



ASSOCIAZIONE PER L'UGUAGLIANZA SOCIALE
DELLE PERSONE STRANIERE IN ITALIA

Progetto “Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona: miglioramento della tutela della salute e dell’assistenza sociosanitaria”

Azione C/8 del Progetto per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria nell’Area Urbana di Ancona (P.A.U.AN) ex art. 71 L. 448/98

Valutazione del progetto

Dr.ssa Licia Fiordarancio

Dicembre 2006

Indice

Descrizione del progetto **pag. 3**

- Titolo
- Partner del progetto
- Il contesto
- Gli obiettivi del progetto

La valutazione del Progetto **pag. 5**

- Premessa
- Obiettivo generale
- Obiettivi specifici
- Metodologia

Realizzazione del Progetto **pag. 9**

La mediazione interculturale nei servizi: esito della valutazione **pag. 16**

- Percezione del problema
- Gli obiettivi del progetto si confermano rilevanti per la popolazione target?
- Raggiungimento degli obiettivi
- Modalità organizzative
- Quali apprendimenti hanno sviluppato gli operatori coinvolti?
- Quali sono gli impedimenti e ostacoli incontrati in fase di implementazione che hanno condizionato il progetto?
- Condizioni che hanno facilitato o ostacolato il progetto

Risultati e indicazioni **pag. 24**

Descrizione del progetto

Titolo

“Accoglienza degli immigrati regolari e irregolari nella città di Ancona: miglioramento della tutela della salute e dell’assistenza sociosanitaria”

Il progetto rappresenta l’azione/intervento n. 8 dell’area progettuale “C” del Progetto per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria nell’Area Urbana di Ancona (**P.A.U.AN**) ex art. 71 L. 448/98 ed è stato realizzato in tale ambito con uno specifico finanziamento.

Partner del progetto

ASL 7

Azienda Ospedaliera Umberto I (A.O. Umberto I)

Azienda Ospedaliera Salesi (A.O. Salesi)

Comune di Ancona

Associazione Senza Confini

Data di avvio del progetto: luglio 2003

Termine del progetto: dicembre 2005

Durata: 30 mesi

Il contesto

Analisi sintetica dei problemi ed individuazione dei bisogni

Lo studio del progetto sullo stato di salute della popolazione immigrata evidenziava che i principali problemi di salute (patologie gastroenteriche non infettive, problemi di tipo osteomuscolare) derivano da situazioni di deprivazione sociale, economica, culturale che comportano stili di vita insalubri e assenza di prevenzione. Inoltre, a tutti i livelli erano state riscontrate difficoltà di accesso e fruizione dei servizi, difficoltà di comunicazione e scadente qualità della relazione clinica tra operatori e pazienti stranieri, fattori che condizionano negativamente l’accesso e la fruizione dei servizi e, di conseguenza, la salute e l’esito delle cure. Una rilevazione condotta dal Servizio Sociale dell’A.O. Umberto I relativa alle richieste di intervento ricevute dalle assistenti sociali da parte dei degli operatori dell’ospedale mostrava che le richieste erano mutate da difficoltà linguistiche e di comunicazione, problemi nella comprensione delle abitudini legate alla cultura di appartenenza, problemi relativi alla compilazione della documentazione per il ricovero, problemi per il consenso informato, difficoltà nella spiegazione di prescrizioni terapeutiche, di pratiche per l’esecuzione di esami, necessità di contattare i familiari, strutture di accoglienza, datori di lavoro, regolarizzazione dell’iscrizione SSN o STP¹.

¹ STP: Straniero Temporaneamente Presente

Per affrontare i problemi di salute della popolazione immigrata il progetto prevedeva di implementare sistemi di accoglienza complessiva e quindi:

- percorsi di integrazione e di cittadinanza volti a superare le condizioni di marginalità socioeconomica,
- miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e della fruizione dei servizi stessi,
- strategie efficaci, cioè in grado di raggiungere realmente questa popolazione, di promozione della salute e di offerta attiva degli interventi sanitari.

Gli obiettivi del progetto

Dalle analisi e considerazioni sopra riportate l'obiettivo del progetto, cioè il "Miglioramento della tutela della salute e dell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati nella città di Ancona" poteva essere raggiunto mediante azioni integrate tra la ASL, il Comune di Ancona, la Prefettura e tutti gli altri soggetti che intervengono nel processo di integrazione dell'immigrato nella società ospite. Gli obiettivi generali del progetto erano i seguenti:

1. migliorare la qualità dei servizi offerti fornendo agli operatori strumenti professionali quali formazione specifica e interculturale, utilizzo dei mediatori interculturali, implementazione di percorsi assistenziali, strategie efficaci di comunicazione interna (nei servizi e tra i servizi) ed esterna (agli immigrati e alla città),
2. individuare e consolidare spazi d'integrazione con il territorio (modalità permanenti di lavoro pluridisciplinari e multiprofessionali, protocolli d'intesa tra istituzioni ed enti),
3. potenziare gli interventi di accoglienza particolarmente prima accoglienza e abitazione onde evitare di vanificare gli interventi sanitari.

Relativamente all'obiettivo 1 venivano individuati i seguenti obiettivi specifici:

- a) riduzione delle barriere culturali e burocratiche per l'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata
- b) miglioramento dell'assistenza sanitaria e tutela della salute degli immigrati
- c) comunicazione e diffusione dell'informazione nella città di Ancona

Per raggiungere gli obiettivi di cui al punto 1 venivano individuate una serie di azioni tra cui:

- formazione degli operatori socio-sanitari e dei volontari delle tre Aziende Sanitarie della città di Ancona: Asl 7, A.O Umberto I, A.O. Salesi,
- inserimento di un servizio di Mediazione Interculturale (MI) nei servizi sanitari di maggiore afferenza degli immigrati presso la Asl 7, l'A.O. Umberto I, l'A.O. Salesi,
- promozione del servizio di mediazione nel territorio, presso le comunità straniere ed altri operatori socio-sanitari.

La valutazione del Progetto

Oggetto di questa valutazione è il sottoprogetto che si è sviluppato a partire dall'obiettivo 1, specificamente l'impiego della Mediazione interculturale nei servizi delle tre Aziende Sanitarie della città di Ancona.

Premessa

La valutazione di progetti sociali si è negli ultimi anni spostata dalla adesione di parametri di sola accuratezza scientifica, validità, ripetibilità a quelli di utilità, rilevanza e praticabilità.

Più che comprovare il successo o il fallimento di progetti o programmi, la valutazione di progetti che operano su questioni sociali si orienta su questioni quali l'utilità, la rilevanza e la praticabilità secondo un approccio focalizzato sull'utilizzatore.

Il successo di un progetto è dato dalla sua capacità di mantenersi ricettivo e sviluppare continui aggiustamenti. La valutazione serve a fornire questi feed back per sviluppare continui aggiustamenti.

Inoltre molte persone coinvolte nell'implementazione del progetto a vario titolo colgono aspetti della valutazione di progetti, solo non lo fanno in modo formale. La valutazione è anche soprattutto un modo di coordinare, dare metodicità e forma alle valutazioni dei vari attori.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale di questa valutazione è quello di offrire elementi per capire, verificare e migliorare l'impatto dell'introduzione del servizio di Mediazione Interculturale (MI) nei servizi delle Aziende Sanitarie di Ancona: ASL 7, A.O. Umberto I, A.O. Salesi.

Obiettivi specifici

1. Verificare se il contesto conserva le stesse caratteristiche che hanno dato origine al progetto e quindi se il bisogno è ancora sentito come tale dalla popolazione bersaglio.
2. Verificare quali sono le attività svolte dai mediatori interculturali, in che cosa consiste il servizio di MI e comprendere cosa ha funzionato e cosa può essere migliorato.
3. Verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti, ovvero se:
 - l'introduzione dei mediatori culturali nei servizi ha contribuito a ridurre le barriere culturali e specifiche per l'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata,
 - c'è stato un miglioramento dell'assistenza sanitaria,
 - sono state messe in atto modalità di comunicazione e diffusione dell'informazione nella città di Ancona.

4. Comprendere quali apprendimenti hanno sviluppato gli operatori coinvolti, se gli operatori hanno la percezione di avere acquisito una maggiore formazione specifica e interculturale che permette loro di interagire con maggiore efficacia e competenza con l'utenza straniera.
5. Individuare i maggiori ostacoli incontrati in fase di implementazione che hanno condizionato il progetto.
6. Individuare e definire le condizioni che hanno facilitato il successo del progetto

Metodologia

La metodologia per effettuare la valutazione si è avvalsa di un'indagine diretta, con questionario semistrutturato, su di un campione di operatori sanitari, raccolta di materiale quali-quantitativo ed interviste a testimoni privilegiati. Complessivamente sono state effettuate 27 interviste.

Strumenti di rilevazione

1) Registro delle attività di servizio

Indicatori:

- n. utenti
- provenienza
- flusso frequenza

2) Interviste testimoni privilegiati²

Indicatori:

- Ricostruzione delle fasi
- Difficoltà
- Riflessioni su pertinenza ed efficacia
- Elementi di autovalutazione

3) Interviste operatori referenti³

Indicatori:

- Convergenza degli obiettivi
- Difficoltà
- Organizzazione
- Riflessione su pertinenza ed efficacia

² Sono stati effettuate **quattro interviste a testimoni privilegiati** rispettivamente:

Dott.ssa Iside Cagnoni: Responsabile dell'Azione C/8 del P.A.U.AN

Dott.ssa Stefania Vichi: Coordinatrice dell'Azione C/8 del P.A.U.AN

Dott.ssa Patrizia Carletti: Referente Associazione Senza Confini

Dott.ssa Rita Paolisso Coordinatrice del gruppo di mediatori linguistico culturali nel periodo Agosto 2003 – Aprile 2004 e da Novembre 2004 a Marzo 2005

³ Sono state effettuate **8 interviste agli operatori referenti** del progetto nei seguenti servizi sanitari ASL 7: Dipartimento delle dipendenze, Consultorio familiare, Poliambulatorio 200, Poliambulatorio Viale, Poliambulatorio di Falconara, Centro salute mentale, A.O Umberto I, A.O. Salesi.

4) Interviste agli operatori sanitari

Sono state effettuate 6 interviste a medici che nella loro relazione con il paziente hanno utilizzato il mediatore interculturale. Essi sono stati scelti in quanto appartenenti a servizi in cui il lavoro con i mediatori non ha rappresentato una esperienza occasionale e perché avevano una significativa esperienza ospedaliera e ambulatoriale. L'intervista si configura come uno studio di caso: ad ogni operatore è stato chiesto di raccontare un caso in maniera approfondita per cogliere gli elementi di utilità, cambiamento e apprendimento nella pratica sanitaria con l'impiego dei mediatori.

5) Interviste ai Mediatori Interculturali

E' stato intervistato un campione di 9 mediatori su 19 di cui è composto il gruppo. Sono stati selezionati i mediatori che avevano prestato servizio nel periodo oggetto della valutazione, inoltre sono stati selezionati in modo da avere una rappresentanza delle principali lingue offerte dal servizio e delle varie tipologie di intervento: casi seguiti all'ospedale, interventi presso i poliambulatori, interventi per il disbrigo di pratiche.

Che cosa è la mediazione interculturale

La mediazione interculturale è uno **strumento operativo** a disposizione dei servizi per

1. affrontare e gestire le difficoltà riscontrate nella relazione operatore-utente straniero,
2. facilitare il processo di integrazione dei "nuovi cittadini" in un'ottica di riconoscimento di diritti e di pari opportunità. Tale processo di integrazione presuppone: a) l'uso da parte degli immigrati di servizi comuni a tutti i cittadini (pari opportunità); b) il riconoscimento da parte del paese di accoglienza delle specificità proprie degli immigrati (integrazione come "negoziante" delle diversità).

Le finalità dell'intervento di mediazione interculturale sono:

- la rimozione degli ostacoli culturali, che impediscono e intralciano la comunicazione tra servizi/istituzioni italiani e utenza straniera; prevenzione dei conflitti;
- la promozione di un più esteso e razionale utilizzo dei servizi e delle istituzioni da parte dell'utenza straniera;
- il miglioramento della qualità e l'adeguamento delle prestazioni offerte dai servizi all'utenza straniera;
- l'inclusione sociale della popolazione immigrata nella comunità locale, mediante processi che facilitino l'accesso e la fruizione dei servizi fondamentali, quali i servizi sociali, le istituzioni scolastiche e culturali, i servizi sanitari, i servizi per l'inserimento nel mondo del lavoro;
- mediazione sociale nelle situazioni di conflitto tra le comunità immigrate e le istituzioni italiane.

Produrre interventi di mediazione è prima di tutto costruire dei dispositivi all'interno dei servizi (spazi, luoghi, équipes, dinamiche, organizzazione), perché la comunicazione possa circolare tra soggetti diversi, portatori di logiche, vissuti diversi, e spesso di poteri diversi.

La mediazione è un dispositivo d'intervento, e non solo una figura professionale; va sottolineato che il processo di mediazione coinvolge più soggetti e la struttura e, per questo è altrettanto fondamentale, nell'impiego della mediazione, il coinvolgimento e la formazione interculturale degli operatori dei servizi per stabilire regole e modalità di intervento condivise ed appropriate di un servizio di mediazione. Il dispositivo deve inoltre prevedere la supervisione formativa delle équipes di mediatori.

Gli interventi di mediazione, per essere efficaci, necessitano di un dispositivo organizzativo e funzionale, ovvero, chiarezza di ruoli tra i diversi interlocutori, di regole nelle modalità d'intervento e nell'interazione con le altre professionalità. Il mediatore non interviene come singolo ma all'interno di un contesto, e con altri professionisti; se un mediatore non interviene all'interno di un dispositivo condiviso dagli altri professionisti, esiste il rischio di conflitti di ruoli, è quello che accade frequentemente nelle istituzioni. Se gli altri operatori non sono sensibilizzati e formati al lavoro della mediazione e non coinvolti nella costruzione di un dispositivo condiviso, il primo problema è il conflitto di ruolo e l'invalidazione del ruolo del mediatore

Il mediatore è un professionista di lingua madre, dunque solitamente è immigrato, in quanto la decodifica linguistico-culturale non può essere affidata con successo ad un italiano

I mediatori sono professionisti che intervengono là dove la comunicazione e la relazione tra le persone è rotta/interrotta, o in difficoltà, là dove si aggravano i problemi del vivere quotidiano, ed emergono conflitti non risolvibili senza l'intervento di terzi. Questi professionisti lavorano per costruire spazi di mediazione, ovvero per facilitare comunicazione e legami sfilacciati o strappati. Non producono loro la mediazione, non producono la comunicazione ma la facilitano e costruiscono quelle condizioni, affinché si produca una mediazione, si ristabilisca una comunicazione tra i soggetti. Non si può parlare di mediazione senza il ruolo di terzo tra le parti in causa.

Il ruolo del mediatore interculturale è quello di interfaccia fra la popolazione immigrata e le istituzioni italiane, ovvero fra presupposti e significati culturali diversi, nel rispetto degli specifici ruoli, funzioni, e poteri di ciascuna parte della relazione, senza sostituirsi e rappresentare gli uni e gli altri.

Realizzazione del progetto

All'associazione Senza Confini, partner del progetto "Accoglienza agli stranieri regolari e irregolari nella città di Ancona", è stato assegnato il compito di erogare il servizio di mediazione interculturale attraverso il Gruppo di mediatori UMAN (formato da n. 19 mediatori stranieri) costituitosi all'interno dell'associazione nell'anno 2000, in seguito ad un corso di formazione specifico.

Le lingue offerte dal servizio di mediazione erano 19: inglese, francese, spagnolo, arabo, russo, ucraino, polacco, kurdo, armeno, moldavo, rumeno, serbo, croato, bosniaco, albanese, filippino, bangla, urdu, hindi.

Il servizio di mediazione è stato implementato, dopo una serie di attività propedeutiche, nelle Aziende Sanitarie partner del progetto (Zona Territoriale - ex ASL - 7, A.O. Umberto I, A.O. Salesi) nel periodo ottobre 2003 - 31 dicembre 2004.

A tal fine l'associazione ha:

- organizzato il servizio di mediazione interculturale presso le strutture sanitarie della città di Ancona per 53 ore settimanali per 15 mesi
- svolto la formazione agli operatori di tali strutture
- supervisionato e monitorato il funzionamento del servizio
- contribuito alla promozione del servizio.

Il servizio di mediazione interculturale si è svolto con le seguenti modalità:

- presenza fissa di un mediatore in giorni e orari prestabiliti in alcuni servizi individuati dagli operatori come prioritari;
- interventi su chiamata per gestire difficoltà o problemi urgenti;
- traduzioni in più lingue di materiale e/o modulistica utilizzati nei servizi
- orientamento ed accompagnamento ai servizi

L'avvio del servizio è stato preceduto da una serie di incontri tra i referenti del progetto per le tre Aziende Sanitarie⁴, la responsabile⁵, la coordinatrice⁶ dell'azione C/8 del P.A.U.AN, e l'associazione Senza Confini⁷ Ciò allo scopo di concordare le strategie più opportune per l'impiego del servizio.

Sono stati parallelamente concordati e svolti incontri di formazione rivolti agli operatori dei presidi ospedalieri delle tre aziende sanitarie (ospedali Umberto I, Lancisi, Salesi e Osimo), e agli operatori del territorio della ASL 7 e alle associazioni di volontariato che vi operano.

⁴ dr.ssa Marisa Carnevali per l'Umberto I, sig.a Gina Vignini per il Lancisi, ass. sociale Lorian Ballone per il Salesi

⁵ Assistente Sociale Iside Cagnoni

⁶ Dr.ssa Stefania Vichi

⁷ referente: dr.ssa Patrizia Carletti

Una volta avviato il servizio e di MI, con frequenza pressoché settimanale sono stati effettuati incontri tra i referenti e operatori delle strutture sanitarie coinvolte, allo scopo di rilevare eventuali criticità e migliorare l'erogazione del servizio.

Sintesi delle attività svolte:

Formazione (settembre – ottobre 2003)

- n. 24 incontri formativi-operativi svolti dall'Associazione Senza Confini per un totale di n. 72 ore. Partecipanti: n. 171 operatori; 25 volontari.

Obiettivo: comprensione del ruolo del mediatore interculturale e delle strategie del suo utilizzo per ottimizzare il servizio negli specifici contesti. Alcune riflessioni sulla comunicazione interculturale.

- n. 18 incontri del gruppo di mediazione UMAN

Gestione del servizio

- Presentazione e diffusione del “**Codice di comportamento**” dei mediatori del gruppo UMAN a tutti i servizi sanitari delle aziende coinvolte.
- Redazione, condivisione e diffusione ai vari Servizi e Unità Operative, di un documento contenente le procedure per l'impiego del servizio. Prima della diffusione il documento è stato discusso e validato dagli operatori partecipanti agli incontri formativi.
- Redazione e trasmissione ai servizi dei turni mensili di presenza fissa dei mediatori all'interno dei presidi sanitari ospedalieri e territoriali garantendo la rotazione delle differenti lingue.

Attività di mediazione (ottobre 2003 – dicembre 2004)

- A. presenza fissa: media n. 45 ore settimanali per un totale di 2.131 ore (a parte alcune modifiche nell'orario e la soppressione del servizio presso il Consultorio di Breccie Bianche, la presenza fissa è stata pressoché costante, poiché sono stati nel frattempo potenziati altri servizi (Poliambulatorio del Viale).
- B. interventi su chiamata: 355 ore (a questi si aggiungono gli interventi informali e non quantificabili fatti dalle coordinatrici dr.ssa Rita Paolisso e Stefania Vichi, che parlano russo, ucraino, inglese, francese e spagnolo).
- C. interventi su chiamata esterni: n. 14 destinati alla Questura di Ancona, all'Ufficio di Frontiera (CIR) e al Centro di Accoglienza “Benincasa” della Prefettura di Ancona, al Centro Prima Accoglienza del Tribunale per i Minori di Ancona.

Servizi coinvolti nella mediazione: per la ASL 7 i Servizi Consultoriali, Servizio Vaccinazioni, Medicina del Viaggiatore, SERT, Centro di Salute Mentale, Front-office dei Poliambulatori, UMEE; per i presidi ospedalieri l'URP, il Servizio Sociale, Pronto Soccorso, Accoglienza e Reparti.

Attività di traduzione

Volantino in n. 13 lingue sul servizio di mediazione presso le aziende sanitarie

Triage dell'Ospedale di Osimo

Modulistica Dipartimento delle Dipendenze

Modulistica anagrafe Poliambulatori

Documentazione varia relativamente a: vaccinazioni, trauma cranico, consenso informato, urinocoltura, pillola, ecc.

Attività di promozione del servizio di MI:

- Incontri organizzati dal coordinamento e/o dal gruppo di mediatori UMAN con: associazioni locali di volontariato, associazioni di stranieri, comunità stranieri , Centro Territoriale Permanente, con l'obiettivo di migliorare l'accesso ai servizi e l'appropriatezza dell'uso dei servizi da parte degli immigrati.
- Diffusione del Quaderno sulla mediazione interculturale redatto dalla Associazione Senza Confini (anno 2003).
- Convegno regionale "La mediazione interculturale: una risorsa per i servizi socio-sanitari", Ancona 4 dicembre 2003.
- Diffusione cittadina del volantino in 13 lingue relativo al servizio di MLC.
- Pubblicazione di articoli informativi su stampa e mass-media locali.
- Promozione del servizio con articoli su pubblicazioni interne alle aziende.

Nelle tabelle e grafici che seguono sono riportati i dati di attività.

**Tab. 1. Utilizzo delle ore destinate al Servizio di Mediazione interculturale:
periodo settembre 2003 - dicembre 2004**

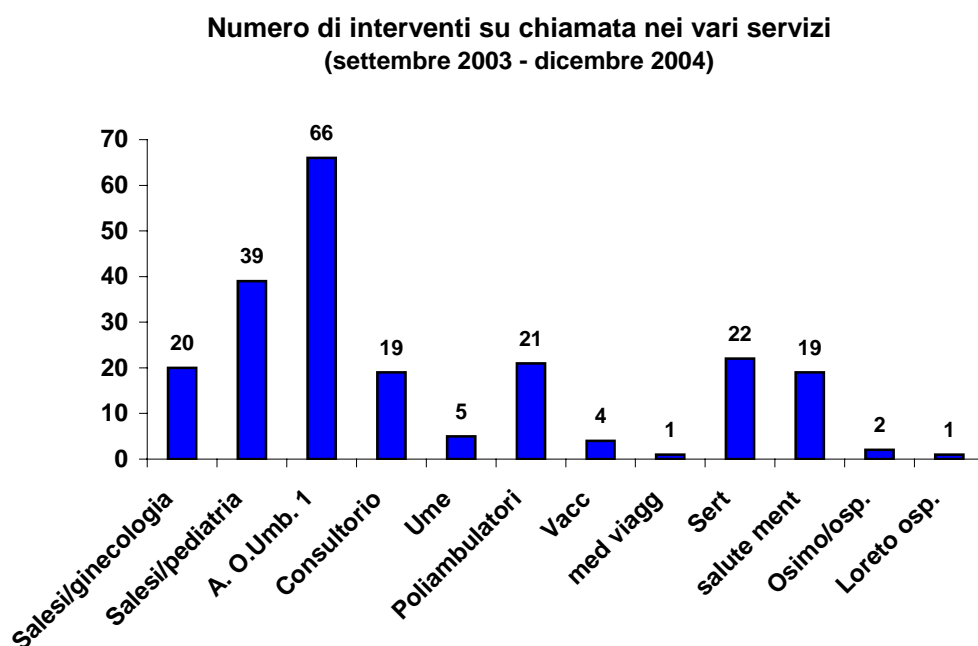
Periodo	n. ore di presenza fissa	n. ore per interventi su chiamata	n. ore formazione	n. ore promozione	n. ore traduzioni	Totale
settembre		18	327	45		389
ottobre	198	2	73			273
novembre	230	21				251
dicembre	170	25		14		209
gennaio	203	29				232
febbraio	244	45				289
marzo	245	38				283
aprile	219	44				263
maggio	210	52				262
giugno	216	39				255
luglio	76	16				92
settembre	0	0				0
ottobre	0	9				9
novembre	62	7				69
dicembre	60	12				72
Totale	2.131	355	400	59	126	3.070

La tabella 1 riporta la modalità di utilizzo delle ore destinate al Servizio di mediazione interculturale. Il totale delle ore impiegate per la mediazione è stato di 2.486, di cui 355 ore, pari al 14%, sono state utilizzate per interventi su chiamata, mentre 2.131 ore, pari all'86%, sono state utilizzate durante la presenza programmata del mediatore

Fig. 1. Distribuzione percentuale delle ore spese nelle varie attività del progetto.



Fig.2. Interventi richiesti dai vari servizi delle tre Aziende Sanitarie partecipanti al progetto



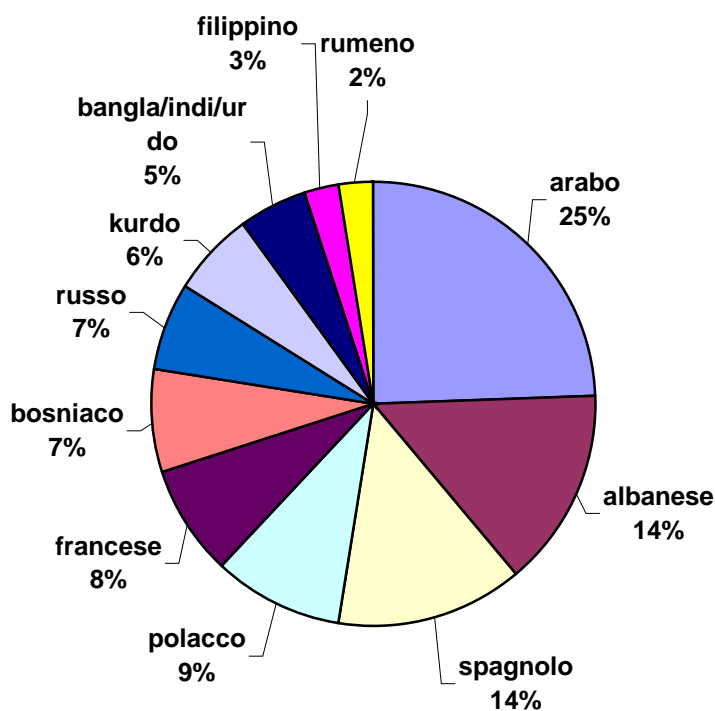
Tab. 2. n. di interventi su chiamata distribuiti secondo la lingua richiesta

Lingua utilizzata	N. interventi
arabo	59
albanese	24
spagnolo	21
polacco	27
francese	13
bosniaco	18
russo/ucraino	15
kurdo	10
bangla/indi/urdo	16
filippino	
inglese	3
macedone	1
rumeno	12
Totale	219

Nella tab. 2 sono riportati gli interventi su chiamata secondo la lingua richiesta. Si evidenzia che le lingue maggiormente richieste sono state l'arabo, il polacco, l'albanese. Anche se il dato, non è assoluto, ovvero non sono registrati gli interventi realizzati durante le ore di presenza fissa, essi possono essere considerati indicatori di una domanda di mediazione in queste lingue. Questo dato sembra essere confermato anche dal grafico seguente che riporta l'impiego dei mediatori per lingua.

Fig. 3.

percentuale delle ore impiegate distribuite per lingua
(settembre 2003 - dicembre 2004)



Lo stato attuale delle iniziative attivate dal progetto

Attualmente il servizio di MI fornito dall'associazione Senza Confini attraverso il gruppo UMAN dispone di 28 mediatori linguistico culturali e di 25 lingue.

La presenza fissa è mantenuta in due servizi territoriali (Consultorio e Poliambulatorio 2000, Poliambulatorio del Viale della Vittoria).

I mediatori sono inoltre disponibili per tutti i servizi delle tre aziende sanitarie per interventi su chiamata.

La Mediazione Interculturale nei servizi: esito della valutazione

Percezione del problema

I referenti dei vari servizi riferiscono che il problema maggiore nell'incontro tra gli operatori sanitari e l'utenza straniera è quello linguistico e, in misura minore, viene citata la codifica dei comportamenti; conseguenza di ciò è la perdita di tempo, insofferenza, disservizio.

Alla domanda: "Quando si presenta un utente straniero che tipo di difficoltà incontra il servizio?", le risposte più frequenti sono state la difficoltà da parte dell'immigrato a comprendere il percorso sanitario, l'iter burocratico e il passaggio tra i vari servizi. La difficoltà da parte dell'operatore a capire i comportamenti appare come una elaborazione successiva, che pesa sulla sensibilità degli operatori a seconda del loro ruolo, della loro professionalità, del tempo ovvero da quanto tempo si trovano ad operare con una utenza straniera. Tra i medici che maggiormente hanno espresso il bisogno di una mediazione culturale più che linguistica figurano ginecologi, psicologi e psichiatri, che avvertono che la loro prestazione professionale rischia di non essere efficace senza una decodifica dei comportamenti. *"Il mediatore mi aiuta a rapportarmi meglio con la paziente, a comprendere i suoi comportamenti, ad esempio non penso di segnalare una giovane donna bengalese che a 15 anni ha rapporti sessuali perché so che è in età da marito"; "il mediatore mi dà la garanzia che il paziente comprende la terapia che propongo, sono sicuro che la sta seguendo e a me aiuta a comprendere la cultura del paziente".*

Gli obiettivi del progetto si confermano rilevanti per la popolazione target?

Sebbene **tutti** gli operatori sanitari intervistati ritengano necessario e indispensabile l'utilizzo del servizio di mediazione linguistica, la situazione appare abbastanza diversificata all'interno dei servizi in quanto alcuni pongono maggiormente l'accento sulla mediazione culturale, altri sulla traduzione linguistica. Coloro che considerano la traduzione elemento fondante del ruolo del mediatore sono propensi a dare maggiore enfasi agli interventi su chiamata e tendono a sottovalutare il lavoro del mediatore nella presenza fissa. Al contrario, altri operatori, nei consultori, nei reparti di ginecologia, considerano la mediazione culturale estremamente importante e pensano che l'integrazione del mediatore nell'équipe di lavoro sia utile per comprendere i bisogni di una utenza straniera e le modalità con cui rapportarsi ad essa. Le variabili che pesano in questa differenza di prospettiva sembrano essere:

- l'esperienza del servizio,
- il tipo di servizio,
- la propria formazione professionale,
- la propria sensibilità extraprofessionale.

In una certa misura sembra essersi verificato un fenomeno molto comune che è l'interpretazione degli obiettivi a seconda del proprio ruolo, soprattutto quando un progetto coinvolge più attori nella stessa scena. Gli obiettivi del progetto, per quanto condivisi nella fase di implementazione dello stesso, sono stati in qualche modo interpretati dal proprio ruolo; e pur essendo due facce della stessa medaglia, i beneficiari del progetto, nelle varie interviste, sembrano ora essere i servizi ora gli immigrati. Tra lo staff del progetto emerge una grossa condivisione degli obiettivi e la consapevolezza che, un obiettivo non dichiarato ma forte, era la sensibilizzazione degli operatori alle caratteristiche di una utenza diversificata. Per molti operatori sanitari, invece, l'obiettivo era aiutare gli immigrati a relazionarsi in maniera più adeguata con i servizi italiani. Può sembrare un gioco di parole ma non sempre era chiaro a tutti se l'obiettivo era offrire un servizio agli immigrati o offrire un servizio ai vari servizi per renderli più adeguati a realizzare il proprio mandato che è quello di dare alla propria utenza, italiana e straniera, un servizio adeguato e competente. Una delle conseguenze di questa diversa consapevolezza della rosa degli obiettivi è stata una diversa percezione di quelle che dovrebbero essere le principali attività del mediatore culturale tutte facenti comunque parte del suo mandato: traduzione, orientamento, mediazione, agente di cambiamento.

Per i componenti dello staff di progetto il mediatore è, e dovrebbe essere, un operatore culturale, in grado di comprendere il punto di vista, il sistema di riferimento di un utente straniero e degli operatori del servizio nella comprensione reciproca per la soluzione del problema. Questa funzione implica una attività continua per dare soluzione e per prevenire che può essere garantita solo da una presenza costante di un mediatore nell'équipe degli operatori sanitari. "Il mediatore mantiene vigile l'attenzione sul problema" e si pone quindi "come agente di cambiamento".

Anche tra i referenti dei vari servizi prevale l'attenzione alla mediazione come qualcosa che va oltre la traduzione e che consente di migliorare la relazione medico-paziente, utente-servizio. Tra i medici le opinioni e le esperienze di mediazione sono più diversificate e disomogenee e se alcuni affermano " Vorrei che il mediatore facesse parte dell'équipe e non fosse una consulenza", altri dichiarano di rivolgersi al mediatore come ultima possibilità, quando proprio non è possibile nessuna comprensione.

Pur con differenti sfumature, per tutti gli intervistati il mediatore interculturale è sentito come una necessità per superare le difficoltà linguistiche, essere sicuri che il paziente comprenda le proposte terapeutiche, segua correttamente le indicazioni, sappia come muoversi tra i servizi e tra i percorsi burocratici e al tempo stesso che l'operatore comprenda il problema dell'utente, non fraintenda il suo comportamento, in breve dia un'assistenza appropriata.

Raggiungimento degli obiettivi

Tutti gli operatori intervistati hanno dichiarato la piena soddisfazione relativamente agli interventi dei mediatori e alla soluzione dei problemi.

Nei casi in cui la mediazione era a carattere burocratico-amministrativo la riuscita era garantita anche se a volte proprio su questo settore di intervento si è creato un conflitto di ruolo con gli operatori proprio per l'interpretazione e l'applicazione di alcune norme che regolano l'assistenza sanitaria agli STP.

Nei casi in cui si è trattato di una vera e propria presa in carico, un caso clinico da seguire, l'intervento ha visto una maggiore partecipazione dei mediatori e anche una maggiore crescita negli operatori.

Le esperienze riportate dai medici raccontano di casi clinici complessi, in cui era importante che il paziente comprendesse completamente il quadro clinico. E' il caso, ad esempio, di una donna che arriva con una gravidanza gemellare con gravi rischi ai feti e complicazioni per la madre, per cui era prevista anche l'IVG terapeutica. "Dovevo essere sicura" – racconta il medico - che la donna comprendesse esattamente il quadro clinico per poter scegliere tra la gravidanza e l'interruzione. L'intervento del mediatore è stato lungo e competente; alla fine abbiamo concordato la linea terapeutica e la coppia ha deciso di continuare la gravidanza. "Prima del mediatore" – commenta il medico – ci potevamo fidare solo dei parenti, che in alcuni casi possono influire sulle decisioni della donna.

In una situazione differente un medico racconta: "il caso clinico era inquadrato, il paziente era seguito da tempo, pensavamo di avere un comunicazione linguistica sufficiente, ma solo grazie all'intervento del mediatore abbiamo compreso che effettivamente non seguiva in maniera adeguata la terapia a casa e il paziente ha compreso l'importanza della corretta assunzione dei farmaci prescritti".

Modalità organizzative

Nel complesso l'organizzazione del servizio di MI, secondo i referenti del progetto, ha rispecchiato le esigenze del servizio; essi ritengono che l'utilizzo dei mediatori sia stato adeguato. Nella maggior parte dei casi c'è stata una buona accoglienza dei mediatori all'interno del servizio e una buona relazione tra mediatori e operatori anche se all'inizio si sono creati alcuni malintesi o conflitti per una diversa interpretazione sulla normativa che regola l'assistenza agli STP.

Come già visto durante la realizzazione del progetto, il servizio di mediazione è stato organizzato come presenza fissa in alcuni giorni e con interventi su chiamata.

Nell'intervento su chiamata, solitamente l'emergenza di in un caso clinico, il mediatore ha la funzione principale di tradurre e di garantire la comunicazione tra gli operatori sanitari e il paziente. Nella presenza fissa all'interno di uno sportello amministrativo il compito diventa principalmente quello dell'accoglienza e dell'orientamento, della produzione di materiale informativo. La relazione

con gli operatori, la comprensione del ruolo in questo caso diventa una variabile determinante per la definizione dei compiti e delle attività.

All'interno degli ospedali e degli ambulatori medici compresi i consultori, la presenza fissa diventa una pratica di mediazione ancora più flessibile, soggetta ad utilizzi meno strutturati, particolarmente dipendenti dalla professionalità, disponibilità e sensibilità sia degli operatori che dei mediatori. Il mediatore, quando presente stabilmente all'interno del servizio, può svolgere una serie di attività che rientrano nella "prevenzione", attività di traduzione, facilitazione della relazione clinica, può presentarsi nei reparti in accordo con la caposala e raccogliere dagli utenti stranieri dubbi, svolgere azioni di facilitazione all'accesso dell'intero percorso terapeutico.

Non tutti gli operatori però hanno avvertito l'importanza della presenza fissa, anche se la maggior parte degli intervistati risponde che sono necessarie entrambe le modalità perchè rispondono a obiettivi diversi: "un mediatore che conosce il servizio ed è ben integrato aiuta il paziente ad integrarsi".

Per queste ragioni, le tre aziende sanitarie coinvolte, l'A.O Salesi, l'A.O Umberto I e le strutture territoriali della ASL 7 hanno sfruttato in misura differente le potenzialità della presenza del mediatore. Presso l'A.O. Salesi, ad esempio, il mediatore presente si proponeva ai pazienti ricoverati, presso l'A.O. Umberto I il mediatore presente interveniva solo quando espressamente richiesto dal medico. Nelle due strutture ospedaliere comunque l'informazione dell'esistenza del servizio di M.I. non è stata diffusa in maniera uniforme, non tutti gli operatori erano informati e presso i reparti non è circolata la stessa informazione.

Al Poliambulatorio 2000 e al Consultorio la presenza fissa del mediatore è la modalità maggiormente impiegata, probabilmente a causa della disponibilità degli operatori e delle caratteristiche del servizio (le problematiche legate alla sessualità e riproduzione sono più di altre culturalmente determinate).

Quali apprendimenti hanno sviluppato gli operatori coinvolti?

L'introduzione di una figura nuova, per la quale non esisteva esperienza all'interno dei servizi sanitari, ha all'inizio creato alcune confusioni o fraintendimenti sul ruolo. E' stato necessario ed estremamente importante un grosso lavoro di formazione continua all'interno del gruppo dei mediatori e tra lo staff e gli operatori per affinare, meglio definire il ruolo e l'utilizzo del mediatore. Nelle interviste ai mediatori abbiamo cercato di raccogliere le loro percezioni circa il ruolo e le funzioni da loro svolte all'interno dei servizi. Quello che abbiamo colto è stato soprattutto un processo, una condizione che è venuta migliorando con il tempo. Alcuni mediatori hanno raccontato che all'inizio, si sono mossi tra una sorta di diffidenza e l'aspettativa che potessero risolvere tutti i problemi (ad esempio occuparsi del permesso di soggiorno, o svolgere funzioni da badante) in cui il ruolo teorico di ponte tra culture rischiava di trasformarsi in un generico tuttofare o nell'appiattimento della funzione di interprete. Nel corso dello svolgimento del progetto, grazie all'esperienza, alla pratica di lavoro comune con gli operatori e agli incontri di formazione svolti in

itinerare, i mediatori hanno potuto centrare maggiormente il loro ruolo. L'esperienza ha dimostrato (questo emerge sia dalle interviste effettuate agli operatori che ai mediatori, che l'intervento della mediazione non ha comportato una delega del paziente straniero al mediatore; al contrario mantenendo vigile l'attenzione, ha messo gli operatori in grado di acquisire maggiore competenza nell'assistere il paziente straniero. Questa maggiore competenza è generalmente percepita sia dai mediatori che dagli operatori sanitari, ma naturalmente non è eguale per tutti

La possibilità di avere un mediatore su chiamata riduce il peso e l'angoscia dell'operatore chiamato ad operare in velocità, ma non necessariamente incide sulla pratica di approccio al paziente immigrato. Il vissuto della mediazione cambia a seconda delle singole sensibilità, opinioni e anche a seconda del tipo di formazione medica e quindi di prestazione da offrire. Un medico psichiatra ha dichiarato di aver verificato, con l'esperienza della mediazione, l'importanza di un modello culturale nell'espressione del disagio psichico, ma di averlo potuto verificare perché ne aveva una conoscenza teorica.

Un discorso a parte merita l'utilizzo della mediazione negli interventi relativi ad un disagio psichico dove forte è il peso della cultura nella espressione del sintomo. Proprio per questo motivo i professionisti intervistati hanno dichiarato di avere bisogno della mediazione interculturale anche quando sembra essere possibile una comunicazione linguistica, proprio perché il mediatore svolgendo una funzione di ponte consente al medico di comprendere quegli aspetti della cultura dell'utente che, se fraintesi, possono pregiudicare la relazione terapeutica.

Eppure proprio in questi casi la mediazione ha mostrato alcune debolezze strutturali.

Negli interventi di psicologia clinica, nel colloquio, la sintassi del linguaggio è controllata fin nel dettaglio e, con la mediazione, rischia di perdere molto della sua strumentalità diagnostica; inoltre nel colloquio psichiatrico la "relazione terapeutica" si stabilisce con il mediatore e non con lo psichiatra. Queste difficoltà, comunque inevitabili, possono essere superate da un rapporto di grossa fiducia tra l'operatore e il mediatore, per questo tra i suggerimenti avanzati c'è quello che si faccia riferimento sempre agli stessi mediatori, così da acquisire una modalità comune e di avvalersi di mediatori specializzati in questo settore.

Come i mediatori hanno visto migliorare la qualità del loro ruolo, gli operatori sanitari hanno notato nel corso del tempo che i mediatori hanno acquisito una maggiore competenza medico-sanitaria. Il bisogno formativo emerge come un bisogno forte tra i mediatori; essi dichiarano di aver ricevuto una buona preparazione dal corso di formazione frequentato, che è stata loro necessaria ma non sufficiente per affrontare a volte, casi molto complessi.

Quali sono gli impedimenti e ostacoli incontrati in fase di implementazione che hanno condizionato il progetto?

1. Personale sanitario - Uno dei principali problemi avvertiti nella gestione del progetto da parte della ASL 7 è stata la scarsità di risorse umane dedicate al progetto; questa difficoltà ha portato a cercare di individuare le persone più motivate che si sono anche assunte compiti non assegnati formalmente. Quindi la riuscita del progetto si è basata molto su un elemento straordinariamente ricco che è la motivazione personale, ma l'altra faccia della medaglia è stata una certa disomogeneità nelle modalità di impiego della mediazione nei vari servizi ed un diverso livello di integrazione dei MI con il resto dell'équipe.
2. Modalità di richiesta dei MI - Gli operatori, soprattutto negli ospedali e specie all'inizio, richiedevano il mediatore con urgenza, anche senza preavviso; pertanto si sono verificati casi in cui il mediatore ha effettuato interventi telefonici o interventi urgenti da un altro servizio.
3. Collocazione dei MI nei servizi – Si sono verificate alcune difficoltà a carattere apparentemente logistico, legate all'individuazione del luogo "fisico" per i MI. Dove si dovevano collocare i mediatori, quale era il loro spazio? Andava creata un'area ad hoc o dovevano essere inseriti negli spazi esistenti, accanto a quale funzione? Quale era il luogo più adeguato? Visibile agli utenti stranieri o *inglobato* con gli altri operatori? Non è difficile comprendere come queste "banali difficoltà" traducevano una difficoltà più generale e profonda che riguarda il ruolo dello stesso mediatore interculturale e il ruolo che egli gioca all'interno del servizio. In alcune situazioni, quando il mediatore con presenza fissa è stato utilizzato più per la parte amministrativa che assistenziale, gli è stato assegnato un posto visibile, all'accettazione, così che fosse ben individuabile dall'utenza straniera ma "separato" dagli altri operatori. In altri casi, in cui il MI è stato impiegato soprattutto nella relazione clinica e integrato nell'équipe degli operatori, non ha avuto assegnato un luogo fisso dove stare.
4. Alcune difficoltà organizzative - Vi sono state alcune difficoltà per individuare il giorno più adeguato per la presenza fissa del mediatore ovvero il giorno in cui l'utenza straniera era più numerosa. Ancora, nei casi in cui il mediatore era utilizzato o era vissuto più come mediatore linguistico veniva colta dagli operatori come incongruenza il fatto che gli utenti stranieri non sempre avevano la stessa appartenenza linguistica del mediatore presente quel giorno.

5. Gruppo dei mediatori – Il gruppo ha sempre sofferto di poca coesione; le singole persone avevano motivazioni diverse e quindi un diverso investimento. D'altronde è stato sempre difficile tenere insieme un gruppo di persone con storie personali e culture molto diverse tra loro e senza poter offrire loro un lavoro, anche part-time ma strutturato e sufficientemente remunerativo. Sovente il gruppo ha espresso un desiderio di autonomia propositiva, ma sostanzialmente ha avuto scarsa capacità organizzativa.
6. Standardizzazione del servizio - Vi è stata una certa difficoltà a rendere omogenea l'offerta del servizio, in quanto i mediatori pur avendo ricevuto un percorso formativo comune avevano comunque una diversa professionalità e questo influenzava le aspettative degli operatori. Si è cercato di affrontare questa problematica negli incontri abituali che l'associazione Senza Confini tiene con il gruppo UMAN, nel corso dei quali la discussione di casi, anche particolarmente delicati e difficili, hanno lo scopo di creare una prassi comune e standardizzare l'offerta del servizio.
7. Circolazione delle informazioni sull'esistenza del servizio di MI – Le informazioni sull'esistenza del servizio di MI talora sono risultate, a livello dei vari servizi territoriali o dei reparti ospedalieri, scarse o addirittura assenti. Ciò anche a causa del turn-over abituale del personale all'interno dei servizi sanitari e dei difetti di comunicazione che caratterizzano le organizzazioni sanitarie. Naturalmente laddove era nota l'esistenza del servizio di MI, gli operatori lo hanno utilizzato anche a seconda della propria sensibilità, opinione etc.
8. Scarsa collaborazione degli altri enti istituzionali - In relazione alla realizzazione di un sistema integrato di accoglienza socio-sanitaria, obiettivo generale del progetto, non è stata avviata, in fase di realizzazione del progetto la collaborazione con il comune di Ancona in quanto questo non si è reso disponibile.

Condizioni che hanno facilitato o ostacolato il progetto

1. Punto di fragilità e contemporaneamente di forza è che l'associazione Senza Confini non entra direttamente dentro il servizio di mediazione che si svolge tra gli operatori, il paziente e il mediatore, all'interno dell'organizzazione dei servizi; quindi l'affidabilità, la stabilità, la qualità è affidata ai referenti che l'Azienda Sanitaria nomina. Il punto debole è rappresentato dal fatto che non può avere il controllo e il punto forte è che i servizi si appropriano della mediazione, che c'è una emancipazione del progetto dall'istituzione promotrice, che mette radice nei servizi sanitari.

2. I rapporti interistituzionali tra le tre strutture ha facilitato il successo e al tempo stesso si è caratterizzato come elemento di debolezza in quanto le tre aziende sanitarie non sono andate di pari passo.
3. Il corso di formazione per i mediatori ha avuto una duplice valenza: ha risposto ad un'esigenza formativa affinché i mediatori avessero le conoscenze indispensabili per la loro attività e, nel contempo può essere considerata una condizione che ha facilitato il progetto creando una relazione tra operatori sanitari e mediatori. Per gli operatori ha rappresentato occasione di sensibilizzazione e un ulteriore elemento motivante all'utilizzo dei mediatori.
4. Il coordinamento dei mediatori tra loro e del gruppo UMAN con i servizi ha consentito di portare alla discussione le problematiche comuni della mediazione, e di stabilire prassi condivise.
5. Il risultato immediato dell'intervento del mediatore, soddisfacendo il bisogno dell'operatore e del paziente, ha generato la motivazione ad un ulteriore impiego del mediatore.
6. La disponibilità di un congruo finanziamento ha ovviamente rappresentato una condizione basilare di fattibilità.

Risultati e indicazioni

Il progetto ha avuto una grossa valenza innovativa e l'introduzione dei mediatori interculturali all'interno dei servizi sanitari ha rappresentato una esperienza pilota per la regione Marche. Ha dato risposta ad un disagio che gli operatori sanitari avvertivano in misura sempre crescente non disponendo di strumenti professionali adeguati per affrontare in maniera efficace l'utenza straniera.

Così come era nei suoi obiettivi, con l'introduzione dei mediatori culturali ha contribuito a ridurre le barriere culturali e specifiche per l'accesso ai servizi della popolazione immigrata e ha migliorato l'assistenza sanitaria.

Ha contribuito ad una crescita professionale degli operatori che hanno acquisito maggiore competenza nella relazione con l'utente straniero.

Ha promosso un gruppo di professionisti della mediazione (gruppo UMAN) che se non ancora completamente strutturato e autonomamente organizzato ha le potenzialità per divenirlo.

Inoltre il progetto ha dimostrato una vitalità che è andata oltre il finanziamento e la mediazione si è insediata stabilmente nei servizi sebbene in misura ridotta.

Ha avuto un impatto positivo sul territorio ed è penetrato nella mentalità politica istituzionale tanto che l'utilizzo dei mediatori è stato previsto nel Piano Sanitario Regionale.

Un risultato importante è stato anche quello di aver creato un bisogno nelle altre istituzioni; infatti il comune di Ancona e la Zona Territoriale (ex ASL) 4 hanno firmato con la Associazione Senza Confini una convenzione per l'impiego dei mediatori.

Certo la pratica della mediazione è una pratica ancora nuova nel nostro territorio, sulla quale sia i singoli professionisti nella loro prestazione che le istituzioni nella loro operatività organizzativa devono ancora crescere.

Dall'analisi delle interviste emergono proposte e suggerimenti per il miglioramento del servizio di mediazione interculturale che riportiamo qui di seguito:

- impiegare materiale promozionale del servizio ben visibile presso i presidi sanitari e migliorare la "visibilità" dei mediatori,
- aumentare l'informazione sul servizio di mediazione presso le comunità straniere,
- garantire una reperibilità notturna per ricoveri al P.S. soprattutto a carattere psichiatrico e, comunque, potenziare la disponibilità di mediazione per il Centro Salute Mentale,
- potenziare la copertura del territorio,
- garantire una formazione permanente che permetta un miglioramento continuo della professionalità dei mediatori,
- elaborare un vocabolario specialistico tecnico sanitario plurilingue,
- creare un gruppo di mediatori specializzato nel colloquio clinico psicologico/psichiatrico,

- e garantire che sia lo stesso mediatore a seguire il caso,
- promuovere una maggiore integrazione del mediatore nell'équipe di lavoro,
- ripristinare la presenza fissa del mediatore laddove è cessata e potenziarla laddove già esiste, in quanto mantiene vigile l'attenzione sul problema e consente una reale integrazione nell'équipe,
- calibrare l'impiego dei mediatori diversificandolo per le reali esigenze di ogni servizio: ad esempio aumento della presenza fissa al Distretto di Falconara e al Salesi, del servizio su chiamata al SERT o ridurre i tempi di intervento del mediatore su chiamata (che vengono effettuati sempre entro le 24 ore dalla chiamata).