

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

Dottorato di ricerca in Psicologia

Ciclo XXVII

**L'ipotesi del contatto in ambito sanitario: effetti sul
pregiudizio, sulla percezione di funzionalità del team e sulla
soddisfazione dei professionisti**

Coordinatore:

Chiar.ma Prof. Tiziana Mancini

Tutor:

Chiar.mo Prof. Leopoldo Sarli

Co-Tutor:

Chiar.ma Prof. Tiziana Mancini

Dottorando: Dott. Giuseppe Marletta

INTRODUZIONE.....	8
CAPITOLO 1 – IL CONTATTO INTERGRUPPI	11
1.1 – Il contatto intergruppi.....	11
1.2 – L’ipotesi del contatto intergruppi.....	12
1.3 – La qualità e la quantità di contatto	15
1.4 – Il contatto intergruppi indiretto	17
1.5 – Gli effetti negativi del contatto intergruppi	19
1.6 – il bias intergruppi.....	22
1.7 – Il pregiudizio	22
1.7.1 - Componente cognitiva del pregiudizio: lo stereotipo	25
1.7.2 - Componente emozionale del pregiudizio	27
1.7.3 - Componente conativa o comportamentale del pregiudizio: la discriminazione	28
1.8 – Moderatori e mediatori del contatto	29
1.9 – Moderatori del contatto: lo <i>Status</i>	30
1.10 – Moderatori del contatto: l’orientamento alla dominanza sociale (SDO) e l’autoritarismo di destra (RWA)	33
1.11 – Moderatori del contatto: salienza delle appartenenze di gruppo	35
1.12 – Mediatori del contatto: l’ansia intergruppi (intergroup anxiety)	39
1.13 – Mediatori del contatto: la minaccia realistica e simbolica	40
1.14 – Mediatori del contatto: l’empatia e il self-disclosure	41
CAPITOLO 2 – L’AMBITO SANITARIO E IL CONTATTO INTERGRUPPI	43
2.1 – Il contatto interculturale nel contesto sanitario: un vuoto di conoscenze	43
2.2 – Obiettivi generali e modello di ricerca degli studi	48
2.3 – Il modello di ricerca degli studi.....	49
2.4 – I costrutti del modello di ricerca	50
2.4.1 - Variabili indipendenti: il contatto.....	50

2.4.2 – Variabili dipendenti: il pregiudizio	51
2.4.3 – I moderatori del contatto: SDO E RWA	51
2.4.4 – I mediatori del contatto: ansia intergruppi.....	52
2.4.5 – I mediatori del contatto: minaccia realistica e simbolica	52
2.4.6 – OUTCOMES OSPEDALIERI – la soddisfazione e la percezione della funzionamento del team di cura.....	53
2.4.7 - Lo status	54
2.5 – Gli studi.....	55

CAPITOLO 3 – STUDIO 1: IL CONTATTO INTERGRUPPI IN AMBITO FORMATIVO INFERMIERISTICO.....58

3.1 – I dati nazionali sul contatto intergruppi nelle Università italiane	58
3.2 - La ricerca bibliografica	59
3.3 - Un'indagine sugli studenti di infermieristica di Parma	65

MATERIALI E METODI

3.4 - Disegno di ricerca, durata, campionamento e criteri di selezione	66
3.5 - Strumenti d'indagine	67
3.5.1 - Quantità di contatto in tirocinio.....	67
3.5.2 - Qualità positiva di contatto in tirocinio.....	68
3.5.3 - Ansia intergruppi.....	68
3.5.4 - Right-Wing Authoritarianism Scale (RWA) short version.	69
3.5.5 - Short Social Dominance Orientation (S-SDO) versione ridotta in italiano	69
3.5.6 - Scala della minaccia realistica	70
3.5.7 - Scala della minaccia simbolica.....	70
3.5.8 - Scala del Pregiudizio Etnico Moderno (PEM).....	71
3.5.9 - Termometro del pregiudizio.....	71
3.5.10 – Percezione del funzionamento del team	71
3.5.11 - Soddisfazione	72

3.6 - Partecipanti	73
--------------------------	----

3.7 – Strategia di analisi dei dati.....	73
--	----

RISULTATI.....74

3.8 – Proprietà psicometriche delle scale	74
3.8.1 - Quantità di contatto in tirocinio	75
3.8.2 - Qualità positiva di contatto in tirocinio	76

3.8.3 – Ansia intergruppi	77
3.8.4 – RWA, Right-Wing Authoritarianism scale (versione ridotta in italiano)	78
3.8.5 – S-SDO, Short Social Dominance Orientation (versione ridotta in italiano).	80
3.8.6 - Scala della minaccia realistica	81
3.8.7 - Scala della minaccia simbolica.....	82
3.8.8 – PEM, Pregiudizio Etnico Moderno (componente cognitiva del pregiudizio)	84
3.8.9 - Percezione del funzionamento del team	85
3.9 – Analisi descrittive	87
3.10 – Analisi di correlazione	88
Discussione e limiti	90
 CAPITOLO 4 – STUDIO 2: UN’INDAGINE TRA I PROFESSIONISTI SANITARI	94
4.1 - Il contatto interculturale nel contesto sanitario.....	94
4.2 – La ricerca bibliografica	96
4.3 – Definizione dei livelli di contatto.	100
4.4 – Ipotesi.....	101
4.5 - Disegno di ricerca, campionamento e durata,.....	104
4.6 – Implicazioni etiche	106
4.7 - Strumenti d’indagine	107
4.7.1 - Quantità di contatto al lavoro.	107
4.7.2 - Qualità di contatto al lavoro.....	108
4.7.3 - Ansia intergruppi	108
4.7.4 – Scala delle minacce realistiche e simboliche.....	109
4.7.5 - Right-Wing Authoritarianism Scale (RWA) short version.	109
4.7.6 - Short Social Dominance Orientation (S-SDO)	109
4.7.7 – Pregiudizio etnico moderno (PEM)	110
4.7.8 - Termometro del pregiudizio	110
4.7.9 - Percezione del funzionamento del team	110
4.7.10 - Soddisfazione	110
4.8 – Partecipanti	111
4.9 – Strategia di analisi dei dati	112
RISULTATI.....	113
4.10 – Proprietà dello strumento	113

4.10.1 – Quantità di contatto	113
4.10.2 – Qualità di contatto.....	114
4.10.3 – Ansia intergruppi	115
4.10.4 – Minacce realistiche e simboliche	115
4.10.5 - Right-Wing Authoritarianism Scale (RWA)	116
4.10.6 – Short Social Dominance Orientation (S-SDO)	117
4.10.7 – Pregiudizio Etnico Moderno (PEM)	117
4.10.8 – Percezione del funzionamento del team	118
4.11 – Analisi descrittive	118
4.12 – Analisi di correlazione	119
4.13 – Valutazione delle ipotesi di ricerca	122
4.14 – Valutazione delle ipotesi sul contatto (qualità positiva e quantità) e sugli effetti di mediazione e di moderazione tra contatto e pregiudizio.	123
4.15 – Valutazione delle ipotesi sulla percezione di funzionamento del team e soddisfazione lavorativa;	126
4.16 – Valutazione delle ipotesi sull’influenza dello status sul rapporto tra contatto e pregiudizio.	127
DISCUSSIONE	130
CONCLUSIONI.....	135
LIMITI E DIREZIONI PER IL FUTURO	138
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	141
APPENDICI.....	162
APPENDICE 1: DISTRIBUZIONE CAMPIONARIA PER U.O.	163
APPENDICE 2: DISTRIBUZIONE DEI PROFESSIONISTI SUI 3 LIVELLI DI CONTATTO DELLE U.O.	165
APPENDICE 3: LO STRUMENTO DI RICERCA	167

INTRODUZIONE

Le società occidentali sono caratterizzate da fenomeni migratori che hanno assunto, specie negli ultimi decenni, aspetti decisamente importanti; la convivenza tra persone appartenenti a etnie diverse pertanto è diventata un problema quanto mai attuale e ricorrente (Brown, Capozza, & Licciardello, 2007). In Italia ad esempio, la popolazione straniera (cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia) è passata dai quasi 2.000.000 di persone del 2004, ai poco meno di 4.000.000 a fine 2013¹. Anche se la questione non riguarda tutti alla stessa maniera, in quanto diversi possono essere i livelli di esposizione e le circostanze in cui il contatto avviene, è innegabile che il contatto stesso, visto che rappresenta una caratteristica intrinseca del rapporto tra persone, possa avere inevitabili conseguenze (negative o positive) sulle relazioni interpersonali e intergruppi. La psicologia sociale ha dedicato ampio spazio allo studio degli esiti del contatto in relazione al pregiudizio ed in letteratura si evidenzia la presenza di due filoni teorici in parziale contraddizione tra loro. Da una parte l'ipotesi del contatto di Allport (1954), secondo la quale l'incontro tra membri appartenenti a gruppi diversi può, se vengono rispettate determinate precondizioni favorevoli, ridurre il pregiudizio; dall'altra la teoria dell'identità sociale di Tajfel e Turner (1979) secondo la quale il confronto tra persone appartenenti a gruppi diversi può generare un atteggiamento di favoritismo ingroup e discriminazione outgroup. Un atteggiamento, il pregiudizio, che al di là delle spiegazioni individuali risente, come afferma Brown (1995), dell'influenza del contesto sociale, aspetto che a detta dell'autore pare giocare un ruolo fondamentale nella formazione degli atteggiamenti dell'individuo. Tra i vari contesti in cui il

¹Centro diffusione dati ISTAT: "Cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti" dati pubblicati il 5 agosto 2014, www.istat.it/it/archivio/stranieri

contatto con persone di culture diverse dalla propria può avere luogo riveste grande importanza quello lavorativo, in quanto luogo dove, oggi come non mai in precedenza, persone appartenenti a culture diverse entrano spesso in contatto per il raggiungimento di obiettivi personali o professionali.

Le ricerche sugli esiti del contatto intergruppi condotte all'interno dei contesti lavorativi, in ottemperanza al dualismo teorico citato in precedenza, mettono in luce, come vedremo, risultati contraddittori e non sempre positivi. Oltre a ciò, risalta un aspetto abbastanza curioso: sembrano esserci poche testimonianze riguardo ai contesti sanitari, specialmente se si considera l'ambito lavorativo dove gli operatori sanitari (medici, infermieri ed altre figure di supporto come Operatori Socio Sanitari e/o ausiliari) si trovano ad operare. Partendo quindi dai riferimenti teorici di base, cioè la teoria del contatto intergruppi di Allport (1954) e dalla teoria dell'identità sociale di Tajel e Turner (1979), i due studi progettati ed attuati, hanno l'obiettivo di comprendere gli effetti del contatto intergruppi sul pregiudizio in un ambito, quello sanitario, interessato dal contatto non solo in senso "classico" tra utenza e professionisti, ma anche e soprattutto tra le varie figure professionali componenti le equipe di cura.

Il primo capitolo è dedicato all'approfondimento teorico delle ricerche ispirate alla teoria del contatto di Allport (declinato nelle varie forme sia dirette che indirette) e mira a fornire anche un quadro generale sugli elementi di mediazione e moderazione che possono giocare un ruolo importante e determinante nella riduzione del pregiudizio etnico. Il secondo capitolo fa riferimento all'indagine condotta presentandone il modello empirico di riferimento, gli obiettivi e le ipotesi, nonché la presentazione dei due studi condotti. Il terzo capitolo presenta il primo studio condotto con gli studenti del Corso di Laurea in

Infermieristica dell'Università degli studi di Parma (studio 1), con l'obiettivo principale di valutare le proprietà psicometriche dello strumento d'indagine e le correlazioni tra le variabili di ricerca. Nel quarto capitolo, vengono riportati gli esiti dell'indagine condotta tra i professionisti sanitari (studio 2), che ha coinvolto medici, infermieri e operatori socio sanitari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. In questa parte, si è cercato di dare risposta a diversi quesiti di ricerca, primo tra tutti l'influenza dei principali mediatori (ansia intergruppi e minacce realistiche e simboliche) e moderatori (SDO e RWA) sul rapporto tra contatto e pregiudizio. Quindi sono stati valutati i riflessi del contatto sulla percezione del funzionamento del team e sulla soddisfazione dei professionisti, tenendo conto dell'influenza dello status di chi porta il contatto sul pregiudizio, in riferimento a 3 gruppi di confronto con livelli diversi di contatto, individuati in base alle presenze in organico di operatori stranieri.

La parte finale riguarda la sintesi critica di quanto ottenuto, i limiti del lavoro condotto e le direzioni verso cui, in futuro, la ricerca può dirigersi per approfondire ulteriormente i campi d'indagine.

CAPITOLO 1

IL CONTATTO INTERGRUPPI

1.1 – Il contatto intergruppi

La realtà attuale mette sempre più a stretto contatto persone appartenenti a estrazioni culturali diverse; tale aspetto caratterizza in particolare le società occidentali, dove l'entità dei fenomeni migratori ha assunto aspetti decisamente importanti: la convivenza tra le persone è diventata quindi un problema che riguarda tutti, anche chi non è direttamente coinvolto nelle relazioni con appartenenti ad altre etnie (Brown, Capozza, & Licciardello, 2007). Per contatto intergruppi dunque, si intende l'insieme delle situazioni in cui persone appartenenti a gruppi diversi interagiscono tra loro e studiare in contatto intergruppi si traduce nello studio degli effetti di tali interazioni (Hewstone & Voci, 2009). Anche se la questione non riguarda tutti alla stessa maniera in quanto diversi possono essere i livelli di esposizione e le circostanze in cui il contatto avviene, è innegabile che il contatto ha inevitabili conseguenze (positive o negative) sulle relazioni interpersonali e intergruppi. Di queste conseguenze se ne è classicamente occupata soprattutto la psicologia sociale. In questo ambito disciplinare si collocano in particolare due teorie che hanno ipotizzato e verificato empiricamente due diversi e opposti esiti del contatto: da un lato i contributi a sostegno dell'ipotesi del contatto di Willard Allport, i quali sottolineano gli effetti positivi del contatto in termini di riduzione del pregiudizio (Allport, 1954); dall'altro quelli che a partire dalla teoria dell'Identità Sociale di Tajfel & Turner, evidenziano i possibili effetti negativi del contatto, la possibilità cioè che il contatto intergruppi non solo in situazioni competitive,

quando cioè le risorse appaiono limitare (Sherif & Sherif, 1969), ma anche in situazioni comparative, quando cioè è data la possibilità di differenziare positivamente il proprio gruppo dall'altro, accentui il pregiudizio (inteso come bias) nelle valutazioni intergruppi (Tajfel & Turner, 1979).

1.2 – L'ipotesi del contatto intergruppi

Rielaborando le conclusioni a cui Thomas Williams era giunto nel 1947, il ricercatore statunitense Gordon Willard Allport, nella sua opera più rappresentativa, *The Nature of Prejudice*, definì il pregiudizio etnico come “un’antipatia basata su una generalizzazione irreversibile e in mala fede che può essere solo intimamente avvertita o anche dichiarata” (Allport, 1954). Secondo l’autore, il *contatto diretto* (faccia a faccia) tra membri di gruppi diversi, se avviene in condizioni favorevoli, può ridurre il pregiudizio, la stereotipizzazione e la discriminazione. Egli identificò pertanto quattro precondizioni in base alle quali il contatto intergruppi può influire positivamente sul pregiudizio: 1) sostegno sociale e istituzionale ovvero norme sociali che promuovono e sostengono la tolleranza; 2) interdipendenza positiva; 3) uguaglianza di status; 4) cooperazione intergruppi ed esistenza di uno scopo comune.

Diversi altri studi hanno contribuito in seguito a dimostrare la validità dell’ipotesi del contatto in termini di riduzione del pregiudizio su gruppi non stigmatizzati in contesti, età evolutive e periodi diversi (Amir & Katz, 1976; Pettigrew, 1997; Brown & Hewstone, 2005; Husnu & Crisp, 2010; Dhont, Van Hiel, De Bolle, & Roets, 2012; Al Ramiah & Hewstone, 2013; Al Ramiah, Hewstone, Voci, Cairns, & Hughes, 2013; Christ, et al., 2014; Schmid, Al Ramiah,

& Hewstone, 2014; Schmid, Hewstone, Küpper, Zick, & Tausch, 2014); così come nei confronti di gruppi tradizionalmente stigmatizzati come gli schizofrenici (Yang, et al., 2012; Scior, Addai-Davis, Kenyon, & Sheridan, 2013; West, Hewstone, & Lolliot, 2014) o i pazienti affetti da AIDS (Gerbert, Sumser, & Maguire, 1991; Zimet, 1992). La prova più convincente a tal riguardo è probabilmente costituita dal risultato della metanalisi di Pettigrew e Tropp (2006) in cui sono stati considerati 515 studi, per un totale di 713 campioni indipendenti e più di 250.000 partecipanti. I risultati erano abbastanza chiari: nella relazione tra contatto e pregiudizio maggiore era il contatto tra gruppi, minore risultava essere il pregiudizio espresso, con solo il 6% degli studi che mostrava l'effetto inverso. Nello specifico gli autori provvedevano a evidenziare in quali occasioni si ottenevano risultati maggiormente significativi. Si ottenevano effetti più forti in studi sperimentali e in contesti ricreativi, piuttosto che in contesti scolastici e residenziali; per partecipanti appartenenti a gruppi di maggioranza, piuttosto che a gruppi di minoranza; per gruppi target basati sull'orientamento sessuale e sul background etnico, piuttosto che su disabilità mentali e fisiche; per variabili di tipo affettivo, quali emozioni e sentimenti, piuttosto che per variabili di tipo cognitivo, quali credenze e stereotipi. Il contatto sembrava avere effetti positivi anche quando le condizioni di Allport non erano del tutto soddisfatte: le originali condizioni del contatto risultavano infatti essere facilitanti, ma non necessarie. Le conclusioni dello studio, portavano gli autori ad affermare che le condizioni negative del contatto dovrebbero essere evitate affinché gli effetti positivi del contatto non ne risultino annullati; inoltre le opportunità di contatto dovrebbero essere sufficientemente frequenti perché si sviluppi la conoscenza reciproca. D'altra parte, se sembra plausibile che il contatto intergruppi sia in grado di ridurre il pregiudizio, resta da comprendere quanto il pregiudizio sia in grado di ridurre l'interazione

con persone appartenenti all'outgroup: se una persona ha dei pregiudizi verso un gruppo è logico pensare che limiterà o addirittura cercherà di evitare le situazioni di contatto con persone appartenenti ad esso, e in ogni caso tenderà a viverle con disagio e preoccupazione. Gli studi condotti alla verifica di quanto sopra non permettono di giungere a conclusioni definitive, data la difficoltà principale consistente nel processare dati di natura correlazionale. Tausch e collaboratori (2007) hanno proposto tre diverse possibili soluzioni al problema: 1) l'utilizzo di modelli di equazioni strutturali, 2) analisi di contesti di contatto obbligato, 3) studi longitudinali. Nel primo caso i risultati ottenuti dagli studi che hanno utilizzato questa metodica consentivano di rilevare che entrambe le direzioni causali – dal contatto al pregiudizio o dal pregiudizio al contatto – risultavano plausibili, anche se occorre sottolineare come i legami dal contatto al pregiudizio sembravano essere più forti rispetto a quelli nella direzione inversa. Nel caso di analisi di contesti di contatto obbligato, come ad esempio in ambito formativo o lavorativo, la relazione tra pregiudizio e contatto non poteva essere ipotizzabile, dato che veniva meno per i partecipanti la possibilità di scelta sull'entrare o meno in interazione con i membri dell'outgroup. E' comunque da rimarcare il fatto che con la loro metanalisi Pettigrew e Tropp (2006) hanno dimostrato che proprio nei contesti obbligati veniva riportata la maggior efficacia del contatto nella riduzione del pregiudizio. La terza soluzione era rappresentata dagli studi longitudinali in cui le misure di contatto e pregiudizio sono state rilevate in momenti temporali diversi. Gli studi che hanno adottato questa metodologia non sono molto numerosi e, in ogni caso, hanno dato luogo a risultati controversi (Hewstone & Voci, 2009).

1.3 – La qualità e la quantità di contatto

Il focus centrale attorno al quale il contatto intergruppi può ridurre il pregiudizio è costituito dal contatto e dunque, dalla *quantità* e dalla *qualità* del contatto stesso (Hewstone, Rubin, & Willis, 2002; Pettigrew, 1997; Pettigrew, 1998). In accordo con l'ipotesi del contatto intergruppi di Allport (1954), la ricerca ha dimostrato che il contatto frequente e positivo (dunque con interazione) con persone dell'outgroup portava ad un miglioramento dei giudizi relativi a tutto l'outgroup e quindi alla riduzione del pregiudizio nei loro confronti (Allport 1954; Hewstone 1996; Pettigrew 1998; Voci & Hewstone 2003; Pettigrew & Tropp 2006). Di contro, l'esposizione incidentale (quindi senza interazione), seppur regolare con le minoranze etniche, può amplificare l'atteggiamento pregiudizievole. Secondo Smith e collaboratori (2006) ad esempio, riferendosi all'ambito lavorativo, ciò può succedere nel caso in cui si osservano dei colleghi di altre etnie con altri ruoli sul posto di lavoro, senza interagire con loro. Questi colleghi iniziano ad essere sentiti come più familiari, ma senza interazione aumenta la probabilità che i lavoratori appartenenti all'ingroup si baseranno su immagini stereotipate nel valutare i colleghi: ricorrere allo stereotipo permette di evitare lo sforzo di valutare con metodo e con attenzione. Un altro esempio è quello di un dipendente che osserva una persona con abiti trasandati, ma che riveste funzioni dirigenziali. Questa persona potrà sembrare familiare al dipendente, pertanto si applicheranno gli stereotipi di persone che indossano abiti trasandati nel valutare questa persona.

Il contatto in termini di *quantità* è stato declinato in forma diversa a seconda degli autori che ne hanno fatto menzione nelle loro ricerche. Nello studio di Manganelli e collaboratori (2008), ad esempio, è stato studiato sotto varie forme: dal contatto intimo "*Hai amici fra gli immigrati islamici?*" a quello occasionale "*Quanti immigrati islamici (uomini e*

donne) incontri nei luoghi/mezzi pubblici (mezzi di trasporto, negozi, supermercati, bar) che frequenti abitualmente?”. Nella ricerca di Voci e Hewstone (2003), invece, si è fatto riferimento al contatto riferito a due contesti distinti: ambito formativo (studenti universitari del nord Italia) nel caso del primo studio e luogo di lavoro (operatori sanitari di ospedali del nord Italia) nel secondo. Nel primo caso lo strumento che è stato utilizzato conteneva item come *“quante persone provenienti dall’Africa conosci?”*; *“quanto di frequente hai contatto con studenti provenienti dall’Africa?”*. Nel caso del luogo di lavoro invece gli item erano del tipo: *“quanto contatto hai al lavoro con persone provenienti da paesi extra UE?”* ; *“quante persone che lavorano con te provengono da paesi extra UE?”*.

Per determinare la *qualità* del contatto gli studi in genere hanno utilizzato una domanda stimolo (che faceva riferimento alle sensazioni in seguito al contatto) alla quale venivano associati una serie di aggettivi. Ad esempio nello studio di Manganelli e collaboratori (2008), i giudizi sulla qualità del contatto sono stati rilevati su sei aggettivi: *“piacevole, positivo, forzato, ostile, amichevole, caldo”*, con risposte su scala Likert a 5 passi da *“per nulla”* a *“moltissimo”*; scelta condivisa anche da Voci e Hewstone (2003) sul primo studio, dove gli aggettivi erano *“piacevole, cooperativo, superficiale”*. Nel caso dei lavoratori (secondo studio) i giudizi sulla qualità del contatto sono stati invece rilevati su una scala Likert a cinque passi tra due estremi positivo/negativo. Le quattro paia di aggettivi erano *“involontario/volontario, naturale/forzato, spiacevole/piacevole, competitivo/cooperativo”*. Il quadro generale che emerge dai più recenti sviluppi letterari riguardo gli effetti di quantità e qualità del contatto sulla riduzione del pregiudizio, sebbene in alcuni casi evidenzia il ruolo predittivo ugualmente importante di entrambe le dimensioni (Brown, Vivian, & Hewstone, 1999; Harwood, Voci & Hewstone, 2003; Hewstone, Paolini, & Voci, 2005), propende più per

la qualità del contatto piuttosto che sulla quantità come fattore decisivo (Brown, Maras, Masser, Vivian, & Hewstone, 2001; Eller & Abrams, 2003; Greenland & Brown, 1999; Schwartz & Simmons, 2001; Stephan, Diaz-Loving, & Duran, 2000); solo di rado la quantità risulta essere altamente predittiva del pregiudizio. (Brown, Eller, Leeds, & Stace, 2007).

1.4 – Il contatto intergruppi indiretto

Partendo dall'ipotesi di Allport, che fa riferimento al contatto intergruppi diretto, il campo di ricerca si è ampliato e si sono avuti poi diversi sviluppi anche verso forme di *contatto indiretto*, ovvero quando il contatto tra membri appartenenti a gruppi diversi non avviene face-to-face, ma tramite un'interazione indiretta. Una delle forme di contatto indiretto più interessanti è rappresentata dal cosiddetto contatto esteso (amici dell'ingroup che hanno amici nell'outgroup), partendo dall'assunto che le amicizie (quindi la conoscenza diretta) tra membri appartenenti a gruppi diversi (ingroup e outgroup), possa avere risvolti positivi sugli atteggiamenti nei confronti dell'outgroup in generale (conoscenza estesa o indiretta). Secondo Wright e collaboratori (1997), sono tre i meccanismi secondo cui il contatto esteso sarebbe in grado di ridurre il pregiudizio. Il primo è rappresentato dal fatto che l'avere un amico che ha amicizie nell'outgroup rappresenta un esempio positivo per cui si sarebbe più tolleranti nell'interazione con l'outgroup. Il secondo è che sotto tale luce, il membro dell'outgroup rappresenta un esempio positivo che disattende le attese e le credenze negative nei riguardi dell'outgroup; il terzo è ultimo meccanismo è rappresentato dal fatto che questa "apertura" da parte di un membro dell'ingroup, porterebbe a una parziale inclusione dell'outgroup nell'ingroup. I vantaggi del contatto esteso sono rappresentati in primo luogo dal fatto che non è necessario un contatto diretto, ma

soprattutto basterebbe un singolo elemento dell'ingroup che abbia amicizie con l'outgroup per estendere l'effetto di riduzione del pregiudizio su molti elementi dell'ingroup. Per di più il contatto indiretto dovrebbe provocare meno ansia (Stephan & Stephan, 1985), che rappresenta uno dei principali fattori all'origine del pregiudizio (Vezzali, et al., 2013). Da qui gli studi proposti in seguito hanno confermato la validità dell'assunto (Liebkind & McAlister, 1999; Turner Hewstone, Voci, Paolini, & Christ, 2007; Turner, Hewstone, Voci, Vonofakou, 2008; Christ, et al., 2010; Dovidio, Eller, & Hewstone, 2011; Vezzali, Giovannini, & Capozza, 2012; Vezzali & Giovannini, 2013) testandone l'efficacia anche nei riguardi dell'infraumanizzazione dell'outgroup (Andrighetto, Mari, Volpato, & Behluli, 2012; Vezzali, Hewstone, Giovannini, Capozza, & Trifiletti, manuscript in preparation).

Come più volte sottolineato, la condizione necessaria affinché questo tipo di contatto si verifichi (e si possa quindi studiare) è la presenza di almeno una persona che ha amici nell'outgroup. Dato che ciò non sempre è possibile, ipotizzando lo stesso tipo di effetto su forme ancor più indirette di contatto, Turner e collaboratori (2007) hanno proposto il *contatto immaginato*, presupponendo che il semplice immaginare un incontro positivo con un membro dell'outgroup, potesse migliorare gli atteggiamenti intergruppi. Anche in questo caso, gli studi susseguenti hanno provveduto a dimostrare l'efficacia dell'assunto teorico (Stathi & Crisp, 2008; Crisp & Turner, 2009; Crisp, Husnu, Meleady, Stathi, & Turner, 2010; Turner & Crisp, 2010), se non addirittura a determinare un effetto denominato "*secondary tranfer effect*" (Pettigrew, 2009) ovvero lo sviluppo di attitudini positive non soltanto verso l'outgroup immaginato ma anche verso altri outgroup affini (Tausch, et al., 2010; Harwood, Paolini, Joyce, Rubin, & Arroyo, 2011; Schmid, Hewstone, Küpperk, Zick, & Wagner, 2012; Vezzali & Giovannini, 2012).

Il *contatto vicario* rappresenta un'altra forma di contatto indiretto nel quale si verifica una semplice esposizione a uno o più membri dell'outgroup senza alcuna interazione diretta, oppure mediato da individui che non si conoscono appartenenti all'ingroup, come ad esempio l'osservazione di un gruppo di persone (anche virtuale su un social network o tramite video documentari) in cui vi sia interazione tra persone dell'ingroup e dell'outgroup (Dovidio, Eller, & Hewstone, 2011). Altri autori hanno comprovato l'efficacia di questa forma di contatto esteso: la riduzione sul pregiudizio è stata osservata sia nei bambini (Cameron, Rutland, Brown, & Douch, 2006) che negli adulti (Paolini, Hewstone, Cairns, & Voci, 2004; Turner, Hewstone, & Voci, 2007; Turner R., Hewstone, Voci, & Vonofakou, 2008; Joyce & Harwood, 2014).

1.5 – Gli effetti negativi del contatto intergruppi

Il contatto non ha evidenziato sempre e comunque effetti positivi. Passare una serata al bar o giocare una partita a tennis con un amico di pelle nera può essere un'esperienza divertente e quindi positiva, avere un alterco per un parcheggio o per il posto in una fila con uno sconosciuto della stessa etnia, può essere un'esperienza che viene vissuta come spiacevole e quindi negativa. Questo aspetto venne evidenziato inizialmente da Sherif e Sherif (1969) che, attraverso l'esperimento denominato della "*Caverna dei ladri*", giunsero a dimostrare che era l'esistenza di scopi competitivi tra due gruppi a generare un conflitto intergruppi, definito con il termine di intergroup bias, caratterizzato da atteggiamenti di favoritismo verso il proprio gruppo di appartenenza e di sfavoritismo nei confronti dell'altro. In seguito fu Tajfel (1974) a studiare questo aspetto al fine di comprendere le dinamiche

funzionali intergruppi. A tale scopo l'autore coniò il paradigma dei gruppi minimali, riferito alle modalità di costituzione dei processi di discriminazione ed autosegregazione funzionale nei gruppi umani. Negli esperimenti di gruppo minimale, Tajfel suddivise in maniera completamente casuale ed arbitraria i suoi soggetti sperimentali in due gruppi, differenziati da variabili minime e superficiali (ad esempio, la predilezione per un'opera d'arte piuttosto che per un'altra), per poi osservare come, spontaneamente, i soggetti assegnati ai due gruppi iniziassero in pochissimo tempo ad autopercepirsi come gruppo migliore e in contrapposizione all'altro. I membri del proprio gruppo venivano quindi genericamente "preferiti" rispetto ai membri dell'altro gruppo (Tajfel, 1970; Tajfel, Billig, Bundy, & Flament, 1971; Tajfel, 1974). Saranno successivamente lo stesso Tajfel e Turner (Social Identity Theory, SIT, 1979) ad approfondire il campo d'indagine, evidenziando che il confronto reale o immaginato con un altro gruppo era sufficiente a generare atteggiamenti pregiudizievoli; in questa prospettiva teorica, il gruppo venne, infatti, concettualizzato come luogo di origine e di difesa dell'identità sociale. Le conclusioni di Tajfel suscitarono vivo interesse nell'ambito della psicologia sociale e da qui in avanti la ricerca fornirà ulteriori riferimenti per ciò che concerne le chiavi motivazionali della SIT: più di 40 anni di ricerca hanno in definitiva dimostrato che le persone tendono a favorire il loro ingroup in termini di impressioni, atteggiamenti e comportamenti (Ratner, Dotsch, Wigboldus, Van Knippenberg, & Amodio, 2014). Tra le varie produzioni della letteratura sulla teoria dell'identità sociale si segnala il contributo di Brewer (1991), secondo cui la teoria dell'identità sociale è ciò che di fatto permette alle persone di "brillare di luce riflessa" e di permettere loro di sentirsi a proprio agio soddisfacendo il bisogno di sentirsi parte e di sentirsi protetti (Caricati, 2006). Le conclusioni di Tajfel (1978) sono che gli individui, almeno nella nostra società, si impegnano

nel raggiungimento/mantenimento di un'immagine di sé positiva che genera di conseguenza un'elevata autostima e siccome parte della conoscenza che gli individui hanno di se stessi si rifà alla consapevolezza di appartenere al proprio gruppo – l'identità sociale –, le persone sarebbero quindi motivate a considerare il proprio gruppo in modo positivo o più positivamente rispetto agli altri (cioè quelli ai quali non appartengono). Da questa prospettiva, quindi, il contatto con persone appartenenti a gruppi diversi dal proprio, produrrebbe effetti negativi in termini di bias o discriminazione intergruppi.

Un'ultima riflessione infine su quale delle due tipologie di contatto abbia effetti più forti sul pregiudizio, ovvero se il contatto positivo riduca il pregiudizio più di quanto il contatto negativo lo aumenti o viceversa. I risultati delle ricerche non sono del tutto coerenti. In primo luogo, infatti, si hanno i contributi che sottolineavano la maggior forza degli effetti del contatto positivo sulla riduzione del pregiudizio rispetto agli effetti negativi sul suo incremento (Pettigrew, 2008; Harwood, Paolini, Joyce, Rubin, & Arroyo, 2011; Visintin, 2013). Secondo altri autori invece, quando il contatto avviene in circostanze negative si hanno più probabilità di generalizzare in negativo rispetto a quanto invece succede in caso di contatto positivo. Inoltre, se il contatto intergruppi contiene un mix di entrambe le esperienze positive e negative, le esperienze negative avranno più influenza sugli atteggiamenti riguardo l'outgroup, incrementando il livello di pregiudizio (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer, & Vohs, 2001; Paolini, Harwood, & Rubin, 2010; Barlow, et al., 2012).

In definitiva, il punto centrale attorno a cui ruota tutto il campo di ricerca sul contatto intergruppi è la sua capacità o meno di generare il pregiudizio, un atteggiamento che è stato anche definito in termini di *bias intergruppi*.

1.6 – il bias intergruppi

Nel tentativo di comprendere il processo di identificazione sociale nei contesti reali (e non soltanto in ambito sperimentale così come riprodotta da Tajfel), la ricerca si è mossa anche nella direzione del capire se e quanto questo aspetto fosse in grado di generare atteggiamenti pregiudizievoli, i cosiddetti *bias intergruppi*. All'interno della SIT, il bias venne inteso o come una modalità conflittuale attraverso la quale è possibile far fronte a un'identità sociale negativa, o per consolidare un'identità sociale positiva (Tajfel & Turner, 1979). Il bias intergruppi si riferisce generalmente alla tendenza sistematica a valutare il proprio gruppo di appartenenza (ingroup) in modo più favorevole rispetto a un gruppo di non appartenenza (l'outgroup). Il bias intergruppi può riguardare tre aspetti che rispecchiano le tre componenti del pregiudizio cioè i comportamenti (discriminazione), l'attitudine (paura ed evitamento) e la cognizione (stereotipi) (Mackie & Smith 1998; Wilder & Simon 2001). L'uso del termine bias implica un giudizio interpretativo la cui risposta risulta essere ingiusta, illegittima, o ingiustificabile, nel senso che va al di là dei requisiti oggettivi o delle prove della situazione (Brewer & Brown, 1998; Fiske, 1998; Turner & Reynolds, 2001).

1.7 – Il pregiudizio

Il pregiudizio rappresenta il costrutto principale attorno al quale Allport coniò e definì la sua teoria del contatto intergruppi. Da un punto di vista etimologico, il pregiudizio è stato definito come giudizio precedente all'esperienza nei confronti di qualcuno o di qualcosa (Mazzara, 1997) ed è un aspetto molto trattato e studiato dalla psicologia sociale, specialmente qualora si faccia riferimento al contatto tra persone appartenenti a gruppi

etnici o estrazioni culturali differenti. Una prima definizione del pregiudizio pose l'accento sulla relazione tra pregiudizio e caratteristiche di personalità che renderebbero alcuni individui più inclini a giudicare in modo rigido e distorto gli outgroup (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson, & Sanford, 1950). Il pregiudizio venne anche analizzato come il risultato dei normali processi della mente umana e del bisogno che gli individui hanno di sistematizzare e organizzare la realtà sociale. E' quanto portò Allport (1954) a coniare la sua definizione di pregiudizio: secondo l'autore, infatti, il pregiudizio etnico è un'antipatia fondata su una generalizzazione falsa e inflessibile. Può essere sentito internamente o espresso. Può essere diretto verso un gruppo nel suo complesso o verso un individuo in quanto membro di quel gruppo (pag.9). Per Brown (1995), invece, il pregiudizio è un atteggiamento sfavorevole nei confronti di persone e gruppi che consiste in credenze cognitive squalificanti o stereotipi, nell'espressione di emozioni negative e nella messa in atto di comportamenti ostili e discriminatori verso i membri di un gruppo o di una categoria sociale per il solo fatto di appartenere a quel gruppo (pag.15).

Dovidio (2001) individuò tre ondate nello studio del pregiudizio. Una prima ondata, dagli anni '20 agli anni '50, fu contrassegnata da una prospettiva eminentemente individualista e da una considerazione del pregiudizio come un fenomeno psicopatologico. Con gli studi svolti tra gli anni '60 e '90 (seconda ondata di studi sul pregiudizio) si assegnò al pregiudizio la dignità di normale processo psicologico. In particolare, fu in questo periodo che si svilupparono una molteplicità di teorie volte a comprendere il cosiddetto "paradosso degli atteggiamenti razziali", ovvero quel fenomeno per cui, a fronte di un chiaro rifiuto, in linea di principio, delle ingiustizie razziali, non si riscontrava nelle persone un'altrettanto chiara disponibilità verso i provvedimenti necessari alla loro eliminazione. Intorno agli anni

'90 iniziò, arrivando fino ad oggi, la terza ondata di studi sul pregiudizio. E' in questa fase che vennero sviluppate una molteplicità di tecniche indirette tese a rilevare il pregiudizio implicito (valutazione inconscia) ed esplicito (valutazione consapevole e deliberata) (Pacilli, 2008). In questo periodo inoltre venne reso evidente il passaggio dalle vecchie forme di pregiudizio che si caratterizzavano (e si caratterizzano) per il sentimento di minaccia percepito da un gruppo in rapporto alla presenza di un gruppo estraneo, alle nuove forme di pregiudizio declinabili, secondo Brown e Stella (1997), in *pregiudizio moderno* definito come un'antipatia nei confronti dell'outgroup più simbolica e indiretta e in *pregiudizio aversivo* in cui il pregiudizio si esprime spesso sottoforma di risposta di rifiuto. Il razzista moderno non ha una rappresentazione classica dello stereotipo; non si dichiara apertamente razzista ma afferma che le istituzioni stiano concedendo troppi privilegi ai membri dell'outgroup a causa delle pressioni troppo forti esercitate. Coesistono dunque in esso sentimenti positivi e negativi che si traducono in un rispetto solo formale della parità dei diritti (McConahay, 1986; Sears, 1988); a causa di ciò Katz e collaboratori (1986) definirono questa forma di razzismo come ambivalente (Venza, 2007). Nella forma di pregiudizio definito aversivo l'individuo tende a evitare il contatto con i membri dell'outgroup, limitando interazioni o adottando condotte di distanza tali da scoraggiare il coinvolgimento: questo perché l'individuo è combattuto fra i valori ugualitari e l'antico radicato sentimento di ostilità verso i diversi. Si denotano differenze nel comportamento non verbale e spontaneo di soggetti razzisti aversivi; accanto a manifesti atteggiamenti liberali continuano a persistere aspetti residui di ansia e disagio (Brown, 1995; Brown & Stella, 1997). Secondo Pettigrew e Meertens (1995) le nuove forme di pregiudizio possono essere sottili e dunque riconducibili al razzismo moderno o sfacciate e quindi riconducibili al razzismo classico. Le forme sottili si

manifestano in difesa dei valori individualistici tradizionali sostenuti dalla credenza che i gruppi minoritari abbiano avuto favori non dovuti. Non esprime apertamente sentimenti negativi, ma si limita a non accordare nessun sentimento positivo. Levine e collaboratori infine, hanno fatto riferimento alla forma forse più estrema di pregiudizio: il contatto intergruppi può sfociare in un sentimento di infraumanizzazione, ovvero nel considerare l'ingroup come più umano dell'outgroup (Leyens, et al., 2001; Leyens, Demoulin, Vaes, Gaunt, & Paladino, 2007) se non addirittura nell'ontologizzazione, quando cioè vengono negate all'outgroup le caratteristiche umane (Pérez, Moscovici, & Chulvi, 2007; Boccato, Capozza, Falvo, & Durante, 2008); condizioni che possono influire negativamente sulle relazioni intergruppi (Goff, Eberhardt, Williams, & Jackson, 2008).

Il pregiudizio è trattato dalla psicologia sociale come un atteggiamento e pertanto le componenti da considerare, secondo il modello tripartito degli atteggiamenti di Rosenberg e Hovland (1960) sono tre: cognitiva, affettiva e conativa o comportamentale.

1.7.1 - Componente cognitiva del pregiudizio: lo stereotipo

Per la psicologia sociale uno stereotipo corrisponde a una credenza o a un insieme di credenze in base a cui un gruppo di individui attribuisce determinate caratteristiche a un altro gruppo di persone. Secondo la teoria di Hamilton e Troler (1986), uno stereotipo è una struttura cognitiva che contiene la conoscenza, le credenze e le aspettative possedute da un soggetto a proposito di un certo gruppo umano. Questi contenuti possono essere positivi o negativi e si acquisiscono sia attraverso l'esperienza personale, sia in seguito al processo di apprendimento sociale. Si tratterebbe dunque di un processo cognitivo e affettivo che consente e favorisce la distinzione e, in certi casi, la discriminazione fra i gruppi. Si ricorre

agli stereotipi perché offrirebbero una serie di vantaggi: forniscono informazioni supplementari quando servono (Oakes & Turner, 1990), semplificano l'elaborazione (Allport, 1954; Brewer & Crano, 1994; Macrae, Bodenhausen, Milne, & Jetten, 1994), difendono il sé dagli attacchi esterni (Brown, Collins, & Schmidt, 1988). Per quel che concerne gli studi sul pregiudizio è opportuno sottolineare l'importanza che oggi sta assumendo il modello del contenuto dello stereotipo (SCM) di Fiske e collaboratori (2002) in cui si teorizza che il processo di stereotipizzazione avvenga lungo due dimensioni fondamentali del giudizio sociale: la percezione di Competence (competenza) e la percezione di Warmth (calore/simpatia). La combinazione della presenza o meno di competenza e calore suscita quattro diverse emozioni verso l'outgroup: ammirazione, disprezzo, invidia, pietà. In base a queste caratteristiche, le persone formulano le proprie valutazioni sull'ingroup e/o sull'outgroup e mettono in atto comportamenti dettati dagli specifici stereotipi derivanti dalle combinazioni delle dimensioni stesse. La prima forma di stereotipia del CSM è costituita dall'ammirazione; ciò succede quando al gruppo di riferimento si attribuiscono alta competenza e alto calore ed è quindi in grado di suscitare emozioni positive. La seconda, il disprezzo, riguarda chi non è percepito né come caldo né come competente e determina emozioni uniformemente negative. Il paternalismo (o pregiudizio paternalistico) rappresenta la terza combinazione, cioè un atteggiamento per cui si considera il gruppo di riferimento come simpatico ma incompetente (es. anziani, disabili, donne tradizionali). L'ultima combinazione è l'invidia (o pregiudizio invidioso), atteggiamento per cui un gruppo esterno viene rispettato, poiché ritenuto competente, ma percepito come antipatico e freddo (es. asiatici, ebrei, donne non tradizionali) (Fiske, Cuddy, Glick, & Xu, 2002; Cuddy, et al., 2009). I risultati sperimentali degli studi di Judd e collaboratori (2005) hanno dimostrato come ci

fosse un meccanismo compensatorio tra competenza e calore: quando un oggetto sociale veniva percepito come molto competente tendeva ad essere percepito come poco caloroso e viceversa. Alcuni risultati di ricerca hanno dimostrato, inoltre, come questo meccanismo di compensazione era accentuato nel caso in cui nel contesto comparativo era presente un gruppo dalle caratteristiche opposte (Kervyn, Yzerbyt, Demoulin, & Judd, 2008).

1.7.2 - Componente emozionale del pregiudizio

Risulta essere molto importante l'orientamento degli studi degli ultimi anni nei quali vengono presi in considerazione i sentimenti e le emozioni che giocano un ruolo fondamentale sia nella formazione del pregiudizio, sia nella sua elaborazione che nel superamento. Secondo Dijker e collaboratori (1996) la comparsa di un'emozione nella relazione sarebbe un segnale che sta succedendo qualcosa. La paura, ad esempio, rappresenta la percezione di un pericolo che non si è sicuri di saper affrontare accompagnata dall'impulso a combattere o a ritirarsi. Considerando l'aspetto emozionale, il pregiudizio può essere considerato come un atteggiamento legato a sentimenti ed emozioni, come una risposta che quindi può essere guidata da paura e ansia nei confronti di persone appartenenti ad una determinata categoria. Smith (1999), nell'ambito degli studi ispirati alla SIT, ha sostenuto che se il gruppo esterno era vissuto come minaccioso, l'emozione suscitata era la paura; se il gruppo esterno era visto come non rispettoso delle norme del gruppo di appartenenza (ad esempio immigrati che rubano), l'emozione era invece il disprezzo. Da citare, infine, i contributi di altri autori secondo i quali le emozioni sarebbero direttamente connesse ai comportamenti agiti: un outgroup visto come minaccioso suscita paura e quindi

comportamenti di evitamento, un outgroup contronormativo suscita disgusto e quindi comportamenti aggressivi (Mackie & Smith, 2002; Devos, Silvern, Mackie, & Smith, 2002).

1.7.3 - Componente conativa o comportamentale del pregiudizio: la discriminazione

La componente conativa del pregiudizio consiste nella tendenza ad un comportamento positivo o negativo verso un gruppo sociale e i suoi componenti (Smith & Mackie, 1999). Parliamo, pertanto, di discriminazione, intendendo con ciò il riferimento ad una manifestazione esplicita di comportamenti negativi, di trattamenti ingiustificati, non paritari e svantaggianti nei confronti di particolari gruppi sociali e dei loro membri.

Prendendo in considerazione il filone di studi ispirato alla SIT, Monanni (2011) ha declinato la discriminazione nei seguenti termini:

- a) fenomeno complesso, determinato da più fattori (giudizio sociale, atteggiamento sociale, stereotipi, pregiudizi, relazioni tra gruppi e dinamiche legate all'identità sociale);
- b) risultato di un atteggiamento sociale negativo di esclusione, allontanamento, sfavoritismo nei confronti d'individui o gruppi che sono bersaglio di discriminazione;
- c) determinata sia da sistemi di credenza e concezioni generali e stereotipiche, sia da rappresentazioni sociali caratterizzate da aspetti di pregiudizio;
- d) prodotto di modelli di organizzazione delle relazioni tra gruppi (maggioranza-minoranza; gruppi dominanti - gruppi dominati) che si traducono, di fatto, nella messa in atto di comportamenti e scelte (a livello soggettivo, sociale, culturale, legislativo, ecc.) che producono un'ingiustificata riduzione di opportunità culturali, sociali, economiche, giuridiche e politiche a danno di quegli individui o di quei gruppi che appartengono alla categoria socialmente definita come minoranza;

e) crea uno scarto tra il principio di uguaglianza formale di tutti gli individui e quello di uguaglianza sostanziale nel reale accesso degli individui alle risorse e alle opportunità.

La qualità del contatto, la quantità del contatto e il pregiudizio nelle sue diverse componenti, rappresenteranno, come di seguito si avrà modo di valutare, i principali costrutti dei modelli di ricerca dei vari studi presi a riferimento in questo progetto empirico. Altri importanti costrutti che verranno considerati sono costituiti da alcuni processi intergruppo che risultano giocare secondo la letteratura un ruolo cruciale, in quanto mediatori o moderatori, negli esiti del contatto intergruppi.

1.8 –Moderatori e mediatori del contatto

E' bene rimarcare che in letteratura non sempre la sola presenza (reale o simbolica) di un altro gruppo è in grado di generare un bias intergruppi e quindi un atteggiamento pregiudizievole; altri aspetti, infatti, possono giocare un ruolo determinante. Nel descrivere le condizioni che determinano gli effetti del contatto si fa sempre e comunque riferimento a determinate variabili cognitive e/o affettive. Secondo Smith (1993), ad esempio, quale che sia la forma di contatto studiata è da rimarcare il ruolo determinante delle emozioni nei processi intergruppo: tutto ciò che concerne l'effetto del contatto è determinato da componenti affettive ed emotive. Forme diverse di contatto implicano emozioni diverse: il contatto stretto può produrre alti livelli di preoccupazione e irritazione, ma anche sentimenti positivi; il contatto blando, invece, può abbassare il livello di irritazione ma può far aumentare la preoccupazione e diminuire la probabilità di provare emozioni positive verso l'outgroup (Dijker, 1987; Dijker, Koomen, Van Der Heuvel, & Frijda, 1996). Ai fini della comprensione dei processi legati agli effetti del contatto intergruppi sul pregiudizio, si può

fare, secondo Hewstone e Voci (2011) riferimento ai fattori cognitivi e affettivi di moderazione e mediazione: l'effetto di moderazione fa riferimento a *quando* il contatto è in grado di ridurre il pregiudizio cioè alla capacità di alterare la forza del legame tra contatto e pregiudizio, mentre la mediazione è relativa a *come* questo processo avviene, cioè a cosa si interpone tra il contatto e il pregiudizio. In genere gli effetti del contatto sul pregiudizio vengono misurati e definiti anche in base agli aspetti che fungono da elementi di moderazione o di mediazione tra i costrutti di un modello di ricerca (Baron & Kenny, 1986).

1.9 - Moderatori del contatto: lo Status

Un importante moderatore, spesso menzionato nelle ricerche che trattano il contatto intergruppi e gli effetti sul pregiudizio, è rappresentato dallo *status* (Stathi & Crisp, 2008; Pagliaro, 2010). La distinzione classica dello status da parte di Linton (1936), colui che per primo introdusse il termine in ambito socio-psicologico, contrappone uno status *ascritto*, in qualche misura inevitabile poiché riferito al genere, all'età, al sesso e ad altri tratti biologici, allo status *acquisito* frutto degli sforzi e dell'ingegno dell'individuo. Da un punto di vista concettuale, lo status indica la posizione o collocazione in un sistema sociale, con il correlativo sussistere di credenze e di aspettative che lo riguardano². In psicologia dei gruppi esso è stato definito come la posizione che un individuo occupa all'interno di un gruppo o un'organizzazione in virtù del ruolo svolto, unita al valore, su una scala di prestigio, ad essa attribuito (Speltini e Polmonari, 1999). Passando dal livello inter-individuale a quello intergruppi (Doise, 1988), secondo Jetten e collaboratori (2000) lo status rappresenta "la

² Enciclopedia Treccani; <http://www.treccani.it/enciclopedia/status/>

posizione di un gruppo all'interno di una gerarchia sociale in una data società o cultura". Più specificamente, esso può essere definito come il prestigio, o il rango, associato alla posizione di un gruppo su di una dimensione di confronto con altri outgroup considerati come importanti o rilevanti e che quindi valorizzano il confronto. Il concetto di status è stato largamente utilizzato in psicologia sociale alla ricerca delle conseguenze socio-politiche delle differenze di status dei gruppi (Tyler & Smith, 1998) anche perché giocherebbe un ruolo fondamentale rispetto all'espressione di favoritismo per l'ingroup (Caricati, 2006). Tuttavia, classicamente, lo status è stato definito in due soli livelli in riferimento allo status di gruppi che entrano in contatto: alto e basso, come ad esempio bianchi o neri, architetti e muratori, medici e operatori socio sanitari; distinzione che può essere riportata anche all'interno di una singola categoria professionale e chiama in causa lo status dell'individuo all'interno del suo stesso gruppo (o categoria professionale) di appartenenza, come nel caso di medico italiano e medico straniero, infermiere italiano e infermiere straniero. Una stratificazione che tuttavia potrebbe rappresentare una forma troppo semplicistica di rappresentare un determinato ambito sociale/categoriale, estremamente diversificato e complesso anche all'interno della stessa categoria, come ad esempio quella dei professionisti sanitari in cui si ritrovano a lavorare (e quindi in contatto) varie figure professionali tra cui i medici, gli infermieri e gli operatori socio sanitari. In questo caso si tratta di una diversificazione gerarchica più complessa, per la quale la suddivisione in due livelli non sarebbe sufficiente per studiare il contatto e le sue interconnessioni (Caricati, 2006). In molti gruppi di fatto ci si trova dinanzi ad una *categoria intermedia* (nel caso dell'infermiere all'interno della categoria dei professionisti sanitari), considerata in letteratura soltanto o come una "sfumatura" dallo status più alto a quello più basso (Levin, Sidanius, Rabinowitz, & Federico,

1998; Henry & Saul, 2006, Caricati, 2006) o come una categoria assimilata a gruppi di status basso (Federico, 1999; Jost, Pelham, & Carvallo, 2002; Rudman, Feinberg, & Fairchild, 2002, Caricati, 2006).

Nel coniare la sua ipotesi, Allport (1954) è il primo a riconoscere l'importanza e l'influenza dello status sugli esiti del contatto: egli infatti pone l'uguaglianza di status come una delle quattro precondizioni affinché si riduca il pregiudizio; da rimarcare inoltre il fatto che la testimonianza di ricerca più importante, a favore del buon esito del contatto, rappresentata dalla già citata metanalisi di Pettigrew e Tropp (2006), ha chiamato in causa lo status, dimostrando che il contatto funziona di più per i gruppi maggioritari (status high) che per quelli minoritari (status low). Ciò perché probabilmente, in accordo con le conclusioni di Caricati (2006), i membri dei gruppi di status basso, tenderebbero a mostrare maggior bias, dal momento che la loro identità sociale dovrebbe essere negativa o minacciata. In generale, sono diverse le testimonianze che hanno confermato quanto sopra (Branthwaite, Doyle, & Lightbrown, 1979; Otten, Mummendey, & Blanz, 1996; Brauer, 2001; Causse & Félonneau, 2014); in altre circostanze invece i risultati sono stati diversi e pertanto non si è riusciti a chiarire del tutto questo aspetto. In letteratura un importante studio legato allo status è rappresentato dalla metanalisi di Brewer (1979) dove da una parte i gruppi più bassi di status mostravano più favoritismo per l'ingroup mentre i membri dei gruppi più alti di status tendevano a favorire i membri dell'outgroup. In altre occasioni ancora, invece, si è riscontrato che i gruppi di status più basso tendevano a favorire i membri degli status più alti, qualora i membri percepiscono la loro inferiorità di status come legittima (Hinkle & Brown, 1990; Caricati, 2006; Tyler, Schulhofer, & Huq, 2010). Ulteriori studi dovrebbero

quindi chiarire ulteriormente gli effetti del contatto intergruppi sul pregiudizio prendendo in considerazione non solo i gruppi di status alto o basso, ma anche quelli di status intermedio.

1.10 - Moderatori del contatto: l'orientamento alla dominanza sociale (SDO) e l'autoritarismo di destra (RWA)

Le più recenti teorie intergruppi, nonostante le rilevanti differenze che le contraddistinguono, convergono nel concludere che ogni società sia organizzata in maniera gerarchica con gruppi che occupano posizioni a vari livelli (da quelli superiori a quelli inferiori) in base alle quali vengono definiti i rapporti tra i gruppi (Sidanius & Pratto, 1999). In seno alle società potrebbero dunque esserci da una parte individui che accettano maggiormente il contatto intergruppi mossi da motivazioni di tipo egualitario, dall'altro chi rifiuta il contatto intergruppi o perché preferisce che le relazioni intergruppi restino di carattere gerarchico piuttosto che egualitario, o perché invece mosso dalla profonda inclinazione alla sottomissione, alla glorificazione del leader e, soprattutto, dal desiderio di distruggere i gruppi minoritari considerati devianti. In base a ciò, non sorprende che il contatto intergruppi possa risultare potentemente mediato *dall'Orientamento alla Dominanza Sociale (SDO)* (Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994; Sidanius & Pratto, 1999) e *dall'autoritarismo di destra (RWA)* (Altemeyer, 1981; Altemeyer, 1998; Duckitt, Wagner, Durrheim, & Birum, 2002; Duckitt, 2006), come la letteratura psicosociale ha ormai ampiamente dimostrato. A tal proposito Duckitt (2001) ha proposto un modello duale in cui RWA e SDO sono concepiti come orientamenti ideologici che hanno alla base strutture di personalità (SDO, mente dura contro mente tenera; RWA, conformismo sociale) e visioni del mondo differenti (SDO, mondo come giungla competitiva; RWA, mondo minaccioso e

pericoloso). L'Orientamento alla Dominanza Sociale indica la tendenza delle persone a promuovere relazioni intergruppi basate sulla dominanza-sottomissione che rafforzano le disuguaglianze. La misura di questa motivazione intergruppi (Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994), oltre ad essersi dimostrarsi valida in differenti contesti culturali (Heaven, Greene, Stones, & Caputi, 2000; Aiello, Chirumbolo, Leone, & Pratto, 2005), è risultata positivamente correlata con azioni politiche che legittimano le disuguaglianze (Sidanius & Pratto, 1999), con differenti forme di pregiudizio (Aiello et al., 2005; Van Hiel & Mervielde, 2005), risultando anche uno dei più importanti predittori sia diretti (Pratto et al., 1994; Whitley, 1999; Duckitt, 2001; Duckitt, Wagner, Du Plessis, & Birum, 2002), che indiretti del pregiudizio stesso (Hodson & Costello, 2007; Esses, Veenvliet, & Hodson, 2008), oltre ad evidenziare la percezione deumanizzante delle minoranze target (Kleinpenning & Hagendoorn, 1993; Van Hiel & Mervielde, 2005). Secondo il modello duale di Duckitt (2001), nello specifico la SDO predice il pregiudizio nei confronti dei gruppi svantaggiati là dove i membri dell'ingroup sono visti come una minaccia all'ordine gerarchico costituito, quindi come una minaccia alle risorse realistiche od oggettive, soprattutto a quelle che mettono in discussione le relazioni di potere tra i gruppi.

Il fondamento teorico alla base della RWA fa invece riferimento a tre cluster attitudinali: 1) la sottomissione autoritaria: si riferisce al grado di accettazione delle affermazioni delle autorità percepite come legittime (cioè chiunque venga percepito come tale: leader politici, religiosi, militari, genitori, giudici e varie altre) e alla sottomissione a queste ultime all'insegna di valori quali il rispetto, l'obbedienza e l'ordine sociale; 2) l'aggressività autoritaria: una predisposizione a nuocere a singoli o a gruppi, nel caso in cui ciò venga percepito come approvato dalle autorità, e alla tendenza a controllare il comportamento

altrui tramite pratiche punitive; 3) il convenzionalismo: il grado di accettazione delle convenzioni sociali sostenute dalle autorità legittime, l'adesione a valori tradizionali (soprattutto in ambito religioso e nelle condotte sessuali) e a norme assolute ed immutabili. Le persone autoritarie si caratterizzano per un'alta considerazione di sé, soprattutto circa la propria superiore moralità, al punto da giustificare il sospetto verso chiunque sia definito dalle figure autoritarie come meno morale (Altemeyer, 1996). L'autoritarismo di destra è uno dei più importanti predittori delle forme di pregiudizio manifesto (Di Maria, Di Stefano, & Falgares, 2007), secondo il modello duale di Duckitt (2001) soprattutto qualora i membri dell'outgroup vengano percepiti come una minaccia alle norme dell'ingroup (Duckitt, 2001).

1.11 - Moderatori del contatto: salienza delle appartenenze di gruppo

Nel rapporto tra contatto e pregiudizio viene riconosciuto determinante il ruolo di moderatore della *salienza delle appartenenze di gruppo*, definita come la consapevolezza individuale di appartenere ad un determinato gruppo, con le proprie caratteristiche/differenze, in un incontro tra gruppi (Harwood, Raman, & Hewstone, 2006). Negli ultimi anni, a seguito dei lavori di Rothbart e John (1985) e Hewstone e Brown (1986), il concetto di salienza di gruppo ha ricevuto una crescente attenzione nella letteratura sulle relazioni intergruppi, soprattutto nella ricerca relativa al contatto intergruppi. In riferimento a ciò, la ricerca ha dimostrato che la salienza di gruppo ha una rilevanza cruciale, perché permette di generalizzare l'atteggiamento su tutto l'outgroup (Hewstone & Lord, 1998). L'importanza e l'influenza della salienza del gruppo di appartenenza sul rapporto tra contatto e pregiudizio è stato dimostrato sia sperimentalmente (Wilder, 1984; Desforges, et

al., 1991; Brown, Vivian, & Hewstone, 1999 studio 1; Brown & Hewstone, 2005) che in studi correlazionali (Brown, Maras, Masser, Vivian, & Hewstone, 2001; Brown, Vivian, Hewstone, 1999 studio 2).

Per spiegare i possibili effetti della salienza di gruppo nel rapporto tra contatto e pregiudizio sono stati postulati diversi paradigmi teorici: la categorizzazione incrociata (Crisp, Walsh, & Hewstone, 2006; Stathi & Crisp, 2008), la decategorizzazione (Brewer & Miller, 1984), la mutua differenziazione in seguito ridefinito modello del contatto intergruppi (Hewstone & Brown, 1986) e la ricategorizzazione (Gaertner, Dovidio, Anastasio, Bachman, & Rust, 1993).

Nel paradigma della categorizzazione incrociata, due dimensioni ortogonali di categorizzazione sono rese simultaneamente salienti. Gli studi condotti hanno dimostrato che poiché si hanno maggiori differenze in termini di bias intergruppi quando due categorie si oppongono (ad esempio, donna uomo e pelle bianca pelle nera), incrociando le due categorizzazioni (donna/pelle bianca, uomo/pelle bianca; donna/pelle nera, uomo/pelle nera) l'effetto viene mitigato (Crisp, Hewstone, & Rubin, 2001; Crisp, Walsh, & Hewstone, 2006; Stathi & Crisp, 2008; Tausch, et al., 2010). Secondo Deschamps e Doise (1978) questo è dovuto al fatto che l'effetto di contrasto su una dimensione viene controbilanciato dall'assimilazione sulla seconda dimensione; di conseguenza, le valutazioni verso i gruppi che rappresentano degli ingroup su una dimensione, mostrano un livello minore di bias.

Il modello della decategorizzazione sostiene l'ipotesi della personalizzazione delle situazioni di contatto per enfatizzare le caratteristiche individuali dei singoli individui: sfumando l'importanza delle categorie si possono rendere salienti le differenze individuali

nei membri dell'outgroup, facendo sì che vengano considerati come persone e conosciute come tali. Le interazioni a livello interpersonale dovrebbero aiutare quindi i soggetti a prestare meno attenzione agli stereotipi (Brewer & Miller, 1984; Bettencourt, Brewer, Croak, & Miller, 1992, Brewer, 1999).

Quanto proposto da Pettigrew (1986), definito modello integrativo del contatto, rappresenta un tentativo di soluzione allo stallo ideologico che riconosce entrambe le condizioni (categorizzazione o meno) come non in opposizione, ma ne suggerisce la possibilità di combinazione secondo una sequenza temporale: iniziale attenzione alle caratteristiche individuali delle persone coinvolte, in modo da favorire l'instaurarsi di relazioni positive e piacevoli, quindi l'introduzione nel contesto di interazione della salienza delle appartenenze, per favorire il processo di generalizzazione all'intero outgroup.

Il modello del contatto intergruppi propone invece la salienza delle appartenenze di gruppo come un elemento che rende possibile la generalizzazione all'intero outgroup specifico. Dato che è impossibile eliminare la categorizzazione, bisogna piuttosto sfruttarla per ridurre il pregiudizio nei confronti dell'outgroup, preservando la salienza della distinzione fra gruppi, oppure in alternativa, ottimizzando le diverse condizioni che secondo Allport (1954) determinano il buon esito di un contatto. Per ottenere ciò è necessario coinvolgere le persone in compiti cooperativi nei quali si enfatizza il contributo unico ed insostituibile dei membri dei due gruppi: in tal modo, mantenendo salienti le appartenenze di gruppo, si assicura la generalizzazione al gruppo di appartenenza (Hewstone e Brown, 1986; Brown, Vivian & Hewstone, 1999; Brown, Maras, Masser, Vivian & Hewstone, 2001; Brown e Hewstone 2005).

Infine da citare il contributo di Gaertner e collaboratori (1993) che hanno proposto il modello dell'Identità comune o della ricategorizzazione. Gli autori partendo dal presupposto che l'origine del pregiudizio è da ricercarsi nel processo di categorizzazione, allora anche la sua riduzione deve passare per tale processo; quindi dato che eliminare la categorizzazione non è possibile, allora bisogna creare un ingroup comune sovraordinato al fine di percepire i membri di due categorie distinte come appartenenti ad una medesima categoria, aspetto che potrebbe portare alla riduzione dei bias associati appunto a queste categorie. In questo modo, gli atteggiamenti positivi associati all'ingroup subordinato si possono estendere ai membri dell'outgroup subordinato, che sono percepiti come più vicini a sé in virtù della nuova identità comune. Possono esserci, però, dei casi particolari in cui odio e conflitto intergruppi particolarmente accesi possono far percepire come minacciosa l'identità comune, così come una forte identificazione con il proprio gruppo può far rigettare l'ipotesi stessa di riadattare la propria identità. Una soluzione viene proposta dai già citati Brown e Hewstone (2005) che rimarcano l'importanza di mantenere i confini della salienza dei gruppi per permettere la generalizzazione degli effetti positivi del contatto all'outgroup non direttamente coinvolto nel contatto stesso. Potrebbe risultare altresì efficace mantenere una complementarità funzionale, ovvero una netta distinzione tra le competenze e l'apporto di ognuno nel perseguire gli obiettivi da condividere. Risulta quindi essere più adeguato il modello della dual identity proposto da Gaertner e Dovidio (2000) che, al fine di promuovere atteggiamenti favorevoli verso tutti i membri del gruppo sovraordinato, propone il riconoscimento simultaneo dell'appartenenza comune, senza abbandonare le appartenenze e le identità iniziali. Come rimarcato da Crisp e collaboratori (2006) questa strategia risulterebbe particolarmente efficace con individui fortemente identificati con il

proprio gruppo iniziale, che potrebbero percepire come molto minacciosa per la propria identità il fatto di vederne ridotta la distinzione.

1.12 - Mediatori del contatto: l'ansia intergruppi (intergroup anxiety)

La ricerca individua come uno dei principali mediatori gli stati affettivi negativi rideclinati nel costrutto di *ansia intergruppi* (Paolini, Hewstone, Voci, Harwood, & Cairns, 2006) ovvero ciò che si prova in previsione del contatto con membri dell'outgroup (Stephan & Stephan, 1985; Islam & Hewstone, 1993). L'ansia intergruppi è dunque in definitiva legata al timore nei confronti del diverso che può essere legata a vari fattori come ad esempio la paura di essere rifiutati o di incomprensioni comunicative, con il risultato che si cerca di evitare l'incontro così da non dover provare sensazioni negative ad essa associate. Quando tuttavia l'incontro non può essere evitato entrano in gioco le conseguenze cognitive dell'ansia intergruppi che porta ad elaborazioni cognitive errate (bias) che riporta a stereotipi e pregiudizi (Brown, Capozza, & Licciardello, 2007; Pacilli, 2008). Gli studi hanno dimostrato che l'ansia può essere ridotta dal contatto con persone dell'outgroup, sempre che ciò avvenga in condizioni favorevoli, cioè tramite contatto frequente e positivo, al fine di permettere una piena conoscenza reciproca che agirebbe riducendo il pregiudizio (Islam & Hewstone, 1993; Greenland & Brown, 1999; Voci & Hewstone, 2003; Paolini, Hewstone, Cairns, & Voci, 2004; Paolini, Hewstone, Voci, Harwood, & Cairns, 2006; Turner, Hewstone, & Voci, 2007; Halperin, et al., 2012). Dal punto di vista dell'ansia intergruppi, quindi, il contatto riuscirebbe a ridurre il pregiudizio anche grazie al miglioramento delle aspettative di risultato

nell'interazione con l'outgroup (Plant & Devine, 2003; Page-Gould, Mendoza-Denton, & Tropp, 2008).

1.13 - Mediatori del contatto: la minaccia realistica e simbolica

Un altro importante mediatore, rappresentato anche in questo caso da uno stato affettivo negativo, è la percezione di *minaccia*. Secondo la teoria della minaccia integrata del pregiudizio, (Integrated Threat Theory ITT, Stephan & Stephan, 1996; Stephan & Stephan, 2000) si postula che esistano quattro classi di minacce che conducono a bias verso l'outgroup: l'ansia intergruppo (reazioni affettive), gli stereotipi negativi (credenze cognitive), le minacce realistiche (preoccupazioni legate al potere economico, politico e sul benessere fisico e materiale dell'ingroup) e le minacce simboliche (percezione di differenze riguardo a norme, morale, valori, credenze e attitudini). Si è già visto come l'ansia intergruppi rappresenta una forma di deterrente alle interazioni intergruppi, mentre tramite gli stereotipi si attribuiscono determinate caratteristiche negative o positive a un altro gruppo di persone. Il concetto di *minaccia realistica*, trasse origine dalla teoria del conflitto di gruppo realistico sviluppato da Sherif (1966) e da Levine e Campbell (1972) e venne primariamente inteso come forma di competizione per la scarsità di risorse, per il territorio, per la ricchezza e per l'accesso alle fonti naturali; successivamente fu ripreso e sviluppato in seno alla ITT (Stephan & Stephan, 2000). Le *minacce realistiche* sono riferite all'esistenza, al potere politico economico e al benessere fisico e materiale dei membri dell'ingroup; vengono quindi prese in considerazione solo le minacce soggettivamente percepite e intese come rischio che l'ingroup perda potere economico e politico a favore dell'outgroup. Le

minacce simboliche si rifanno invece alla visione del mondo dell'ingroup e riguardano le differenze fra i gruppi in termini di valori, norme e atteggiamenti. Poiché il sistema di valori dell'ingroup è riconosciuto come moralmente valido, le differenze con i gruppi che si rifanno ad altri valori sono percepite dai membri dell'ingroup come delle minacce: i membri dell'ingroup hanno la percezione che i propri valori e i sistemi di credenze possano essere minacciati dai membri dell'outgroup. In generale, dunque, è la percezione delle minacce che conduce al pregiudizio, a prescindere dal fatto che queste siano più o meno reali (Pacilli, 2008). La ricerca ha dedicato ampio spazio al modello ITT e alle sue quattro classi di minaccia: i risultati ne testimoniano il forte potere nell'esaminare il contributo delle emozioni e nel predire il pregiudizio nei confronti dell'outgroup (Stephan, Ybarra, Martinez, Schwarzwald, & Tur-Kaspa, 1998; Stephan, Diaz-Loving, & Duran, 2000; Spencer-Rodgers & McGovern, 2002; Curşeu, Stoop, & Schalk, 2007; López-Rodríguez, Zagefka, Navas, & Cuadrado, 2014; Cinnirella, 2014).

1.14 - Mediatori del contatto: l'empatia e il self-disclosure

Accanto a questi è stato ampiamente indagato un aspetto affettivo stavolta positivo, ovvero *l'empatia* già definita da Bateson e collaboratori (1997) come strategia efficace per migliorare gli atteggiamenti verso un determinato gruppo quando si assume la prospettiva del gruppo stigmatizzato; essa consente di migliorare l'atteggiamento nei confronti dell'intero outgroup (Stephan & Finlay, 1999).

Infine, da citare la cosiddetta *self-disclosure* (Hewstone & Voci, 2009) ovvero la disponibilità a scambiare informazioni di carattere personale con membri dell'outgroup, che si é

dimostrata in grado di mediare gli effetti sul pregiudizio del contatto diretto e di quello esteso (Tam, Hewstone, Harwood, Voci, & Kenworthy, 2006; Turner, Hewstone, & Voci, 2007; Pettigrew & Tropp, 2008).

In base a queste teorizzazioni quindi è possibile che diversi sono i fattori che occorre considerare per verificare gli effetti che il processo di coesistenza di appartenenze diverse – nel nostro caso culturali - all'interno di un determinato contesto sociale – nel nostro caso ospedaliero -, possa dar luogo ad una riduzione dei conflitti e contrasti tra gruppi, come riportato in numerosi studi (Rubin & Lannutti, 2001; Smith, et al., 2006; Saguy, Tausch, Dovidio, & Pratto, 2009; Vorauer & Sasaki, 2009; Sengupta & Sibley, 2013). Nel prossimo capitolo analizzeremo quali sono i fattori indipendenti, mediatori e moderatori che sono stati considerati nella ricerca.

CAPITOLO 2

L'AMBITO SANITARIO E IL CONTATTO INTERGRUPPI

2.1 – Il contatto interculturale nel contesto sanitario: un vuoto di conoscenze

La realtà attuale mette sempre più a stretto contatto persone appartenenti a estrazioni culturali diverse; tale aspetto caratterizza in particolare le società occidentali, dove l'entità dei fenomeni migratori ha assunto aspetti decisamente importanti: la convivenza tra le persone è diventata quindi un problema che riguarda tutti, anche chi non è direttamente coinvolto nelle relazioni con appartenenti ad altre etnie (Brown, Capozza, & Licciardello, 2007). Ciò di cui in effetti ci si occuperà in questo lavoro sarà lo studio del *contatto interculturale*, ovvero tra persone che appartengono a gruppi culturali diversi, dove da una parte si hanno i membri dell'ingroup, cioè le persone che appartengono alle culture ospitanti maggioritarie e dall'altra gli outgroup, le persone cioè che fanno parte delle minoranze etniche immigrate.

Così come si è avuto modo di osservare dalle premesse teoriche, si può comprendere che sono soprattutto gli aspetti motivazionali implicati nel contatto (scopi competitivi o cooperativi, affermazione o difesa dell'identità sociale) a determinarne gli esiti, in termini di aumento o riduzione degli atteggiamenti pregiudiziali e/o discriminatori. Ciò che la letteratura ispirata a queste teorie non ha ancora sufficientemente considerato è il fatto che tali esiti possano dipendere dal contesto in cui il contatto si esplica. Tra i vari contesti in cui il contatto può avvenire, riveste grande importanza quello lavorativo, in quanto luogo dove, oggi come non mai in precedenza, persone appartenenti a culture diverse entrano spesso in contatto per il raggiungimento di obiettivi personali o professionali condivisi.

In letteratura, esistono diversi contributi che hanno indagato sugli effetti del contatto interculturale in vari contesti lavorativi (Marini & Mondo, 2008); si evidenziano risultati spesso contraddittori e non sempre positivi. Le motivazioni possono essere di diverso tipo; secondo Hamberger e Hewstone (1997), ad esempio, il contatto all'interno del contesto del gruppo di lavoro non contribuisce a frenare i pregiudizi perché gli individui tendono a credere che tali rapporti non riflettono alcun legame autentico. In altri casi, le minoranze etniche sul lavoro possono essere a volte considerate come rivali in termini di accesso alle risorse e ai posti di lavoro. Sembrano esserci, invece, poche testimonianze riguardo agli effetti del contatto nei contesti sanitari, in particolare se riferiti all'ambito lavorativo dove gli operatori sanitari (in particolare Medici, Infermieri e Operatori Socio Sanitari, ovvero le figure predominanti in termini numerici nel contesto sanitario italiano, tra le varie equipe di cura), si trovano ad operare a stretto contatto. Paradossalmente, a fronte di questo limitato interesse, i luoghi di cura stanno oggi diventando, anche in Italia, uno dei contesti lavorativi dove il contatto tra persone appartenenti ad culture diverse è ormai frequente. Per di più, l'incontro tra i vari attori presenti nei contesti della salute (Medici, Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Pazienti) può rivelarsi particolarmente complesso non soltanto per i pregiudizi culturali, ma anche a causa del fatto che i concetti di cura, salute e malattia, possono assumere valori e significati molto diversi da cultura a cultura. Aspetti, tra l'altro, che non caratterizzano più solo il rapporto (classico) tra utenza e operatori sanitari, ma anche quello tra operatori sanitari stessi: il massiccio fenomeno migratorio verso mercati del lavoro con maggiore appeal e disponibilità di posti di lavoro (come è stato in Italia sino a pochi anni fa, specie se si considerano gli infermieri), ha fatto sì che le equipe di cura risultino oggi spesso essere formate da professionisti provenienti da culture diverse. Questo fenomeno interessa non

solo le equipe di cura, ma sempre più anche l'ambito formativo, in particolare quello infermieristico: il Corso di Laurea in Infermieristica. In Italia, si osserva un aumento progressivo del numero degli studenti provenienti da altri paesi. Se le facoltà più gettonate sono sempre risultate essere Economia, Ingegneria, Medicina e Chirurgia seguite dalla facoltà di Lettere e Filosofia, negli ultimi anni risulta essere sempre più richiesta l'iscrizione al corso di laurea in Infermieristica (Ministero dell'Interno, 2013).

Questo duplice interesse per gli effetti che il contatto è riflesso anche nella letteratura psicologica e infermieristica che negli ultimi anni ha affrontato il problema del contatto con persone di cultura diversa in relazione ai suoi esiti, prendendo in considerazione sia l'ambito formativo infermieristico, che l'ambito lavorativo in senso stretto, dove sono stati presi in rassegna i contributi che hanno analizzato il contatto tra i professionisti sanitari (medici, infermieri e operatori sanitari). Come vedremo meglio nel cap. 3, in ambito formativo infermieristico sono diverse le testimonianze le cui conclusioni hanno riportato esiti poco incoraggianti in seguito al contatto tra studenti ingroup-outgroup. Gli atteggiamenti pregiudizievole e le condizioni di disparità tra gli studenti appartenenti a diversi background culturali, secondo quanto riportato da Ackermann-Berger (2010), in alcuni casi sono state evidenziate sin dall'accesso ai corsi di laurea. Il quadro di intolleranza razziale spesso si è tradotto in un quasi totale abbandono di aspettative positive (France, Field & Garth, 2004), se non addirittura in sentimenti di isolamento, invisibilità, e denunciata insensibilità (Bryne, 2001; Hassouneh-Phillips & Beckett, 2003). Il riuscire ad adattarsi alle norme dei gruppi dominanti, in alcuni casi, sembrava essere l'unica via percorribile al fine di essere accettati dagli studenti dell'ingroup (Love, 2010).

Altri contributi, invece, hanno riportato esiti positivi del contatto. In questo caso non si può fare a meno di notare che il punto focale della questione sembra ruotare attorno alla capacità della professione infermieristica di andare incontro alle esigenze di una comunità multirazziale e multietnica. Diversi di questi contributi hanno posto, infatti, l'accento sulla necessità di una formazione costruita ad hoc per generare esiti positivi in seguito al contatto, poiché, come già suggerito dalle ricerche ispirate ad Allport (1954), il contatto di per sé, non guidato da programmi ad hoc, può produrre esiti negativi. Una formazione dunque che dovrebbe integrare nei suoi programmi formativi specifiche nozioni sull'intercultura, atte a permettere di conseguire risultati positivi sul pregiudizio in seguito al contatto intergruppi (Pinikahana, Manias & Happell, 2003; Mohaupt, et al. 2012; Gierman-Riblon & Salloway, 2013). In tale direzione si sottolinea in particolare l'importanza e l'efficacia della condivisione dei percorsi al fine di raggiungere gli obiettivi di risultato (Murphy, Censullo, Cameron, & Baigis, 2007; Lindqvist & Reeves, 2007; Giddens, 2008; Sullivan & Godfrey, 2012).

In riferimento al contatto intergruppi tra professionisti sanitari, i contributi della ricerca sembra si siano concentrati principalmente sul contatto tra professionisti infermieri. In ambito britannico, statunitense e australiano i risultati hanno dimostrato che il contatto non sempre ottiene l'esito sperato, in quanto si è osservata una certa prevalenza di atteggiamenti pregiudizievoli nei confronti degli infermieri appartenenti alle minoranze etniche (Villaruel, Canales & Torres, 2001; Chandra & Willis, 2005; Likupe, 2006; Alexis, Vydelingum & Robbins, 2007; Brunero, Smith, & Bates, 2008; Mapedzahama, Rudge, West & Perron, 2012). In altri ambiti, invece, il contatto ha prodotto risultati positivi anche quando le condizioni sociali avrebbero potuto far propendere per il contrario: è il caso di quanto dimostrato ad esempio da Finchilescu (1988) in un ambito, il Sudafrica, la cui storia recente

purtroppo è legata a doppio filo con storie di razzismo e pregiudizio; altre poche testimonianze, provengono dall'ambito sanitario italiano (Voci & Hewstone, 2003; Capozza, Vezzali, Falvo, Trifiletti & Favara, 2010).

Ad oggi, dunque, la scarsità di materiale reperibile in letteratura rappresenta il maggior limite: in ambito sanitario non sembrerebbero esserci prove definitive dell'efficacia del contatto intergruppi ai fini della riduzione del pregiudizio. Le motivazioni di tale gap potrebbero essere in parte imputate alla carente sinergia tra apporti disciplinari diversi e nello specifico, forse, alla scarsa conoscenza della teoria del contatto e delle sue possibili importanti implicazioni nel contesto di sanitario. D'altra parte, però, questo importante limite è ciò che probabilmente avvalora più di ogni altro aspetto la direzione degli studi qui intrapresi. Altro punto che avvalora e rende originale la ricerca intrapresa potrebbe essere rappresentato dal provare a comprendere l'influenza degli effetti positivi del contatto (cioè della riduzione del pregiudizio) su specifici outcome di performance nei contesti ospedalieri. Infatti, se da una parte il contatto positivo e quindi la conoscenza reciproca, andrebbe a ridurre il pregiudizio, la riduzione del pregiudizio può migliorare quello che è il rapporto tra le persone nel loro contesto lavorativo. Allora, di riflesso, tutto ciò potrebbe contribuire a migliorare la percezione del team ovvero il percepirsi come gruppo veramente compatto e funzionale, diretto verso un fine comune da raggiungere: il benessere del paziente. E tutto questo portare anche ad un miglioramento della soddisfazione lavorativa.

2.2 - Obiettivi generali e modello di ricerca degli studi

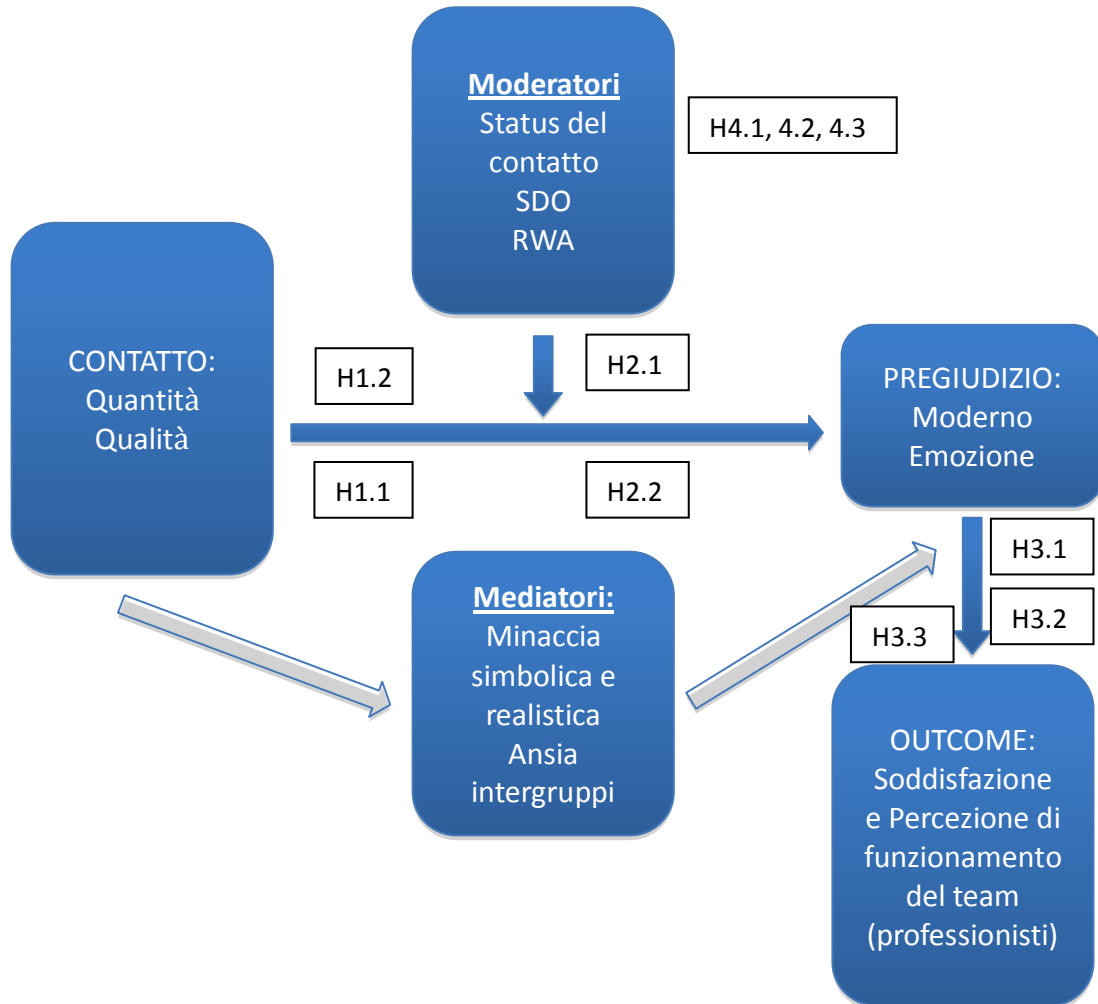
Gli studi progettati ed eseguiti, di cui si farà conto nel presente lavoro, hanno considerato il punto di vista dei professionisti sanitari (medici, infermieri, OSS; studio 2), nonché di coloro che si trovano all'interno di un percorso formativo professionalizzante come quello dell'infermiere (studio 1). Prima di presentare i due studi condotti, ci sembra opportuno declinare gli obiettivi generali della ricerca.

Gli obiettivi generali dell'intera ricerca sono stati quelli di verificare:

- 1) se il contatto - sia come quantità che come qualità - tra professionisti - medici, infermieri e OSS - provenienti da culture diverse ha un effetto sulla riduzione del pregiudizio;
- 2) come e se incidono i principali mediatori/moderatori considerati nello studio;
- 3) se l'eventuale effetto del contatto sulla riduzione del pregiudizio può influire su alcuni outcomes lavorativi come la percezione di funzionamento del team di cura e la soddisfazione;
- 4) quanto può influire sul rapporto tra contatto e pregiudizio lo status di chi porta il contatto, ovvero quanto può incidere il fatto che il contatto avvenga con colleghi pari-grado o con professionisti di status superiore (es. medici per gli infermieri e gli OSS) o inferiore (es. OSS per gli infermieri e i medici);

2.3 - Il modello di ricerca degli studi

Figura 1: Modello della ricerca e ipotesi



La scelta dei costrutti da inserire nei modelli di ricerca tiene conto della più recente letteratura sul contatto. Tuttavia se da un lato la scelta di alcuni costrutti risultava pressoché obbligata, per altri invece si è ritenuto opportuno esplicitarne i motivi al fine di giustificarne la presenza e l'attinenza sia con la tematica di fondo (contatto con persone provenienti da culture diverse da quella occidentale e pregiudizio etnico), sia il setting dello svolgimento delle ricerche (ambito sanitario).

2.4 - I costrutti del modello di ricerca

I principali costrutti, già ampiamente descritti nel cap. 1, che derivano dalla letteratura psicosociale sul tema, sono rappresentati da: quantità e qualità del contatto, contatto esteso, pregiudizio (misurato nelle sue componenti emozionale e cognitiva), ansia intergruppi, minaccia realistica e simbolica, SDO e RWA; gli altri costrutti più legati al contesto qui preso in considerazione – quello ospedaliero - sono invece rappresentati dallo status di chi porta il contatto (medico, infermiere e OSS), dalla soddisfazione e dalla percezione del funzionamento del team dei professionisti (Figura 1).

2.4.1 - Variabili indipendenti: il contatto

Qualità (positiva/negativa) e quantità (tempo/frequenza) del contatto, rappresentano le componenti tipiche del contatto così come si può facilmente evincere dalla letteratura (Hewstone, Rubin, & Willis, 2002; Pettigrew, 1997; Pettigrew, 1998). Si rimarca in tal senso un'attesa che rimanda a ciò che la ricerca ha dimostrato: il contatto frequente e positivo (dunque con interazione) con persone dell'outgroup (appartenenti a culture diverse da quella italiana) nel contesto lavorativo, porterà alla riduzione del pregiudizio etnico nei loro confronti (Allport 1954; Hewstone 1996; Pettigrew 1998; Voci & Hewstone 2003; Pettigrew & Tropp 2006; H1.1, 1.2, Figura 1).

2.4.2 – Variabili dipendenti: il pregiudizio

Si fa riferimento all'autore dell'ipotesi del contatto Allport (1954), che ha definito il pregiudizio etnico come un'antipatia fondata su una generalizzazione falsa e inflessibile, sentita internamente o chiaramente espressa, diretta verso un gruppo nel suo complesso o verso un individuo in quanto membro di quel gruppo (pag. 9). Misurato nelle sue tre componenti, emozionale cognitivo e conativo (Rosenberg & Hovland, 1960), il costrutto di pregiudizio rappresenta la principale variabile dipendente degli studi connessi al contatto intergruppi. Nello studio in essere si farà riferimento alle componenti cognitiva ed emozionale del pregiudizio che saranno misurate con apposite scale (figura 1).

2.4.3 – I moderatori del contatto: SDO E RWA

SDO e RWA trovano una loro collocazione negli studi perché, come già illustrato in precedenza, rappresentano da una parte un'ideologia, un'accettazione della dominanza-sottomissione che rafforza le disuguaglianze, dall'altra una tendenza alla sottomissione, aggressività e convenzionalismo. Come riportato in letteratura, queste variabili potrebbero addirittura influenzare il contatto in sé, inducendo i soggetti a limitarlo se non addirittura a evitarlo. Infatti, secondo Sidanius e Pratto (1999), le ideologie o le credenze relative alla strutturazione gerarchica della società determinano le risposte (comportamentali, cognitive ed emotive) e quindi il tipo di relazioni tra i membri dei gruppi. Nel caso del contesto di cura, le figure professionali sanitarie dell'equipe sono in qualche modo "costrette" a operare in contatto. Potrebbe quindi risultare interessante in quest'ambito ipotizzare che la relazione tra quantità e qualità contatto e pregiudizio (cognitivo ed emotivo) sia moderata dai due

atteggiamenti, ovvero che essa sia alta e negativa (maggiore/migliore contatto con riduzione del pregiudizio) quando SDO e RWA sono relativamente bassi e sia invece bassa o inesistente, se non negativa quando SDO e RWA sono alti (H2.1, Figura 1).

2.4.4 – I mediatori del contatto: ansia intergruppi

L'ansia intergruppi, come già specificato nel primo capitolo, rappresenta ciò che si prova in previsione del contatto con membri dell'outgroup e rappresenta uno dei più potenti mediatori nel rapporto tra contatto e pregiudizio (Stephan & Stephan, 1985; Islam & Hewstone, 1993). Facendo riferimento a quanto riportato in letteratura è lecito dunque aspettarsi che la correlazione positiva tra contatto e pregiudizio sia in parte mediata da bassi livelli di ansia intergruppi (H2.2; fig.1).

2.4.5 – I mediatori del contatto: minaccia realistica e simbolica

Tra i mediatori si preferiva valutare la forma delle minacce realistiche e simboliche per la facilità con cui alti livelli di minaccia possono condurre a bias verso l'outgroup. Le minacce realistiche, essendo riferite al potere economico e al benessere fisico e materiale dei membri dell'ingroup, può essere considerata in stretta relazione con il lavoro, fonte di reddito per le persone (e quindi benessere) da preservare con attenzione; al contempo rappresenta un valore importante (non a caso è il tema principale del primo articolo della Costituzione italiana) anche da un punto di vista culturale. In una società attuale, dove la disponibilità di risorse è quanto mai limitata potrebbe essere che la percezione di minaccia delle persone dell'outgroup possa mediare il rapporto tra contatto e pregiudizio e contribuire

alla riduzione degli effetti positivi del contatto sulla riduzione del pregiudizio (H2.2; fig.1). Le aspettative pertanto sono sovrapponibili a quanto postulato per il precedente mediatore: in base a quanto suggerito dalla letteratura ci si può aspettare che alti livelli di percezione di minaccia riducano l'impatto positivo del contatto sulla riduzione del pregiudizio (Stephan & Stephan, 1996; Stephan & Stephan, 2000).

2.4.6 – OUTCOMES OSPEDALIERI – la soddisfazione e la percezione della funzionamento del team di cura

Per collaborazione interprofessionale ci si riferisce al lavoro di squadra con persone appartenenti a diverse professioni (Mu & Brasic Royeen, 2004). Nel contesto sanitario quest'aspetto include la collaborazione tra professionisti di varia estrazione, tra cui medici, infermieri e altre figure di supporto (OSS, ausiliari). La piena collaborazione tra i membri di un team che, da quanto riportato in letteratura, può influenzare gli outcomes di salute dei pazienti (Strasser, Falconer & Linking , 1997) è spesso difficile da raggiungere (Waxman, Weist, & Benson, 1999), soprattutto perché tra i motivi di difficoltà vi è la mancanza di comprensione e conoscenza reciproca e anche delle reciproche culture di appartenenza tra i professionisti che prestano la loro opera all'utenza (Rappaport, Osher, Greenberg Garrison, Anderson-Ketchmark, & Dwyer, 2003). Le differenze nelle caratteristiche individuali e culturali possono dar luogo a stereotipi e pregiudizi (Jackson, 1996) che possono quindi aumentare l'atteggiamento di pregiudizio (Tajfel, 1978; Tajfel & Turner, 1979; Hogg & Abrams, 1988) e può inficiare l'efficacia del team e quindi i suoi outcomes (Alexander, Lichtenstein, & D'Aunno, 1996; Borrill, et al., 2000), come ad esempio la soddisfazione lavorativa. Di contro la conoscenza aumenta la piena collaborazione del team che la

percezione funzionalità del team (Lemieux-Charles & McGuire, 2006) che può a sua volta tradursi in maggior soddisfazione lavorativa. Se dunque venisse evidenziato che il contatto tra professionisti appartenenti a culture diverse riduce il pregiudizio, allora ciò potrebbe portare ad una più positiva percezione del funzionamento del team all'interno del reparto/U.O. e ad una maggior soddisfazione da parte dei professionisti (H3.1, 3.2, 3.3; fig.1).

2.4.7 - Lo status

Le ipotesi qui postulate, avranno le U.O. come unità di analisi. Esistono numerose testimonianze sugli effetti del contatto tra gruppi diversi per status (Pettigrew, Tropp, Wagner & Christ, 2011). In letteratura c'è invece carenza assoluta di materiale riguardante l'influenza dello status di chi porta il contatto sulla riduzione del pregiudizio in seguito al contatto soprattutto considerando l'ambito specifico sanitario.

Richiamando la distinzione classica dello status da parte di Linton (1936), ascritto e acquisito, all'interno dei vari contesti e quindi anche all'interno di quello lavorativo, lo status può essere determinato dalla capacità/abilità nell'eseguire determinati compiti e/o dalla competenza su determinati argomenti (Van Dijk, 2013). L'ambito sanitario italiano, e il contesto ospedaliero in particolare, è organizzato in maniera strettamente gerarchica, quindi a ruoli e competenze associate alle diverse professionalità corrispondono status ben precisi: medici status alto, infermieri status intermedio, figure di supporto (nella fattispecie gli operatori socio sanitari OSS) status basso. Siccome, in genere, persone con alto status come nello specifico ad esempio un medico dell'outgroup, hanno anche la possibilità, dato che detengono il potere sotto varie forme, di avere maggior influenza su persone di status più

basso (Weber, 1999), come ad esempio su infermieri e/o OSS dell'ingroup, potrebbe essere decisamente interessante comprendere se l'effetto del contatto sulla riduzione del pregiudizio dipende dallo status della persona che "porta" il contatto.

La prima ipotesi tuttavia, riguarda il contatto e il pregiudizio in sé poichè, in linea con Allport (1954), ci si aspetta che nelle U.O. dove è presente almeno un professionista straniero e quindi dove c'è contatto intergruppi, il pregiudizio (nelle due componenti) verso immigrati sarà minore rispetto alle U.O. dove non c'è contatto H4.1; fig. 1). Chiamando in causa lo status e facendo riferimento a quanto sopra affermato, sulla base dei risultati riportati nella meta-analisi di Pettigrew e Tropp (2006) secondo i quali l'effetto del contatto sulla riduzione del pregiudizio è maggiore nei gruppi maggioritari, l'effetto sarà tanto più forte quanto più alto è lo status di chi porta il contatto (esempio: sarà minore nelle U.O. dove il contatto è portato da professionisti con alto status (medici) rispetto alle U.O. dove il contatto è portato da professionisti con status intermedio/basso (infermieri e OSS, H4.2; fig. 1). Infine ci si aspetta che tale effetto sia maggiore nelle professioni il cui status corrisponde a quello del professionista che porta il contatto nell'U.O. (ad esempio il medico avrà meno pregiudizio nelle U.O. dove c'è un medico straniero e lo stesso per infermieri e OSS; H4.3; fig. 1).

2.5 – Gli studi

Per il raggiungimento degli obiettivi si è considerato in primo luogo l'ambito formativo infermieristico (studio 1). Lo studio successivo è stato condotto nell'ambito lavorativo in senso stretto: il setting era infatti rappresentato da un ospedale: è stato analizzato il contatto intergruppi tra professionisti sanitari (studio 2) con l'intento di

verificare il modello di ricerca sopra presentato e le relative ipotesi derivate dalla letteratura. Lo studio 1 condotto nel periodo tra febbraio e marzo 2014 tra gli studenti del terzo anno del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Parma, aveva nello specifico l'obiettivo di mettere a punto lo strumento. Esso è stato progettato per permettere la valutazione delle proprietà psicometriche dello strumento d'indagine che si intendeva applicare nel secondo studio, nonché per verificare le correlazioni tra le variabili di ricerca. Il campione (di convenienza) era costituito da 83 studenti e rispondeva alle seguenti caratteristiche:

- Studenti di nazionalità italiana,
- Studenti del terzo anno del corso laurea (con esperienza "forte" di contatto all'interno delle varie U.O.)
- proporzionale per genere rispetto al totale effettivo degli studenti (rapporto femmine/maschi 3:1)

Lo strumento era costituito da un questionario composto da più scale; ogni scala esaminava ognuno dei seguenti costrutti: quantità del contatto, qualità del contatto, contatto indiretto (esteso), ansia intergruppi, autoritarismo di destra (RWA), orientamento alla dominanza sociale (SDO), minaccia realistica, minaccia simbolica, pregiudizio etnico moderno, componente emozionale del pregiudizio, percezione del funzionamento del team di cura, soddisfazione. La distribuzione e la raccolta dei questionari è stata eseguita manualmente e l'elaborazione dei dati tramite programma statistico SPSS 19.

Lo studio 2 condotto nel periodo tra giugno e ottobre 2014 tra professionisti sanitari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ha visto il coinvolgimento delle tre figure professionali più rappresentate in Azienda e cioè medici, infermieri e OSS. L'obiettivo è stato

di valutare gli effetti del contatto intergruppi sul pregiudizio e l'influenza dei principali mediatori (ansia intergruppi e minacce realistiche e simboliche) e moderatori (SDO e RWA); venivano inoltre valutati i possibili riflessi degli esiti del contatto su due outcomes specifici suggeriti dalla ricerca bibliografica: la percezione del funzionamento del team e la soddisfazione. Il campione era costituito da 702 professionisti (144 medici, 20,5%, 412 infermieri, 58,7% e 146 OSS, 20,8%) e rispondeva alle seguenti caratteristiche:

- rappresentativo delle tre categorie professionali (infermieri vs medici/OSS circa 3:1) presenti nel contesto ospedaliero
- rappresentativo per genere rispetto al totale effettivo in organico (rapporto femmine/maschi 3:1)

Lo strumento era lo stesso testato nel primo studio. I reparti da cui estrarre il campione sono stati preselezionati sui tabulati degli organici aziendali effettivi; il requisito essenziale era costituito dalla copresenza in organico di medici infermieri e OSS. Quindi i questionari sono stati somministrati manualmente nelle varie U.O. che sono stati mappate utilizzando una griglia di ricognizione della composizione culturale delle tre categorie professionali. Su tale griglia per ogni reparto venivano riportati i dati di provenienza dei professionisti in modo da evidenziare l'origine culturale di medici (status high) infermieri (status intermediate) e OSS (status low). Si procedeva quindi con la raccolta manuale dei questionari e quindi con l'analisi dei dati tramite i programmi statistici SPSS e MPLUS. Nei capitoli successivi si tratteranno nel dettaglio gli studi condotti.

CAPITOLO 3

STUDIO 1: IL CONTATTO INTERGRUPPI IN AMBITO FORMATIVO INFERMIERISTICO

3.1 – I dati nazionali sul contatto intergruppi nelle Università italiane

In Italia, il contatto tra persone di culture diverse caratterizza anche e soprattutto le Università: analizzando infatti l'evoluzione storica della presenza degli studenti stranieri negli atenei italiani, iniziata nella metà degli anni '60, si osserva un aumento progressivo del numero degli studenti provenienti da altri paesi (Ministero dell'Interno, 2013). Se la prima fase di questa migrazione era caratterizzata principalmente da tedeschi, svizzeri e greci seguita poi da albanesi, negli ultimi anni essa interessa più studenti statunitensi, cinesi e rumeni. Il totale di studenti stranieri iscritti alle Università italiane era di 66.398 studenti nell'a.a. 2011/12. Il quadro generale poteva quindi essere facilmente riepilogato secondo le seguenti proporzioni: era straniero 1 ogni 22 immatricolati, 1 ogni 26 iscritti complessivi, 1 ogni 37 sugli oltre 7.000 laureati. L'Università degli Studi di Bologna era l'Ateneo che vantava il maggior numero di iscritti internazionali, mentre il Politecnico di Torino faceva registrare la maggiore incidenza di iscritti non comunitari (12,7%) sul totale della popolazione studentesca, insieme al Politecnico di Milano (8,2%) e all'Università degli Studi di Genova (6,2%). Anche se l'Università "Sapienza" di Roma e i Politecnici di Torino e Milano accoglievano insieme un quinto degli studenti stranieri presenti in Italia, l'Università degli Studi di Firenze, con oltre 2.600 iscritti evidenziava una forte attrazione sul contingente non comunitario. Le facoltà che gli stranieri trovavano maggiormente interessanti e che perciò sommavano quasi la metà degli iscritti erano Economia, Ingegneria, Medicina e Chirurgia seguite dalla facoltà di Lettere e Filosofia. Oltre queste facoltà, negli ultimi anni, sempre più

richiesta risultava l'iscrizione al corso di laurea in Infermieristica (Ministero dell'Interno, 2013).

La direzione di questo studio verte proprio sull'ambito formativo infermieristico: il suo obbiettivo è quello di evidenziare gli effetti del contatto intergruppi nella formazione infermieristica.

3.2 - La ricerca bibliografica

Diversi sono i contributi presenti in letteratura che hanno riportato sia esiti positivi che negativi nei riguardi degli effetti del contatto e non si può fare a meno di notare che il punto focale della questione affrontata da questi contributi è ruotato principalmente attorno al tema della capacità della formazione infermieristica di andare incontro alle esigenze di una comunità multirazziale e multietnica.

Andando nello specifico degli studenti in Nursing, si può partire dall'analisi delle facoltà di infermieristica americane, contesti ideali dove studiare gli effetti del contatto, poiché vi è grande presenza di melting pot culturale, sebbene secondo Seago e colleghi (2005), la maggior parte degli studenti sarebbe di razza bianca. Questo contesto è stato preso in considerazione da Ackermann-Berger (2010) che ha evidenziato delle profonde disparità basate sull'etnia già a partire dalle possibilità di accesso ai corsi. Ad analoghe conclusioni è giunta anche Love (2010) che intervistando otto studenti afro-americani, ha evidenziato che solo chi riusciva ad adattarsi alle norme dei gruppi dominanti era riconosciuto e accettato dagli studenti bianchi costituenti l'ingroup dominante. France e collaboratori (2004) hanno sottolineato che gli studenti afro americani in infermieristica percepivano atteggiamenti

discriminatori tali da ridurre le loro aspettative al solo cercare di “sopravvivere” al programma di studi in infermieristica, accompagnate dall’abbandono di ogni altra aspettativa come lo sviluppo di relazioni positive con l’ingroup dominante, dal quale si sentivano esclusi senza alcuna possibilità di farne parte. Kosowski & Grams (2001) da interviste su dieci studenti afro-americani hanno riportato che la convivenza con studenti dell’ingroup causava più elevati livelli di stress rispetto ai loro colleghi bianchi. Altri autori hanno evidenziato come gli effetti e le influenze del clima culturale non bilanciato (a sfavore di studenti appartenenti a etnie minoritarie) erano in grado di produrre sentimenti di isolamento, invisibilità, insensibilità nei loro confronti e discriminazione (Bryne, 2001; Hassouneh-Phillips & Beckett, 2003). Hanno riportato conclusioni pressoché analoghe Loftin e collaboratori (2012): gli studenti di infermieristica appartenenti alle minoranze etniche erano costretti a confrontarsi con molteplici ostacoli, tra cui la mancanza di sostegni finanziari, l’insufficiente supporto emotivo e morale, lo scarso supporto didattico e tecnico, l’assenza di programmi di mentoring e di socializzazione professionale. Malecha e colleghi (2012), esaminando un gruppo di studenti di infermieristica di origine straniera che vivevano negli Stati Uniti, hanno identificato problemi comunicativi, di discriminazione, pregiudizio, mancanza di sostegno, solitudine, isolamento e alienazione. Robinson (2013), in una sua rassegna, ha messo in evidenza che episodi di razzismo e di conflitto di ruolo tra infermieri dell’ingroup e infermieri di colore trovavano origine nel percorso di formazione. E’ stato infatti rilevato che i professionisti infermieri bianchi tendevano ad emarginare gli infermieri di colore perché considerati inferiori. Gli infermieri bianchi credevano, infatti, che i colleghi fossero dotati di un’intelligenza inferiore evidenziata, a loro parere, dai ragionamenti poveri, da una capacità intellettuale limitata e da irresponsabilità. Secondo l’autore, le radici di un

tale convincimento derivavano dalla mancanza di una piena integrazione tra infermieri e studenti di infermieristica di colore e, peggio ancora, da una comunicazione inefficace e inappropriata, già in ambito formativo, tra gli studenti bianchi e gli studenti di etnie minoritarie.

Alcuni contributi hanno fatto riferimento all'ambito australiano, anche esso caratterizzato dalla massiccia copresenza di comunità culturalmente differenti. Anche in questo contesto geografico è stato evidenziato che gli esiti del contatto erano sovrapponibili a quelli rilevati nel contesto americano. Pinikahana e colleghi (2003) hanno concluso che una delle motivazioni che giustificava alcuni esiti scoraggianti del contatto tra studenti di diversa etnia era da imputare alla mancanza di piani formativi infermieristici diretti alla formazione interculturale. Per gli autori, le attitudini dannose nella pratica interprofessionale, la comunicazione e la collaborazione potevano essere migliorate solo attraverso questa via. Il gap formativo aveva delle evidenti ripercussioni anche per ciò che riguarda l'assistenza fornita all'utenza, aspetto riscontrato nello studio di Xiao e collaboratori (2013), in cui sono state messe a confronto le differenze tra gli studenti di infermieristica cinesi e gli studenti australiani. Lo studio ha dimostrato che in assenza di un'apposita educazione inter-culturale i fattori culturali legati all'appartenenza etnica potevano influenzare i comportamenti e le intenzioni degli studenti verso gli utenti con le relative inadeguatezze in termini di assistenza fornita.

Un ambito abbastanza conflittuale, dunque, dove però non mancano i contributi diretti alla ricerca di soluzioni per appianare le divergenze. Alcuni indirizzi in questa direzione sono già contenuti negli studi citati in precedenza, come nel caso di Malecha e collaboratori (2012) in cui gli autori, a fronte dei problemi rilevati, hanno concluso che il contatto continuo

tra persone di gruppi etnici diversi poteva guidare verso una proficua comunicazione interculturale improntata ad uno sviluppo continuo di conoscenze all'interno di culture diverse. Murphy e collaboratori (2007) hanno indagato sui problemi comunicativi di studenti appartenenti a etnie diverse frequentanti scuole con indirizzi diversi (compresi studenti di infermieristica). Gli autori hanno suggerito che la possibilità di superare le difficoltà comunicative poteva avvenire grazie, ad esempio, alla creazione di gruppi di studenti con indirizzo di studio e di etnie diversi messi in interconnessione comunicativa e diretti verso il raggiungimento di obiettivi comuni, facendo in modo che ognuno potesse apportare un contributo personale. Altri autori, rimarcando l'essenzialità di quanto sopra, hanno suggerito l'implementazione nel percorso formativo degli infermieri di strategie cross-cultural, mirate sia ad incrementare la specifica competenza inter-culturale che la tolleranza reciproca (Lancellotti, 2008; Allen, 2010). Giddens (2008) ha portato un esempio concreto di intervento atto al superamento delle barriere razziali grazie alla condivisione di obiettivi da raggiungere. Si trattava di un ambiente di apprendimento virtuale (una piattaforma multimediale), chiamato "The Neighborhood" (il quartiere), sviluppato e implementato in un programma di laurea in infermieristica americano. In pratica agli studenti di infermieristica venivano presentati 48 "casi clinici" costruiti ad hoc in rappresentanza delle varie etnie presenti sul territorio americano e veniva loro chiesto di costruire un piano assistenziale personalizzato. Il piano veniva quindi condiviso e discusso dal gruppo multietnico che aveva modo di criticare in modo costruttivo le possibili incongruenze tra il piano programmato e le necessità assistenziali della specifica etnia. Il sistema ha permesso di migliorare la conoscenza dei vari outgroup e dei significati attribuiti dalle varie etnie ai concetti di salute e malattia; inoltre, ha migliorato sensibilmente i rapporti tra studenti appartenenti a diverse

estrazioni culturali. Sulla stessa linea Mohaupt e collaboratori (2012) i quali hanno asserito che permettere a studenti in professioni sanitarie appartenenti a diverse etnie la compartecipazione a programmi di simulazione di attività pratiche in gruppi multiprofessionali e multietnici poteva contribuire al miglioramento della relazione intergruppi. Lavorando per uno scopo comune come gruppo, gli studenti guadagnavano nuove prospettive e creavano empatia tra di loro; in particolare, migliorava la capacità di lavorare in team, aspetto che li aiutava ad essere più aperti nell'accettare le opinioni degli altri quando queste erano diverse dalle proprie. La conoscenza reciproca, quindi, è risultata essere fondamentale al fine di rendere ottimale la coesistenza tra persone di culture diverse. Questo aspetto è stato rimarcato da diversi autori i quali hanno sottolineato che l'insegnamento interculturale nei corsi di laurea potrebbe risultare cruciale al fine di facilitare il miglioramento dei comportamenti all'interno del team interprofessionale (Gierman-Riblon & Salloway, 2013), anche perché la capacità di lavorare in team richiede collaborazione, capacità nel prendere decisioni, assertività, fiducia, equilibrio tra la professionalità del singolo e le attività dell'intero team (Lindqvist & Reeves, 2007; Sullivan & Godfrey, 2012).

Un altro aspetto interessante e originale è stato indagato nello studio di Bean e collaboratori (2013). Esaminando il contesto americano, gli autori hanno cercato di comprendere se il pregiudizio intergruppi poteva causare un'assistenza di livello inferiore verso gli americani ispanici. In particolare, è stato misurato l'effetto dell'attivazione mentale non consapevole di 22 studenti di infermieristica e 25 di medicina, di stereotipi negativi associati agli ispanici sui comportamenti di salute rischiosi. Sui partecipanti si ipotizzava che avrebbero espresso una maggiore attivazione di non conformità e di rischio per la salute in seguito all'esposizione di

volti di persone di etnia ispanica rispetto ai volti bianchi non-ispanici. Gli autori hanno pertanto mostrato loro, a caso, una serie rapida di volti, metà dei quali con tratti somatici tipici dell'ingroup e l'altra metà con tratti somatici di ispanici; nel contempo è stato loro chiesto di associare nel minor tempo possibile una lista di aggettivi predefiniti, (positivi o negativi) riguardanti comportamenti di conformità alla salute (esempio aderente/non aderente; cooperativo/non cooperativo). I risultati hanno dimostrato un chiaro atteggiamento razzista, anche quando questo non veniva dichiaratamente espresso: gli aggettivi negativi sono stati, infatti, automaticamente associati a visi riconosciuti come "estranei" alla cultura di appartenenza. Gli autori hanno concluso che, poiché gli atteggiamenti latenti possono essere attivati in maniera non consapevole e possono influire negativamente sui rapporti tra persone a contatto (anche quando l'intenzione dichiarata sarebbe quella di trattare in maniera paritaria i membri dell'outgroup) era necessario addestrare gli studenti alla competenza culturale, ritenuta altrettanto importante quanto le discussioni sugli stereotipi espliciti per eliminare gli antecedenti del pregiudizio razziale e le disparità etniche.

In generale, dunque, sembra ci sia un filo conduttore che accomuna le conclusioni dei vari autori: in maniera più o meno evidente viene a più riprese rimarcato il ruolo essenziale del miglioramento delle competenze interculturali al fine di combattere il pregiudizio e la discriminazione (Nairn, Hardy, Paruma, & Williams, 2004; Chipps, Simpson, & Brysiewicz, 2008). Tuttavia, se da una parte il setting formativo infermieristico riporta un certo numero di contributi inerenti agli effetti del contatto tra studenti appartenenti a diverse etnie, meno battuta sembra invece la pista rivolta all'indagine sui docenti. Oggi l'educazione interculturale, sollecitata anche dalle conclusioni delle ricerche, trova sempre più spazio nei

programmi di formazione infermieristica. Sono inoltre disponibili vari format di supporto per l'insegnamento sulle culture diverse e sulle loro credenze riguardo i concetti di salute e malattia, al fine di permettere ai docenti stessi di acquisire le competenze necessarie da trasmettere a chi sarà responsabile di un'assistenza equa e che possa andare incontro alle esigenze di tutti. Nonostante ciò, la letteratura riporta pochi studi diretti ad indagare le competenze/conoscenze e gli argomenti proposti dai docenti sulle tematiche inerenti i concetti di razza e razzismo. Un esempio in tal direzione è proposto da Holland (2014) che, nella sua ricerca, ha coinvolto 10 docenti bianchi (corsi di laurea in Nursing) le cui materie di insegnamento riguardavano l'intercultura: l'obiettivo dello studio era quello di comprendere quali fossero i livelli di competenza. I risultati di questa ricerca hanno dimostrato una chiara mancanza di conoscenze specifiche su tematiche riguardanti la razza e il razzismo.

3.3 - Un'indagine sugli studenti di infermieristica di Parma

Quanto ritrovato in letteratura sembra allinearsi, quindi, con il dualismo teorico richiamato sin dal primo capitolo: anche tra i gruppi multietnici di studenti universitari in infermieristica, dove tutte le precondizioni di Allport verrebbero teoricamente rispettate, non sempre il contatto si traduce in atteggiamenti favorevoli dell'ingroup verso l'outgroup. Nonostante i dati relativi agli studenti in incoming (illustrati in precedenza) diano evidenza al carattere multiculturale presente nelle università italiane, la letteratura scientifica è pressoché priva di contributi scientifici sugli effetti del contatto sul pregiudizio nel contesto accademico italiano, ivi compresi i corsi di laurea in infermieristica che evidenziano un

marcato aspetto multiculturale: all'interno del macrogruppo convivono studenti appartenenti a diverse etnie (Ministero dell'Interno, 2013).

L'obiettivo principale del presente studio, condotto su un campione di studenti in Infermieristica dell'Università degli Studi di Parma, è stato quello di valutare gli effetti del contatto sul pregiudizio in ambito formativo costruendo, in via preliminare rispetto allo studio sui professionisti sanitari che verrà presentato nel cap. 4, un questionario che permettesse di misurare i costrutti che la letteratura psicosociale ha considerato implicati nello studio dei processi associati alla tematica. Per questo motivo lo studio presentato in questo capitolo si è posto un duplice obiettivo: oltre a quello di *esplorare* gli effetti del contatto sul pregiudizio tra gli studenti di scienze infermieristiche, anche quello di *verificare* le caratteristiche psicometriche di una serie di scale approntate per misurare i costrutti di una ricerca (cfr. cap.2) sul contatto e dei suoi effetti sul pregiudizio.

Materiali e metodi

3.4 - Disegno di ricerca, durata, campionamento e criteri di selezione

E' stato condotto uno studio correlazionale nel periodo febbraio – maggio 2014 sulla popolazione di tutti gli studenti (in tutto 130 studenti) del solo terzo del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Parma. La scelta del terzo anno è stata motivata dalla rilevante quantità di tempo trascorsa a contatto con medici, infermieri, OSS e utenti, durante i complessivi 6 tirocini svolti nelle varie U.O. dell'Ospedale, circa 1700 ore complessive. Gli studenti sono stati contattati personalmente, a più riprese, prima dell'inizio

delle lezioni; il questionario è stato quindi distribuito a tutti gli studenti dichiaratisi disponibili, indipendentemente dalla nazionalità.

3.5 - Strumenti d'indagine

E' stato utilizzato un questionario composto da più scale; ogni scala misurava ognuno dei costrutti descritti nel modello (Fig. 1 cap.2). Solo per le scale Right Wing Authoritarianism (RWA), Social Dominance Orientation (SDO) e la componente cognitiva del pregiudizio (PEM) sono state utilizzate scale già validate in italiano. I costrutti di quantità e qualità positiva del contatto, ansia intergruppi, minaccia realistica e simbolica, componente emozionale del pregiudizio, percezione del funzionamento del team di cura e soddisfazione, sono stati invece misurati con scale costruite ad hoc, sviluppate sulla base degli item delle scale utilizzate usualmente in letteratura. Per la traduzione degli item delle scale originali (tutte in lingua inglese) è stato utilizzato il metodo della back translation: tre ricercatori indipendenti hanno proceduto alla traduzione in italiano e attraverso il confronto e la discussione sono arrivati ad una versione condivisa. Quindi, un nativo inglese ha proceduto alla traduzione in inglese della versione in italiano prodotta.

3.5.1 - Quantità di contatto in tirocinio.

La scala, riadattata da Voci e Hewstone (2003), è composta da 3 item. La modalità di risposta ai primi due item è su scala tipo Likert a 5 passi (1 = nessuno e 5 = tantissimo). Un esempio di item è: "Nelle U.O in cui svolge/ha svolto il tirocinio, quanto contatto ha/ha avuto con lavoratori "immigrati ?" Il terzo item è "Quante persone che lavorano/hanno

lavorato con lei nella sua U.O. sono/erano “immigrati”? con modalità di risposta su scala Likert a 7 passi (1 = nessuno e 7 = più di 10).

3.5.2 - Qualità positiva di contatto in tirocinio.

La scala, riadattata da Voci & Hewstone (2003), è composta da 4 item su scala tipo Likert a 5 passi. Lo stimolo è rappresentato da un'unica domanda: “Come descriverebbe il tipo di contatto che ha/ha avuto con i lavoratori “immigrati” nelle U.O. di tirocinio?”. Le risposte sono costituite da 4 coppie di aggettivi: involontario/volontario, naturale/forzato, spiacevole/piacevole, competitivo/cooperativo. I 5 passi della scala tipo differenziale semantico sono posti in mezzo ad ogni coppia di aggettivi e identificati con i numeri di 2, 1, 0, 1, 2; ad esempio se il contatto viene inteso come del tutto piacevole viene posto un segno sul valore “2” più vicino alla parola “piacevole” e viceversa. In termini di scelta delle etichette numeriche di risposta l'opzione di assegnare lo stesso peso agli estremi è stata compiuta per non influenzare la scelta verso le risposte più socialmente accettate. I valori sono stati ricodificati da 1 a 5 in modo tale che bassi punteggi indicano bassi valori dell'aggettivo considerato . Di conseguenza essendo il valore più alto assegnato al polo positivo tanto più alti risultano i punteggi dell'indicatore costruito tanto più positiva risulta essere la misura del contatto. I punteggi della seconda coppia di aggettivi (naturale/forzato) sono stati dunque girati.

3.5.3 - Ansia intergruppi

La scala si compone di 7 item riadattati da Voci & Hewstone (2003) con formato di risposta tipo Likert a 5 passi (1 = per niente e 5 = moltissimo). I partecipanti sono stati invitati ad indicare “la misura” in cui immaginavano di sentirsi in riferimento a 3 aggettivi positivi (contento, rilassato, con la mente aperta) e a 4 negativi (a disagio, sospettoso, imbarazzato, infastidito) in base ad un’unica domanda stimolo: “Immagini di trovarti in un’ipotetica situazione lavorativa/di tirocinio in cui tutti gli altri lavoratori provengono da una cultura diversa dalla tua: come pensi che ti sentirebbe?”

3.5.4 - Right-Wing Authoritarianism Scale (RWA) short version.

In questo studio è stata utilizzata la versione ridotta della scala che è stata validata in italiano da Manganelli e colleghi (2007) ed è composta da 14 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). La scala, validata su un campione di 363 studenti universitari, ha evidenziato 2 fattori composti ciascuno da 7 item: aggressività e sottomissione autoritaria (con alfa di 0.72), conservatorismo (con alfa di 0.75); l’alfa generale della scala è di 0.77. Un esempio di item sul primo fattore è: “Il nostro Paese ha estremamente bisogno di un leader forte che faccia quello che è necessario per spazzare via gli estremismi e l’immoralità che ci stanno rovinando”; un esempio di item sul secondo fattore è: “Gli atei e tutti coloro che non accettano le prescrizioni delle religioni ufficiali sono senza dubbio buoni e morali come chi crede in Dio e frequenta regolarmente la Chiesa” .

3.5.5 - Short Social Dominance Orientation (S-SDO) versione ridotta in italiano

La scala è composta da 4 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). La versione proposta nello studio è quella ridotta a 4 item e fa riferimento alla scala originale di Pratto e collaboratori (Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994). Questa versione modificata a 4 item è stata di recente validata in 15 lingue, con un valore di alfa di Cronbach pari a 0.65 per la versione in italiano (Pratto et al., 2013). Un esempio di item è: “I gruppi superiori dovrebbero dominare i gruppi inferiori”.

3.5.6 - Scala della minaccia realistica

La scala della minaccia realistica è composta da 5 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). La scala è stata tradotta dall'originale in lingua inglese, che presentava 12 item focalizzati sulla minaccia politica ed economica. La scala somministrata in doppio a due campioni uno costituito da soggetti di pelle bianca e uno da soggetti di pelle nera presentava rispettivamente un'alfa di 0.93 e di 0.95 (Stephan et al., 2002). Un esempio di item è: “Penso che gli “immigrati” abbiano troppo potere economico sulla società italiana”.

3.5.7 - Scala della minaccia simbolica

La scala della minaccia simbolica è composta da 5 item su Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). La scala originale, validata in lingua inglese e composta da 5 item, evidenziava 2 fattori (minaccia ai valori e minacce allo stile di vita) e riportava l'alfa complessivo di 0.71. (Stephan, Ybarra, & Bachman, 1999; Stephan et al., 2002). Gli item selezionati per questo studio sono stati ripresi dalla versione in italiano

proposta da Pacilli (2008). Un esempio di item è: “L’immigrazione dall’estero sta minando la cultura italiana”.

3.5.8 - Scala del Pregiudizio Etnico Moderno (PEM)

La scala è stata scelta per misurare la componente cognitiva del pregiudizio; è formata 8 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). La scala è un riadattamento in italiano della scala di Akrami Ekehammar e Araya (2000), validata in Italia da Gattino e collaboratori (2011) con alfa di 0.76. Un esempio di item è: “Gli immigrati stanno andando troppo oltre nel pretendere di avere gli stessi diritti degli italiani.

3.5.9 - Termometro del pregiudizio

La scala è stata scelta per misurare la componente emozionale del pregiudizio. La scala è monodimensionale e misura l’atteggiamento nei confronti degli immigrati. I punteggi vanno da 0 (atteggiamento estremamente sfavorevole) a 10 (atteggiamento estremamente favorevole) e sono stati rappresentati graficamente come un termometro.

3.5.10 – Percezione del funzionamento del team

L’inserimento di questa variabile rappresenta un tentativo di offrire un contributo nuovo e originale, nel campo degli studi dedicati agli effetti del contatto sul pregiudizio. Lo spunto è stato offerto da quanto ritrovato in letteratura: la conoscenza tra le persone (che chiama in causa il contatto) aumenta la piena collaborazione del team che si traduce in una miglior percezione della funzionalità del team (Lemieux-Charles & McGuire, 2006), aspetto

che può influenzare in positivo gli outcomes di salute dei pazienti (Strasser, Falconer & Linking , 1997). La scala è composta da 14 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). La scala è stata tratta dall'originale in lingua inglese, che evidenziava 4 fattori: riflessione sul processo ($\alpha = .91$), flessibilità professionale ($\alpha = .91$), attività professionali create di recente ($\alpha = .84$), interdipendenza del ruolo ($\alpha = .80$) (Mellin et al., 2010). Un esempio di item è: "I membri del team riflettono sulle strategie al fine di migliorare le loro relazioni al tirocinio".

3.5.11 - Soddisfazione

La soddisfazione richiama il discorso di originalità fatto per il costrutto che precede, anche perché il costrutto non viene mai citato negli studi che trattano il contatto. In realtà, richiamando i contributi della letteratura citati in precedenza (cfr. cap. 2), il collegamento tra percezione di funzionalità del team (che si ricorda può influenzare gli outcome di salute dei pazienti) e soddisfazione appare diretto anche perché se è vero che la conoscenza reciproca migliora la percezione di funzionalità del team (Lemieux-Charles & McGuire, 2006), allora può a sua volta tradursi in maggior soddisfazione lavorativa. In questo studio è stata ovviamente misurata la soddisfazione per gli studi intrapresi attraverso un singolo item costruito ad hoc su scala tipo Likert a 5 passi (1 = molto soddisfatto e 5 = molto insoddisfatto). La domanda stimolo è: "in questo momento della sua vita quanto si sente soddisfatto/a o insoddisfatto/a come studente del Corso di Laurea in Infermieristica?".

3.6 - Partecipanti

Del totale dei 130 studenti iscritti al terzo anno del Corso di laurea in Infermieristica all'Università di Parma, 20 risultavano irreperibili o non disponibili. Sono stati quindi distribuiti 110 questionari a tutti gli altri studenti (che si sono dichiarati disponibili), indipendentemente dalla nazionalità di appartenenza; ne sono stati restituiti in tutto 102 compilati (92,7%). A posteriori si è deciso di escludere 19 questionari compilati da studenti di nazionalità estera, scelta giustificata dall'esigenza di avere una visione univoca della rappresentazione dell'outgroup: la visione di outgroup secondo gli studenti italiani. I rimanenti 83 questionari raccolti non presentavano valori mancanti sulla nazionalità; pertanto il campione finale è costituito da 83 studenti (63,8% del totale degli studenti e il 75,4% dei questionari distribuiti).

La distribuzione dei partecipanti per genere su un totale di 83 studenti, è stata maggiormente rappresentata dalle femmine (60 studentesse, 75.9%) rispetto ai maschi (23 studenti, 24.1%); distribuzione che rispetta la proporzione relativa agli studenti iscritti al terzo anno del corso di laurea in Infermieristica: rapporto femmine/maschi 3:1 circa.

L'età media è di 23.86 anni ($DS = 2.60$) con un range dai 20 ai 31 anni.

3.7 – Strategia di analisi dei dati

Le statistiche descrittive, le correlazioni, la valutazione della consistenza interna delle scale (reability analysis) e le analisi fattoriali esplorative, sono state eseguite utilizzando il software IBM SPSS Statistics versione 19.0 (IBM Corporation, 2010); le analisi fattoriali confermatrici sono state eseguite utilizzando il software MPLUS versione 7 (Muthen & Muthen, 2012).

Alcune scale, come riportato in precedenza, sono state create ad hoc o comunque sulla base di una scelta di item provenienti da scale non validate in italiano, motivo per cui si è proceduto alla verifica di alcune proprietà psicometriche delle stesse; il procedimento è stato eseguito anche per le scale già validate in italiano, poiché nessuna di esse aveva mai trovato applicazione sugli studenti d'infermieristica.

Il prima istanza delle scale è stata valutata la loro struttura fattoriale.

Su tutte le scale (monodimensionali e multidimensionali) è stata prima condotta un'analisi fattoriale esplorativa, per valutarne la composizione fattoriale, quindi, un'analisi fattoriale confermativa per valutarne l'adattamento ai modelli fattoriali assunti. Quindi si è proceduto con la valutazione della loro consistenza interna (alfa di Cronbach).

I punteggi di sintesi delle variabili sono stati calcolati attraverso la media degli item relativi alla specifica dimensione. I valori di tendenza centrale (Media) e gli indici di variabilità (Deviazione Standard) nonché gli indici di simmetria e curtosi sono stati considerati per analizzare le distribuzioni delle misure considerate.

Infine, per rispondere al primo obiettivo della ricerca, la relazione tra le variabili e la loro similitudine/differenza è stata valutata analizzando il coefficiente di correlazione r di Pearson.

RISULTATI

3.8 – Proprietà psicometriche delle scale

Qui di seguito vengono descritti i risultati delle analisi fattoriali esplorative e confermativa condotte sulle scale che costituiscono lo strumento

3.8.1 - Quantità di contatto in tirocinio

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala della quantità di contatto sono riportati in tabella 3.1. L'analisi fattoriale esplorativa con metodo di fattorizzazione dell'asse principale effettuata sui tre item della scala ha evidenziato un unico fattore con autovalore maggiore di 1 che, senza rotazione, spiega il 78.6 % della varianza totale. Tutti gli item hanno saturazione positiva superiore .60 sul fattore.

Tab.3.1 – Saturazione su 1 fattore degli item della scala della quantità di contatto

	Quantità di contatto
Quantità contatto 1: Nelle U.O in cui svolge/ha svolto il tirocinio, quanto contatto ha/ha avuto con lavoratori "immigrati"?	.92
Quantità contatto 2: Durante i tirocini, quanto spesso interagisce/ha interagito con lavoratori "immigrati" nelle U.O.?	.87
Quantità contatto 3: Quante persone che lavorano/hanno lavorato con lei nella sua U.O. sono/erano "immigrati"?	.69

L'alfa di Cronbach presenta un valore buono ($\alpha = 0.85$)³. L'analisi fattoriale confermativa, è stata eseguita con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard e mostra i seguenti parametri del modello a un fattore: $\chi^2(0) = 0.000$, $p < 0.000$; $CFI = 1.000$, $TLI = 1.000$, $RMSEA = 0.000$, $90\% CI = 0.000-0.094$, $p = 0.000$, $SRMR = 0.000$.

L'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item che saturano il fattore, misura la quantità di contatto al lavoro.

³ Tutti i coefficienti di consistenza interna delle scale sono riportati in tabella 8. Secondo Burns e Grove (2001) il coefficiente alfa si può considerare se < 0.60 = inaccettabile; compreso tra 0.60 e 0.65 = indesiderabile; compreso tra 0.65 e 0.70 = appena accettabile; compreso tra 0.70 e 0.80 = buono, > 0.80 = ottimo

3.8.2 - Qualità positiva di contatto in tirocinio

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala della qualità di contatto sono riportati in tabella 3.2. La seconda componente del contatto, la qualità positiva, all'analisi fattoriale esplorativa con metodo di della fattorizzazione dell'asse principale, ha evidenziato un unico fattore con autovalore > 1 che, senza rotazione, spiega il 59.0 % della varianza totale. Tutti e 4 gli item hanno saturazione superiore .50 sul fattore.

Tab.3.2 – Saturazione su 1 fattore degli item della scala della qualità del contatto

	Qualità del contatto
Qualità contatto 1: involontario/volontario	.66
Qualità contatto 2: naturale/forzato	-.54
Qualità contatto 3: spiacevole/piacevole	.81
Qualità contatto 4: competitivo/cooperativo	.68

Il valore dell'alfa di Cronbach è buono ($\alpha = 0.76$).

L'analisi fattoriale confermativa, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard ha mostrato un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2 (2) = 0.982$, $p < 0.611$; $CFI = 1.000$, $TLI = 1.054$, $RMSEA = 0.000\%$ $CI = 0.000-0.177$, $p = 0.670$, $SRMR = 0.012$.

Dopo avere rovesciato l'item 2, è stato quindi costruito un indicatore di sintesi (attraverso la media aritmetica degli item), che misura il contatto positivo con colleghi/studenti provenienti da altre culture.

3.8.3 – Ansia intergruppi

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala dell'ansia intergruppi sono riportati in tabella 3.3. L'analisi fattoriale esplorativa, eseguita con metodo di fattorizzazione dell'asse principale ha evidenziato 2 fattori con autovalore maggiore di 1 che, senza rotazione, spiegano il 67.9. % della varianza totale. Tutti gli item mostravano saturazioni fattoriali superiori a .50 sul primo fattore, suggerendo così la possibilità di considerare un'unica dimensione. In effetti, l'estrazione a un unico fattore spiega il 46,7% varianza, con tutti i coefficienti di saturazione degli item superiori a .50.

Tab.3.3 – Saturazione su 1 fattore degli item della scala dell'ansia intergruppi

	Ansia Intergruppi
A2 – Contento	-.50
A4 – Rilassato	-.54
A6 – Con la mente aperta	-.56
A1 - A disagio	.53
A3 – Sospettoso	.74
A5 - Imbarazzato	.60
A7 – Infastidito	.82

La consistenza interna complessiva presenta un'alfa buona ($\alpha = 0.80$).

L'analisi fattoriale confermativa, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostra un buon adattamento del modello a un fattore: $\chi^2 (10) = 12.828$, $p < 0.234$; $CFI = 0.984$, $TLI = 0.967$, $RMSEA = 0.058$, $90\% CI = 0.000-0.140$, $p = 0.389$, $SRMR = 0.041$.

Dopo avere rovesciato gli item 2, 4 e 6 è stato costruito un indicatore di sintesi attraverso la media aritmetica degli item, che misura l'ansia percepita nei confronti del contatto con l'outgroup.

3.8.4 – RWA, Right-Wing Authoritarianism scale (versione ridotta in italiano)

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala della RWA sono riportati in tabella 3.4. L'analisi fattoriale esplorativa con metodo di fattorizzazione dell'asse principale con rotazione OBLIMIN (scelta suggerita dall'alta correlazione tra gli item in base al riferimento teorico, di Manganelli e collaboratori, 2007; il dato non cambia anche in rotazione VARIMAX) ha evidenziato 4 fattori con autovalore maggiore di 1 che spiegano il 59.6% della varianza. Tuttavia, osservando le saturazioni fattoriali degli item, emerge che gli ultimi 2 fattori sono composti da soli 2 item, suggerendo così che la loro natura possa essere considerata residuale. E' stata perciò eseguita una nuova analisi fattoriale con lo stesso metodo, forzando l'estrazione a 2 soli fattori. I risultati hanno evidenziato che questi 2 fattori, seppur spiegando solo il 40.9% della varianza totale, sono coerenti con quelli individuati da Manganelli e collaboratori (2007) distinguendo il fattore dell'aggressività e della sottomissione autoritaria da quello del conservatorismo (Tab. 4).

Tab.3.4 – Saturazione sui 2 fattori degli item della scala RWA

	Aggressività e sottomissione autoritaria	Conserva- Torismo
RWA13 L'aumento della criminalità, l'immoralità sessuale e i disordini politici mostrano che dobbiamo reprimere più duramente i comportamenti illeciti e valori morali se vogliamo difendere i nostri valori e preservare la legge e l'ordine.	.81	
RWA10 Ciò di cui il nostro Paese ha veramente bisogno al posto di ulteriori diritti civili è una buona dose di leggi e di ordine.	.79	
RWA11 L'obbedienza e il rispetto per le autorità sono le virtù importanti che i bambini dovrebbero imparare.	.55	
RWA14 Il nostro Paese ha soprattutto bisogno di cittadini disciplinati che seguano compatti i leader nazionali.	.50	
RWA7 La situazione del nostro Paese sta diventando così preoccupante da giustificare le maniere forti per eliminare gli agitatori e riportarci sulla retta via.	.46	
RWA1 Il nostro Paese ha estremamente bisogno di un leader forte che faccia quello che è necessario per spazzare via gli estremismi e l'immoralità che ci stanno rovinando.	.41	.25
RWA4 Molti di quelli che criticano le autorità siano esse dello Stato o quelle ecclesiastiche creano solo dubbi inutili nella testa della gente.	.26	
RWA5 Non c'è assolutamente niente di immorale nel frequentare i campi per nudisti		.69
RWA3 Molte delle nostre convenzioni sul comportamento sessuale sono solo consuetudini né migliori né moralmente più sane di quelle seguite da altre persone.		.57
RWA2 Gli atei e tutti coloro che non accettano le prescrizioni delle religioni ufficiali sono senza dubbio buoni e morali come chi crede in Dio e frequenta regolarmente la Chiesa.		.52
RWA8 Ognuno ha diritto al proprio stile di vita alle proprie credenze religiose e alle proprie preferenze sessuali anche se ciò lo rende diverso dagli altri.		.50
RWA6 Gli omosessuali e le femministe dovrebbero essere ammirati per il coraggio dimostrato nello sfidare i valori tradizionali sulla famiglia.		.50
RWA12 La gente dovrebbe sviluppare un proprio sistema di valori e di principi in tema di moralità e dare meno ascolto a ciò che dicono la Chiesa e il Papa.		.46
RWA9 E' molto positivo che oggi i giovani abbiano la libertà di protestare contro ciò che non condividono e che si costruiscano le proprie regole di comportamento.		.41

La consistenza interna della prima dimensione (aggressività e sottomissione autoritaria) ha mostrato un'alfa di Cronbach di 0.71; quella della seconda dimensione (conservatorismo) un alfa di 0.73; considerando che l'interesse piuttosto che sulle dimensioni è diretto sulla RWA complessiva è stato rilevato solo il punteggio totale del costrutto, calcolato come la media di tutti gli item con alfa soddisfacente ($\alpha = 0.72$).

L'analisi fattoriale confermativa, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostra un buon adattamento del modello a due fattori: $\chi^2 (70) = 76.987$, $p < 0.2650$; $CFI = 0.964$, $TLI = 0.954$, $RMSEA = 0.035$, $90\% CI = 0.000-0.0075$, $p = 0.690$, $SRMR = 0.078$.

Dopo aver rovesciato gli item 2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, l'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura l'autoritarismo di destra degli studenti.

3.8.5 – S-SDO, Short Social Dominance Orientation (versione ridotta in italiano).

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala della S-SDO sono riportati in tabella 3.5. L'analisi fattoriale esplorativa, con metodo di fattorizzazione dell'asse principale, senza rotazione, ha evidenziato un unico fattore, con autovalore > 1 , che spiega il 54.6 % della varianza totale. Tutti gli item hanno saturazione superiore .40 sul fattore.

Tab.3.5 – Saturazione sul fattore degli item della scala S-SDO

	Short Social Dominance Orientation
SDO2: Non dobbiamo spingere per l'uguaglianza per tutti i gruppi.	-.58
SDO4: I gruppi superiori dovrebbero dominare i gruppi inferiori.	-.42
SDO1: Nello stabilire le priorità, dobbiamo considerare tutti i gruppi.	.68
SDO3: L'uguaglianza tra gruppi dovrebbe essere il nostro ideale.	.83

La consistenza interna degli item ha mostrato un'alfa soddisfacente ($\alpha = 0.70$).

L'analisi fattoriale confermativa, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostra un buon adattamento del modello a un fattore: $\chi^2 (1) = 0.095$, $p < 0.7581$; $CFI = 1.000$, $TLI = 1.139$, $RMSEA = 0.000$, $90\% CI = 0.000-0.198$, $p = 0.781$, $SRMR = 0.010$.

Dopo aver rovesciato gli item 1 e 3, l'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura l'orientamento alla dominanza sociale degli studenti.

3.8.6 - Scala della minaccia realistica

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala della minaccia realistica sono riportati in tabella 3.6. Sulla prima delle due scale sulla minaccia, l'analisi fattoriale esplorativa, con metodo di fattorizzazione dell'asse principale, senza rotazione, ha evidenziato un unico fattore con autovalore maggiore di 1 che spiega il 53.7 % della varianza totale. Tutti gli item hanno saturazione positiva superiore .40 sul fattore.

Tab.3.6 – Saturazione sul fattore degli item della scala della minaccia realistica

	Minaccia realistica
MR1: Penso che gli "immigrati" abbiano troppo potere economico sulla società italiana	.66
MR2: Penso che gli "immigrati" abbiano troppo potere politico sulla società italiana	.74
MR3: Penso che gli "immigrati" abbiano troppa influenza sulla società italiana	.81
MR4: Penso che gli "immigrati" siano una minaccia per la sicurezza della società italiana	.54
MR5: Penso che gli "immigrati" stiano occupando posti di lavoro che dovrebbero essere riservati agli italiani	.48

La consistenza interna degli item ha mostrato un'alfa buona ($\alpha = 0.77$).

L'analisi fattoriale confermativa inoltre, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostra un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2 (3) = 1.232$, $p < 0.7453$; $CFI = 1.000$, $TLI = 1.058$, $RMSEA = 0.000$, $90\% CI = 0.000-0.129$, $p = 0.800$, $SRMR = 0.023$.

L'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura la minaccia realistica degli studenti

3.8.7 - Scala della minaccia simbolica

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala della minaccia simbolica sono riportati in tabella 3.7. L'analisi fattoriale esplorativa sulla seconda scala della minaccia, eseguita con metodo di fattorizzazione dell'asse principale, con rotazione VARIMAX, ha evidenziato due fattori con autovalore maggiore di 1 che spiegano il 66.7 % della varianza totale. Tuttavia tutti gli item mostravano saturazioni fattoriali superiori a .30 sul primo fattore suggerendo così la possibilità di considerare un'unica dimensione. In effetti, forzando l'estrazione a un unico fattore, lo stesso spiega il 39,9% varianza con saturazione degli item maggiore di .30.

Tab.3.7 – Saturazione sul fattore degli item della minaccia simbolica

	Minaccia Simbolica
MS3: I valori e le credenze degli "immigrati" riguardo al lavoro sono simili a quelli della maggior parte degli italiani.	.77
MS4: I valori e le credenze degli "immigrati" riguardo alla morale e alla religione, sono compatibili con le credenze e i valori della maggior parte degli italiani	.72
MS5: I valori e le credenze degli "immigrati" riguardo alla famiglia e alla socializzazione dei bambini sono simili a quelli della maggior parte degli italiani	.76
MS1: Gli "immigrati" dovrebbero imparare a conformarsi alle regole e alle norme della società italiana appena possibile dopo il loro arrivo	-.41
MS2: L'immigrazione dall'estero sta minando la cultura italiana.	-.38

L'alfa riporta un coefficiente non del tutto soddisfacente ($\alpha = 0.60$)

L'analisi fattoriale confermativa con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostra un buon adattamento del modello a un fattore: $\chi^2(4) = 3.557$, $p < 0.9380$; $CFI = 1.000$, $TLI = 1.019$, $RMSEA = 0.000$, $90\% CI = 0.000-0.157$, $p = 0.571$, $SRMR = 0.033$. Dopo aver rovesciato gli item 3, 4 e 5, l'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura la minaccia simbolica degli studenti.

La spiegazione del basso coefficiente dell'alfa ($\alpha = 0.60$), potrebbe essere collegata al fatto che il costrutto considerato (la minaccia alle risorse simboliche e ai valori) è molto variegato e complesso, dal momento che il termine "simbolico" si riferisce a molteplici aspetti della realtà sociale di un gruppo.

Come già sottolineato in precedenza, dal punto di vista concettuale, le due scale sulle minacce, rappresentano lo stesso costrutto declinato in due diverse dimensioni. In base a ciò si potrebbe considerare una scala unica per lo studio sui professionisti (cfr. cap. 4), comprendente tutti i dieci item delle due scale (minaccia realistica e simbolica); la bontà della scelta è comprovata dalla valutazione dell'adattabilità del modello ad un fattore, che ha dato buoni riscontri⁴. La scelta permette inoltre di ottenere anche un buon coefficiente per quanto riguarda la valutazione della consistenza interna della scala unica a 10 item ($\alpha = .77$).

⁴ Considerando un unico fattore, l'analisi fattoriale confermativa, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostra un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2(32) = 39.721$, $p < 0.1639$; $CFI = 0.966$, $TLI = 0.953$, $RMSEA = 0.054$, $90\% CI = 0.000-0.103$, $p = 0.424$, $SRMR = 0.081$. Infine emerge un dato che conferma la bontà della scelta: sulla scala unica risulta un'alfa di 0.77, andando quindi pienamente incontro ai requisiti di attendibilità. In base a questo discorso sembra quindi plausibile la scelta di utilizzare una variabile unica "minaccia realistica e simbolica" a 10 item, per misurarne gli effetti nel rapporto tra contatto e pregiudizio nello studio correlazionale a seguire condotto tra i professionisti sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma (cft. Cap. 4).

3.8.8 – PEM, Pregiudizio Etnico Moderno (componente cognitiva del pregiudizio)

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala del pregiudizio etnico moderno sono riportati in tabella 3.8. L'analisi fattoriale esplorativa eseguita con metodo di fattorizzazione dell'asse principale, senza rotazione con autovalore maggiore di 1, ha evidenziato tre fattori che spiegano il 67.0% della varianza totale. Tuttavia, la forte correlazione degli item, evidenziata da coefficienti di saturazione superiori a 0.40 su un'unica dimensione, unita all'interesse sul pregiudizio cognitivo nel complesso piuttosto che sulle dimensioni, suggerisce la possibilità di considerare un unico fattore: in effetti forzando l'estrazione a 1 fattore, si è notato che spiega il 38,7% della varianza totale con saturazione degli item sul fattore confermata superiore a .40.

Tab.3.8 – Saturazione sul fattore degli item della scala del pregiudizio etnico moderno

	Pregiudizio Etnico Moderno
PEM1: Le richieste avanzate dagli "immigrati" per avere gli stessi diritti degli italiani sono condivisibili	.69
PEM2: I mass media dedicano poca attenzione agli "immigrati" e ai loro problemi	.60
PEM3: Credo che in Italia gli "immigrati" siano minacciati dalla presenza di gruppi razzisti	.61
PEM5: Sono a favore di un'Italia multiculturale	.62
PEM7: E' importante investire risorse per insegnare ai figli degli "immigrati" la loro lingua madre	.58
PEM8: Sono necessari programmi speciali per creare lavoro per gli "immigrati"	.72
PEM4: Sono stati realizzati abbastanza programmi volti all'inserimento lavorativo degli "immigrati"	-.44
PEM6: Gli "immigrati" stanno andando troppo oltre nel pretendere di avere gli stessi diritti degli italiani	-.68

L'alfa di Cronbach è risultata buona ($\alpha = 0.77$).

L'analisi fattoriale confermativa, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostra un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2 (19) = 23.218$, $p < 0.2279$; $CFI = 0.967$, $TLI = 0.951$, $RMSEA = 0.052$, $90\% CI = 0.000-0.114$, $p = 0.444$, $SRMR = 0.062$.

Dopo aver rovesciato gli item 1, 2, 3, 5, 7 e 8, l'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura la componente cognitiva del pregiudizio degli studenti.

3.8.9 - Percezione del funzionamento del team

I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa condotta sulla scala della percezione del funzionamento del team sono riportati in tabella 3.9. Sulla variabile di outcome l'analisi fattoriale esplorativa con metodo di estrazione delle componenti principali con rotazione PROMAX (scelta in base al riferimento teorico di Mellin e collaboratori, 2013), ha evidenziato 3 fattori con autovalore maggiore di 1 che spiegano il 61.2% della varianza totale. L'alta correlazione tra i fattori, suggeriscono l'esistenza di una sola dimensione. In effetti considerando un'unica dimensione (43.34% della varianza totale) tutti gli item mostrano saturazione superiore a .40 sul fattore.

Tab.3.9 – Saturazione sul fattore degli item della scala di percezione della funzionamento del team

	Percezione funzionam. team
TW2: Il team lavora insieme per risolvere i problemi tra i membri	.83
TW3: Il team include dei feedback riguardo il suo processo per rafforzare la sua efficacia	.77
TW4: Il team valuta come lavora insieme in maniera informale e / o formale	.74
TW12: Il team dipende dai membri con una varietà di ruoli (medici, infermieri, OSS) al fine di implementare le specifiche attività	.71
TW5: I membri del team discutono dei conflitti direttamente l'uno con l'altro.	.66
TW9: All'interno del team esiste la libertà di essere diversi e in disaccordo	.66
TW13: Per raggiungere i suoi obiettivi il team fa affidamento ai diversi ruoli dei membri (medici, infermieri, OSS)	.64
TW7: Il team rispetta le opinioni e le novità esposte da ciascun membro	.63
TW6: I membri del team parlano sulle modalità per coinvolgere altri professionisti con diverse competenze nella squadra	.59
TW1: I membri del team riflettono sulle strategie al fine di migliorare le loro relazioni al tirocinio	.55
TW10: Le regole e/o le responsabilità dei membri del team cambiano in seguito al tirocinio di squadra	.54
TW11: Quando è necessario i membri del team assumono compiti diversi dal proprio ruolo.	.48
TW8: I membri del team si concentrano sulla comprensione piuttosto che difendere le proprie opinioni specifiche	.43
TW14: Il team fa distinzione tra le regole e le responsabilità per ciascun membro	.40

La consistenza interna degli item ha evidenziato un'alfa più che soddisfacente ($\alpha = 0.89$)

L'analisi fattoriale confermativa, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostra un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2 (68) = 76.918$,
 $p < 0.2147$; $CFI = 0.979$, $TLI = 0.972$, $RMSEA = 0.040$, $90\% CI = 0.000-0.078$, $p = 0.628$, $SRMR = 0.058$.

L'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura la percezione di funzionamento del team di cura degli studenti.

3.9 – Analisi descrittive

Media, deviazione standard, curtosi e simmetria sono riportate nella tabella 3.10. La qualità del contatto riporta un punteggio al di sopra del punteggio mediano teorico ($M = 4.01$, $SD = 0.90$); il valore della quantità del contatto è al di sotto del valore mediano ($M = 2.88$, $SD = 0.78$), segno che il contatto è vissuto in maniera moderatamente positiva a fronte di una non elevatissima frequenza di contatto. I punteggi di SDO ($M = 1.86$, $SD = 0.73$), ansia intergruppi ($M = 1.95$, $SD = 0.63$) e minaccia realistica ($M = 2.34$, $SD = 0.76$) sono al di sotto della mediana teorica della scala. Gli studenti evidenziano una soddisfazione piuttosto moderata ($M = 2.84$, $SD = 0.97$), mentre dimostrano di percepire positivamente ma in modo moderato, la funzionalità del team ($M = 3.23$, $SD = 0.97$). I punteggi sulle scale di pregiudizio cognitivo ($M = 2.91$, $SD = 0.61$), del contatto indiretto ($M = 3.28$, $SD = 1.12$) e della minaccia simbolica ($M = 3.16$, $SD = 0.67$) si attestano intorno al rispettivo punto mediano delle scale, al pari del pregiudizio emozionale ($M = 6.76$, $SD = 1.96$) che si ricorda fa riferimento ad un punteggio diverso (cioè da 1 a 10) rispetto alle altre 3 scale suddette.

Curtosi e asimmetria, non evidenziano contemporaneamente valori maggiori di 1 o minori di -1 (curtosi: valore medio, $M = 0.02$; valore medio di deviazione standard, $SD = 0.35$); asimmetria: valore medio, $M = 0.15$; valore medio di deviazione standard, $SD = 0.46$), quindi non si presentano particolari problemi di distribuzione (Muthen e Kaplan 1992). L'alfa di tutti i costrutti presenta punteggi superiori a 0.70 quindi soddisfacenti (Burns e Grove,

2001). Solo nel caso della scala della minaccia simbolica si è ottenuto un coefficiente di 0.60, spiegato con la complessità del costrutto considerato.

Tab. 3.10 - descrittive sulle variabili considerate (N = 83)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Asimmetria	Curtosi	α	Nr Item	Range
1. Quantità C.	2.88	0.90	0.52	0.20	.85	3	1-5 ^a
2. Qualità positiva C.	4.01	0.78	-0.76	-0.01	.76	4	1-5
3. Contatto indiretto	3.28	1.12	0.61	0.01	.86	5	1-7
4. Ansia intergruppi	1.95	0.63	0.61	-0.46	.80	7	1-5
5. SDO	1.86	0.73	0.69	0.13	.70	4	1-5
6. RWA	2.58	0.52	0.18	-0.21	.72	14	1-5
7. Minaccia realistica	2.34	0.76	0.10	-0.56	.77	5	1-5
8. Minaccia simbolica	3.16	0.67	-0.34	0.44	.65	5	1-5
9. PEM	2.91	0.61	0.11	0.45	.77	8	1-5
10. Termometro del preg.	6.76	1.96	-0.34	0.04	-	1	0-10
11. Percezione funz. Team	3.23	0.60	0.47	0.26	.89	14	1-5
12. Soddisfazione	2.84	0.97	-0.01	-0.52	-	1	1-5

a il terzo item riporta 7 livelli di risposta

3.10 – Analisi di correlazione

Le correlazioni tra le variabili dello strumento sono riportate in tabella .3.11. Dal punto di vista psicometrico, il fatto che nessuna correlazione superi il punteggio di .70 attesta una buona validità discriminante fra le misure considerate. Ricordiamo, tuttavia, che le correlazioni vengono qui riportate non solo a completamento della verifica delle proprietà psicometriche delle scale utilizzate, ma anche al fine di esplorare le condizioni per la verifica del modello della ricerca.

La quantità del contatto non correla significativamente né con il pregiudizio cognitivo (PEM) né con quello emozionale (termometro); di contro la qualità (positiva) del contatto e il pregiudizio (nelle due componenti) sono correlati significativamente, sebbene in maniera

moderata. In altre parole, sembra più rilevante rispetto al pregiudizio la qualità del contatto piuttosto che la quantità.

Da notare, in linea con quanto suggerito dalla teoria della minaccia integrata del pregiudizio (ITT, Stephan e Stephan, 1996), che l'ansia intergruppo e le minacce (correlazione che risulta particolarmente forte in quest'ultimo caso) sono correlate con il pregiudizio. Da rimarcare un altro risultato atteso, cioè la correlazione abbastanza robusta tra la SDO e RWA con le due componenti del pregiudizio. La soddisfazione non dimostra alcuna correlazione significativa né con le due componenti del contatto (qualità e quantità) né con le altre variabili di ricerca, tranne che con la percezione di funzionamento del team: all'aumentare della soddisfazione aumenta la percezione di funzionamento del team. Quest'ultima variabile presenta una correlazione significativa e negativa con l'ansia intergruppi, ma non dimostra alcuna correlazione con le altre. Infine, si rimarca la buona validità discriminante fra le misure considerate (tutti i coefficienti di correlazione inferiori a 0.70) a testimoniare la buona influenza di ognuna delle scale rispetto alla tematica centrale (effetti del rapporto tra contatto e pregiudizio).

Tab. 3.11 - correlazione fra variabili considerate (N 83)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Quantità Contatto	-	0,09	0,10	0,01	-0,09	-0,01	-0,08	-0,12	-0,16	0,02	0,21 [^]	-0,08
2. Qualità Contatto		-	0,27*	-0,61**	-0,51**	-0,23*	-0,33**	-0,30**	-0,33**	0,29**	0,22*	-0,10
3. Contatto indiretto			-	-0,23*	-0,20	-0,28**	-0,26*	-0,25*	-0,37**	0,15	0,01	-0,04
4. Ansia intergruppi				-	0,64**	0,30**	0,26*	0,22*	0,36**	-0,41**	-0,30**	0,01
5. SDO					-	0,40**	0,38**	0,45**	0,51**	-0,48**	-0,10	0,06
6. RWA						-	0,49**	0,51**	0,46**	-0,35**	0,05	-0,07
7. Minaccia realistica							-	0,49**	0,67**	-0,58**	0,01	0,02
8. Minaccia simbolica								-	0,50**	-0,42**	-0,02	0,08
9. PEM									-	-0,61**	-0,10	-0,04
10. Termom. del pregiudizio ^a										-	0,09	-0,13
11. Percezione funzionam. team											-	-0,35**
12. Soddisfazione ^b												-

** $p < .01$; * $p < .05$, ^ $p = .05$

^a Punteggi alti indicano basso pregiudizio

^b punteggi alti indicano bassa soddisfazione

Discussione e limiti

La larga partecipazione degli studenti (91,9%) testimonia l'interesse degli stessi a una tematica di grande attualità come il contatto intergruppi all'interno dell'ambito accademico.

Dal punto di vista psicometrico, le analisi fattoriali esplorative eseguite su tutte le scale hanno permesso di confermare l'adattamento delle scale rispetto alla loro validità concettuale e rispetto alle scale originali; le analisi fattoriali confermatrici, di confermare le strutture fattoriali evidenziate.

Per quanto concerne i requisiti di attendibilità delle scale, i coefficienti alfa superiori a 0.70 di tutte le scale (considerando a parte la scala delle minacce simboliche, per la quale si farà un discorso conclusivo a parte), confermano la buona consistenza interna di ognuna di esse.

Si può concludere che la valutazione delle proprietà psicometriche mostra che gli strumenti utilizzati riportano punteggi generalmente buoni per ciò che riguarda i criteri di validità e attendibilità.

Le analisi descrittive permettono di affermare che i dati non presentano particolari problemi di distribuzione.

Dall'analisi di correlazione si evidenzia che la variabile pregiudizio (nelle due dimensioni considerate), nel modello di ricerca considerata dipendente, evidenzia una significativa correlazione sia con le variabili che nel modello teorico fungono da mediatori (ansia intergruppi, minaccia realistica e minaccia simbolica) sia con le variabili il cui ruolo è quello dei moderatori (SDO e RWA) e principalmente, con la qualità del contatto piuttosto che con la quantità. Sembra che vada dunque a delinearsi un prospetto che ricalca abbastanza fedelmente quanto viene riportato in letteratura. Infatti, sebbene non si tratti in questo caso di una indagine approfondita dei dati (come nel caso degli studi citati in rassegna che fanno riferimento ai comprovati effetti di mediazione/moderazione, poiché in questo caso si tratta di disquisire su un'analisi di correlazione) sembra che il ruolo giocato dall'ansia intergruppi da una parte (Stephan & Stephan, 1985; Islam & Hewstone, 1993) e dalle minacce dall'altra (Stephan & Stephan, 1996; Stephan & Stephan, 2000), sembra essere influente (e forse determinante) negli esiti del rapporto tra il contatto e il pregiudizio. Non di meno si può dire sulle variabili che fungono da moderatori: osservando i dati sembrano ci sia un certo allineamento con gli studi che evidenziano una significativa influenza della RWA (Altemeyer, 1981; Altemeyer, 1998; Duckitt, Wagner, Du Plessis, & Birum, 2002; Duckitt, 2006) e della SDO (Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994; Sidanius & Pratto, 1999) nell'effetto di riduzione del pregiudizio da parte di quantità e qualità del contatto. Anche nei

riguardi di quest'ultimo punto, non ci si allontana da quanto definito in letteratura; sembra rispettato il principio secondo cui sarebbe la qualità del contatto più della quantità a influire sul pregiudizio (Brown, Maras, Masser, Vivian, & Hewstone, 2001; Eller & Abrams, 2003, 2004; Greenland & Brown, 1999; Schwartz & Simmons, 2001; Stephan, Diaz-Loving, & Duran, 2000). Il fatto che le variabili del pregiudizio non evidenziano significative correlazioni con le due variabili di outcome (percezione di funzionamento del team e soddisfazione), lascia interessanti quesiti in sospeso, sull'effettivo ruolo giocato da mediatori e moderatori sul pregiudizio che in questo caso, dovrebbe fungere a sua volta da mediatore tra il contatto e le due variabili di outcome suddette. Si sottolineano a tal riguardo due dati importanti che si evincono dall'analisi di correlazione e che creano una certa aspettativa sullo studio a seguire sui professionisti sanitari: in primo luogo la riduzione dell'ansia contribuisce all'aumento della percezione della funzionalità del team; inoltre a fronte di un contatto medio-basso gli studenti si sono dichiarati abbastanza contenti delle loro relazioni interetniche (qualità positiva) e che proprio questa positività va poi a correlarsi con la percezione di un team più funzionante, aspetto quest'ultimo che viene evidenziato anche in letteratura (Lemieux-Charles & McGuire, 2006). Tutti questi aspetti verranno trattati in maniera approfondita nello studio successivo (cap. 4).

I principali limiti dello studio in oggetto fanno riferimento alle caratteristiche del campione considerato. Il numero di studenti potrebbe risultare esiguo, al fine di affermare che con i test eseguiti sulle scale, i risultati ottenuti possano essere considerati validi anche in altri contesti e per altri campioni. Tuttavia il campione può essere considerato rappresentativo della popolazione degli studenti del terzo anno. Gli studenti che hanno partecipato a questo studio frequentano tutti il corso di laurea in Infermieristica

dell'Università degli studi di Parma; pertanto potrebbe essere possibile che in altri contesti i risultati siano essere diversi. Inoltre potrebbe essere messa in discussione l'attendibilità delle risposte alla scala della percezione della collaborazione del team di cura poiché è necessario tenere in conto la limitata carriera professionale degli studenti: sebbene tutti iscritti al terzo anno e con almeno 6 tirocini per un totale complessivo di circa 1700 ore di pratica, occorre rimarcare come il percorso pratico, al di là dell'esiguità del tempo trascorso in tirocinio è stato esercitato nel ruolo di studente e quindi non da professionisti che vivono appieno i problemi e la realtà delle varie Unità Operative e che quindi potrebbero percepire diversamente la funzionalità del team.

In conclusione, l'obiettivo principale dello studio era quello di valutare le proprietà psicometriche delle scale; i buoni risultati ottenuti ci permettono di affermare che risulta plausibile l'utilizzo delle stesse al fine di misurare gli effetti del contatto sul pregiudizio nello studio correlazionale a seguire condotto tra i professionisti sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma.

CAPITOLO 4

STUDIO 2: UN'INDAGINE TRA I PROFESSIONISTI SANITARI

4.1 - Il contatto interculturale nel contesto sanitario

Nei capitoli precedenti si è più volte fatto riferimento al contesto sanitario e a come, a dispetto del carattere sempre più multietnico assunto, sia stato in realtà poco indagato il contatto e i suoi effetti sul pregiudizio o su altri outcome tra gli operatori sanitari. Le figure professionali storicamente presenti in tale ambito sono quelle dei medici e degli infermieri; le equipe assistenziali, tuttavia, si compongono di diverse figure professionali, con ruoli e funzioni diverse, più o meno rappresentate numericamente negli organici di base dei reparti. Da alcuni anni nelle strutture sanitarie trovano sempre più impiego operatori sanitari dediti principalmente all'assistenza e al soddisfacimento dei bisogni basilari del paziente, come l'operatore socio sanitario (OSS) il cui percorso formativo e relativo titolo, ha sostituito e accorpato, ormai da circa un decennio, tutta una serie di titoli e ruoli che caratterizzavano le figure dedite appunto all'assistenza di base. Pertanto ad oggi, nelle Aziende Ospedaliere italiane si ritrovano a lavorare insieme medici, infermieri e OSS che, ad oggi, risultano essere le tre figure professionali più rappresentate in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma⁵ luogo dove il presente studio è stato condotto.

⁵ Fonte: Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Nella mappa dei professionisti della salute stranieri che lavorano nel nostro paese i più numerosi sono gli infermieri. Secondo gli ultimi dati del collegio Ipasvi⁶ (riferiti a fine 2010), si può osservare come un infermiere su 10 in Italia provenga dall'estero (circa 38.000 su un totale di circa 375.000); le nazioni più rappresentate risultano essere la Romania e la Polonia. Risultano impiegati in prevalenza al Centro e al Nord dell'Italia.

Per quanto riguarda la presenza di medici di origine straniera, i dati della Federazione Nazionale FNOMceo⁷ riportano che nel 2011 gli iscritti ai diversi Ordini d'Italia sono circa 15.000. Le nazioni più rappresentate risultano essere la Germania, la Svizzera e la Grecia, in prevalenza impiegati in strutture pubbliche e private del Nord Italia.

Per le altre figure professionali sanitarie operanti negli ambiti di cura, non si hanno dati precisi, specialmente se si considerano figure introdotte di recente nella forza lavoro del sistema sanitario nazionale, come nel caso dell'OSS. Gli ultimi dati disponibili risalgono al 2004⁸ e parlano di circa 11.000 assunzioni di OSS stranieri, considerando però che il dato è aggregato e vengono inclusi in questa voce "altri operatori dell'assistenza" e soprattutto non si hanno indicazioni diversificate né sui paesi di provenienza degli né sui luoghi di assunzione.

Lo studio in essere rappresenta la parte più importante del lavoro qui presentato: essa intende proporre avere una visione più ampia degli effetti del contatto sul pregiudizio e della riduzione del pregiudizio a seguito del contatto su alcuni outcome professionali-

⁶ Collegio Professionale degli infermieri in Italia; <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-7-articolo-84.htm>; 16-12-2014

⁷ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri; <http://www.fnomceo.it/fnomceo/show Articolo.2puntOT?id=83420>. 16-12-2014

⁸ Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Unioncamere - Ministero del Lavoro

Sistema informativo Excelsior;

http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Rapporti_con_partecipazioni_SIMM/idos_-_operatori_sanitari_stranieri_06.pdf; 16-12-2014

organizzativi in un ambito povero di contributi come quello sanitario. Le ricerche sugli esiti del contatto intergruppi condotte all'interno del contesto sanitario, si sono concentrate quasi esclusivamente sulla figura professionale dell'infermiere, chiamando in causa i medici solo quando si è trattato di studiare il contatto tra questi e l'utenza. Tuttavia, anche in questo caso, al pari dell'ambito formativo infermieristico, i contributi della letteratura hanno evidenziato risultati contraddittori e non sempre positivi.

4.2 – La ricerca bibliografica

Secondo Kingma (1999), il fenomeno dell'immigrazione di massa nel mondo degli infermieri è in continua crescita anno dopo anno. Migliaia di infermieri emigrano ogni anno in cerca di migliori condizioni salariali e lavorative: l'approccio con le nuove realtà mette quindi in contatto infermieri appartenenti a culture diverse.

Sono stati condotti diversi lavori per comprendere gli effetti del contatto intergruppi tra infermieri appartenenti a culture diverse e anche in questo caso, i risultati evidenziano situazioni spesso contraddittorie.

Diversi contributi fanno riferimento all'ambito britannico: in diversi casi il contatto tra infermieri appartenenti a culture diverse sembrerebbe non produrre risultati positivi in termini di riduzione del pregiudizio.

Secondo Likupe (2006) gli infermieri africani e in generale gli infermieri provenienti da gruppi di minoranza, venivano discriminati sia dal punto di vista economico, che da quello delle condizioni d'impiego e riferivano di esperienze lavorative negative. Più nello specifico, secondo Henry (2007), gli infermieri provenienti dal Ghana, denunciavano le difficoltà e gli impedimenti nelle progressioni di carriera, dovuti principalmente a motivi discriminatori, se

non addirittura di bullismo secondo quanto sottolineavano Allan e Larsen (2003). Secondo le conclusioni di Alexis e collaboratori (2007), gli infermieri appartenenti a minoranze etniche riferivano di esperienze sia positive che negative, all'interno tuttavia di un contesto che, a loro parere, tendeva a svalutarli come lavoratori. Per Larsen (2007), gli atteggiamenti discriminatori nei confronti degli infermieri appartenenti alle minoranze etniche, arrivavano ad influenzare negativamente la progressione di carriera. In altri casi, gli infermieri stranieri sono stati esclusi a priori (in maniera discriminatoria) dalle pratiche tecniche di alto livello, con il risultato che perdevano progressivamente in abilità, aspetto che di fatto ha ampliato il gap tecnico con i colleghi dell'ingroup e quindi la scarsa considerazione nei loro confronti (O'Brien, 2007; Aboderin, 2007).

I successivi contributi si sono rifatti al contesto statunitense dove, secondo Chandra e Willis (2005), la discriminazione sul luogo di lavoro sarebbe uno dei problemi più seri e importanti al quale gli infermieri stranieri devono far fronte. Il contributo di Villaruel e collaboratori (2001) ha fatto emergere problemi di ordine razziale: gli ostacoli incontrati e identificati dai partecipanti (infermieri ispanici) includevano oneri finanziari, barriere istituzionali, la chiara percezione di atteggiamenti discriminatori sia da parte dei formatori che da parte dei colleghi, soprattutto a carico di valori culturali come l'importanza della famiglia e dei ruoli di genere. A risultati simili sono giunti Pittman e collaboratori (2014): gli atti di discriminazione subiti da parte di infermieri stranieri riguardavano il salario e la varie indennità, la turnistica e i reparti di assegnazione. Xu e collaboratori (2008) hanno riportato le esperienze di infermieri cinesi. Gli autori sono arrivati a concludere che gli atteggiamenti discriminatori subiti da questi ultimi erano dovuti alle differenze di razza, lingua e cultura; sottolineavano,

inoltre, che la mancanza di supporto nei loro confronti da parte delle istituzioni provocava in loro un vero e proprio sentimento di emarginazione.

Esperienze negative riportate anche da Dicicco-Bloom (2004) che da uno studio su infermiere indiane, ha messo in evidenza da una parte gravi atti di razzismo e dall'altra la marginalizzazione sia per questioni di genere che per il colore della pelle.

Il contributo di Newton e colleghi (2012) si rifaceva all'ambito canadese; anche in questo caso sono stati denunciati atteggiamenti discriminatori da ricondurre alla diversità della lingua e alla diversa preparazione professionale; l'atteggiamento negativo subito dai professionisti stranieri, suscitava in loro un forte senso di scoramento che portava ad un progressivo deskilling.

Il contesto australiano, diventato nel corso degli anni sempre più recettivo di infermieri stranieri (Brunero, Smith, & Bates, 2008) è stato oggetto di studio di Mapedzahama e collaboratori (2012) che hanno studiato le esperienze di lavoro nei luoghi di cura vissute da 14 infermieri africani: anche in questo caso sono state documentate esperienze di razzismo subite dagli infermieri dell'outgroup. La denuncia di Omeri (2006) si è spinta ancora più a fondo in quanto, secondo l'autore, i problemi di discriminazione si presentavano sin dalle possibilità di assunzione per gli infermieri stranieri. Il problema proseguiva poi nell'ambito lavorativo vero e proprio, dove gli infermieri immigrati hanno riportato esperienze negative al punto da implicare anche importanti problemi dal punto di vista psicologico. Stesse conclusioni di Hawthorne (2001), il quale ha sottolineato l'esperienza di isolamento denunciata da infermieri stranieri, scaturita da atteggiamenti discriminatori.

Secondo altri contributi, peraltro poco numerosi, il contatto può invece generare effetti positivi in termini di riduzione del pregiudizio.

Un primo interessante contributo è stato fornito da Finchilescu (1988). Il lavoro di ricerca è stato condotto in Sud Africa in un periodo storico in cui sistema di apartheid (che scoraggiava attivamente il contatto intergruppi) stava per essere finalmente soppresso; tale contesto risultava quindi essere molto interessante per misurare l'effetto del contatto ed è questo il motivo per cui si è deciso di riportare la testimonianza di uno studio abbastanza datato. Sono stati coinvolti 113 infermieri provenienti da quattro ospedali privati: ai programmi di formazione di due ospedali accedevano infermieri appartenenti ad etnie diverse; gli altri due ospedali non prevedevano il contatto razziale. I risultati evidenziavano che gli infermieri degli ospedali di contatto vivevano in generale l'integrazione nell'ambiente di cura in modo molto più positivo di quanto facessero gli infermieri degli ospedali senza contatto. Tuttavia, nelle due realtà integrate, l'atteggiamento migliorava in maniera significativa solo per i bianchi sugli indiani, mentre paradossalmente tra indiani e neri, emergevano forti atteggiamenti di etnocentralità: l'attribuzione negativa intergruppo quindi, non veniva eliminata del tutto dal contatto.

Voci e Hewstone (2003) hanno condotto un'indagine in un ambito ospedaliero italiano coinvolgendo 94 professionisti sanitari, per migliorare la comprensione di come e quando in tale ambito il contatto poteva essere più efficace per ridurre il pregiudizio. I risultati hanno dimostrato che il contatto sul posto di lavoro aveva un effetto positivo sugli atteggiamenti degli infermieri italiani nei confronti dei colleghi stranieri e che tale effetto era mediato dalla salienza del gruppo e dall'ansia intergruppo. Lo stesso studio ha dimostrato, inoltre, che il contatto aveva effetti positivi sia verso l'out-group in generale che sulle tematiche riguardanti il riconoscimento dei diritti per gli immigrati. Anche Capozza e collaboratori (2010) hanno indagato gli effetti del contatto in un ambito ospedaliero italiano. Gli autori

hanno coinvolto professionisti operanti in sanità con l'obiettivo di valutare gli effetti del contatto cooperativo tra infermieri italiani e infermieri extracomunitari. I risultati hanno portato alla conclusione che il contatto cooperativo sul lavoro migliorava gli atteggiamenti intergruppi, riducendo l'ansia e aumentando l'empatia provata per gli immigrati, sia all'interno che all'esterno del contesto lavorativo (dove avveniva fattivamente il contatto).

4.3 – Definizione dei livelli di contatto.

Sembrano esserci sufficienti evidenze a supporto del fatto che l'impianto discriminatorio sembra essere presente in varie forme nell'ambito lavorativo infermieristico in riferimento a vari contesti. D'altra parte, però, non mancano i contributi che, specie nell'ambito italiano, evidenziano le esperienze di contatto che generano una riduzione del pregiudizio. Sebbene l'ambito sanitario sia molto ampio e presente praticamente in tutte le realtà territoriali, sembra che questo filone di ricerca sia abbastanza inesplorato e lasci pertanto aperti molti campi di indagine: le evidenze disponibili lasciano di fatto molte domande in sospeso. Lo studio condotto presso i professionisti sanitari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, aveva l'obiettivo primario di fornire dati di evidenza circa gli effetti del contatto (in termini di quantità e qualità), sul pregiudizio; gli altri obiettivi chiamavano in causa variabili che agiscono classicamente da moderatori (SDO, RWA e status), da mediatori (ansia intergruppi e le minacce realistiche e simboliche); infine si è fatto riferimento a due variabili di outcome, la percezione di funzionamento del team e la soddisfazione dei professionisti, elementi che rappresentano il lato originale dello studio con

l'obiettivo di comprendere le interconnessioni con tutte le altre variabili al fine di valutarne e comprenderne le possibili influenze del contatto su specifici aspetti lavorativi.

Si è scelta quindi la strategia di selezionare i contesti di raccolta dei dati considerando gli "oggettivi" livelli di contatto con personale straniero (considerando medici, infermieri e OSS) all'interno delle Unità Operative (che da ora in avanti verranno definite come U.O.) coinvolte nell'indagine. I dati quindi sono stati organizzati su 3 livelli di contatto, con il fine di rispondere alle ipotesi postulate soprattutto per spiegare le influenze dello status di chi porta il contatto (alto, nel caso dei medici; basso nel caso degli infermieri e Oss) sul rapporto tra contatto e pregiudizio.

4.4 – Ipotesi

Ipotesi relative al contatto (qualità positiva e quantità)

Tutti i costrutti analizzati, fanno riferimento al modello di ricerca (Fig.1, cfr. Cap. 2). L'ipotesi del contatto di Allport (1954) sulla quale in sostanza si basa il presente lavoro asserisce che il contatto frequente e positivo con membri dell'outgroup può far diminuire il pregiudizio nei loro confronti.

Si può quindi ipotizzare che:

H1.1: la quantità del contatto ridurrà il pregiudizio;

H1.2: la qualità positiva di contatto ridurrà il pregiudizio.

Ipotesi relative ai moderatori (RWA e SDO) e ai mediatori (ansia intergruppi e minacce realistiche e simboliche).

Un importante obbiettivo è quello di comprendere l'influenza delle principali variabili che agiscono da moderatori tra contatto e pregiudizio. In base ai suggerimenti che derivano dalla letteratura può essere notevole la capacità di moderazione di SDO e RWA nel rapporto tra contatto e pregiudizio. Si rimarca un aspetto sostanziale e cioè la possibilità che le variabili in oggetto possono influenzare il contatto in sé, sino a indurre i soggetti ad evitarlo (Sidanius e Pratto, 1999), il che potrebbe compromettere il tipo di relazione tra i professionisti del team di cura.

Anche il ruolo delle variabili che possono mediare il rapporto tra contatto e riduzione del pregiudizio rivestono la loro importanza. Come riportato in letteratura da una parte l'ansia intergruppi (Stephan & Stephan, 1985; Islam & Hewstone, 1993), dall'altra la minaccia sia ai valori dell'ingroup (componente simbolica) che al potere sotto varie forme (componente realistica), possono avere notevole influenza (Stephan & Stephan, 1996; Stephan & Stephan, 2000) nel mediare gli effetti del contatto sulla riduzione del pregiudizio.

Pertanto si ipotizza che l'effetto del contatto sulla riduzione del pregiudizio etnico:

H2.1: sarà moderato da SDO ed RWA, cioè sarà alto e negativo (maggiore/migliore contatto maggiore riduzione del pregiudizio) quando SDO e RWA sono relativamente bassi e sarà invece basso o inesistente, se non positivo (maggiore/migliore contatto minore riduzione del pregiudizio) quando SDO e RWA sono alti.

H2.2: sarà mediato, seppure parzialmente, dall'ansia intergruppi e dalla minaccia realistica e simbolica;

Ipotesi relative alle variabili di outcome: percezione di funzionamento del team e soddisfazione.

Da quanto si evince in letteratura, c'è un aspetto che può determinare il buon funzionamento di un team di cura: la piena collaborazione tra i membri del team che, a sua volta, può influenzare gli outcomes di salute dei pazienti (Strasser, Falconer & Linking , 1997). Poiché come si è avuto modo di descrivere in precedenza, la conoscenza autentica e non pregiudizievole aumenta la piena collaborazione del team e la percezione della sua funzionalità (Lemieux-Charles & McGuire, 2006), ciò potrebbe tradursi anche in maggior soddisfazione lavorativa. Dunque è possibile ipotizzare che la quantità e la qualità positiva del contatto:

H3.1-H3.2: miglioreranno sia direttamente, che indirettamente cioè attraverso la mediazione della riduzione del pregiudizio, il benessere organizzativo sia in termini di percezione di funzionamento del team che in termini di soddisfazione lavorativa;

H3.3: che la soddisfazione lavorativa sarà sostenuta dalla percezione di un buon funzionamento del team

Ipotesi relative allo status

Le equipe sanitarie essendo strutturate in maniera gerarchica (nell'ordine medici, infermieri e OSS), chiamano in causa il possibile ruolo dello status di chi porta il contatto e delle sue influenze al fine di determinare gli esiti del contatto stretto e continuo tra i membri dell'equipe stessa (Pettigrew, Tropp, Wagner & Christ, 2011). Si ricorda che per la

valutazione delle successive ipotesi si farà riferimento alle U.O. come unità di analisi, secondo i livelli di contatto sopra presentati.

Si può quindi ipotizzare che:

H4.1: nelle U.O. dove è presente almeno un professionista straniero (livello di contatto 1 e 2) e quindi dove c'è contatto intergruppi, il pregiudizio (nelle due componenti) verso immigrati sarà minore rispetto alle U.O. dove non c'è contatto (livello di contatto 3).

H4.2: quanto più alto è lo status di chi porta il contatto tanto minore sarà il pregiudizio: nello specifico, il pregiudizio sarà minore nelle U.O. dove il contatto è portato da professionisti con alto status (medici) rispetto alle U.O. dove il contatto è portato da professionisti con status intermedio/basso (infermieri e OSS)

H4.3: la riduzione del pregiudizio sarà maggiore nelle professioni il cui status corrisponde a quello del professionista che porta il contatto nell'U.O.: il medico avrà meno pregiudizio nelle U.O. dove c'è un medico straniero e lo stesso per infermieri e OSS.

4.5 - Disegno di ricerca, campionamento e durata,

E' stato condotto uno studio di tipo correlazionale tra i professionisti sanitari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel periodo compreso tra marzo e luglio 2014. Il campione era costituito dalle figure professionali più rappresentative (in termini numerici) tra gli organici delle U.O. cioè medici, infermieri e OSS e l'intenzione era di

coinvolgere tutti i professionisti delle U.O. eleggibili. Nello specifico si è pensato di classificare le U.O. oggetto della rilevazione in base a tre diversi livelli di contatto:

1° livello contatto: U.O. con presenza di medici stranieri (outgroup) indipendentemente o meno dalla co-presenza delle altre 2 figure professionali qui considerate (infermieri e Oss)

2° livello contatto: U.O. senza la presenza di medici outgroup, ma con la presenza di infermieri e/o OSS outgroup.

3° livello contatto: U.O. nessun contatto con personale medico, infermieristico o assistenziale straniero.

La parte preliminare della ricerca del campione da individuare si è svolta in Direzione Sanitaria: sono state selezionate tutte le U.O. dell'Ospedale adottando come criterio di eleggibilità la copresenza delle tre figure professionali suddette e il rispecchiamento in uno dei tre livelli di contatto. E stato quindi possibile strutturare una tabella dove riportare i dati sulle presenze complessive dei professionisti e numero di professionisti stranieri. Un esempio di come è stata redatta è riportato sulla tab. 4.5.

Tab.4.5 – Numero dei professionisti nelle U.O.

Unità Operativa (U.O.)	Tot Medici	Tot Infermieri	Tot OSS	Med. stranieri	Inf. stranieri	OSS stranieri	Liv. contatto
Radioterapia	4	4	1	3	0	0	1
Ortopedia deg.	9	15	5	1	1	0	1
Sala Parto	6	22	4	1	0	1	1
Lungodegenza critica	8	16	6	1	3	1	1
Ematologia	2	18	4	0	4	0	2
Gastroenterologia	2	8	8	0	0	1	2
Lungodegenza Barbieri	2	19	10	0	1	1	2

L'indagine ha quindi permesso di individuare 69 U.O. come eleggibili, dunque 67 coordinatori (2 di loro coordinano 2 U.O. a testa) con 1404 professionisti (assunti a tempo indeterminato al 31 dicembre 2013) così suddivisi: 295 medici, 22%, 759 infermieri, 53%, 350 OSS, 25%. Si è proceduto a stabilire un contatto diretto dei coordinatori con un duplice obbiettivo: chiedere la loro collaborazione e confermare/modificare i dati reperiti in Direzione Sanitaria sulle presenze di personale straniero in organico. 15 coordinatori (tra cui i 2 coordinatori con gestione della doppia U.O.) hanno declinato l'invito a collaborare per la ricerca. La distribuzione dei questionari è avvenuta manualmente all'interno delle rimanenti 50 U.O. (72,4% di quelle inizialmente preventivate).

4.6 – Implicazioni etiche

Per l'esecuzione dello studio è stato necessario richiedere l'autorizzazione della Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Il documento di autorizzazione all'indagine (PROT. N° 3806 del 03 febbraio 2014), è stato quindi inoltrato al Comitato Etico per Parma per semplice presa visione: infatti al momento in cui la ricerca è stata effettuata, non era necessaria l'approvazione, poiché ne erano esentati i progetti di ricerca svolti con i professionisti sanitari come partecipanti.. La partecipazione allo studio è stata volontaria. I partecipanti sono stati informati del fatto che tutte le informazioni pervenute erano riservate e che nessuna informazione personale sarebbe stata utilizzata per

identificarne l'autore. Il consenso a partecipare è stato assunto sulla base della restituzione del questionario.

4.7 - Strumenti d'indagine

E' stato utilizzato un questionario composto dalle scale delle quali sono state valutate le proprietà psicometriche nel precedente studio (cfr, Cap. 3). I costrutti misurati sono quelli illustrati nel modello di riferimento (Fig 1; cfr. Cap. 3); nell'ordine: le variabili del contatto - cioè quantità e qualità positiva del contatto - le variabili che fungono da moderatori - RWA e S-SDO - le variabili che fungono da mediatori - ansia intergruppi e minaccia realistica e simbolica - le variabili dipendenti - pregiudizio etnico moderno (PEM) e pregiudizio emozionale (termometro del pregiudizio) e, infine, le variabili di outcome cioè la percezione del funzionamento del team di cura e la soddisfazione lavorativa.

4.7.1 - Quantità di contatto al lavoro.

La scala, è composta da 3 item. La modalità di risposta ai primi due item è su scala tipo Likert a 5 passi (1 = nessuno e 5 = tantissimo). Un esempio di item è: "Nelle U.O in cui lavora/ha lavorato, quanto contatto ha/ha avuto con lavoratori "immigrati ?" Il terzo item è "Quante persone che lavorano/hanno lavorato con lei nella sua U.O. sono/erano "immigrati"? con modalità di risposta su scala Likert a 7 passi (1 = nessuno e 7 = più di 10); (Voci e Hewstone, 2003).

4.7.2 - Qualità di contatto al lavoro

La scala è composta da 4 item su scala a 5 passi semantici. Lo stimolo è rappresentato da un'unica domanda: "Come descriverebbe il tipo di contatto che ha/ha avuto con i lavoratori "immigrati" nella U.O. dove lavora?". Le risposte sono costituite da 4 coppie di aggettivi: involontario/volontario, naturale/forzato, spiacevole/piacevole, competitivo/cooperativo. I 5 passi della scala tipo differenziale semantico sono posti in mezzo ad ogni coppia di aggettivi bipolari e identificati con i numeri di 2, 1, 0, 1, 2; ad esempio se il contatto viene inteso come del tutto piacevole viene posto un segno sul valore "2" più vicino alla parola "piacevole" e viceversa. In termini di scelta delle etichette numeriche di risposta l'opzione di assegnare lo stesso peso agli estremi è stata compiuta per non influenzare la scelta verso le risposte più socialmente accettate. (Voci & Hewstone, 2003).

4.7.3 - Ansia intergruppi

La scala si compone di 7 item riadattati da Voci & Hewstone (2003) con formato di risposta tipo Likert a 5 passi (1 = per niente e 5 = moltissimo). I partecipanti sono stati invitati ad indicare "la misura" in cui immaginavano di sentirsi in riferimento a 3 aggettivi positivi (contento, rilassato, con la mente aperta) e a 4 negativi (a disagio, sospettoso, imbarazzato, infastidito) in base ad un'unica domanda stimolo: "Immagini di trovarti in un'ipotetica situazione lavorativa in cui tutti gli altri lavoratori provengono da una cultura diversa dalla tua: come pensa che si sentirebbe?"

4.7.4 – Scala delle minacce realistiche e simboliche

La scala è composta da 10 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). Due esempi di item sono: “Penso che gli immigrati siano una minaccia per la sicurezza della società italiana”; “I valori e le credenze degli immigrati riguardo al lavoro sono simili a quelli della maggior parte degli italiani” (Stephan, Ybarra, & Bachman, 1999; Stephan et al., 2002).

4.7.5 - Right-Wing Authoritarianism Scale (RWA) short version.

La scala è composta da 14 item misurati su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). Due sono le dimensioni della scala che misurano rispettivamente aggressività e sottomissione autoritaria (es. “La situazione del nostro Paese sta diventando così preoccupante da giustificare le maniere forti per eliminare gli agitatori e riportarci sulla retta via”) e conservatorismo (es. “Ciò di cui il nostro Paese ha veramente bisogno al posto di ulteriori diritti civili è una buona dose di leggi e di ordine” (Manganelli, Rattazzi, Bobbio, & Canova, 2007).

4.7.6 - Short Social Dominance Orientation (S-SDO)

La scala è composta da 4 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). Un esempio di item è: “I gruppi superiori dovrebbero dominare i gruppi inferiori” (Pratto et al., 2013).

4.7.7 – Pregiudizio etnico moderno (PEM)

La scala rappresenta la componente cognitiva del pregiudizio; è formata 8 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). Un esempio di item è: “Sono stati realizzati abbastanza programmi volti all’inserimento lavorativo degli immigrati” (Gattino, Miglietta, Testa, 2011).

4.7.8 - Termometro del pregiudizio

La scala, costruita ad hoc, rappresenta la componente emozionale del pregiudizio. I punteggi vanno da 0 (atteggiamento estremamente sfavorevole) a 100 (atteggiamento estremamente favorevole) e sono stati rappresentati graficamente come un termometro.

4.7.9 - Percezione del funzionamento del team

La scala è composta da 14 item su scala tipo Likert a 5 passi (1 = completo disaccordo e 5 = completo accordo). Due esempi di item sono: “Quando è necessario i membri del team assumono compiti diversi dal proprio ruolo”; “Per raggiungere i suoi obiettivi il team fa affidamento ai diversi ruoli dei membri (medici, infermieri, OSS)” (Mellin et al., 2010).

4.7.10 - Soddisfazione

Un item costruito ad hoc su scala tipo Likert a 5 passi (1 = molto soddisfatto e 5 = molto insoddisfatto). La domanda stimolo è: “in questo momento della sua vita quanto si sente soddisfatto/a o insoddisfatto/a come professionista?”.

Il questionario era completato dalla rilevazione delle variabili socio-demografiche di interesse: nazionalità, genere, età, titolo di studio, professione, struttura di appartenenza e anzianità di servizio.

4.8 – Partecipanti

Sono stati distribuiti manualmente all'interno delle varie U.O. tra i professionisti 800 questionari; ne sono stati restituiti in tutto 703 (87,8%). Sono stati eliminati tutti i questionari compilati da professionisti di nazionalità straniera (15, 2%), per gli stessi motivi per cui si era proceduto con la stessa metodica nello studio sugli studenti: la visione univoca dell'outgroup da parte dei professionisti italiani; sono stati eliminati anche i questionari con valori mancanti sulla nazionalità (9, 1.2%).

La tabella 4.6 mostra la distribuzione del campione in relazione ai tre livelli di contatto.

Il campione finale è dunque composto da 679 soggetti dei quali 141 medici (20,8%), 396 infermieri (58,3%) e 142 OSS (20,9%). I maschi sono 227 (33,4%) le femmine 452 (66,6%). Per quanto riguarda l'età, il 1.6% (11) ha fino a 25 anni, il 31.7% (215) ha un'età compresa fra i 26 e i 35 anni, il 52.3% (355) ha un'età compresa fra i 36 e i 50 anni, il 12.4% (84) ha un'età compresa tra i 51 e i 60 anni e il 1.9% (13) ha oltre i 60 anni. Per quanto riguarda il titolo di studio, 1 (0.1%) ha la licenza elementare, 64 (9.4%) hanno la licenza media, 121 (17.8%) hanno il diploma di maturità, 274 (40.4%) hanno il diploma di laurea (o laurea triennale o equipollente), 90 (13.3%) hanno la laurea magistrale o quinquennale, 122 (18%) hanno un attestato di formazione post laurea (master di I o II livello), infine in 7 (1%)

hanno un dottorato di ricerca. In ultimo per ciò che riguarda gli anni di lavoro, in 79 (11,6%) sono in servizio da meno di 2 anni, 323 (47,6%) lavorano da 2 a 10 anni, 142 (20,9%) lavorano da 11 a 20 anni, 135 (19,9%) lavorano da oltre 20 anni.

Tab. 4.6 – distribuzione campionaria per livelli di contatto

	LIVELLO CONTATTO 1	LIVELLO CONTATTO 2	LIVELLO CONTATTO 3	tot
MEDICI	26	87	28	141
INFERMIERI	69	245	82	396
OSS	23	86	33	142
Tot	118	418	143	679

4.9 – Strategia di analisi dei dati

Le statistiche descrittive, le correlazioni, la valutazione della consistenza interna delle scale (reliability analysis) e le analisi necessarie alla verifica delle ipotesi relative allo status (H4.1 e H4.2 e H4.3), sono state effettuate utilizzando il software IBM SPSS Statistics versione 19.0 (IBM Corporation, 2010); le analisi fattoriali confermative, le analisi sugli effetti del contatto (quantità e qualità positiva, (H1.1 e H1.2) sul pregiudizio, le analisi di mediazione (H2.2), moderazione (H2.1) e sulle variabili di outcome (H3.1), sono state effettuate utilizzando il software MPLUS versione 7 (Muthen & Muthen, 2012).

Le analisi fattoriali confermative sono state computate per verificare l’adattabilità delle dei modelli fattoriali desunti dal primo studio (cfr. Cap. 3), anche per un riscontro delle proprietà delle scale dinanzi ad un campione molto più consistente (679 vs 83); si è quindi proceduto con la valutazione della loro consistenza interna (alfa di Cronbach).

I punteggi di sintesi delle variabili sono stati calcolati eseguendo la media degli item relativi alla specifica dimensione. I valori di tendenza centrale (Media) e gli indici di variabilità (Deviazione Standard) nonché gli indici di asimmetria e curtosi sono stati considerati per analizzare le distribuzioni delle misure considerate. La relazione tra le variabili è stata valutata analizzando il coefficiente di correlazione r di Pearson.

Le ipotesi relative alle relazioni tra le variabili (H1.1, H1.2, effetti di quantità e qualità positiva del contatto sul pregiudizio; H2.1 effetti di moderazione di SDO e RWA e H2.2 effetti di mediazione dell'ansia intergruppi e minaccia tra contatto e pregiudizio; H3.1 effetti di mediazione del pregiudizio sulla percezione di funzionamento del team) sono state verificate tramite analisi di modelli di equazioni strutturali; in particolare gli effetti di mediazione sono stati analizzati verificando la significatività degli effetti diretti e indiretti indicati nel modello di ricerca (Fig. 4.1). La verifica dell'influenza dello status sul rapporto tra contatto e pregiudizio, H4.1, H4.2 e H4.3 è stata effettuata tramite l'analisi della varianza uni-variata.

RISULTATI

4.10 – Proprietà dello strumento

4.10.1 – Quantità di contatto

L'analisi fattoriale confermativa sui 3 item della scala è stata eseguita con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard e mostrava i seguenti parametri del modello a un fattore: $\chi^2(0) = 0.000$, $p < 0.000$; $CFI = 1.000$, $TLI = 1.000$, $RMSEA$

= 0.000, 90% CI = 0.000-0.094, $p = 0.000$, $SRMR = 0.000$. La consistenza interna degli item è buona ($\alpha = .77$).

L'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item che saturano il fattore, misura la *quantità di contatto al lavoro*.

4.10.2 – Qualità di contatto

L'analisi fattoriale confermativa con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostrava un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2(2) = 3.890$, $p < 0.1430$; $CFI = 0.995$, $TLI = 0.986$, $RMSEA = 0.038$, 90% CI = 0.000-0.094, $p = 0.548$, $SRMR = 0.014$.

La consistenza interna degli item è buona ($\alpha = .76$).

I valori sulle risposte sono stati ricodificati da 1 a 5 in modo tale che bassi punteggi indicano bassi valori dell'aggettivo posto al polo negativo. Di conseguenza essendo il valore più alto assegnato al polo positivo tanto più alti risultano i punteggi dell'indicatore costruito tanto più positiva risulta essere la misura della qualità del contatto. (Voci & Hewstone, 2003).

Dopo avere rovesciato l'item 2, è stato quindi costruito un indicatore di sintesi (attraverso la media aritmetica degli item), che misura il *contatto positivo* con colleghi provenienti da altre culture.

4.10.3 – Ansia intergruppi

L'analisi fattoriale confermativa con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostrava un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2(11) = 21.135$, $p < 0.032$; $CFI = 0.991$, $TLI = 0.983$, $RMSEA = 0.037$, 90% CI = 0.011-0.60, $p = 0.803$, $SRMR = 0.020$. L'alfa di Cronbach è buona ($\alpha = .79$).

Dopo avere rovesciato gli item 2, 4 e 6 è stato costruito un indicatore di sintesi attraverso la media aritmetica degli item, che misura *l'ansia* percepita nei confronti del contatto con colleghi dell'outgroup.

4.10.4 – Minacce realistiche e simboliche

Nel capitolo precedente (cfr. cap. 3) sono stati esplicitati i motivi per cui si è scelto di utilizzare la scala su un solo fattore, benché la scala, in linea con le validazioni effettuate sulle scale originali presenti in realtà due fattori. L'analisi fattoriale confermativa con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostrava un buon adattamento del modello a due fattori: $\chi^2(30) = 129.256$, $p < 0.001$; $CFI = 0.961$, $TLI = 0.942$, $RMSEA = 0.070$, 90% CI = 0.004-0.082, $p = 0.004$, $SRMR = 0.037$.

Ancora migliori risultano gli indici di fit con l'analisi fattoriale confermativa con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard del modello ad un fattore: $\chi^2(29) = 87.456$, $p < 0.001$; $CFI = 0.977$, $TLI = 0.965$, $RMSEA = 0.055$, 90% CI = 0.042-0.068, $p = 0.267$, $SRMR = 0.032$. La differenza tra i due modelli è significativa ($\Delta\chi^2(1) = 36.87$,

$p < 0.0001$ ⁹. La consistenza interna degli item è ottima ($\alpha = 0.87$). Trova quindi piena giustificazione adottare il modello più parsimonioso ad un fattore.

Dopo avere rovesciato gli item 8, 9 e 10 è stato costruito un indicatore di sintesi attraverso la media aritmetica degli item, che misura la *minaccia ai valori e alle risorse materiali* percepita.

4.10.5 - Right-Wing Authoritarianism Scale (RWA)

In linea con la versione validata della scala (Manganelli, Rattazzi, Bobbio, & Canova, 2007), l'analisi fattoriale confermativa con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostrava un buon adattamento del modello a due fattori: $\chi^2(74) = 166.961$, $p < 0.001$; $CFI = 0.932$, $TLI = 0.916$, $RMSEA = 0.043$, 90% CI = 0.034-0.052, $p = 0.903$, $SRMR = 0.044$.

Rimarcando però che l'interesse era rivolto alla dimensione unica, si è proceduto con l'analisi fattoriale confermativa ad un solo fattore. L'analisi condotta con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostrava un minor ma comunque adeguato adattamento del modello ad un solo fattore: $\chi^2(59) = 155.405$, $p < 0.001$; $CFI = 0.929$, $TLI = 0.891$, $RMSEA = 0.049$, 90% CI = 0.040-0.059, $p = 0.547$, $SRMR = 0.052$. Tuttavia, la differenza tra i due modelli non appare significativa ($\Delta\chi^2(15) = 12.04$, $p = 0.68$ ¹⁰); trova quindi giustificazione l'utilizzo della scala ad un fattore. L'alfa di Cronbach sulla scala unica è buona ($\alpha = .72$).

⁹ il confronto è stato fatto sui χ^2 corretti come suggerito da Satorra & Bentler (2001)

¹⁰ il confronto è stato fatto sui χ^2 corretti come suggerito da Satorra & Bentler (2001)

Dopo aver rovesciato gli item 2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, l'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura *l'autoritarismo di destra* dei professionisti.

4.10.6 – Short Social Dominance Orientation (S-SDO)

L'analisi fattoriale confermativa con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostrava un accettabile adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2 (1) = 8.524, p < 0.004$; $CFI = 0.966$, $TLI = 0.796$, $RMSEA = 0.105$, $90\% CI = 0.049-0.175$, $p = 0.053$, $SRMR = 0.020$. La consistenza interna degli item è ai limiti del valore di accettabilità ($\alpha = .61$).

Dopo aver rovesciato gli item 1 e 3, l'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura *l'orientamento alla dominanza sociale* dei professionisti.

4.10.7 – Pregiudizio Etnico Moderno (PEM)

L'analisi fattoriale confermativa con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostrava un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2 (16) = 26.643, p < 0.0456$; $CFI = 0.988$, $TLI = 0.980$, $RMSEA = 0.031$, $90\% CI = 0.004-0.052$, $p = 0.933$, $SRMR = 0.023$. L'alfa di Cronbach risulta buona ($\alpha = .78$).

Dopo aver rovesciato gli item 1, 2, 3, 5, 7 e 8, l'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura il *pregiudizio nella sua componente cognitiva* dei professionisti.

4.10.8 – Percezione del funzionamento del team

L'analisi fattoriale confermativa, con stima della massima verosimiglianza e stima robusta dell'errore standard mostrava un buon adattamento del modello ad un fattore: $\chi^2(70) = 196.609$, $p < 0.001$; $CFI = 0.964$, $TLI = 0.954$, $RMSEA = 0.052$, $90\% CI = 0.043-0.061$, $p = 0.343$, $SRMR = 0.039$. La consistenza interna degli item riporta un'alfa ottima ($\alpha = 0,92$).

L'indicatore di sintesi costruito attraverso la media aritmetica degli item, misura la *percezione di funzionamento del team* da parte dei professionisti.

4.11 – Analisi descrittive

Media, deviazione standard, curtosi e asimmetria sono riportate nella tabella 4.6. Anche sul campione rappresentato dai professionisti sanitari, rispetto alle variabili di contatto, si osservano punteggi sovrapponibili allo studio precedente (cfr. Cap. 3). La qualità del contatto riporta un punteggio al di sopra del punteggio mediano teorico ($M = 4.01$, $SD = 0.84$); il valore della quantità del contatto è al di sotto del valore mediano ($M = 2.96$, $SD = 0.95$); anche in questo caso dunque il contatto è vissuto in maniera abbastanza positiva sebbene non ci sia una rilevante frequenza di contatto. I punteggi di SDO ($M = 2.11$, $SD = 0.78$) e ansia intergruppi ($M = 2.25$, $SD = 0.70$) sono al di sotto della mediana teorica della scala. La sovrapposizione con lo studio precedente si presenta anche nel caso del funzionamento del team, percepito positivamente ma in modo ugualmente moderato ($M = 3.34$, $SD = 0.75$). Migliora di pochissimo il livello di soddisfazione attestandosi ancor più intorno al valore mediano teorico della scala ($M = 2.98$, $SD = 1.12$), al pari dei punteggi delle scale di RWA ($M = 2.75$, $SD = 0.58$), pregiudizio cognitivo ($M = 3.13$, $SD = 0.73$) minacce ($M =$

3.07, $SD = 0.83$) e pregiudizio emozionale ($M = 56.54$, $SD = 23.67$) che si ricorda fa riferimento ad un punteggio diverso (cioè da 1 a 100) rispetto alle altre scale.

Curtosi e asimmetria, non evidenziano contemporaneamente valori maggiori di 1 o minori di -1 (curtosi: valore medio, $M = -0.17$; valore medio di deviazione standard, $SD = 0.37$); asimmetria: valore medio, $M = -0.05$; valore medio di deviazione standard, $SD = 0.32$) e quindi non presentano particolari problemi di distribuzione (Muthen e Kaplan 1992).

Tab.4.6 – Descrittive sulle variabili considerate (N = 679)

	M	SD	Asimmetria	Curtosi	α	Nr Item	Range
1. Quantità Contatto	2.96	0.95	0.10	-0.31	.77	3	1-5 ^a
2. Qualità Contatto	4.01	0.84	-0.60	-0.15	.76	4	1-5
3. Ansia intergruppi	2.25	0.70	0.48	0.17	.79	7	1-5
4. Minacce	3.07	0.83	0.15	-0.41	.87	10	1-5
5. RWA	2.75	0.58	-0.21	0.05	.72	14	1-5
6. SDO	2.11	0.78	0.20	-0.64	.61	4	1-5
7. PEM	3.13	0.73	0.13	0.02	.78	8	1-5
8. Pregiudizio emoz.	56.54	23.67	-0.38	-0.25	-	1	1-100
9. Percezione funz. Team	3.34	0.75	-0.25	0.52	.92	14	1-5
10. Soddisfazione	2.98	1.12	-0.09	-0.65	-	1	1-5

a il terzo item riporta 7 livelli di risposta

4.12 - Analisi di correlazione

Le correlazioni tra le variabili dello strumento sono riportate in tabella 4.7. Dal punto di vista psicometrico, nessuna correlazione supera il punteggio di .70, il che attesta una buona validità discriminante fra le misure considerate. Le variabili di contatto (qualità positiva e quantità) sono correlate tra di loro, segno in questo caso che a maggior quantità di contatto corrisponde una maggior qualità del contatto stesso. Sia la quantità che la qualità positiva del contatto (che correlano significativamente tra loro), correlano con la componente emozionale del pregiudizio (sebbene si denota una maggior correlazione con la

qualità), ma nel caso della componente cognitiva del pregiudizio e solo per la qualità positiva del contatto si denota una correlazione significativa. Si denota la forte correlazione tra le due componenti del pregiudizio, il che autorizza, per la verifica delle ipotesi in studio, a considerare un'unica variabile pregiudizio formata dalle due scale suddette¹¹. Non vengono disattese le aspettative delle correlazioni piuttosto forti tra le componenti del pregiudizio e le variabili che fungono da moderatori: RWA e SDO, né con le variabili che fungono da mediatori: ansia intergruppi e minacce; in quest'ultimo caso la correlazione risulta decisamente forte. Viene disattesa l'aspettativa riguardo la soddisfazione dei professionisti che non dimostra alcuna correlazione significativa con nessuna delle variabili in studio; contrariamente a quanto era invece avvenuto nel primo studio (cfr. Cap. 3). La soddisfazione non risulta correlata nemmeno con la percezione di funzionamento del team. Interessanti riscontri si denotano dall'osservazione proprio della seconda variabile di outcome (percezione di funzionamento del team) che risulta correlata sia con la qualità di contatto, che con le due componenti del pregiudizio (maggiormente con la componente emozionale). In questo caso la qualità positiva di contatto favorisce la percezione che il team risulti funzionale; allo stesso modo con bassi livelli di pregiudizio aumenta la percezione di funzionamento del team. Si denota inoltre la correlazione significativa con le variabili che agiscono da mediatori (ansia intergruppi e minaccia), mentre con le variabili di moderazione

¹¹ Il pregiudizio è stato considerato come variabile latente ed è misurato dai punteggi delle due scale sul pregiudizio: la componente cognitiva, PEM e quella emozionale, termometro del pregiudizio; la scelta è giustificata dalla forte correlazione $-.65^{**}$, Tab. 4. che intercorre tra le due variabili. I punteggi delle due scale sono espressi su due livelli molto diversi (nel caso della componente cognitiva, PEM, si prevedevano risposte su 5 livelli, da 1 a 5 e nel caso della componente emozionale, termometro del pregiudizio, su 11 livelli, da 0 a 100. Il punteggio del termometro del pregiudizio è stato quindi ricodificato e riportato su una scala di punteggio sovrapponibile alla PEM (0-5);

la correlazione risulta significativa solo con la SDO ma non con la RWA. Tutte queste considerazioni lasciano presagire interessanti riscontri sui successivi sviluppi delle analisi.

Tab.4.7 – Correlazione fra variabili considerate (N 679)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Quantità Contatto	-	0,13**	-0,06	-0,10*	0,01	0,03	-0,09	0,13**	0,06	0,03
2. Qualità Contatto		-	-0,45**	-0,25**	-0,18**	-0,25**	-0,24*	0,31**	0,18**	-0,05
3. Ansia intergruppi			-	0,39**	0,34**	0,33**	0,39**	-0,45**	-0,17**	0,07
4. Minacce				-	0,49**	0,37**	0,70**	-0,68**	-0,13**	0,05
5. RWA					-	0,43**	0,46**	-0,43**	-0,04	0,02
6. SDO						-	0,42**	-0,43**	-0,20**	0,03
7. PEM							-	-0,65**	-0,09*	-0,02
8. Pregiudizio emoz. ^a								-	0,21**	0,00
9. Percezione funz. Team									-	-0,11
10. Soddisfazione ^b										-

** $p < .01$; * $p < .05$, ^ $p = .05$

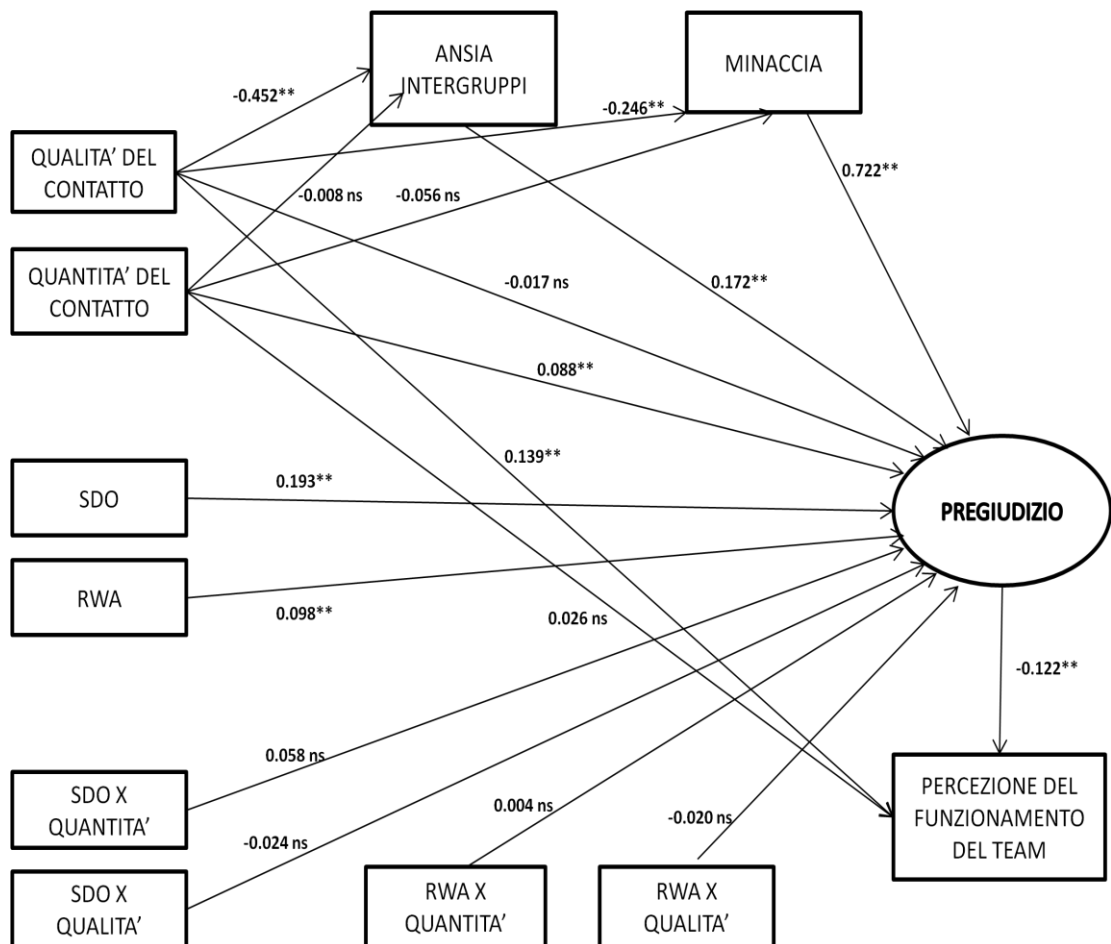
^a Punteggi alti indicano basso pregiudizio

^b punteggi alti indicano bassa soddisfazione

4.13 – Valutazione delle ipotesi di ricerca

Le variabili del modello di ricerca sono rappresentate nella fig. 4.1. Con questo modello si è cercato di verificare le ipotesi H1.1, 1.2; H2.1, H2.2 e infine H3.1.

Fig. 4.1 – Modello di ricerca (β standardizzati, $N = 679$)



** $p < 0.01$, ns = NON SIGNIFICATIVO

Per tutte le variabili in studio sono stati calcolati ed analizzati i punteggi in forma centrata rispetto alla media. Per la misura degli effetti di moderazione di RWA e SDO sul rapporto tra contatto e pregiudizio, sono state calcolate le interazioni con le due variabili di contatto (qualità positiva e quantità) in questo caso non espresse in forma centrata.

La variabile dipendente soddisfazione non è stata inserita nel modello, perché l'analisi di correlazione ne ha escluso la significatività in relazione a tutte le altre variabili di ricerca. Pertanto le ipotesi H3.2 e H3.3 non sono state confermate.

Infine il modello testato (figura 4.1) spiega il 78% della varianza del pregiudizio ($R^2 = 0.779$, $t = 22.239$, $p < 0.001$).

4.14 – Valutazione delle ipotesi sul contatto (qualità positiva e quantità) e sugli effetti di mediazione e di moderazione tra contatto e pregiudizio.

La tabella 4.8 riporta i beta standardizzati e la significatività a due code dell'analisi di regressione del modello.

Tab. 4.8 – Beta standardizzati dell'analisi di regressione sulle variabili del modello

	estimate	S.E.	Est/S.E.	Two tailed P-value
PREGIUDIZIO ON				
1. Quantità di contatto FC	-0.088	0.030	-2.904	0.004
2. Qualità positiva del contatto FC	-0.017	0.037	-0.459	0.647
3. Ansia intergruppi_FC	0.172	0.037	4.633	0.000
4. Minaccia_FC	0.722	0.031	23.342	0.000
5. SDO_FC	0.193	0.038	5.092	0.000
6. RWA_FC	0.098	0.037	2.631	0.009
7. SDO x Quantità	0.058	0.036	1.642	0.101
8. SDO x Qualità	-0.024	0.042	-0.565	0.572
9. RWA x Quantità	0.004	0.035	0.122	0.903
10. RWA x Qualità	-0.020	0.040	-0.503	0.615
PERCEZIONE DEL FUNZIONAMENTO DEL TEAM ON				
11. Pregiudizio	-0.122	0.044	-2.792	0.005
12. Quantità di contatto	0.026	0.042	0.622	0.534
13. Qualità di contatto FC	0.139	0.042	3.321	0.001

Gli effetti della quantità e della qualità positiva del contatto sul pregiudizio mediati dall'ansia intergruppi e dalle minacce, eseguiti tramite modelli di equazione strutturale, sono riportati rispettivamente in tabella 4.9 e 4.10.

L'effetto diretto della quantità del contatto sul pregiudizio è significativo e negativo ($\beta = -0.088$, $p < 0.01$) in accordo con quanto previsto dall'ipotesi H1.1. Al contrario, l'effetto diretto della qualità positiva del contatto non risulta significativo ($\beta = -0.017$, $p = 0.647$); dunque non trova conferma l'ipotesi H1.2.

Per quanto riguarda gli effetti di mediazione ipotizzati (H2.2) i risultati dimostrano che né l'ansia ($\beta = 0.001$, $p = 0.824$), né la minaccia ($\beta = -0.041$, $p = 0.133$) mediano il rapporto tra quantità del contatto e pregiudizio (tab. 4.9). Per quanto riguarda invece la qualità (il cui effetto diretto sul pregiudizio come visto in precedenza non è significativo), l'ansia ($\beta = -0.078$, $p < 0.01$) e la minaccia ($\beta = -0.178$, $p < 0.01$) mediano completamente l'effetto sul pregiudizio (tab. 4.10): la qualità positiva del contatto, quindi, riducendo l'ansia e la minaccia, riduce il pregiudizio. Pertanto l'ipotesi H2.2 trova parziale conferma e dunque solo per quel che concerne la qualità positiva del contatto.

Tab. 4.9 – Quantità del contatto e pregiudizio: effetti diretti, totali e di mediazione di ansia intergruppi e minacce

	β	S.E.	EST./S.E.	p - value
effetto indiretto totale	-0.040	0.030	-1.326	0.185
effetto diretto	-0.090	0.031	-2.911	0.004
effetto totale	-0.130	0.041	-3.138	0.002
via ansia intergruppi	0.001	0.006	0.223	0.824
via minacce	-0.041	0.027	-1.503	0.133

Tab. 4.10 – Qualità del contatto e pregiudizio: Effetti diretti, totale e di mediazione di ansia intergruppi e minacce

	β	S.E.	EST./S.E.	p - value
effetto indiretto totale	-0.259	0.034	-7.606	0.000
effetto diretto	-0.017	0.037	-0.458	0.647
effetto totale	-0.277	0.048	-5.742	0.000
via ansia intergruppi	-0.078	0.018	-4.282	0.000
via minacce	-0.178	0.029	-6.171	0.000

I risultati delle interazioni tra le variabili di contatto e le variabili che fungono moderatori sono riportate sulla tabella 4.8. Si ipotizzava un effetto di moderazione della RWA e SDO nel rapporto tra contatto e pregiudizio. Si riscontra un effetto significativo diretto positivo sul pregiudizio sia per quanto riguarda la RWA ($\beta = 0.098, p = < 0.01$), sia per la SDO ($\beta = 0.193; p < 0.01$). Gli effetti di interazione invece non sono significativi; infatti i risultati mostrano che l'interazione RWA x Quantità di contatto ($\beta = 0.004, p = 0.903$) e l'interazione RWA x Qualità positiva del contatto ($\beta = -0.020; p = 0.615$) non sono significative. Allo stesso modo l'interazione tra SDO e Quantità ($\beta = 0.058, p = 0.101$) e SDO e qualità ($\beta = -0.024, p = 0.572$), non appaiono significative. Quindi, contrariamente alle aspettative, non c'è effetto di moderazione da parte di RWA e SDO tra contatto e il pregiudizio; non trova dunque conferma l'ipotesi H2.1. RWA e SDO aumentano il pregiudizio indipendentemente dalla quantità e dalla qualità del contatto.

4.15 – Valutazione delle ipotesi sulla percezione di funzionamento del team e soddisfazione lavorativa;

Si rimarca che la soddisfazione non è stata inserita nel modello per mancanza di correlazioni significative con tutte le altre variabili di ricerca; di conseguenza vengono disattese in partenza le ipotesi H3.2 e 3.3.

Gli effetti di mediazione del pregiudizio, nel rapporto tra quantità e qualità positiva del contatto e percezione del funzionamento del team, valutati su SEM, sono riportati rispettivamente nelle tabelle 4.11 e 4.12.

L'effetto diretto del pregiudizio sulla percezione di funzionamento del team, come si può osservare dalla tabella 4.8, è significativo e negativo ($\beta = -0.122, p < 0.01$). L'effetto diretto della quantità di contatto sulla percezione del funzionamento del team non è significativo ($\beta = 0.026, p = 0.534$), invece l'effetto indiretto è significativo ($\beta = 0.016, p = 0.036$), dovuto all'effetto di mediazione significativo da parte del pregiudizio ($\beta = 0.011, p = 0.046$). Di conseguenza si può affermare che la riduzione del pregiudizio medi l'effetto della quantità di contatto nel migliorare la percezione del funzionamento del team (tab. 4.11).

L'effetto diretto della qualità positiva del contatto sulla percezione del funzionamento del team è significativo ($\beta = 0.139, p < 0.01$), al pari dell'effetto indiretto ($\beta = 0.033, p < 0.01$). Il pregiudizio in questo caso però non media il rapporto tra qualità positiva e percezione del funzionamento del team ($\beta = 0.002, p = 0.645$). L'effetto di mediazione non si rileva né da parte dell'ansia ($\beta = 0.000, p = 0.825$), né da parte della minaccia ($\beta = 0.005, p = 0.179$). Trova dunque parziale conferma l'ipotesi H3.1 secondo cui il pregiudizio media il rapporto tra contatto e percezione del funzionamento del team: la

qualità ha il potere di incidere direttamente sul funzionamento del team, mentre la quantità per farlo ha bisogno di passare da una riduzione del pregiudizio.

Tab. 4.11 – Quantità del contatto e percezione di funzionamento del team: Effetti diretti, totali e di mediazione del pregiudizio

	β	S.E.	EST./S.E.	p - value
effetto indiretto	0.016	0.007	2.102	0.036
effetto diretto	0.026	0.042	0.622	0.534
effetto totale	0.042	0.041	1.009	0.313
via pregiudizio	0.011	0.005	1.993	0.046
via ansia intergruppi	0.000	0.001	-0.221	0.825
via minaccia	0.005	0.004	1.344	0.179

Tab. 4.12 – Qualità del contatto e percezione di funzionamento del team: Effetti diretti, totali e di mediazione del pregiudizio

	β	S.E.	EST./S.E.	p - value
effetto indiretto	0.033	0.013	2.614	0.009
effetto diretto	0.139	0.042	3.321	0.001
effetto totale	0.172	0.040	4.250	0.000
via pregiudizio	0.002	0.004	0.460	0.645

4.16 – Valutazione delle ipotesi sull'influenza dello status sul rapporto tra contatto e pregiudizio.

La Media e la deviazione standard del livello di pregiudizio dei professionisti sanitari in funzione dei tre livelli di contatto sono riportati nella tabella 4.13; i confronti post-hoc attraverso il test di Bonferroni sono riportati nella tabella 4.14. Pur non avendo ipotizzato effetti specifici in relazione alle singole professioni, l'analisi della varianza (3 livelli di contatto X tre professioni) ha mostrato un effetto significativo riguardo alle differenze tra professioni ($F(2,669) = 4.757, p < 0.01, \eta^2 = 0.14$). I confronti post-hoc effettuati attraverso il test di

Bonferroni hanno nello specifico rilevato punteggi di pregiudizio significativamente più elevati ($p < .01$) negli OSS ($M = 3.00$, $SD = 0.87$) sia rispetto ai medici ($M = 2.65$, $SD = 2.65$) sia rispetto agli infermieri ($M = 2.57$, $SD = 2.65$).

Tab. 4.13 - Media, deviazione standard e confronti post-hoc (test Bonferroni) del livello di pregiudizio dei professionisti sanitari in funzione dei tre livelli di contatto

	MEDICO	INFERMIERE	OSS	totale
Livello contatto 1	2.94 ($SD = 1.06$)	2.47 ($SD = 0.72$)	3.18 ($SD = 0.79$)	2.86 ($SD = 0.86$)
Livello contatto 2	2.50 ($SD = 0.87$)	2.63 ($SD = 0.84$)	2.96 ($SD = 1.02$)	2.70 ($SD = 0.91$)
Livello contatto 3	2.50 ($SD = 0.95$)	2.62 ($SD = 0.73$)	2.87 ($SD = 0.80$)	2.66 ($SD = 0.86$)
totale	2.65 ^A ($SD = 0.96$)	2.57 ^A ($SD = 0.76$)	3.00 ^B ($SD = 0.87$)	

Livello 1: medici stranieri (outgroup) indipendentemente o meno dalla co-presenza delle altre 2 figure professionali

Livello 2: U.O. senza la presenza di medici outgroup, ma con la presenza di infermieri e/o OSS outgroup.

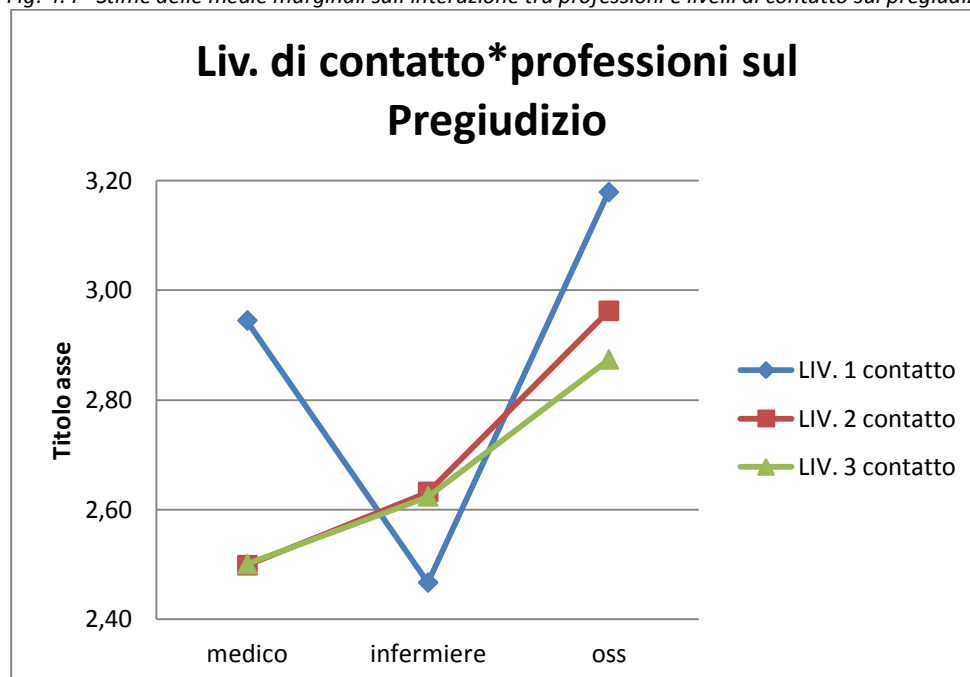
Livello 3: U.O. nessun contatto con personale medico, infermieristico o assistenziale straniero

A – B apici differenti identificano medie differenti al post-hoc (test Bonferroni) per $p < 0.05$

I risultati dell'ANOVA univariata 3x3 mostrano anche che non ci sono differenze significative circa i 3 diversi livelli di contatto ($F(2,269) = 1.648$, $p = 0.193$, $\epsilon^2 = 0.005$). Nello specifico, l'analisi post hoc non evidenzia alcuna differenza statisticamente significativa tra i tre livelli. Quindi le prime due ipotesi non vengono confermate. Come si può osservare dalla tabelle 4.9, sebbene le differenze non siano significative, si può però denotare la tendenza sostanzialmente inversa rispetto a quello che era stato ipotizzato: in effetti i maggiori livelli di pregiudizio si osservano proprio in quelle U.O. in cui c'è personale straniero in organico e in particolare dove vi è la presenza di un medico straniero (livello 1 del contatto), abbassandosi gradualmente sino a mostrare il livello minimo nei reparti dove non c'è contatto (livello 3 del contatto). Vengono invece riportate differenze vicine alla significatività statistica rispetto all'interazione tra le due variabili, ($F(4,669) = 2.298$, $p =$

0.058, $\varepsilon^2 = 0.12$). Si evidenziano infatti più alti livelli di pregiudizio da parte dei medici proprio in quelle U.O dove è presente un medico straniero. Allo stesso modo gli infermieri mostrano un atteggiamento meno pregiudizievole in quelle realtà dove è presente un medico straniero. Infine nel caso degli OSS, generalmente più pregiudizievoli in confronto alle altre due categorie professionali, il maggior grado di pregiudizio si riscontra nelle UO dove c'è il medico straniero, in totale controtendenza rispetto a quanto ipotizzato. Dunque anche la terza ipotesi non viene confermata. Nei reparti dove c'è un medico straniero sia i medici che gli Oss mostrano gradi maggiori di pregiudizio. Questo non si applica agli infermieri il cui grado di pregiudizio, generalmente inferiore a quello dei medici e degli OSS aumenta quando nelle UO in cui essi lavorano c'è la presenza di un medico straniero. E' interessante osservare come, per questi ultimi, la presenza in UO di infermieri o OSS stranieri o la loro totale assenza non faccia alcuna differenza. Allo stesso modo per i medici, la presenza in UO di infermieri o OSS stranieri o la loro totale assenza non faccia alcuna differenza.

Fig. 4.4 - Stime delle medie marginali sull'interazione tra professioni e livelli di contatto sul pregiudizio



DISCUSSIONE

Le verifiche sulla prima ipotesi hanno in qualche modo procurato una certa sorpresa in riferimento alle nostre aspettative. Sebbene si possa rispondere che vi è una significativa correlazione tra il pregiudizio e il contatto riferito soggettivamente, il ruolo da protagonista non viene giocato dalla qualità positiva di contatto bensì dalla quantità. Le ricerche in realtà (come più volte riportato durante la stesura di questo lavoro) testimoniano come il più delle volte il ruolo da protagonista è recitato dalla qualità del contatto (Brown, Maras, Masser, Vivian, & Hewstone, 2001; Eller & Abrams, 2003, 2004; Greenland & Brown, 1999; Schwartz & Simmons, 2001; Stephan, Diaz-Loving, & Duran, 2000) nel determinare gli effetti finali sul pregiudizio. Non mancano di certo le testimonianze che equiparano le due dimensioni in termini di importanza (Brown, Vivian, & Hewstone, 1999; Harwood, Hewstone, Paolini, & Voci, in press; Voci & Hewstone, 2003); ben di meno sono invece i riscontri che parlano a favore della quantità piuttosto che della qualità: sottolineano infatti Brown e collaboratori (2007), come siano rare le occasioni in cui ciò avviene. Quanto ritrovato nel presente lavoro dunque non si allinea ai risultati prevalenti in letteratura: la quantità di contatto tra i professionisti sanitari sembra non incidere sugli atteggiamenti pregiudizievoli e, semmai, aumentarli, seppure in modo non statisticamente significativo. Con ogni probabilità, la quantità del contatto è la causa che determina anche un miglioramento qualitativo del contatto, che andrebbe quindi a spiegare la correlazione positiva che si evince tra le due variabili nell'osservare i risultati. Questi dati non sono da interpretare come deludenti; semmai è l'esatto contrario, visto che l'elemento che affiora avvalorava e supporta le conclusioni di Allport (1954) e rivendica l'importanza della quantità di tempo che si trascorre con le persone, al fine di migliorare gli atteggiamenti nei loro confronti.

La seconda ipotesi poneva interrogativi secondo cui le risposte sembravano poter essere quasi scontate: la ricerca fornisce chiare evidenze sul ruolo di SDO (Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994; Sidanius & Pratto, 1999) e RWA (Altemeyer, 1981; Altemeyer, 1998; Duckitt, Wagner, Du Plessis, & Birum, 2002; Duckitt, 2006) in veste di mediatori, e ansia intergruppi (Stephan & Stephan, 1985; Islam & Hewstone, 1993) e minacce (Stephan & Stephan, 1996; Stephan & Stephan, 2000) che fungono da moderatori, in relazione al pregiudizio. Nel caso dello studio in oggetto non mancano di certo spunti di discussione e per certi versi nemmeno dati che destano un po' di sorpresa. Infatti, in riferimento agli effetti di mediazione teorizzati per SDO e RWA, i risultati della ricerca hanno mostrato che, a quanto pare, non sempre funziona in questo modo. Se si prendono ad esempio in esame i dati relativi alla RWA, l'interazione con le variabili di contatto non evidenzia effetti particolari: se dunque gli effetti di interazione non danno risultati di significatività allora vuol dire che il contatto non risente degli effetti di "disturbo" della variabile in questione. In altre parole, il fatto che si abbiano alti o bassi livelli di RWA e SDO non intaccano l'effetto tra contatto e pregiudizio e dunque dato che al vaglio delle prime due ipotesi di ricerca si è avuta conferma della bontà della quantità (piuttosto che della qualità) di contatto di influenzare i livelli di pregiudizio, tale effetto si ha a prescindere dai livelli di RWA e SDO. Tuttavia, confermando la lettura, anche i dati di questa ricerca evidenziano come gli orientamenti dominanti o aggressivi dei partecipanti possano contribuire ad aumentare il loro grado di pregiudizio. Infatti, è stato rilevato un effetto diretto di queste due variabili sul pregiudizio.

Un discorso appena diverso può essere fatto nei confronti dei mediatori, cioè dell'ansia intergruppi (Stephan & Stephan, 1985; Islam & Hewstone, 1993) e della minaccia (Stephan &

Stephan, 1996; Stephan & Stephan, 2000). I decisi effetti di mediazione che vengono evidenziati, si pongono in linea con quanto suggerito dalla letteratura . In particolare, si è visto che l'effetto della qualità del contatto passa completamente dalle due variabili in questione che ne determinano completamente l'effetto sul pregiudizio, mentre sebbene anche la minaccia medi la quantità del contatto, non basta a “vincere” l'effetto diretto che dunque si riconferma forte e decisivo.

Sino ad ora si può dire che le variabili in gioco sono state le “classiche” testate in molti degli studi che si sono occupati degli effetti del contatto intergruppi. La variazione sul tema è rappresentata dalla quantità del contatto che quindi consegna a questo studio un contorno che un po' si discosta da quanto in genere è stato decretato dagli studi precedenti. Ci si aspettava, con le variabili in gioco nella terza ipotesi, di arricchire le note di novità con l'introduzione nel campo di studio della percezione del funzionamento del team e della soddisfazione, elementi quasi mai valutati in relazione con il contatto intergruppi. Le attese, in questo caso, sono state rispettate a metà. La soddisfazione dei professionisti infatti, parrebbe non avere nulla a che fare con il contatto intergruppi: la mancata correlazione con le altre variabili di ricerca ne ha causato addirittura la non considerazione nel modello di ricerca. Si possono invece commentare risultati diversi per ciò che riguarda la percezione di soddisfazione del team di cura. In questo caso, quindi, l'elemento nuovo che emerge dai dati è che ad influenzare i rapporti all'interno del team di cura, aspetto che può risultare fondamentale anche ai fini del raggiungimento degli outcome di salute dei pazienti (Strasser, Falconer & Linking , 1997), è il contatto, in termini qualitativi (direttamente) e quantitativi (indirettamente) perché in grado di determinare gli atteggiamenti pregiudizievoli; il contatto, dunque, influenza la percezione che si ha del team in termini di “meccanismo che funziona”.

Le analisi relative alle ipotesi sullo status sono quelle che fanno riflettere forse più ancora che le altre. In maniera abbastanza inaspettata, specie alla luce delle verifiche sulle ipotesi sulle variabili di contatto, le attese sono state praticamente del tutto rigettate. Il tipo di contatto, in termini di status, all'interno delle U.O. dunque, parrebbe non incidere sul miglioramento degli atteggiamenti, anzi, sembrerebbe che quanto portato da un medico straniero susciti i massimi livelli di pregiudizio. L'interpretazione dei dati parte quindi da due posizioni contrapposte: da una parte gli esiti del contatto soggettivo (che lasciavano presagire risultati del tutto confortanti tra contatto e pregiudizio) dall'altra invece i responsi sul contatto oggettivo tutt'altro che buoni. Il tentativo di spiegare il dato parte dal disegno dello studio (correlazionale) che non permette di chiarire quale variabile determina gli effetti sull'altra. In quest'ottica potrebbe essere possibile che i punteggi soggettivi riportati sul contatto risentano della sovrastima di quei soggetti con bassi livelli di pregiudizio e pertanto ben disposti in partenza al contatto intergruppi. Altri spunti di discussione vengono offerti dalle osservazioni dei dati riferiti alle professioni in relazione ai livelli di contatto. I medici ad esempio hanno evidenziato livelli di pregiudizio più alti in quelle realtà dove è presente un loro collega straniero. Il risultato si potrebbe spiegare con quanto viene riportato in letteratura e cioè che la minaccia è massima qualora un subordinato (o presunto tale come nel caso di uno straniero) raggiunge una posizione che minaccia il proprio status di privilegio. Naturalmente invece il pregiudizio dei medici è più basso là dove gli stranieri appartengono ad uno status subordinato (come succede nel caso di infermieri e OSS), perché tale situazione "di favore", non viene percepita come minacciosa ma legittima e dunque non pericolosa (Jost, Major, 2001; Caricati, 2006). Gli infermieri, invece, mostrano punteggi del pregiudizio più bassi in quelle U.O. dove vi è la presenza di un medico straniero e più alti

dove invece vi sono o colleghi oppure OSS stranieri o dove non vi è contatto intergruppi. Anche in questo caso si può far ricorso a quanto viene riportato in letteratura, che attesta di come gli infermieri si percepiscono svalutati sul luogo di lavoro e chiedono maggiori riconoscimenti sotto diversi punti di vista (Caricati et al, 2013; Sollami, Caricati, Sarli, 2014). Si può ipotizzare che la posizione in subordine rispetto al medico viene riconosciuta come legittima, anche quando si tratta di un medico straniero ma qualora il confronto è con i pari grado ecco che la percezione di “attacco” (e quindi di minaccia) alle proprie posizioni è forte ancor più se riferita ad un contesto che presenta limiti di risorse, qual è attualmente il mercato del lavoro in Italia (Hamberger e Hewstone, 1997). Infine gli OSS che riportano punteggi di pregiudizio più alti in assoluto e con una gradualità che vede punteggi più alti nelle U.O. di livello 1 del contatto e in ultimo le U.O. con nessun contatto. Anche in questo caso il ricorso alla letteratura aiuta a spiegare i dati e chiama direttamente in causa l’acquiescenza (Asch, 1955). Delle tre categorie professionali quella degli OSS è quella con il livello di istruzione più basso e questo aspetto li rende meno sensibili alla desiderabilità sociale e più inclini a “seguire l’onda” e quindi a sottostare alle pressioni di gruppo e quindi all’*influenza informazionale* che induce ad accettare un’informazione proveniente dagli altri come prova di verità oltre che di un’*influenza normativa* che porta l’individuo a conformarsi alle aspettative degli altri per il solo bisogno di essere accettati (Deutsch & Gerrard, 1955). In base a ciò si può ipotizzare che la presenza degli stranieri può risultare scomoda, ancor di più se, allontanandosi dagli stereotipi, occupa una posizione non riconosciuta come legittima.

Lo studio è limitato dai ristretti contorni dell’ambito in cui è stato effettuato, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (sebbene si possa parlare di un campione consistente); inoltre, la definizione generale di straniero potrebbe aver dato luogo a problemi di

“visibilità” (legati alle etnie affini o appartenenti a gruppi salienti). Lo studio dimostra che è necessario continuare la ricerca di strategie (e la ricerca offre a tal riguardo ottimi spunti) per migliorare gli atteggiamenti pregiudizievoli.

CONCLUSIONI

Gli studi sugli effetti del contatto intergruppi, concentrati intorno alle conclusioni dell'autore dell'ipotesi del contatto (Allport, 1956), hanno in genere confermato l'efficacia del contatto (inteso in termini di quantità che di qualità positiva) ai fini di ridurre il pregiudizio etnico (Amir & Katz, 1976; Pettigrew, 1997; Brown & Hewstone, 2005; Pettigrew & Tropp, 2006, Husnu & Crisp, 2010; Dhont, Van Hiel, De Bolle, & Roets, 2012; Al Ramiah & Hewstone, 2013; Al Ramiah, Hewstone, Voci, Cairns, & Hughes, 2013; Christ, et al., 2014; Schmid, Al Ramiah, & Hewstone, 2014; Schmid, Hewstone, Küpper, Zick, & Tausch, 2014). Le ricerche che si sono contrapposte agli assunti di Allport (1954), partono dalle conclusioni di Sherif e Sherif (1969); passando quindi dalla Social Identity Theory (Tajfel & Turner, 1979) e da tutto il filone di ricerca a seguire, hanno messo in evidenza che la competizione tra gruppi (alla base del conflitto intergruppi) può generare esiti non positivi sul pregiudizio in seguito al contatto (Tajfel, 1970; Tajfel, Billig, Bundy, & Flament, 1971; Tajfel, 1974; Pettigrew, 2008; Harwood, Paolini, Joyce, Rubin, & Arroyo, 2011; Visintin, 2013; Ratner, Dotsch, Wigboldus, Van Knippenberg, & Amodio, 2014). Il fiorente campo di ricerca sviluppatosi intorno alla tematica centrale (contatto intergruppi vs pregiudizio), non ha mai chiarito del tutto il dualismo teorico di base, quale che sia il contesto di riferimento, andando ora in una direzione ora nell'altra. Tra i vari contesti presi in esame, l'ambito sanitario si pone in evidenza sia per il carattere

multietnico delle equipe di cura, sia perchè a fronte di ciò, vi è un limitato numero di indagini nei riguardi degli effetti del contatto. Un gap importante che, si sottolinea, potrebbe trovare spiegazione nella carente sinergia tra apporti disciplinari diversi e nella scarsa conoscenza della teoria del contatto e delle sue possibili importanti implicazioni nel contesto sanitario. Anche quanto viene riportato nella letteratura riferita a questo ambito di contatto, tuttavia, si allinea con il dualismo teorico di fondo in quanto non sembrerebbero esserci prove definitive dell'efficacia del contatto intergruppi ai fini della riduzione del pregiudizio. Con l'intento di sfruttare questo importante limite e di dare un sostanziale contributo in questo campo di ricerca, anche introducendo elementi di ricerca originali (status e variabili di outcome, percezione del funzionamento del team e soddisfazione) si è dunque cercato di comprendere gli effetti del contatto intergruppi nei confronti del pregiudizio in ambito sanitario. Nello specifico, facendo leva su quanto ritrovato in letteratura, i principali quesiti di ricerca sono stati così declinati:

- a) È possibile che il contatto (in termini di quantità e qualità positiva) tra professionisti sanitari appartenenti a diverse etnie, che si ritrovano a lavorare insieme nel contesto di lavoro, possa ridurre i livelli di pregiudizio ?
- b) Quale importanza rivestono le principali variabili che agiscono da moderatori (RWA e SDO) e/o mediatori (ansia intergruppi e minacce) nel determinare gli effetti tra il contatto e il pregiudizio ?
- c) Se il pregiudizio dovesse mediare il rapporto tra contatto e benessere organizzativo delle equipe di cura in che modo contribuirebbe a

determinare/migliorare la percezione di funzionamento del team e la soddisfazione dei professionisti ?

d) Può lo status avere un ruolo nel determinare gli effetti tra contatto e pregiudizio?

Per rispondere a queste domande sono stati condotti e presentati due studi: il primo, di natura preliminare al secondo e più esplorativo è stato realizzato su un piccolo gruppo di studenti del corso di laurea in scienze infermieristiche; il secondo, partendo anche dalla messa a punto di uno strumento che si è rilevato attendibile sin dalla sua applicazione sugli studenti, è stato realizzato su un ampio e variegato (in termini di professioni sanitarie) campione di professionisti sanitarie. Da entrambi gli studi si evidenziano significative correlazioni tra il contatto (più della quantità riferita soggettivamente, che della qualità) e il pregiudizio; il ruolo influente e importante dell'ansia intergruppi e della minaccia, ma anche di RWA e SDO, almeno nel loro ruolo principe sul pregiudizio, variabili che anche negli altri studi della letteratura avevano avuto ruoli sostanziali. In particolare il secondo studio, condotto per verificare la bontà del modello di ricerca complessivo, ha evidenziato che il benessere organizzativo può derivare anche dagli effetti del contatto: il contatto, sia nei suoi aspetti qualitativi che nei suoi aspetti quantitativi – in questo caso passando attraverso la sua influenza sulla riduzione del pregiudizio - può influenzare la percezione del funzionamento del team, ma la soddisfazione dei professionisti sembra non dipendere da ciò. Infine la riduzione del pregiudizio sembra essere solo parzialmente influenzata dello status di chi porta il contatto. Disattendendo le aspettative formulate, gli effetti che si sono potuti evidenziare suggeriscono interpretazioni che chiamano in causa l'antico gioco di potere esistente in questi contesti tra medici e infermieri. Nel secondo studio, infatti, l'effetto della presenza di un contatto oggettivo con persone provenienti da altre culture è

passato in secondo piano a fronte dello status di chi porta questo contatto. In questo caso, è stata la presenza di un medico straniero ad attivare nei colleghi come nelle persone che occupano l'ultimo grado della gerarchia – gli OSS - dinamiche difensive, forse incoraggiate dalla percezione dell'illegittimità di tale posizione per uno “straniero” – per gli OSS – o dalla percezione di minaccia allo status del gruppo dominante – per i medici. Inoltre, poiché il mantenimento di ogni gerarchia sociale si basa innanzitutto sull'accettazione della propria posizione relativa, non ci ha tutto sommato stupito più di tanto constatare che gli infermieri potessero percepire più degli altri la posizione del medico straniero come legittima e, di conseguenza, considerare questo contatto come un esempio su cui fondare la revisione dei loro pregiudizi.

LIMITI E DIREZIONI PER IL FUTURO

I dati del presente studio non permettono di trarre conclusioni definitive sugli effetti che intercorrono tra contatto e pregiudizio. I limiti di questo lavoro sono innanzitutto di natura metodologica. Come già riportato, il disegno di tipo correlazionale non permette di stabilire con assoluta certezza se è il contatto in sé la causa per cui si riduce il pregiudizio o viceversa, oltre ai problemi legati al Common-method variance bias (Podsakoff, MacKenzie, Lee & Podsakoff, 2003); non chiarisce nemmeno se, data la particolarità del contesto di studio, intervengono altri fattori a determinare gli esiti, come potrebbe essere ad esempio, il contatto più o meno forte con l'utenza.

Le misure tra le variabili di contatto e il pregiudizio evidenziano due diverse stime di effetto: una correlazione diretta, con la quantità del contatto e una correlazione mediata con la qualità del

contatto. Se tutto sommato il dato può essere interpretato come positivo, dall'altro considerando entrambe le variabili come sostanziali ai fini della definizione piena del concetto di contatto intergruppi, non si può alla fine essere pienamente soddisfatti, diversamente da come si sarebbe potuto affermare in caso di correlazioni dirette e forti tra il pregiudizio ed entrambe le dimensioni del contatto.

Alcune scale, poiché strutturate ex novo, mancano del criterio pieno di validità. Tuttavia poiché strutturate in base a precisi riferimenti teorici, con procedure metodologicamente adatte, e grazie alla verifica degli indici di consistenza interna delle stesse, si può affermare che il loro utilizzo nel presente studio è giustificabile.

La definizione di straniero in modo generico (e non di quelle più presenti nel contesto specifico, o più immediatamente individuabili per il colore della pelle) potrebbe averne causato una percezione in maniera non univoca. Pensando ad esempio alle caratteristiche somatiche, non c'è riscontro dell'influenza delle specifiche etnie. Inoltre lo studio è stato condotto in un periodo che non risentiva molto degli ultimi avvenimenti di cronaca (ad esempio legati a Ebola o all'ISIS) ai fini della determinazione degli esiti del contatto.

I limiti di questo studio però potrebbero essere considerati come punto di partenza per lo sviluppo di ulteriori indagini. Si potrebbe pensare di considerare uno studio che utilizzi un riferimento di straniero univoco (ad esempio persone di pelle nera, o con tratti del Maghreb) nel determinare il confronto tra contatto e pregiudizio; altri confronti potrebbero essere attuati con gruppi appartenenti ad altre etnie (ad esempio asiatici) anche se potrebbero sorgere problemi di contatto effettivo (ad esempio nell'Azienda Ospedaliera di Parma non ci sono professionisti cinesi o giapponesi). Nella verifica degli esiti del contatto si potrebbe pensare di considerare l'utenza e di quanto il contatto può influire nel determinare gli atteggiamenti dei professionisti in generale, sia nei rapporti con l'utenza sia con i colleghi.

Questo studio suggerisce che il contatto in sé, per quanto utile non sembra essere sufficiente a mitigare del tutto gli atteggiamenti pregiudizievoli tra professionisti in ambito sanitario. Il percorso verso il perseguimento di risultati positivi in tal senso sembra essere tracciata da quanto di evince dalla ricerca. L'ambito formativo in primo luogo fa riferimento all'importanza della formazione interculturale (Pinikahana et al., 2003, Murphy et al., 2007, Giddens, 2008, Bean, 2013); in ambito lavorativo il contatto cooperativo e quindi la condivisione di intenti sembrano apportare risultati concreti (Capozza et al., 2010). Dallo studio traspare comunque una sorta di necessità: urge la ricerca di strategie atte a migliorare i rapporti tra le persone e non può passare dal solo contatto in sé

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aboderin I. (2007). Contexts, motives and experiences of Nigerian overseas nurses: understanding links to globalization. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2237–2245.
- Ackermann-Berger, P. (2010). Embracing Multicultural in Nursing Learnign Environments. *Journal of Nursing Education*, vol. 49 N12.
- Adorno, T., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., & Sanford, N. (1950). *The Authoritarian Personality*. New York: Harper.
- Aiello, A., Chirumbolo, A., Leone, L., & Pratto, F. (2005). Uno studio di adattamento e validazione della scala do tendenza alla dominanza sociale . *Rassegna di Psicologia*, 81-91.
- Akrami, N., Ekehammar, B., & Araya, T. (2000). Classical and modern racial prejudice: A study of attitudes toward immigrants in Sweden. *European Journal of Social Psychology* , 30, 521-532.
- Al Ramiah, A., Hewstone, M., Voci, A., Cairns, E., & Hughes, J. (2013). It's never too late for 'us' to meet 'them': prior intergroup friendships moderate the impact of later intergroup friendships in educational settings. . *Br J Educ Psychol.*, 83(Pt 1): 57-75.
- Alexander, J. A., Lichtenstein, R., Jinnett, K., D'Aunno, T. A., & Ullman, E. (1995). The effects of treatment team diversity and size on assessments of team functioning. *Hospital & Health Services Administration*, 41(1), 37-53.
- Alexis, O., Vydelingum, V., & Robbins, I. (2007). Engaging with a new reality: experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. *Journal of Clinical Nursin* , 16(12), 2221-2228.
- Allan H, Larsen JA.(2014). *“We need respect”: Experiences of internationally recruited nurses in the UK*. London: Royal College of Nursing 2003.
- Allen, J. (2010). Improving cross-cultura lcare and antiracism in nursing education: a literature rewiev. *Nurse Education Today*, 30(4), 314-320.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge USA: Addison-Wesley.
- Altemeyer, B. (1981). *Right-wing authoritarianism*. Manitoba: University of Manitoba Press.
- Altemeyer, B. (1998). The other 'authoritarian personality'. In M. Zanna, *Advances in experimental social psychology* (p. Vol. 30, pp. 47–92). San Diego: Zanna Ed. Academic.

- Amir, Y., & Katz, P. (1976). *The role of intergroup contact in change of prejudice and race relations*. New York: P.A. Katz.
- Andrighetto, L., Mari, S., Volpato, C., & Behluli, B. (2012). Reducing competitive victimhood in Kosovo: the role of the extended contact and common ingroup identity. *Political Psychology*, 4, 513-529.
- Asch, S. E. (1955). Opinions and social pressure. *Readings about the social animal*, 17-26.
- Barlow, F., Paolini, S., Pedersen, A., Hornsey, M., Radke, H., Harwood, J., . . . Sibley, C. (2012). The contact caveat: Negative contact predicts increased prejudice more than positive contact predicts reduced prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 1629-1643.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bateson, C., Sager, K., Garst, E., Kang, M., Rubchinsky, K., & Dawson, K. (1997). Is empathy-induced helping due to self-other merging? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 517-522.
- Baumeister, R., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.
- Beach, M., Price, E., Gary, T., Robinson, K., Gozu, A., Palacio, A., . . . Cooper, L. (2005). Cultural competence. A systematic review of health care providers educational interventions. *Medical Care*, 356-373.
- Bean, M., Stone, J., Moskowitz, G., Badger, T., & Focella, E. (2013). Evidence of nonconscious stereotyping of Hispanic patients by nursing and medical students. *Nursing Research*, 62.
- Bettencourt, B., Brewer, M., Croak, M., & Miller, N. (1992). Cooperation and the reduction of intergroup bias: The role of reward structure and social orientation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28(4), 301-319.
- Bocato, G., Capozza, D., Falvo, R., & Durante, F. (2008). The missing link: Ingroup, outgroup and the human species. *Social Cognition*. 26: 224-234.
- Borrill, C., Carletta, J., Carter, A., Dawson, J., Garrod, S., Rees, A., & West, M. (2000). *The effectiveness of health care teams in the National Health Service*. Birmingham.: University of Aston in Birmingham.

- Branthwaite, A., Doyle, S., & Lightbrown, N. (1979). The balance between fairness and. *European Journal of Social Psychology*, 9, 149-163.
- Brauer, M. (2001). Intergroup Perception in the Social Context: The Effects of Social Status and Group Membership on Perceived Out-group Homogeneity and Ethnocentrism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37, 15-31.
- Brewer, M. (1979). In-group bias in the minimal intergroup situation: A cognitive-motivational analysis. *Psychological Bulletin*, 86, 307–324.
- Brewer, M. (1991). The Social Self: On Being the Same and Different at the Same Time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 475-82.
- Brewer, M., & Brown, R. (1998). Intergroup relations. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *The Handbook of Social Psychology* (p. 554-594). Boston US: McGraw-Hill.
- Brewer, M., & Crano, W. (1994). *Social Psychology*. Brewer, M. B. and Crano, W. D. (1994) *Social Psychology*. Minneapolis / St. Paul: West Publishing Company. Brewer, M. B. and Minneapolis / St. Paul : West Publishing Company.
- Brewer, M., & Miller, N. (1984). *Beyond the contact hypothesis: theoretical perspectives on desegregation*. Orlando: Academic Press.
- Brown, J. D., Collins, R., & Schmidt, G. (1988). Self-esteem and direct versus indirect forms of self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 445-453. .
- Brown, R. (1995). *Psicologia sociale del pregiudizio*. Bologna: Il Mulino.
- Brown, R., & Hewstone, H. (2005). An integrative theory of intergroup contact. *Advances in Experimental Social Psychology*, 37, 255-343.
- Brown, R., Capozza, D., & Licciardello, O. (2007). *Immigrazione, acculturazione, modalità di contatto*. Milano: Franco Angeli.
- Brown, R., Eller, A., Leeds, S., & Stace, K. (2007). Intergroup contact and intergroup attitudes: A longitudinal study. *European Journal of Social Psychology*, 37(4), 692-703.
- Brown, R., Maras, P., Masser, B., Vivian, J., & Hewstone, M. (2001). Life on the ocean wave: testing some intergroup hypotheses in a naturalistic setting. *Group Processes and Intergroup Relations*, 4, 81–97.
- Brown, R., & Stella, G. (1997). *Psicologia sociale del pregiudizio*. Roma: Il Mulino.
- Brown, R., Vivian, J., & Hewstone, M. (1999). Changing attitudes through intergroup contact: The effects of group membership salience. *European Journal of Social Psychology*, 29(56), 741-764.

- Brunero S, Smith J, Bates E. (2008). Expectations and experiences of recently recruited overseas qualified nurses in Australia. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 101-10.
- Bryne, M. (2001). Uncovering racial bias in nursing fundamentals textbooks. *Nursing Health Care Perspective*, 22(6), 299-303.
- Burns, N., & Grove SK. (2001). *The practices of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*, ed. 4. pp 223-241, 389-406, 441-447. Philadelphia: WB Saunders.
- Cameron, L., Rutland, A., Brown, R., & Douch, R. (2006). Changing children's intergroup attitudes toward refugees: Testing different models of extended contact. *Child Development*, 77(5), 1208-1219.
- Capozza, D., Vezzali, L., Falvo, R., Trifiletti, E., & Favara, I. (2010). Improving intergroup relationships within and outside the contact situation: The role of common ingroup identity and emotions of anxiety and empathy. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17, 17–35.
- Caricati, L. (2006). *Relazioni fra gruppi*. Roma: Carocci.
- Caricati, L., Mancini, T., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., Silvano, R., ... & Artioli, G. (2013). Psychosocial predictors of collaborative practice between nurses and physicians working in hospitals. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 85(3), 32-40.
- Causse, E., & Félonneau, M. (2014). Within-Culture Variations of Uniqueness: Towards an Integrative Approach Based on Social Status, Gender, Life Contexts, and Interpersonal Comparison. *Journal of Social Psychology*, 154(2), 115-125.
- Chandra A, Willis WK. (2005) Importing nurses: Combating the nursing shortage. *Hospital Topics*, 83(2), 33-37.
- Chipps, J., Simpson, B., & Brysiewicz, P. (2008). The effectiveness of cultural-competence training for health professionals in community-based rehabilitation: a systematic review of literature. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 85-94.
- Christ, O., Hewstone, M., Tausch, N., Wagner, U., Voci, A., Hughes, J., & Cairns, E. (2010.). Direct contact as a moderator of extended contact effects: Cross-sectional and longitudinal impact on outgroup attitudes, behavioral intentions, and attitude certainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(12), 1662-1674.
- Christ, O., Schmid, K., Lolliot, S., Swart, H., Stolle, D., Tausch, N., . . . Hewstone, M. (2014). Contextual effect of positive intergroup contact on outgroup prejudice. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(11), 3996-4000.

- Cinnirella, M. (2014). The role of perceived threat and identity in Islamophobic prejudice: applying integrated threat theory and identity process theory to data from two UK surveys. In *Annual BPS Social Psychology Conference, University of Winchester, 7th-9th September*.
- Crisp, R., & Turner, R. (2009.). Can Imagined Interactions Promote Positive Perceptions? Reducing Prejudice Through Simulated Social Contact. *American Psychologist*, 64(4), 231–240.
- Crisp, R., Hewstone, M., & Rubin, M. (2001). Does multiple categorisation reduce intergroup bias? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 76–89.
- Crisp, R., Husnu, S., Meleady, R., Stathi, S., & Turner, R. (2010). From imagery to intention: A dual route model of imagined contact effects. *European Review of Social Psychology*, 21, 188-236.
- Crisp, R., Walsh, J., & Hewstone, M. (2006). Crossed categorisation in common ingroup contexts. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 1204–1218.
- Cuddy, A., Fiske, C., Kwan, S., Glick, V., Demoulin, P., & Leyens, S. (2009). Is the stereotype content model culture-bound? A cross-cultural comparison reveals systematic similarities and differences. *British Journal of Social Psychology*, 48, 1-33.
- Curşeu, P., Stoop, R., & Schalk, R. (2007). Prejudice toward immigrant workers among Dutch employees: Integrated threat theory revisited. *European Journal of Social Psychology*, 37(1), 125-140.
- Deschamps, J., & Doise, W. (1978). Crossed category memberships in intergroup relations. . In A. Press, *Differentiation between social groups: Studies in the Social Psychology of intergroup relations* (p. 141-158). London: in H. Tajfel.
- Desforges, D., Lord, C., Ramsey, S., Mason, J., Van Leeuwen, M., & West, S. L. (1991). Effects of cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 531–544.
- Deutsch, M., & Gerard, HB. (1955). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 629.
- Devos, T., Silvern, L., Mackie, D., & Smith, E. (2002). *experiencing intergroup emotions*. Philadelphia: Psychologic press pag 111-113.
- Dhont, K., Van Hiel, A., De Bolle, M., & Roets, A. (2012). Longitudinal intergroup contact effects on prejudice using self- and observer-reports. *British Journal of Social Psychology*, 51(2), 221-38.

- Dicicco-Bloom B. (2004). The racial and gendered experiences of immigrant nurses from Kerala, India. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(1), 26-33.
- Di Maria, F., Di Stefano, G., & Falgares, G. (2007). *Psiche e società: la polis siciliana tra conservazione e trasformazione*. Roma: Franco Angeli.
- Dijker A.J. (1987). emotional reaction to ethnic minorities. *European Journal of Social Psychology*, 17, 305-325.
- Dijker, A., Koomen, W., Van Der Heuvel, H., & Frijda, N. (1996). perceived antecedents of emotional reactions in inter-ethnic relations. *British Journal of Social Psychology*, 35, 313-329.
- Doise, W. (1988). Individual and social identities in intergroup relations. *European Journal of Social Psychology*, 18(2), 99-111.
- Dovidio, J. (2001). On the nature of contemporary prejudice: the third wave. *Journal of Social Issues*, 57(4), 829-849.
- Dovidio, J., Eller, A., & Hewstone, M. (2011). Improving intergroup relations through direct, extended, and other forms of indirect contact. *Group Processes & Intergroup Relations*, 13, 147-160.
- Duckitt, J. (2001). A dual-process cognitive-motivational theory of ideology and prejudice. In M.P.Zanna, *Advances in experimental Social Psychology*. CA: Academic Press (p. Vol.33, pp.41-113). San Diego CA: Academic Press.
- Duckitt, J. (2006). Differential effects of right wing authoritarianism and social dominance orientation on outgroup attitudes and their mediation by threat from competitiveness to outgroups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 684–696.
- Duckitt, J., Wagner, C., Du Plessis, I., & Birum, I. (2002). The psychological bases of ideology and prejudice: testing a dual process model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75-93.
- Eller, A., & Abrams, D. (2003). 'Gringos' in Mexico: cross-sectional and longitudinal effects of language school-promoted contact on intergroup bias. *Group Processes and Intergroup Relations*, 6, 55-75.
- Esses, V., Veenvliet, S., & Hodson, G. M. (2008). Justice, Morality, and the Dehumanization of Refugees. *Social Justice Research*, 21, 4-25.

- Federico, C. (1999). The interactive effects of social dominance orientation, group status, and perceived stability on favoritism for high-status groups. *Group Processes and Intergroup Relations*, 2(2), 119-143.
- Finchilescu, G. (1988). Interracial Contact in South Africa Within the Nursing Context. *Journal of Applied Social Psychology*.
- Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *The Handbook of Social Psychology* (p. 357-411). Boston US: McGraw-Hil.
- Fiske, S., Cuddy, A., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878- 902.
- France, N., Field, A., & Garth, K. (2004). "You're just shoved into the corner": The lived experience of Black nursing students being isolated and discounted. *Journal of Rogerian Nursing Science*, 12(1), 23-36.
- Gaertner, S., & Dovidio, J. (2000). *Reducing intergroup bias: The common ingroup identity model*. Philadelphia: Psychology Press.
- Gaertner, S., Dovidio, J., Anastasio, P., Bachman, B., & Rust, M. (1993). The common ingroup identity model: Recategorization and the reduction of intergroup bias. In *European Review of Social Psychology* (p. (Vol. 4. pp. 1-26). New York: W.Stroebe & M. Hewstone.
- Gattino, S., Miglietta, A., & Testa, S. (2011). The Akrami, Ekehammar, and Araya's Classical and Modern Racial Prejudice Scale in the Italian context. *TPM—Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 18, 1-17.
- Gerbert, B., Sumser, J., & Maguire, B. (1991). The impact of who you know and where you live on opinions about AIDS and health care. . *Social Science and Medicine*, 32, 677-681.
- Giddens, J. (2008). Achieving diversity in nursing through multicontextual learning environments. *Nursing Outlook*, 56(2), 78-83.
- Gierman-Riblon, C., & Salloway, S. (2013). Teaching interprofessionalism to nursing students: a learning experience based on Allport's intergroup contact theory. *Nursing Education Perspectives*, 34.
- Goff, P., Eberhardt, J., Williams, M., & Jackson, M. (2008). Not yet human: Implicit knowledge, historical dehumanization, and contemporary consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 292-306.

- Greenland, K., & Brown, R. (1999). Categorization and intergroup anxiety in contact between British and Japanese nationals. *European Journal of Social Psychology*, 29(4), 503-521.
- Halperin, E., Crisp, R. J., Husnu, S., Trzesniewski, K., Dweck, C., & Gross, J. (2012). Promoting intergroup contact by changing beliefs: Group malleability, intergroup anxiety, and contact motivation. *Emotion*, 12, 1192-1195.
- Hamberger, J., & Hewstone, M. (1997). Inter-ethnic contact as a predictor of blatant and subtle prejudice: Tests of a model in four Western European nations. *Journal of Social Psychology*, 36, 173-190.
- Hamilton, D., & Trolie, T. (1986). Stereotypes and Stereotyping: An Overview of the Cognitive Approach. In J. F. Gaertner, *Prejudice, Discrimination and Racism* (p. 127-163). Orlando e London: Academic Press.
- Harwood, J., Hewstone, M., Paolini, S., & Voci, A. (2005). Grandparent-grandchild contact and attitudes toward older adults: Moderator and mediator effects. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 393-406.
- Harwood, J., Paolini, S., Joyce, N., Rubin, M., & Arroyo, A. (2011). Secondary transfer effects from imagined contact: Group similarity affects the generalization gradient. *British Journal of Social Psychology*, 50, 180-189.
- Harwood, J., Raman, P., & Hewstone, M. (2006). The family and communication dynamics of group salience. *The Journal of Family Communication*, 6(3), 181-200.
- Hassounah-Phillips, D., & Beckett, A. (2003). An education in racism. *Journal of Nursing Education*, 258-265.
- Hawthorne L. (2001). The globalisation of the nursing workforce: Barriers confronting overseas qualified nurses in Australia. *Nursing Inquiry*, 8(4), 213-229.
- Heaven, L., Greene, R., Stones, C., & Caputi, P. (2000). Levels of social dominance orientation in three societies. *Journal of Social Psychology*, 530-532.
- Henry, L. (2007). Institutionalized disadvantage: older Ghanaian nurses' and midwives' reflections on career progression and stagnation in the NHS. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2196-2203.
- Henry, P., & Saul, A. (2006). The development of system justification in the developing world. *Social Justice Research*, 19, 365-378.
- Hewstone, M., & Brown, R. (1986). *Contact is not enough: An intergroup perspective on the «Contact Hypothesis»*. Oxford: Blackwell, pp. 1-44.

- Hewstone, M., & Giles, H. (1986). Social groups and social stereotypes in intergroup communication: A review and model of intergroup communication breakdown. *Intergroup Communication*, 10-26.
- Hewstone, M., & Lord, C. (1998). Changing intergroup cognitions and intergroup behavior: The role of typicality. In C. Changing intergroup cognitions and intergroup behavior: Sedikides, J. Schopler, & C. Insko, *Intergroup cognition and intergroup behavior* (p. 367–392). Mahwah, NJ: Erlbaum L.
- Hewstone, M., & Voci, A. (2009). Diversità e integrazione: il ruolo del contatto intergruppi nei processi di riduzione del pregiudizio e risoluzione dei conflitti. *Psicologia Sociale*, 1:9-28 .
- Hewstone, M., Rubin, M., & Willis, H. (2002). Intergroup bias. *Annual review of psychology*, 36, 103-124.
- Hinkle, S., & Brown, R. (1990). Intergroup comparisons and social identity: Some links and lacunae. . In D. Abrams, & H. MA., *Social identity theory: Constructive and critical advances* (p. 48-70). New York: Springer-Verlag.
- Hodson, G., & Costello, K. (2007). Interpersonal Disugust, Ideological Orientations, and Dehumanization as predictors of Intergroup Attitudes. *Psychological Sciences*, 18, 691-698.
- Hogg, M., & Abrams, D. (1988). *Social Identifications: A Social Psychology of Intergroup Relations and Group Processes*. London: Routledge.
- Holland, A. (2014). The Lived Experience of Teaching About Race in Cultural Nursing Education. *Journal of Transcultural Nursing*, 1043659614523995.
- Husnu, S., & Crisp, R. (2010). Elaboration enhances the imagined contact effect. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 943-950.
- Islam, M., & Hewstone, M. (1993). Dimensions of contact as predictors of intergroup anxiety, perceived out-group variability, and out-group attitude: an integrative model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19 (6), 700-710.
- Jackson, S. (1996). The consequences of diversity in multidisciplinary work teams. In W. West, *Handbook of Work Group Psychology* (p. 53-76). Chichester: Wiley.
- Jetten, J., Spears, R., Hogg, M., & Manstead, A. (2000). Legitimacy of discrimination: Group variability and unfavorable group differences. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 329-356.

- Jost, J., Pelham, B., & Carvallo, M. (2002). Non-conscious forms of system justification: Implicit and behavioral preferences for higher status groups. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 586-602.
- Joyce, N., & Harwood, J. (2014). Improving Intergroup Attitudes through Televised Vicarious Intergroup Contact. *Communication Research*, 41(5), 627-643 .
- Judd, C., James-Hawkins, L., Yzerbyt, V., & Kashima, Y. (2005). Fundamental dimensions of social judgment: understanding the relations between judgments of competence and warmth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6), 899.
- Katz, I., Wackenhut, J., & Hass, R. (1986). Racial ambivalence, value duality, and behavior. In J. G. Dovidio, *Prejudice, discrimination, and racism* (p. 35–59). Orlando: Dovidio & Gaertner.
- Kervyn, N., Yzerbyt, V., Demoulin, S., & Judd, C. (2008). Competence and warmth in context: The compensatory nature of stereotypic views of national groups. *European Journal of Social Psychology*, 38(7), 1175-1183.
- Kingma, M. (1999). Discrimination in Nursing. *Internal Nursing Review*, 46(3), 87-91.
- Kleinpenning, G., & Hagendoorn, L. (1993). Forms of racism and the cumulative dimension of ethnic attitudes. *Social Psychology Quarterly*, 56, 21-36.
- Kosowski, M., & Grams, K. (2001). They took the time ... they started to care: stories of African-American nursing students in intercultural caring groups. *Advanced Nursing Science*, 23(3), 11-27.
- Lancellotti, K. (2008). Culture care theory: a framework for expanding awareness of diversity and racism in nursing education. *Journal of Professional Nursing* , 24(3), 179-83.
- Larsen, J. (2007). Embodiment of discrimination and overseas nurses' career progression. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2187-95.
- Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.
- Levin, S., Sidanius, J., Rabinowitz, J., & Federico, C. (1998). Ethnic identity, legitimizing ideologies and social status: a matter of ideological asymmetry. *Political Psychology*, 19, 373-404.
- LeVine, R., & Campbell, D. (1972). *Ethnocentrism*. New York: John Wiley.
- Leyens, J., Demoulin, S., Vaes, J., Gaunt, R., & Paladino, P. (2007). Infrahumanization: The wall of group differences. *Social Issues and Policy Review*, 1, 139–172.

- Leyens, J., Rodriguez-Perez, A., Rodriguez-Torres, R., Gaunt, R., Paladino, M., Vaes, J., & al., e. (2001). Psychological essentialism and the differential attribution of uniquely human emotions to ingroups and outgroups. *European Journal of Social Psychology*, 31, 395–411.
- Liebkind, K., & McAlister, A. (1999.). Extended contact through peer modelling to promote tolerance in Finland. *European Journal of Social Psychology*, 29, 765-780.
- Likupe, G. (2006). Experiences of African nurses in the UK National Health Service: a literature review. *Journal Clinical Nursing*, 1213-1220.
- Lindqvist, SM., & Reeves, S. (2007). Facilitators' perceptions of delivering interprofessional education: a qualitative study. *Medical Teacher*, 29(4), 403-405.
- Linton, R. (1936). *The study of man, an introduction*. New York. Appleton Century Crofts, Inc.
- Loftin, C., Newman, S., Dumas, B., Gilden, G., & Bond, M. (2012). Perceived barriers to success for minority nursing students: An integrative review. *International Scholarly Research Notices*, 2012.
- López-Rodríguez, L., Zagefka, H., Navas, M., & Cuadrado, I. (2014). Explaining majority members' acculturation preferences for minority members: A mediation model. *International Journal of Intercultural Relations*, 38, 36-46.
- Love, K. (2010). The lived experience of socialization among african american nursing students in a predominantly white university. *Journal Transcultural Nursing*, 21(4), 342-350.
- Mackie, D., & Smith, E. (1998). Intergroup relations: insights from a theoretically integrative approach. *Psychologic Review*, 105, 499–529.
- Mackie, D., & Smith, E. (2002). *From prejudice to intergroup emotions: differentiated reactions to social groups*. Philadelphia: Psychology Press.
- Macrae, C., Bodenhausen, G., Milne, A., & Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 808–817.
- Malecha, A., Tart, K., & Junious, D. (2012). Foreign-born nursing students in the United States: a literature review. *Journal of Professional Nursing*, 28, 297-305.
- Manganelli Rattazzi, A., Bobbio, A., & Canova, L. (2007). A short version of the Right-Wing Authoritarianism (RWA) Scale. *Personality and Individual Differences*, 43, 1223-1234.

- Manganelli, A., Bobbio, A., & Canova, L. (2008). La motivazione a rispondere senza pregiudizio: due studi sulla validazione della scala di Plant e Devine. *Giornale di Psicologia*, 2(3), 131.
- Mapedzahama, V., Rudge, T., West, S., & Perron, A. (2012). Nurse in white space? Rethinking the in/visibility of race within the Australian nursing workplace. *Nursing Inquiry*, 19; 153-164.
- Marini, F., & Mondo, M. (2008). *Il benessere nei contesti lavorativi e formativi*. Roma: Carocci.
- Mazzara, B. (1997). *Stereotipi e pregiudizi*. Bologna: Il Mulino.
- McConahay, J. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern racism scale. In J. Dovidio, *Prejudice, discrimination, and racism* (p. 91–125). Orlando: Dovidio & Gaertner.
- Mellin, E., Bronstein, L., Anderson-Butcher, D., Amorose, A., Ball, A., & Green, J. (2010). Measuring interprofessional team collaboration in expanded school mental health: model refinement and scale development. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 514-23.
- Ministero dell'Interno, D. L. (2013, Maggio). *EMN European Migration Network*. From Sito web EMN: <http://www.emnitaly.it/images/publ/10/ita.pdf>
- Mohaupt, J., Van Soeren, M., Andrusyszyn, M., Macmillan, K., Devlin-Cop, S., & Reeves, S. (2012). Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 370-375.
- Monanni, M. (2011). *diritti, uguaglianza, integrazione*. Roma: Collana dell'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali, Armando Editore.
- Mu, K., & Brasic Royeen, C. (2004). Interprofessional vs. interdisciplinary services in school-based occupational therapy practice. *Occupational Therapy International*, 11, 244-247.
- Murphy, S., Censullo, M., Cameron, D., & Baigis, J. (2007). Improving cross-cultural communication in health professions education. *Journal of Nursing Education*, 46(8), 367-372.
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: a note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45, 19–30.
- Muthén, L., & Muthén, B. (2012). *MPLUS (7)*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

- Nairn, S., Hardy, C., Parumal, L., & Williams, G. (2004). Multicultural or anti-racist teaching in nurse education: a critical appraisal. *Nurse Education Today*, 188-195.
- Newton, S., Pillay, J., & Higginbottom, G. (2012). The migration and transitioning experiences of internationally educated nurses: a global perspective. *Journal of Nursing Management*. 20(4), 534-550
- Oakes, P., & Turner, J. (1990). Is limited information processing capacity the cause of social stereotyping. *European review of Social Psychology*, 1 (1), 111–135.
- O'Brien, T. (2007). Overseas nurses in the National Health Service: a process of deskilling. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2229-36.
- Omeri A. (2006). Workplace practices with mental health implications impacting on recruitment and retention of overseas nurses in the context of nursing shortages. *Contemporary Nurse*. 21(1), 50-61.
- Otten, S., Mummendey, M., & Blanz, M. (1996). Intergroup discrimination in positive and negative outcome allocations: Impact of stimulus valence, relative group status and relative group size. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 568-581.
- Pacilli, M. (2008). Le forme moderne di pregiudizio etnico: proposte teoriche e strumenti di misura. *Psicologia Sociale*, vol. 2 pp. 225-260.
- Page-Gould, E., Mendoza-Denton, R., & Tropp, L. (2008). With a little help from my cross-group friend: reducing anxiety in intergroup contexts through cross-group friendship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1080.
- Pagliaro, S. (2010). dell'appartenenza ad un gruppo di basso status: una rassegna della letteratura. *Psicologia Sociale*, 1, 29-58.
- Paolini, S., Harwood, J., & Rubin, M. (2010). Negative intergroup contact makes group memberships salient: Explaining why intergroup conflict endures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 1723-1738.
- Paolini, S., Hewstone, M., Cairns, E., & Voci, A. (2004). Effects of direct and indirect cross-group friendships on judgments of Catholics and Protestants in Northern Ireland: The mediating role of an anxiety-reduction mechanism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(6), 770-786.
- Paolini, S., Hewstone, M., Voci, A., Harwood, J., & Cairns, E. (2006). Intergroup contact and the promotion of intergroup harmony: The influence of intergroup emotions. In D. C. R. Brown, *Social identities: Motivational, emotional, and* (pp. 209-238.). Hove, E. Sussex: Psychology Press.

- Pérez, J., Moscovici, S., & Chulvi, B. (2007). The taboo against group contact: Hypothesis of Gypsy ontologization. *British Journal of Social Psychology*, 46, 249-272.
- Pettigrew, T. (1986). *The intergroup contact hypothesis reconsidered*. In B. Blackwell, *Contact and conflict in intergroup encounters* (p. 169-195). London: M. Hewstone & R. Brown.
- Pettigrew, T. (1997). Generalized intergroup contact effects on prejudice. *personality and Social Psychology bulletin*, 23(2), 173-185.
- Pettigrew, T. (1998). intergroup contact theory. *annual review of psychology*, 49, 65-85.
- Pettigrew, T. (2008). Future directions for intergroup contact theory and research. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 187-199.
- Pettigrew, T. (2009). Secondary Transfer Effect: do Intergroup Contact Effects Spread to Noncontacted Outgroups? *Social Psychology*, 55-65.
- Pettigrew, T., & Meertens, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Pettigrew, T., & Tropp, L. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751-783.
- Pettigrew, T., & Tropp, L. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38(6), 922-934.
- Pettigrew, T., Tropp, L., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35; 271-280.
- Pinikahana, J., Manias, E., & Happell, B. (2003). Transcultural Nursing in Australian nursing curricula. *Nursing and Health Sciences*, 5(2), 149-154.
- Pittman P, Davis C, Shaffer F, Herrera CN, Bennett C. (2014). Perceptions of employment-based discrimination among newly arrived foreign-educated nurses. *American Journal of Nursing*. 114(1), 26-35.
- Plant, E., & Devine, P. (2003). The Antecedents and Implications of Interracial Anxiety. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 709-801.
- Podsakoff, PM., MacKenzie, SB., Lee, JY., & Podsakoff, NP. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of applied psychology*, 88(5), 879-903.
- Pratto, F., Çidam, A., Stewart, A., Zeineddine, F., Aranda, M., Aiello, A., et al. (2013). Social Dominance in Context and in Individuals Contextual Moderation of Robust Effects

- of Social Dominance Orientation in 15 Languages and 20 Countries. *Social Psychological and Personality Science*, 1948550612473663.
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L., & Malle, B. (1994). Social Dominance Orientation: A Personality Variable Predicting Social and Political Attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763.
- Rappaport, N., Osher, D., Greenberg Garrison, E., Anderson-Ketchmark, C., & Dwyer, K. (2003). Enhancing collaboration within and across disciplines to advance mental health programs in schools. In S. E. M.D. Weist, *Handbook of school mental health: Advancing practice and research* (p. 107-118). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ratner, K., Dotsch, R., Wigboldus, D., Van Knippenberg, A., & Amodio, D. (2014). Visualizing minimal ingroup and outgroup faces: Implications for impressions, attitudes, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(6), 897-911.
- Robinson, O. (2013). Telling the story of role conflict among Black nurses and Black nursing students: a literature review. *Journal of Nursing Education*, 52(9), 517-524.
- Rosenberg, M., & Hovland, C. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. In C. H. M.J. Rosenberg, *Attitudes Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Component* (p. 1-14). New Haven, Yale University Press: M.J. Rosenberg, C.I. Hovland, W.J. McGuire, R.P. Abelson, J.W. Brehm .
- Rothbart, M., & John, O. (1985). Social categorization and behavioral episodes: A cognitive analysis of the effects of intergroup contact. *Journal of Social Issues*, 41, 81–104.
- Rubin, D., & Lannutti, P. (2001). *transcultural realities: Interdisciplinary perspectives on cross-cultural relations*. Beverly Hills: sage p. 313-326.
- Rubin, M., & Hewstone, M. (2004). Social Identity, System Justification, and Social Dominance: Commentary on Reicher, Jost et al., and Sidanius et al. . *Political Psychology*, 25, 823-844.
- Rudman, L., Feinberg, J., & Fairchild, K. (2002). Minority members' implicit attitudes: Automatic ingroup bias as a function of group status. *Social Cognition*, 20(4), 294-320.
- Saguy, T., Tausch, N., Dovidio, J., & Pratto, F. (2009). The irony of harmony: intergroup contact can produce false expectations for equality. *Psychological Science*, 20(1), 114-21.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66(4), 507-514.

- Schmid, K., Al Ramiah, A., & Hewstone, M. (2014). Neighborhood ethnic diversity and trust: the role of intergroup contact and perceived threat. *Psychological Science*, 25(3), 665-74.
- Schmid, K., Hewstone, M., Küpper, B., Zick, A., & Tausch, N. (2014). Reducing aggressive intergroup action tendencies: effects of intergroup contact via perceived intergroup threat. *Aggressive Behaviour*, 40(3), 250-62.
- Schmid, K., Hewstone, M., Küpper, B., Zick, A., & Wagner, U. (2012). Secondary Transfer Effects of Intergroup Contact A Cross-National Comparison in Europe. *Social Psychology Quarterly*, 75(1), 28-51.
- Schubert, T., & Otten, S. (2002). Overlap of self, ingroup, and outgroup: Pictorial measures of self-categorization. *Self & Identity*, 1(4), 535-576.
- Scior, K., Addai-Davis, J., Kenyon, M., & Sheridan, J. (2013). Stigma, public awareness about intellectual disability and attitudes to inclusion among different ethnic groups. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(11), 1014-26.
- Schwartz, LK., & Simmons, J. P. (2001). Contact quality and attitudes toward the elderly. *Educational Gerontology*, 27, 127-137.
- Seago, J., & Spetz, J. (2005). California's minority majority and the white face of nursing. *Journal of Nursing Education*, 555-561.
- Seago, J., & Spetz, J. (2005). California's minority majority and the white face of nursing. *Journal of Nursing Education*, 44(12), 555-562.
- Sears, D. (1988). Symbolic racism. In P. Katz, & T. DA., *Eliminating racism: Profiles* (p. 53-84). New York: Katz & Taylor.
- Sengupta, N., & Sibley, C. (2013). Perpetuating one's own disadvantage: intergroup contact enables the ideological legitimization of inequality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(11), 1391-403.
- Sherif, M. (1966). *Group conflict and cooperation: Their Social Psychology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Sherif, M., & Sherif, C. (1969). *Groups in harmony and tension: an integration of studies on intergroup relations*. New York: Octagon books.
- Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social Dominance: An Intergroup Theory of Social Hierarchy and Oppression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith, E. (1993). *Social identity and social emotions: Toward new conceptualizations of prejudice*. San Diego: Academic Press, pp. 297-315.

- Smith, E. (1999). Affective and cognitive implications of a group becoming part of the self: new model of prejudice and the self concept. In M. H. D. Abrams, *Social Identity and Social Cognition*. Oxford: Blackwell.
- Smith, E., & Mackie, M. (1999). *Psicologia Sociale*. Bologna: Zanichelli.
- Smith, E., Miller, D., Maitner, A., Crump, S., Garcia-Marques, T., & Mackie, D. (2006). Familiarity can increase stereotyping. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 471-478.
- Sollami, A., Caricati, L., & Sarli, L. (2014). Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. *Journal of Interprofessional Care*, (0), 1-7.
- Spencer-Rodgers, J., & McGovern, T. (2002). Attitudes toward the culturally different: The role of intercultural communication barriers, affective responses, consensual stereotypes, and perceived threat. *International Journal of Intercultural Relations*, 26, 609-631.
- Stathi, S., & Crisp, R. (2008). Imagining intergroup contact promotes projection to outgroups. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(4), 943-957.
- Speltini, G., & Polmonari, A. (1999). *I gruppi sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Stephan, W., & Finlay, K. (1999). The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 55, 729-743.
- Stephan, W., & Stephan, C. (1985). Intergroup anxiety. *Journal of Social Issues*, 41, 157-175.
- Stephan, W., & Stephan, C. (1996). Predicting prejudice. *International Journal of Intercultural Relations*, 20, 409-425.
- Stephan, W., & Stephan, C. (2000). *An integrated threat theory of prejudice*. Mahwah New Jersey: Erlbaum.
- Stephan, W., & Stephan, C. (2000). An integrates threat theory of prejudice. In S. Oskamp, *Reducing prejudice and discrimination* (p. 23-46). Hillsdale NJ: Erlbaum Lawrence.
- Stephan, W., Boniecki, K., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K., Jackson, L., & al., e. (2002). The role of threats in the racial attitudes of blacks and whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1242-1254.
- Stephan, W., Diaz-Loving, R., & Duran, A. (2000). Integrated Threat Theory and Intercultural Attitudes Mexico and the United States. . *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(2), 240-249.

- Stephan, W., Ybarra, O., & Bachman, G. (1999). Prejudice toward immigrants. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 2221-2237.
- Stephan, W., Ybarra, O., Martinez, C., Schwarzwald, J., & Tur-Kaspa, M. (1998). Prejudice toward Immigrants to Spain and Israel An Integrated Threat Theory Analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29(4), 559-576.
- Strasser, D., & Falconer, J. (1997). Linking treatment to outcomes through teams: Building a conceptual model of rehabilitation effectiveness. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 4(1), 15-27.
- Sullivan, DT., & Godfrey, NS. (2012). Preparing nursing students to be effective health team partners through interprofessional education. *Creative Nursing*, 18(2), 57-63.
- Tajfel, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*, 223(5), 96-102.
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information/sur les sciences sociales*.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations (European Monographs in Social Psychology, No. 14)*. London: Academic Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. (1979). *An integrative theory of intergroup conflict*. London, New York: European Association of Experimental Social Psychology by Academic Press.
- Tajfel, H., Billig, M., Bundy, R., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. . *European Journal of Social Psychology*, 1(2) , 149-178.
- Tam, T., Hewstone, M., Harwood, J., Voci, A., & Kenworthy, J. (2006). Intergroup contact and grandparent–grandchild communication: The effects of self-disclosure on implicit and explicit biases against older people. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(3), 413-429.
- Tausch, N., Hewstone, M., Kenworthy, J., Psaltis, C., Schmid, K., Popan, J., & Hughes, J. (2010). Secondary transfer effects of intergroup contact: Alternative accounts and underlying processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(2), 282-302.
- Tausch, N., Tam, T., Hewstone, M., Kenworthy, J., & Cairns, E. (2007). Individual-level and group-level mediators of contact effects in Northern Ireland: The moderating role of social identification. *British Journal of Social Psychology*, 46, 541-556.
- Trentin, R., & Monaci, M. (2009). emozioni reciproche intergruppo: cosa proviamo noi e cosa pensiamo che provino loro. *Psicologia Sociale*, 3, 381-405.

- Turner, J., & Reynolds, K. (2001). The social identity perspective in intergroup relations: theories, themes, and controversies . In R. Brown, & S. Gaertner, *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intergroup Processes* (p. 133-152). Malden, MA: Blackwell .
- Turner, R., & Crisp, R. (2010). Imagining intergroup contact reduces implicit prejudice. *British Journal of Social Psychology.*, 49: 129-142.
- Turner, R., Crisp, R., & Lambert, E. (2007). Imagining intergroup contact can improve intergroup attitudes. *Group Processes and Intergroup Relations.*, 10, 427-441.
- Turner, R., Hewstone, M., & Voci, A. (2007). Reducing explicit and implicit outgroup prejudice via direct and extended contact: The mediating role of self-disclosure and intergroup anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(3), 369.
- Turner, R., Hewstone, M., Voci, A., & Vonofakou, C. (2008). A test of the extended intergroup contact hypothesis: the mediating role of intergroup anxiety, perceived ingroup and outgroup norms, and inclusion of the outgroup in the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(4), 843.
- Turner, R., Hewstone, M., Voci, A., & Vonofakou, C. (2008). A test of the extended intergroup contact hypothesis: The mediating role of intergroup anxiety, perceived ingroup and outgroup norms, and inclusion of the outgroup in the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 843-860.
- Turner, R., Hewstone, M., Voci, A., Paolini, S., & Christ, O. (2007). Reducing prejudice via direct and extended cross-group friendship. *European Review of Social Psychology*, 18, 212-255.
- Tyler, T., & Smith, H. (1998). Social justice and social movements. In S. F. D. Gilbert, *Handbook of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 595-629). New York: Erlbaum.
- Tyler, T., Schulhofer, S., & Huq, A. (2010). Legitimacy and deterrence effects in counterterrorism policing: A study of Muslim Americans. *Law & Society Review*, 44(2), 365-402.
- Van Dijk, J. (2013). *Diversity, status, and performance*. Zwolle: Ipskamp Drukkers.
- Van Hiel, A., & Mervielde, I. (2005). Authoritarianism and social dominance orientation: relationships with various forms of racism. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 2323-2344.
- Venza, G. (2007). *Dinamiche di gruppo e tecniche di gruppo nel lavoro educativo e formativo*. Milano: Franco Angeli.

- Vezzali, L., & Giovannini, D. (2012). Secondary Transfer Effect of Intergroup Contact: The Role of Intergroup Attitudes, Intergroup Anxiety and Perspective Taking. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 22(2), 125–144.
- Vezzali, L., & Giovannini, D. (2013). Contatto esteso: mediatori, moderatori e interventi in contesti naturalistici. *Ricerche di psicologia*, 2, 209-240.
- Vezzali, L., Giovannini, D., & Capozza, D. (2012). Social antecedents. *European Journal of Developmental Psychology*, 9569-581.
- Vezzali, L., Giovannini, D., Bergamini, G., Davolio, G., De Zorzi Poggioli, L., & Capozza, D. (2013). Come rendere più umani gli altri gruppi: effetti del contatto intergruppi sull'infraumanizzazione dell'outgroup. *In-Mind Italia*, 4, 20-26.
- Vezzali, L., Hewstone, M., Giovannini, D., Capozza, D., & Trifiletti, E. (manuscript in preparation). Effetti del contatto esteso in bambini di scuola elementare appartenenti ai gruppi di maggioranza e minoranza: moderazione del contatto diretto e mediazione dell'empatia.
- Villaruel, A., Canales, M., & Torres, S. (2001). Bridges and barriers: educational mobility of Hispanic nurses. *Journal of Nursing Education*, 40(6), 245-51.
- Visintin, E. (2013). Disentangling the role of different forms of contact: Effects on intergroup emotions, prejudice and outgroup humanization. *Unpublished doctoral dissertation; University of Padova Italy*.
- Voci, A., & Hewstone, M. (2003). Intergroup Contact and Prejudice Toward Immigrants in Italy: The Mediational Role of Anxiety and the Moderational Role of Group Salience. *Group Processes & Intergroup Relations*, 6, 37-54.
- Vorauer, J., & Sasaki, S. (2009). Helpful only in the abstract? *Psychological Science*, 20(2), 191-7.
- Waxman, R., Weist, M., & Benson, D. (1999). Toward collaboration in the growing education-mental health interface. *Clinical Psychology Review*, 19, 239–253.
- Weber, M. (1981). *Economia e società: Teoria della categorie sociologiche* (Vol. 1). Edizioni di Comunità.
- West, K., Hewstone, M., & Lolliot, S. (2014). Intergroup contact and prejudice against people with schizophrenia. *Journal of Social Psychology*, 154(3), 217-32.
- West, K., Holmes, E., & Hewstone, M. (2011). enhancing imagined contact to reduce prejudice against people with schizophrenia. *Group process & intergroup relations*, 14, 407-428.

- Whitley, B. (1999). Right-wing authoritarianism, social dominance orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 144-170.
- Wilder, D. (1984). Intergroup contact: The typical member and the exception to the rule. *Journal of Experimental Social Psychology*, 20, 177–194.
- Wilder, D., & Simon, AF. (2001). Affect as a cause of intergroup bias. Blackwell handbook of social psychology. *Intergroup processes*, 153-172.
- Wright, S., Aron, A., McLaughlin-Volpe, T., & Ropp, S. (1997). The extended contact effect: Knowledge of cross-group friendships and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 73-90.
- Xiao, L., Shen, J., & Paterson, J. (2013). Cross-Cultural Comparison of Attitudes and Preferences for Care of the Elderly Among Australian and Chinese Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(4), 408-16.
- Xu Y, Gutierrez A, Kim SH. (2008). Adaptation and transformation through (un)learning: lived experiences of immigrant Chinese nurses in US healthcare environment. *Advances in Nursing Science*. 31(2), 33-47
- Yang, L., Lo, G., WonPat-Borja, A., Singla, D., Link, B., & Phillips, M. (2012). Effects of labeling and interpersonal contact upon attitudes towards schizophrenia: implications for reducing mental illness stigma in urban China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9) 1459-73.
- Zimet, GD. (1992). Attitudes of teenagers who know someone with AIDS. *Psychological Reports*, 70(3c), 1169-1170.

APPENDICI

APPENDICE 1: DISTRIBUZIONE CAMPIONARIA PER U.O.

UNITA' OPERATIVE	MEDICO	INFE		TOTALE
		RMIERE	OSS	
Malattie Infettive Degenza	5	9	7	21
Clinica Terapia Medica	4	7	4	15
Ematologia CTMO	2	18	4	24
Oncologia DH	1	3	2	6
Oncologia Degenza	3	9	3	15
Radioterapia	3	7	2	12
T.I.P.O.	8	6	4	18
Medicina Interna Indirizzo Angiologico	2	7	2	11
Trattamento Intensivo Diabete	3	6	3	12
Gastro Endoscopia	0	2	0	2
Reumatologia	3	4	6	13
Clinica Immunologica Degenza	3	8	2	13
Rene Acuti	2	12	5	19
Nefrologia Degenza	1	4	4	9
Ambulatorio Emodialisi	4	18	6	28
Cardiologia Torre	3	7	3	13
Semeiotica	3	4	4	11
Cardiochirurgia Deg.	7	21	2	30
Cardiochirurgia T.I.	3	6	5	14
UTIC	5	16	1	22
Cardiologia Ambulatorio	4	14	2	20
Emodinamica	3	7	3	13
UTIR	2	5	2	9
Lungodegenza Critica	6	4	1	11
Degenza Interna	1	5	3	9
Clinica Geriatrica	9	12	4	25
Geriatrica Degenza	6	8	2	16
Lidi	3	8	3	14
Medicina Riabilitativa	0	3	2	5
Neurochirurgia Degenza	1	4	5	10
Clinica Ortopedica	1	8	1	10
Ortopedia Degenza	0	7	2	9
Degenza Breve Chirurgica	2	3	2	7
Chirurgia DH	1	3	1	5
Centro Ustioni	7	13	4	24
TI Neonatale	1	0	2	3
Oncopediatria DH	3	11	5	19
Clinica Pediatrica	2	12	1	15
Astanteria Pediatrica	5	9	6	20

Dsurgery Pediatria	0	4	1	5
Pronto Soccorso	10	25	10	45
Medicina D'urgenza	2	11	5	18
Pronto Soccorso Obi	1	6	0	7
Chirurgia D'urgenza	0	2	0	2
Rianimazione	1	22	3	26
Rx Ps	0	2	0	2
Senologia	0	5	0	5
Neuroradiologia	1	4	1	6
Medicina Riabilitativa Monticelli	3	3	2	8
OBI Ortopedia	1	2	0	3

APPENDICE 2: DISTRIBUZIONE DEI PROFESSIONISTI SUI 3 LIVELLI DI CONTATTO DELLE U.O.

UNITA' OPERATIVA	LIV. CONTATTO 1	LIV. CONTATTO 2	LIV. CONTATTO 3	Totale
MALATTIE INFETTIVE DEGENZA	0	21	0	21
CLINICA TERAPIA MEDICA	0	15	0	15
EMATOLOGIA CTMO	0	24	0	24
ONCOLOGIA DH	0	6	0	6
ONCOLOGIA DEGENZA	0	15	0	15
RADIOTERAPIA	0	0	12	12
TIPO	18	0	0	18
MEDICINA INTERNA INDIRIZZO ANGIOLOGICO	0	11	0	11
TRATTAMENTO INTENSIVO DIABETE	0	12	0	12
GASTRO ENDOSCOPIA	2	0	0	2
REUMATOLOGIA	0	0	13	13
CLINICA IMMUNOLOGICA DEGENZA	0	0	13	13
RENE ACUTI	0	19	0	19
NEFROLOGIA DEGENZA	0	0	9	9
AMBULATORIO EMODIALISI	0	0	28	28
CARDIOTORRE	0	13	0	13
SEMEIOTICA	0	11	0	11
CCH DEGENZA	0	30	0	30
CCH TERAPIA INTENSIVA	0	0	14	14
UTIC	0	22	0	22
CARDIOLOGIA AMBULATORIO	0	0	20	20
EMODINAMICA	0	0	13	13
UTIR	0	9	0	9
LUNGODEGENZA CRITICA	0	11	0	11
DEGENZA INTERNA	0	9	0	9
CLINICA GERIATRICA	0	25	0	25
GERIATRIA DEGENZA	0	16	0	16
LIDI	0	14	0	14
MEDICINA RIABILITATIVA	0	5	0	5
NCH DEGENZA	0	10	0	10
CLINICA ORTOPEDICA	0	10	0	10
ORTOPEDIA DEGENZA	9	0	0	9
DEGENZA BREVE CHIRURGICA	0	0	7	7
CHIRURGIA DH	0	5	0	5

CENTRO USTIONI	0	24	0	24
TI NEONATALE	0	3	0	3
ONCOPEDIATRIA DH	0	19	0	19
CLINICA PEDIATRICA	15	0	0	15
ASTANTERIA PEDIATRICA	20	0	0	20
DSURGERY PEDIATRIA	0	5	0	5
PS	45	0	0	45
MEDICINA D'URGENZA	0	18	0	18
PS OBI	7	0	0	7
CHIRURGIA URGENZA	2	0	0	2
RIANIMAZIONE	0	26	0	26
RX PS	0	2	0	2
SENOLOGIA	0	0	5	5
NEURORADIOLOGIA	0	0	6	6
MEDICINA RIABIL MONTICELLI	0	8	0	8
OBI ORTOPEDIA	0	0	3	3
	118	418	143	679

APPENDICE 3: LO STRUMENTO DI RICERCA

CODICE QUESTIONARIO: _____



Facoltà di Lettere Arti Storia
e Società

Gentile Professionista,

nelle pagine che seguono Le verrà chiesto di rispondere a qualche domanda.

Le chiediamo di rispondere nel modo più sincero possibile, ricordando che non esistono risposte giuste o sbagliate.

La preghiamo di non leggere prima tutte le domande, ma di sfogliare e di rispondere al questionario nell'ordine in cui le viene presentato.

La compilazione richiederà circa 15 minuti

I dati raccolti con il presente questionario saranno utilizzati per un progetto di Dottorato inerente il contatto tra Professionisti Sanitari e utenza condotto presso le Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera di Parma.

Garantendole il più assoluto ANONIMATO, e che i dati verranno pubblicati unicamente in forma aggregata, la ringraziamo per la Sua preziosa collaborazione

Ai sensi dell'art. 12 della legge 31-12-'96 n. 675 e delle successive modificazioni (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), la raccolta di questi dati personali è finalizzata unicamente a scopi di ricerca scientifica e il trattamento avverrà in forma anonima. **Il conduttore dello studio è Giuseppe Marletta** (gmarletta@ao.pr.it tel. 4761). **La responsabile del trattamento dei dati è la Professoressa Tiziana Mancini** (tiziana.mancini@unipr.it)

La compilazione e la restituzione/invio del questionario esprimono il consenso al trattamento dei suoi dati da parte Vostra per le finalità e con le modalità sopra precisate

Le chiediamo di indicare alcune informazioni riguardo il suo lavoro. Le ricordiamo che il questionario è anonimo. I dati che ci fornirà verranno utilizzati sono in forma aggregata.

Quale è la Sua Professione? ☐ Medico
☐ Infermiere
☐ OSS

Qual è il suo titolo di studio? ☐ Licenza elementare
☐ Licenza media
☐ Diploma di Maturità
☐ Laurea triennale o diploma di laurea o equipollenti
☐ Laurea Magistrale o laurea quinquennale
☐ Formazione post laurea (master I e II livello)
☐ Dottorato di ricerca

Da quanti anni lavora nell'U.O. attuale? ☐ meno di 2 anni
☐ da 2 a 10 anni
☐ da 11 a 20 anni
☐ Oltre 20 anni

Le domande che seguono riguardano le persone che vivono in Italia ma che provengono da altri paesi come ad esempio l'**Asia** (Cina, Filippine, India, Indonesia etc), l'**Europa dell'est** (Albania, Bulgaria, Moldavia, Romania, Ucraina, Polonia etc), l'**Africa** (Marocco, Tunisia, Algeria, Camerun, Senegal, Ghana etc), il **Sud America** (Argentina, Bolivia, Brasile, Ecuador, Paraguay etc)

Per riferirci a queste persone utilizzeremo da qui in avanti il termine **"immigrati"**.

Le chiediamo di rispondere alle domande che seguono indicando con un cerchio o una croce la risposta che meglio si adatta a Lei. Per rispondere segua l'esempio qui sotto riportato:

Nel lavoro di ogni giorno, quanto spesso le capita di sentirsi realizzato/a?

Mai

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Molto spesso

In casi come questi cerchi o croci UN SOLO NUMERO

Questa parte del questionario riguarda il **contatto con gli immigrati** all'interno dell' U.O in cui lavora attualmente. Le chiediamo di fornire una risposta per ciascuna delle domande che seguono

Nell'U.O in cui lavora attualmente, quanto contatto ha con lavoratori immigrati?

Nessuno

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Tantissimo

Nel lavoro di ogni giorno, quanto spesso interagisce con lavoratori immigrati nella sua U.O.?

Mai

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Molto spesso

Quante persone che lavorano con lei nella sua U.O. sono immigrati?

Nessuno	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Più di 10
---------	-----	-----	-----	-----	------	-----------

Come descriverebbe il tipo di contatto che ha con i lavoratori immigrati nella sua attuale U.O.? Dia una risposta per ogni riga

Involontario	2	1	0	1	2	Volontario
Naturale	2	1	0	1	2	Forzato
Spiacevole	2	1	0	1	2	Piacevole
Competitivo	2	1	0	1	2	Cooperativo

Immagini ora di trovarsi in **un'ipotetica situazione lavorativa in cui una buona parte (circa 1/3) degli altri lavoratori sono immigrati**: come pensa che si sentirebbe?

Risponda tenendo conto che 1 = "Per niente", 5 = "Moltissimo" e che gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

	<i>Per Niente</i>				<i>Moltissim o</i>
A disagio	1	2	3	4	5
Contento	1	2	3	4	5
Sospettoso	1	2	3	4	5
Rilassato	1	2	3	4	5
Imbarazzato	1	2	3	4	5
Con la mente aperta	1	2	3	4	5
Infastidito	1	2	3	4	5

Faccia ora riferimento agli immigrati con i quali lei ha contatti **al di fuori del suo contesto di lavoro.**

Quanto spesso le capita di avere contatti (ad esempio di parlare o di fare cose insieme) con immigrati?

Mai

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Molto spesso

Che idea si è fatto di queste persone in generale?

Molto negativa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Molto positiva

E' d'accordo o in disaccordo con l'idea che gli immigrati debbano vivere in Italia **secondo le tradizioni del loro paese d'origine**

Molto d'accordo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Molto in disaccordo

E' d'accordo o in disaccordo con l'idea che gli immigrati debbano vivere in Italia **adottando le tradizioni italiane**

Molto d'accordo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Molto in disaccordo

Quanti dei Suoi amici hanno amici immigrati?

Nessuno	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Più di 10
---------	-----	-----	-----	-----	------	-----------

Quanti dei Suoi colleghi di lavoro italiani hanno amici immigrati?

Nessuno	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Più di 10
---------	-----	-----	-----	-----	------	-----------

Quante persone della Sua famiglia hanno amici immigrati?

Nessuno	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Più di 10
---------	-----	-----	-----	-----	------	-----------

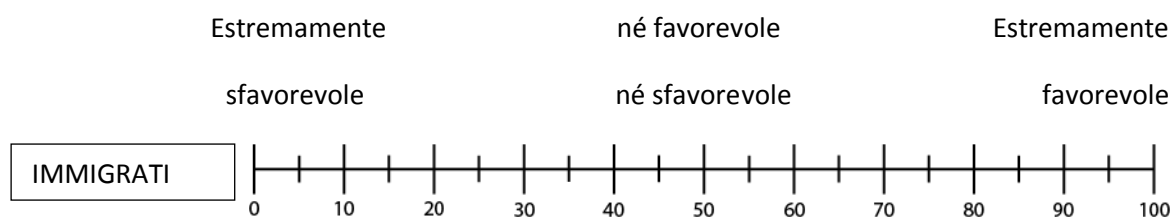
Nel mondo, esistono molti tipi di gruppi: uomini e donne, gruppi etnici, religiosi, nazionali, politici ecc. Lei è in accordo o in disaccordo con le idee espresse nelle seguenti affermazioni? Indichi con una crocetta quanto concorda con ognuna di esse, tenendo conto che: **1 = completo disaccordo** e **5 = completo accordo** e che gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

	COMPLETO DISACCORDO		COMPLETO ACCORDO		
Il nostro Paese ha estremamente bisogno di un leader forte che faccia quello che è necessario per spazzare via gli estremismi e l'immoralità che ci stanno rovinando.	1	2	3	4	5
Gli atei e tutti coloro che non accettano le prescrizioni delle religioni ufficiali sono senza dubbio buoni e morali come chi crede in Dio e frequenta regolarmente la Chiesa.	1	2	3	4	5
Molte delle nostre convenzioni sul comportamento sessuale sono solo consuetudini né migliori né moralmente più sane di quelle seguite da altre persone.	1	2	3	4	5
Molti di quelli che criticano le autorità siano esse dello Stato o quelle ecclesiastiche creano solo dubbi inutili nella testa della gente.	1	2	3	4	5
Non c'è assolutamente niente di immorale nel frequentare i campi per nudisti	1	2	3	4	5
Gli omosessuali e le femministe dovrebbero essere ammirati per il coraggio dimostrato nello sfidare i valori tradizionali sulla famiglia.	1	2	3	4	5
La situazione del nostro Paese sta diventando così preoccupante da giustificare le maniere forti per eliminare gli agitatori e riportarci sulla retta via.	1	2	3	4	5
Ognuno ha diritto al proprio stile di vita alle proprie credenze religiose e alle proprie preferenze sessuali anche se ciò lo rende diverso dagli altri.	1	2	3	4	5
E' molto positivo che oggi i giovani abbiano la libertà di protestare contro ciò che non condividono e che si costruiscano le proprie regole di comportamento.	1	2	3	4	5
Ciò di cui il nostro Paese ha veramente bisogno al posto di ulteriori diritti civili è una buona dose di leggi e di ordine.	1	2	3	4	5
L'obbedienza e il rispetto per le autorità sono le virtù importanti che i bambini dovrebbero imparare.	1	2	3	4	5
La gente dovrebbe sviluppare un proprio sistema di valori e di principi in tema di moralità e dare meno ascolto a ciò che dicono la Chiesa e il Papa.	1	2	3	4	5
L'aumento della criminalità, l'immoralità sessuale e i disordini politici mostrano che dobbiamo reprimere più duramente i comportamenti illeciti e valori morali se vogliamo difendere i nostri valori e preservare la legge e l'ordine.	1	2	3	4	5
Il nostro Paese ha soprattutto bisogno di cittadini disciplinati che seguano compatti i leader nazionali.	1	2	3	4	5
Nello stabilire le priorità, dobbiamo considerare tutti i gruppi.	1	2	3	4	5
Non dobbiamo spingere per l'uguaglianza per tutti i gruppi.	1	2	3	4	5
L'uguaglianza tra gruppi dovrebbe essere il nostro ideale.	1	2	3	4	5
I gruppi superiori dovrebbero dominare i gruppi inferiori.	1	2	3	4	5

Qui di seguito trova una serie di affermazioni che altri intervistati prima di lei hanno fornito in merito ad alcune categorie o gruppi sociali. Indichi con una crocetta quanto concorda con ognuna di esse, tenendo conto che: **1 = completo disaccordo** e **5 = completo accordo** e che gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

	COMPLETO DISACCORDO		COMPLETO ACCORDO		
Penso che gli immigrati abbiano troppo potere economico sulla società italiana	1	2	3	4	5
Penso che gli immigrati abbiano troppo potere politico sulla società italiana	1	2	3	4	5
Penso che gli immigrati abbiano troppa influenza sulla società italiana	1	2	3	4	5
Penso che gli immigrati siano una minaccia per la sicurezza della società italiana	1	2	3	4	5
Penso che gli immigrati stiano occupando posti di lavoro che dovrebbero essere riservati agli italiani	1	2	3	4	5
Gli immigrati dovrebbero imparare a conformarsi alle regole e alle norme della società italiana appena possibile dopo il loro arrivo	1	2	3	4	5
L'immigrazione dall'estero sta minando la cultura italiana.	1	2	3	4	5
I valori e le credenze degli immigrati riguardo al lavoro sono simili a quelli della maggior parte degli italiani.	1	2	3	4	5
I valori e le credenze degli immigrati riguardo alla morale e alla religione, sono simili alle credenze e ai valori della maggior parte degli italiani	1	2	3	4	5
I valori e le credenze degli immigrati riguardo alla famiglia e alla socializzazione dei bambini sono simili a quelli della maggior parte degli italiani	1	2	3	4	5
Le richieste avanzate dagli immigrati per avere gli stessi diritti degli italiani sono condivisibili	1	2	3	4	5
I mass media dedicano poca attenzione agli immigrati e ai loro problemi	1	2	3	4	5
Credo che in Italia gli immigrati siano minacciati dalla presenza di gruppi razzisti	1	2	3	4	5
Sono stati realizzati abbastanza programmi volti all'inserimento lavorativo degli immigrati	1	2	3	4	5
Sono a favore di un'Italia multiculturale	1	2	3	4	5
Gli immigrati stanno andando troppo oltre nel pretendere di avere gli stessi diritti degli italiani	1	2	3	4	5
E' importante investire risorse per insegnare ai figli degli immigrati la loro lingua madre	1	2	3	4	5
Sono necessari programmi speciali per creare lavoro per gli immigrati	1	2	3	4	5

La scala seguente misura il suo atteggiamento nei confronti degli immigrati; i punteggi vanno da 0 a 100. Maggiore è il punteggio, più favorevole è il suo atteggiamento verso di loro: 0 indica un atteggiamento estremamente sfavorevole, 100 indica un atteggiamento estremamente favorevole. Indichi con una crocetta la sua risposta



Le chiediamo ora di pensare alla sua esperienza di lavoro all'interno dell'equipe con cui collabora nell'attuale U.O. e di rispondere alle seguenti affermazioni.

Indichi con una crocetta quanto concorda con ognuna di esse, tenendo conto che: **1 = completo disaccordo** e **5 = completo accordo** e che gli altri numeri esprimono posizioni intermedie

	COMPLETO DISACCORDO		COMPLETO ACCORDO		
I membri del team riflettono sulle strategie al fine di migliorare le loro relazioni al lavoro	1	2	3	4	5
Il team lavora insieme per risolvere i problemi tra i membri	1	2	3	4	5
Il team include dei feedback riguardo il suo processo per rafforzare la sua efficacia	1	2	3	4	5
Continua nella pagina seguente					

	Completo disaccordo			Completo accordo	
Il team valuta come lavora insieme in maniera informale e / o formale	1	2	3	4	5
I membri del team discutono dei conflitti direttamente l'uno con l'altro.	1	2	3	4	5
I membri del team parlano sulle modalità per coinvolgere altri professionisti con diverse competenze nella squadra	1	2	3	4	5
Il team rispetta le opinioni e le novità esposte da ciascun membro	1	2	3	4	5
I membri del team si concentrano sulla comprensione piuttosto che difendere le proprie opinioni specifiche	1	2	3	4	5
All'interno del team esiste la libertà di essere diversi e in disaccordo	1	2	3	4	5
Le regole e/o le responsabilità dei membri del team cambiano in seguito al lavoro di squadra	1	2	3	4	5
Quando è necessario i membri del team assumono compiti diversi dal proprio ruolo.	1	2	3	4	5
il team dipende dai membri con una varietà di ruoli (medici, infermieri, OSS) al fine di implementare le specifiche attività	1	2	3	4	5
Per raggiungere i suoi obiettivi il team fa affidamento ai diversi ruoli dei membri (medici, infermieri, OSS)	1	2	3	4	5
Il team fa distinzione tra le regole e le responsabilità per ciascun membro	1	2	3	4	5

In questo momento della sua vita quanto si sente soddisfatto/a o insoddisfatto/a come professionista ?

Molto soddisfatto/a

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Molto insoddisfatto/a

Continua e termina nella pagina seguente

Le chiediamo infine di indicare alcune informazioni di tipo socio-anagrafico ricordandole che questi dati verranno utilizzati solo in forma aggregata.

Quanti anni ha?

- ☐ fino ai 25 anni
- ☐ dai 26 ai 35
- ☐ dai 36 ai 50
- ☐ dai 51 ai 60 anni
- ☐ Oltre 60 anni

Quale è il Suo sesso? ☐ Maschio ☐ Femmina

In quale Nazione è nato/a? _____

Qual è la Sua attuale nazionalità? ☐ Italiana ☐ Altra (specificare) _____

Qual è la Sua lingua madre? _____

Qual è la Sua Religione?

- ☐ Buddista
- ☐ Cattolica
- ☐ Induista
- ☐ Musulmana
- ☐ Ortodossa Greca
- ☐ Ortodossa Russa
- ☐ Protestante
- ☐ Altra (specificare) _____

RingraziandoLa per avere compilato il presente questionario Le lasciamo uno spazio per potere esprimere eventuali commenti/considerazioni.
