TRICC

Training Intercultural and Bilingual Competencies in Health and Social Care

cooss marche
COOPERATIVA SOCIALE



Competenze multiculturali nel settore sanitario e sociale: la sperimentazione di un percorso formativo nell'ambito del progetto TRICC

Francesca Cesaroni Silvia Coltorti Claudio Sdogati

Education and Culture DG
Lifelong Learning Programme

EACEA
Education, Audiovisual & Culture Executive Agency



Il presente progetto è finanziato con il sostegno del programma LLP – Grundtvig Multilateral Projects della Commissione europea.

L' autore è il solo responsabile di questa pubblicazione e la Commissione declina ogni responsabilità sull'uso che potrà essere fatto delle informazioni in essa contenute



Competenze multiculturali nel settore sanitario e sociale: la sperimentazione di un percorso formativo nell'ambito del progetto TRICC

di
Francesca Cesaroni
Silvia Coltorti
Claudio Sdogati

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti coloro che, con il loro interessamento e coinvolgimento, hanno contribuito alla realizzazione di tale lavoro. In particolare:

la Zona Territoriale 5 dell'ASUR Regione Marche;
l'U.O. Formazione dell'ASUR ZT5;
i partner del progetto TRICC;
i medici, gli infermieri, gli assistenti sociali e gli educatori che hanno acconsentito a far parte del gruppo pilota dell'iniziativa formativa.

Si ringraziano inoltre i docenti del corso: Francesco Mattioni e Silvano Fiordelmondo del Teatro Pirata e Francesco Vacchiano.

Un ringraziamento speciale a Patrizia Brutti, Emiljia Zecevic, Ombretta Piccioni e Vincenzo Adamo per il loro prezioso contributo e la loro disponibilità.

INDICE

Sintesi 9

PARTE PRIMA

Introduzione 47

Il perfezionamento delle competenze culturali negli operatori sanitari 13

La mediazione linguistico-culturale in ambito sanitario 14

L'utilizzo di interpreti informali 16

PARTE SECONDA

Il progetto TRICC 17

Il panorama legislativo in Italia 20

Il contesto di riferimento del progetto TRICC in Italia 21

La fase di ricerca 22

I risultati della ricerca 23

Un cambio di direzione 24

Il workshop internazionale "Image and Forum Theatre" 26

Verso la definizione di un percorso formativo 29

La formazione 31

La valutazione: metodi, strumenti e risultati 32

Considerazioni finali 34

Riferimenti bibliografici 41

Allegati:

DVD *"Competenze multi-culturali nel settore socio-sanitario: l'esperienza didattica del Forum Theatre"*

SINTESI

Le politiche di allargamento della Unione Europea e gli obiettivi perseguiti dal Trattato di Maastricht, che mirano a promuovere e sostenere la libera circolazione delle merci, dei capitali e delle persone, unitamente al marcato processo di globalizzazione dell'economia, del commercio internazionale e del mercato del lavoro a livello mondiale, hanno generato nell'ultimo decennio un elevatissimo flusso migratorio all'interno dell'Unione e nei rispettivi Stati membri.

L'Italia non è rimasta immune dal fenomeno, ed ha conosciuto per la prima volta nella sua storia "moderna" un flusso migratorio in entrata di dimensioni pressoché uguali ma contrario, perché in uscita, a quello sperimentato massicciamente nella prima metà del secolo scorso. Secondo le fonti ISTAT e CARITAS, ad oggi in Italia su oltre 60 milioni di residenti circa 5 milioni sono migranti. Una presenza relativa, quella della popolazione migrante su quella autoctona, che si attesta intorno all'8%, un valore molto vicino a quello di altri paesi europei dove da più tempo si è affermato il flusso migratorio in entrata (si veda il Regno Unito, la Francia, la Germania, i Paesi Bassi, il Belgio, etc).

I dati statistici indicano come, nell'ultimo decennio, anche le Marche siano state investite massicciamente dal fenomeno migratorio in entrata, tale da far registrare valori del tutto in linea con quelli medi nazionali e addirittura con punte al di sopra della stessa in alcuni Comuni e zone ad elevata concentrazione di attività manifatturiera e di popolazione anziana. Basti pensare che appena dieci anni fa i migranti presenti nella nostra regione erano 34.500, mentre nell'anno in corso essi ammontano a circa 155.000.

Ne sono seguiti cambiamenti a tutti livelli: la domanda di servizi pubblici e privati è stata sollecitata da più versanti e la stessa offerta di servizi ne ha risentito in maniera marcata. Tutto ciò ha imposto l'avvio di un processo di revisione dei profili organizzativi dei vari servizi alle persone, la messa a punto di pratiche gestionali più flessibili e maggiormente rispondenti alle mutate caratteristiche della popolazione e dei relativi bisogni, espressi in maniera esplicita o latente.

Nel caso specifico del Sistema Sanitario Nazionale, che è impegnato ad assicurare a tutte le persone uguali opportunità di accesso ai servizi e livelli standard di

qualità delle prestazioni, gli addetti ai lavori si sono trovati a misurarsi con problematiche e situazioni che il rispettivo curriculum scolastico e formativo non aveva preso minimamente in considerazione. Ci riferiamo in particolare alla situazione, relativamente nuova per il personale medico, paramedico, amministrativo e organizzativo, di entrare in contatto con pazienti ed utenti migranti, in molti casi privi di conoscenza della lingua del paese ospitante, e di essere chiamati a dialogarci per affrontare e tentare di risolvere l'emergenza, il bisogno, la richiesta di sostegno e/o la più semplice richiesta di informazioni e spiegazioni sulle modalità di accesso ai servizi.

Tutte le persone che operano nel ciclo di erogazione dei servizi sanitari e sociali sono più o meno direttamente coinvolte in tale cambiamento, nella relazione e nei contatti con le persone migranti, ed è quindi necessario lo sviluppo e l'acquisizione, da parte loro, delle "competenze interculturali" necessarie per prestare il servizio e garantirne la qualità.

Le competenze interculturali rappresentano quindi il focus su cui si è concentrato il gruppo di lavoro e di cui il presente lavoro mostra le risultanze. La letteratura scientifica indica chiaramente come lo sviluppo di tali competenze negli operatori sanitari incida positivamente sulla prestazione sanitaria e sulla soddisfazione del paziente. E' quindi doveroso partire dalla definizione del concetto stesso, ovvero: che cosa sono le competenze interculturali?
"Avere competenze interculturali significa poter comunicare, essere in grado di sviluppare una relazione terapeutica con un paziente proveniente da un' altra cultura, riuscire ad adattare la diagnosi e il trattamento in relazione alla differenza culturale".

Gli autori della presente pubblicazione si sono occupati della tematica in questione nell'ambito di un progetto co-finanziato dalla Unione Europea, DG Educazione e Cultura, Programma LLP, intitolato TRICC - "Training in Intercultural and Bilingual Competencies in Health and Social Care", di cui erano partner.

La pubblicazione presenta gli aspetti più rilevanti, a parere degli autori, offerti dalla letteratura internazionale in termini di competenze interculturali nel settore sanitario, che dimostrano come la tematica in questione rappresenti una sfida di carattere internazionale e come l'educazione delle competenze interculturali potrebbe contribuire a migliorare l'accesso ai servizi e la qualità delle prestazioni sanitarie.

Nel corso del lavoro viene presentata l'iniziativa formativa sperimentata da COOSS Marche nell'ambito del progetto TRICC in collaborazione con la ASUR Z.T.5 di Jesi, con particolare attenzione al percorso educativo intrapreso ed ai risultati emersi.

PARTE PRIMA

INTRODUZIONE

La letteratura dimostra come l'accesso ai servizi sanitari e sociali per i pazienti migranti sia caratterizzato da uno standard qualitativo più basso rispetto a quello di cui usufruiscono gli autoctoni (Qureshi et al, 2008)[1]. Alla base di questa disparità di trattamento c'è un problema di comunicazione: le barriere linguistiche e le scarse competenze interculturali del personale sanitario ostacolano l'interazione con il paziente migrante, rendendo la prestazione sanitaria più approssimativa. Il personale medico e curante si trova in misura sempre maggiore ad interagire con pazienti migranti le cui pratiche sociali, i cui valori e le cui scelte sono loro sconosciuti. Se a ciò si aggiungono problemi di carattere linguistico, aumenta il rischio che aspetti importanti della vita e delle esperienze dei migranti sfuggano all'attenzione e sfocino in cure non adeguate (Saladin, 2006)[2].

Studi e ricerche condotti negli ultimi quindici anni (Baker et al, 1996)[3] , (Bischoff et al, 2003)[4], (Kazzi, Cooper, 2003)[5], documentano gli effetti negativi più comuni derivanti dalle barriere linguistiche nella sanità: i pazienti che non parlano la lingua del paese ospite sono soggetti a tempi di ricovero più lunghi, risultano più a rischio di diagnosi sbagliate ed errori medici, ed hanno un accesso più limitato ai servizi di prevenzione.

La letteratura dimostra quanto sia importante migliorare le competenze interculturali degli operatori sanitari tramite appositi interventi educativi e come l'intervento di mediatori linguistico-culturali professionali nell'interazione medico-paziente straniero possa contribuire alla qualità della prestazione sanitaria.

IL PERFEZIONAMENTO DELLE COMPETENZE CULTURALI NEGLI OPERATORI SANITARI

Le competenze interculturali sono tematiche trasversali che dovrebbero essere incluse nel curriculum di tutte le professioni sociosanitarie. Attualmente però, l'educazione e la formazione degli operatori sanitari si basa su curricola specifici per il tipo di professione, con scarsa attenzione ai metodi di lavoro collaborativo e agli aspetti dell'interazione e della comunicazione in ambienti multietnici.

Il perfezionamento professionale nelle competenze interculturali dovrebbe mirare a garantire la qualità del trattamento per la popolazione migrante, in termini di pari opportunità e non discriminazione, ma dovrebbe anche trasmettere sicurezza al personale nell'approccio con la popolazione migrante, per ridurre lo stress e limitare i comportamenti sbagliati.

Avere competenze interculturali significa poter comunicare, essere in grado di sviluppare una relazione terapeutica con un paziente proveniente da un' altra cultura, riuscire ad adattare la diagnosi e il trattamento tenendo conto della differenza culturale[1].

Avere competenze culturali significa riuscire a superare i propri pregiudizi personali e professionali, migliorare la comprensione e la consapevolezza della diversità, della cultura, della marginalità e dell'esclusione, adeguare a situazioni particolari ed individuali i propri modi di agire. La competenza interculturale è in sostanza la capacità di interagire professionalmente con un contesto di migrazione (Domenig, 2001)[6].

Un atteggiamento competente in termini interculturali deve basarsi sul rispetto per la dignità umana, sul principio delle pari opportunità e sul rifiuto della discriminazione (Saladin, 2006)[2]. Il personale sanitario dovrebbe inoltre essere munito di strumenti appropriati per riconoscere quando le barriere linguistiche rischiano di diventare un problema e come superarle lavorando in modo collaborativo con interpreti professionali.

Sembra quindi universalmente accettato che un atteggiamento competente in termini interculturali richieda agli specialisti la disponibilità ad entrare in relazione con una tematica estremamente complessa e la capacità di mettere in discussione o di accantonare i propri modelli di comportamento ed i propri punti di vista.

Per acquisire tali competenze sarebbe sufficiente un percorso formativo in grado di migliorare le conoscenze, le competenze ed i comportamenti dei discenti a cui è indirizzato. Gli obiettivi formativi di un tale percorso dovrebbero essere finalizzati a:

- Riconoscere come le barriere linguistiche possano influire negativamente sulla prestazione sanitaria;
- Imparare a comunicare e collaborare con gli interpreti in maniera soddisfacente per entrambe le parti;
- Comprendere il motivo per cui andrebbe evitato il ricorso ad interpreti informali.

Una azione di mainstreaming delle competenze interculturali richiederebbe un percorso lungo e compresso volto ad adeguare le politiche dell'educazione alle nuove esigenze; pertanto, iniziative formative come quella descritta nelle pagine che seguono rappresentano, a parere degli autori, un approccio di bottom-up comunque significativo per avviare un processo di rinnovamento e cambiamento.

LA MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE IN AMBITO SANITARIO

Un servizio professionale di mediazione linguistico-culturale serve a facilitare l'interazione medico-paziente e a garantire un maggior livello qualitativo nelle prestazioni sanitarie.

Fornire un servizio professionale di mediazione culturale che agisca effettivamente per conto di, ed in collaborazione con il paziente, presenta numerose sfide, sia a livello individuale che di organizzazione. All'interno di una struttura grande e complessa come quella sanitaria, la mediazione assume un ruolo importantissimo: un mediatore non offre soltanto un servizio di interpretariato fra paziente e personale sanitario, ma riesce ad identificare aree di possibile conflitto, ed a fornire il suo supporto nell'affrontarle e risolverle.

Il mediatore culturale è dunque un professionista bilingue appositamente formato ad agire per conto del paziente, ad aiutarlo a comunicare i propri bisogni e a lavorare con lui anche individualmente. Agisce inoltre per conto del personale sanitario, aiutandolo a capire correttamente i sintomi del paziente e contribuendo in tal modo a salvaguardare la sua salute.

Alcuni studi dimostrano che un effetto dell'accrescimento delle competenze interculturali è un ricorso più ampio e consapevole ai mediatori linguistico-culturali: il personale sanitario che ha ricevuto formazione su come le barriere linguistiche contribuiscono ad aumentare i problemi, sono più propensi ad utilizzare gli interpreti quando ce ne sia bisogno.
Solo da pochi anni si dispone, anche se in misura ancora limitata, di indagini relative a risultati di cure e trattamenti per i quali la comunicazione è stata mediata da interpreti e mediatori. Il primo studio che ha dimostrato un miglioramento della qualità delle cure grazie all'intervento di interpreti è stato eseguito a Chicago (Jacobs, 2001)[7]: i pazienti accompagnati da interpreti si sono presentati con maggiore regolarità ai controlli successivi, hanno rispettato più attentamente le prescrizioni di medicinali e mostrato maggiore interesse in misure preventive quali la diagnosi precoce del cancro e le vaccinazioni.

Altri studi si sono occupati della soddisfazione dei pazienti, rivelatasi maggiore, senza eccezioni, nei casi in cui la presenza di interpreti facilitava la comunicazione tra specialisti e pazienti di lingua straniera. Uno studio condotto a Ginevra ha dimostrato che la comunicazione con pazienti di lingua straniera è migliorata non appena il corpo medico ha trovato il modo di

collaborare con gli interpreti. La qualità della comunicazione e delle cure è stata valutata migliore dai pazienti alloglotti dopo l'introduzione del "trialogo", una formazione relativa a colloqui con la mediazione dell'interprete (Bischoff, 2003)[8].

L'UTILIZZO DI INTERPRETI INFORMALI

I servizi di mediazione non sempre sono disponibili all'interno delle strutture sanitarie per diversi motivi, non ultimo il presunto costo che questo comporterebbe (Turchi, 2010)[9].

Tuttavia, anche quando esistano servizi di mediazione ben strutturati ed efficienti, essi vengono sotto-utilizzati dai medici, che in molti casi non percepiscono l'importanza di una corretta comunicazione interculturale nella prestazione sanitaria. E' quanto emerge da uno studio condotto negli Stati Uniti (Diamond, 2008)[10], secondo cui la decisione dei medici di ricorrere saltuariamente agli interpreti professionali è dovuta al fatto che preferiscono arrangiarsi da soli, facendo ricorso alle proprie limitate competenze linguistiche, pur di risparmiare tempo. Anteporre il valore del proprio tempo alle esigenze di comunicazione dei propri pazienti dimostra la scarsa consapevolezza che i medici hanno sull'impatto negativo delle barriere linguistiche sulla cura del paziente.

Quando le limitate competenze linguistiche del personale sanitario non siano sufficienti a permettere un livello minimo di comunicazione, la soluzione più frequente rimane il ricorso ad interpreti informali, ossia amici, conoscenti o membri della famiglia, spesso i figli stessi, anche se minori. Il successo della comunicazione è affidato allora alle capacità dell'interprete informale da un lato e agli sforzi di comprensione reciproca dall'altra.

Ma un interprete informale non può certo assicurare un livello di professionalità elevato, in quanto spesso non padroneggia sufficientemente la lingua di uno o addirittura entrambi gli interlocutori, potrebbe non sapere come esprimere una parola o un concetto che esiste in una lingua ma non nell'altra, potrebbe distorcere o esagerare significati, omettere informazioni per mancanza di abilità linguistiche appropriate o per la natura della sua relazione con il paziente.

Il ricorso ad interpreti informali coinvolge spesso i minori, una pratica che andrebbe evitata per elementari motivi etici: utilizzare minori nel ruolo di interpreti significa esporli a responsabilità troppo grandi rispetto al loro ruolo di figli, responsabilità che possono avere un effetto negativo sul loro benessere. E' indicativo a questo proposito l'articolo "Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology"[11] di cui si riporta una citazione: "I bambini che vengono a sapere cose prima del tempo

perchè coinvolti in interazioni tra adulti, come agire da interpreti informali in una visita medica, corrono un doppio rischio di essere danneggiati: non soltanto il loro essere bambini rischia di essere prematuramente perso, ma questa conoscenza precoce può avere un effetto dannoso sul loro sviluppo come adulti equilibrati".

Mettere in evidenza il carico emotivo e psicologico che una situazione di interpretariato che coinvolge i minori può implicare è stato l'obiettivo di una ricerca svolta dall'University College London (UK) nell'ambito del progetto europeo BICOM[12]. Per dar voce alle emozioni dei minori, è stata utilizzata la tecnica del Forum Theatre (Boal, 2000)[13], che consiste nella performance di una scena di oppressione o vessazione che il protagonista non sa come affrontare. Gli spettatori sono invitati a prendere il posto del protagonista ed inscenare, sul palco, tutte le possibili soluzioni, idee e strategie per risolvere la situazione, diventando così spett-attori. Nell'iniziativa svolta nel Regno Unito sono state presentate scene altamente esemplificative del carico emotivo che tale esperienza implica. I bambini hanno infatti espresso emozioni multiple e conflittuali, confermando che il ruolo dell'interprete in consultazioni mediche ha effetti sia negativi che positivi.
Gli effetti positivi consistono nel fatto che si sentono utili e che il ruolo che giocano può porre le basi per future carriere nel settore sanitario. Ma è inutile negare che il ruolo del minore come interprete rimane ambiguo, in quanto determina complesse relazioni di potere con un peso sociale troppo elevato.
Attraverso il Forum Theatre, i minori hanno presentato scene evocative e potenti delle loro esperienze personali, esprimendo emozioni multiple e conflittuali. Le difficoltà più rilevanti sono risultate essere l'urgenza della situazione, la mancanza di tatto e collaborazione da parte del personale medico, la confusione dovuta a termini medici sconosciuti, la mancanza di conoscenze mediche da parte dei pazienti per cui i bambini fungevano da interpreti, la responsabilità di comunicare cattive notizie, che potevano portare ansia o tristezza al paziente.

Il Forum Theatre si è comunque dimostrato uno strumento efficace nell'esplorazione di situazioni sociali complesse, soprattutto nel dar voce ad individui che in queste situazioni non hanno potere.

PARTE SECONDA

IL PROGETTO TRICC

In linea con il panorama illustrato nei capitoli precedenti, l'Università di Utrecht – Dipartimento di Scienze Sociali (NL), ha proposto, nell'ambito del programma comunitario LLP, il progetto TRICC - Training Intercultural and Bilingual Competencies in Health and Social Care, in collaborazione con 4 paesi europei (Germania, Italia, Turchia e Regno Unito).

Il progetto prevedeva l'analisi dei bisogni formativi dei diversi interlocutori che intervengono nel "trialogo" della comunicazione (medici e personale sanitario – interpreti formali e/o informali – pazienti migranti), sui cui risultati progettare brevi interventi formativi sperimentali. Tali interventi intendevano inoltre testare strumenti e metodi innovativi, che risultassero adeguati alle esigenze dei diversi target coinvolti.

Ad ogni partner era richiesto di concentrarsi su un solo target, la cui scelta poteva dipendere dalla situazione territoriale, dalla propria missione aziendale, o dalla propria specifica professionalità, ma con il comune obiettivo di accrescere la consapevolezza sulla problematica interculturale e di migliorare le competenze dei partecipanti nella gestione dell'interazione fra i diversi attori coinvolti.

Le pagine che seguono presentano una descrizione dettagliata delle attività svolte dal partner italiano, la Cooss Marche Onlus, nell'ambito del progetto TRICC.

Ulteriori informazioni sul progetto TRICC in generale e sulle attività svolte dai diversi partner nei vari paesi sono reperibili sul sito www.tricc-eu.net

I partner del progetto TRICC sono:

Utrecht University (NL)
Dock Europe (DE)
COOSS Marche (IT)
PPRE Ltd (UK)
University College of London (UK)
Bogazici University (TR)

IL PANORAMA LEGISLATIVO IN ITALIA

Nel corso degli anni, il governo italiano ha emesso una serie di normative rilevanti per la problematica in questione, fra cui il DL 286/1998, "Testo unico concernente le disposizioni sull'immigrazione e le norme sulla condizione dello straniero", e la L. 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". In estrema sintesi, la legislazione nazionale raccomanda l'utilizzo di mediatori culturali da parte delle istituzioni e della scuola, per garantire al migrante servizi educativi ed assistenziali di qualità, e demanda agli enti locali il compito di avviare iniziative per l'impiego di persone migranti opportunamente formate come mediatori culturali.

Recependo le indicazioni nazionali, la Regione Marche ha emesso a sua volta normative che promuovono l'utilizzo di mediatori ed interpreti qualificati per facilitare alle persone migranti l'integrazione e l'accesso ai servizi. Vedi, fra tutte, la LR 13/2009, che riconosce il valore dell'attività "dei mediatori interculturali sia per la ricognizione dei bisogni degli utenti sia per l'ottenimento di adeguate prestazioni finalizzate a garantire pari condizioni di accesso ai servizi, favorendo le relazioni sociali tra persone e realtà diverse"
.

Alcune realtà territoriali della regione Marche hanno effettivamente attivato servizi di interpretariato e mediazione culturale in settori particolarmente critici in termini di frequenza di migranti, in particolare ospedali, distretti sanitari e scuole.

Le attività di ricerca e di formazione che vengono descritte di seguito si sono svolte presso una struttura sanitaria della Regione Marche in cui è stato appunto attivato un servizio di mediazione culturale.

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO TRICC IN ITALIA

La struttura sanitaria coinvolta nelle attività del progetto TRICC è l'Ospedale di Jesi, ASUR 5, che si è rivelato un luogo di ricerca e sperimentazione particolarmente interessante per tre motivi fondamentali:

- grazie al progetto "Jesi Ospedale Modello", la struttura sta attivando un processo di rinnovamento e razionalizzazione del suo assetto organizzativo per assicurare una risposta mirata ai nuovi bisogni sanitari emergenti ed ai mutamenti demo-socio-culturali;

- dal 2003 ha attivato un servizio di mediazione culturale professionale in convenzione con "La casa delle culture", un'associazione che forma e coordina mediatori culturali di diverse etnie;

- nonostante il servizio di mediazione sia presente ormai da alcuni anni, esso viene utilizzato in modo sporadico e soltanto in alcuni reparti.

COOSS Marche si è posta l'obiettivo di analizzare i motivi di questo sottoutilizzo, di identificare l'esistenza di eventuali resistenze da parte del personale medico, e di raccogliere i bisogni dei mediatori che operano all'interno di questo servizio.
E' stata quindi stipulata una convenzione per formalizzare ruoli e responsabilità nello svolgimento delle attività di ricerca e formazione previste, che si sono svolte con la piena collaborazione degli esponenti designati dall'ASUR 5.

Le pagine che seguono illustrano le varie fasi del progetto TRICC ed i risultati più significativi emersi dalla ricerca e dall'esperienza formativa sperimentale.

LA FASE DI RICERCA

Il progetto TRICC intendeva analizzare la qualità dei servizi sanitari forniti a persone migranti, rivolgendo particolare attenzione agli aspetti della comunicazione e alle competenze culturali dei tre target coinvolti nell'interazione: pazienti migranti, mediatori culturali e/o interpreti informali, personale sanitario.

Nello specifico, la ricerca del partner italiano era indirizzata all'analisi dei bisogni formativi dei **mediatori linguistico-culturali**, con il duplice intento di identificare le maggiori difficoltà che essi incontrano nello svolgimento della propria professione e di raccogliere le loro impressioni ed esperienze nell'interazione con il personale sanitario. Sulla base di queste indicazioni, lo staff di progetto intendeva identificare criticità e priorità su cui incentrare un intervento formativo mirato ed innovativo.

Nel corso della ricerca, sono stati intervistati sei mediatori culturali provenienti da Brasile, Cina, Marocco, Albania, ex-Jugoslavia e Congo.
Le interviste miravano a conoscere la loro motivazione alla professione, il percorso formativo svolto, i loro nuovi bisogni formativi, le criticità della professione, le loro esperienze dirette ed eventuali suggerimenti.

Il metodo scelto incoraggiava l'interlocutore a parlare liberamente, con l'intervistatrice attenta a riportare la discussione sui temi di interesse, in caso di divergenze. Le interviste sono state registrate e trascritte.

Per ampliare la gamma delle conoscenze, si è inoltre deciso di intervistare alcuni **migranti**, in veste di pazienti e/o interpreti informali. In particolare, hanno acconsentito ad essere intervistati quattro migranti, provenienti da ex Jugoslavia, Congo, Bangladesh e Nigeria. L'obiettivo delle interviste consisteva nel conoscere le loro esperienze dirette con interpreti formali o informali, eventuali casi in cui si fossero trovati ad agire come interpreti informali e la loro percezione della qualità dei servizi sanitari italiani. L'indagine mirava inoltre a capire se gli interlocutori considerassero il loro bilinguismo un valore aggiunto, in grado di tradursi in opportunità di inserimento sociale e lavorativo.

I RISULTATI DELLA RICERCA

Le interviste ai **mediatori culturali** hanno fornito spunti interessanti, sia nell'identificazione di difficoltà e criticità, che in termini di suggerimenti e buone prassi.

Per quanto riguarda le **difficoltà**, gli intervistati hanno espresso unanimemente un senso di esclusione e di scarsa considerazione da parte dell'equipe sanitaria. La sensazione di fondo è che il personale sanitario non comprenda pienamente il contributo che i mediatori culturali portano alla comunicazione, e che sia scarsamente consapevole di quanto una comunicazione fuorviante possa influire negativamente sulla prestazione sanitaria. Il problema è evidente, ad esempio, nel caso di pazienti straniere in stato interessante, soprattutto se di origine africana, asiatica, e, in misura minore, sudamericana: la loro riluttanza ad affidarsi ai trattamenti ed alle procedure sanitarie previste dai nostri protocolli è dovuta alla non conoscenza dei nostri servizi, che le spinge a diffidare di metodi e trattamenti così diversi dai loro. Dal canto loro, i medici dimostrano una scarsa considerazione verso le tradizioni culturali delle proprie pazienti, contribuendo inconsciamente ad irrigidire il dialogo ed a rendere più difficili diagnosi e terapie.

E' importante, a tale proposito, ricordare che la cultura di un individuo influenza la sua attitudine alla salute e la sua percezione della malattia. Il concetto è espresso con chiarezza da Spector (Spector, 1985)[14] "Impariamo dal nostro bagaglio culturale come star bene, come riconoscere la malattia, e come essere malati…. I significati legati ai concetti di salute e malattia dipendono da valori culturali tramite i quali riusciamo a definire determinate esperienze e determinate percezioni" *.

Per quanto riguarda i **suggerimenti** su come migliorare il servizio ed assicurare prestazioni di qualità, i mediatori hanno sottolineato l'importanza di preparare anticipatamente l'intervento di mediazione per evitare improvvisazioni: conoscere il paziente prima del consulto medico permetterebbe loro di creare un'atmosfera di fiducia, soprattutto quando si tratti di problemi personali ed intimi.

---

* Testo originale: *"We learn from our own cultural and ethnic backgrounds how to be healthy, how to recognize illness, and how to be ill.… Meanings attached to the notions of health and illness are related to basic, culture-bound values by which we define a given experience and perceptions"*

Hanno suggerito inoltre di creare occasioni di incontro fra mediatori ed equipe medica, per promuovere l'inclusione e la conoscenza reciproca, e fra mediatori stessi, per confrontarsi sui propri bisogni e sulle proprie difficoltà, soprattutto per i casi più complessi e dolorosi.

A livello organizzativo, hanno consigliato di fissare almeno un giorno settimanale di compresenza del mediatore con il medico: il paziente straniero sarebbe così più motivato a programmare le visite di controllo per il giorno in cui è presente il mediatore, contribuendo a diminuire l'incidenza delle urgenze. Va infatti sottolineato come la gestione delle emergenze risulti una delle difficoltà più spinose che i mediatori incontrano nello svolgimento del proprio lavoro. Un ultimo importante suggerimento è stato quello di dare maggiore visibilità al servizio di mediazione presente all'interno dell'ospedale, in quanto la sua esistenza rimane ancora ignota a molte delle unità operative presenti nell'ospedale.

Alla luce dei risultati sopra descritti, i bisogni formativi espressi dai mediatori si traducono nella necessità di:

- Migliorare le proprie competenze nella gestione delle relazioni con il paziente, soprattutto rispetto a problematiche molto personali ed intime, e con il personale sanitario;

- Approfondire ed aggiornare le proprie conoscenze su temi tipici della mediazione culturale, quali ad esempio gli aspetti giuridici;

- Avere occasioni di supervisione e confronto, sia con i propri colleghi che con il personale sanitario.

Le interviste ai migranti miravano al duplice intento di conoscere il loro punto di vista sia come pazienti che come interpreti informali.

Come pazienti, tutti hanno confermato la sensazione negativa di trovarsi in un paese di cui non si conosce la lingua e di doversi fidare di chi si improvvisa interprete. Nessuno dei migranti intervistati aveva usufruito del servizio di mediazione culturale. Ad ogni modo, gli intervistati si sono dichiarati piuttosto soddisfatti delle prestazioni sanitarie ricevute in Italia, avendo sempre ricevuto cure adeguate e a titolo gratuito.

Quasi tutti gli intervistati hanno dichiarato di aver svolto a loro volta funzioni di interprete per amici o conoscenti, e di aver gradito quel ruolo, in quanto dava loro l'opportunità di aiutare un proprio connazionale.
Il bilinguismo è stato considerato da tutti un valore, che potrebbe sfociare in attività lavorative ed opportunità future, soprattutto nel settore della mediazione linguistico-culturale.

UN CAMBIO DI DIREZIONE

Se l'idea iniziale era quella di analizzare i bisogni dei mediatori culturali, su cui progettare un percorso formativo coerente e mirato, i risultati emersi dalla ricerca hanno portato il gruppo di lavoro a riflettere sulla pertinenza del target prescelto. L'analisi evidenziava come l'ostacolo ad una comunicazione efficace derivasse più dal versante degli operatori sanitari che non da quello dei mediatori. Promuovere la cultura della mediazione e del dialogo interculturale nel **personale sanitario** ci è parsa una sfida degna di essere affrontata, e per questo motivo si è deciso di rivolgere l'attenzione a questo nuovo target. Ha avuto quindi inizio una nuova fase di ricerca, che ha coinvolto il personale sanitario operativo nei reparti con più alta incidenza di utenti migranti, ossia Ginecologia, Medicina Generale, Pronto Soccorso, Pediatria e Consultorio Familiare.

Le interviste miravano a conoscere quali fossero, dal punto di vista dell'operatore sanitario, le maggiori criticità nell'interazione con i pazienti migranti e se avessero mai fatto ricorso ad interpreti informali e/o mediatori culturali.

I risultati hanno confermato che la maggior parte dei medici non aveva mai sentito parlare del servizio di mediazione, seppure attivo all'interno dell'ospedale ormai da qualche anno. Soltanto i referenti delle unità operative ubicate nell'area in cui il servizio di mediazione ha sede (Distretto) hanno detto di conoscerlo e di utilizzarlo. Va comunque notato come spesso il concetto di "mediazione" sia stato confuso con quello di "traduzione": prevale infatti la convinzione che la traduzione tecnica dei termini medici sia sufficiente ad assicurare una buona prestazione sanitaria. E' evidente come il concetto di "mediazione culturale" ne esca piuttosto squalificato, a discapito della qualità del servizio offerto ai pazienti stranieri.

In alcuni casi, i medici hanno dichiarato di provvedere da soli a trovare un interprete, interpellando un amico o un conoscente proprio o del paziente. Riconoscono che questa procedura informale non sia la più efficace, in quanto l'utilizzo di parenti o amici del paziente come interprete implica un coinvolgimento emotivo che potrebbe in qualche modo falsare la comunicazione. E' esplicativa, a questo proposito, la testimonianza del medico ginecologo che opera nel Consultorio Familiare, che riferisce di

come le sue pazienti straniere, quando sono accompagnate dal marito o dal figlio, limitino i loro interventi a risposte negative o affermative, cedendo la responsabilità dell'interazione al parente che conosce la lingua. Quando, al contrario, è presente un mediatore culturale, le pazienti parlano più liberamente, chiedono chiarimenti e spiegazioni, dimostrando un atteggiamento collaborativo e di fiducia.

Alcuni hanno dichiarato di aver coinvolto i figli minori dei propri pazienti in attività di interpretariato, per mancanza di alternative o per l'urgenza che la situazione richiedeva, anche se consapevoli di esporli a responsabilità troppo grandi e non consoni al loro ruolo di figli.

IL WORKSHOP INTERNAZIONALE SU IMAGE E FORUM THEATRE

"Le parole sono vuoti che riempiono il vuoto che esiste fra gli esseri umani. Le parole sono linee tracciate sulla sabbia, suoni scolpiti nell'aria. Sappiamo il significato delle parole che pronunciamo, perché le riempiamo con i nostri desideri, le nostre idee e le nostre sensazioni, ma non sappiamo come quelle parole verranno recepite dal nostro ascoltatore" (Augusto Boal, 2000)[14]

Parallelamente alle attività di ricerca, lo staff di progetto analizzava i possibili metodi formativi da sperimentare con i diversi target, con l'obiettivo di identificare tecniche replicabili in contesti diversi. Si è optato per l'Image e Forum Theatre, un metodo già ampiamente collaudato nei Paesi Bassi e nel Regno Unito per scopi educativi e formativi, ma meno noto negli altri paesi partecipanti.
Per permettere ai partner di progetto ed ai futuri formatori di familiarizzare con il metodo, il 3 luglio 2009 si è tenuto ad Utrecht (NL) un "Workshop formativo sull'Image e Forum Theatre", diretto dal Dr. K. Deenik dell'HoutenBeen Theatre[15], a cui hanno partecipato formatori provenienti dall'Italia, dai Paesi Bassi e dalla Germania.
Lo staff italiano era composto da due medici dell'ospedale di Jesi, dalla coordinatrice del servizio di mediazione e da una educatrice di un centro di accoglienza per minori stranieri non accompagnati, oltre che dalla coordinatrice italiana del progetto TRICC.

L'Image theatre consiste in una serie di tecniche che incoraggiano i partecipanti a comunicare attraverso le immagini e lo spazio, piuttosto che attraverso le parole. Il metodo è basato su esercizi pratici finalizzati alla conoscenza reciproca, all'analisi delle proprie capacità relazionali ed espressive e delle proprie resistenze verso gli altri.

Il Forum Theatre consiste invece nella performance di una scena di oppressione o vessazione, nei cui confronti il protagonista non sa come comportarsi. Gli spettatori sono invitati a prendere il posto del protagonista ed inscenare, sul

palco, tutte le possibili soluzioni, idee e strategie per risolvere la situazione, diventando così spett-attori. Gli altri attori improvvisano le reazioni al nuovo comportamento, e questo permette una analisi reale delle varie possibilità, utilizzando suggerimenti che provengono dalla vita reale.

Nel corso del Workshop, i partecipanti hanno sperimentato personalmente le attività di Image e Forum Theatre: le immagini che seguono mostrano alcuni momenti della formazione.





VERSO LA DEFINIZIONE DI UN PERCORSO FORMATIVO

L'esperienza del Workshop ha spinto lo staff di progetto a sperimentare il metodo nell'ospedale di Jesi, cogliendo la sfida che una tecnica così innovativa, interattiva ed atipica rispetto ai canoni formativi tradizionali implicava. Il metodo appariva infatti particolarmente adatto a sensibilizzare il personale sanitario sul tema della comunicazione con i pazienti stranieri, e a stimolarli a riflettere sui propri comportamenti verso tali pazienti. Si prestava inoltre ad introdurre il concetto della mediazione culturale e del servizio che questa può rendere nell'ambito socio-sanitario.

La formazione è stata affidata alla compagnia "Teatro Pirata"[16], la cui comprovata esperienza nel settore della formazione attraverso il teatro garantiva una attività formativa qualificata e professionale. La pianificazione dell'intervento formativo ha richiesto l'organizzazione di alcuni incontri preliminari, per concordare gli aspetti dell'interazione medico/paziente da evidenziare attraverso le rappresentazioni del Forum Theatre.

Per ovviare alle incognite di una formazione piuttosto fuori dai canoni come quella proposta, il gruppo di lavoro ha voluto inserire una seconda giornata formativa, svolta con metodi più tradizionali, consistente in un approccio teorico al concetto di mediazione culturale e nell'analisi di casi concreti.

LA FORMAZIONE

SELEZIONE DEI PARTECIPANTI

Una volta stabilito il metodo formativo ed i suoi contenuti, si è proceduto con la definizione dei criteri di selezione dei partecipanti. Coerentemente con i criteri che avevano indirizzato la ricerca, si è preferito coinvolgere il personale sanitario dei reparti ospedalieri/distretti territoriali più interessati dalla presenza di pazienti stranieri, ossia le unità di Pediatria, Pronto Soccorso, Medicina Interna, Ginecologia e Consultorio Familiare.

Poiché il metodo dell'Image e Forum Theatre, per sua natura, richiede un numero di partecipanti non superiore a 15 persone, si è deciso di coinvolgere 30 partecipanti e reiterare la formazione in due giornate distinte. I 30 partecipanti selezionati hanno composto il cosiddetto "gruppo pilota", che si è impegnato a frequentare entrambe le giornate di formazione e a collaborare alle attività di valutazione previste.
Per dare rilevanza ufficiale all'iniziativa e per motivare il personale sanitario a partecipare alla formazione proposta, è stato richiesto l'accreditamento ECM per le singole giornate formative.

IL PROGRAMMA FORMATIVO

Image & Forum Theatre - 11 e 12 marzo 2010 (8 ore)
La prima parte della giornata è stata dedicata allo svolgimento di esercizi pratici finalizzati alla conoscenza reciproca, all'analisi delle proprie capacità relazionali ed espressive, e delle proprie resistenze (Image Theatre). Nel pomeriggio, la compagnia teatrale ha proposto la performance di due scene di comunicazione fra paziente straniero e medico/personale sanitario, tratte da casi reali (Forum Theatre). Le scene tendevano ad evidenziare, e volutamente ad esagerare, comportamenti dubbi o ambigui del personale sanitario nei confronti dei propri pazienti stranieri o degli interpreti/mediatori formali o informali chiamati a facilitare l'interazione. Il Dr. Adamo, nella sua funzione di "Joker" (facilitatore), ha stimolato il dibattito fra i partecipanti, focalizzando la discussione sui significati e sulle ambiguità dei diversi comportamenti interpretati dai discenti.

I casi proposti durante il Forum Theatre sono stati video-registrati e riproposti poi nell'ambito della giornata formativa successiva, per assicurare un continuum contenutistico alle due giornate. Le due scene proposte dal "Teatro Pirata" sono incluse nel CD allegato a questa pubblicazione.

25 marzo 2010: analisi di casi (8 ore)

La giornata formativa, volutamente aperta ad un numero maggiori di partecipanti, ha registrato la presenza di 55 discenti, nella maggior parte medici, infermieri ed assistenti sociali.

Ha condotto la formazione il prof. Vacchiano, psicologo e dottore in scienze antropologiche, ben noto sia in campo nazionale che internazionale per le sue pubblicazioni in materia di migrazione e problematiche ad essa correlate. Il docente ha introdotto il concetto di mediazione culturale, ha affrontato il tema delle difficoltà di comunicazione nel settore sanitario, per poi entrare nella parte più partecipativa del lavoro sui casi, introdotta dalla proiezione delle scene proposte dal Teatro Pirata. Ha poi presentato 3 casi reali, chiedendo ai discenti, divisi in gruppi, di elaborare una strategia di gestione e di soluzione dei problemi, discussa a fine giornata con l'intera audience.









LA VALUTAZIONE: METODI, STRUMENTI E RISULTATI

Il gruppo di lavoro ha dedicato molta attenzione alla valutazione dell'iniziativa formativa, ed ha selezionato metodologie e strumenti di lavoro che si prestassero ad una analisi sia qualitativa che quantitativa dei risultati. L'obiettivo della valutazione consisteva nel misurare l'impatto della formazione nei partecipanti sia nel breve che nel medio periodo, oltre che il gradimento dell'iniziativa stessa.

Valutazione dell'impatto della formazione

Tutti i partner del progetto TRICC hanno svolto attività formative sperimentali nel proprio paese, destinate al personale sanitario o a mediatori culturali o ad interpreti informali. Per dare unità metodologica e significatività transnazionale alle singole attività, i partner hanno definito una modalità di valutazione comune, i cui risultati fossero comparabili indipendentemente dalle specificità delle attività svolte nei vari paesi e dei diversi target coinvolti.
Lo strumento prescelto per la valutazione dell'impatto della formazione sui partecipanti è stato un questionario strutturato, su scala Likert a 5 risposte, che permettesse una analisi quantitativa dei dati rilevati.
Il questionario era suddiviso in quattro macro-aree, ad ognuna delle quali corrispondva un obiettivo formativo:

Macro-area	Obiettivo formativo
Conoscenza	Accrescere le conoscenze dei discenti in materia di mediazione interculturale, regolamenti e servizi ad essa correlati
Competenza	Migliorare le competenze dei discenti nell'interazione con pazienti stranieri
Consapevolezza	Far riflettere i discenti sulle difficoltà che incontrano i pazienti stranieri, determinate non soltanto da un problema linguistico, ma anche culturale
Comportamento	Far riflettere i discenti sui comportamenti fino ad oggi adottati nei confronti dei pazienti stranieri, e sulla possibilità di correggerli per migliorare l'interazione ed il servizio fornito

Il questionario includeva, per ogni macro-area, una serie di domande comuni per tutti i paesi, a cui i partner potevano aggiungerne altre specifiche, se ritenute particolarmente rilevanti per la realtà territoriale e/o per il target di riferimento.

La valutazione mirava a misurare l'eventuale cambiamento nella conoscenza, nelle attitudini e nel comportamento dei discenti prima e dopo il percorso educativo. Il questionario è stato quindi sottoposto ai singoli partecipanti del gruppo pilota in due momenti distinti: prima dell'inizio delle attività formative e alla fine della seconda giornata. Le differenze nelle risposte fra il prima e il dopo avrebbero fornito informazioni significative sull'impatto della formazione nei partecipanti.

I risultati sono stati analizzati inizialmente per gruppi, ossia confrontando la media per ogni risposta fra il primo ed il secondo questionario. Ne è risultato che:

- Era notevolmente aumentata la conoscenza del servizio di mediazione presente nell'ambito ospedaliero e delle procedure da seguire per accedervi ed utilizzarlo;
- Era aumentata la conoscenza della differenza fra interprete formale ed informale;
- Era aumentata la percezione della differenza fra mediatore culturale e traduttore, e del riconoscimento del ruolo e dell'importanza della mediazione;
- Era aumentata la consapevolezza del fatto che alcuni comportamenti fino ad ora adottati verso pazienti stranieri potevano non essere corretti.

In sintesi, risultavano parzialmente raggiunti gli obiettivi formativi relativi alle macro-aree della "conoscenza" e della "consapevolezza" *(Fig. 1)*

Fig. 1: risultati del confronto delle risposte per gruppi fra il primo ed il secondo questionario

		Vero				Falso		Valori medi		
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Somma**	**Ante**	**Post**	**Media**
1	Conosco la differenza fra un interprete formale ed informale	12	7	**1**	3	4	27	3,2	2,3	0,9
2	Conosco i servizi di interpretariato offerti dall'ospedale/struttura in cui lavoro	9	**12**	2	2	2	27	3,0	2,1	0,9
3	So come accedere al servizio/chi contattare se ho bisogno di un servizio di interpretariato	13	8	**1**	3	2	27	2,6	2,0	0,6
4	Penso che il servizio di interpretariato attivo nell'ospedale in cui lavoro sia ben pubblicizzato e di facile accesso	2	5	4	**7**	9	27	3,7	3,6	0,1
5	Mi aspetto che un interprete traduca letteralmente	5	**5**	8	5	4	27	2,6	2,9	-0,3
6	Penso di avere una formazione adeguata per comportarmi nel modo giusto con pazienti stranieri.	2	12	**8**	**3**	2	27	3,4	2,7	0,7
7	Penso di avere una formazione adeguata per comportarmi nel modo giusto con interpreti sia formali che informali	2	8	**13**	3	1	27	3,3	2,7	0,6
8	Sono in grado di adattare i miei schemi comunicativi quando sono di fronte ad un interprete e/o ad un paziente migrante	3	**11**	8	3	1	26	2,7	2,5	0,2
9	Lavoro soprattutto con interpreti informali	9	8	**3**	2	5	27	3,2	2,5	0,7
10	Lavoro soprattutto con interpreti formali	3	4	**5**	8	7	27	3,6	3,4	0,2
11	Oltre ad essere un traduttore, per me un interprete deve essere anche un mediatore culturale.	**18**	6	2	1		27	2,1	1,5	0,6
12	Penso sia responsabilità del paziente trovarsi un interprete	0	1	2	7	**17**	27	4,1	4,5	-0,4
13	E' mia responsabilità, in qualità di medico, trovare un interprete.	13	**3**	3	5	1	25	2,5	2,1	0,4
14	Di solito sono soddisfatto del lavoro degli interpreti informali	4	4	**13**	3	3	27	3,0	2,9	0,1
15	Di solito sono soddisfatto del lavoro degli interpreti formali.	8	6	**10**	0	3	27	2,8	2,4	0,4
16	Discuto con i miei colleghi su come lavorare con gli interpreti.	4	7	5	**4**	7	27	3,3	3,1	0,2
17	Penso di aver bisogno di una formazione più mirata su come comunicare con pazienti stranieri e/o i loro interpreti formali/informali	**14**	6	6	1	0	27	1,7	1,8	-0,1

Tuttavia, il valore numerico emerso dalla comparazione di alcuni risultati si prestava ad ambiguità interpretative. Per verificarne l'attendibilità, si è preferito approfondire l'analisi utilizzando misurazioni statistiche atte a stabilire la casualità o la significatività dei singoli dati (Fig.2). Nell'ultima colonna, il "p-value" indica se la differenza è soltanto accidentale o significativa. Se il p-value è <.05, la differenza è significativa. Confrontando i dati che appaiono nella tabella, si può notare il sostanziale aumento della conoscenza e delle competenze, un leggero miglioramento del comportamento ma un valore non significativo rispetto alla consapevolezza. Va notato, tuttavia, che il dato relativo alla consapevolezza era già molto alto nel pre-test: l'interpretazione più ovvia di questo dato è dunque che la consapevolezza del problema esisteva già, ma non si possedevano conoscenze e competenze necessarie ad affrontarlo, che sono però aumentate notevolmente dopo il corso.

Fig. 2: risultati del confronto delle risposte per dati individuali *

	Pre-test	**Post-test**	**t-value**	**p-value**
Conoscenza (5 domande)	2.8	3.4	- 2.483	.016
Competenze (2 domande)	2.7	3.3	-2.642	.011
Comportamento (3 domande)	2.8	3.2	-1.640	.11
Consapevolezza (7 domande)	3.5	3.8	-1.394	.17
Totale (17 domande)	3.1	3.5	-2.497	.016

**Per rendere l'analisi più semplice, sono stati invertiti i termini rispetto al primo questionario, dove 1 corrisponde al giudizio più negativo e 5 a quello più positivo, in conformità alle metodologie utilizzate dalle scienze sociali.*

Valutazione del gradimento dell'iniziativa formativa

L'obiettivo di questo tipo di valutazione era misurare il livello di gradimento dei metodi proposti da parte dei discenti. Anche in questo caso, è stato utilizzato uno strumento per l'analisi quantitativa, consistente nel questionario strutturato previsto dalle procedure ECM, che è stato sottoposto ai partecipanti al termine di ogni giornata formativa.
L'analisi dei risultati ha evidenziato un gradimento estremamente elevato in merito all'organizzazione del corso, ai contenuti, alle metodologie ed ai formatori per entrambe le giornate. Nel caso del Forum Theatre, la valutazione del metodo e dei formatori ha attenuto il livello di gradimento più alto nella scala Likert.

Per la formazione con il Forum Theatre, si è inoltre deciso di proporre un semplice strumento di valutazione qualitativa. Al termine della sessione formativa si è chiesto ai partecipanti di esprimere la propria esperienza con una sola parola, da scrivere in un post-it, ed i termini utilizzati dai discenti hanno confermato l'elevato gradimento dell'iniziativa e del metodo proposto.

Il follow-up

La valutazione dell'impatto della formazione si è conclusa con una attività di follow-up: a distanza di circa 6 mesi dall'esperienza formativa, i discenti del gruppo pilota sono stati nuovamente contattati ed intervistati sulla base di linee guida coerenti con le domande del questionario precedentemente utilizzato. L'obiettivo del follow-up consisteva nel verificare l'impatto della formazione nel lungo termine, ed in particolare nel verificare se, ed eventualmente come, la formazione avesse influito sulla pratica lavorativa quotidiana e sui comportamenti dei partecipanti verso i pazienti stranieri.

Sono stati contattati 14 dei partecipanti del gruppo pilota, e l'analisi qualitativa delle loro risposte ha rivelato che:

- Permangono i problemi di comunicazione con il paziente migrante, dovuti essenzialmente alla difficoltà di capirne il contesto familiare, sociale e culturale, e alla possibilità di fraintendimenti;

- Tutti riconoscono, idealmente, l'importanza di lavorare con il mediatore culturale, perché più affidabile ed efficace. Tuttavia, permane il ricorso all'interprete informale, specie nell'unità operativa del Pronto Soccorso, dove è difficile reperire un mediatore in situazioni di urgenza;

- All'interprete informale si riconosce il vantaggio della vicinanza emotiva con il paziente, anche se a discapito della traduzione, che può risultare sommaria e parziale;

- Va sottolineato l'incremento dell'utilizzo del servizio di mediazione nei reparti meno assillati dalle urgenze;

- Tutti riferiscono di aver messo in discussione i propri pregiudizi ed i propri comportamenti, e, conseguentemente, di aver modificato il proprio modo di lavorare con il paziente migrante. Tuttavia, alcuni riferiscono che dopo alcuni mesi di entusiasmo, le problematiche strutturali ed organizzative continuano a rendere il lavoro quotidiano con il paziente migrante difficile e spesso frustrante;

- La maggioranza degli intervistati ritiene utile un'ulteriore formazione, ed alcuni consigliano una formazione specifica (per reparto, per tipo di problema), piuttosto che trasversale. Suggeriscono inoltre di coinvolgere nella formazione anche i medici di base, in quanto spesso inviano impropriamente i propri assistiti;

- Tutti hanno ribadito, unanimemente, l'apprezzamento per il corso, in particolare l'aspetto innovativo ed esperienziale della formazione.

CONSIDERAZIONI FINALI

CONSIDERAZIONI FINALI

Misurarsi con il cambiamento, programmare i servizi e garantire elevati livelli di qualità, promuovere l'innovazione, gestire i nuovi fenomeni sociali caratterizzati da una crescente complessità, sono tutti aspetti che il fenomeno migratorio ha posto all'attenzione dei soggetti deputati alla programmazione e alla erogazione di servizi sanitari. La multiculturalità è un fenomeno recente per il nostro Paese, per la nostra regione e per i territori su cui viviamo; essa modifica i rapporti e le relazioni tra i soggetti che animano e compongono la nostra società. La società italiana e le comunità locali hanno vissuto fino al recente passato situazioni di equilibrio consolidato nel tempo che la multiculturalità ha modificato; è stato sufficiente che un solo elemento del sistema mutasse la relazione con un altro elemento perché tutto il sistema delle relazioni ne venisse alterato.

Il sistema sanitario preposto e deputato alla prevenzione e alla cura della salute non poteva ovviamente che esserne investita e condizionata, ed ha dovuto relazionarsi tra i primi, con scuola, abitazione e lavoro, con la multiculturalità e la gestione della stessa. E' comprensibile che lo sforzo che la struttura sanitaria e i singoli presidi ospedalieri sono stati chiamati a profondere sia stato molto complesso, perché articolata e complessa è la struttura di accoglienza dei pazienti e della fornitura dei servizi. A fronteggiare tale situazione non hanno certo giovato i curricula educativi, formativi e professionali, che ad oggi non prestano la dovuta considerazione alla multiculturalità e agli aspetti ad essa correlati. E' stato necessario elaborare una cultura aziendale e una professionale che sapesse fornire risposte adeguate e tempestive ad un fenomeno nuovo e in tumultuosa ascesa. Molto si è fatto nella direzione del reciproco apprendimento e dell'apertura tra operatore di cura e paziente-utente migrante, ma molto ancora sembra che resti da fare.

Compito del sistema sanitario è di programmare e organizzare l'offerta di servizi in maniera tale che le diversità individuali vengano riconosciute e rispettate e che ne risulti il massimo vantaggio possibile sia per i singoli fruitori, sia per l'erogatore. Ciò che è diverso non deve essere considerato come un elemento di disturbo, non deve essere percepito come un inconveniente, ma deve piuttosto essere assunto come una sfida e una opportunità per misurare la propria capacità di fornire assistenza e cure soddisfacenti anche a segmenti di popolazione non standardizzata e non standardizzabile secondo i vecchi e consolidati protocolli di accoglienza e di cura. Tutto ciò comporta sicuramente più lavoro, più risorse economiche e finanziarie.

Impostare l'erogazione del servizio sanitario sul principio della centralità dell'uomo si rivela un punto di partenza fondamentale, che non ha nulla a che vedere con l'applicazione di un generico "label etico" alla politica aziendale, ma richiede interventi concreti di educazione alla diversità nel rispetto della dignità umana.

Tale impostazione richiede quindi l'accrescimento delle competenze interculturali dello staff sanitario, obiettivo che può essere raggiunto tramite l'organizzazione di brevi corsi di perfezionamento aziendali, di cui quello presentato nelle pagine precedenti costituisce un esempio concreto ed efficace.

Occorre inoltre dotare le strutture sanitarie di un servizio di mediazione professionale, e promuoverne il ricorso da parte dei medici, degli infermieri e degli amministrativi sia attraverso una buona attività di marketing che attraverso una campagna di sensibilizzazione al riguardo.

L'esperienza formativa presentata indica la validità di un metodo partecipativo ed altamente interattivo come il Forum & Image Theatre nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, primo fra tutti l'accrescimento della conoscenza e delle competenze in termini di barriere linguistiche e comunicazione interculturale.

E' doveroso infine sottolineare come l'esperienza proposta nell'ospedale di Jesi sia innovativa e coerente con la letteratura internazionale più recente. Si raccomanda, a tale proposito, la lettura del contributo di Jakobs "The importance of teaching clinicians when and how to work with interpreters" [17]. Apparirà evidente come l'articolo, apparso successivamente all'esperienza formativa precedentemente illustrata, descriva una esperienza educativa estremamente simile nelle finalità, nei contenuti e nei metodi, a quella proposta nell'ospedale di Jesi.

"E' riflettendo sui nostri valori e punti i vista che si possono individuare i nostri pregiudizi e le posizione etnocentriche e avvicinarci pertanto, possibilmente senza prevenzione, a ciò che consideriamo estraneo. Pertanto, solo la consapevolezza circa la relatività dei propri valori e comportamenti o le infinite possibilità di variazione delle pratiche sociali e dei punti di vista individuali, porta alla competenza transculturale, poiché solo allora è possibile inserire correttamente il comportamento, non solo degli altri ma anche di se stessi, all'interno di contesti socio culturali" (Domenig, 2001).[18]

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

[1] *Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., Casas, M. "Cultural Competency training in psychiatry", European Psychiatry 23, 2008*

[2] *Saladin, P. (a cura di), "Diversità e pari opportunità", Ufficio Federale della Sanità Pubblica UFSP in collaborazione con H+ Gli Ospedali Svizzeri, Berna (2006), ISBN 978-3-033-00894-6*

[3] *Baker D., Parker R., Williams M., Coates W.C., Pitkin K. "Use and effectiveness of interpreters in an emergency department", J Am Med Assoc 1996; 275:783-8;*

[4] *Bischoff, A., Bovier, P., Isah, R. Francoise, G., Ariel, E., Louis, L. "Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symtom reporting and referral". Soc Sci Med 2003;57:503-12;*

[5] *Kazzi, B., Cooper, C. "Barriers to the use of interpreters in emergency room paediatric consultation". J Pediatr Child H 2003; 39:259-63*

[6] *Domenig, D. "Einfuhrung in die transkulturelle Pflege" in Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch fur Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Hans Huber, Berna, 2001-139-158*

[7] *Jacobs E.A. et al, "The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients" Journal of Gen. Intern. Medicine 16, 2001 - 468-474*

[8] *Bischoff A. et al "Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language", British Journal of General Practice 53, 2003 - 541-546*

[9] *Turchi G.P., Fumagalli R., Paita M., "La Promozione della cittadinanza come responsabilità condivisa. L'esperienza civica sul territorio della Valle del Chiampo", Domeneghini Editore, 2010*

[10] *Diamond, L.C., Schenker, Y., Curry, L., Bradley, E.H., Fernandez, A. "Getting by: underuse of interpreters by resident physicians", Journal of General Internal Medicine Volume 24, Number 2, 256-262, DOI: 10.1007/s11606-008-0875-7*

[11] *Cohen, S., Moran Ellis, J., Smaje, C. „Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology" Sociology of Health & Illness, vol 21 n. 2, 1999*

[12] *http://www.bicom-eu.net*

[13] *Boal, A. "Theatre of the Oppressed. 3rd ed. London: Pluto, 2000, ISBN 978-0745316574 .*

[14] *Spector, R.E. "Cultural diversity in Healh and illness", East Norwalk (CT): Appleton-Century-Crofts, 1985*

[15] *www.houtenbeentheater.nl*

[16] *www.teatropirata.com*

[17] *Jakobs, E.A, Diamond, L.C., Stevak, L. "The importance of teaching clinicians when and how to work with interpreters" Patient Education and counselling 78 (2010), 149-153)*

[18] *Domenig D, "Migration, drogen, transkulturelle Kompetenz", Hans Huber, Berna, 39, 2001*

una pubblicazione

cooss marche
COOPERATIVA SOCIALE

www.cooss.marche.it

finito di stampare
novembre 2010

stampa: Tipografia Zanzibar
via G. di Vittorio 18, Ancona
tel 071. 2900646
fax 071.2915160
www.coopzanzibar.it
www.melostampo.it

