

Articolo di ricerca

L'arte di assistere attraverso la cultura rom. Un progetto di Umanizzazione ed Accoglienza

GOSTINELLI M¹.¹ Azienda Sanitaria 10 Firenze, infermiere coordinatore esperto

Abstract

Razionale. Il lavoro che presentiamo è prevalentemente un processo con il quale si è ottenuto un cambiamento nell'assistenza professionale sanitaria non medica, culturale e poi anche organizzativo. È un progetto le cui fasi si sono assai dilungate nel tempo perché hanno richiesto il superamento del pregiudizio ed il riconoscimento di un popolo e della sua cultura.

Obiettivi. L'obiettivo prioritario degli incontri è diminuire la diffidenza relazionale dovuta alla non conoscenza reciproca, per poi sviluppare un rapporto di fiducia. L'obiettivo formativo è sviluppare negli operatori una sensibilità per riuscire a garantire un accesso equo ai servizi sanitari, e sviluppare per la popolazione del Villaggio Poderaccio un percorso di informazione e prevenzione su aspetti sanitari, con particolare riferimento a malattie infettive quali scabbia e tubercolosi.

Metodologia. Il processo di cambiamento culturale si è determinato attraverso: progetti informativo-educativi sulla scienza transculturale dedicati agli operatori sanitari dell'Azienda 10 e inseriti sistematicamente nei piani formativi annuali aziendali; incontri ripetuti al Villaggio Poderaccio di Firenze tra le assistenti sanitarie, l'infermiere esperto di transcultura e i medici di medicina generale. I progetti educativi hanno richiesto un approccio al destinatario fin dalla fase dell'analisi dei bisogni e della scelta dei contenuti da trattare.

Il processo di cambiamento organizzativo si realizza utilizzando una metodologia di gestione che è tratta dal *Project Cycle Management* (PCM); la filosofia di gestione è quella del *Company Wide Project management*. L'adozione della filosofia *Company Wide* ha richiesto e permesso che il Servizio sanitario aziendale si spostasse là dove esisteva il bisogno di migliorare, di progettare, cioè direttamente nei campi nomadi, ricercando la partecipazione attiva e produttiva della persona rom e permettendo la nascita dei progetti fuori dai luoghi classici.

Risultati. I risultati sono riconducibili ai seguenti prodotti attesi: protocollo-procedura di intesa ospedale-territorio; presenza di facilitatori rom; diminuzione degli accessi impropri al DEA; presenza di dati epidemiologici, sociali, sanitari relativi alla tipologia di utenza; diminuzione delle dimissioni volontarie e/o delle fughe dal SSN e/o degli accessi tardivi; rilevazione di atteggiamenti di fiducia: compliance alla terapia, accettazione delle cure, minore diffidenza relazionale; sviluppo di competenze specialistiche in ambito relazionale da parte degli operatori sanitari; creazione di spazi dedicati all'utenza rom nell'ambito dell'ambulatorio per le malattie sessualmente trasmissibili.

Parole chiave Assistenza transculturale, umanizzazione, empowerment, Project Cycle Management Methodology, Company Wide Philosophy, formazione, relazione partecipata

RAZIONALE

“Zingaro” è un termine attribuito dall'esterno ad un insieme di popolazioni che non desiderano essere definite in tal modo, poiché il termine ha una connotazione negativa. Il suo uso in questo articolo sarà solo una questione di convenzione. “Rom” è il nome con cui gli appartenenti ad una delle etnie zingare si autodefiniscono: comunemente significa “uomo”.

Una delle armi più efficaci per promuovere un cambiamento prima culturale e poi organizzativo in sanità è rappresentata dai Champion intellettuali. Si definisce “Champion” un individuo che, volontariamente, si fa promotore di una nuova idea nella quale è profondamente coinvolto: nel presente caso, “iniziare ad accogliere”, e non “tollerare”, l'utenza Rom. Lo zingaro è un cliente “difficile” per il Servizio Sanitario Nazionale, è un utente che ha una situazione di bisogno maggiore di altri, avendo poche altre possibilità di trovare aiuto. Vincere il Premio a 5 Stelle e pubblicare l'esperienza in una prestigiosa rivista per la qualità dell'assistenza sanitaria consentono di proseguire sulla strada tracciata. Con questo progetto vorremmo porre in atto un'assistenza professionale avanzata rivolta a una popolazione fragile, ai margini della Società e della Sanità. Non risultano rilevabili ad oggi dati che dimostrino

l'esistenza di trattamenti specifici o l'utilizzo della relazione dell'infermiere a scopo terapeutico-educativo.

METODOLOGIA

Si tratta di un progetto “educativo” con approccio al destinatario, che ha richiesto la realizzazione di progetti educativi anche per gli operatori sanitari, finalizzati al cambiamento del comportamento culturale assistenziale nei confronti di una popolazione conosciuta solo per le vicende di cronaca che la riguardano, connotata da “stereotipi negativi”. I corsi formativi sono iniziati nel 1999 e hanno interessato progressivamente tutte le aree assistenziali (prioritariamente l'area materno-infantile, emergenza-urgenza, malattie infettive, oncologia) e tutte le discipline (medica, infermieristica, amministrativa e le figure di supporto alle attività assistenziali).

Le motivazioni progettuali sono tante e nascono da più riflessioni e considerazioni professionali:

- l'esigenza di dare risposte tangibili alle aspettative di sviluppo ed esercizio professionale degli Infermieri; aspettative che raccolgono una categoria ampia di problematiche infermieristiche ataviche e, pertanto, ormai anacronistiche rispetto all'evoluzione

normativa-formativa; fra le tante la necessità di nuovi modelli organizzativi assistenziali per la presa in carico della persona assistita e per la gestione dell'alta complessità determinata dai nuovi bisogni di salute della popolazione, soprattutto in ambito relazionale;

- l'interesse personale verso la scienza transculturale;
- l'esigenza di dare risposte concrete ai principi di universalità ed equità dell'assistenza sanitaria.

Il progetto presentato è ambizioso per la complessità dei problemi da trattare e gli obiettivi difficili da raggiungere nel medio-lungo termine; pertanto per la sua realizzazione "servono" molti attori. L'obiettivo generale del progetto è quello di:

- garantire un accesso equo ai servizi sanitari facilitando i percorsi;
- sviluppare per la popolazione del Villaggio Poderaccio un percorso di informazione e di prevenzione su aspetti sanitari, con particolare riferimento ad alcune malattie infettive quali scabbia e tubercolosi; percorso che possa incoraggiarli all'autonomia nella gestione della loro salute;
- garantire una formazione di tipo transculturale agli operatori sanitari ospedalieri e territoriali che accolgono persone portatrici di "altre" culture.

Il progetto si divide in due fasi:

1. fase preparatoria al progetto educativo, rappresentata da sottoprogetti ed obiettivi specifici, che ha richiesto:
 - il cambiamento culturale in termini di adozione di strategie competitive di approccio, con l'istituzione della funzione aziendale di Project Management nell'aprile 2004, con l'arrivo della nuova Direzione Generale e con la creazione di un gruppo di progetto dedicato all'Umanizzazione ed Accoglienza nell'aprile 2005;
 - il cambiamento culturale in termini di sensibilità e di conoscenze acquisite, e in termini di strumenti informativi e operativi di supporto all'operatore durante tutta la fase progettuale;
 - l'ideazione di un Servizio di Accoglienza e Mediazione di 2° livello, all'interno del quale a un Infermiere Case Manager esperto in transcultura, in counseling e in modelli organizzativi vengono affidate funzioni specifiche di Accoglienza, in modo da rendere fruibile l'accesso, con la collaborazione di mediatori linguistici e culturali, e facilitare la dimissione all'utenza a rischio di disagio sociale (dicembre 2004 - dicembre 2006);
 - lo sviluppo del rapporto di fiducia fra operatori sanitari medici, infermieri e assistenti sanitarie, e il popolo rom del Villaggio Poderaccio. Lo step iniziale è la preparazione e realizzazione di brainstorming e focus group con i medici di medicina generale per capire il loro punto di vista, conoscere le problematiche relative all'assistenza all'utenza rom e le potenziali soluzioni (settembre 1999-luglio 2006).
2. fase progettuale educativa-organizzativa, finalizzata all'umanizzazione dell'assistenza che si determina su diversi e differenti livelli di intervento:
 - azioni di sistema;
 - azioni di promozione e prevenzione della salute;
 - interventi di emergenza;
 - azioni per la rilevazione dei bisogni formativi degli operatori;
 - azioni di ricognizione relative alla possibilità di essere iscritti al SSN;
 - azioni di osservatorio;
 - azioni di pianificazione di accoglienza.

Gli obiettivi specifici sono riassumibili nei seguenti punti.

1. Sviluppare una rete di collegamento fra le agenzie impegnate all'interno ed all'esterno dei Villaggi per portare avanti i temi della salute e dell'igiene personale e sostenere l'autonomizzazione della popolazione rom nell'orientamento e nell'accesso ai servizi (settembre 2006).
Al raggiungimento di questo obiettivo collaborano le assistenti sanitarie del territorio a cui appartiene il Villaggio, gli operatori della cooperativa sociale Cat, i facilitatori rom individuati, i referenti del Servizio sociale del Quartiere 4, seguendo un piano di lavoro redatto da loro stessi in coerenza con gli obiettivi e le finalità da perseguire. È stato nominato un coordinatore locale del progetto educativo e un referente del servizio sociale. Ogni bisogno sanitario individuato verrà comunicato all'Infermiere Case Manager del Servizio di 2° livello dell'Ospedale di Torregalli che provvederà:
 - all'analisi del bisogno comunicato;
 - alla pianificazione degli interventi prioritari con la partecipazione e la consultazione di un'equipe multidisciplinare, che comprende il medico ospedaliero, il medico di famiglia, l'antropologo, la persona e i suoi familiari;
 - al coordinamento degli interventi sanitari previsti dal Piano integrato personalizzato;
 - al monitoraggio degli stessi;
 - alla valutazione dei risultati;
 - all'eventuale revisione della pianificazione.
2. Formare gruppi motivati di rom finalizzati a:
 - acquisire conoscenze rispetto ad alcune malattie infettive;
 - diffondere contenuti acquisiti all'interno del villaggio;
 - mantenere e migliorare la cultura della prevenzione, della salute e dell'igiene;
 - garantire un approccio volto all'empowerment della comunità rom. I gruppi di rom individuati sono costituiti da ragazzi e giovani donne che hanno avviato un percorso di alfabetizzazione, motivati ad apprendere e a collaborare all'attività progettuale in quanto già integrati nella società maggioritaria.
3. Realizzare un'analisi dei bisogni formativi degli operatori sanitari delle Aziende coinvolte nel progetto. L'analisi è finalizzata alla rilevazione di:
 - pregiudizi nei confronti delle alterità altrui ed, in particolare, nei confronti dell'utenza rom;
 - lacune sulla modalità di assistere con approccio transculturale;
 - difficoltà all'utilizzo di strumenti informativi, operativi, educativi che contribuiscono al determinarsi del comportamento culturalmente corretto dell'operatore.Lo strumento utilizzato è un questionario realizzato in collaborazione con esperti della Università di Firenze. Per somministrazione, accompagnamento, elaborazione e restituzione dei questionari e dei loro risultati sono stati individuati referenti locali in ogni Azienda. I risultati aiutano a rendere sempre più pertinente la formazione ai reali bisogni.
4. Intervenire su situazioni problematiche con una metodologia integrata, socio-sanitaria e coordinata fra le varie figure interdisciplinari ed interprofessionali che aderiscono al progetto per evitare la permanenza di fattori di rischio igienico-strutturali che

potrebbero determinare focolai infettivi.

All'interno del Villaggio vi sono famiglie che hanno maggiori difficoltà a mantenersi in salute: in particolare non riescono a liberarsi dalla scabbia, a causa delle poche conoscenze sulle malattie infettive e per la permanenza di divani, materassi e altri presidi che fungono da fonte di infezione. Per la risoluzione di obiettivi reali e concreti come questo, è necessario anche il supporto integrato dell'Ente comunale il cui contributo partecipativo verrà attivato dal facilitatore non rom, previsto per i casi più difficili da risolvere, che affiancherà le due o tre famiglie che hanno particolari e specifici bisogni di salute con interventi di sostituzione, sostegno e sviluppo di funzioni ed abilità dell'assistito.

5. Costruire un sistema di monitoraggio e valutazione sulla situazione igienico-sanitaria dei villaggi, attraverso il coinvolgimento di gruppi target individuati come Testimoni Privilegiati e una struttura organizzativa che colleghi il sociale al sanitario e viceversa. Per questo obiettivo si fa riferimento al Servizio di secondo livello, ai coordinatori locali, alle assistenti sanitarie ed ai facilitatori rom.
6. Realizzare uno studio etno-antropologico sulla percezione, da parte della persona rom, della nuova situazione alloggiativa. Questo studio si determina nel tempo e ha lo scopo di conoscere a quale concetto corrisponde la nozione di "casa" e di non omologare le diverse culture.
7. Realizzare uno studio epidemiologico prima retrospettivo e poi prospettico sugli accessi al SSN. Lo studio, già iniziato, richiede la consultazione degli archivi e la partecipazione di medici specializzandi del Dipartimento di Sanità pubblica. Questa rilevazione retrospettiva permette di avere uno storico a cui fare riferimento per monitorare il miglioramento e la pertinenza negli accessi.
8. Realizzare una ricognizione sugli iscritti al SSN, su chi potrebbe essere iscritto e non lo è, su chi è iscritto ma non conosce il proprio medico di famiglia o pediatra, per facilitarne l'incontro e la conoscenza. (gennaio 2006 - febbraio 2006). La ricognizione ha portato due incontri con i medici di medicina generale ed i loro assistiti direttamente nel Villaggio.

Nel corso del 2004, il campo del Poderaccio è stato smantellato ed è stato inaugurato un nuovo insediamento denominato Villaggio del Poderaccio, con abitazioni in prefabbricato, coibentate e dotate di servizi, in un'area classificata quale superficie urbanizzata. Il medesimo positivo percorso ha seguito il Masini, con il nuovo insediamento del novembre 2005. Al momento i due campi si sono unificati in un unico Villaggio, il Poderaccio.

La popolazione residente al Poderaccio è di circa 443 persone di cui 181 bambini, di età compresa tra 0 e 14 anni, che rappresentano il 41% della popolazione, e circa 51 nuclei familiari in cui almeno un componente della famiglia lavora regolarmente; circa 100 ospiti vanno e vengono continuamente. Coloro che risiedono al Villaggio provengono da zone diverse dei Balcani: qualsiasi tipo di servizio è chiamato a confrontarsi con assetti culturali non sempre omogenei o congruenti e talvolta caratterizzati da un patrimonio culturale misto. Lo stesso rapporto con i servizi presenta differenze

notevoli, a seconda dei diversi assetti culturali e della diversa provenienza geografica dell'utenza. Le problematiche rilevate con gli operatori del Servizio sanitario sono dovute alla diffidenza, alla profonda differenza culturale e alla non conoscenza reciproca: sono pertanto di tipo relazionale e la diagnosi infermieristica nell'accoglienza è prevalentemente quella di "adattamento inefficace". In genere, i casi di scabbia e pediculosi vengono alla luce tramite segnalazioni provenienti dalla Scuola all'Ufficio immigrati del Q.4 o al Consultorio pediatrico. In particolare, per alcune famiglie, i casi di scabbia si sono dimostrati di difficile risoluzione anche per il mancato allontanamento e smaltimento di ciò che permetteva la trasmissione dell'infezione.

La complessità dei problemi da trattare e gli obiettivi ambiziosi da raggiungere nel medio-lungo termine impongono una metodologia di gestione che è tratta dal Project Cycle Management (PCM). Il progetto si compone di numerosi sotto-progetti, tanti obiettivi e indicatori di processo ed esito. Questa metodologia è utilizzata per la gestione di programmi comunitari e processi di cambiamento culturale, ma può essere adottata dagli operatori pubblici che vogliono realizzare progetti di cooperazione come questo. La prima caratteristica interessante da adottare dal PCM è la necessità di conoscere bene e confrontarsi con i diversi protagonisti del progetto per la stesura e definizione dello stesso. La seconda caratteristica consiste nella valutazione degli obiettivi; la molteplicità degli obiettivi richiede la necessità di prevenire i conflitti e l'amplificazione delle attese, con conseguente difficoltà al raggiungimento degli stessi. La terza caratteristica riguarda l'importanza da dare agli indicatori: gli obiettivi sono a medio-lungo termine, pertanto richiedono azioni prolungate, incontri ripetuti, difficili da gestire. Per questo motivo gli indicatori rappresentano una sorta di cabina di regia, per attuare correzioni rapidamente ed efficacemente, e per misurare la curva motivazionale degli attori del progetto. Sono presi in considerazione quegli indicatori che focalizzano i passaggi cruciali dei processi, in particolare quelli formativi. Nella definizione degli indicatori di valutazione della formazione, abbiamo focalizzato l'attenzione su quei criteri che permettono di valutare l'applicabilità dell'innovazione messa in atto con il progetto. L'ultima caratteristica, per noi la più importante, è rappresentata dalla managerialità ed imprenditorialità del Project Leader; questa, adottata dal PCM, consiste nel sub-processo di mobilitazione delle competenze ed acquisizione e sviluppo delle risorse umane. In questo sub-processo sono evidenziabili alcuni fattori che concorrono al successo nell'esito, dei quali il fondamentale è la capacità manageriale del Project Leader, evidenziabile attraverso la capacità di:

1. cogliere come opportunità la scelta di una collega che si forma per interesse personale;
2. recuperare e mobilitare una risorsa umana ritenuta momentaneamente persa perché in fase di formazione, o un'altra perché sottovalutata;
3. recuperare risorse trascurate, individuate mediante un'analisi dei bisogni;
4. abbattere le barriere tra teoria e pratica, tra lavoro e apprendimento;
5. mostrare il "coraggio del manager" facendo scelte apparentemente impopolari perché controcorrente;
6. sentirsi il dovere etico di essere, oltre che un manager, anche un formatore.

L'obiettivo prioritario in questo approccio è agire sul destinata-

rio dell'intervento educativo al fine di individuare i suoi bisogni di informazione e di conoscenza, per favorire decisioni e scelte consapevoli sulla base dei propri interessi e valori. La peculiarità dell'approccio sta nel fatto che i bisogni e le tematiche vengono scelte dall'utente, e non dagli educatori. Conoscendo gli zingari, questo tipo di approccio diventa importante in quanto dà dignità ad un popolo che solitamente è identificato e connotato solo da stereotipi negativi. Durante il progetto educativo e per la realizzazione dello stesso, vengono utilizzate le seguenti tecniche:

- tecniche di lavoro di rete: connessione in rete di servizi pubblici e privati del territorio, che utilizzino le sinergie già sviluppate e concentrino l'attenzione sulla tutela della salute. In questa fase si rende necessario il raccordo con figure significative e, soprattutto, riconosciute dalle diverse componenti etniche del villaggio che facilitino il percorso;
- tecniche di conduzione di gruppo: lavoro con gruppi di donne e di ragazzi e sviluppo delle potenzialità di rilancio e diffusione del messaggio di prevenzione attraverso l'utilizzo della metodologia della peer-education, che mira a responsabilizzare un gruppo di destinatari affidando loro il ruolo di promotori della salute all'interno del proprio gruppo di riferimento (famiglia);
- tecniche di relazione educativa (lavoro diretto alle persone): stimolo e motivazione al cambiamento, orientamento nell'attivazione di comportamenti sani e nell'accesso ai servizi. Tale lavoro si svolge in stretta collaborazione con il Tribunale dei Minori, con il SIAST 4 e con il Consultorio Pediatrico del Quartiere 4;
- tecniche di informazione/comunicazione sociale: "realizzazione partecipata" di volantini e materiale informativo sulle buone pratiche, diffuso attraverso la mediatrice presso il consultorio pediatrico, quello ginecologico del Q4 e l'Ufficio Immigrati.

Viene utilizzato l'approccio dell'*empowerment* che, rispetto ad altri tipi di approcci precedenti, aggiunge attenzione ai possibili salti di qualità e alle possibili discontinuità, valorizzando gli aspetti emozionali e i valori collettivi e individuali; inoltre tale approccio orienta contemporaneamente alla consapevolezza, valore psicosociale, e al passaggio all'azione; infine l'*empowerment* permette di focalizzarsi non solo sui bisogni, ma anche sui desideri. Questa modalità di approccio viene ricondotta ai seguenti obiettivi:

1. sviluppo di una cultura organizzativa;
2. supporto di processi innovativi: sviluppa il potere interno delle persone, creando motivazione e interesse al cambiamento;
3. interventi organizzativi, che riguardano gli aspetti culturali ed umani e le azioni organizzative.

Il modello di *empowerment* comunque più interessante in questo contesto è quello di comunità. Tale modello ci permette di passare da un concetto astratto di società ad un concetto concreto dinamico, influente nella P.A.: la comunità trova il suo fondamento concreto in un sistema di valori, esperienze presenti e condivise tra i suoi membri, e, in prospettiva dell'*empowerment* di comunità, acquista potere ed incisività in ambiti fino ad oggi riservati ai soli "addetti della salute". Gli strumenti tipici dell'*empowerment* di comunità sono le consulenze finalizzate all'identificazione ed implementazione di reti relazionali che supportino le persone e la loro comunità nelle strategie di *by-pass* dei problemi di salute e dei disagi che emergono, e, di conseguenza, nel processo decisionale.

Una metodologia utilizzata è la relazione partecipata, che ci permette di conoscere e comprendere le persone che assistiamo

e, sulla base di questa conoscenza profonda, di costruire dispositivi e promuovere comportamenti organizzativi adeguati allo scopo. La relazione partecipata diventa uno strumento per cogliere la complessità come una risorsa e per utilizzarla anche a livello di organizzazione. Attraverso la relazione e la partecipazione si strutturano attività mirate all'aiuto della persona, e la persona, a sua volta, relazionandosi con l'organizzazione, sviluppa risorse (p.e. fiducia) che aiutano l'Azienda Sanitaria a perseguire al meglio i propri obiettivi.

L'altra metodologia di approccio è di tipo transculturale, che richiede una particolare e profonda sensibilità nei confronti dell'"altro". L'approccio transculturale ha l'obiettivo di studiare, mettere a confronto i sistemi culturali, alla ricerca di una possibile comprensione reciproca e integrazione, senza modificare l'impianto culturale originario. Questo approccio richiede l'ascolto delle emozioni proprie e altrui, l'utilizzo di una comunicazione - negoziazione con l'obiettivo di mettere a punto gli aspetti del confronto, a partire dai quali si potrà costruire un'intesa percepita come un avanzamento positivo. L'approccio transculturale aiuta a superare due tipologie di errori:

1. assente considerazione dell'alterità dell'altro;
2. presa in carico dell'alterità dell'altro difettosa o erronea.

Entrambi gli errori nascono dall'etnocentrismo. La metodologia di approccio transculturale deve essere portata avanti da coloro che, per professione, esperienza ed interesse, sono condizionati da un sistema complesso di attitudini, in parte soggettive in parte acquisite, da mantenere quando la presenza di tensioni emotive e conflitti di interesse possono metterlo in discussione.

Il sistema di attitudini è così rappresentato:

1. decentramento, come la consapevolezza e la successiva distruzione delle attitudini e degli elementi della propria personalità che impediscono di accogliere l'altro;
2. esteriorizzazione, cioè esplicitare i tratti di differenza che caratterizzano l'altro rispetto a sé, senza cadere nel pregiudizio della differenza come esclusione, svalutazione o emarginazione;
3. comprensione del problema, che consiste nel costruire una condivisione dei significati sottesi alle problematiche esplicitate;
4. messa in relazione dei tratti culturali, confrontando i sistemi culturali che, in alcune parti, si oppongono o si contrastano.

Il Management infermieristico è lo strumento decisionale utilizzato durante tutto il progetto. Esso ci ha aiutato a passare da una cultura costruita sui concetti di gerarchia, potere, compito, efficienza delle risorse, ad una cultura organizzata di tipo manageriale. Nello specifico, la finalità del management è rappresentata dallo svolgimento di processi di qualità volti all'utente straniero e dal raggiungimento di risultati in termini di efficacia. Avere come finalità prevalente l'efficacia significa scegliere gli obiettivi più adatti, i metodi migliori per conseguire risultati che abbiano un valore aggiunto. Nel processo di management troviamo il punto di partenza per un percorso verso la qualità che interessa tutti gli elementi dell'Azienda. La filosofia adottata nel corso degli anni che ci sono voluti per arrivare a produrre i risultati del processo di cambiamento è quella del *Company Wide Project Management* che vede la partecipazione al processo di qualità dell'utente e degli operatori che solitamente pensano a produrre, invece che a progettare.

RISULTATI

I risultati al momento sono riconducibili ai seguenti ambiti:

1. formativi-educativi - realizzazione di numerosi corsi sulla scienza

transculturale che hanno permesso di avere facilitatori dell'accoglienza, ospedalieri e territoriali, in numero tale da coprire tutte le aree dei sei presidi ospedalieri e tutti i presidi territoriali di cui si compone l'Azienda 10; individuazione di facilitatori fra le donne ed i ragazzi rom che risiedono al villaggio che iniziano il percorso formativo per migliorare la propria salute, per acquisire conoscenza e competenze specifiche, per diffonderle in maniera capillare mediante metodologie di peer-education al resto della popolazione. Nelle tabelle 1 e 2 sono posti alcuni esempi di indicatori di esito utilizzati per la verifica della formazione fatta dai formatori organizzativi; realizzazione di un opuscolo informativo-operativo tradotto in romanè e realizzato da persone rom, contenente nelle ultime pagine anche schede operative per l'operatore sanitario che permettano di valutare il comportamento culturalmente corretto dell'operatore; creazione di audio-cassette, realizzate da una ragazza rom, con i contenuti dell'opuscolo per chi non sa leggere, contenenti anche elementi di cultura rom.

2. a livello di struttura di base - realizzazione di un Servizio di accoglienza di 2° livello all'interno dell'ospedale più vicino al Villaggio rom, in cui un infermiere case manager esperto in transcultura svolga funzioni di accoglienza e di mediazione facilitando l'entrata e l'uscita della popolazione utente maggiormente in difficoltà: rom, senza tetto, immigrati con alto rischio di disagio sociale, disabili cognitivi gravi, sordomuti. Risultati ad oggi: individuato vano con funzione di Accoglienza di 2° livello; arredato ed accessorizzato; richiesto il programma web che ci metterà in comunicazione con i MMG e con il DEA per verificare gli accessi nelle ultime 24 ore e per facilitare i ricoveri e le dimissioni.
3. ricognizione degli iscritti al Servizio sanitario nazionale e successiva iscrizione di coloro che, pur potendosi iscrivere, ancora non lo hanno fatto (risultato: iscritti l'80%).
4. indagini retrospettive e prospettive di accesso al servizio sanitario da parte dell'utenza rom. (risultato: attività in atto).

Alcuni indicatori utilizzati per la verifica dei risultati

Criterio: garantire il diritto alla salute

Indicatore di esito: rapporto tra n persone che si sono iscritte al SSN dopo 2 mesi dalla ricognizione / n persone che potrebbero essere iscritte al SSN.

Standard: 50%

Risultato: 80%

Indicatore di esito: rapporto tra n persone rom, facilitatori della salute senza retribuzione dopo due mesi dalla comunicazione dell'evento progettuale / n persone rom facilitatori possibili

senza retribuzione.

Standard: 20%

Risultato: 90%

Per valutare il comportamento culturalmente corretto degli operatori, utilizziamo i seguenti criteri ed indicatori di esito:

Criterio: gli atteggiamenti di fiducia sviluppati tra i contattati rom e gli abitanti dei villaggi e gli operatori socio-sanitari ospedalieri e territoriali.

Indicatore 1: numero di persone che hanno avuto un bisogno socio-sanitario e lo hanno percepito e dichiarato in maniera pertinente all'operatore/numero delle persone rom che hanno avuto un bisogno di salute;

Indicatore 2: numero di soggetti rom complianti alla terapia e/o follow up/numero di soggetti rom che hanno avuto bisogno di farmaci; Criterio: lo scarto della competenza culturale agita dall'operatore rispetto a quella attesa.

Indicatore 1: numero schede autovalutate, culturalmente corrette/numero delle schede operative transculturali.

CONCLUSIONI

Quando si programma un percorso assistenziale per un determinato gruppo di popolazione ai margini come quella rom è necessario tenere presente i seguenti elementi: il contesto, la concezione della salute e della malattia da parte dello zingaro, il comportamento dello stesso, la motivazione ad imparare, l'importanza degli opuscoli, la scelta degli strumenti informativi e operativi utili all'operatore per superare la difficoltà relazionale iniziale e informare. Inoltre, per tutti i processi di cambiamento, in particolare per quelli in cui la persona assistita è di un'altra cultura, è determinante l'utilizzo di una filosofia che metta al centro del progetto la persona interessata dal miglioramento, e che consenta al SSN di spostarsi direttamente nel luogo in cui il cambiamento deve avvenire, là dove esiste il bisogno di innovare. I progetti ed i processi rappresentano gli strumenti decisionali per poter fornire un *nursing* avanzato. Un *nursing* che richiede abilità e conoscenze specifiche, acquisibili con percorsi di alta formazione che portano a livelli di competenza interpretativa e decisionale capace di far correlare un intervento infermieristico ad un risultato di salute. Per rendere usufruibile un servizio sanitario da una popolazione "trascurata", ai margini della società, è necessaria l'adozione di strategie aziendali volte all'Umanizzazione e che utilizzino l'accoglienza come un criterio di valutazione della qualità, attraverso l'individuazione di indicatori di struttura quali:

- presenza vs assenza di servizi d'accoglienza di 2° livello;
- presenza vs assenza di personale infermieristico con compe-

Tabella 1 - Indicatori sintetici di esito per la valutazione della formazione fatta dai formatori relativa al processo di "orientamento", per lo sviluppo della configurazione delle possibilità delle persone

Criterio: aumento di pensabilità positiva nel passaggio dalle diverse fasi progettuali

Indicatore 1: n di comunità di pratiche istituitesi/n di comunità di pratiche istituibili

Indicatore 2: n di partecipanti al corso formativo/n delle persone che costituiscono le comunità di pratiche

Risultato: 100%

Indicatore 3: n di persone che si autovalutano con punteggio >5 nella scala delle attese progettuali/n° delle persone presenti

Indicatore 4: n possibilità percepite come positive per persona/n persone presenti

tenze relazionali avanzate dedicato all'accoglienza;

- presenza vs assenza di percorsi definiti di accoglienza per utenza ai margini della società;
- numero di unità e/o dipartimenti che adottano il prototipo di protocollo di accoglienza definito dall'Ente/Azienda/numero di unità e/o dipartimenti presenti nell'ente;
- presenza vs assenza di organizzazione di rete;
- presenza vs assenza di servizio di mediazione culturale;
- presenza vs assenza di procedure di funzione relazionale mediata;
- presenza vs assenza di team multidisciplinari per valutare "accoglienze difficili"

Strategie, dunque, che rivalutino i tempi e gli spazi della relazione, i modelli organizzativi assistenziali e le persone da assistere in quanto tali e come soggetti unici e irripetibili, indipendentemente dalla classe sociale e dalla scolarizzazione. Servono pratiche che facilitino la narrazione della malattia, come la pratica dell'audit che permette all'operatore di porsi, con la persona che assiste, come un soggetto comunicante. Occorre la formazione, capace di trasformare una personale inclinazione all'aiuto in una pratica condivisa sostenuta da protocolli che rendano visibile l'umanizzazione dell'assistenza. Infine, occorrono Direttori Generali con capacità imprenditoriali, con il coraggio di scegliere, nella considerazione del bilancio aziendale finale. Occorrono Manager che abbiano non solo il coraggio di scegliere, ma anche di fare scelte impopolari. È necessario che siano anche formatori *empowering*, capaci di gestire, programmare, individuare le risorse umane giuste, mediante un'analisi dei bisogni.

L'esperienza progettuale narrata è stata ed è un'esperienza molto interessante e gratificante dal punto di vista professionale, ma soprattutto è stata ed è un'esperienza umana significativa che ci ha permesso di capire bene che il superamento del pregiudizio è un'esperienza non solo cognitiva, ma prevalentemente emotiva e per certi versi affettiva.

Tabella 2 - Indicatori oggettivi che rilevano azioni specifiche compiute dalle persone che denotano l'orientamento al cambiamento

Indicatore 1: n di persone che si procurano risorse integrative, di ricerca di contatto per la definizione dei processi/n di persone presenti
Standard accettabile: 70%
Risultato: 99%
Indicatore 2: n di persone che si sono iscritte ai corsi di studio, formativi professionali nell'anno successivo al progetto
Standard accettabile: 30% dei presenti
Risultato: 58%
Indicatore 3: n di persone che abbandonano il team work perché bloccate dal processo spontaneo di apprendimento
Standard accettabile: 15%
Risultato: non valutato
Indicatore 4: n di persone che abbandonano il team work nella fase del passaggio dall'apprendimento cognitivo alla prova-azione della messa in atto
Standard accettabile: 10%
Indicatore 5: presenza vs assenza di parole positive nei confronti del lavoro progettuale nei contenuti verbali
Standard: sempre più presenti
Risultato: sempre più presenti

BIBLIOGRAFIA

1. Manara DF. Infermieristica Interculturale. Roma: Carocci, 2004.
2. Tognetti Bordogna M, I colori del welfare: servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia. Milano: Franco Angeli, 2004.
3. Ewles L, Simnett I. Educazione alla salute. Una metodologia operativa. Milano: Sorbona, 1989.
4. Brusciaglioni M, Gheno S. Il gusto del potere. Empowerment di persone ed azienda. Milano: Franco Angeli, 2004.
5. Cipolla C. Manuale di sociologia della salute. Milano: Franco Angeli, 2004.
6. Piasere L. I Rom d'Europa, una storia moderna. Bari: Laterza, 2004.
7. Fabietti U. Antropologia culturale. L'esperienza e l'interpretazione. Bari: Laterza, 2004.
8. Bombardi S. Progettare la formazione dell'infermiere, la cultura al centro della professione infermieristica. Milano: Franco Angeli, 2000.
9. Archibald Russell D. Project management. La gestione di progetti e programmi complessi. Milano: Franco Angeli, 2004.

“The art to assist through the rom culture”. A project of umanization and acceptance

Razionale. The project is mostly a process which has obtained a professional, cultural and organizational change in the health care. This plan has taken a lot of time because it has required the overcoming of the prejudgment and the acknowledgment of people little loved and lovable and of their culture.

Results. The expected results can be referred to the following areas: procedures and communication between hospital and territory; presence of rom facilitator; decrease of improper accesses to DEA; presence of epidemiological, social and sanitary data about this kind of user; decrease of voluntary outcomes, of escape from the SSN, of late accesses; survey about confident behavior; development of specialist skills; creation of spaces for rom users in the outpatient of sexual diseases.

Methods. The process of cultural change has been determined by means of informative-educational plans on transcultural science for the health operator of the organization, systematically inserted in the formative annual business plans; repeated meetings at the Poderaccio Village of Florence between the sanitary assistants, the expert nurse of transcultura and the general medicine doctors. The educational plans have required an approach focused on the person since the analysis of the needs and the choice of the contents to deal. The process has been realized using the Company Wide Project Management, the methodology drawn by the Project Cycle Management (PCM). The implementation of the Company Wide philosophy has made the Sanitary Service move toward the place where the need was, in the rom fields, looking for the participation of rom people and allowing the creation of projects outside usual places.

Objectives. The priority objective of the meetings was to reduce the relational distrust due to not mutual acquaintance, in order to develop a confident relationship. The formative objective was to develop awareness among the operators in order to guarantee fair access to the sanitary services, and to develop information and prevention among the population of Poderaccio Village, in particular about infectious diseases.

Keywords Transcultural care, humanization, empowerment, Project Cycle Management Methodology, Company Wide Philosophy, formation, participated relationship