

Individualized Mental Health Practices Model



Dezvoltat în cadrul livrabilului D4.1.

Proiect SASTIPE – Îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate mintală pentru persoanele rome

101161273 - EU4H-2023-PJ-03



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.

Contents

1. Introducere	3
1.1. Sănătatea mintală	3
1.2. Principii fundamentale ale intervenției în sănătatea mintală.....	4
1.3. Aspecte legislative europene cu privire la sănătatea mintală	6
1.4. Sănătatea mintală în comunitățile rome din Bulgaria, Grecia și România	7
2. Modelul de servicii de sănătate mintală individualizate	10
2.1. Modelul de servicii de sănătate mintală individualizate.....	10
2.2. Implementarea modelului de servicii de sănătate mintală individualizate.....	13
3. Riscuri și bariere de implementare	16
Anexa 1 – Pilotarea modelului de servicii de sănătate mintală individualizate	19
Anexa 2 – Model pentru evaluarea inițială.....	21
Anexa 3 – Model pentru Planul individualizat de îngrijire.....	26
Anexa 4 – Model raport al profesioniștilor în sănătate mintală:.....	27
Anexa 5 – Modele de chestionare pentru evaluarea modelului de servicii de sănătate mintală individualizate	28



1. Introducere

1.1. Sănătatea mintală

Conceptul de sănătate mintală ocupă un loc central în domeniul sănătății publice, fiind o dimensiune fundamentală a stării generale de bine a individului. Deși adesea este asociată cu absența tulburărilor psihice, sănătatea mintală are o semnificație mult mai amplă, integrând aspecte emoționale, cognitive, relaționale și sociale. Ea reflectă capacitatea unei persoane de a funcționa eficient în viața de zi cu zi, de a face față stresului și de a contribui activ la societate.

Sănătatea mintală reprezintă o stare dinamică de echilibru interior, în care individul își poate recunoaște și valorifica potențialul, gestionează în mod adaptativ experiențele emoționale și cognitive, menține relații interpersonale armonioase și participă activ la viața socială, contribuind în mod semnificativ la propria dezvoltare și la binele comunității.

Organizația Mondială a Sănătății¹ definește sănătatea mintală ca pe *”o stare de bine care permite individului să facă față stresului vieții, să învețe și să muncească bine și să contribuie la comunitatea din care face parte.”*. Această definiție a OMS subliniază **funcționalitatea, adaptabilitatea și participarea socială** ca indicatori ai sănătății mintale.

O altă definiție dată de către American Psychological Association ² descrie sănătatea mintală ca „o stare caracterizată de bunăstare emoțională, un bun reglaj comportamental, relativă absență a anxietății și a simptomelor invalidante și capacitatea de a stabili relații constructive și de a face față cerințelor și stresului de zi cu zi.”

Sănătatea mintală nu poate fi separată de ceilalți factori ai sănătății generale. Modelul bio-psiho-social al sănătății mintale oferă o abordare holistică a sănătății mintale, văzând starea de sănătate mintală a unei persoane ca fiind rezultatul dintre interacțiunea factorilor biologici, psihologici și sociali. În acest context, sănătatea mintală nu este o stare statică, ci un **proces dinamic de adaptare și echilibru** între sine și lume.

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

² <https://dictionary.apa.org/mental-health>



În concluzie, sănătatea mintală este un concept complex, aflat la intersecția dintre biologie, psihologie și context social. Ea nu se reduce la absența bolii psihice, ci presupune prezența unei stări de bine, a capacității de adaptare și a funcționării optime în relație cu sine și cu ceilalți. Înțelegerea sănătății mintale ca proces dinamic și holistic oferă o bază solidă pentru dezvoltarea unor servicii individualizate și pentru promovarea unei culturi a echilibrului psihologic în comunitate.

1.2. Principii fundamentale ale intervenției în sănătatea mintală

Intervenția în domeniul sănătății mintale se bazează pe o serie de principii fundamentale care ghidează acțiunile specialiștilor și asigură calitatea, eficiența și etica serviciilor oferite. Aceste principii au la bază o viziune centrată pe persoană, orientată spre respectarea demnității umane, a autonomiei și a dreptului fiecărui individ la o viață echilibrată și semnificativă.

Țările UE au convenit asupra unui număr de obiective pentru a contribui la îmbunătățirea sănătății mintale³:



îngrijiri de sănătate mintală de mai bună calitate, care să fie totodată mai accesibile pentru persoanele cu afecțiuni mintale



combaterea stigmatizării și a discriminării



prevenirea, detectarea precoce și tratarea cazurilor de comportament suicidar

³ <https://www.consilium.europa.eu/ro/policies/mental-health/#work%20council>



symplexis



combaterea singurătății în
grupurile vulnerabile



promovarea sănătății mintale
la locul de muncă și în educație



o abordare holistică pentru
prevenirea și tratarea
tulburărilor mintale



îmbunătățirea monitorizării și
a colectării datelor cu privire la
sănătatea mintală în UE



schimb de experiență și de bune
practici

Organizația Mondială a Sănătății setează în cadrul Planului de acțiune în sănătate mintală 2013-2030⁴ principiile care stau la baza implementării acestuia, în vederea promovării sănătății mintale, prevenirii problemelor de sănătate mintală și asigurării accesului universal la servicii de sănătate mintală în țările membre:

1. Acces universal la servicii de sănătate mintală: orice persoană indiferent de vârstă, sex, statut socio-economic, rasă, etnie sau orientare sexuala trebuie să poată accesa servicii de sănătate esențiale care permit atingerea celui mai înalt nivel de sănătate fără a se confrunța cu bariere financiare.
2. Respectarea drepturilor omului: strategiile, politicile și intervențiile trebuie să respecte Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități și alte documente naționale sau internaționale cu privire la drepturile omului.

⁴ Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, World Health Organization 2021



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.

3. Practici bazate pe dovezi științifice: politicile, strategiile și intervențiile trebuie să se bazeze pe dovezi științifice solide, respectând în același timp particularitățile culturale ale populației deservite.
4. Îngrijire pe parcursul întregii vieți: politicile, strategiile și intervențiile trebuie să răspundă nevoilor din fiecare perioadă de dezvoltare a vieții; de la etapa de sugar, până la vârsta înaintată;
5. Abordare multisectorială: un răspuns cuprinzător și eficient în domeniul sănătății mintale necesită colaborarea dintre multiple sectoare publice (sănătate, educație, ocuparea forței de muncă, justiție, locuire, servicii sociale etc) precum și, atunci când este adecvat, cu sectorul privat, în funcție de contextul fiecărei țări.
6. Împuternicirea persoanelor cu tulburări mintale și dizabilități psihosociale: persoanele cu tulburări mintale și dizabilități psihosociale trebuie să fie sprijinite să se implice activ în activități de advocacy, în elaborarea politicilor, în planificarea și furnizarea serviciilor, precum și în monitorizarea, cercetarea și evaluarea acestora.

1.3. Aspecte legislative europene cu privire la sănătatea mintală

a. Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene⁵

- Articolul 35: dreptul de acces la îngrijire preventivă a sănătății și de beneficii medicale, inclusiv protecția sănătății mintale în sens larg.

- Alte articole relevante: demnitate, integritate fizică și mentală (Art.3), libertate de gândire și conștiință, nediscriminare etc. (Art. 10, Art. 21) – ele creează un cadru de drepturi fundamentale care pot fi invocate.

b. Convenția Europeană a Drepturilor Omului (ECHR)⁶

⁵ <https://eur-lex.europa.eu/RO/legal-content/summary/charter-of-fundamental-rights-of-the-european-union.html>

⁶ <https://european-court.org/ro/documente/consiliul-europei/conven%C5%A3ia-european%C4%83-a-drepturilor-omului/>



- Articolul 5: libertatea și securitatea persoanei – include jurisprudență legată de internări involuntare în psihiatrie.
- Articolul 3: interzicerea tratamentelor inumane sau degradante – aplicabil în cazul condițiilor inadecvate de tratament, abuz etc.
- Articolul 8: dreptul la viața privată și de familie – important pentru consimțământ, decizii privind tratamente etc.

c. Convenția de la Oviedo (CETS 164)⁷ – Convenția privind drepturile omului și biomedicine

- Asigură respectarea demnității și a integrității persoanei în domenii ca medicina și psihiatria.
- Se recomandă “principiul restricției minime” („principle of least restriction”) – adică să se utilizeze măsuri care să restrângă libertățile persoanei cât mai puțin posibil, dacă e nevoie de intervenții involuntare sau de restrângere.

d. Directive și politici UE recente / propuse

- Rezoluții ale Parlamentului European care solicită o strategie integrată UE pentru sănătatea mintală, cu prioritizare a accesului la servicii, protecția grupurilor vulnerabile, campanii de conștientizare etc.⁸
- Foaia informativă „A new EU approach to mental health” (iunie 2023) care propune să se consolideze prevenția, tratamentul, incluziunea socială, reducerea stigmatizării.⁹
- Regulamentul European Health Data Space – în ceea ce privește accesul la date de sănătate, care poate include și informațiile de sănătate mintală, respectarea confidențialității, interoperabilitatea serviciilor de sănătate.¹⁰

1.4. Sănătatea mintală în comunitățile roma din Bulgaria, Grecia și România¹¹

Perspectiva adulților romi:

a. Determinanți ai dificultăților de sănătate mintală

⁷ [Oviedo Convention and its Protocols - Human Rights and Biomedicine](#)

⁸ [Parliament calls for action to protect mental health | Topics | European Parliament](#)

⁹ [Factsheet - A new EU approach to mental health - Public Health](#)

¹⁰ [EU health policy - Consilium](#)

¹¹ Transnational Report – Mental Health in roma communities from Greece, Bulgaria and Romania, 2025



În cadrul cercetării, adulții romi din toate cele trei țări au identificat discriminarea și excluziunea socială ca fiind factorii care contribuie la provocările legate de sănătate mintală. În afara de acest aspect comun, adulții romi din Grecia au identificat traiul în locuințe precare ca fiind încă un factor care contribuie la dificultățile de sănătate mintală, iar cei din România au alăturat discriminării, dificultățile financiare și experimentarea evenimentelor cu potențial traumatic.

b. Recunoașterea problemelor de sănătate mintală

În ceea ce privește capacitatea de recunoaștere a problemelor de sănătate mintală, gradul de recunoaștere este diferit în cele 3 țări. Rezultatele arată un grad scăzut al capacității de recunoaștere în rândul adulților romi din România, un grad mediu în Bulgaria și unul crescut în Grecia. Din perspectiva profesioniștilor în sănătate mintală, nivelul de conștientizare asupra problemelor de sănătate mintală al persoanelor rome este unul scăzut. Mediatorii sanitară romi însă, îl identifică ca fiind moderat.

c. Bariere în accesarea serviciilor de sănătate mintală

Accesul la serviciile de sănătate mintală, conform răspunsurilor adulților romi din cele 3 țări este în primul rând îngreunat de lipsa banilor, acest aspect făcând trimitere la costurile ridicate ale serviciilor de sănătate mintală. În al doilea rând, teama de a fi judecat reprezintă o barieră pentru accesarea serviciilor și în cele din urmă, lipsa cunoștințelor legate de accesarea serviciilor ține oamenii departe de serviciile de sănătate mintală. Costul serviciilor este una dintre barierele identificate și de profesioniștii din domeniul sănătății mintale și mediatorii sanitari în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate mintală. În plus față de acest aspect, profesioniștii din sănătate mintală identifică și încrederea scăzută în profesioniști ca fiind o barieră, iar mediatorii sanitari alături costurilor serviciilor, teama de discriminare.

Perspectiva profesioniștilor din sănătate mintală și a mediatorilor sanitari romi

a. Stigma cu privire la problemele de sănătate mintală

Deși în toate cele 3 țări, adulții romi consideră că persoanele care se confruntă cu probleme de sănătate mintală sunt oameni care au nevoie de ajutor, profesioniștii din sănătate



mentală afirmă că întâlnesc des stigma legată de sănătatea mentală în rândul pacienților romi, identificând ca principală percepție supra problemelor de sănătate mentală pe cea conform căreia dificultățile de sănătate mentală sunt „slăbiciune sau defect de caracter” . Pe de altă parte, mediatorii sanitari, declară că observă stigma legată de sănătatea mentală doar uneori, percepția observată asupra dificultăților de sănătate mentală fiind că acestea reprezintă o problemă medicală. De asemenea, mediatorii sanitari romi consideră că practicile culturale și tradiționale nu influențează percepțiile asupra sănătății mentale, în timp ce profesioniștii din sănătate mentală declară că practicile culturale sau tradiționale influențează procesul de tratament și recuperare.

b. Gradul de colaborare

Majoritatea profesioniștilor din sănătate mentală din cele trei țări declară că niciodată nu colaborează cu mediatorii sanitari romi atunci când tratează persoane rome. La capătul celălalt mediatorii sanitari identifică colaborarea cu profesioniștii din sănătate mentală ca întâmplându-se rar. Ambele categorii profesionale cunosc doar câteva aspecte despre rolurile și responsabilitățile celeilalte.

c. Nevoi de formare

Profesioniștii din sănătate mentală reclamă necesitatea cursurilor de formare pentru creșterea nivelului de cunoștințe în ceea ce privește componenta culturală, iar mediatorii sanitari cursuri pentru dezvoltarea competențelor de acordare a primului ajutor psihologic.

*** Limitele cercetării**

Rezultatele prezentate în Raportul Transnațional trebuie interpretate ținând cont de limitele metodologice ale cercetării de teren. Având în vedere dimensiunea relativ redusă a eșantionului și utilizarea unui eșantion de conveniență, format din persoane rome și profesioniști care colaborau deja cu partenerii proiectului, rezultatele nu pot fi considerate reprezentative statistic pentru populația romă din Grecia, România și Bulgaria.

Cu toate acestea, obiectivul cercetării nu a fost acela de a produce rezultate generalizabile statistic, ci de a obține o înțelegere mai aprofundată a dificultăților de sănătate mentală cu care se confruntă comunitățile rome, a barierelor întâmpinate în accesarea serviciilor de sănătate



mentală, precum și a percepțiilor și experiențelor membrilor comunității și ale profesioniștilor care lucrează cu aceștia. Perspectivele generate prin această cercetare contribuie la identificarea unor nevoi specifice în cadrul comunităților rome și oferă o bază importantă pentru dezvoltarea Modelului Individualizat de Servicii de Sănătate Mintală propus în acest livrabil.

2. Modelul de servicii de sănătate mintală individualizate

2.1. Modelul de servicii de sănătate mintală individualizate

Îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate mintală pentru comunitatea romă necesită o abordare care depășește modelul standardizat de intervenție. Datele prezentate în Raportul Transnațional, alături de literatura de specialitate¹²¹³¹⁴, arată că membrii comunității rome se confruntă cu un cumul de factori sociali, economici, culturali și istorici care influențează starea de sănătate mintală, cât și modul în care accesează serviciile existente.

În acest context, un model de servicii de sănătate mintală individualizate devine esențial pentru a răspunde în mod relevant, adaptat și eficient acestor nevoi. Individualizarea serviciilor nu se referă doar la adaptarea intervenției medicale sau terapeutice, ci și la crearea unor condiții reale de acces, la construirea unui climat de încredere între profesioniști și comunitate, la eliminarea barierelor asociate discriminării, stigmei și la adaptarea serviciilor ținând cont de specificul cultural și de istoricul traumatic la care comunitatea romă a fost expusă de-a lungul timpului.

Prin urmare, modelul propus urmărește să ofere un cadru coerent și aplicabil pentru proiectarea, organizarea și furnizarea serviciilor astfel încât fiecare persoană romă să beneficieze

¹² Guerrero, Z., Civišová, D., & Winkler, P. (2024). *Mental health and access to care among the Roma population in Europe: A scoping review*. Transcultural Psychiatry.

¹³ Friends, Families and Travellers & Roma Support Group (2024). *Tackling Mental Health Inequalities for Gypsy, Roma and Traveller People*.

¹⁴ Smolinska-Poffley, G., & Ingmire, S. (2012). *Roma Mental Health Advocacy Project – Evaluation Report*. Roma Support Group.



de sprijin adaptat nevoilor sale specifice. Pentru a răspunde acestor nevoi, serviciile de sănătate mintală adresate comunității rome trebuie să fie:

1. Accesibile

Serviciile de sănătate mintală trebuie să fie accesibile atât din perspectiva amplasării lor, cât și din perspectiva informării adecvate a membrilor cu privire la acestea. Totodată, accesul trebuie asigurat indiferent de statutul socio-economic sau de existența unei asigurări medicale.

Aceste aspecte sunt esențiale pentru ridicarea barierelor legate de lipsa de informații și costurile asociate accesării serviciilor (atât costurile propriu-zise ale serviciilor, cât și costurile legate de acces – ex. transport)

Accesarea serviciilor de sănătate mintală de către membrii populației de etnie romă din România trebuie analizată în cadrul mai larg al principiilor drepturilor omului și nediscriminării. În conformitate cu aceste principii, particularitățile culturale nu trebuie interpretate ca bariere, ci ca dimensiuni legitime ale diversității culturale, care necesită abordări sensibile, incluzive și adaptate contextului comunitar.

Familia extinsă ocupă un loc central în structura comunităților rome. Deciziile privind sănătatea, inclusiv sănătatea mintală, sunt adesea discutate în cadrul grupului familial. În acest sens, orice intervenție profesională eficientă este favorizată de respectul pentru rolurile tradiționale și de înțelegerea normelor comunitare asociate sprijinului, responsabilității și rușinii în caz de vulnerabilitate psihologică.

Dilemele specifice în lucrul cu comunitățile rome includ echilibrarea autonomiei individuale cu implicarea puternică a familiei, asigurarea confidențialității în comunități mici și apropiate, gestionarea așteptărilor privind luarea deciziilor în mod colectiv și navigarea neîncrederii față de instituții.

Profioniștii din domeniul sănătății mintale ar trebui să aplice o vigență etică sporită, care să includă comunicarea clară a limitelor confidențialității, procese de consimțământ informat adaptate cultural și practică reflexivă, pentru a examina influența propriilor prejudecăți.



2. Adaptate conform specificului cultural și aliniate principiilor etice de non-discriminare

Serviciile de sănătate mintală trebuie să fie adaptate cultural deoarece comunitatea romă se confruntă frecvent cu discriminare instituțională, bariere de comunicare, diferențe de roluri de gen, norme familiale specifice și nivel redus de încredere în sistemele formale de sănătate. Serviciile care nu țin cont de specificul cultural sunt percepute ca ostile sau inaccesibile, ducând la abandon, evitarea intervențiilor și rezultate slabe.

Adaptarea culturală, respectul pentru identitatea romă, eliminarea prejudecăților profesionale și comunicarea pe înțelesul comunității sunt, așadar, esențiale pentru creșterea utilizării serviciilor și reducerea efectelor stimei.

Comunitățile rome din România sunt heterogene, incluzând grupuri diferite (de exemplu, spoitori, căldărari, ursari, romi sedentari sau nomazi), fiecare cu propriile norme sociale și practici culturale. În analiza academică, această diversitate determină evitarea generalizărilor și impune o abordare interculturală, care recunoaște influența factorilor socio-economici, istorici și lingvistici asupra raportării la serviciile de sănătate mintală.

3. Trauma informed

Serviciile de sănătate mintală „trauma informed” sunt esențiale în contextul în care persoanele rome au fost expus istoric la deportări, violență, segregare, marginalizare și discriminare continuă, ceea ce a creat o traumă colectivă și transgenerațională.

Serviciile „trauma informed” pun accent pe siguranță, predictibilitate, sensibilitate la vulnerabilități și evitarea oricăror practici care pot reproduce experiențele de umilire sau neîncredere, facilitând astfel accesul și continuitatea accesării serviciilor.

4. Holistice și integrate

Abordarea holistică este necesară deoarece sănătatea mintală în comunitatea romă este strâns legată de condițiile sociale: sărăcie, excluziune, lipsa actelor, dificultăți de locuire, probleme educaționale și acces redus la sistemul medical. Prin urmare, oferirea serviciilor în cadrul echipelor multidisciplinare este esențială pentru abordarea eficientă a tuturor factorilor cu impact asupra stării de sănătate mintală.



În multe comunități rome, sănătatea mintală este adesea integrată într-o viziune holistică asupra bunăstării, unde aspectele emoționale, fizice și sociale sunt profund interconectate. Anumite dificultăți psihologice pot fi interpretate prin prisma experiențelor de viață marcate de marginalizare socio-economică și de istoricul discriminării.

5. Bazate pe cooperare

Cooperarea între profesioniști, mediatori sanitari romi, ONG-uri și membrii comunității este fundamentală deoarece niciun actor nu are, singur, capacitatea de a depăși barierele complexe cu care se confruntă comunitatea romă. Mai mult decât atât, este importantă crearea unei viziuni complete și coerente care să ia în calcul nevoile specifice exprimate de fiecare actor care participă la crearea și susținerea serviciilor de sănătate mintală sau care beneficiază de acestea.

6. Evaluate și monitorizate

Evaluarea și monitorizarea continuă sunt necesare pentru a adapta intervențiile la nevoile reale ale comunității și pentru a demonstra eficiența lor. În contextul comunităților rome, unde există multă neîncredere în sistemul medical și bariere semnificative de acces, este crucial ca serviciile să fie evaluate, monitorizate și adaptate în funcție de rezultatele evaluărilor și feedback-ului beneficiarilor.

2.2. Implementarea modelului de servicii de sănătate mintală individualizate

1. Servicii de sănătate mintală accesibile;

- organizarea de caravane medicale mobile compuse din medici psihiatri, psihologi, psihoterapeuți și alți practicieni din domeniul sănătății mintale în comunitățile de romi cunoscute ca având un acces dificil la servicii de sănătate sau oferirea de sprijin pentru înlesnirea accesului la serviciile de sănătate mintală (asigurarea transportului, acompanieri, sprijin în navigarea sistemului de sănătate etc);
- organizarea și facilitarea de vizite cu scopul de a face cunoscute serviciile de sănătate mintală și de construire a unei relații bazate pe încredere cu membrii comunității rome;



- integrarea în echipă a mediatorului sanitar rom având rolul de a funcționa ca un liant între membrii comunității și profesioniștii din domeniul sănătății mintale, acesta fiind un membru al comunității recunoscut și de încredere, care în funcție de nevoie poate facilita întâlnirile din perspectiva barierelor lingvistice în cazul comunităților cu membri vorbitori de romani și poate participa la adaptarea materialelor și informațiilor pentru comunitatea romă;
- crearea unei relații de încredere cu liderii formali și informali ai comunității.

2. Servicii de sănătate mintală care țin cont de specificul cultural și care se aliniază principiilor etice de non-discriminare;

- profesioniștii din domeniul sănătății mintale au cunoștințe legate de normele culturale și se angajează să le respecte și de asemenea sunt conștienți de propriile prejudecăți și erori de gândire cu privire la comunitatea romă, evitând astfel punerea în act a prejudecăților și stereotipurilor care ar putea conduce la comportamente rasiste și discriminatorii;
- profesioniștii din domeniul sănătății mintale arată flexibilitate în acordarea serviciilor și disponibilitate pentru comunicare, în limitele principiilor etice și deontologice și ale confidențialității (ex. Un profesionist din sănătate mintală care va lucra cu o persoană vorbitoare de limbă romani, atunci când există riscul ca folosirea unui interpret din comunitate să afecteze confidențialitatea sau să creeze disconfort pacientului, va căuta un interpret care să nu fie din comunitate, asigurând neutralitatea ședinței și confidențialitatea; ex.2 Un profesionist din sănătate mintală va trata cu flexibilitate nevoia familiei de a ști cu ce probleme se confruntă pacientul în cauză, dar nu va comunica detalii care fac obiectul confidențialității dintre medic și pacient);
- profesioniștii din domeniul sănătății mintale vor adapta limbajul astfel încât să se asigure că pacientul înțelege în totalitate propria situație (ex. MHP vor renunța la jargonul de specialitate, vor face analogii, vor folosi exemple din viața de zi cu zi a pacientului).



3. Servicii de sănătate mintală „trauma informed”;

- MHP vor avea intervenții care integrează informațiile legate de istoricul traumatic al comunității la nivel sistemic, fiind conștienți de impactul pe care istoricul încărcat de abuz și violență l-a avut asupra sănătății mintale a romilor de-a lungul generațiilor;
- MHP vor evita intervențiile autoritare, vor valida experiențele de discriminare și vor pune accent pe siguranță și predictibilitate în relația terapeutică

4. Servicii de sănătate mintală holistice și integrate;

- MHP vor avea în vedere evaluarea pacienților și din perspectivă socială și vor funcționa în echipe multidisciplinare formate din, dar nu reduce la: mediatori sanitari, asistenți sociali, asistenți medicali comunitari, medic de familie, medici din alte specialități medicale, experți pe problemele romilor, alți experți formali și informali.
- serviciile de sănătate mintală vor fi recomandate în funcție de nevoile specifice ale fiecărei persoane, întocmindu-se un plan individualizat de îngrijire în urma unei evaluări inițiale;
- serviciile de sănătate mintală cuprind, dar nu se reduc la: consult psihiatric, psihoeducație, evaluare psihologică, consiliere psihologică, asistare psihologică, psihoterapie, terapie ocupațională, intervenții psihologice axate pe copil și familie (ex. Let's talk about children), sprijin psihologic la distanță (ex. I fight depression).

5. Servicii de sănătate mintală bazate pe cooperare;

- organizarea și facilitarea serviciilor de sănătate mintală va fi realizată în colaborare cu ONG-uri care reprezintă comunitățile de romi, membri ai comunității, lideri formali și informali ai acesteia;
- cooperarea dintre profesioniști, ONG-uri și membrii comunității se va realiza prin mecanisme formale, precum întâlniri periodice, protocoale de colaborare și schimb de informații în condiții de confidențialitate, pentru a asigura un cadru operațional coerent și eficient.

6. Servicii de sănătate mintală evaluate și monitorizate;

- implementarea serviciilor bazate pe modelul de servicii de sănătate mintală individualizate va fi evaluată în vederea îmbunătățirii și dezvoltării în acord cu nevoile comunității, din perspectiva: modificărilor în simptomatologie (MHP vor utiliza instrumente de evaluare la începutul



intervenției și pe parcursul acesteia), percepției membrilor comunității cu privire la calitatea serviciilor (accesibilitate, competențe culturale etc), percepția mediatorilor sanitari și a profesioniștilor din sănătate mintală cu privire la organizarea și oferirea serviciilor.

3. Riscuri și bariere de implementare

1. Risc de subfinanțare a serviciilor comunitare

Implementarea unui model complex, multidisciplinar și mobil depinde de finanțare sustenabilă. Lipsa unor bugete stabile pentru caravane, echipe comunitare sau formări continue pot limita implementarea intervențiilor și sustenabilitatea modelului.

2. Deficit de profesioniști cu competențe culturale și abordare trauma-informed

Deficitul de formare în competență culturală și în abordarea trauma-informed poate reduce eficiența intervențiilor și poate crea neîncredere în rândul beneficiarilor. De asemenea, deficitul de profesioniști cu competențe culturale, poate limita accesul persoanelor romă la servicii de sănătate mintală de calitate. Mai mult, accesul poate fi neuniform concentrat în marile zone urbane care beneficiază de un număr crescut de profesioniști cu resurse pentru dezvoltarea competențelor profesionale.

Competențele bazate pe o abordare trauma-informed (SAMHSA, 2014), în contextul comunităților romă, sunt esențiale pentru recunoașterea traumelor istorice și intergeneraționale, a experiențelor repetate de excluziune socială, precum și a neîncrederii față de instituții. În acest context, absența profesioniștilor formați în abordări informate de traumă crește riscul de retraumatizare, de retragere din intervenții și de interpretare eronată a simptomelor, de exemplu prin etichetarea comportamentelor de supraviețuire drept „rezistență”.

Mai mult, în lucrul cu comunitățile romă, este important să fie luată în considerare semnificația familiei extinse, care joacă un rol central în viața individului. Modelul ecologic al lui Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1994) evidențiază importanța microsistemului familial în dezvoltarea individuală, acesta reprezentând mediul imediat care înconjoară persoana. Prin



urmare, devine necesar ca profesioniștii să ofere intervenții care iau în mod explicit în considerare acești factori contextuali.

Principalii factori de risc asociați deficitului de personal:

- acces întârziat sau inexistent la evaluare psihologică;
- intervenții fragmentate, reactive și necoordonate;
- suprasolicitarea personalului existent;
- lipsa continuității în relația terapeutică;
- intervenții neadaptate cultural;
- creșterea neîncrederii familiei în sistemul de sănătate.

Factori protectivi, inclusiv în contexte cu resurse limitate:

- implicarea rețelelor de familie extinsă (microsistem);
- formarea de bază în abordări informate de traumă pentru personalul nespecializat;
- implicarea și formarea mediatorilor sanitari romi;
- colaborarea intersectorială între educație, sănătate și servicii sociale;
- intervenții centrate pe punctele forte ale familiei;
- validarea experiențelor trăite și a identității culturale.

Risc	Manifestare clinică	Intervenție recomandată
Lipsa psihologului/medicului psihiatru	Simptome netratate, agravare emoțională	Referire prioritară și intervenții de sprijin de bază
Suprasolicitarea personalului existent	Evaluare superficială, epuizare	Supervizare, delimitarea clară a rolurilor
Lipsa unei abordări trauma-informed	Neîncredere, retragere, rezistență	Aplicarea principiilor unei abordări trauma-informed
Intervenție individuală fără implicarea familiei	Progres limitat, recăderi	Lucru activ cu microsistemul familial
Lipsa adaptării culturale	Lipsă de aderență la intervenție	Implicarea mediatorilor sanitari romi
Stigmatizarea sănătății mintale	Negarea simptomelor	Psihoeducație adaptată cultural



3. Stigma puternică asociată sănătății mintale

Stigma reduce probabilitatea de accesare a serviciilor și poate afecta calitatea relației terapeutice. Persistența stigmei atât în comunitate, cât și în sistemul medical se poate constitui într-o barieră pentru eficiența modelului.

4. Fluctuația personalului și volumul mare de muncă al profesioniștilor

Fluctuația personalului, lipsa echipelor stabile și supraîncărcarea profesioniștilor pot afecta livrarea serviciilor către comunitate, făcând spațiu pentru slăbirea relației terapeutice, diminuarea complianței la tratament și a încrederii în serviciile de îngrijire medicală.

În plus, lucrul în comunități aflate la intersecția mai multor factori de risc poate genera riscuri și pentru profesioniștii din domeniul sănătății mintale, precum:

Burnout profesional în rândul specialiștilor: munca susținută în contexte caracterizate de sărăcie extremă, traumă complexă, discriminare și lipsa resurselor instituționale expune profesioniștii (psihologi, asistenți sociali, mediatori sanitari romi) unui risc crescut de epuizare emoțională și de reducere a eficienței profesionale.

Modele de lucru insuficient structurate în situațiile care implică comportamente agresive: în comunitățile cu acces limitat la psihiatrie și evaluare clinică specializată, profesioniștii se confruntă frecvent cu:

- comportamente agresive ca expresii ale traumei, frustrării sau consumului de substanțe;
- simptome psihotice atipice sau neclare, de exemplu idei delirante, suspiciozitate, retragere socială extremă, care sunt dificil de diferențiat de expresii culturale sau de răspunsuri la stres cronic.

5. Lipsa infrastructurii pentru servicii de îngrijire în comunitate

Lipsa spațiilor pentru servicii, a resurselor de transport și a infrastructurii comunitare poate întârzia sau restricționa implementarea și extinderea modelului la nivel local.



Anexa 1 – Pilotarea modelului de servicii de sănătate mintală individualizate în cadrul proiectului SASTIPE

Pasul 1: Identificarea MHP și dezvoltarea competențelor culturale

Modelul individualizat de servicii va fi pilotat de către 8 profesioniști în sănătate mintală, în colaborare cu mediatorul sanitar din comunitatea aleasă pentru pilotare. Cei opt profesioniști în sănătate mintală vor include psihiatri, psihologi clinicieni, psihoterapeuți, asistenți sociali sau, în general, alți specialiști din domeniul sănătății mintale.

Cei 8 profesioniști în sănătate mintală vor dobândi competențe culturale înainte de intervențiile în comunitate prin intermediul participării la training-ul pentru profesioniști din sănătate mintală sau prin intermediul unui workshop introductiv în cadrul căruia vor fi de asemenea prezentate instrumentele utilizate, instrucțiuni pentru planul individualizat de îngrijire, instrucțiuni pentru evaluare și follow-up și etapele pilotării modelului. Participarea la training sau/și la workshopul introductiv, va asigura servicii care țin cont de specificul cultural și care se aliniază principiilor etice de non-discriminare.

Pasul 2: Consolidarea încrederii și evaluarea inițială

2 profesioniști în sănătate mintală, împreună cu mediatorul sanitar vor fi prezenți în comunitate prin vizite regulate pentru a face disponibile serviciile de sănătate mintale și pentru a desfășura activități de creștere a conștientizării asupra sănătății mintale. Aceste vizite au rolul de a crește încrederea comunității în servicii și de a ușura accesibilitatea la servicii.

În cadrul acestor vizite 10 adulți romi vor fi evaluați utilizând instrumente psihometrice și alte metode de evaluare (ex. Instrumente psihometrice: GAD-7, PHQ-9, PSS-11).

În evaluare, vor fi luate în considerare și evaluate și aspecte ce țin de situația socială, dacă evaluările standard nu cuprind aceste dimensiuni.

Pentru a consolida relații bazate pe încredere, în cadrul acestor vizite se pot alătura și ceilalți 6 profesioniști din sănătate mintală, pe rând, în funcție de disponibilitatea astfel încât echipa terapeutică să fie cunoscută de către membrii comunități și procesul de referire să fie înlesnit.



Pasul 3: Implementarea planului individualizat de îngrijire

În urma evaluării inițiale, va fi elaborat în cadrul echipelor terapeutice, planul individualizat de îngrijire în funcție de nevoile identificate.

Planul individualizat de îngrijire va fi implementat în primă fază la fața locului, mai apoi, pacienții putând accesa serviciile în locurile în care ele sunt furnizate de către profesioniști.

În vederea asigurării unei calități înalte a serviciilor vor fi organizate întâlniri periodice cu întreaga echipă implicată în implementarea planului individualizat de îngrijire.

Atât evaluarea inițială, cât și implementarea planului individualizat în comunitate se vor realiza prin cooperarea dintre organizații, dintre organizații și autoritățile locale sau pe cooperarea dintre diverse instituții implicate în sănătate mintală. De exemplu, poate fi organizată o caravană medicală mobilă care prin cooperarea cu autoritățile locale poate utiliza spațiul dedicat serviciilor medicale dintr-o școală și poate colabora cu centrul integrat de servicii sociale de la nivel local pentru a îndeplini o gamă cât mai largă din nevoile comunității care pot contribui la îmbunătățirea sănătății mintale.

Pasul 4: Evaluarea și monitorizarea serviciilor și implementării acestora

Evaluarea serviciilor va fi realizată prin intermediul instrumentelor care vor fi aplicate la 2 și la 4 luni după implementarea planului individualizat de îngrijire (ex. Instrumente psihometrice: GAD-7, PHQ-9, PSS-10/PSS-14, SRS, ORS)

Chestionarele utilizate în cadrul evaluării inițiale voi fi rePLICATE pentru a măsura dacă intervențiile au condus la îmbunătățirea stării de sănătate mintală. De asemenea, rapoartele psihologilor, psihoterapeutilor sau modificările în schemele de tratament vor fi utilizate în evaluare.

Modelul individualizat de servicii va fi evaluat prin intermediul aplicării unor chestionare în rândul MHP, RHM și adulți romi la finalul pilotării modelului în vederea identificării aspectelor de modificat sau îmbunătățit.





Anexa 2 – Model pentru evaluarea inițială

Informații generale:

Nume, prenume:

Data nașterii:

Reședință:

Ocupație:

Stare civilă:

Nivel educațional:

Statut asigurat:

Aparținător:

EVALUARE PSIHIATRICĂ

Motivul prezentării inițiale:

Anamneza (antecedente heredocolaterale, antecedente personale patologice, istoric farmacologic, condiții de viață și muncă, istoricul bolii):

.....
.....
.....

Simptome prezente:

.....
.....

Diagnostic:



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.



EVALUARE PSIHOLIGICĂ:

Motivul evaluării:

Obiectivul psihodiagnosticului:

.....
.....

Date despre starea prezentă:

.....
.....
.....

Istoric:

.....
.....
.....

Prezentarea generală:

1. Atitudinea în timpul consultației:.....
2. Orientare temporo-spațială:
3. Vigilență/Atenție:
4. Memorie:
5. Gândire:
6. Vorbire:
7. Insight:
8. Dispoziție:

Date despre familia actuală și de origine:



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.



.....

.....

.....

Factori de risc psihologic:

.....

.....

.....

PROFIL PSIHOLOGIC

Nivel emoțional:

.....

Nivel cognitiv:

.....

Nivel comportamental:

.....

Tipar de relaționare:

.....

.....

.....

Personalitate:

.....

.....

.....

Nivel psiho-fiziologic:



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.



.....

.....

.....

Concluzii:

.....

.....

.....

Recomandări:

.....

.....

.....



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.



EVALUARE SOCIALĂ:

Persoana are nevoie de informații pentru:

.....
.....
.....

Condiții de locuit/Status financiar:

.....
.....
.....

Structura familială (status marital, componenta familiei):

.....
.....
.....

Status educațional/de muncă:

.....
.....
.....

Istoric social:

.....
.....
.....

Observații:

.....
.....
.....



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.



Anexa 3 – Model pentru Planul individualizat de îngrijire

Inițiale pacient:..... Data: Coordonator de caz:

PLAN INDIVIDUALIZAT DE ÎNGRIJIRE

Data	Probleme/Nevoi/Diagnostic	Obiective	Intervenții/Responsabili	Evaluare/Revizuire/Data/Semnătură



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.

Anexa 4 – Model raport al profesioniștilor în sănătate mintală:

1. Informații generale:

Vârstă:

Gen:

Nivel educațional:

Status ocupațional:

Familie:

Scurtă descriere a acuzelor cu care se prezintă/informații relevante pentru sănătatea mintală:

2. Obiective:

3. **Descrierea intervențiilor** (tip de intervenție aplicat: consult psihiatric, psihoterapie, psihoeducație etc)

4. Rezultate:

- a. Cantitative (modificări în scorurile GAD-7, PHQ-9, evoluția scorurilor SRS și ORS)
- b. Calitative (feedback-ul beneficiarilor, statusul obiectivelor: atinse, partial atinse, neatinse)

5. **Factori ca au contribuit la succes** (relația terapeutică, colaborarea, rolul mediatorilor sanitari romi etc)

6. **Factori care au limitat eficiența intervenției** (neîncrederea, stigma, componente culturale, lipsa timpului, bariere lingvistice etc)



Anexa 5 – Modele de chestionare pentru evaluarea modelului de servicii de sănătate mintală individualizate

Chestionar pentru adulții romi

a. Accesibilitate prin servicii mobile:

1. În ce măsură caravana medicală mobilă a făcut serviciile mai ușor de accesat pentru dvs.?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

2. În ce măsură locul în care a venit caravana vi s-a părut potrivit pentru comunitatea dvs.?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

3. În ce măsură programarea și organizarea au fost clare și ușor de înțeles?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

b. Echipa mixtă:

4. În ce măsură v-a fost clar rolul medicului în contextul serviciilor de sănătate mintală?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat



4 = În mare măsură

5 = Complet

5. În ce măsură v-a fost clar rolul psihologului în contextul serviciilor de sănătate mintală?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

6. În ce măsură v-ați simțit confortabil să accesați servicii livrate de profesioniști diferiți?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

7. În ce măsură ați simțit că membrii echipei comunică între ei pentru a vă ajuta?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

c. Adaptare culturală și relația cu profesioniștii

8. În ce măsură v-ați simțit respectat(ă) și înțeles/înțeleasă în funcție de valorile și modul de viață al comunității dvs.?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură





symplexis

SASTIPEN

ΠΟΚ



5 = Complet

9. În ce măsură limbajul folosit a fost potrivit (clar, accesibil, fără termeni dificili)?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

10. În ce măsură prezența mediatorului sanitar rom v-a ajutat să vă simțiți confortabil?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale HADEA. Nici Uniunea Europeană și nici HADEA nu pot fi considerate răspunzătoare pentru acestea.

Chestionar pentru MHP

a. Accesibilitatea serviciilor și impactul caravanei mobile

1. În ce măsură considerați că intervențiile mobile cresc accesul persoanelor române la servicii de sănătate mintală?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

2. În ce măsură spațiul și modul de organizare al caravanei permit desfășurarea corespunzătoare a serviciilor de sănătate mintală?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

b. Colaborarea dintre MHP și RHM

3. În ce măsură colaborarea cu RHM facilitează construirea unei relații de încredere cu beneficiarii?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

4. În ce măsură rolurile dvs. și ale RHM au fost clar definite în acest model?

1 = Deloc

2 = În mică măsură



3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

5. În ce măsură considerați că implicarea RHM îmbunătățește continuitatea cazului (follow-up, revenire la servicii)?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

c. Adaptare culturală și relevanță clinică

6. În ce măsură prezența RHM contribuie la adaptarea culturală a intervenției clinice?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

7. În ce măsură considerați că este nevoie de formare suplimentară (culturală / comunitară) pentru MHP?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

d. Funcționarea fluxului de lucru în intervenția mobilă

8. În ce măsură considerați util lucrul într-o echipă multidisciplinară în context mobil?

1 = Deloc



2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

9. În ce măsură considerați eficientă formularea unui plan individualizat de servicii pentru îmbunătățirea stării de sănătate mintală?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

e. Utilitatea percepută și sustenabilitatea modelului

10. În ce măsură considerați că acest model reduce stigmatizarea sănătății mintale în comunitățile rome?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet



Chestionar pentru RHM:**a. Accesibilitatea serviciilor și impactul caravanei mobile**

1. În ce măsură considerați că intervențiile mobile cresc accesul persoanelor rome la servicii de sănătate mintală?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

2. În ce măsură modul de organizare au fost ușor de explicat comunității?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

b. Colaborarea dintre RHM și MHP

3. În ce măsură informațiile pe care le oferiți MHP sunt luate în considerare în evaluarea beneficiarilor?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

4. În ce măsură rolurile dvs. și ale MHP au fost clar definite în acest model?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat



4 = În mare măsură

5 = Complet

5. În ce măsură considerați că prezența MHP este bine primită de comunitate?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

c. Adaptare culturală și relevanță clinică

6. În ce măsură prezența dvs. îi ajută pe beneficiari să se simtă în siguranță și înțeleși?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

7. În ce măsură considerați că MHP au competențele culturale necesare pentru a lucra cu comunitatea romă?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

d. Funcționarea fluxului de lucru în intervenția mobilă

8. În ce măsură considerați că beneficiarii ar reveni la astfel de servicii dacă caravana s-ar întoarce?

1 = Deloc

2 = În mică măsură



3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

9. În ce măsură considerați eficientă formularea unui plan individualizat de servicii pentru îmbunătățirea stării de sănătate mintală?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

e. Utilitatea percepută și sustenabilitatea modelului

10. În ce măsură considerați că acest model reduce stigmatizarea sănătății mintale în comunitățile rome?

1 = Deloc

2 = În mică măsură

3 = Moderat

4 = În mare măsură

5 = Complet

