

progetto cofinanziato da



UNIONE
EUROPEA



Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà

INMP



NIHMP
National Institute for Health
Migration and Poverty



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

Progetto For.Me. - Percorso Formativo per Mediatori Transculturali in Ambito Sanitario - Fondo FEI - AP 2013 - Az.6 - Prog.105979

Verbale Incontro Tavolo Tecnico del 20 Novembre 2014

Partecipano alla riunione:

- *Delli Paoli Laura Regione Toscana*
- *Francescaglia Francesco Regione Umbria*
- *Greco Annarita Regione Campania*
- *Malagamba Elisa Regione Liguria*
- *Mantuano Carmen Regione Lazio*
- *Piazzolla Vito Regione Puglia*
- *Trapasso Anna Regione Calabria*
- *Vichi Stefania Regione Marche*
- *Ruozi Corrado Regione Emilia Romagna*
- *Passerini Adriano Provincia autonoma di Trento*
- *Palombi Leonardo Università degli studi di Roma Tor Vergata*
- *Ongini Vinicio Miur settore Integrazione*
- *Rinaldi Cristina Ministero della Salute*
- *Candela Antonino ASP Palermo*
- *Dott.ssa Mirisola Concetta INMP*
- *Dott. Costanzo Gianfranco INMP*
- *Dott.ssa Amicone Santina INMP*
- *Dott.ssa Scorsino Francesca INMP*
- *Dott. Saponaro Antonio INMP*



Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

(Mirisola) saluti benvenuto, breve presentazione Istituto e progetto, centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in ambito sanitario, trampolino di lancio per il core curriculum del mediatore culturale; descrizione della situazione attuale con percorsi universitari e di formazione professionale poco specializzati in ambito sanitario, esigenza di fare il punto zero come avvenuto per gli infermieri professionali. Presenta la dott.ssa Amicone che fa il punto della sua esperienza con le professioni sanitarie, obiettivo dell'Istituto è l'inserimento all'interno del CCN SS di tali figure, come nell'INMP dove, per la prima volta, è stato previsto nella strutturazione dell'organigramma la figura del mediatore culturale. Risultati legati anche alla rete e all'osservatorio. Lavorare con le regioni, con il pubblico, il sociale, il no profit ecc. invito al convegno nazionale del 2 dicembre.

(Costanzo) presentazione progetto (allegato ppt) con una premessa veloce sulla presenza dei mediatori culturali nelle strutture sanitarie che non sempre hanno conoscenze specifiche e, quando ci sono, non sono omogenee e spesso non sono sufficienti a garantire l'erogazione appropriata delle prestazioni sanitarie. Problemi dovuti alla traduzione meccanica (es. *google translator*) significato e semantica della frase emergono continuamente. Traduttore è una cosa, mediatore un'altra, per fare il mediatore culturale in sanità bisogna essere di madre lingua, conoscere la cultura ma anche avere abilità e competenze, essere capaci di interpretare i bisogni di salute (di persone che soffrono) e tradurlo in modo adeguato e saper indirizzare verso i servizi più appropriati. Focus: valore aggiunto di progetto operativo, non si ferma al censimento/analisi e progettazione ma sperimenta anche il modello. Settore salute si parte da competenze e conoscenze generali per arrivare a caratteristiche specifiche.

(giro tavolo)

(Amicone) Sottolinea l'esigenza di distinguere i settori di pertinenza rispetto all'analogo tavolo del ministero dell'interno, nel nostro caso la salute. Si deve porre l'accento sul carattere formativo acquisito sul campo nelle forme più variegate (es. da 400 a 1200 h), necessità di individuare un percorso di riconoscimento che sia standardizzato e omogeneo. Resta obiettivo primario rilevare cosa c'è di già presente ed elaborare partendo da tale base.

(Passerini – TN) Azienda sanitaria unica di per tutta la provincia di Trento e assessorato alla salute. Servizio di mediazione culturale coordinato da azienda sanitaria, affidato a ditta esterna con criteri dati dalla stessa azienda sanitaria anche rispetto alla formazione. Si rileva la presenza di difficoltà nella selezione della figura del mediatore perché non esiste una qualifica riconosciuta ufficialmente e conferita da una qualche istituzione scolastica che possa eventualmente costituire un titolo di preferenza. Nella salute/sanità pochissimi sono i percorsi formativi di questo tipo (da noi non ci sono) sarebbe importante, quindi, definirlo. Circa 10 anni fa è stato effettuato un tentativo in provincia di TN presso un istituto collegato all'Università, ma si è esaurito lì, sono stati, in quella occasione, formati circa 20 mediatori in sanità.

(Candela ASP PA) Manifesta la volontà di cogliere l'opportunità del progetto operativo apportando il suo contributo. Evidenzia la sinergia con l'Istituto già presente dal 2010 con progetto PASS dove sono stati formati 2 mediatori culturali e poi, nel 2011, col progetto Medina dove sono stati coinvolti 4 mediatori culturali ed, infine, nel 2013 grazie ad un segno concreto della Pubblica Amministrazione di Palermo, vengono integrati 26 mediatori culturali di cui 9 utilizzati permanentemente negli ambulatori e 17 al bisogno per gli sbarchi. Vengono utilizzati per i 2 punti di sbarco in contemporanea: 4 moli a Palermo e Lampedusa (anche se è provincia di Agrigento). Il 3 ottobre all'indomani del naufragio che ha visto 366 morti, la dottoressa Mirisola che era in loco ha potuto, con me, constatare che senza il mediatore non avremmo dato efficace risposta ai bisogni di salute dei migranti, non avremmo potuto curare i 156 sopravvissuti. Questo è il nostro contributo. Noi abbiamo già in cantiere un ulteriore passaggio attraverso l'agenzia di somministrazione per aumentare il numero e per uscire dalla attuale forma "a chiamata".

(Piazzolla Ares puglia) confermo i problemi, di cui abbiamo fatto esperienza diretta qualche anno fa, allorquando ero direttore del distretto dove sono stati formati 20 mediatori in PUA (porta in puglia è femmina). L'esperienza è terminata, il problema è mettere a sistema quanto fatto. Fatta esperienza delle professioni sanitarie e costruito il cv percorso degli infermieri.

(saponaro) presentato progettista didattico analisi offerta e attività relative al corso)

(Vichi Marche) osservatorio della regione Marche. Lavoro di monitoraggio a livello centrale, curo personalmente immigrazione in ambito sanitario, collaboro con un'associazione che è stata la prima in regione marche a progettare ed erogare formazione e a coordinare un progetto per 35 mediatori culturali per assistenza domiciliare e ospedaliera della città di Ancona che raccoglie un'utenza regionale ed extra regionale. Nella regione Marche ci sono esperienze abbastanza consolidate nell'ambito della mediazione, la formazione precedentemente frammentaria, adesso lo è un pochino meno grazie al profilo professionale regionale che da noi, come in altre regioni, è diviso in due parti: formazione di base che prevede anche delle ore di tirocinio e poi c'è una specializzazione. Porto al tavolo una criticità che qui si tocca solo marginalmente ovvero che a fronte di formazione di qualità, a fronte di specializzazione e buoni rapporti consolidati tra le istituzioni/strutture pubbliche e le associazioni, che generalmente si occupano della gestione del servizio, almeno nella regione Marche si assiste a una carenza di offerta (ovvero di domanda) di servizi di mediazione; da una parte la cultura della mediazione ancora non fa parte dei servizi sanitari (a livello di decisori, non di operatori), dall'altra il discorso economico.

(Delli Paoli, Centro di Salute Globale della Regione Toscana) il centro si occupa tra le altre cose di tutto ciò che riguarda la salute dei migranti. Molto interessati alla tematica anche se, in Toscana, non esiste una politica uniforme: ogni area vasta organizza il servizio in modo autonomo e appalta il servizio a cooperative. Siamo quindi più che altro interessati ad ascoltare e a capire come poterci muovere.



Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

(**Greco** – funzionario salute e interventi socio-sanitari Regione Campania) – L'esperienza campana ha poco a che fare con le figure professionali. L'esperienza della Regione Campania è tutta sul versante del sociale con l'istituzione della figura del mediatore culturale esistono iniziative con alcune aziende sanitarie e anche esempi di progettazione partecipata con cooperative e agenzie del terzo settore, anche nell'ambito delle dipendenze. Non vi è ancora un canale rispetto alla formazione del mediatore transculturale in sanità, per noi questo è quindi un primo approccio. C'è uno sportello curato dalla Direzione salute (sportello Jalla) che offre su richiesta (degli operatori sanitari o degli stessi migranti) attività e servizi di mediazione, ma non c'è un servizio strutturato e istituzionalizzato del percorso.

(**Trapasso**, Dipartimento Prevenzione Salute, Assessorato Salute Regione Calabria) anche la Calabria è terra di sbarchi, ma nonostante ciò non esiste un percorso codificato di formazione, esistono esperienze frammentate dell'Università e di alcune aziende specifiche e ritengo che questo progetto sia quindi molto importante per arrivare a delle linee guida nazionali. C'è molta ricettività da parte delle aziende, specie nel dipartimento materno-infantile e alcuni progetti sono stati fatti proprio insieme all'INMP. Per cui a livello regionale cercheremo di dare un contributo nel mettere a sistema le esperienze sparse.

(**Palombi** Direttore Dipartimento Biomedicina e Prevenzione dell'Università di Tor Vergata) delegato dal rettore Novelli come fornitore di contributo accademico, ma anche clienti, perché sia a Tor Vergata in Roma B e che a Tor Sapienza, vi è una significativa presenza di immigrati, con disagio sociale. Siamo molto interessati, quindi, anche agli aspetti operativi e della formazione.

(**Ruozì** Regione Emilia Romagna, Responsabile dello Sviluppo Area Professioni dell'Agenzia Regionale Sanitaria; Responsabile Osservatorio sulla Qualità della Formazione in Agenas a Roma) La situazione in Emilia Romagna per la figura del mediatore culturale è stata consolidata nel 2004 a seguito di una delibera di giunta che ha formalizzato i progetti/percorsi fatti a partire dall' *Health Promoting Hospital*; L'Emilia Romagna che era capofila del progetto che si conclude ad Amsterdam con una legittimazione del core curriculum del mediatore culturale recepì l'anno stesso attraverso la giunta tale documento ponendolo a base per la selezione dei mediatori e dei processi formativi che da allora iniziarono, sia all'interno delle aziende, sia in particolare all'Università di Modena che ha sviluppato questa competenza distintiva sul cv del mediatore. A oggi i mediatori culturali sono organizzati, in cooperative di cui ne esistono tante in convenzione con ospedali e strutture sanitarie (c'è stato un passaggio nel 2009 che da free-lance li ha indirizzati verso le forme cooperative).

(**Malagamba** Regione Liguria – Agenzia Sanitaria Regionale – Area Socio-Sanitaria) Non ci occupiamo in particolare di formazione, ma di socio-sanitario e quindi abbiamo ritenuto importante partecipare comunque a questo tavolo. In regione ci sono esperienze di mediazione culturale, ma sono esperienze frammentate e, pur sentendo l'esigenza, non abbiamo percorsi disciplinati in particolare in ambito sanitario, proprio in termini di appropriatezza delle prestazioni, e il mediatore culturale dà sicuramente una garanzia di appropriatezza. Porto la volontà dell'assessorato e della Regione di impegnarsi su questo progetto perché riteniamo fondamentale la figura.

(**Francescaglia** Regione Umbria, Ufficio Immigrazione) le prime esperienze in regione risalgono al 1998, sono stati realizzati vari progetti nel corso degli anni all'interno delle Aziende sanitarie che hanno portato, nel 2005, ad emettere una delibera di giunta che ha riconosciuto nell'ASL di Perugia il centro inter-aziendale di riferimento per l'organizzazione del servizio di mediazione culturale in tutte le aziende sanitarie umbre e che doveva portare alla definizione di un modello di mediazione culturale o interculturale in sanità fatto che ad oggi non si è concretizzato nonostante, in tal senso, sono stati effettuati numerosi progetti e corsi di cui uno anche in collaborazione con INMP (PASS n.d.r.). In questo momento le ASL sono impegnate in un progetto FEI territoriale (*Birth*) mirato a formare mediatori culturali in sanità, con particolare riferimento alle gravidanze e assistenza nei parti. Vi è poi un bando libero delle ASL per iscriversi ad un Albo dei Mediatori che è aperto fino al 30 novembre per iscriversi/partecipare a un corso di formazione nell'ambito del progetto Fei, lo stesso rimarrà aperto alle iscrizioni anche successivamente per l'utilizzo del mediatore "su chiamata" per prestazioni occasionali. A noi, come regione, interessa molto questa esperienza in sanità perché nel nostro territorio vi è una lunga tradizione di immigrazione, però saremmo interessati a generalizzare gli ambiti di applicazione della figura del mediatore culturale; In tal senso abbiamo inserito anche nel PO FSE una quota piccola ma significativa di fondi per sperimentare interventi nel prossimo settennio e per mettere a sistema il tema della mediazione culturale anche in ambito sanitario perché anche noi sentiamo l'esigenza di definire un modello formativo che possa servire nei vari ambiti, esigenza manifestata anche dall'Università di Perugia sui percorsi formativi universitari per arrivare alla definizione della professione del mediatore.

(**Scorsino** INMP) punto di riferimento per il networking e il monitoraggio delle attività, in particolare per quanto riguarda il tavolo e il suo funzionamento.

(**Mantuano** Regione Lazio – Area Formazione della Direzione salute) area formazione di nuova istituzione; accogliamo con favore un progetto come questo che punta a mettere a sistema le esperienze che si sono formate sul campo. In regione dal 2008 è stato definito il profilo, più sul versante sociale che su quello sanitario e ci piacerebbe pertanto contribuire al progetto in maniera attiva.

(**Rinaldi** Ministero salute, delegata dal DG professioni sanitarie) in questo contesto quindi più che un contributo diretto possiamo dire che siamo orientati più sulle professioni sanitarie. Ciononostante il nostro contributo vuole essere assoluto perché ci rendiamo conto che è sempre più evidente che l'ambito sanitario ha bisogno di figure trasversali. Potremmo dare un contributo più alla definizione del core curriculum ovvero di un percorso formativo che possa favorire l'interazione con le altre



Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

figure del servizio sanitario e con il sistema in generale. Le nostre professioni devono dialogare con ambiti diversi, quello sanitario non può rimanere un settore chiuso e a sé stante. Collaborazione ampia e di estremo interesse.

(Ongini Miur – istruzione – DG studente, integrazione e partecipazione) l'integrazione è al centro delle nostre azioni. A febbraio di quest'anno abbiamo licenziato delle *Linee Guida* che ho portato e vi lascio, nelle quali c'è anche un paragrafo sulla sanità dove è specificato cosa possono e devono chiedere le scuole sul tema della sanità, alle famiglie e agli alunni. Sul tema della mediazione culturale, qualche anno fa abbiamo fatto un censimento ed è uscito un numero di più di 2000 persone coinvolte nella mediazione a scuola, con lavori intermittenti, con contratti di qualche mese, un anno sì e un anno no. Questo è uno dei punti critici: non c'è stabilità, non è possibile l'assunzione, però 2000 è un numero notevole. Noi abbiamo quest'anno nelle scuole italiane quasi 850mila studenti con cittadinanza non italiana, definizione statistica. Proprio in questi giorni si è acceso un dibattito tra di noi e mentre prima ascoltavo le presentazioni ho notato l'uso delle parole, non è che sia fondamentale, contano le azioni, però il linguaggio è importante, stiamo tentando di non usare più il termine stranieri sia per gli adulti sia per gli alunni, anche perché quest'anno è avvenuto un sorpasso all'interno della componente non italiana degli alunni: quelli nati in Italia (che a volte hanno fatte le scuole dell'infanzia, sono cresciuti con i compagni italiani) hanno superato i cosiddetti stranieri che vengono dall'estero, siamo al 51,7%. Quindi quando si usano espressioni come "alunni stranieri sono tanti, sono troppi" ecc. è un'inquietudine che c'è. Sul totale della popolazione scolastica, gli alunni con cittadinanza non italiana sono il 9% e più della metà di questi sono nati in Italia. Quindi stiamo facendo uno sforzo per definire in un altro modo questa componente. Sul censimento delle persone coinvolte nella mediazione nelle scuole Sono uscite diverse definizioni di "background migratorio, figli di immigrati ecc.", sono, inoltre, uscite tre tipologie, che possono essere utili anche nell'avvio di questo progetto/processo: mediatore linguistico (interprete e traduttore), mediatore ponte con le famiglie (nell'orientamento, nello sbloccare alcune questioni a volte psicologiche, a volte di incomprensione sui modelli scolastici, su cosa si intende per insegnante, scuola ecc., dove la famiglia è la parola chiave), mediatore didattico (figura che sta calando, mentre all'inizio c'era un entusiasmo sui mediatori culturali che entravano nelle scuole e facevano musica, animazione, raccontavano storie, intervenivano nella didattica, nel portare elementi culturali del Paese di origine, quasi un aiuto nell'apertura culturale della scuola). Lingue, famiglia, didattica: questo è il nostro mondo rispetto ai mediatori culturali.

Costanzo (INMP) è evidente a tutti che con molti dei presenti l'INMP ha avuto già rapporti, proprio nel tentativo di costruire un percorso di competenze minime della mediazione. Come con il progetto PASS, fatto con tutte le regioni d'Italia a cui molti di voi hanno già partecipato e che ci ha dato la possibilità di comprendere anche quali sono i problemi sul tavolo, sono gli stessi problemi che avete annunciato voi: abbiamo mediatori, alcuni sono mediatori linguistici, traducono, altri sono a chiamata, c'è la necessità di averli, ma permane l'impossibilità di poterli assumere, generalmente li prendiamo all'esterno con le cooperative. Quindi le tematiche fondamentali potremmo riassumerle come legate da un lato alla tipologia di contratto (come reclutare le persone, come contrattualizzarle ecc) ed alla impossibilità di fare un Albo per esempio, dall'altro alle conoscenze che debbono sapere. Con questo tavolo siamo più sulla seconda componente, cosa debbono sapere e conoscere, quale deve essere il gergo comune della salute, la transculturalità, l'interlinguismo, possedere delle lingue veicolari importanti, farsi portavoce di problemi e istanze, ma anche sapersi muovere, sapere gestire la propria professionalità, sapersi rapportare con dei linguaggi comuni in un ambiente altamente specializzato, perché l'ambiente della salute, anche quando si parla semplicemente di norme per l'accesso, richiede alta specializzazione e, quindi, non può bastare essere un bravo interprete o un bravo portatore del filtro culturale di provenienza, ma essere capaci anche di gestire situazioni di stress, di rischio, conoscere norme deontologiche professionali, di privacy. Perché i mediatori sono persone che entrano in contatto con dati sensibili e personali, assistono a delle visite, sanno cosa è accaduto, ad esempio, entrando in contatto con richiedenti asilo/protezione internazionale, con tutto ciò che comporta anche in termini di dati sensibili non solo sanitari ma sull'etnia, l'orientamento politico, religioso ecc. quindi con un concentrato di complessità e criticità. Bisogna, però, stare anche molto attenti all'opposto, perché qui non vogliamo fare il piccolo medico o il piccolo infermiere. Il nostro spazio è molto stretto, bisogna stare attenti a non cadere né da un lato né dall'altro, essendo, però, consapevoli che quel percorso va fatto. Dobbiamo definire una figura sostenibile, competente, di aiuto effettivo, che si inserisca in un processo di erogazione della prestazione sanitaria e che, proprio quando parliamo di appropriatezza, sia soggetto a una valutazione basata su indicatori certi. Questo progetto non farà tutto questo, è chiaro, ma dovrà mettere in piedi le prime indicazioni di un percorso accidentato e complesso che l'Istituto ha comunque in serbo di fare, insieme alle regioni e su cui ha il mandato della conferenza stato-regioni. Questo progetto quindi ci dà il "là" per ragionare sul core curriculum che, a legislazione attuale e partendo da una condivisione già in fase di progettazione, possiamo riuscire ad applicare in più regioni e mirando poi a livello nazionale. Il consenso in ciascuna realtà va cercato e costruito. Il prosieguo è poi il ragionamento su un percorso che porti a una professione e quindi ad accordi quadro, contratti collettivi nazionali di lavoro ecc., secondo il percorso standard di questo tipo di interventi. L'invito quindi è a lavorare insieme per tirare fuori un risultato tangibile sulle competenze minime richieste al mediatore in sanità, senza eccedere in entusiasmi e pensare di mettere tutto dentro a questo progetto.

(Amicone INMP) la mia esperienza di tanti anni al Ministero sulle figure sanitarie mi spinge a guardare oltre la formazione e a guardare allo sviluppo professionale della figura, che non possiamo pensare come a una figura prettamente sanitaria, anche perché il panorama sanitario offre già 22 profili di comparto e già questi stanno creando problemi, come sa bene la collega del Ministero, proprio nell'interazione e nella sovrapposizione a volte di confini nell'ambito sanitario. Mi sembra ovvio quindi



Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

che questa figura abbia una caratterizzazione sanitaria perché si inserisce nel comparto sanità, ma non potrà andare nell'ottica di creare una professione sanitaria pura quanto piuttosto nell'ambito di quei ruoli che accompagnano e che sono conviventi nel settore della sanità. Sarà una scelta futura da condividere con tutte le amministrazioni centrali e con le Regioni perché come accennava qualcuno c'è anche un discorso di spesa, di quanto si mette in gioco per riconoscere una figura di questo genere. Però questo è un lavoro che andrà fatto un po' più in là, al momento dobbiamo concentrarci sull'esistente. Nel momento in cui ci lanciamo verso il futuro dobbiamo riconoscere nella fase di passaggio quello che queste persone hanno acquisito nell'ambito della loro esperienza non solo culturale, ma anche professionale, perché parliamo di persone che lavorano già, sono attive attraverso le agenzie di somministrazione, le cooperative, ecc. e stanno acquisendo una competenza professionale sul campo. Dobbiamo perciò occuparci di queste cose nel momento in cui andiamo al riconoscimento formale della figura ed è questo il momento iniziale di riconoscere cosa c'è sul campo nelle vostre varie regioni perché la formazione è la più variegata come sarà illustrato successivamente dalla dott.ssa Scorsino e che emerge da una prima ricognizione fatta dall'Istituto e che vogliamo condividere con voi per aiutarci a rilevare il panorama attuale sul territorio e poi spingersi a consolidare quelli che possono essere modelli di buone pratiche da esportare nei vari sistemi regionali verificando se è il caso di accrescerli o di fermarsi in un momento preventivo e poi svilupparlo e sono tutte verifiche che faremo in corso d'opera.

(Scorsino) presentazione della scheda di rilevazione dell'attuale, lato domanda: dove sono i mediatori (ambulatorio, pronto soccorso, consultorio ecc.), cosa fanno e che forma di contratto hanno. Farla circolare e rimandarla entro il 20 dicembre (possibilmente più di una scheda per territorio) in modo da avere il tempo di confrontarle e restituirle con un'analisi minimamente strutturata, che costituisce l'output della seconda riunione. La scheda potrà essere caricata direttamente da voi sulla piattaforma, nelle prossime settimane manderemo a tutti username e password per l'area dedicata al progetto sulla nostra piattaforma online. Ci sarà una cartella per la documentazione di progetto e i doc in lavorazione e poi una cartella per ogni struttura territoriale /regione in modo da permettervi di caricare e scaricare doc e consultare ciò che è in lavorazione anche in tempo reale. Illustrazione/discussione scheda: parte anagrafica del compilatore, struttura e sottostruttura (Asl-ambulatorio ginecologia/pronto soccorso/sportello socio-sanitario) da quanto tempo è presente il servizio di mediazione culturale, una scheda per servizio (es. se in una Asl ci sono tre mediatori che lavorano in tre settori diversi ci aspettiamo tre schede) il personaggio di riferimento in testo nostro è il responsabile delle risorse umane, punto di raccolta/raccordo degli affidamenti (conoscono quanti sono stati reclutati e con quali contratti). La seconda parte (retro) scende più nel dettaglio di ciò che servirà per definire il cv: criteri di accesso, organizzazione del servizio (a chiamata, stabile, a turni, frontale o telefonica ecc.) nell'ultima parte vogliamo rilevare le attività (volutamente non messe opzioni di scelta perché immaginiamo quali siano ma ci interessava anche valorizzare l'auto percezione e le definizioni degli stessi mediatori su cosa fanno) poi le strutture specifiche, scegliere con crocetta, anche più di una ma in ordine di importanza perché poi servirà per bilanciare i pesi dei moduli formativi rispetto ai contesti operativi e di intervento del mediatore, e infine con quali strutture/professionisti interagisce e in che termini. Spiegazione del "turn over" ovvero anzianità media dei mediatori che collaborano con la struttura, se sono persone che nel tempo sono riuscite a costruire una continuità di rapporto (magari con varie forme di collaborazione) oppure si formano o specializzano con un progetto singolo e poi se ne vanno, si trasferiscono, si perdono (e quindi si perdono anche gli sforzi di investimento delle aziende in tal senso).

Criticità segnalata da **Ruozzi**: non esiste all'interno delle aziende sanitarie un unico punto di riferimento e conoscenza delle informazioni richieste (scheda logica e ben strutturata e chiara nell'obiettivo di cosa si chiede e perché) e sono estremamente eterogenei i soggetti interni che possono raccogliere le informazioni richieste (per questo avevamo individuato le RU ndr) però le RU sulla tabella finale non sanno nulla.

Costanzo: questa osservazione è giusta, però diciamo che sono due sezioni, ci abbiamo ragionato... **Candela**: se posso dare un contributo, noi per esempio abbiamo istituito una UOS diretta da un dirigente responsabile della medicina umanitaria e delle migrazioni e per noi quindi è più semplice. **Costanzo**: ben venga la discussione e la taratura della scheda anche in funzione delle vostre osservazioni, noi abbiamo pensato che in caso di un procedimento di evidenza pubblica (a meno che uno non li chiami su base volontaria per conoscenza personale) le risorse umane, gli affari generali, l'amministrazione del personale ecc. devono avere una parte di controllo, per affidare un servizio a una cooperativa o stilare una lista di esperti o selezionare un collaboratore a progetto ecc. Chiaro che noi abbiamo identificato le RU ma laddove ci fosse una UO dedicata è meglio ancora.

Amicone: non ci aspettiamo una popolazione numerosa come infermieri e medici, parliamo di unità ridotte, quindi filtrando per parole chiave (es. mediazione linguistica, culturale ecc.) dovrebbe essere agevole tirare fuori la lista degli affidamenti/incarichi con quell'oggetto. **Costanzo**: comunque ben venga questo confronto e terremo in considerazione le vostre indicazioni per rendere più efficace questo strumento operativo. Inoltre colgo l'occasione per dire una cosa: non sarà certo sfuggita a voi che siete attenti già da questa prima scheda, che quando ci andiamo ad approcciare a un set di competenze e conoscenze della mediazione culturale in sanità si apre un mondo e il fatto stesso di andare a indagare dove lavora un mediatore ci porta a ragionare sul fatto che non è sufficiente la definizione di un cv generico in ambito sanitario ma sarà poi necessaria una ulteriore specializzazione per settore prevalente di impiego, per es. il pronto soccorso ha delle sue specificità come la rapidità, la disponibilità immediata, l'invasività minima quindi è più sbilanciato sulla parte linguistica e meno su quella culturale, un impiego nel servizio socio-assistenziale avrà invece un maggiore peso nella parte semantica del discorso, del ragionamento, capire le storie, poi c'è la parte clinica per esempio le *culture bound syndromes* del DSM4 e lì si tratta



Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

proprio di conoscere e capire la cultura altrà, da dove si viene, qual è la codifica di quei segni di sofferenza per poter dare una prestazione appropriata. Questo per dire che stiamo facendo un primo passo in comune e già sarebbe importante riuscire a definire il set minimo di capacità nel muoversi nel mondo sanitario.

Passerini: per quanto riguarda questa scheda, in trentino per esempio noi abbiamo affidato il servizio di mediazione culturale a un'unica cooperativa che eroga il servizio sulla base di nostre direttive e con il nostro coordinamento, io farò quindi una scheda sola, perché ho contezza sia per la parte A sia per la parte B della scheda e poi un suggerimento per completare la scheda: inserire un campo per la valutazione degli interventi. Noi lo facciamo con una valutazione da parte dell'operatore che ha chiesto l'intervento del mediatore culturale e può verificare come questo è andato, una sorta di questionario di soddisfazione per ogni intervento.

Saponaro: la scheda l'abbiamo pensata centrata su struttura/servizio, quindi se in una struttura ci sono più servizi andrebbe compilata una scheda per ciascuno di questi, in modo da avere schede uniformi nei contenuti e quindi confrontabili.

Mantuano: ovviamente nel Lazio la cosa è un po' più complessa. Intendete solo le strutture pubbliche? (**Costanzo:** anche le accreditate, ovvero dove si sa che operano i mediatori, noi qui nel Lazio abbiamo strutture come il Bambin Gesù, il Fatebenefratelli, il Gemelli che sarebbe pazzesco non considerare, il fine della rilevazione è determinare il fabbisogno che concorre alla programmazione regionale, se poi il singolo ambulatorio per dire dei Cavalieri di Malta sfugge alla rilevazione sono sicuro che questo non sposterà di una virgola il dato complessivo. Noi pensiamo al grande consultorio – sapendo che molti hanno il mediatore perché sul materno infantile impatta molto – poi però possiamo fare una precisazione in piattaforma). Macrostruttura (ASL/AO/privato Accreditato) e poi il servizio, così ci rispondono su entrambi i punti (nella piattaforma con menu a tendina dice **Costanzo**) e "altro" potrà essere utilizzato, come campo libero, per realtà che a noi sfuggono, la Sicilia potrà dirci per esempio "al molo" o potrebbe esserci il CIE, il CARA le CPA; sappiamo che ci saranno delle difficoltà a definire la modalità tipica di reclutamento, laddove ce ne fossero diverse si chiede di indicare la prevalente.

Ruozzi: chiede spiegazioni sul campo libero della terza colonna dell'ultima domanda. **Costanzo** spiega che volevamo capire insieme se valeva la pena di lasciarlo così oppure codificare, anche se in quel caso dovremmo avere in chiaro tutte le figure invece volevamo lasciarla più ampia proprio per intercettare anche il non conosciuto. **Ruozzi:** noi allora trasmettiamo le schede così come provengono dai compilatori. **Costanzo:** possiamo anche caricarla sulla piattaforma prima dell'area riservata, eliminando o il nome e cognome o l'e-mail così diventa una scheda pubblica e pubblicabile. Facciamo una cosa modulare: chi può/vuole lo fa direttamente online, chi non può manda la scheda via mail e inseriamo noi i dati. **Malagamba:** sicuramente entro il 20 dicembre bisogna fare le cose più semplici possibili altrimenti, conosco il mio territorio, non avremo nulla. Quindi no avere x utenze per x caricatori. So bene a chi posso mandare la scheda e soltanto con le RU non riesco ad avere le risposte, quindi – ipotizzo – coinvolgerò tutti i Direttori sociali, tutti i Direttori sanitari, due o tre figure di riferimento sul territorio delle ASL e AO: le invio con la mia mail, mi conoscono, mi girano la risposta, e poi io mi occuperò personalmente di caricare le risposte sulla piattaforma. **Costanzo:** allora concordiamo sul fatto che questo sarà il modello prevalente, poi se una struttura ci chiede di fare una cosa specifica la faremo, lasciando diverse opzioni.

Scorsino: presentazione introduttiva – finalità, metodologia, finestre temporali di rilevazione, macro risultati, criticità emerse - del doc di censimento e analisi e richiesta di verifica sul territorio di eventuali percorsi formativi esistenti non tracciati dal nostro censimento e di fornirne notizia al prossimo incontro in modo da aggiornare il documento di analisi. Poi passare la parola ai colleghi. **Saponaro:** illustra modello utilizzato per censimento e analisi, tracciando un profilo dell'OF con specifica in ambito sanitario. Offerta erogata da un provider condizionata dalla presenza o meno di un contesto normativo regionale. Due gruppi di informazioni rilevanti: tipologia dell'offerta (FP, Master, Universitario) la figura professionale in uscita (riportato le etichette/definizioni) la durata dell'offerta in ore, il canale di erogazione, e l'ambito di specializzazione quattro categorie di ambiti una di queste è il socio-sanitario di particolare interesse per il progetto. In allegato 1 trovate anche il dettaglio di quelle categorie che abbiamo chiuso prima di effettuare l'analisi, alcune le abbiamo lasciate aperte per fare un lavoro di analisi qualitativa successiva. Dopo questo primo giro abbiamo fatto un passo successivo per ordinare le offerte in base alle nostre esigenze, mettendo in priorità i corsi che tematizzano l'ambito socio-sanitario come formazione professionale e che coincidono con la presenza di norme regionali e di codifica di standard per la formazione professionale dei mediatori. Da questi dati abbiamo creato un indice/graduatoria basato su tre valori: indicatore di prossimità al progetto (FP); indicatore di prossimità tematica (socio-sanitario); indicatore di pressione/contesto normativo e organizzativo (presenza di norme e standard). Dalle 118 offerte ne abbiamo contattate 46 con l'intento di averne 20 con i risultati diversi che anticipava la collega. Qualche dato sul censimento (118, 76 FP, etichette più usate mediatore culturale e interculturale al 96%) solo il 4% su ambito sanitario, resto indifferenziato su tutti gli ambiti, durata media 476 ore, 25h corsi per utenza già specializzata e che servono a formare di più su una attività ben precisa es. provincia di TN corsi per insegnare a progettare interventi didattici nelle scuole. La mediana di 600h corrisponde alla maggioranza di corsi. Il canale più utilizzato è l'aula per la parte teorica, numero di edizioni medie 1,5 a parte il caso di un provider pugliese che fa formazione ai mediatori da 12 anni. Cadenza annuale, esiti: in media 15 iscritti, 93% sostengono esame e superano esame. A un anno dal corso è occupato circa il 60% dei mediatori anche se su questo punto è interessante sottolineare la risposta del provider pugliese: se mi chiedete il dato sull'occupazione a un anno dal corso suddiviso tra italiani e stranieri, i secondi sono al 100% da qualche anno faccio classi al 50% straniero/italiano e il dato



Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

complessivo è il 50% di occupati, però significa che è tutta la componente straniera e non lavora nessun italiano (come mediatore ovviamente). ... *per dettaglio vedi doc*

Vichi segnalano anche un problema che sta emergendo relativo al fatto che su MEPA c'è un'unica realtà accreditata che però è una società di *help voice* e pur sapendo che il servizio di mediazione non rientra agevolmente nei criteri del mercato elettronico vedo che proprio Reggio Emilia ha fatto ricorso a questa modalità e ha fatto una convenzione con la *help voice* (agenzia di interpretariato telefonico di Biella presente anche nella Regione Marche) anche la provincia di TN (**Passerini** dice che però dipende da come si costruisce il bando di gara e il capitolato, per esempio mettendo il vincolo della presentazione dei cv dei mediatori coinvolti che sono elemento di valutazione in fase di offerta/assegnazione) **Vichi** sottolinea la perdita di controllo su come vengono selezionati i mediatori dall'agenzia che vince l'appalto e in definitiva sulla qualità/specializzazione del mediatore che poi eroga il servizio.

Amicone: valutazione veloce delle agende: **22 gennaio prossima riunione**

(Pausa pranzo)

Ripresa... **Saponaro** chiusura documento... differenze in ingresso sui requisiti richiesti a stranieri (diploma, no esperienza) e italiani (laurea, 3 anni di esperienza) sembrerebbe quindi che fissare troppi paletti riduce il numero di iscrizioni e quindi si tende a non fissarne troppi. Tirocinio previsto tirocinio/stage usati come sinonimi avviene dopo o fa parte del corso e viene valutato come tale? Lo stage fa più appeal sull'utente ma l'80% dei casi si tratta di tirocinio vero e proprio e valutato nel percorso alla fine di esperienza. Considerando gli ambiti il tirocinio scuola, carcere, distretto di polizia formazione in aula univoca. per il socio-sanitario Asl (solo 20%) il resto dei tirocinanti vengono affidati ad associazioni. 36% di tirocinio sulla durata totale della formazione dato abbastanza omogeneo rispetto alla variabilità estrema della durata in ore del corso. Chiedete al tirocinante di estendere un diario, fare delle valutazioni ecc. come lui vede se stesso nel nuovo contesto è parte dell'apprendimento. Il tirocinante è coinvolto in percorsi di auto-valutazione/riflessione nel 50% dei casi (ovvero 4 casi sugli 8 che prevedono il tirocinio) è comunque un indicatore di qualità dell'offerta. È previsto anche il tutor aziendale e una scheda finale di valutazione del tirocinio non specializzata sul contesto ma sulle capacità trasversali di mettersi in gioco in un contesto complesso.

Scorsino: ultimo punto condivisione sulle criticità riguardo il reclutamento dei partecipanti, spiegazione della strategia adottata: individuato 1 azienda x regione sulla base di esperienze/contatti/progetti precedenti, in particolare PASS e alcune realtà nuove che ci premeva intercettare come Prato, Latina e Ragusa/Pozzallo, quindi secondo passaggio con le regioni. Presentazione di un eventuale piano B nel caso le regioni non fossero in grado di fornirci i 21 mediatori culturali; probabilmente si procederà a selezionare le medesime figure professionali all'interno della Regione Lazio o in suo difetto affidando l'individuazione dei mediatori a delle agenzie di recruiting.

Su quest'ultimo punto diverse sono le perplessità avanzate dai componenti del tavolo tecnico, poiché la selezione di 21 mediatori disposti a passare un mese e mezzo a Roma per prendere parte al corso di formazione professionale in ambito sanitario erogato dal nostro istituto è di sicuro un'offerta interessante dal punto di vista lavorativo ma difficile talvolta a fare coincidere con gli impegni personali e non, di ciascun potenziale partecipante.