



**Oltre i culturalismi  
la cassetta degli attrezzi dei  
professionisti della salute**

**Fare formazione, consapevolezza  
e strumenti**

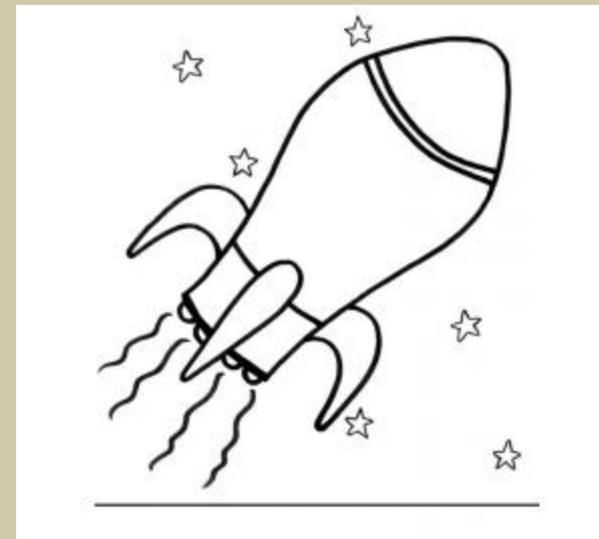
**Maria Laura Russo  
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive  
Sapienza – Università di Roma**

## La terra sta morendo.

Unica possibilità di salvezza, una navicella spaziale con **sette posti** che sta per partire per un altro pianeta. Intorno alla navicella vi sono undici persone che aspirano a partire.

Voi vi trovate nella posizione di dover scegliere le sette che partiranno e costruiranno il primo nucleo di una nuova civiltà. Di loro sappiamo pochissimo, quasi niente, e tuttavia su queste basi dovete scegliere anche rapidamente, altrimenti nessuno rimarrà in vita.

Per ogni candidato alla partenza dovete decidere se parte o meno



**Ecco quello che sappiamo:**

- 1. Militante nero**
- 2. Poliziotto con fucile**
- 3. Atleta**
- 4. Architetto**
- 5. Cuoca**
- 6. Falegname cieco**
- 7. Dottoressa**
- 8. Prostituta**
- 9. Ragazza di 16 anni incinta**
- 10. Musicista gay**
- 11. Sacerdote**

***Non è possibile domande, non ne abbiamo il tempo.  
Tra 5 minuti dovremo dare il nostro parere***

## Chi parte?

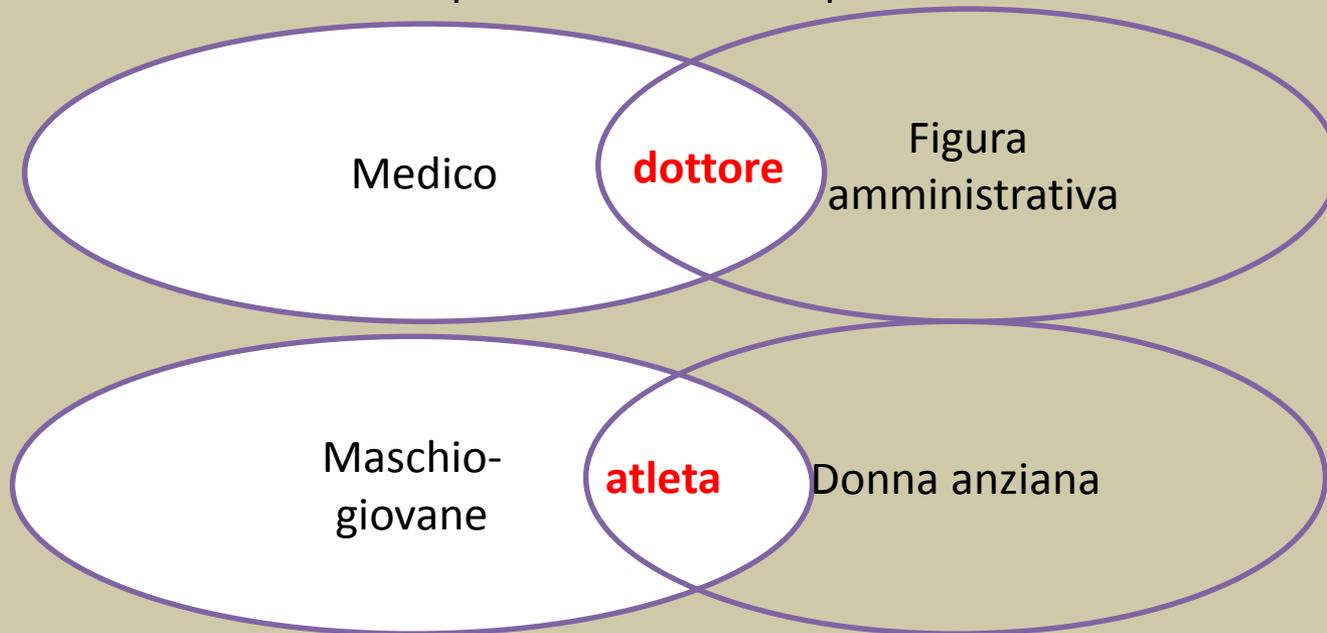
Candidati	si	no
MILITANTE NERO		
POLIZIOTTO CON FUCILE		
ATLETA		
ARCHITETTO		
CUOCA		
FALEGNAME CIECO		
DOTTORESSA		
PROSTITUTA		
RAGAZZA 16 ANNI INCINTA		
MUSICISTA GAY		
SACERDOTE		

*Quando la navicella con i prescelti sta già viaggiando verso il nuovo modo ci arriva un secondo documento, con altre informazioni più dettagliate su ciascuno dei candidati.*

- il militante nero è un pacifista, esperto in non-violenza e gestione creativa dei conflitti
- il poliziotto con fucile è un giovane e atletico leader dei Boy Scout, uno che userebbe il fucile unicamente per procurare il cibo con la caccia
- l'atleta è una donna di 70 anni, che ha vinto le Olimpiadi delle Gray Panthers
- l'architetto mangia solo rape rosse, pianta che non sembra vivere sul nuovo pianeta
- la cuoca ha lavorato solo nel carcere di San Vittore, ed ha imparato a cucinare solo quel tipo di pietanze
- la prostituta è un'ottima cuoca, giovane, allegra e gode di ottima salute
- la ragazza di 16 anni ha l'AIDS
- Il musicista gay: ...."Suona solo l'organo!"...
- Il falegname cieco è un famoso maestro delle costruzioni in legno e sarebbe in grado di insegnare queste sue abilità a chiunque
- La dottoressa è una laureata in legge, dirigente della Pubblica Amministrazione
- Il sacerdote è il capo di una setta fondamentalista musulmana

## La navicella spaziale

Il 'trucco' è quello di proporre immagini divergenti ed opposte a quelle alle quali la maggioranza si affida per compiere la scelta, che sono state date per scontate. La dinamica è rappresentabile come una bisociazione, di matrici percettivo-valutative parzialmente sovrapposte



C'è lo stravolgimento di un'immagine che veniva data per scontata e la sua bisociazione con un'altra immagine ai fini pratici diversa.

Un buon osservatore deve infatti sapere come nascono gli stereotipi, a cosa servono e non deve dare mai per scontato che siano rappresentazioni accurate della realtà.

# Per decidere chi far partire ci siamo ritrovati

- Operare a partire da **astrazioni indeterminate**, cioè sulla base di informazioni insufficienti a orientare la produzioni di immagini concrete (ruolo del contesto/elementi del rapporto)
- Operare in termini di **'urgenza classificatoria'** (invece di indugiare nell'esplorazione)
- A non tenere conto dei **'casi particolari'**



## Metafore generative

Non una sostituzione di uno stereotipo con un altro, è una sovrapposizione che ci permette di accogliere particolari , ci aiuta a vedere da un altro punto di vista, aiutandoci ad uscire dalle cornici di cui siamo parte

L'unico modo per risalire al sistema di premesse implicite in base a cui l'organismo opera è metterlo in condizione di sbagliare e osservare come corregge le proprie azioni e i propri sistemi di autocorrezione

Gregory Bateson

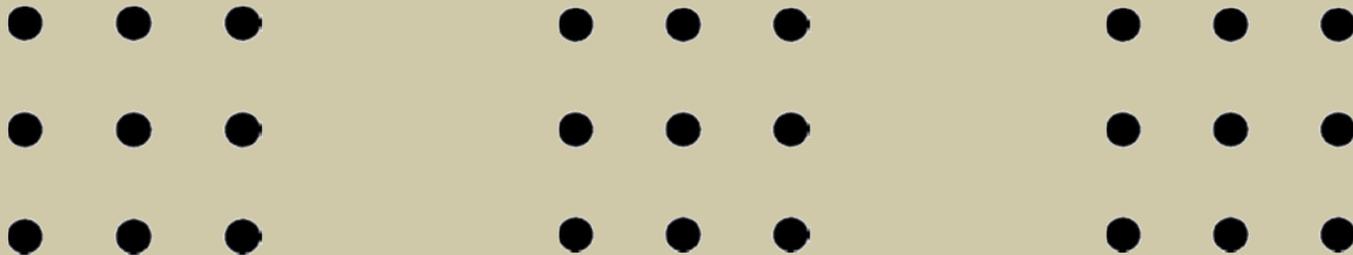


Lavorare sulle premesse implicite, sulle cornici di cui siamo parte

In questi 'giochi' l'importante non è trovare o meno la soluzione ,  
ma riflettere al rallentatore e al microscopio sul percorso  
emozionale e logico che si compie nel cercare la soluzioni

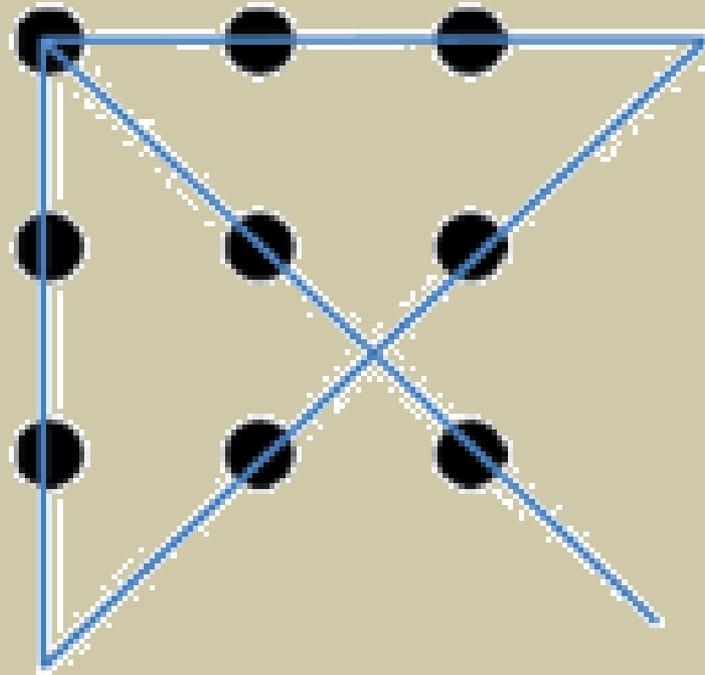
# Un altro esempio: il gioco dei nove punti

Istruzioni: ciascuno disegni su un foglio di carta  
per tre volte nove punti così disposti



Bisogna unire questi nove punti con quattro  
segmenti senza sollevare la matita dal foglio:  
dove finisce un segmento deve iniziare l'altro

‘Soluzione’



La maggior parte di noi ha provato a trovare la soluzione entro un campo di possibilità con dei confini precisi, come se fosse insensato, proibito ‘uscire dal quadrato’. Nel cercare la soluzione, non abbiamo pensato «non devo uscire dal quadrato», l’abbiamo dato per scontato. Così è emersa una premessa implicita.

Per arrivare alla soluzione non bisognava cambiare percorso, ma cambiare le premesse, mettere in discussione qualcosa di cui non si era consapevoli e si dava per scontato.

Questo vale anche per il processo di apprendimento, possiamo imparare nuove cose, acquisire nuove informazioni, avere diversi punti di vista all'interno di un modo di inquadrare le cose (di una matrice percettivo-valutativa) oppure possiamo cambiare quel modo di inquadrarle.

**APPRENDIMENTO**  
come modificazione del  
comportamento in seguito alla  
metabolizzazione di una informazione

**APPRENDIMENTO SEMPLICE**  
avviene per aggiunta di nuovi  
elementi, la cultura  
professionale precedente viene  
aumentata, ma non modificata  
nei suoi elementi precedenti

**APPRENDIMENTO  
COMPLESSO**  
avviene per modifica del  
precedente campo cognitivo  
della persona, cambia la cultura  
professionale dell'individuo e i  
relativi modelli mentali

# Competenza Transculturale

capacità  
di comprendere le  
differenze

Non è un insieme di saperi e abilità, e non è sufficiente un'attitudine positiva del soggetto.

Non è costruita sulla mole di conoscenze, sulle attitudini o sulle competenze pratiche.

Decostruire l'attenzione ricorrente a lavorare sulle culture specifiche, puntando sulla costruzione di visioni del mondo inclusive e progressive che possano mantenersi nel tempo ed accogliere il cambiamento.

# La competenza culturale transculturale

- “Forma mentis”: che ha alla base l’assunto del riconoscimento delle differenze e un atteggiamento positivo verso di essa.
- Abilità pratiche, che consentono di affrontare gli incontri interculturali, ovvero capacità di imparare, ad identificare le aree di potenziale incomprensione per scegliere il comportamento più appropriato.

## La competenza transculturale dovrebbe affermarsi anche nelle organizzazioni

- A livello gestionale,
- Nel governo clinico.
- Risorse (tempo-lavoro, risorse finanziarie, personale qualificato)
- monitoraggio dei bisogni e dei risultati
- Investimenti nello sviluppo delle competenze linguistiche e culturali del personale
- Apertura alla collaborazione con le comunità immigrate

# Competenza culturale

La competenza culturale viene intesa non solo come un insieme di saperi e abilità, ma anche come **un'attitudine positiva del soggetto** nel vivere le differenze e viene preso particolarmente in considerazione l'elemento processuale dell'apprendimento basato, soprattutto, sull'acquisizione di una consapevolezza critica.

Il punto di partenza dovrebbe essere, infatti, il riconoscimento e la messa in discussione della propria cultura e dei paradigmi a partire dai quali interpretiamo la realtà ed organizziamo la nostra professione.

Focalizzare il processo formativo sul fornire informazioni ed elementi nozionistico- enciclopedici su quello che possono essere le “culture altre”, oltre che rendere queste – erroneamente – monolitiche, rischia di consolidare gli stereotipi e i pregiudizi già presenti. La questione, invece, da affrontare, è quella di modificare la qualità dell'esperienza relazionale

# 'La cultura'

Sovradimensionamento  
"NOI/LORO"

Sottodimensionamento  
"SIAMO TUTTI UGUALI"

**Ad incontrarsi o a  
scontrarsi non sono  
culture, ma persone.  
Se pensate come un  
dato assoluto, le  
culture divengono un  
recinto  
invalicabile...Ogni  
identità è fatta di  
memoria e oblio. Più  
che nel passato, va  
cercata nel suo  
costante divenire**

Unico elemento che 'spiega' l'individuo,  
Sincronia e pluralità delle identità

## Ragioniamo sulla 'categoria' di cultura

La cultura di un gruppo è totalmente e assolutamente una creazione e una proprietà di quel gruppo e affonda le sue **radici** esclusivamente nella tradizione e quindi nel passato.

Gli uomini posseggono piedi,  
non radici

Nessuno di noi ha mai visto la propria tradizione, né la propria identità o la propria cultura, ma tutti abbiamo visto delle radici.  
(forza della metafora)

**Però la tradizione /cultura viene appresa,  
non ereditata geneticamente, né trasmessa**

Ognuno di noi è, infatti, portatore di un mazzo di identità,  
da cui di volta in volta – *per scelta o per costrizione*  
pesca la carta che ritiene più adatta o la sola che le è consentito giocare

# Oltre i culturalismi (video intervista Gianluca Gatta)

**La cultura è un bagaglio che si eredita e si trasmette alle generazioni future e resta immutabile nel tempo**

**Un insieme di modi di pensare e di agire che consente agli individui ed ai gruppi di orientarsi nell'ambiente naturale e sociale**

**Sono diverse le forme di identificazione (genere, età, classe), differenziare è la prima cosa da fare per riflettere sul rapporto individuo-cultura**

**E' la presenza degli stranieri nel nostro paese ad attivare un interesse nei confronti della cultura**

**La nostra cultura ci è invisibile**

**La cultura è una posta in gioco della relazione.**

La relazione con un paziente migrante, spesso, è viziata da un'incapacità di vivere "equilibratamente" le differenze, poiché talvolta meccanicamente si è portati ad impostare delle **relazioni isomorfe tra etnia, lingua e cultura**. Ciò che chiamiamo "cultura" viene usualmente caricata di un peso eccessivo e di una sovrabbondanza di significato, come se le differenze che contraddistinguono tutti noi si cristallizzassero e si ponessero come un elemento biologico, predeterminato. Lo sforzo dovrebbe essere, invece, quello di dare la possibilità a ciascuno degli attori della relazione di esprimersi apertamente, nella consapevolezza che le identità e, soprattutto, ciò che possiamo chiamare appartenenze siano frutto di un processo, di una negoziazione.

Il tentativo dovrebbe essere, allora, quello di costruire un punto di incontro che assomigli ad una **soglia più che ad un confine**, dove ognuno abbia la possibilità di "giocarsi" la propria identità senza attribuzioni predefinite.

# Nella cassetta degli attrezzi



**“ I fatti hanno la loro pronuncia  
In ogni lingua, una diversa “**

Wieslaw Brudzinski. Da “il linguaggio del cambiamento.” Paul Watzlawick

# Alcuni presupposti per la formazione

## Il processo di apprendimento:

ciò che si può insegnare rappresenta solo una parte di ciò che si può imparare,  
ciò che si può imparare è solo una parte di ciò che si può apprendere,  
ciò che si può apprendere è in riferimento a una capacità globale di  
apprendimento

che solo in parte può essere oggetto di sviluppo “culturalmente” guidato

F. Quaglino

La **prima** è detta della *pensabilità*: in questa prima e fondamentale fase la persona rivede il proprio approccio e comincia ad immaginarsi nel nuovo ruolo, a vedersi nei nuovi panni. Fino a quando non accetta la nuova immagine di sé e non la riconosce positivamente non può partire un reale apprendimento. La formazione deve perciò essere organizzata in modo da favorire il più possibile il superamento degli ostacoli alla pensabilità, pregiudizi del tipo “*io non sono adatto a far questo, non sono portato, non ho mai fatto ciò, ho sempre fatto a modo mio, etc...*”.

La **seconda tappa** è quella della *sperimentabilità*. La persona adulta non inizierà ad applicare ciò che sta apprendendo nel percorso di formazione senza prima averne sperimentato la reale fattibilità ed utilità. Il rischio è quello che si fermi ad aver compreso un nuovo approccio, ma non se la senta di metterlo in pratica, il percorso formativo diventerebbe una via alla frustrazione e non all'apprendimento. La formazione deve perciò costruire occasioni di applicazione protetta, nella quale la persona prova ciò che ha appreso senza dover immediatamente affrontare le eventuali conseguenze. È questo lo scopo di esercitazioni, casi di studio, simulazioni, test e role playing, indicato col termine *didattica attiva*.

A questo punto la persona può cominciare ad attuare nella propria realtà individuale e/o professionale quanto ha imparato, realizzando un *cambiamento*, la **terza tappa**.

# P. Freire

## critica al concetto bancario della educazione

- l'educatore è colui che sa e gli educandi quelli che non sanno;
- l'educatore è quello che pensa e gli educandi, i pensati;
- l'educatore è quello che dice la parola e gli educandi quelli che ascoltano docilmente;
- l'educatore è quello che opta e prescrive la sua opzione e gli educandi seguono la prescrizione;
- l'educatore sceglie il contenuto programmatico e gli educandi non sono mai ascoltati in questa scelta e si assoggettano ad essa;
- l'educatore è il soggetto del processo, in quanto gli educandi sono meri oggetti.

**L'educazione diventa un atto del depositare (come nelle banche); il sapere è una donazione di coloro che si giudicano saggi a coloro che non sanno niente.**

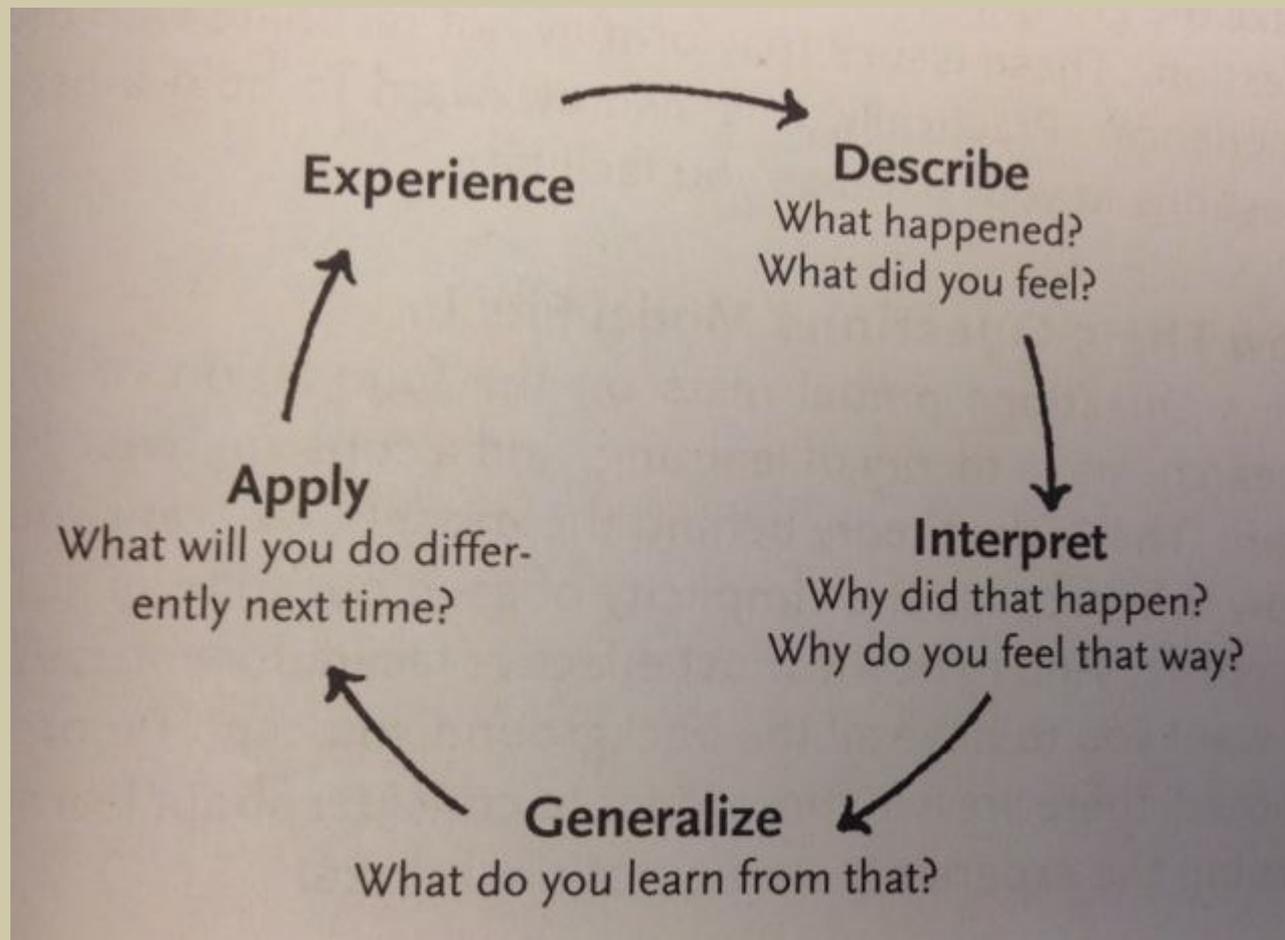




## Il Modello andragogico (*Malcom Knowles*)

...rivolto all'educazione degli adulti, si basa su una serie di presupposti specifici che lo distinguono da quello pedagogico:

- ❖ per poter apprendere l'adulto deve sentire in sé il **bisogno di conoscere**;
- ❖ l'adulto deve sentire che il proprio **concetto di sé** viene rispettato dall'educatore. Egli cioè deve essere collocato in una situazione di **autonomia (vs dipendenza)**;
- ❖ nell'educazione dell'adulto ha un ruolo essenziale **l'esperienza**, sia come attività di apprendimento sia come pregresso talvolta negativo che costituisce una barriera di pregiudizi e abiti mentali che fa resistenza all'apprendimento;
- ❖ l'apprendimento degli adulti è **centrato sulla vita reale**;
- ❖ le **motivazioni** più forti nel processo di apprendimento dell'adulto sono quelle interne: desiderio di una maggiore soddisfazione nel lavoro, auto-stima, qualità della vita etc.



Modello di Pfeiffer e Jones

Nell'apprendimento esperienziale il concetto si sviluppa dall'esperienza e lo sviluppo del concetto avviene mediante il processo di **“riflessione metodica”** sull'esperienza.

La riflessione è metodica se segue determinati processi verso uno specifico obiettivo di apprendimento, ovvero se conduce ad una applicazione dell'apprendimento stesso.

Le persone vengono incoraggiate a fare collegamenti e a formulare teorie proprie sullo stato delle cose, l'apprendimento è focalizzato su “ciò che è” piuttosto che “ciò che dovrebbe essere”.

E' un tipo di apprendimento basato sulle percezioni e le emozioni degli individui e non su una realtà “ricevuta” dall'esterno.

L'apprendimento esperienziale non riguarda le cose che sono al di là dell'individuo coinvolto nel processo di apprendimento.

L'esperienza è alla base della riflessione, che a sua volta è seguita dalla generalizzazione e dalle successive strategie per applicare gli apprendimenti attraverso una sperimentazione attiva.

L'azione pratica, invece, fornisce materiale esperienziale concreto ai fini della riflessione. I concetti teorici possono entrare a far parte del quadro di riferimento dell'individuo solo dopo che lo stesso li ha esperiti in modo significativo a livello emotivo. La riflessione gioca un ruolo importante in questo processo, poiché getta un ponte tra l'esperienza e la generalizzazione.

# Metodologie didattiche e livelli di interattività

Ascolto  Coinvolgimento

Lezione  
Frontale

Esercitazione  
individuali

Role playing  
Giochi



Lezione  
interattiva e  
con sussidi

Lavoro di  
gruppo

## *role playing*

Ad alcuni componenti del gruppo in formazione viene richiesto di svolgere il ruolo di 'attori', di rappresentare alcuni 'personaggi' in interazione tra loro, mentre gli altri componenti fungono da osservatori dei *contenuti* e dei *processi* manifestati.

Viene simulato un evento sulla base di un copione

# *role playing*

*Alcuni passaggi importanti*

## **Obiettivo formativo**

### **Descrizione della vicenda simulata:**

sintetica , ma precisa;

decisione in relazione al grado di analogia

verificare contenuti (luogo/tempo/persona/rapporti/problema)

**Copione** (ogni attore lo legge in segretezza) più o meno strutturato

**Griglia di osservazione** (possibile divisione in sotto gruppi), in relazione agli obiettivi formativi, più o meno co costruita

Il punto di vista educativo sulla relazione di cura dovrebbe concentrare la propria attenzione sulla tensione dialogica dominata dal continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra.

Si tratta di costruire modelli di formazione nei quali è fondamentale la capacità del professionista di decentrarsi dai propri modelli di costruzione socio-cognitiva della realtà senza, però, annullarsi nella prospettiva del paziente.

È quello che viene definito da M.Bachtin **“exotopia”**.

Nell'empatia, infatti, il professionista isola e decontestualizza alcuni tratti dell'esperienza dell'altro per comprenderla in base alla propria esperienza, quindi conservando immutate le proprie cornici di pensiero, rafforzando il proprio punto di vista. Simula, in qualche modo, di “mettersi nelle scarpe dell'altro”, ma in realtà, all'ultimo momento, “mette l'altro nelle proprie scarpe”.

L' exotopia poggia su una scelta di alterità, in cui la differenza è considerata una condizione necessaria alla comprensione. Nel confronto con l'alterità, le nostre reazioni divengono materiale indispensabile per la comprensione (e questo proprio attraverso il confronto di cornici diverse).

Bisogna attivare un atteggiamento riflessivo rispetto alla propria epistemologia professionale ed al proprio sapere implicito che determina fortemente le pratiche di cura.

## la formazione come RISORSA

- 1) gli operatori sociosanitari ed amministrativi coinvolti, a vario titolo, sul tema della salute delle persone straniere, giocano un ruolo rilevante;**
- 2) la loro formazione / aggiornamento rappresenta un elemento strategico di successo nella promozione e tutela della salute degli immigrati.**

# Orientamenti in Italia

Dal Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità –  
FNOMCEO, nov. 2007

## Il Manifesto di Padova della FNOMCEO

Novembre 2007



Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità

Padova, 24 novembre 2007

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri considera il multiculturalismo e la molteplicità etnica proprie della società contemporanea quali uno stimolo e una sfida che i medici debbono affrontare nello spirito etico della tradizione ipocratica e nel rispetto dei valori di uguaglianza e universalità della nostra Costituzione.

Ciò premesso:

- Il Consiglio Nazionale della FNOMCEO, nel riconoscere la salute quale valore primario e diritto universale e bene inalienabile,
- impegnato nella piena realizzazione del diritto alla cura in una società plurietnica,
- convetto di come il pieno rispetto e riconoscimento valoriale delle identità culturali sia alla base di un corretto esercizio della professione medica
- con l'obiettivo di ancorare il ruolo della medicina e i compiti della sanità all'imprevedibilità rapporto con l'etica,

adotta i seguenti principi:

- Diritto alla cura -

Ogni soggetto malato è portatore del diritto alla cura.

La salute dell'individuo costituisce una finalità globale per la quale operare.

Ogni soggetto malato dovrà ricevere risposta ai bisogni di salute all'interno di una pianificata strategia di intervento sanitario e sociale atta a connettere le

*Il Consiglio Nazionale della FNOMCEO, impegnato nella piena realizzazione del diritto alla cura in una società pluri-etnica ..omissis... adotta i seguenti principi:*

### **Formazione del medico**

*La formazione del medico deve essere improntata al superamento delle concezioni dogmatiche e riduttive in medicina. Il medico in formazione deve acquisire nozioni di ordine psicologico, antropologico, etnologico e conoscenze relative alle concezioni di vita e della morte, della salute e della malattia, che gli permettano di inquadrare il paziente. La formazione professionale permanente deve porre particolare attenzione allo sviluppo di conoscenze, competenze e comportamenti che adeguino le capacità del medico di interpretare ed affrontare situazioni cliniche diverse, collocandole nel loro contesto esistenziale e sociale.*

# Orientamenti dell'OMS



**La 61ma Assemblea Mondiale della Salute invita gli Stati membri a:**

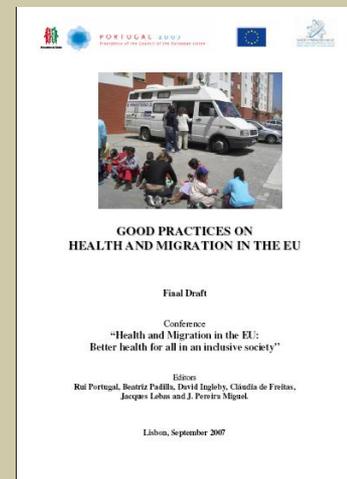
1. Promuovere politiche sanitarie sensibili ai migranti.  
(...omissis...)
6. Aumentare la sensibilità culturale e di genere del personale sanitario e degli operatori dei servizi sanitari in relazione alle questioni di salute dei migranti;
7. Formare il personale sanitario ad affrontare le questioni sanitarie associate alla mobilità delle popolazioni.

*Dalla Risoluzione dell'OMS n. WHA61.17 dal titolo: "Salute dei Migranti" del 24 maggio 2008 in occasione della 61ma Assemblea Mondiale della Salute*

# Orientamenti dell'EU

Dal Final draft della Conferenza di Lisbona (Sept. 2007) “*Good practices on health and migration in the EU*”

## 2. What are the main areas in which policy can be made?



### **e. Education and research**

Although institutions of education and research do not themselves provide health care, their contribution to the health care system is absolutely fundamental. This is particularly true in the relatively new field of migrant health.

Interventions need a secure knowledge base, and this necessitates sustained research effort on migrants' state of health and on processes and outcomes in care delivery.

Training and education of health service personnel must include adequate attention to these issues.

Unfortunately, at the present time migrant health is conspicuous by its absence from most curricula in the field of medical education and other health professional training, while the amount of attention paid to migrant health by researchers varies enormously between countries.

# Orientamenti in Europa

Dalla Dichiarazione di Amsterdam

Verso ospedali “migrant-friendly” in una Europa diversa sul piano etno-culturale 2003

## Raccomandazioni

Basandosi sulle esperienze dei partner del progetto MFH, sui dibattiti internazionali e sulla letteratura scientifica, sono stati individuati i seguenti punti chiave per un riuscito sviluppo dei servizi e delle culture organizzative:

*...omissis...*

11. E' necessario investire nello sviluppo delle competenze linguistiche e culturali del personale (selezione, formazione, valutazione)

# Orientamenti in Italia

Dal 1° Rapporto sull'integrazione degli stranieri in Italia (a cura di G. Zincone), 2000



## La salute

### Raccomandazioni finali:

*“Sulla base di quanto esposto:*

*...omissis...*

***si propone di incoraggiare la formazione e l’aggiornamento del personale operante nei servizi sanitari pubblici, attraverso lo stanziamento nazionale e regionale di fondi ad hoc od il pieno utilizzo di quelli già previsti;***

*...omissis...” .*

# Orientamenti in Italia

Dal Rapporto del CNEL

IMMIGRAZIONE E ACCESSO AI SERVIZI SANITARI NAZIONALI

Dicembre 2000

## Formazione del Personale

*Il tema della formazione del personale è stato individuato come elemento prioritario nella riorganizzazione dei servizi per garantire un ordinario e diffuso accesso alla promozione della salute per i cittadini immigrati.*

Le linee portanti potrebbero essere due:

- **informazione e aggiornamento** sulla presenza quantitativa (quanti sono, da dove provengono, cosa fanno, ...) e qualitativa (perché sono presenti, progetto migratorio, percorsi di integrazione, ...) degli immigrati, sulle principali evidenze sullo stato di salute (le malattie, i fattori di rischio, le aree critiche per la salute, ...) e sulle normative che ne prevedono la tutela (quadro nazionale e locale, linee programmatiche ed organizzative). Tutto ciò per ridimensionare pregiudizi e ricollocare il fenomeno della migrazione in un quadro di strutturalità e di diritto.

# Orientamenti in Italia

Dal Documento Finale dell'VIII Consensus Conference  
sull'Immigrazione della Società Italiana di Medicina delle  
Migrazioni (SIMM)

## Raccomandazioni sulla Formazione

Maggio 2004



### **Premessa**

*Al termine della VIII Consensus Conference, la SIMM, nel ritenere che la **formazione** degli operatori nel campo della MdM sia uno strumento rilevante e strategico per la reale integrazione degli stranieri immigrati nella direzione di una effettiva reciprocità, formula le seguenti **raccomandazioni**, impegnandosi ad affiancarle con strumenti di supporto che saranno progressivamente proposti e diffusi.*

*I soci che, nelle diverse forme di aggregazione possibili, intendono proporre eventi formativi richiedendone l'Accreditamento alla SIMM, sono invitati a farlo secondo modalità condivise ed omogenee; ...omissis.... La concessione dell'Accreditamento terrà conto della coerenza con le Raccomandazioni di seguito enunciate.*

# Orientamenti in Italia

Dal Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità – FNOMCEO, nov. 2007



## Il Manifesto di Padova della FNOMCEO

Novembre 2007



*Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, impegnato nella piena realizzazione del diritto alla cura in una società pluri-etnica ..omissis... adotta i seguenti principi:*

### **Formazione del medico**

*La formazione del medico deve essere improntata al superamento delle concezioni dogmatiche e riduttive in medicina. Il medico in formazione deve acquisire nozioni di ordine psicologico, antropologico, etnologico e conoscenze relative alle concezioni di vita e della morte, della salute e della malattia, che gli permettano di inquadrare il paziente.*

*La formazione professionale permanente deve porre particolare attenzione allo sviluppo di conoscenze, competenze e comportamenti che adeguino le capacità del medico di interpretare ed affrontare situazioni cliniche diverse, collocandole nel loro contesto esistenziale e sociale.*

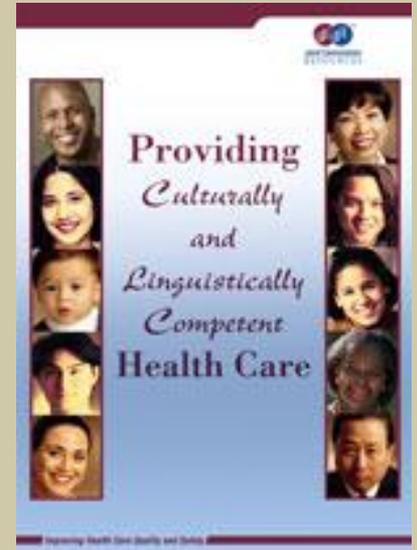
# dagli USA ... nuovi strumenti e nuove consapevolezze

## Cap. 4:

### ***“Sviluppare e addestrare la competenza culturale dello staff”***

*“In confronting health care disparities and addressing the increasing racial and ethnic diversity of the U.S. population, the development and implementation of cultural competence training programs for health care providers has emerged as a key intervention strategy.*

*Cross-cultural education programs, another term for this type of training, are viewed as a means to enhance health professional’s awareness of how cultural and social factors influence health care. Effective training programs promote and provide methods to obtain, negotiate, and clinically manage this information”.*



***Joint Commission***  
**RESOURCES**  
**2006**

## Premessa

L'accordo Stato-Regioni del 5/11/2009 su **'Il Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina'**, con riferimento a **'Gli obiettivi formativi nazionali e regionali'**, riconosce la **<Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria>** tra *“le aree di riferimento che, in coerenza con i Piani sanitari nazionali e regionali vigenti e quindi periodicamente rinnovabili, dovranno essere utilizzate per l'individuazione degli <<obiettivi formativi>> che devono essere evidenziati nei Piani di Formazione dei singoli Provider, pubblici e privati”*. Ciò comporta che tale tema sia stato incluso tra le *“aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa ECM”*.

Obiettivo del presente documento - in qualità di prodotto tecnico-scientifico derivante dal Progetto di Ricerca in epigrafe commissionato dal CCM, Ministero della Salute - è quello di mettere a disposizione delle Regioni e Province Autonome (e delle rispettive istituzioni competenti in tema di formazione e di ECM), nel pieno rispetto delle loro specifiche prerogative, alcune Indicazioni metodologiche specifiche.

## Premessa

Si auspica che tali Indicazioni, in coerenza con l'accordo Stato-Regioni del 5/11/2009, possano rappresentare un utile strumento sia per supportare il riconoscimento ECM delle proposte formative inoltrate a livello nazionale e locale, che per promuovere e indirizzare le iniziative formative realizzabili nel campo della 'Salute e Migrazione' sul territorio di competenza. In questa fase storica che vede crescere autonomia e responsabilità dei Servizi sanitari regionali, chiamati a misurarsi con nuove realtà sociali e culturali, si sottolinea il particolare valore della possibilità che le Regioni e Province Autonome esercitino un ruolo attivo nella promozione di queste iniziative di formazione ed aggiornamento dei professionisti a vario titolo interessati.

Nell'impostazione di tali Indicazioni, si è tenuto conto delle *'Raccomandazioni sulla Formazione'*<sup>2</sup> approvate nel maggio del 2004 in occasione dell'VIII Consensus Conference sull'Immigrazione tenutasi a Lampedusa, da parte della 'Società Italiana di Medicina delle Migrazioni', che è attualmente la principale Società scientifica di riferimento sul tema.

## Indicazioni metodologiche

In termini generali, si suggerisce di porre al centro dell'impostazione, della conduzione e della valutazione delle iniziative formative il 'principio di coerenza': questo significa che la tipologia e le caratteristiche della specifica proposta formativa dovrebbero tener conto del rispetto degli 'equilibri' da garantire in tutte le diverse possibili relazioni intercorrenti tra:

- OBIETTIVI
- CONTENUTI
- DESTINATARI
- TEMPI
- MODALITÀ FORMATIVE

A titolo di esempio, si propone di adottare tale principio per verificare la accettabilità e plausibilità del rapporto che la singola iniziativa formativa mostra tra:

- *obiettivi formativi e contenuti*
- *contenuti e destinatari*
- *contenuti e tempi*
- *contenuti e modalità formative*
- *modalità formative e destinatari*
- *etc.*

## **Indicazioni metodologiche**

In termini specifici, nella fase di elaborazione del progetto formativo si raccomanda di:

- a) **selezionare le specifiche esigenze locali**, identificando il fabbisogno formativo prioritario, cioè gli obiettivi formativi rilevanti correlati alle caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche del fenomeno migratorio sul territorio di riferimento;
- b) **identificare il livello formativo più congruo** agli obiettivi formativi prefissati in relazione agli specifici fabbisogni formativi dei destinatari (livello 'di base', 'intermedio', 'avanzato');
- c) **privilegiare una formazione per gradi**, programmando eventuali aggregazioni di proposte formative in moduli successivi che focalizzino progressivamente tematiche specialistiche per specifiche categorie di operatori;

## Indicazioni metodologiche

### d) **curare la completezza e l'equilibrio interno delle tematiche trattate;**

Con specifico riferimento alla proposta di Corsi di livello di base (o di I livello), viene individuata come necessaria la trattazione congiunta multiprofessionale e multidisciplinare delle seguenti tematiche:

- aspetti socio-demografici del fenomeno migratorio\*;
- aspetti clinico-epidemiologici basati sulla letteratura scientifica disponibile\*;
- aspetti normativi e deontologici di interesse, volti a distinguere le diverse situazioni giuridiche e a orientarsi correttamente sulle opportunità di accesso alla prevenzione, alle cure e alla assistenza previste dalla normativa di carattere nazionale e locale\*;
- aspetti relazionali, valutati in un'ottica transculturale e intesi nel senso più ampio della comunicazione verbale e non verbale insita nel processo stesso di accoglienza e cura e delle relative implicazioni psicologiche e antropologiche;
- aspetti relativi all'organizzazione e integrazione dei servizi in un'ottica di informazione, orientamento, presa in carico della persona e governo dei 'percorsi assistenziali' con un approccio integrato sociosanitario.

*Tutte le tematiche dovrebbero essere affrontate affiancando, per quanto possibile, al contesto generale (nazionale e regionale), quello specifico locale.*

## Indicazioni metodologiche

\* Con riferimento alle tematiche di interesse prioritario, si segnala come la letteratura medico-scientifica e i dati epidemiologici disponibili evidenzino, nel confronto tra popolazione straniera immigrata e popolazione autoctona, alcune particolari criticità emergenti quali:

- ✓ l'impatto dei determinanti sociali (istruzione, occupazione, alloggio, coesione sociale...) sulla salute delle persone immigrate;
- ✓ la maggiore vulnerabilità psico-fisica di alcune tipologie di lavoratrici e di lavoratori stranieri (con particolare riferimento al rischio di infortuni sul lavoro per addetti all'industria e all'edilizia; alle condizioni igieniche dei lavoratori stagionali; al rischio per salute psichica nelle cosiddette badanti);
- ✓ il maggior ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza da parte delle donne straniere;
- ✓ alcune situazioni relative alla salute fisica e psico-affettiva dei bambini stranieri (ad es. la condizione di 'minore non accompagnato');
- ✓ la maggiore vulnerabilità psico-fisica di richiedenti asilo e rifugiati, sia adulti che minori, tenendo conto della possibilità che siano anche vittime di forme di violenza/ tortura
- ✓ la situazione sociosanitaria degli stranieri in condizione di irregolarità giuridica, con particolare riferimento all'accessibilità e fruibilità ai servizi sociosanitari.

## **Indicazioni metodologiche**

- e) **adoperarsi per coinvolgere, nella costruzione, promozione e conduzione delle iniziative formative, i diversi attori istituzionali e non istituzionali (Assessorati, Agenzie di Sanità Pubblica, Osservatori Epidemiologici, Aziende sanitarie, Enti Locali, Università, Società Scientifiche, Enti di Ricerca, Comunità straniere, Terzo Settore, altre realtà locali significative);**
- f) **proporre le iniziative formative, in qualità di destinatari, a tutti i possibili attori coinvolti nel percorso di vita e di assistenza del paziente straniero (figure amministrative, con particolare riferimento agli operatori addetti all'orientamento ai servizi ed al front-office; personale di assistenza socio-sanitaria: infermieri e assistenti sanitari, ostetriche, medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, mediatori linguistico-culturali, volontari...), integrandole con i programmi di attività professionali ed interprofessionali dei diversi operatori coinvolti;**
- g) **(con riferimento alle Istituzioni deputate al governo della formazione continua nel settore della salute, si invita ad) assicurarsi che tutti gli operatori dei servizi maggiormente utilizzati dalle persone immigrate (compresi gli operatori subentranti a seguito di turn-over del personale) ricevano almeno una formazione di base (si veda prospetto precedente);**

## **Indicazioni metodologiche**

- h) valorizzare le esperienze locali e il confronto tra i partecipanti; ciò comporta di prevedere, nella predisposizione del programma, spazi effettivi per gli interventi e le interazioni *tra* e *con* i partecipanti, favorendo il coinvolgimento delle persone straniere;**
- i) (in tale prospettiva), contenere il numero dei partecipanti non superando, di norma, le 40 persone, in modo da rendere effettivamente possibile il coinvolgimento diretto di ciascuno attraverso interventi e testimonianze e in modo da agevolare la conduzione di lavori di gruppo/esercitazioni;**
- j) utilizzare la formazione anche come “laboratorio” per progettare soluzioni organizzative o interventi di promozione della salute da implementare nei servizi per migliorarne la conoscenza e l'accesso da parte delle persone immigrate;**

## Indicazioni metodologiche

- k) **privilegiare**, laddove possibile<sup>3</sup>, **modalità didattiche innovative**, quali la *'formazione basata sull'esperienza'*, la *'formazione sui luoghi di lavoro'*, il *'team-based learning'*, l'utilizzo di approcci e strumenti quali il *'learning by doing'*, il *'role playing'*, il *'project work'*, il *'laboratorio riflessivo'*, la *'medicina narrativa'*, etc.
- l) a prescindere dall'obbligo previsto dall'ECM, e quindi anche nel proporre iniziative formative prive di accreditamento, **riconoscere lo specifico valore della dimensione della valutazione**, sia di **apprendimento** (per la quale si consiglia di registrare le conoscenze e attitudini iniziali e finali dei partecipanti attraverso strumenti semplici e affidabili), sia di **gradimento** da parte degli stessi partecipanti, mettendoli nelle condizioni di esercitare liberamente il proprio spirito critico e di formulare i propri suggerimenti per le eventuali future iniziative;
- m) **favorire al massimo l'informazione e l'accessibilità alle iniziative formative**, in particolare contenendo gli eventuali costi di iscrizione;
- n) (per quanto possibile), **prevedere una valutazione di impatto sui processi reali**.

## **Indicazioni metodologiche**

La fase di realizzazione dell'evento formativo dovrebbe evidentemente mostrare di dare concreta applicazione a ciascuna delle indicazioni sopra riportate per la fase di elaborazione.

In particolare, per la fase di realizzazione si raccomanda di:

- **supportare il messaggio formativo con solide basi scientifiche, rigore metodologico e informazioni aggiornate;**
- **agganciare i contenuti formativi teorici alle esperienze pratiche proprie (individuali dei professionisti e/o dei servizi) e/o dei partecipanti (anche attraverso il ricorso a storie esemplari e casi specifici);**
- **utilizzare il più possibile approcci e modelli pedagogici 'centrati sul discente' e che valorizzino l'apprendimento attivo basato sull'esperienza.**

[www.lacasacomune.aslfrosinone.it](http://www.lacasacomune.aslfrosinone.it)



**Maria Laura Russo**  
**marialaura.russo@uniroma1.it**