o a fraintendere i sintomi delle condizioni legate all'età, in parte a causa di fattori culturali o di un accesso limitato all'educazione sanitaria (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kıraç et al., 2022).



Questa carenza di conoscenze può portare a fare del caregiving familiare la principale fonte di sostegno, mentre i servizi di assistenza professionale rimangono sottoutilizzati, aggravando sia le condizioni di salute che la pressione sui caregiver informali.

Barriere linguistiche e comunicative

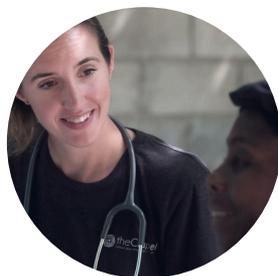
Le barriere linguistiche rappresentano una sfida significativa per le persone anziane di origine straniera e per le loro famiglie o caregiver quando interagiscono con gli operatori sanitari e sociali. Lo studio di Priebe et al. (2011) evidenzia che i problemi linguistici sono tra le barriere più frequentemente segnalate, e portano a un divario di comunicazione che complica lo scambio di informazioni sanitarie vitali, tra cui l'espressione di sintomi, diagnosi e trattamenti prescritti. Questo gap comunicativo può avere un impatto negativo non solo sul rapporto tra professionisti e assistiti, ma anche sulle procedure amministrative e sull'accesso ai servizi di assistenza professionale. Secondo lo studio, le barriere linguistiche spesso causano frustrazione e limitano l'efficacia della comunicazione, riducendo l'apertura e la fiducia tra le due parti.



Oltre alle barriere linguistiche, le persone anziane di origine straniera possono trovarsi ad affrontare ulteriori sfide comunicative a causa di fattori legati all'età, come i deficit sensoriali o cognitivi. Questi disturbi possono rendere difficile seguire le conversazioni, soprattutto se il discorso è denso di informazioni o viene pronunciato con un tono inappropriato. Anche problemi fisici, come la perdita dell'udito, possono ostacolare una comunicazione efficace.

Inoltre, i fattori psicologici, compresi le condizioni emotive come la depressione, l'ansia o l'imbarazzo, possono complicare ulteriormente la comunicazione. Anche la percezione di sé gioca un ruolo importante: gli anziani possono temere di essere giudicati o discriminati, mentre possono percepire gli operatori sanitari e sociali come troppo formali o distanti. Questi fattori creano barriere comunicative che possono esacerbare le incomprensioni tra l'assistito e l'operatore. Inoltre, gli stereotipi sulle persone anziane, come le supposizioni che siano “sorde”, “chiuse” o “diffidenti”, possono influenzare le interazioni e ridurre la qualità dell'assistenza.

Per superare queste sfide è necessario che gli operatori sanitari e sociali siano sensibili alle esigenze fisiche e psicologiche delle persone anziane, adattando di conseguenza il loro stile di comunicazione.



Istruzione

L'istruzione determina non solo le condizioni di salute, ma anche l'accesso ai servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale. La fornitura di informazioni e le procedure amministrative, compresa la compilazione di moduli, sono ostacolate da un alto tasso di alfabetizzazione tra le persone anziane con un background migratorio (Ahhadour et al., 2016).



Condizione economica

Una condizione economica non agiata e la bassa posizione socio-economica è una barriera fondamentale per l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale (Ahhadour et al., 2016; Jacobsen et al., 2023). Una posizione socio-economica bassa sembra spiegare una salute peggiore, poiché le persone con un reddito insufficiente risparmiano sull'assistenza sanitaria. Inoltre, i costi elevati di specifici servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale non sono accessibili per le persone con una posizione socio-economica bassa.



Conoscenza dei servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale

Le persone anziane di origine straniera e le loro famiglie e caregiver possono non conoscere i servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale disponibili a causa della mancanza di familiarità con le strutture di assistenza nel Paese ospitante (Ahaddour et al., 2016; Duran-Kıraç et al., 2022). Questa mancanza di familiarità deriva dal fatto che nella loro cultura o nel loro Paese d'origine potrebbero non avere un concetto comparabile di servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale.

Di conseguenza, queste persone possono vedere negativamente l'assistenza professionale. Inoltre, le conoscenze insufficienti e la mancanza di informazioni sulle risorse disponibili, come i materiali informativi tradotti e gli strumenti sensibili alle lingue e alle diversità, contribuiscono ulteriormente a questo divario nell'uso e nella consapevolezza dei servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale.

Barriere culturali e religiose

I servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale spesso non hanno una conoscenza sufficiente delle credenze e delle pratiche culturali e religiose delle persone anziane di origine straniera e delle loro famiglie/assistenti informali (Ahaddour et al., 2016). Questo può portare a trascurare fattori importanti come l'atteggiamento dell'assistito nei confronti della salute, della malattia e delle opzioni terapeutiche. Nelle società collettive tradizionali, affidarsi a un'assistenza professionale è talvolta visto come un fallimento dei figli nell'adempiere alle proprie responsabilità di cura, il che può comportare una perdita di faccia all'interno della comunità.



Le differenze culturali sollevano anche preoccupazioni riguardo all'impegno con gli esami fisici e le terapie non farmacologiche, in particolare nelle aree che prevedono trattamenti corporei. Possono sorgere anche problemi pratici, come mancare agli appuntamenti, presentarsi in ritardo o cercare consigli informali al di fuori del sistema di assistenza. Ciò può creare frustrazione per gli operatori sanitari, spesso limitati da tempo e risorse, e può portare a incomprensioni e stereotipi reciproci. Le differenze culturali possono agire come barriere, favorendo la percezione di distanza e persino di incompatibilità tra gli operatori e i beneficiari dell'assistenza. Questo divario può sembrare incolmabile, poiché è spesso percepito come una frattura simbolica e culturale (Priebe et al., 2011; Martin, 2015).



Diverse concezioni di malattia e trattamento

L'antropologia medica sottolinea che le percezioni e gli approcci delle persone alla malattia e alla salute sono profondamente modellati dalle loro esperienze personali e dall'ambiente socio-culturale. Ad esempio, in un caso riportato da un operatore sanitario danese, una donna somala credeva che il dolore alla schiena fosse causato dall'aria che si muoveva all'interno del suo corpo. Ha chiesto all'operatore sanitario di perforarle la spalla per far uscire l'aria. L'operatore sanitario ha avuto difficoltà a spiegare che il dolore alla schiena era legato a problemi muscolari, non all'aria, e alla fine ha dovuto usare un libro di anatomia per aiutare la paziente a capire. Sebbene la donna abbia preso le pillole prescritte e abbia provato sollievo, la sua iniziale riluttanza ha sottolineato le grandi differenze culturali nella percezione del corpo e della malattia.

Queste diverse concezioni del corpo umano e delle opzioni terapeutiche possono influenzare in modo significativo il livello di fiducia dell'assistito nei confronti dell'operatore, nonché la sua adesione alle terapie prescritte. La cattiva comunicazione o le differenze di interpretazione possono portare gli operatori a percepire gli assistiti come poco fiduciosi, arroganti o ignoranti, il che a sua volta può favorire un atteggiamento giudicante. Questo può portare gli operatori a rinunciare o a confrontarsi con l'assistito (Priebe et al., 2011).



Dilemmi sulla restituzione e sull'assistenza

Le persone anziane di origine straniera spesso sperimentano un profondo senso di disorientamento e di alienazione nel momento in cui affrontano le complessità dell'invecchiamento in un Paese straniero.

Molti desiderano invecchiare nel proprio Paese d'origine, spinti dalla nostalgia e dal desiderio di rimanere legati alle proprie radici culturali. Tuttavia, fattori pratici ed emotivi, come la presenza di nipoti, reti sociali e sicurezza finanziaria, possono costringerli a rimanere nel nuovo Paese (Ahhadour et al., 2016).



Inoltre, c'è un cambiamento significativo nelle aspettative tradizionali di assistenza familiare. Ad esempio, i musulmani più anziani fanno spesso affidamento sui figli per il loro sostegno, in quanto considerato un dovere religioso fondato sul Corano. Sebbene i figli riconoscano questo obbligo, spesso si trovano nell'impossibilità di soddisfare queste aspettative a causa del cambiamento delle norme sociali. L'influenza della globalizzazione e dell'individualizzazione ha trasformato la tradizionale struttura familiare allargata in un modello di famiglia nucleare più occidentalizzato. Questo cambiamento può creare sentimenti di delusione e insicurezza per le persone anziane con un background migratorio, abituate a una dinamica di cura diversa, radicata nelle responsabilità familiari collettive.

Fiducia e aspettative

Nel rapporto tra professionista e assistito può emergere la sfiducia, che porta all'omissione di informazioni critiche e alla riluttanza a impegnarsi con i professionisti dell'assistenza. Questa diffidenza può estendersi agli interpreti o ai mediatori coinvolti nel processo di cura. Tale ostilità può creare disagio per tutte le parti e può derivare da esperienze negative con i servizi professionali di assistenza sanitaria e sociale.

Priebe et al. (2011) notano che le persone anziane con un background migratorio spesso esprimono diffidenza nei confronti di operatori e interpreti provenienti da Paesi in cui hanno precedentemente affrontato conflitti politici o religiosi. In alcuni casi, questi assistiti chiedono esplicitamente di essere visitati da personale diverso o rifiutano informazioni sulla base di queste preoccupazioni.

Anche gli operatori sanitari e sociali riconoscono questa sfida. Un operatore sanitario dei Paesi Bassi osserva che molte persone anziane con un background migratorio affrontano la discriminazione e il rifiuto all'interno del sistema sanitario, descrivendo esperienze in cui sono state trattate in modo scortese o fatte sentire inferiori a causa delle barriere linguistiche. Questi incontri negativi contribuiscono a creare una sfiducia pervasiva che influenza il rapporto operatore sanitario-destinatario.



Creare fiducia nell'assistenza sanitaria e sociale professionale è particolarmente cruciale per le persone anziane di origine straniera e per le loro famiglie e caregiver. La mancanza di sensibilità alla diversità da parte degli operatori sanitari e sociali può esacerbare i sentimenti di sfiducia. Il pensiero stereotipato dei professionisti dell'assistenza può ostacolare la continuità delle cure e contribuire a creare incomprensioni. Questa mancanza di fiducia può portare le persone a sentirsi offese e sulla difensiva, talvolta sfociando in atteggiamenti negativi che rafforzano ulteriormente la percezione delle persone anziane con background migratorio e delle loro famiglie come chiuse o arroganti. Questi atteggiamenti spesso trascurano le questioni più profonde che guidano il loro comportamento.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: *mappa dell'empatia*

Obiettivi	I partecipanti possono immergersi nelle esperienze vissute dalle persone anziane di origine straniera per quanto riguarda l'assistenza informale e i servizi di assistenza sanitaria e sociale.
Metodi	Mappa dell'empatia; narrazione di storie e interviste; pensiero critico, riflessione; discussione di gruppo.
Durata	1 ora
Risorse necessarie	Il modello della mappa dell'empatia
Riferimenti	/
Istruzioni	<p>La mappa dell'empatia è uno strumento utile per comprendere meglio le esperienze e le necessità delle persone a cui si offre supporto. L'obiettivo dell'esercizio è quello di mettersi nei panni di queste persone, per identificare meglio le loro emozioni, preoccupazioni e bisogni specifici creando il profilo di un destinatario delle cure anziano e di origine straniera.</p> <p>Una mappa dell'empatia aiuta a descrivere gli aspetti dell'esperienza, i bisogni e i punti dolenti di un utente, per capire la sua esperienza e la sua mentalità. Si tratta di un semplice schema che viene completato con gli aspetti che i partecipanti ritengono rilevanti per quelle specifiche aree.</p> <p>Il modello accompagna la riflessione sull'esperienza di cura di un anziano di origine straniera attraverso le seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cosa pensa? -Cosa sente? -Cosa fa? -Cosa dice? <p>I partecipanti devono compilare le 4 aree riflettendo e immedesimandosi nella persona destinataria delle cure.</p>

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: *mappa dell'empatia*

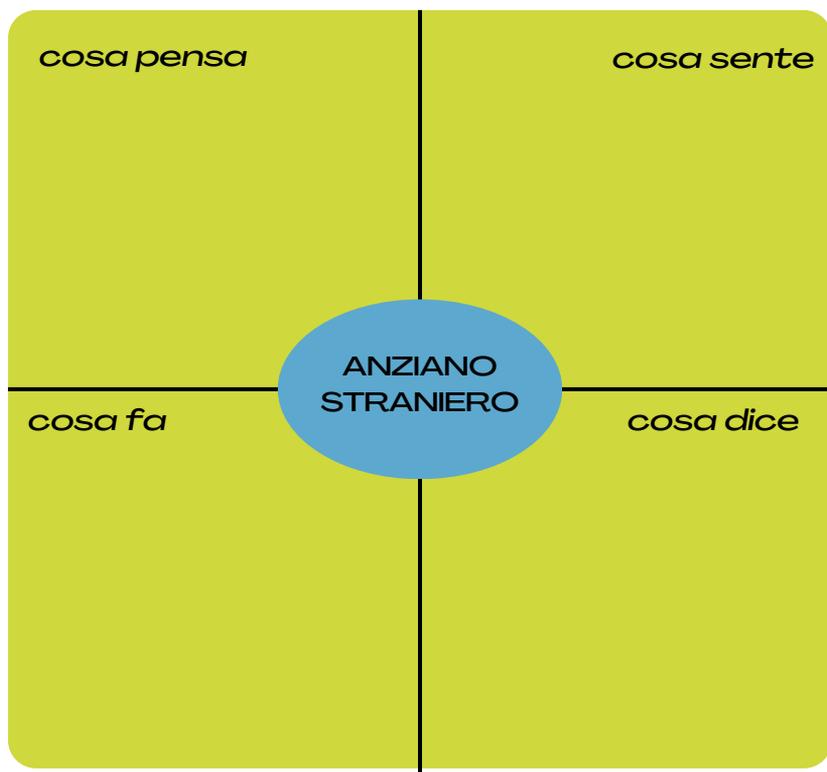
Istruzioni

Ciascun partecipante, singolarmente o in gruppo, pensa alla propria esperienza e seleziona un caso basato possibilmente sulla loro esperienza di lavoro con persone di origine straniera o ne crea uno nuovo sulla base delle sue conoscenze. Dopo aver compilato

le varie aree ogni partecipante o ogni gruppo presenterà la propria mappa al resto della formazione. Si discuteranno insieme le diverse prospettive e le soluzioni emerse.

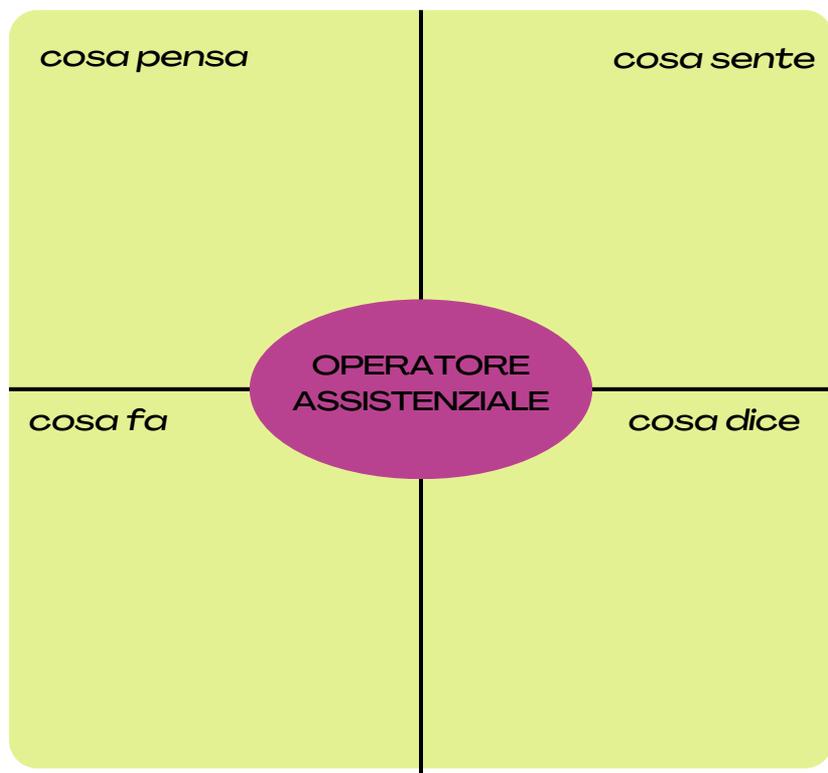
L'obiettivo di questo esercizio è creare una visione empatica e pratica delle sfide quotidiane che affrontano le persone anziane straniere, migliorando così la qualità dell'assistenza che possiamo offrire loro.

Il modello può essere stampato o riprodotto in lavagne condivise fisiche o virtuali e completato usando i post-it. Inoltre può prendere in esame la prospettiva di altre figure come familiari o operatori.



ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO:

storie di persone
anziane di origine
straniera



CAPITOLO 3:

LA CONSAPEVOLEZZA DEGLI STEREOTIPI E DEI PREGIUDIZI NEL CONTESTO DI CURA

1. Stereotipi: cosa sono e a cosa servono

Riconoscere e affrontare gli stereotipi è fondamentale non solo per promuovere l'uguaglianza e il rispetto tra i diversi gruppi sociali, ma anche per favorire una comprensione più profonda e una comunicazione empatica tra le persone. Gli stereotipi svolgono diverse funzioni cognitive e sociali, tra cui quella di semplificare l'elaborazione delle informazioni in situazioni di incertezza. Tuttavia, se da un lato possono facilitare la formulazione di valutazioni rapide, dall'altro possono favorire la nascita di pregiudizi e discriminazioni, contribuendo alla diffusione di maggiore esclusione e ingiustizia sociale. La funzione di difesa personale degli stereotipi è particolarmente importante da considerare. La svalutazione dei membri di un gruppo esterno può rafforzare temporaneamente l'autostima delle persone appartenenti a gruppi di spicco all'interno della società. Tuttavia, questa dinamica crea un ambiente di competizione tra i gruppi che può acuire i conflitti e le divisioni. Gli stereotipi fungono da "collante" all'interno di un gruppo sociale, creando un senso di appartenenza attraverso credenze e norme condivise. Questo può sia favorire la coesione sociale sia alimentare forme di esclusione verso chi non condivide quei valori. La definizione di Hamilton e Troiler (1986) riguardo agli stereotipi sottolinea il loro ruolo di struttura cognitiva:

gli stereotipi semplificano e categorizzano la realtà, creando immagini distorte che, sebbene possano contenere elementi di verità, ma rischiano di non riflettere la complessità delle persone all'interno di un gruppo.

La loro funzione di categorizzazione è utile per elaborare rapidamente le informazioni, ma può essere problematica perché porta a generalizzazioni e pregiudizi. Gli stereotipi, indipendentemente dal fatto che siano classificati come positivi o negativi, limitano la capacità di vedere e riconoscere l'individualità e la diversità all'interno di un gruppo. L'attivazione automatica degli stereotipi può avvenire in modo inconsapevole, influenzando le percezioni e i comportamenti anche in assenza di pregiudizi manifesti. Questi pregiudizi inconsci possono rafforzare le disuguaglianze sociali e perpetuare atteggiamenti discriminatori in forme sottili e insidiose. Nonostante gli stereotipi sembrino rappresentare caratteristiche collettive, spesso si concentrano su caratteristiche superficiali e generalizzate, portando a rappresentazioni inaccurate che trascurano le esperienze e le qualità distinte di ogni persona.

Un aspetto critico è la giustificazione delle disuguaglianze sociali basata sugli stereotipi. Gli stereotipi possono mascherare e legittimare le strutture di potere esistenti, impedendo alle persone di riflettere in modo critico sul proprio status e sulle disuguaglianze che le riguardano. È quindi essenziale mettere in discussione e superare gli stereotipi per promuovere una maggiore equità e giustizia sociale, favorendo un ambiente in cui la diversità e l'individualità siano riconosciute e valorizzate.



ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: *i limoni non sono tutti uguali*

Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> ·Riflettere e accorgersi delle diversità all'interno dei gruppi, comprendendo che le caratteristiche in comune possono mascherare differenze significative. ·Favorire una prospettiva aperta e inclusiva e promuovere la possibilità di andare oltre ai giudizi superficiali nelle interazioni interculturali.
Metodi	<p>Esercizio di gruppo L'attività può essere svolta solo in presenza</p>
Tempo di svolgimento	30 minuti
Risorse necessarie	<p>Almeno un limone per ogni partecipante, fogli bianchi. Si possono scegliere altri frutti (ad esempio, noci, arance, mele, ecc.).</p>
Bibliografia	BICAS - Building intercultural competencies for ambulance services (2016)
Istruzioni	<p>Il facilitatore dispone i limoni in fila su un tavolo. Ogni partecipante deve scegliere uno dei limoni e guardarlo per un minuto (può anche toccarlo e prendere nota di ciò che ha osservato). Ogni partecipante deve ricordare le caratteristiche del limone.</p> <p>Ora tutti i limoni vengono mescolati di nuovo (ad esempio, in una ciotola) e ogni partecipante deve ritrovare il proprio limone che ha scelto precedentemente.</p> <p>A questo punto, il facilitatore pone le seguenti domande ai partecipanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avete scelto il limone giusto? -Come lo avete riconosciuto? -Quali le caratteristiche che avete individuato? -È stato facile o difficile riconoscerle? Perché?

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: i limoni non sono tutti uguali

Istruzioni

Alla fine dell'esercizio, si riflette sul fatto che i limoni sembrano a primo impatto tutti uguali. Ma se si guarda più attentamente, sono tutti diversi e hanno caratteristiche uniche e proprie. Un' identificazione generica non descrive l'aspetto o le caratteristiche specifiche del frutto. Nella nostra vita quotidiana tendiamo a categorizzare, questo capita anche con gli esseri umani e i gruppi. Ci serviamo di generalizzazioni e di pensieri stereotipati. Non possiamo però pensare che questo corrisponda a una presentazione approfondita di un individuo e del gruppo. È importante riflettere sulle nostre categorie e usarle solo come primo orientamento, mantenendo una visione aperta ai dettagli individuali. Anche se le persone possono appartenere a un gruppo culturale, conservano una propria identità e caratteristiche proprie che ne determinano gli atteggiamenti e le opinioni.

2. Come nascono gli stereotipi?

I processi psicologici e sociali che portano alla formazione e al consolidamento degli stereotipi sono fortemente influenzati da diversi meccanismi cognitivi, affettivi e sociali. Di seguito, riassumiamo i punti chiave trattati.

◆ **Bias cognitivi**

Gli stereotipi e i pregiudizi sono influenzati da bias cognitivi, che agiscono come filtri dell'informazione, selezionando solo i dati rilevanti per i propri obiettivi e trascurando altri elementi.

◆ **Categorizzazione sociale**

Gli esseri umani tendono a classificare le persone in base a caratteristiche condivise, come il genere, l'etnia o la classe sociale, portando a una visione semplificata degli altri come membri di un gruppo piuttosto che come persone.

◆ **Principio di assimilazione intragruppo**

Le somiglianze tra le persone all'interno di un gruppo sono sopravvalutate, mentre le differenze tra gruppi diversi (outgroup) sono sottovalutate.

◆ **Errori di attribuzione**

l'errore di attribuzione e la correlazione illusoria possono distorcere il modo in cui percepiamo il comportamento di persone appartenenti a gruppi diversi, portando spesso a conclusioni errate sui tratti di personalità sulla base di pochi comportamenti osservati. Ad esempio, un'utente musulmana racconta come il medico abbia ipotizzato che il suo hijab fosse indossato per conformarsi passivamente alle usanze legate alla sua religione, tradizioni imposte dalla propria famiglia considerando questa usanza arretrata, sciocca e poco intelligente. In questo modo non ha considerato la sua individualità, libertà di scelta e definizione personale (Martin, 2015).

◆ *Meccanismi affettivi*

Le emozioni negative e l'ansia verso i gruppi esterni possono intensificarsi con la mancanza di un contatto diretto, facendo sì che queste emozioni vengano associate al gruppo esterno rafforzando gli stereotipi associati ad esso.

◆ *Apprendimento sociale*

Gli stereotipi possono derivare anche dall'apprendimento sociale, in cui le credenze sui gruppi sociali vengono trasmesse culturalmente attraverso la famiglia, gli amici, la scuola e i media, piuttosto che dall'esperienza diretta.

La formazione degli stereotipi è un fenomeno complesso e multidimensionale, influenzato da molteplici fattori psicologici e sociali. Per contrastare gli stereotipi, è fondamentale promuovere interazioni positive e significative tra gruppi diversi e incoraggiare una riflessione consapevole e attenta sulle rappresentazioni sociali e culturali.

3. Pregiudizi

Etimologicamente, il termine pregiudizio deriva dal latino *praeiudicium*, che combina *prae* (che significa "prima") e *iudicium* (che significa "giudizio"). Ciò indica che il pregiudizio implica la formazione di una valutazione o di un giudizio prima di aver acquisito tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione ponderata.



In psicologia sociale, il pregiudizio è comunemente inteso come un atteggiamento generalmente negativo nei confronti di un gruppo o di persone percepite come appartenenti a tale gruppo. Questo atteggiamento è spesso basato su stereotipi piuttosto che su caratteristiche individuali. Il pregiudizio può manifestarsi a vari livelli di consapevolezza ed è influenzato dalle norme sociali e dai valori culturali.

Il modello di giustificazione-soppressione di Crandall ed Eshleman sostiene che le persone sperimentano sia pensieri preconceppi/pregiudizi sia pressioni sociali che ne inibiscono l'espressione. Si crea così una complessa interazione tra i pregiudizi personali e le aspettative della società.

La distinzione tra “pregiudizio di vecchio stile” e “pregiudizio moderno” è particolarmente significativa. Il pregiudizio vecchio stile è caratterizzato da atteggiamenti espliciti e manifesti e da comportamenti discriminatori, mentre il pregiudizio moderno è spesso più sottile, nascosto e difficile da individuare.



Spesso si tratta di conflitti interiori che portano a quello che viene definito razzismo aversivo. In questa forma di pregiudizio, le persone possono avere inconsciamente opinioni discriminatorie, pur esprimendo esteriormente convinzioni di uguaglianza e giustizia, con conseguenti comportamenti incoerenti. Per comprendere e affrontare efficacemente le dinamiche del pregiudizio, è necessario considerare molteplici fattori, tra cui le influenze culturali, i meccanismi psicologici e le interazioni sociali. La sfida consiste nel promuovere la consapevolezza e la comprensione per ridurre il pregiudizio in tutte le sue forme, favorendo interazioni sociali più eque e giuste.

4. Stereotipi e pregiudizi: somiglianze e differenze

Pregiudizi e stereotipi emergono dal processo di categorizzazione sociale, che consente alle persone di distinguere tra l'ingroup (il gruppo a cui si appartiene) e l'outgroup (altri gruppi sociali).

Sebbene stereotipi e pregiudizi siano spesso considerati sinonimi, hanno caratteristiche distinte che necessitano di essere differenziati (Marx & Ko, 2019).

Gli stereotipi sono rappresentazioni cognitive che semplificano e categorizzano le percezioni dei gruppi, fungono da base per le credenze generali sulle caratteristiche di questi ultimi. Possono essere visti come lo stadio preliminare del pregiudizio. D'altra parte, il pregiudizio è un atteggiamento più ampio che comprende tre componenti:

- ◆ **Componente Cognitiva**
comprende gli stereotipi, che rappresentano le credenze su un gruppo esterno.
- ◆ **Componente Affettiva**
comprende le emozioni suscitate dall'outgroup, come la paura, l'ansia o la rabbia.
- ◆ **Componente Comportamentale**
si riferisce alle intenzioni o alle azioni intraprese nei confronti dell'outgroup, che possono manifestarsi attraverso forme di discriminazione.

La discriminazione è l'espressione comportamentale del pregiudizio, che rappresenta un'azione negativa rivolta alle persone in base alla loro appartenenza a un gruppo. Tuttavia, il pregiudizio non porta sempre alla discriminazione, poiché ci possono essere casi in cui le persone scelgono consapevolmente di ignorare le loro convinzioni pregiudiziali.

Stereotipo: "I Nord Africani sono rumorosi"

Esempio

Pregiudizio: "Se potessi, non affitterei mai una casa a una persona nordafricana". Questo riflette una convinzione cognitiva sui nordafricani (rumorosità) insieme a una risposta emotiva di ansia per la situazione (componente affettiva).

Discriminazione: "Non affitto ai nordafricani", che è il comportamento effettivo messo in atto sulla base del pregiudizio.

CASO STUDIO IN UN CONTESTO EDUCATIVO

Consideriamo un gruppo di studenti di diversa provenienza culturale che lavora insieme a un progetto. Uno studente appartenente a un gruppo di minoranza culturale può imbattersi in stereotipi legati alle sue origini culturali, ad esempio potrebbero suggerire che rispetto al contesto in cui si trovano possano essere meno capaci o intelligenti. Questi stereotipi costituiscono la componente cognitiva del pregiudizio. Tuttavia, la presenza di questi stereotipi non comporta automaticamente un comportamento discriminatorio. Man mano che il gruppo collabora, gli altri studenti possono inizialmente sentirsi influenzati dai loro pregiudizi, ma in seguito potrebbero sviluppare empatia per il loro compagno di classe appartenente a una minoranza, cambiando anche le convinzioni. Questo cambiamento indica la componente affettiva, che porta a un atteggiamento positivo verso l'inclusività.

In questo scenario, nonostante l'attivazione iniziale di stereotipi negativi, l'intenzione collettiva del gruppo di promuovere un ambiente inclusivo può attenuare il comportamento discriminatorio. Ciò illustra la distinzione tra convinzioni stereotipate e azioni effettive, evidenziando come la consapevolezza, l'empatia e le dinamiche sociali possano svolgere un ruolo critico nel superamento dei pregiudizi.

Nel complesso, questo esempio sottolinea che gli stereotipi possono influenzare le percezioni e i pensieri, ma non i comportamenti. Gli sforzi intenzionali per impegnarsi positivamente possono creare un'atmosfera più inclusiva ed equa, dimostrando la capacità delle persone di superare i pregiudizi iniziali.



[Pregiudizio e Discriminazione: Corso accelerato di Psicologia](#)

Se preferisci attivare i sottotitoli in italiano, segui le istruzioni di seguito:

1. Vai al video che vuoi guardare.
2. Se sono disponibili i sottotitoli codificati, in basso a destra del video player sarà visibile l'icona "Impostazioni".
3. Per attivare i sottotitoli codificati, fai clic su "Sottotitoli" e poi su "Traduzione automatica".
4. Per disattivarli, ritorna sull'area "Sottotitoli" e seleziona "Disattivati".

In questo video viene approfondito il concetto di stereotipo, pregiudizio e discriminazione e vengono dati diversi suggerimenti per diventare più consapevoli dei propri stereotipi.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: lavorare con le etichette

Obiettivi	Rendere i partecipanti più consapevoli sugli stereotipi.
Metodi	Discussione di gruppo L'attività può essere svolta in presenza o online utilizzando come supporto una Jamboard (o strumento simile).
Tempo di svolgimento	1 ora
Risorse necessarie	Post-it / penne Se la sessione si svolgerà online, è necessaria una piattaforma per riunioni (ad esempio, Zoom) e un software online per il lavoro di gruppo (ad esempio, Ideaboarz o Mural).
Bibliografia	/
Istruzioni	<ul style="list-style-type: none"> ·Il facilitatore invita i partecipanti a pensare a uno stereotipo o a una situazione di discriminazione associata a uno stereotipo e alle emozioni che ha suscitato - Lo stereotipo e la situazione di discriminazione associata possono anche non riguardare il partecipante ma riferirsi a situazioni più generali note ai partecipanti. ·Il facilitatore invita i partecipanti a scrivere su due diversi post-it lo stereotipo / la situazione di discriminazione associata e le emozioni suscitate. Se il lavoro viene svolto online, i partecipanti possono scrivere post it digitali, ad esempio su Jamboard o simili. ·I partecipanti vengono divisi in coppie e i post it vengono scambiati. Il facilitatore promuove una discussione a coppie, supportata dalle seguenti domande: siete consapevoli dello stereotipo che l'altra persona ha scritto? Avete avuto esperienze che supportano questo stereotipo o, viceversa, che lo decostruiscono? Se si realizza online, l'attività di discussione si può svolgere in gruppo, oppure si possono creare sottostanze per ogni coppia.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: *lavorare con le etichette*

Instructions

Il facilitatore invita i partecipanti ad attaccare tutti i post it con gli stereotipi/situazioni di discriminazione sul lato sinistro della parete e i sentimenti associati sul lato destro - se fatto online, il facilitatore ordina i post it in modo efficace per promuovere una discussione di gruppo. I tirocinanti sono guidati dal facilitatore in una discussione sulla varietà e diversità degli stereotipi, supportata dalle seguenti domande:

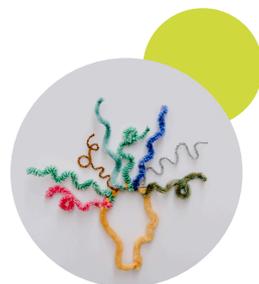
- ***Sei a conoscenza di tutti questi stereotipi? Hai mai avuto occasione di riflettere su di essi?***
- ***Quale pensate sia l'impatto e le conseguenze che possono avere questi stereotipi?***
- ***Secondo voi, questi stereotipi vi hanno mai influenzato nella vita quotidiana e, se sì, in che modo?***
- ***Perché questi stereotipi/situazioni di discriminazione vi fanno sentire così?***
- ***Scegliete tre stereotipi e riflettete in gruppo sul loro impatto e sulle relative contraddizioni che avete sperimentato: quali sono i punti in comune e le differenze tra questi tre stereotipi?***

5. Persone anziane con origini straniere: stereotipi e pregiudizi nel contesto assistenziale

Essere anziani e migranti allo stesso tempo può esporre l'individuo al doppio rischio di emarginazione ed esclusione sociale, nonché a condizioni di disabilità, solitudine e povertà nel senso più ampio del termine. La combinazione di età e migrazione gioca quindi come un fattore di influenza invisibile che può esporre più facilmente le persone anziane con un background migratorio a stereotipi e pregiudizi nei contesti sociali e nei contesti di cura, che di fatto precludono la possibilità di accedere a servizi di qualità.

Ad esempio, una persona discriminata sulla base della propria appartenenza culturale può essere discriminata anche sulla base del genere, dell'orientamento sessuale, dell'età, della disabilità, ecc.

Tale discriminazione multipla crea, infatti, uno svantaggio cumulativo che, nel caso delle persone anziane con un'origine straniera, si traduce in difficoltà economiche, minore qualità della salute, diritti limitati alla sicurezza e all'assistenza sanitaria, accesso limitato ai servizi, politiche inadeguate (Dolberg et al., 2018).



Le disuguaglianze etniche nell'assistenza sanitaria e sociale sono un problema significativo e alcuni studi, come quello di Nazroo (2006), dimostrano che queste disuguaglianze tendono a peggiorare con l'età, soprattutto a causa di fattori socio-economici. Inoltre, Nazroo (2006) sottolinea l'importanza di comprendere il fenomeno della discriminazione strutturale per analizzare correttamente le disuguaglianze di natura culturale nell'ambito dell'assistenza sanitaria e sociale.

La discriminazione nei confronti delle persone anziane con origine straniera è alimentata da stereotipi e pregiudizi che li fanno percepire come devianti o meno importanti, come dimostrato da Chaoui et al. (2021). Ad esempio, la preferenza per gli operatori sanitari di sesso femminile da parte delle donne anziane con origini straniere è spesso erroneamente attribuita a ragioni di carattere etnico piuttosto che culturale, mentre preferenze simili nelle donne anziane autoctone passano inosservate.



La discriminazione nell'assistenza sanitaria e sociale è particolarmente evidente per le minoranze religiose ed etniche, come per le persone musulmane, come dimostrato da Martin (2015). I musulmani riferiscono spesso dei comportamenti scorretti, di esclusione e di offesa da parte dei professionisti della sanità e dell'assistenza sociale, in particolare per quanto riguarda le pratiche religiose come la preghiera. Queste esperienze evidenziano una più ampia mancanza di sensibilità da parte degli operatori sanitari e sociali.

Questi studi incoraggiano a ripensare l'approccio verso le diverse culture nei settori dell'assistenza sanitaria e sociale, e suggeriscono la necessità di formare e sensibilizzare il personale per affrontare al meglio i propri stereotipi e pregiudizi e garantire un'assistenza equa e rispettosa delle diverse culture. La comprensione e l'inclusione delle differenze culturali potrebbero contribuire a migliorare le esperienze di assistenza per le persone anziane con un'origine straniera, così come per le altre minoranze etniche.

Le esperienze di discriminazione si estendono agli ambienti ospedalieri, dove gli anziani con origini straniere riferiscono di incontrare trattamenti differenti:

a volte a causa delle loro pratiche religiose, altre per le loro scelte alimentari (come la non somministrazione di cibo halal), in altri casi per le loro abilità di comunicazione (spesso incappano in supposizioni errate sulle loro capacità di comunicare). Questi esempi riflettono la categorizzazione sociale, dove “noi” (personale e utenti autoctoni) e “loro” (utenti anziani con background migratorio) creano disparità di trattamento ed esclusione.

Un altro pregiudizio e forma di discriminazione di cui possono essere vittime gli anziani stranieri è il cosiddetto ageismo. L'ageismo è un'oggettiva disparità di trattamento basata sull'età. Si tratta infatti di un fenomeno intergenerazionale: ogni fascia d'età è potenzialmente soggetta a pregiudizi basati sull'età. Tuttavia, gli effetti dell'ageismo hanno più conseguenze negative per le persone anziane, soprattutto se l'età è combinata allo status di straniero, questo aggiunge un ulteriore livello di svantaggio, portando alla svalutazione e all'emarginazione.



Nell'assistenza socio-sanitaria l'ageismo si manifesta con comportamenti sia negativi che apparentemente benevoli, portando a un impatto negativo sulla comunicazione tra gli operatori sanitari e sociali e le persone anziane.

Alcuni studi, come quello di Caris-Verhallen et al. (1999), dimostrano che gli atteggiamenti ageisti dei professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale si traducono in interazioni più brevi e superficiali e in stili di comunicazione orientati al

compito, che minano il coinvolgimento attivo degli assistiti anziani nel processo decisionale. La letteratura presenta un quadro complesso degli atteggiamenti delle professioni assistenziali: alcuni studi mostrano una chiara negatività nei confronti delle persone anziane, mentre altri offrono valutazioni più neutre o addirittura positive.

Tuttavia, è preoccupante notare che l'ageismo si manifesta anche nelle pratiche cliniche e nelle scelte terapeutiche, portando a una disparità di trattamento tra i diversi gruppi di età (Wyman et al., 2018). Ambady (2002), ad esempio, indica che alcuni medici tendono a escludere gli anziani dal processo decisionale relativo alle loro cure, diversamente da come agiscono con i pazienti più giovani.

Il concetto di “elderspeak”, un modo paternalistico di parlare alle persone anziane, aggrava ulteriormente questo problema, contribuendo a un trattamento delle persone anziane che può risultare infantile (Shaw & Gordon, 2021). L'effetto di questo atteggiamento discriminatorio influisce negativamente su diversi aspetti della vita delle persone anziane, compresi i processi cognitivi, comportamentali e di salute, e ciò avviene anche in assenza di consapevolezza da parte loro (Wyman et al., 2018).

Sia gli anziani che i professionisti dell'assistenza evidenziano numerose barriere alla partecipazione degli anziani al processo decisionale condiviso (Belcher et al., 2006; Wetzels et al., 2004). Questi fattori rendono evidente la complessità della situazione, che richiede sforzi significativi per formare i professionisti dell'assistenza e per fornire maggiore supporto alle persone anziane e alle loro famiglie/caregiver familiari. Riconoscere e affrontare l'ageismo è essenziale per migliorare la qualità dell'assistenza e promuovere una maggiore inclusione degli anziani nella loro cura.

6. Quali sono gli effetti degli stereotipi?

Il tema degli stereotipi e dei loro effetti è di grande rilevanza in psicologia sociale, in particolare per capire come essi influenzino le dinamiche tra gruppi e l'identità personale. Le ricerche di Steele e Aronson sulla minaccia degli stereotipi dimostrano che la semplice consapevolezza degli stereotipi negativi può danneggiare l'agire di un individuo. Questo può creare un circolo vizioso in cui l'ansia da prestazione rafforza proprio gli stereotipi che hanno causato l'ansia.

La teoria suggerisce che quando le persone appartenenti a gruppi stigmatizzati sono consapevoli degli stereotipi negativi associati al loro gruppo, tendono a sentirsi minacciate e a comportarsi maggiormente in modi che vanno a confermare questi stereotipi, anche in aree non direttamente collegate al contenuto della loro identità sociale.

Questo fenomeno può avere conseguenze significative sulla percezione di sé e sul benessere psicologico. Ad esempio, gli stereotipi sulle persone anziane non solo influenzano le aspettative degli altri nei loro confronti, ma incidono anche sulla fiducia in sé stessi e sul senso di efficacia delle persone anziane (National Research Council Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology; Carstensen & Hartel, 2006).

Queste convinzioni possono portare le persone anziane a sottovalutare le proprie capacità, con un conseguente danno alla loro qualità di vita. Questo illustra come gli stereotipi, una volta interiorizzati, possano perpetuare l'emarginazione e la discriminazione sia a livello sociale che personale.



La questione della discriminazione delle persone anziane con un'origine straniera nel contesto dell'assistenza sanitaria è estremamente rilevante e merita un'attenzione approfondita. Gli stereotipi che circondano l'età anziana e l'appartenenza a gruppi sociali minoritari creano barriere significative all'accesso a cure adeguate e appropriate. La poca conoscenza e la mancanza di consapevolezza di queste dinamiche possono portare non solo a una scarsa valutazione dei sintomi, ma anche a un rifiuto generalizzato delle cure da parte degli stessi anziani.

Un primo passo fondamentale per affrontare questi problemi è la diffusione di una consapevolezza critica sugli stereotipi e sulle loro conseguenze negative. Ciò implica l'educazione e la formazione del personale medico, sanitario e sociale per riconoscere e superare i propri pregiudizi. Lavorare sulla formazione interculturale e promuovere modelli di riferimento positivi può fornire agli operatori dei servizi sanitari buone opportunità per sviluppare maggiore empatia e comprensione delle diversità. Inoltre, è essenziale creare un ambiente ospedaliero e sociale accogliente e inclusivo, in grado di soddisfare le esigenze specifiche delle persone anziane con un'origine straniera.



Ciò potrebbe includere l'attuazione di programmi di assistenza sensibili alla diversità, una comunicazione efficace delle informazioni sanitarie e l'incoraggiamento di un dialogo aperto tra i destinatari delle cure e gli operatori sanitari.

Promuovere la comunicazione e la partecipazione attiva delle persone anziane con origini straniere ai processi decisionali riguardanti la loro salute e il loro benessere può anche contribuire a migliorare la loro esperienza e a ridurre la percezione di emarginazione.

Quando le persone anziane si sentono ascoltate e coinvolte, si aumenta la probabilità che accettino e seguano le cure proposte.



Bias in healthcare

Se preferisci attivare i sottotitoli in italiano, segui le istruzioni di seguito:

- Vai al video che vuoi guardare.
- Se sono disponibili i sottotitoli codificati, in basso a destra del video player sarà visibile l'icona "Impostazioni"
- Per attivare i sottotitoli codificati, fai clic su "Sottotitoli" e poi su "Traduzione automatica"
- Per disattivarli, ritorna sull'area "Sottotitoli" e seleziona "Disattivati"

Questo video su YouTube mostra come esistano pregiudizi impliciti nel fornire assistenza e come l'obiettivo degli esperti sanitari sia quello di garantire un'assistenza appropriata ed equa, ma a volte le influenze culturali possono compromettere la qualità dell'assistenza.

CAPITOLO 4: COMUNICAZIONE SENSIBILE ALLE DIVERSITA'

1. *Comunicazione inclusiva*

La comunicazione inclusiva incoraggia a concentrarsi sull'incontro tra persone prestando attenzione alla loro unicità, promuovendo connessioni, in un'ottica intersezionale (vedere capitoli 1 e 2). Va oltre un approccio culturalista, in cui l'attenzione si concentra sulle culture e sulle caratteristiche culturali specifiche di ciascun gruppo (Hoffman, 2024). Essere consapevoli e impegnarsi a superare le barriere comunicative è il primo passo per aiutare le persone anziane con origini straniere e le loro famiglie a sentirsi a proprio agio con i professionisti sanitari e nel proprio percorso di cura. Queste barriere comunicative non sono rappresentate solo dal linguaggio verbale, ma anche dalla comunicazione non verbale e para-verbale e dal modo in cui vengono interpretati i conflitti e le incomprensioni.

Questo tipo di comunicazione si basa sui principi dell'uguaglianza riconosciuta e della diversità riconosciuta (Hoffman, 2024). L'*uguaglianza riconosciuta* si riferisce all'idea, indipendentemente dal loro contesto, la comunicazione è sempre un'interazione tra esseri umani di pari valore. La *diversità riconosciuta* significa che siamo persone uniche interconnesse agli altri, con identità multiple, storie di vita proprie e inserite in contesti socio-culturali differenti. La comunicazione è quindi un'interazione tra persone che hanno una propria unicità (personalità, condizioni fisiche e mentali, storia personale, abitudini culturali etc) e lo specifico contesto situazionale in cui avviene la comunicazione.

Hoffman spiega con un esempio come il contesto determini il modo di approcciarsi alle persone in modo inclusivo: a seconda del contesto, le persone sono innanzitutto, ad esempio, dipendenti, clienti, studenti, genitori, cittadini, ecc. (uguaglianza riconosciuta), ognuno con le proprie caratteristiche personali specifiche, competenze, motivazioni, bisogni, emozioni e valori (diversità riconosciuta).

Hofmann (2024, p. 24) porta un esempio:

Un dipendente ha chiesto al proprio datore di lavoro se poteva avere il venerdì libero per andare in moschea.

Il datore di lavoro ha risposto: "Non posso concederlo. Qui nei Paesi Bassi si va in chiesa la domenica!".

In un'ottica inclusiva, il datore di lavoro dovrebbe considerare l'uomo come un dipendente (uguaglianza riconosciuta) - e non come un musulmano - che ha un desiderio particolare (diversità riconosciuta), come può avere qualsiasi dipendente.

Ad esempio, altri dipendenti potrebbero voler godersi un lungo fine settimana e prendersi anche il venerdì libero.

Facciamo un altro esempio. Con l'avanzare dell'età possono comparire o acuirsi alcuni problemi. Tra questi, un problema comune è legato ai deficit del sistema uditivo. Il rischio a questo proposito potrebbe essere quello di cadere nello stereotipo che tutti gli anziani abbiano problemi di udito e di rivolgersi a loro con un tono inappropriato o utilizzando il "linguaggio degli anziani". Kemper et al. (1998) descrivono il linguaggio degli anziani come un registro vocale semplificato, con intonazione e tono esagerati, una grammatica semplificata, un vocabolario limitato e un ritmo di pronuncia lento. Viene utilizzato dai giovani nella comunicazione con gli anziani in diversi contesti comunitari e sanitari e si basa su stereotipi che vedono gli anziani come comunicatori meno competenti (Williams, 2011).

Le sue caratteristiche sono in linea con lo stile di comunicazione tipicamente utilizzato quando si parla ai bambini. Per questo motivo, l'elderspeak viene anche definito "second baby talk". Il risultato è una comunicazione insoddisfacente sia per chi parla che per chi riceve. Da un punto di vista inclusivo, ogni assistito deve essere trattato in modo da poter comprendere le informazioni che gli vengono fornite e sentirsi accolto (uguaglianza riconosciuta). Alcuni hanno bisogno di un aiuto per comprendere le informazioni uditive o scritte, altri preferiscono essere chiamati in modo formale, o essere chiamati per nome, ecc.

Per comunicare in modo inclusivo, i professionisti sanitari devono essere consapevoli degli aspetti verbali, non verbali e para-verbali e del contesto in cui avviene l'interazione. E' necessario non fermarsi alla superficie, alle immagini stereotipate dell'assistito: fare domande, chiedere spiegazioni, assicurarsi che l'utente sia messo in condizione di capire ed esprimersi efficacemente.



[Scatole & Tutto ciò che condividiamo TV 2 | YouTube](#)

Guardate questo video. Che cosa dice in relazione alle diversità e alle somiglianze tra le persone?



[Il caregiving familiare in un contesto ricco di diversità](#)

E' possibile attivare la traduzione in italiano della risorsa cliccando in alto a destra su "Traduci questa pagina".

Tramite questa risorsa interattiva potrete approfondire come includere i caregiver familiari nel processo di assistenza, riconoscendo le diversità di ciascuno.

2. Le culture non si incontrano, le persone sì: il modello TOPOI

Il modello TOPOI (Tongue Order Person Organisation Intentions and Influence), creato da Edwin Hoffman, viene utilizzato per analizzare la comunicazione interculturale. È un quadro analitico utile per individuare e identificare possibili malintesi e conflitti durante e dopo una conversazione. Si basa sul presupposto che la comunicazione è di carattere universale e che l'accento deve essere posto sull'interazione, non sulla cultura.

Il modello TOPOI si basa su alcuni presupposti:

1. **la comunicazione è universale.** Le persone danno un significato al loro ambiente e alla loro esperienza e ne discutono, negoziano la verità. Oltre alle differenze, abbiamo molto in comune.
2. **l'attenzione è rivolta all'interazione, non alla cultura.** Questo modello si vuole focalizzare sull'interazione e non unicamente sulla cultura, considerando ogni persona come unica e composta da identità multiple, non unicamente caratterizzate dall'identità culturale (ma anche di genere, legate all'età, etc)
3. **la comunicazione è un processo circolare.** Entrambe le persone si influenzano in un dialogo. Ed entrambi gli interlocutori sono coinvolti in tutti i tipi di processi di influenza di un contesto più ampio, nel quale avviene l'interazione.
4. **la comunicazione (interculturale) richiede un atteggiamento aperto e riflessivo.** E' necessario un atteggiamento aperto e riflessivo, disposto ad ascoltare e a intrecciarsi con altri punti di vista, abitudini, valori e standard diversi.
5. **essere pessimisti sulla comunicazione, ottimisti in merito alle persone.** In tutte le comunicazioni possono verificarsi malintesi, accettare questa possibilità come un problema che può accadere mantiene aperta la comunicazione.

Secondo il modello, ci sono 5 aree della comunicazione in cui possono verificarsi delle divergenze.

◆ **Lingua: ogni persona ha il proprio linguaggio verbale e non verbale.**

Ad esempio, stili di comunicazione, educazione, risposte di feedback, significati, regole di interazione, linguaggio del corpo, contatto visivo, comportamento socialmente accettato,

◆ **Ordine: ciascuno ha il proprio punto di vista e la propria logica**

Ad esempio, diverse visioni della vita/del mondo/..., diversi modi di ragionare (olistico, analitico, deduttivo, induttivo, ...). Ciò che è vero per me non è necessariamente vero per qualcun altro. E' importante tenere a mente che:

- La mia verità non è la verità;
- La verità non esiste;
- La verità è un concetto relativo;
- Possiamo guardare la realtà in modi diversi.

◆ **Persone: le identità e i ruoli delle persone coinvolte e la relazione tra di esse**

Ad esempio, maschile/femminile, età, uguaglianza di genere, luogo di appartenenza ecc.).

Quest'area è composta da due parti:

- le prospettive personali, livello relazionale della comunicazione
- le prospettive sociali, sono le influenze esterne che riceviamo su un argomento.

◆ **Organizzazione: il contesto organizzativo e sociale dell'interazione.**

Le incomprensioni nella comunicazione interculturale possono essere causate anche da questioni organizzative. Se l'assistito non sa cosa aspettarsi, ad esempio, da un assistente sociale o non conosce le regole dell'organizzazione/contesto, si possono creare molti malintesi nella comunicazione.

◆ **Intenzioni: motivazioni, emozioni, bisogni, valori, spiritualità delle persone coinvolte.**

Le intenzioni si riferiscono agli obiettivi della comunicazione. Il riconoscimento da parte dell'altro delle vostre buone intenzioni è un bisogno fondamentale delle persone. Come operatore professionale è importante vedere le intenzioni dell'altro.

Il modello aumenta la sensibilità sull'influenza di ogni area e sulle differenze che possono verificarsi nel comunicare. Aiuta a mettere a fuoco l'interazione tra le persone, a riflettere sulle possibili differenze e incomprensioni, a formulare ipotesi e ad intervenire su di esse.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: modello TOPOI

Obiettivi	Apprendere l'utilizzo del modello TOPOI per analizzare la comunicazione e gli ambiti di incomprensione.
Metodi	L'attività può essere svolta individualmente o in gruppo, in presenza o online utilizzando come supporto di lavagna virtuale (FigJam ; Lucidspark ; Miro).
Tempo di svolgimento	2 ore
Risorse necessarie	Se la sessione sarà realizzata online, è necessaria una piattaforma di riunione (ad esempio, Zoom) e un software online per il lavoro di gruppo (ad esempio, Ideaboarz o Mural).
Bibliografia	<p>https://www.digi-pass.eu/ST-Culture-How-to-Inclusive-communication-and-the-TOPOI-model-Beyond-intercultural-communication-and-competence-‘Cultures-don’t-meet-people-do.’-doi-10.13140/RG.2.2.32123.32802/1</p> <p>https://www.researchgate.net/publication/379815719_Inclusive-communication-Edwin-Hoffm</p>
Istruzioni	Fase 1. I partecipanti familiarizzano con il modello TOPOI (fare riferimento alla tabella a fine esercizio) e con le domande per analizzare la comunicazione utilizzando le fonti sopra citate (fase individuale).

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: modello TOPOI

Istruzioni

Fase 2. Lettura del caso studio

Fatima è una donna di 88 anni con origini marocchine. All'età di 42 anni è immigrata in Belgio con il marito e i figli. Il marito è morto 3 anni fa e Fatima è rimasta nella loro casa, con la figlia Zeynep che vive vicino a lei. Per molto tempo è riuscita a gestirsi bene con l'aiuto della figlia, ma ora ha bisogno di maggiore aiuto e supervisione. Dopo alcuni mesi molto difficili a casa, la figlia Zeynep ha organizzato l'accesso a una struttura di assistenza residenziale locale.

Dopo qualche tempo Zeynep chiede un incontro con la caposala. È preoccupata per l'assistenza alla madre e per il fatto che la madre non sembra felice. La madre le ha detto che non le piace il cibo e che non le vengono proposte attività da svolgere.

Durante la conversazione l'infermiera fa riferimento a una situazione in cui Zeynep non ha partecipato a un'attività di gruppo perché voleva rimanere nella sua stanza a pregare (come fa più volte al giorno).

Alcuni membri del personale sono infastiditi da questa situazione perché ritengono di non dover aspettare Fatima e alcuni non la invitano nemmeno più a partecipare alle attività.

“Perché Fatima non riesce a rispettare i tempi come gli altri?”

Nasce una discussione tra Zeynep e l'infermiera.

Fase 3. Analizzare il caso studio sulla base del quadro TOPOI.

- ***Dove si possono notare differenze e somiglianze nelle 5 aree TOPOI tra Fatima, Zeynep e l'infermiera?***
- ***Quali sono le condizioni che possono portare a una cattiva comunicazione?***
- ***Che cosa può fare il professionista sanitario per affrontare e risolvere i problemi di comunicazione?***



ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO:

Tabella operativa
Modello TOPOI

LINGUA Qual è il suo linguaggio verbale e non-verbale?	
ORDINE Qual è il suo punto di vista e la sua logica?	
PERSONA Quali sono le sue caratteristiche identitarie, i suoi ruoli e le sue relazioni?	
ORGANIZZAZIONE Quali sono le caratteristiche del suo contesto organizzativo e sociale?	
INTENZIONI ED INFLUENZA Quali sono le sue motivazioni, i suoi bisogni, i suoi valori o la sua spiritualità?	

Tabella adattata seguendo il Modello TOPOI (Hoffman, 2024)

Per superare le barriere comunicative, è importante lavorare sui propri atteggiamenti e competenze comunicative. Si pensi a modalità come: praticare il rispetto, apertura, curiosità, autoriflessione critica, flessibilità, ascolto attivo, capacità di “leggere tra le righe” (Hoffman, 2024). Non etichettare le persone ed evitare l’“alterità” sono punti essenziali. Questo aspetto è già stato trattato nel capitolo sugli stereotipi.

Durante una conversazione è importante essere attenti ai ruoli e alle identità.

Per esempio: una figlia può - anche solo nella sua posizione di assistente familiare - avere ruoli diversi. Può essere esperta nell'assistenza alla madre (avendola assistita per anni a casa), ma anche una persona bisognosa di sostegno. Anche durante una stessa conversazione, possono esserci cambiamenti nei ruoli o nelle identità a cui le persone si riferiscono (Hoffman, 2024).



Di fronte a una mancanza di fiducia o a un atteggiamento di sfiducia, può essere utile offrire più tempo e ascolto alla persona, aiutandola ad abbattere le barriere. Alla base degli atteggiamenti negativi dovuti alla mancanza di fiducia possono esserci malintesi o la sensazione del paziente di non essere preso sul serio. Certamente, in questo caso la pazienza e la comprensione possono essere una buona strategia. La buona notizia è che, come afferma Hoffman (2024, p. 24), si possono commettere errori:

“Sii fedele a ciò che sei, non preoccuparti, sii autentico”.

3. Superare le barriere linguistiche

La barriera linguistica è uno dei principali ostacoli che può creare un' errata interpretazione reciproca tra l'operatore e l'assistito. Esistono 3 strategie principali per gli operatori sanitari e sociali per superare le barriere linguistiche (Van Landschoot et al., 2021): adeguare il proprio linguaggio come professionista, utilizzare strumenti di supporto o coinvolgere terze parti.

<p>Adeguare il linguaggio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usare una semplice “lingua nazionale” • Scegliere una “lingua di contatto” (di cui entrambi hanno un certo livello di comprensione) • Usare la lingua dell'interlocutore
<p>Utilizzare strumenti di supporto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausili visivi (multilingue) • Documenti multilingue • Ausili digitali multilingue (app e siti di traduzione istantanea)
<p>Coinvolgere terze parti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mediatore linguistico-culturale • Interprete sociale (interprete in loco, interprete via webcam o interprete telefonico) • Assistenza linguistica • Collega Interprete informale

Tutte le strategie hanno pro e contro o difficoltà da tenere presenti.

Ad esempio, un familiare, non essendo un professionista e non essendo una figura completamente neutrale, se coinvolto come interprete, potrebbe interpretare ciò che dice il paziente, omettendo alcune parti o fornendo il proprio punto di vista (Priebe et al., 2011).

I dispositivi di traduzione, nonostante possano risultare molto utili, a volte contengono errori di traduzione e rischiano di generare malintesi tra le parti coinvolte. Esistono molti strumenti disponibili gratuitamente ed è necessario effettuare una selezione approfondita dello strumento, in base agli obiettivi e alla tipologia (ad esempio, se si desidera un supporto visivo o meno) (Van Landschoot et al., 2021).

 Comunicare con l'assistito in presenza di terze parti (familiari, assistenti familiari, mediatori linguistico-culturali)

Guarda questi due video.

 **Video 1:** Competenze nella comunicazione in ambito sanitario - Colloquio interculturale, versione 1

- *Cosa ti ha colpito?*
- *Pensi che siano state rispettati tutte le persone coinvolte durante questo dialogo?*
- *Cosa e come pensi possa essere migliorato nell'interazione che avete appena osservato?*

 **Video 2:** Competenze nella comunicazione in ambito sanitario - Colloquio interculturale, versione 2

- *Cosa ti ha colpito?*
 - *Cosa hai notato di diverso rispetto al video precedente?*
 - *Cosa e come pensi possa essere migliorato nell'interazione che avete appena osservato?*
-

Ladha et al. (2018) evidenziano alcuni consigli efficaci per lavorare con gli interpreti:

- Familiarizzare con i servizi di mediazione linguistico-culturale della zona.
 - Parlare con l'interprete prima di ogni appuntamento per chiarire le aspettative.
 - Consultare l'interprete per fissare l'appuntamento successivo e confermare le modalità di trasporto.
 - Predisporre posti a sedere triangolari, in modo che tutti i presenti possano vedere i segnali non verbali.
 - Presentare tutti i presenti.
 - Chiedere chi è la persona più adatta a cui rivolgere le domande.
 - Guardare l'assistito mentre si parla e cercare di parlare il più possibile direttamente con loro.
 - Fare il punto con l'interprete per assicurarsi che le comunicazioni siano state tradotte in modo completo.
- 

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: storie di professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale

Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> -Sviluppare capacità di pensiero critico per migliorare le competenze di analisi e valutazione delle sfide comunicative, in particolare nel contesto delle barriere linguistiche. -Coltivare strategie di comunicazione creative per esprimere efficacemente pensieri e idee, anche in presenza di limitazioni linguistiche. -Migliorare le capacità di espressione di sé esplorando vari metodi per trasmettere messaggi in modo chiaro ed efficace nelle interazioni interculturali. -Migliorare la consapevolezza degli stili di comunicazione e dei comportamenti personali quando interagiscono con altre persone provenienti da contesti linguistici diversi. -Favorire la comprensione dei comportamenti e degli stili di comunicazione altrui, sviluppando l'empatia e l'adattabilità negli scambi interculturali.
Metodi	<p>Racconto, interviste, attività per promuovere il pensiero critico, discussioni di gruppo.</p>
Tempo di svolgimento	<p>40 minuti</p>
Risorse necessarie	<p>Racconto-intervista <u>qui</u></p>
Bibliografia	<p>/</p>
Istruzioni	<p>I partecipanti guardano il video e ne discutono in piccoli gruppi o in un unico gruppo. È importante incoraggiare la discussione per migliorare il pensiero critico sui temi emersi nel video.</p>

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: storie di professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale

Istruzioni

I partecipanti possono esaminare le informazioni contenute nel video seguendo come traccia le seguenti domande:

- ***Cosa emerge dai video mostrati?***
- ***Trovate dei punti in comune o differenti dalle vostre esperienze personali/professionali?***
- ***Quali sono gli elementi che i professionisti dovrebbero tenere in considerazione quando si relazionano con persone di origini straniere e che hanno difficoltà con la lingua corrente?***
- ***In cosa queste testimonianze possono avere un impatto sul vostro comportamento in futuro?***
- ***Come potete migliorare il vostro modo di comunicare?***
- ***Quali fattori contribuiscono a una migliore comprensione reciproca?***
- ***Quali fattori potrebbero ostacolare la comprensione e una comunicazione efficace?***

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO:

il paesaggio sonoro
(soundscape)

Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare la comunicazione non verbale per comunicare efficacemente senza affidarsi al linguaggio. • migliorare la creatività nella comunicazione esplorando forme alternative di espressione come i suoni, i gesti e il linguaggio del corpo. • sviluppare capacità di narrazione utilizzando elementi non verbali come suoni e gesti per trasmettere messaggi ed emozioni. • Sviluppare maggiore flessibilità ed adattabilità nella comunicazione, promuovendo la comprensione di come trasmettere il significato senza il linguaggio parlato.
Metodi	Esercizio teatrale
Tempo di svolgimento	30-40 minuti
Risorse necessarie	<p>Facoltativo: preparare un grande foglio di carta con le "parole" scritte (ANA, NA GRRRR, PHUT, BOOM!). Musica di sottofondo per le esibizioni.</p>
Bibliografia	/
Istruzioni	<p>Il facilitatore divide i partecipanti in piccoli gruppi di 3-4 persone. Assegna a ciascun gruppo uno scenario o una semplice storia che preveda persone anziane con un'origine straniera e le loro famiglie/caregiver familiari, ad una visita medica o ad un'occasione conviviale di paese. Il facilitatore chiede ai gruppi di creare un paesaggio sonoro usando suoni, espressioni e i movimenti del corpo per rappresentare lo scenario senza usare il linguaggio parlato. Lascia ai gruppi qualche minuto per esercitarsi e perfezionare il proprio paesaggio sonoro. I paesaggi sonori possono essere costituiti da diversi tipi di voci come "hmm", "ana", "na", "grrr", "phut", "boom!", suoni di risate, ecc. Il paesaggio sonoro deve trasmettere l'ambientazione, le azioni e le emozioni dello scenario o della storia.</p>

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO:

il paesaggio
sonoro
(soundscape)

Istruzioni

I paesaggi sonori possono essere costituiti da diversi tipi di vocalizzi come “hmm”, “argh”, “na”, “grrr”, “phut”, “boom!”, suoni di risate, ecc. Il paesaggio sonoro deve trasmettere l'atmosfera, le azioni e le emozioni dello scenario o della storia che si vuole rappresentare.

Dopo aver fatto pratica e perfezionato il proprio paesaggio sonoro, ogni gruppo lo mette in scena per il resto dei partecipanti. Dopo ogni esibizione, il facilitatore organizza una breve discussione sulle emozioni e sui messaggi trasmessi attraverso la comunicazione non verbale. Questo permette ai partecipanti di condividere le proprie interpretazioni e riflessioni. Il facilitatore incoraggia i partecipanti a riflettere sull'importanza dei segnali non verbali per superare le barriere linguistiche.

I partecipanti possono discutere con il supporto delle seguenti domande:

- ***Qual è stata la vostra esperienza personale - come vi siete sentiti a comunicare senza parole?***
- ***Ci sono state sfide che avete notato? Che tipo di sfide?***
- ***Ci sono stati fattori che hanno aiutato la comprensione? E i fattori che hanno ostacolato la comprensione?***
- ***Quali metodi pensate siano disponibili per facilitare la comunicazione e la comprensione reciproca?***
- ***Questo esercizio ha influito sulla vostra comprensione della comunicazione non verbale?***

Ricordate di adattare e modificare questi esercizi in base alle competenze linguistiche e al contesto culturale dei partecipanti. Considerate la possibilità di organizzare sessioni di debriefing dopo ogni esercizio per incoraggiare la riflessione e la condivisione delle esperienze.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO:

il paesaggio
sonoro
(soundscape)

Istruzioni

Esempi di scenari

Ricordate che la narrazione del paesaggio sonoro si basa su suoni e gesti non verbali per trasmettere l'atmosfera dello scenario. Questi elementi di comunicazione devono essere scelti e utilizzati con attenzione per definire e condividere al meglio l'atmosfera e le emozioni che si vogliono comunicare.

Scenario 1: Visita medica

Voci del paesaggio sonoro:

Voce del medico: parla con un tono di voce calmo e molto basso, ponendo domande e fornendo istruzioni mediche.

Voce dell'operatore sanitario: Esprime preoccupazione, spiegando al medico i sintomi e la storia clinica del paziente.

Voce del paziente: Pronuncia parole o frasi frammentate, dimostrando confusione e difficoltà di espressione.

Chiacchiere di sottofondo: Rappresenta i suoni di una clinica affollata, comprese le voci di altri pazienti e del personale medico.

Suoni di apparecchiature mediche: Incorporare suoni come quelli di uno stetoscopio, di un bracciale per la pressione sanguigna o di altri strumenti medici in uso.

Scenario 2: Evento ad un centro aggregativo

Voci del paesaggio sonoro:

Voce del facilitatore dell'evento: Accoglie i partecipanti, fornisce istruzioni e incoraggia l'interazione.

Voce del caregiver: sostiene e incoraggia l'anziano di origine straniera a partecipare, fornendo indicazioni gentili.

Voce della persona anziana: Emette suoni di confusione o tenta di comunicare.

Chiacchiere di sottofondo: si rappresentano conversazioni tra gli altri partecipanti in diverse lingue.

Attività di gruppo: Suoni di partecipazione ad attività di gruppo come risate, applausi o strumenti musicali per evidenziare l'entusiasmo e l'ingaggio dei partecipanti allo scenario.

4. *Conoscenze culturali*

Sebbene questo modulo è dedicato alla comunicazione inclusiva, è importante in questo contesto tenere conto anche delle conoscenze culturali. Le differenze culturali possono emergere in una diversa percezione della malattia, della diagnosi e del trattamento. Le incomprensioni possono ridursi grazie a una maggiore conoscenza e apertura verso le culture differenti dalla/dalle proprie, fintanto che la cultura non viene vista come un fattore discriminante. Le conoscenze culturali possono essere arricchite grazie allo scambio positivo, sia con i pazienti e i parenti che con gli altri professionisti. Può anche essere utile partecipare a formazioni che incoraggino l'adozione di un approccio specifico e culturalmente adattato da parte di operatori sanitari, sociali e scolastici, mediatori linguistico-culturali e operatori dei centri di accoglienza. A questo proposito, è fondamentale affiancare e ottimizzare la collaborazione con i mediatori linguistico-culturali, anche per conoscere e comprendere le abitudini culturali specifiche della persona assistita che possono ostacolare il trattamento.

Nella pubblicazione “Comunicazione interculturale: Strumenti per lavorare con famiglie e bambini” (Ladha et al., 2018) il modello LEARN (Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate) viene presentato come uno strumento utile per supportare la comunicazione interculturale, la comprensione reciproca e la cura degli utenti. Per una comunicazione interculturale efficace gli autori considerano fondamentali i seguenti elementi:

Ascoltare:

valutare la comprensione di ciascun paziente della propria condizione di salute, delle sue cause e dei potenziali trattamenti. Sollecitare le aspettative in relazione all'incontro e adottare un atteggiamento di curiosità e umiltà per promuovere la fiducia e la comprensione.

Spiegare:

trasmettere la propria percezione della condizione di salute, tenendo presente che i pazienti possono intendere la salute o la malattia in modo diverso, in base alla cultura o al background culturale.

Conoscere:

essere rispettosi quando si discutono le differenze tra il punto di vista dell'assistito e il proprio. Evidenziare le aree di accordo e di differenza e cercare di determinare se i diversi sistemi di credenze possono portare a un compromesso terapeutico.

Consigliare:

sviluppare e concordare un piano di trattamento al paziente e alla sua famiglia.

Negoziare:

raggiungere un accordo sul piano di trattamento in collaborazione con il paziente e la famiglia, incorporando approcci culturalmente significativi che si adattino alle percezioni di salute e guarigione del paziente.

Anche la conoscenza e la formazione sono fondamentali a questo proposito. Infatti, è utile migliorare la competenza interculturale degli operatori in ambito sociale e sanitario attraverso l'integrazione e l'approfondimento di tematiche relative a:

- Medicina interculturale
- Comunicazione su temi di salute con pazienti di altre culture
- Sistemi sanitari nel mondo
- Programmi di insegnamento delle varie professioni sanitarie
- Peculiarità sanitarie della popolazione immigrata (prevalenza delle principali malattie)

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: improvvisazione multilingue

Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> -migliorare la flessibilità e capacità di adattamento nella comunicazione in contesti multilingue. -promuovere tecniche di comunicazione creative per superare le barriere linguistiche e migliorare la comprensione. -sviluppare capacità di ascolto attivo per comprendere meglio gli altri. -rafforzare le capacità di comunicazione non verbale. -sviluppare capacità di improvvisazione per pensare rapidamente e adattare lo stile di comunicazione nelle interazioni in tempo reale.
Metodi	Esercizio di recitazione
Tempo di svolgimento	30-40 minuti
Risorse necessarie	<p>Scenari o suggerimenti scritti su cartoncini o stampati per ogni coppia.</p> <p>Facoltativo: oggetti di scena o semplici costumi per migliorare l'improvvisazione.</p>
Bibliografia	/
Istruzioni	<p>Il facilitatore mette in coppia i partecipanti e assegna a ciascuna coppia una lingua specifica che nessuno dei due conosce bene. Fornisce a ogni coppia uno scenario o una semplice richiesta che riguarda un'interazione tra un professionista dell'assistenza e una persona anziana con un'origine straniera. Il facilitatore chiede alle coppie di impegnarsi in un esercizio di improvvisazione in cui devono comunicare e recitare lo scenario utilizzando la loro limitata conoscenza della lingua assegnata, le indicazioni non verbali e i gesti. Dopo aver lasciato il tempo necessario di preparazione, il facilitatore chiede a ciascuna coppia di presentare la propria improvvisazione al resto dei partecipanti. Il facilitatore promuove una discussione di gruppo sulle sfide affrontate, sulle strategie utilizzate e sull'importanza dell'adattabilità e della creatività nel superare le barriere linguistiche.</p>

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: improvvisazione multilingue

Istruzioni

Esempi di domande per facilitare la discussioni:

- ***Qual è stata la vostra esperienza personale: come vi siete sentiti a comunicare senza parole?***
- ***Ci sono state sfide che avete notato? Che tipo di sfide?***
- ***Ci sono stati fattori che hanno favorito la comprensione reciproca? E i fattori che hanno reso più difficile la comprensione?***
- ***Quali metodi pensate siano disponibili per facilitare la comunicazione e la comprensione reciproca?***
- ***In che modo questo esercizio ha influenzato la vostra consapevolezza sulla comunicazione e sulla comunicazione non verbale?***

Ricordate di adattare e modificare questi esercizi in base alle competenze linguistiche e al contesto culturale dei partecipanti. Considerate la possibilità di organizzare sessioni di debriefing dopo ogni esercizio per incoraggiare la riflessione e la condivisione delle esperienze.

Esempio di scenario

In entrambi gli scenari, l'accento è posto sulla comunicazione efficace, sull'empatia e sulla ricerca di modi alternativi per superare le barriere linguistiche. Questi scenari offrono ai partecipanti l'opportunità di sviluppare le proprie competenze in materia di comunicazione interculturale, adattabilità e assistenza centrata sulla persona alle persone anziane con un background migratorio e alle loro famiglie/assistenti informali.

Scenario 1: Infermiera e anziani con origine straniera

Descrizione: Una persona anziani con origini straniere con una conoscenza limitata della lingua locale viene ricoverato in ospedale per un trattamento medico. Lo scenario prevede un'interazione tra l'anziano migrante e un'infermiera che deve fornire assistenza e raccogliere informazioni mediche rilevanti.

Scenario: L'infermiera entra nella stanza dell'ospedale e si presenta, ma si rende conto che il paziente non capisce la lingua. L'infermiera deve trovare modi alternativi per comunicare e fornire assistenza in modo efficace.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: improvvisazione multilingue

Istruzioni

Obiettivi:

- L'infermiere deve valutare i sintomi e l'anamnesi del paziente.
- L'anziano deve comunicare i propri dubbi sulla salute e comprendere le istruzioni dell'infermiere.

Possibili azioni:

- L'infermiere può utilizzare strumenti di traduzione o chiedere l'assistenza di un interprete, se disponibile.
- L'infermiere può utilizzare ausili visivi, gesti e parole semplici per spiegare le procedure mediche e raccogliere informazioni.
- L'anziano può rispondere usando gesti, espressioni facciali o indicando parti del corpo specifiche per indicare dolore o disagio.
- Entrambe le parti possono mostrare pazienza, empatia e ascolto attivo per colmare il divario linguistico e garantire una comunicazione efficace.

Scenario 2: Incontro tra assistente sociale e caregiver

Descrizione: Un assistente sociale organizza un incontro con l'assistente familiare che si prende cura di un anziano con origini straniere. Lo scopo dell'incontro è valutare i bisogni del caregiver, fornire supporto e garantire il benessere del paziente.

Scenario: L'assistente sociale arriva a casa del caregiver e si rende conto che quest'ultimo parla poco la lingua italiana rispetto a quanto ci si aspettasse. Poiché questo è stato scoperto solo in quel momento, mentre l'incontro è in corso, non è possibile trovare qualcuno che traduca. L'assistente sociale deve stabilire una relazione utilizzando nuove strategie, raccogliendo informazioni rilevanti e fornendo indicazioni adeguate.

Obiettivi:

- L'assistente sociale deve comprendere le sfide, le preoccupazioni e i bisogni del caregiver.
 - L'assistente sociale deve esprimere le proprie esperienze, chiedere consigli e ricevere sostegno.
- Possibili azioni:
- L'assistente sociale può utilizzare ausili visivi, diagrammi o materiali tradotti per trasmettere efficacemente le informazioni.
 - L'assistente sociale può utilizzare gesti, espressioni facciali o immagini per comunicare le proprie esperienze e sfide.
 - L'assistente sociale può impegnarsi nell'ascolto attivo, parafrasando e dimostrando empatia per creare un ambiente di supporto.

Entrambe le parti possono esplorare metodi di comunicazione alternativi, come l'uso di un interprete di fiducia o l'utilizzo della tecnologia per la traduzione, se disponibile.

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: esercizio di ascolto

Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> -Riconoscere l'importanza dell'ascolto attivo in situazioni in cui la comunicazione efficace è fondamentale. -Sviluppare maggiore consapevolezza delle varie tecniche di ascolto, compresi gli spunti di comunicazione verbale e non verbale. -Comprendere il ruolo della comunicazione non verbale nell'ascolto e il suo impatto sull'efficacia complessiva della comunicazione. -Essere in grado di osservare e interpretare i segnali non verbali per migliorare la comprensione durante le conversazioni. -Migliorare la capacità di essere ascoltati promuovendo la consapevolezza di come comunicare in modo da garantire un ascolto efficace da parte degli altri.
Metodi	Lavoro di gruppo
Tempo di svolgimento	20 minuti
Risorse necessarie	/
Bibliografia	/
Istruzioni	<p>Il gruppo viene diviso in coppie. I partecipanti ascoltano e parlano a turno seguendo le istruzioni fornite dal facilitatore. Ci saranno in totale 3 turni, al termine dei quali l'esercizio verrà ripreso nella discussione di gruppo. All'inizio le coppie decideranno chi è il primo e chi il secondo a interloquire. Il facilitatore darà alle coppie 30 secondi o 1 minuto di tempo per dialogare in ogni round e avvertirà il gruppo quando il tempo sarà scaduto.</p>

ATTIVITA' DI APPRENDIMENTO: esercizio di ascolto

Istruzioni

Nel primo turno, la persona n. 1 è l'unica a parlare. Può parlare della sua mattinata: "Stamattina mi sono svegliato alle nove e ho fatto colazione con il porridge. Poi ho...". La persona n. 2 dovrà ascoltare, il più possibile senza fare alcun gesto o suono. Deve cercare di ascoltare con un'espressione neutra sul viso.

Nel secondo turno, è la persona n. 2 a iniziare il dialogo. Anche lui/lei inizierà a parlare della sua mattinata, in modo simile a chi ha parlato precedentemente. La persona n. 1 dovrà dedicarsi ad ascoltarlo/la. Se lo desidera, può compiere gesti (ad esempio, annuire) ed esprimere suoni rassicuranti, ma non gli è consentito pronunciare alcuna parola.

Nel terzo turno è la persona n. 1 a cominciare la conversazione. Questa volta parlerà della sua vacanza preferita o da sogno. La persona n. 2 dovrà ascoltare, ma ora ha la possibilità di rispondere e di unirsi al dialogo come desidera (ad esempio, esprimere idee o commenti), potrà servirsi di qualsiasi gesto e suoni per interagire nel dialogo.

Al termine dell'ultimo turno, l'esercizio verrà analizzato insieme all'intero gruppo, utilizzando le seguenti domande di riflessione:

- ***Come vi siete sentiti durante l'esercizio e quali riflessioni ne sono scaturite?***
- ***Cosa pensate che l'esercizio faccia emergere sull'ascolto e sul suo significato in un dialogo?***
- ***Perché l'ascolto è importante nella discussione con un'altra persona?***
- ***Quali sono i diversi modi di ascoltare?***
- ***Riflettete sulla comunicazione e sull'ascolto multilingue. Perché un professionista dovrebbe essere consapevole della comunicazione non verbale e dell'ascolto quando incontra persone di lingua straniera o con un'origine straniera?***

BIBLIOGRAFIA

Ahaddour, C., van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2016). Institutional elderly care services and Moroccan and Turkish migrants in Belgium: A literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18, 1216-1227. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0247-4>

Ahmad, M., van den Broecke, J., Saharso, S., & Tonkens, E. (2022). Dementia care-sharing and migration: An intersectional exploration of family carers' experiences. *Journal of Aging Studies*, 60, 100996. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100996>

Ambady, N. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*, 17(3), 443.

Belcher, V. N., Fried, T. R., Agostini, J. V., & Tinetti, M. E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 298-303. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x>

BICAS (2016). Building intercultural competencies for ambulance services. IO2 – E-Learningcourse Erasmus+. <https://www.johanniter.de/bildungseinrichtungen/johanniter-akademie/johanniter-akademie-mitteldeutschland/standorte-der-akademie-in-mitteldeutschland/campus-leipzig/angebote/forschung/building-intercultural-competencies-for-ambulance-services-bicas/>

Canevelli, M., Lacorte, E., Cova, I., Cascini, S., Bargagli, A. M., Angelici, L., Giusti, A., Pomati, S., Pantoni, L., & Vanacore, N., On behalf of the ImmiDem Study Group. (2020). Dementia among migrants and ethnic minorities in Italy: Rationale and study protocol of the ImmiDem project. *BMJ Open*, 10, e032765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032765>

Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4)n 808-918. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00965.x>

Ciobanu, R. (2023). Super-diversity and intersectionality. In S. Torres & A. Hunter (Eds.), *Handbook on Migration and Ageing* (pp. 57-66). Edward Elgar Publishing.

Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S., & De Donder, L. (2021). Culturally sensitive care: definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 484-492. <https://doi.org/10.1177/104365962097062>

Chaouni S. B., Claeys, A., van den Broeke, J., & De Donder, L. (2021), Doing research on the intersection of ethnicity and old age: Key insights from decolonial frameworks. *Journal of Aging Studies*, 56, 100909. <https://doi.org/10.1616/j.jaging.2020.100909>

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Healthcare Journal*, 3(2), 114-116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>

Crandall, C.S., & Eshleman, A. (2003), A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice, *Psychological Bulletin*, 129(3), 414-446. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.414>

Currie, G., & Currie, J. (2024). Cultural competence in person-centred care. In S. Chau, E. Hyde, K. Knapp & C. Hayre (Eds.), *Person-centred care in radiology* (pp. 6-24). CRC Press.

Dahlborg, E., & Tengelin, E. (2022). Equal care – Norm-conscious perspectives. *Student literature*.

Dietz, G. (2007). Keyword: Cultural diversity. A guide through the debate. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10(1), 7-30.

Dilworth-Anderson, P., Moon, H., & Aranda, M. P. (2020). Dementia caregiving research: Expanding and reframing the lens of diversity, inclusivity, and intersectionality. *Gerontologist*, 60(5), 797-805. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa050>

Dolberg, P., Sigurðardóttir, S. H., & Trummer, U. (2018). Ageism and older immigrants. Contemporary perspectives on ageism. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer, C (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 177-191). Springer.

Duran-Kıraç, G., Uysal-Bozkir, Ö, Uittenbroek, R., van Hout, H., & Broese van Groenou, M. I. (2022). Accessibility of health care experienced by persons with dementia from ethnic minority groups and formal and informal caregivers: A scoping review of European literature. *Dementia*, 21(2), 677-700. <https://doi.org/10.1177/14713012211055307>

European Council. (2023). EU migration and asylum policy. <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-migration-policy/>

European Union. (2017). The EU and the migration crisis. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e9465e4f-b2e4-11e7-837e-01aa75ed71a1>

EUAA (2014). Press release: EU received over 1.1 million asylum applications in 2023. <https://euaa.europa.eu/news-events/eu-received-over-1-million-asylum-applications-2023>

Gilman, S.C. (2005). Ethics codes and codes of conduct as tools for promoting an ethical and professional public service: Comparative successes and lessons. <https://www.oecd.org/mena/governance/35521418.pdf>

Hamilton, D. L., & Trolie, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 127-163). Academic Press.

Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. Butterworth & Co.

Hengelaar, A. H., van Hartingsveldt, M., Wittenberg, Y., van Etten- Jamaludin, F., Kwekkeboom, R., & Satink, T. (2018). Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective —a thematic synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), 474-485. <https://doi.org/10.1111/hsc.12503>

Hoffman, E. (2024). Inclusive communication and the TOPOI-model. Beyond intercultural communication and competence: 'Cultures don't meet, people do.' doi: 10.13140/RG.2.2.32123.32802/1 https://www.researchgate.net/publication/379815719_Inclusive_communication_Edwin_Hoffman

Jacobsen, F. F., Glasdam, S., Schopman, L. M., Sodemann, M., van den Muisenbergh, M. E. T. C., & Agnotnes, G. (2023). Migration and health: Exploring healthy ageing of immigrants in European societies. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e10. <https://doi.org/10.1017/S1463423623000014>

Kemper, S., Finter-Urczyk, A., Ferrell, P., Harden, T., & Billington, C. (1998). Using elderspeak with older adults. *Discourse Processes*, 25(1), 55-73.

Ladha, T., Zubairi, M., Hunter, A., Audcent, T., & Johnstone, J. (2018). Cross-cultural communication: Tools for working with families and children. *Paediatric Child Health*, 23(1), 66-69. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx126>

Lauwers, E. D. L., Vandecasteele, R., McMahon, M., De Maesschalck, S., & Willems, S. (2024). The patient perspective on diversity-sensitive care: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 23(117). <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1>

Malinowski, B. (1944). *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. https://monoskop.org/images/f/f5/Malinowski_Bronislaw_A_Scientific_Theory_of_Culture_and_Other_Essays_1961.pdf

Martin, M.B. (2015), Perceived discrimination of muslims in health care. *Journal of Muslim Mental Health*, 9(2). <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.203>

Martikainen, T., & Pöyhönen, S. (2023). Superdiversiteetti: Näkökulmia maahanmuuton monimuotoisuuteen. Hansaprint O. <https://doi.org/10.21435/skst.1489>

Marx, D., & Ko, S. J. (2019). *Oxford Research Encyclopedia of Psychology: Stereotypes and Prejudice*. Oxford University Press USA.

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

National Research Council (US) Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology; Carstensen L. L, & Hartel, C.R (Eds.). (2006). Opportunities lost: The impact of stereotypes on self and others. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83767/>

Nazroo, J. (2006). Ethnicity and old age. In J. A. Vincent, C. Phillipson & M. Downs (Eds.), *The futures of old age* (pp. 62-72). Sage.

Priebe, S., Tandhu, S., Dias, A., Gaddini, A., Greacen, T., Loannidis, E., Kluge, E., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R.P., ..., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 187(11). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-187>

Sarria-Santamera, A., Hijas-Gomez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliu, L. A. (2016). A systematic review of the use health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(28). <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>

Shaw, C. A., & Gordon, J. K. (2021). Understanding elderspeak: An evolutionary concept analysis. *Innovation in Aging*, 5(3), igab023. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab023>

Swedish Nurses' Association, Swedish Society of Medicine and Swedish Association of Dietitian. (2019). Person-centred care – A core competence for quality and safe care. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/pers-oncentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

UNESCO. (2002). UNESCO universal declaration on cultural diversity: A vision, a conceptual platform, a pool of ideas for implementation, a new paradigm". <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127162>

Van Landschoot, L., Smet, J., Debal, B., Decock, P., Claeys, A., Tricas-Sauras, S., Delegrange, M., Dhont, Y., Rosiers, K., De Wilde, J., Kerremans, K., El Hahaoui, K., Roelandt, S., & Van Praet, E. (2021). Digitaal wijzer communiceren met anderstaligen in de zorg. Alliantiefonds en MATCHeN. <https://www.matchen.org/publicaties>

Van Mol, C., & de Valk, H. (2016). Migration and immigrants in Europe: A historical and demographic perspective. In B. Garcés-Mascreñas & R. Penninx (Eds.), *Integration processes and policies in Europe*. Springer.

van Muijden, T., Gräler, L., van Exel, J., van de Bovenkamp, H., & Petit-Steeghs, V. (2024). Different views on collaboration between older persons, informal caregivers and care professionals. *Health Expectations*, 27, e14091. <https://doi.org/10.1111/hex.14091>

Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024-1054. <https://doi.org/10.1080/01419870701599465>

Vertovec, S. (2022). *Superdiversity: Migration and social complexity*. Routledge.
Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton.

Wetzels, R., Geest, T. A., Wensing, M., Ferreira, P. L., Grol, R., & Baker R. (2004). GPs' views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 183-188. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00145-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00145-9)

Williams, K. (2011). Elderspeak in institutional care for older adults. In P. Backhaus (Ed.), *Communication in elderly care: Cross-cultural perspectives* (1-19). Bloomsbury.

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. (2004). Enhancing communication with older adults: Overcoming elderspeak. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10), 17-25. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-08>

World Health Organization (WHO). (2020). Migration and health: enhancing intercultural competence and diversity sensitivity. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332186/9789289056632-eng.pdf?sequence=1#:~:text=This%20promotes%20the%20idea%20that,effective%20and%20equitable%20health%20care>

World Health Organization (WHO). (2021). Global report on ageism. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J. (2018), Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 193-212). Springer.

Questo manuale è stato realizzato con Canva e le immagini provengono da Canva, Pexels, Unsplash e Freepik.