

La progettazione della formazione per un approccio multiculturale nella presa in carico delle persone con disabilità

Designing training for a multicultural approach in the care of people with disabilities

Tacchini M.¹, Gorla R.², Crocco P.²

¹ Direttore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Fondazione Don Gnocchi; professore a contratto, Università degli Studi di Milano, Milano

² Tutor del Corso di Laurea in Infermieristica, Fondazione Don Gnocchi; professore a contratto, l'Università degli Studi di Milano, Milano

Riassunto

Il crescente numero di persone migranti con disabilità rende essenziale adottare un approccio multiculturale nella presa in carico, ambito ancora poco esplorato ma cruciale per prevenire discriminazioni. In Italia, nei Centri Diurni Disabili (CDD) e nelle Residenze Sanitarie per Disabili (RSD), la presenza di utenti stranieri modifica le routine assistenziali e stimola un ripensamento delle pratiche professionali. Per gli infermieri, in un contesto caratterizzato da forte immigrazione, sviluppare competenze culturali è fondamentale per garantire un'assistenza efficace e ridurre i rischi di fraintendimenti e bassa aderenza alle cure.

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura per valutare se interventi formativi specifici sulla multiculturalità migliorino la soddisfazione di utenti e caregiver e l'aderenza ai trattamenti. Il PIO è stato definito come: P (professionisti sanitari e sociosanitari di CDD e RSD), I (formazione sulla multiculturalità), O (maggior soddisfazione e aderenza). La ricerca bibliografica è stata svolta su MEDLINE, CINAHL, EMBASE e PSYCINFO con parole chiave e termini MeSH pertinenti.

Dall'analisi degli articoli sono emerse quattro aree tematiche: (1) competenze culturali degli operatori, (2) caratteristiche degli utenti, (3) ruolo della società multiculturale, (4) stimoli e ostacoli al cambiamento. Gli operatori devono ampliare le proprie competenze per rispondere a bisogni di salute influenzati da fattori culturali, religiosi e linguistici. Gli utenti migranti con disabilità affrontano sfide aggiuntive legate a stigma e credenze, che possono determinare esiti meno favorevoli. La crescente diversità rappresenta uno stimolo al cambiamento, ma persistono ostacoli come l'adozione di modelli assistenziali rigidamente occidentalizzati e la mancanza di definizioni condivise di competenza culturale.

Il progetto di implementazione si ispira agli otto passi di Kotter: creare urgenza, formare una coalizione, sviluppare e comunicare una vision, rimuovere ostacoli, generare successi a breve termine (es. miglioramento della comunicazione), consolidare i risultati e ancorare il cambiamento alla cultura organizzativa attraverso selezione,

formazione e feedback continui. Questo approccio mira a rendere sostenibile e integrata la formazione multiculturale nei servizi.

Abstract

The growing number of migrants with disabilities underscores the need for a multicultural approach to care, an area still underexplored and at risk of discrimination. In Italy, Day Disability Centers (CDD) and Residential Disability Facilities (RSD) are increasingly challenged by the presence of foreign users, which alters routines and demands professional adaptation. For nurses and healthcare staff, culturally competent care is essential to avoid misunderstandings and ensure effective assistance.

A narrative review was conducted to evaluate whether multicultural training improves user and caregiver satisfaction and adherence to care. The PIO framework was defined as: P (healthcare and social-healthcare professionals in CDD and RSD), I (specific training on multiculturalism), O (greater satisfaction among staff and users, and improved adherence). A bibliographic search using relevant keywords and MeSH terms was performed across MEDLINE, CINAHL, EMBASE, and PSYCINFO.

The analysis revealed four main themes: (1) professionals' cultural competencies, (2) user characteristics, (3) societal factors, and (4) stimuli and barriers to change. Cultural competence emerged as crucial for understanding health needs and fostering adherence to care. Migrant users with disabilities face unique challenges—such as stigma and culturally rooted beliefs—that often lead to poorer health outcomes. Increasing cultural diversity stimulates innovation in care, yet obstacles persist, including reliance on Westernized models and the lack of shared definitions of cultural competence.

The proposed change project follows Kotter's eight-step model: creating urgency, building a coalition of trainers, developing and communicating a clear vision, removing systemic barriers, and generating short-term wins such as improved communication. These gains will be consolidated and embedded into organizational culture through staff recruitment, training, and continuous feedback mechanisms. Anchoring cultural competence in everyday

practice will ensure the effective and sustainable implementation of multicultural training in disability services.

Keywords: Cultural Diversity, Disability Care, Nursing Education, Multicultural Competence, Social Integration

Introduzione

Il crescente numero di persone provenienti da altri Paesi che necessitano di integrazione sociale e assistenza sanitaria a causa di disabilità congenite o acquisite, evidenzia l'importanza della relazione tra multiculturalità e disabilità (1). Se da un lato le questioni legate all'immigrazione e alla disabilità sono state al centro dell'attenzione e degli studi per diversi anni, dall'altro le interazioni tra questi due fenomeni non sono state adeguatamente evidenziate. Queste interazioni dovrebbero quindi essere esplorate considerando il rischio di discriminazione sinergica che le persone con disabilità provenienti da contesti migratori possono incontrare (2). È stato ritenuto utile predisporre un progetto di miglioramento che riguardasse la tematica della "progettazione della formazione per un approccio multiculturale nella presa in carico delle persone con disabilità". La struttura che riteniamo idonea per il progetto dovrebbe ospitare un Centro Diurno Disabili (CDD) e una Residenza Sanitaria per Disabili (RSD) che si prendono quotidianamente cura di numerose persone con disabilità afferenti da svariate realtà sociali e culturali. Il personale sanitario-sociosanitario-educativo che opera all'interno di questi contesti deve quindi farsi carico anche della componente culturale degli assistiti tenendo bene in considerazione la loro storia di immigrazione. La presenza di persone straniere che afferiscono a tali servizi spezza la routine dei servizi offerti e fa da starter per quei processi di cambiamento che impattano sia a livello individuale e professionale che a livello di salute pubblica (3). Va infatti ricordato che le famiglie migranti, provenienti da contesti culturali diversi, si trovano a gestire le sfide della transizione culturale, incluso il rapporto tra medicina occidentale e tradizionale nella cura dei figli con disabilità. Gli strumenti diagnostici e educativi spesso non riescono a cogliere le rappresentazioni culturali della disabilità, richiedendo una riflessione approfondita su come interagire con le famiglie dei disabili migranti (1).

La problematica, analizzata dal punto di vista più specifico della professione infermieristica, assume una ulteriore e maggiore rilevanza. L'Italia, infatti, è uno dei principali paesi europei per numero di immigrati e il confronto con pazienti portatori di aspettative assistenziali culturalmente diverse solleva importanti sfide già discusse nella letteratura infermieristica. L'assistenza infermieristica deve essere culturalmente competente, integrando le dimensioni biofisiologiche, psicologiche e socioculturali della persona. Ciò richiede agli infermieri di acquisire conoscenze approfondite sulle culture diverse e di adattarsi a richieste

inusuali o familiari. La mancanza di comprensione delle norme culturali, infatti, può portare a fraintendimenti e problemi nella relazione infermiere-assistito, inficiando il processo assistenziale. È quindi importante conoscere il contesto sociale e culturale della persona immigrata, conformemente ai principi etici dell'infermieristica (4).

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione narrativa della medesima tramite la formulazione della seguente domanda di ricerca: "La formazione inerente la multiculturalità offerta al personale afferente i servizi di presa in carico della disabilità, può migliorare la soddisfazione dell'utenza e dei caregiver e aumentare l'aderenza alle cure?". È stato quindi elaborato il PIO:

Tabella 1. PICO

P	professionisti sanitari e sociosanitari afferenti ai servizi di CDD e RSD
I	Formazione specifica sulla multiculturalità
O	Maggiore soddisfazione di operatori ed utenti e maggiore aderenza alle cure

Sono state individuate le seguenti parole chiave: "disabilit*", "nurs*", "multiethnic", "immigration*", "special need*", "interprofessional*" e i termini MeSH: "Disabled Persons", "Nursing Care", "Cultural Diversity", "Immigration", "Interprofessional Relations" che sono state combinate tra loro utilizzando gli operatori booleani (AND/OR); sono state interrogate le banche dati MEDLINE; CINAHL, EMBASE e PSYCINFO.

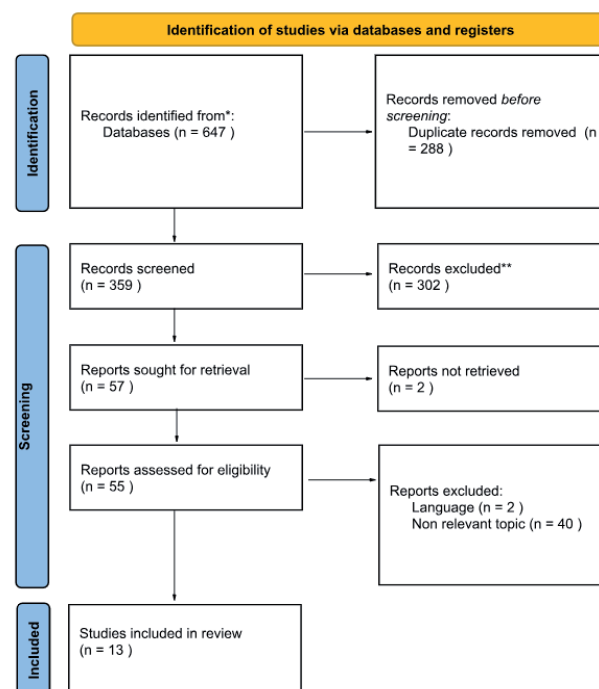


Figura 1. PRISMA

Risultati

L'analisi degli articoli inclusi ha permesso di identificare dei macro-argomenti:

- Competenze culturali dell'operatore sanitario
- Caratteristiche degli utenti
- Caratteristiche della Società
- Stimoli ed ostacoli al cambiamento

Competenze culturali dell'operatore e del professionista sanitario

All'interno dei servizi CDD e RSD operano infermieri, operatori socio-sanitari (OSS), Educatori professionali, Fisioterapisti, Terapisti occupazionali, Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva. Agli operatori viene chiesto di ampliare i contenuti e le competenze multiculturali al fine di fornire la migliore assistenza possibile in contesti sempre più complessi tenendo in considerazione l'atteggiamento dell'individuo verso la malattia e la disabilità (5). È stato osservato che l'esperienza pluriennale come professionisti sanitari correla in modo significativo alla competenza clinica generale (6). I professionisti sanitari dovrebbero a loro volta adeguarsi ai cambiamenti nella struttura sociale e migliorare la loro competenza culturale per garantire che i servizi sanitari rispondano alle esigenze culturali dei pazienti (7). Infine, la competenza culturale nell'ambito dell'assistenza si dovrebbe focalizzare principalmente sulla capacità di confrontare e distinguere le credenze, i valori e gli stili di vita legati alla salute di individui provenienti da diverse culture, al fine di offrire loro cure appropriate e benefiche dal punto di vista culturale (6). La salute e la malattia si manifestano in modi diversi tra i vari gruppi etnici minoritari quindi, i professionisti sanitari devono avere conoscenze sui valori culturali e sugli stili di vita delle persone e delle loro famiglie al fine di soddisfare i loro bisogni di salute (8). Tramite il rispetto delle differenze culturali, i professionisti sanitari sono in grado di valutare, diagnosticare e pianificare trattamenti culturalmente informati e adeguati per i pazienti (9). Inoltre, i professionisti sanitari che acquisiscono una conoscenza approfondita delle culture e delle pratiche delle diverse popolazioni possono favorire un processo di aderenza alle cure di successo per gli assistiti (10). Inoltre, emerge che i professionisti sanitari necessitano di competenze culturali per contrastare i pregiudizi e migliorare la comunicazione, gli esiti sulla salute, tra cui l'aderenza alle cure da parte degli assistiti (14).

Caratteristiche degli utenti

A causa dei mutamenti demografici globali e dell'aumento del numero di individui con disabilità, sempre più persone provenienti da contesti diversi cercano servizi di presa in carico e riabilitazione (10). La risposta dei gruppi

culturalmente e linguisticamente diversi nei confronti di un membro con disabilità può essere varia (13), mentre le differenze culturali tra i paesi di origine dei migranti e quelli di immigrazione sono correlate a esiti sanitari meno favorevoli (14). Inoltre, le persone migranti con disabilità affrontano sfide uniche aggiuntive a quelle legate alle condizioni mediche generali, come lo stigma e le credenze culturali associate alla disabilità, oltre alle sfide legate al processo migratorio (11). Infine, per quanto riguarda i minori, è opportuno rimarcare quanto la presenza di una disabilità, sia congenita che acquisita a seguito di malattia o incidente, costituisca un significativo sconvolgimento nei progetti di vita dei genitori. Anche coloro i quali sembrano accettare pienamente la disabilità del proprio figlio rimangono vulnerabili, soprattutto se si trovano a confrontarsi con una cultura e una lingua diverse da quelle del loro paese d'origine (15).

Caratteristiche della Società

La nostra società è ormai quotidianamente coinvolta nelle problematiche dell'immigrazione e della presa in carico della disabilità. Dal punto di vista sanitario sia la popolazione immigrata che quella nazionale richiedono assistenza e cure e questo implica il dover comprendere la persona assistita con la sua storia, cultura e aspettative (4). Si prevede che entro il 2050 nelle società occidentali le minoranze etniche costituiranno la maggioranza numerica; le differenze culturali possano provocare incomprensioni, compromettendo l'alleanza terapeutica e mettendo a rischio i potenziali risultati favorevoli delle attività correlate all'assistenza (16). Fornire assistenza culturalmente appropriata significa tenere conto di fattori come credenze culturali, lingua, religione, contesto familiare e sociale (13) e che in una società multiculturale, esiste un legame diretto tra competenza culturale e migliori esiti sanitari, proprio a motivo dei fattori legati alla cultura che possono ostacolare la fornitura efficace di interventi sanitari e assistenza sanitaria (11).

Stimoli ed ostacoli al cambiamento

Lo stimolo principale parte dalla presa di coscienza dei numeri riferiti al fenomeno migratorio ed alla presenza sul suolo italiano di una molteplicità di popoli e di culture. Questa evoluzione della società genera una maggiore necessità di preparare i professionisti sanitari affinché possano fornire assistenza culturalmente appropriata a una popolazione sempre più diversificata (8). In quest'ottica se durante la prestazione dei servizi sanitari, i professionisti sanitari riuscissero a tenere conto delle differenze linguistiche, delle percezioni sulla salute, degli stili di vita e della diversità culturale tra gli assistiti, rispettando le credenze e i comportamenti culturali propri di ciascun individuo, si potrebbero migliorare la qualità delle cure

e la soddisfazione degli assistiti, ma anche ridurre le disuguaglianze esistenti nei servizi sanitari (6). È infatti ragionevole attendersi che una maggiore equità nei servizi e risultati riabilitativi e assistenziali più positivi per gli assistiti appartenenti a minoranze etniche e culturali siano favoriti quando i professionisti sanitari dimostrano una maggiore competenza multiculturale (12).

È comune errore di presumere che i trattamenti debbano essere universalmente occidentalizzati, mentre spesso i professionisti sanitari trascurano le credenze e le pratiche culturali che influenzano le opinioni dei loro assistiti sulla disabilità. Inoltre, la concezione della disabilità varia notevolmente da cultura a cultura, influenzando le politiche e le procedure adottate in ciascun contesto (10). Un ulteriore ostacolo risiede nel fatto che la concettualizzazione e l'attuazione della competenza culturale sono poco chiare tra i professionisti sanitari a causa di una mancanza di una definizione chiara. La competenza culturale va definita come un'integrazione complessa di conoscenze, attitudini e abilità che migliorano la comunicazione interculturale e le interazioni efficaci con gli altri. I professionisti sanitari spesso trovano difficile incorporare gli aspetti culturali nell'assistenza in quanto ciò che è considerato culturalmente appropriato per un gruppo di pazienti potrebbe non esserlo per un altro gruppo, anche se appartenente alla stessa cultura (9). Da ultimo: le sfide connesse agli incontri interculturali possono portare all'esitazione da parte dei professionisti sanitari nel coinvolgersi con individui e gruppi culturalmente e linguisticamente diversi (13).

Discussione e Conclusione

Tutto quanto si ad ora descritto è fondamentale per identificare stimoli e ostacoli al cambiamento e stilare un progetto di cambiamento organizzativo basato sugli otto passi di Kotter (17).

Passo 1: stabilire il senso di urgenza sensibilizzando i professionisti sull'importanza della formazione multiculturale raccogliendo ed analizzando la soddisfazione di utenti e professioni, presentando ai professionisti dati sull'aumento della diade disabilità-immigrazione e sull'efficacia della formazione multiculturale.

Passo 2: formare una coalizione creando un team interprofessionale di formatori dedicato all'area multiculturale attraverso l'individuazione di referenti per la formazione multiculturale, coinvolgendo professionisti desiderosi di cambiamento ed i responsabili dei servizi.

Passo 3: sviluppare una Vision e una Strategia coinvolgendo il team nella definizione e creando una roadmap dettagliata per la formazione per ogni fase del progetto (analisi, progettazione, implementazione e valutazione).

Fase di analisi: identificare le dinamiche culturali e coinvolgere gli stakeholder nella pianificazione.

Fase di progettazione: definire gli obiettivi e lo sviluppo di contenuti didattici e le modalità di erogazione.

Fase di implementazione: preparazione dei formatori con competenze culturali e calendarizzare sessioni di formazione.

Fase di valutazione: utilizzo di strumenti di valutazione per raccogliere feedback e misurare l'efficacia del programma, coinvolgendo anche gli stakeholder.

Fase di comunicazione della visione: l'obiettivo è diffondere la vision a tutti gli attori coinvolti utilizzando comunicazioni ufficiali da parte delle Direzioni e presentazioni ufficiali agli utenti e alle loro famiglie.

Passo 5: rimuovere gli ostacoli di sistema svolgendo gli incontri di formazione in orario di servizio

Passo 6: generare vittorie a breve termine creando legami tra professionisti ed utenti e stimolando l'interesse durante gli incontri formativi al personale

Passo 7: consolidare le vittorie e promuovere il cambiamento riconoscendo i valori emersi e garantendo la possibilità di formazione continua e applicazione pratica delle competenze acquisite.

Passo 8: ancorare il cambiamento alla cultura aziendale incorporando i principi della formazione multiculturale nei processi di assunzione e sviluppo del personale e rendere la cultura aziendale aperta ed adattabile.

L'applicazione del metodo Kotter contribuirà a garantire che la formazione multiculturale sia implementata in modo efficace e diventi parte integrante della pratica professionale nella presa in carico delle persone con disabilità.

Bibliografia

- 1) Pennazio, V., Armani, S., & Traverso, A. (2015). Le famiglie migranti di bambini disabili. Progettualità e interventi educativi. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 167–182. <https://doi.org/10.13128/RIEF-16388>
- 2) Zanfrini, L., & Formichi, C. (2023). *Immigrazione e disabilità: Conoscenze, politiche e (buone) pratiche. A che punto siamo?* ISMU ETS
- 3) Geraci, S., & Gnolfo, F. (2012). *In Rete per la salute degli immigrati Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Pendragon
- 4) Manara, D. F., Isernia, I., & Buzzetti, S. (2013). [Intercultural nursing: Analysis of changes in the perception of relational problems with foreign patients]. *Professioni infermieristiche*, 66(3), 143–150. <https://doi.org/10.7429/pi.2013.663.143>
- 5) Brown, E. V. D., Muñoz, J. P., & Powell, J. M. (2011). Multicultural Training in the United States: A Survey of Occupational Therapy Programs. *Occupational Therapy in Health Care*, 25(2/3), 178–193. <https://doi.org/10.3109/07380577.2011.560240>
- 6) Liu, T.-T., Chen, M.-Y., Chang, Y.-M., & Lin, M.-H. (2022). A Preliminary Study on the Cultural Competence of Nurse Practitioners and Its Affecting Factors. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare10040577>

- [org/10.3390/healthcare10040678](https://doi.org/10.3390/healthcare10040678)
- 7) McFarland, M. R., & Leininger, M. (2004). *Infermieristica transculturale: Concetti, teorie, ricerca e pratica* / Madeleine Leininger, Marilyn R. McFarland ; edizione italiana a cura di Giuseppina Ledonne, Marta Nucchi ; traduzione di Simona Longo. CEA.
 - 8) Lundberg PC, Bäckström J, & Widén S. (2005). Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(3), 255–262. <https://doi.org/10.1177/1043659605274952>
 - 9) Henderson, S., Horne, M., Hills, R., & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), 590–603. <https://doi.org/10.1111/hsc.12556>
 - 10) Boston, Q., Dunlap, P. N., Ethridge, G., Barnes, E., Dowden, A. R., & Euring, M. J. (2015). Cultural beliefs and disability: Implications for rehabilitation counsellors. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37(4), 367–374. <https://doi.org/10.1007/s10447-015-9250-7>
 - 11) Olaussen, S. J., & Renzaho, A. M. N. (2016). Establishing components of cultural competence healthcare models to better cater for the needs of migrants with disability: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 22(2), 100–112. <https://doi.org/10.1071/PY14114>
 - 12) Bellini J. (2003). Counselors' multicultural competencies and vocational rehabilitation outcomes in the context of counselor-client racial similarity and difference. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(3), 164–190. <https://doi.org/10.1177/00343552030460030501>
 - 13) Omeri, A., & Malcolm, P. (2004). Cultural diversity: A challenge for community nurses. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 17(3), 183–191. <https://doi.org/10.5172/conu.17.3.183>
 - 14) Olson, R., Bidewell, J., Dune, T., & Lessey, N. (2016). Developing cultural competence through self-reflection in interprofessional education: Findings from an Australian university. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), 347–354. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1144583>
 - 15) Pickl, G. (2011). Communication Intervention in Children with Severe Disabilities and Multilingual Backgrounds: Perceptions of Pedagogues and Parents. *AAC: Augmentative & Alternative Communication*, 27(4), 229–244. <https://doi.org/10.3109/07434618.2011.630021>
 - 16) Day-Vines, N. L., Booker Ammah, B., Steen, S., & Arnold, K. M. (2018). Getting comfortable with discomfort: Preparing counselor trainees to broach racial, ethnic, and cultural factors with clients during counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(2), 89–104. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9308-9>
 - 17) Kotter, J. P. (2012). Accelerate! *Harvard Business Review*, 90(11), 44–52, 54–58, 149