



Integration and Community Care for  
Asylum and Refugees in Emergency

 Co-funded by Asylum, Migration and  
Integration Fund of the European Union

# ICARE

Un approccio di sistema  
per la salute dei migranti



Regione Toscana



Edito da: Progetto ICARE Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency HOME/2017/AMIF/AG/EMAS/0075

a cura di CeSPI – Centro Studi di Politica Internazionale

Bologna, 2022

Testo: Dario Conato, Veronica Padoan, Rosa Costantino, Mariateresa Tassinari

In collaborazione con: Francesca Berghenti, María José Caldes, Raffaele Donini, Federico Marco Federici, Giancarlo Santone e Antonino Sparaco

Grafica di copertina: John Martin Kregel

## INDICE

<i>IN SINTESI</i> .....	1
<i>PREFAZIONE</i> .....	3
<b>1</b> <i>Il progetto ICARE</i> .....	6
1.1 Le ragioni .....	6
1.2 I risultati.....	11
1.3 Il modello di <i>governance</i> .....	15
<b>2</b> <i>Le componenti di ICARE: uno sguardo d'insieme</i> .....	22
<b>3</b> <i>Percorsi assistenziali per i richiedenti e titolari di protezione internazionale e persone provenienti da paesi ad alta intensità migratoria</i> .....	32
3.1 Organizzazione dell'accoglienza e della presa in carico dei migranti presso i centri territoriali.....	32
3.2 Percorsi di salute mentale di rifugiati vittime di violenze traumatiche (compresa l'assistenza per la certificazione medico-legale).....	36
3.3 Servizi per le donne, le famiglie e i minori .....	39
3.3.1 Assistenza sociosanitaria integrata per le donne vittime di tratta e di sfruttamento .....	39
3.3.2 Assistenza sanitaria alle donne vittime di abusi e violenza sessuale.....	42
3.3.3 Contracezione e assistenza transculturale alla interruzione volontaria di gravidanza.....	43
3.3.4 Assistenza sanitaria integrata alla nascita .....	45
3.3.5 Assistenza sanitaria transculturale alle mutilazioni genitali femminili e alle malattie sessualmente trasmissibili .....	46

3.3.6 <i>Follow up</i> dei minori non comunitari nati in condizioni di rischio.....	47
3.4 Campagna vaccinale anti Covid-19 .....	48
<b>4</b> <b><i>Mediazione linguistico-culturale e Comunicazione</i></b> .....	<b>51</b>
4.1 La mediazione linguistico-culturale.....	51
4.2 La comunicazione e l’informazione.....	61
4.3 Gli strumenti di comunicazione e informazione attivati da ICARE.....	62
<b>5</b> <b><i>La formazione</i></b> .....	<b>67</b>
5.1 Formare sulle problematiche dei migranti.....	67
5.2 La metodologia della formazione .....	71
5.3 Contenuti della formazione .....	75
<b>6</b> <b><i>Conclusioni e proposte</i></b> .....	<b>80</b>
6.1 Una <i>governance</i> multilivello efficace e flessibile .....	81
6.2 Presa in carico e cura: la proposta di un modello a partire dalle pratiche di ICARE .....	83
6.3 Un sistema nazionale basato su un approccio multidisciplinare e interculturale.....	86
6.4 Mediatori linguistico-culturali: figure insostituibili per un sistema sanitario inclusivo .....	88
6.5 Costruire e consolidare reti orizzontali e verticali .....	90
<b>POSTFAZIONE 1 – ICARE dopo ICARE</b> .....	<b>91</b>
<b>POSTFAZIONE 2 – <i>Le lingue, la comunicazione, la salute</i></b> .....	<b>94</b>

<i>ALLEGATO 1 – Il sistema di monitoraggio utilizzato dal progetto.....</i>	<i>112</i>
<i>ALLEGATO 2 - Proposta per una formalizzazione della figura del mediatore linguistico-culturale nell'ambito del Sistema Nazionale di Salute.....</i>	<i>114</i>
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>124</i>
<i>Ringraziamenti.....</i>	<i>128</i>



## IN SINTESI

Il progetto ICARE - *Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency* - si è svolto in Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia e ha coinvolto 27 aziende sanitarie territoriali. Dal 2019 al 2022 ha sviluppato interventi di inclusione e assistenza sanitaria rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale e migranti provenienti da paesi ad alta intensità migratoria. Il progetto è finanziato dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione della Commissione Europea.

Il miglioramento dell'accesso della popolazione beneficiaria ai servizi sanitari territoriali è stato raggiunto sviluppando molteplici assi di lavoro: la creazione di un modello sistemico di gestione che ha garantito strategie omogenee in tutti i territori coinvolti; procedure di presa in carico e cura adeguate alle condizioni della popolazione target; la costituzione di *équipe* multidisciplinari composte da professionisti della sanità, operatori dell'accoglienza e mediatori linguistico-culturali; la formazione del personale coinvolto; la "alfabetizzazione sanitaria" dei beneficiari del progetto.

Sono stati attivati nove percorsi clinici: l'accoglienza e la presa in carico dei migranti presso i servizi territoriali; l'assistenza sanitaria

alla nascita; l'assistenza all'interruzione volontaria della gravidanza; l'assistenza in caso di mutilazioni genitali femminili e di malattie a trasmissione sessuale; l'assistenza alle vittime di tratta e sfruttamento; percorsi per la salute mentale di vittime di tortura, abusi e violenza sessuale; la certificazione medico-legale per il diritto di asilo; l'assistenza ai minori con ritardi psicomotori; interventi di *screening*, promozione della salute prevenzione e vaccinazione nell'ambito della pandemia da Covid-19. Questi percorsi sono stati rafforzati dalla formazione per operatori sanitari, sociali e mediatori, e da campagne di formazione, comunicazione e informazione rivolte alla popolazione target.

Dall'esperienza del progetto sono emersi **indicazioni e suggerimenti** indirizzati ai soggetti che erogano assistenza sanitaria a livello nazionale, regionale e territoriale, basati sull'idea che la salute collettiva possa essere garantita solo attraverso il pieno accesso ai servizi di prevenzione e cura da parte di tutte le fasce di popolazione presenti nel nostro Paese.



## PREFAZIONE

*Raffaele Donini, Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*

Il progetto ICARE è stato la dimostrazione di una sanità pubblica e universalistica che - lontano dai riflettori e senza clamori - assicura la cura delle persone, di tutte le persone, in questo caso di quelli che potremmo definire “gli ultimi arrivati”, i rifugiati e i richiedenti protezione internazionale che vivono situazioni di pericolo, che sono costretti a fuggire dai paesi d’origine e hanno necessità di protezione e a cui garantiamo, *in primis*, la presa in carico sanitaria.

In realtà non si tratta di una semplice presa in carico sanitaria, quanto piuttosto di quello che potremo definire come l’avvio di un percorso di vita e di responsabilizzazione civica.

Grazie al progetto ICARE, alla rete delle regioni partner, ai professionisti sanitari, ai professionisti del sociale e del Terzo settore, ai mediatori linguistico-culturali, ai traduttori - e naturalmente alla Commissione Europea che grazie al suo contributo ha permesso tutto questo, - la presa in carico sanitaria si è sviluppata lungo un percorso di educazione sanitaria, di promozione di sani stili di vita, un approccio che diventa

rapidamente una condivisione delle regole di autotutela e quindi di tutela della comunità in cui si vive. Con ICARE abbiamo assistito ad un processo di *empowerment* individuale che diviene un vero e proprio *empowerment* di comunità, dove dall'azione di tutela della salute di un singolo si arricchisce l'intera comunità.

Questo significa gettare le basi per un progetto di vita a partire da una base sanitaria solida, che si intreccia ad azioni promosse da ICARE e che hanno inciso sulla cultura delle persone, tra cui – solo per citarne alcune – le iniziative collaterali come quelle dedicate alla sana alimentazione, all'importanza dell'attività fisica e all'alfabetizzazione sanitaria.

La sanità, in altre parole, cura la persona e ne avvia il percorso di piena cittadinanza. E quando diciamo “cura la persona”, intendiamo una cura che passa anche attraverso la presa in carico degli effetti di abusi fisici e psicologici, che spesso sono parte delle biografie di chi richiede aiuto in questi contesti.

Non è solo un percorso di presa in carico sanitaria, abbiamo detto: è altrettanto importante tutto ciò che, dal punto di vista organizzativo, sta dietro il progetto ICARE: il coordinamento tra i servizi, tra le regioni, tra queste ultime e il Ministero della Salute, il raccordo con le associazioni, in altre parole una rete vera e propria

che oggi – lo dimostrano i numeri di ICARE – ha definito un modello di *governance* specifico per le azioni di tutela sanitaria e sociosanitaria dei rifugiati, dei richiedenti protezione internazionale e di tutti i migranti.

Nel ringraziare tutti coloro che hanno contribuito in questi anni al buon esito del progetto, mi auguro che presto ICARE da progetto sperimentale sviluppato in solo quattro regioni possa divenire un modello replicabile a livello di sistema Paese.

# 1. Il progetto ICARE

## 1.1 Le ragioni

L'articolo 32 della Costituzione Italiana garantisce i medesimi livelli di cura a chiunque si trovi sul territorio della Repubblica, indipendentemente da quale sia lo status giuridico della presenza. Per tale motivo il diritto alla salute deve essere garantito in tutte le fasi dell'accoglienza dei migranti.

Il progetto ICARE - *Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency* - parte dal riconoscimento della complessità del processo di accoglienza e integrazione socio-sanitaria dei migranti. Da ciò deriva la necessità di un approccio multidisciplinare e multidimensionale da parte del sistema sanitario, per il quale occorre rafforzare il coordinamento e la collaborazione fra settori e professionalità diverse.

ICARE è un progetto promosso dalla Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con la Regione Lazio, la Regione Siciliana e la Regione Toscana ed è cofinanziato dalla Commissione Europea - Direzione Generale Migrazioni e Affari Interni (DG HOME) nel quadro di AMIF – Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (il codice assegnato al progetto è HOME/2017/AMIF/AG/EMAS/0075).

Il progetto è stato realizzato in 27 aziende sanitarie. Nel Lazio vi hanno preso parte sette Aziende sanitarie locali sulle dieci esistenti: Roma 1, Roma 2, Roma 4, Roma 6, Viterbo, Latina e Frosinone; in Sicilia hanno aderito tutte le Aziende sanitarie provinciali: Palermo, Trapani, Catania, Caltanissetta, Enna, Ragusa, Siracusa, Messina e Agrigento; in Toscana hanno aderito le tre Aziende unità sanitarie locali che coprono l'intera regione nelle aree nord-ovest, sud-est e centro; per quanto riguarda l'Emilia Romagna, infine, il progetto ha coinvolto tutte le Aziende unità sanitarie locali: Parma, Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Imola e Romagna.

Il progetto ha avuto l'obiettivo di migliorare l'accesso ai servizi sanitari territoriali per i richiedenti e titolari di protezione Internazionale, assicurando una risposta ai bisogni di salute il più possibile omogenea e di sistema. Il gruppo target era formato inizialmente dai titolari e/o richiedenti di protezione internazionale ed è poi stato immediatamente ampliato ai titolari e richiedenti di permesso di soggiorno per casi speciali previsti dalla normativa D.L. n. 113/2018, convertito in legge n. 132 del 1° dicembre 2018 e per i titolari di permesso umanitario (ex art. 5 comma 6 TUI, art. 10 comma 3 della Costituzione Italiana). In risposta alla pandemia da Covid-19 il target è stato ulteriormente esteso, per le attività Covid-correlate, di prevenzione e di promozione della salute, a tutti i

cittadini provenienti da paesi terzi ad alta densità migratoria. Beneficiari indiretti di questo progetto sono stati indubbiamente gli operatori sanitari, i mediatori linguistico-culturali, gli operatori in ambito sociale e del Terzo settore.

La Commissione Europea- DG HOME ha riconosciuto al progetto ICARE un cofinanziamento di € 9.000.000,00, a fronte di un impegno complessivo delle strutture sanitarie partecipanti pari a € 1.000.000. La durata inizialmente prevista era di 18 mesi, dal 10 gennaio 2019 al 9 luglio 2020. L'esplosione della pandemia da Covid-19 (che ha provocato il rallentamento o la sospensione di numerose attività in presenza, oltre alla necessità di attivare specifici percorsi di controllo, diagnosi e vaccinazione per la popolazione immigrata) e l'acuirsi dei flussi di richiedenti asilo a seguito della crisi afghana prima e la guerra in Ucraina poi hanno portato a un'estensione del progetto sino al 9 settembre 2022: 44 mesi durante i quali è stato svolto un lavoro continuo e senza sosta in questi anni di emergenze nell'emergenza, dove lo spirito di collaborazione ha sempre prevalso mettendo in atto un proficuo confronto e scambio di buone prassi che si è dimostrato vincente alla luce dei risultati raggiunti.

Il modello di *governance* sviluppato attraverso il progetto per la gestione della salute dei migranti ha attirato negli anni l'attenzione di istituzioni pubbliche e di organismi del Terzo settore. Nel dicembre 2021 ICARE è stato presentato alla Conferenza annuale del *European Migration Network (EMN) Italy*, dedicata al tema "Dalla vulnerabilità alla salute mentale e psicologica dei migranti: una sfida per l'accoglienza su scala europea".

Numerosi sono i progetti realizzati in varie regioni italiane per far fronte ai bisogni della popolazione migrante che arriva in Italia via terra o via mare mettendo a rischio la propria vita. La maggior parte di questi interventi affronta l'emergenza sanitaria e sociale immediatamente successiva allo sbarco, offrendo risposte alle pressanti necessità di quei momenti. Il progetto ICARE ha invece concentrato la propria azione nelle successive fasi del processo migratorio, quelle che rientrano nella cosiddetta "seconda accoglienza" e che si svolgono nei luoghi in cui i richiedenti e titolari di protezione internazionale si insediano dopo l'arrivo e la registrazione. Gli organismi di direzione nazionale e regionale-locale del progetto ICARE hanno promosso con regolarità il coordinamento con altre iniziative in corso.

La situazione epidemiologica dei richiedenti e titolari di protezione internazionale è più complessa di quella della popolazione residente non solo per la diffusione di malattie infettive contratte in larga parte a causa delle difficili condizioni del loro percorso migratorio, ma anche per le conseguenze psichiche e fisiche dei traumi e delle violenze subite, queste ultime legate a sfruttamento, tortura, abuso sessuale. In questa fascia di popolazione si rileva un'elevata incidenza di esperienze stressanti o traumatiche che possono avere gravi conseguenze sulla salute psichica, fisica e riproduttiva delle persone colpite e anche sul contesto sociale in cui queste sono inserite. La tempestività della presa in carico è quindi essenziale affinché il successivo percorso di cura possa avere successo e i danni individuali e sociali siano ridotti al minimo.

Il progetto si è rivolto a tutti i richiedenti e titolari di protezione internazionale e a partire dall'emergenza Covid-19 ha progressivamente esteso le sue attività a tutti i migranti presenti sul territorio, provenienti da paesi ad alta intensità migratoria.

Il progetto ICARE ha permesso di costruire un modello di accoglienza e cura attraverso servizi sanitari territoriali basato su criteri di tempestività e di specificità e personalizzazione degli interventi. Ciò è stato possibile attivando *équipe* multidisciplinari



composte da personale medico, operatori sociosanitari e mediatori linguistico-culturali.

Molto efficace si è rivelata la scelta di rafforzare la rete fra le strutture sanitarie territoriali e fra queste e tutte le istituzioni, enti locali, associazioni e strutture del privato sociale che operano nella filiera dell'accoglienza, dell'assistenza e dell'integrazione: proprio l'accessibilità ai servizi sanitari e socio-sanitari rappresenta uno degli indicatori più significativi dell'effettiva integrazione dei migranti – come sancito dalla Dichiarazione di Bratislava dei ministri della Salute dei paesi membri del Consiglio d'Europa (2007), - dal momento che questi ultimi partono da una situazione di svantaggio per barriere linguistiche, diversi codici culturali e organizzativi, diversa percezione del rischio e della malattia.

## **1.2 I risultati**

Per raggiungere l'obiettivo di migliorare l'accesso della popolazione beneficiaria ai servizi territoriali, il progetto ha conseguito i seguenti risultati:

- è stato creato un sistema di gestione e monitoraggio su scala nazionale, in modo da assicurare una risposta il più possibile omogenea e “di sistema”

- sono stati definiti processi di presa in carico e cura tempestivi e specifici per richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità sanitaria
- sono state create *équipes* multidisciplinari e multiprofessionali, che includono anche i mediatori linguistico-culturali
- sono stati realizzati prodotti e attività formative per favorire l'adozione delle Linee Guida per i migranti in arrivo e delle Linee Guida sui disturbi mentali nei rifugiati, in collaborazione con il Ministero della Salute.
- sono stati attivati percorsi formativi volti ad accrescere le competenze dei professionisti dei servizi pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo.

Nel quadro di ICARE si è diffuso il ricorso a *équipes* mobili che operano con camper sanitari attrezzati, in grado di raggiungere i potenziali destinatari presso i centri di accoglienza, gli alloggi di fortuna, i centri antiviolenza oltre a comunità isolate e distanti dai servizi sanitari. L'approccio territoriale promosso da ICARE permette la costruzione di sistemi "di prossimità" nella direzione indicata dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) relativa alla Salute, che nella sua prima componente prevede lo sviluppo di "Reti di prossimità, strutture e telemedicina

per l'assistenza sanitaria territoriale" attraverso un accesso equo e capillare.

In alcuni contesti il progetto ha anche favorito il rapporto tra i beneficiari e i medici di medicina generale, il cui ruolo spesso non è chiaro ai migranti in quanto questa figura non esiste diffusamente nei loro paesi d'origine. ICARE ha introdotto azioni per superare difficoltà che possono incontrare i medici di medicina generale nell'interpretazione del sintomo riferito dal migrante, sia perché espresso in modi e termini non chiari per il medico che non conosce determinati codici culturali, sia per la non adeguata conoscenza del sistema sanitario da parte del migrante/paziente.

Le attività progettuali volte a colmare questo divario si sono focalizzate su percorsi formativi specifici rivolti a medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sull'inserimento all'interno dell'*équipe* multidisciplinare di tali professionisti e sulla diffusione di utili informazioni relative al ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta durante gli incontri di alfabetizzazione sanitaria e orientamento ai servizi rivolti alla popolazione *target*. A tale proposito, il progetto ha fatto sì che la popolazione target acquisisse informazioni sui servizi sanitari presenti sul territorio: il primo ostacolo a una corretta gestione della propria salute viene

proprio dalla scarsa conoscenza delle opportunità offerte dal luogo in cui si vive e dal sistema sanitario cui si ha diritto di accedere. La disponibilità di risorse per l'acquisizione di professionisti esterni nell'ambito delle *équipe* multidisciplinari, a complemento della dotazione medica specialistica delle aziende sanitarie, ha permesso di riorganizzare i servizi in un'ottica olistica così come definito dalle linee guida ministeriali, aprendo ambulatori e percorsi specifici per i beneficiari del progetto, avvicinandoli a quei servizi sanitari di cui fino a quel momento alcuni non erano a conoscenza.

Il progetto ICARE ha avuto importanti dimensioni "qualitative" legate all'efficacia delle prestazioni sanitarie e delle azioni di prevenzione rivolte ai richiedenti e titolari di protezione internazionale e alle persone la cui condizione è ricondotta dalla legislazione vigente alla categoria dei casi speciali. Alcuni dati di natura quantitativa possono completare il quadro, permettendo di apprezzare le dimensioni degli interventi realizzati.

Nel loro insieme, le aziende sanitarie delle quattro regioni hanno raggiunto alla data del 9 luglio 2022 un totale di 39.076 richiedenti e titolari di protezione internazionale, popolazione ucraina inclusa, e altri immigrati provenienti da Paesi ad alta densità migratoria, di cui più di 20.000 presi in carico nei percorsi clinici attivati mentre un

sesto delle prestazioni sono state rivolte a minori stranieri non accompagnati. A questi risultati vanno aggiunte circa 60.000 attività legate alla pandemia da Covid-19. Sono oltre 10.000 le persone coinvolte in attività di promozione della salute, di prevenzione sanitaria e di sensibilizzazione sull'adozione di stili di vita sani.

Le attrezzature acquisite attraverso il progetto hanno permesso l'erogazione di 13.268 prestazioni.

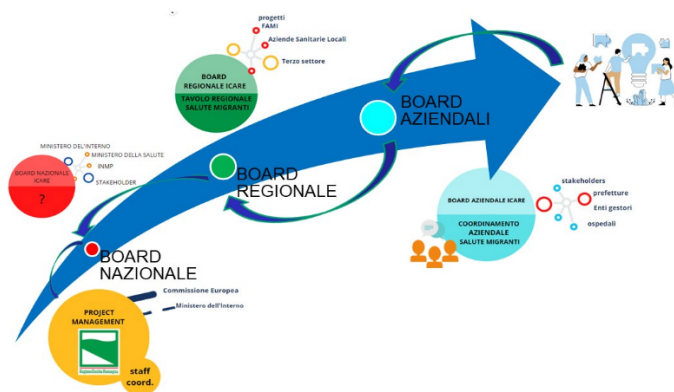
Notevole, infine, l'impatto dell'attività di formazione svolta nel quadro del progetto ICARE; sono stati formati complessivamente 2.347 professionisti: 813 operatori sanitari, 350 mediatori linguistico-culturali e 1.184 operatori del Terzo settore.

Come segnalato, questi dati corrispondono a un rilevamento effettuato due mesi prima della conclusione del progetto, prevista per il 9 settembre 2022: vi è dunque da attendersi che alla sua conclusione il progetto presenterà valori più elevati.

### **1.3 Il modello di *governance***

Uno strumento chiave per il successo di ICARE è stato il modello di *governance* adottato per il coordinamento su scala nazionale del progetto, nel pieno rispetto delle specificità territoriali.

La struttura di *governance* è costituita da uno schema che si riproduce su scala nazionale, regionale e locale e che proprio grazie a quella che potremmo definire una “simmetria multi-livello” ha permesso un fluido scorrimento di strategie dal basso verso l’alto e dall’alto verso il basso.



Il livello superiore è costituito dal *Board* Nazionale nel quale sono presenti:

- quattro referenti scientifici (uno per ciascuna Regione partecipante)
- quattro referenti amministrativi (uno per ciascuna Regione partecipante)

- una *project manager*, incaricata del coordinamento e della supervisione delle attività progettuali e interlocutrice unica con la Commissione Europea.

Il **board nazionale** è la sede per confrontarsi e decidere su:

- la definizione delle attività formative
- il monitoraggio delle attività operative previste dal progetto
- la soluzione di eventuali criticità che possono emergere durante l'esecuzione delle attività
- nuove proposte di profilo strategico
- lo sviluppo di reti su scala nazionale
- la definizione di modalità omogenee per la presa in carico, nel rispetto delle caratteristiche di ciascun territorio
- l'analisi dei bisogni informativi e la definizione di strumenti e modalità di informazione per beneficiari e interlocutori, ivi compresa la diffusione di materiali a livello nazionale.

Il lavoro di *équipe* del *board* nazionale permette di individuare i bisogni assistenziali prioritari e di distribuire e adattare l'offerta di servizi a livello locale mantenendo una metodologia unitaria e un proficuo confronto su risposte adottate in relazione alle emergenze sopraggiunte e scambio di buone pratiche. Il *board* nazionale

mantiene inoltre un rapporto costante con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Interno, l'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP) e altre istituzioni nazionali, facendosi tra l'altro portavoce dei bisogni sanitari e socio-sanitari dei migranti.

Il **board regionale** è così composto:

- un referente scientifico e uno amministrativo per ciascuna azienda sanitaria
- un referente scientifico e uno amministrativo cui è affidato il coordinamento delle attività e del budget sul territorio, i quali partecipano al *board* nazionale.

Il **board regionale** ha i seguenti compiti:

- garantire il raggiungimento degli obiettivi regionali previsti in sede di programmazione
- laddove necessario e possibile, promuovere il tavolo tecnico regionale multiprofessionale e interdisciplinare su migranti e vulnerabilità, con la partecipazione di tutti i tecnici regionali e aziendali, per definire e attuare le strategie socio-sanitarie
- promuovere, in collaborazione con le varie realtà regionali che si occupano della salute dei migranti e con le prefetture,



la realizzazione degli *screening* previsti dalle Linee Guida del Ministero della Salute e partecipare attivamente all'iter per il riconoscimento dell'età dei minori stranieri non accompagnati

- collaborare alla ricerca di soluzioni a fronte dell'insorgere di eventuali emergenze a livello regionale
- definire un approccio di sistema alla salute dei migranti, adattando alle condizioni del territorio regionale i percorsi di presa in carico definiti a livello nazionale
- programmare le attività di formazione per i referenti aziendali e le *équipe* multidisciplinari.

La composizione del **board di ciascuna azienda sanitaria locale** è la seguente:

- un referente scientifico
- un referente amministrativo
- l'*équipe* multidisciplinare e multiprofessionale del progetto ICARE

Il *board* locale ha il compito di:

- sviluppare un approccio territoriale al tema della salute dei migranti, con modalità integrate di presa in carico

- promuovere la diffusione di competenze sul tema della salute e della vulnerabilità dei migranti
- creare reti a livello locale (prefetture, enti gestori, associazioni in convenzione con le aziende sanitarie)
- promuovere la costituzione di *équipe* multidisciplinari e multiprofessionali a livello aziendale.

La costituzione di un *board* a livello locale permette di definire le strategie programmando localmente i diversi servizi territoriali coinvolti nell'assistenza e cura della popolazione target con particolare attenzione alle seguenti aree: cure primarie, prevenzione/sanità pubblica, salute mentale, ospedali, servizi amministrativi (ufficio relazioni con il pubblico e ufficio anagrafi sanitarie), mediazione linguistico-culturale.

La presenza del responsabile scientifico aziendale con funzioni di coordinatore unico sulla salute migranti nel *board* regionale facilita un approccio istituzionale di sistema.

Questo modello di *governance* ha permesso di definire efficacemente ruoli e tempi all'interno del progetto ICARE, con un costante monitoraggio trimestrale del suo andamento sul piano clinico, organizzativo e amministrativo. Il modello ha reso possibile dare risposte tempestive e flessibili alle necessità che via via sono

emerse nella gestione delle attività e nella risposta ai bisogni, grazie al confronto sui problemi e sulle soluzioni adottate nelle varie sedi di progetto. Infine, l'esistenza di strutture flessibili e al tempo stesso solide e ben riconoscibili ha facilitato la costruzione di efficaci rapporti di collaborazione con istituzioni pubbliche e private a tutti i livelli.

## 2. Le componenti di ICARE: uno sguardo d'insieme

I temi affrontati dal progetto ICARE sono numerosi così come molteplici sono i percorsi clinici, le procedure, gli strumenti utilizzati: sono entrati in gioco quattro sistemi regionali, 27 aziende sanitarie territoriali molte delle quali a loro volta operanti in diverse aree distrettuali e con caratteristiche proprie. Diversi sono stati i bacini d'utenza quanto a composizione di genere ed età, paesi di provenienza, culture, "anzianità" rispetto all'arrivo in Italia, *status* giuridico, percorsi migratori seguiti. Ciò ha fatto del progetto ICARE uno straordinario laboratorio di pratiche di cui ogni sistema sanitario regionale, ogni azienda locale, ogni unità operativa ha fatto tesoro essendo oggi in grado di capitalizzare, divulgare ed eventualmente aiutare altri a riprodurre tali pratiche e adattare in realtà che presentino condizioni simili a quelle in cui agiscono gli operatori "portatori" di quell'esperienza.

Le esperienze realizzate nell'ambito di ICARE per quanto riguarda l'organizzazione e la prestazione di servizi per i cittadini immigrati delineano un modello che comprende **percorsi clinici e servizi** adattabili alle necessità del territorio e alle risorse disponibili

attraverso ambulatori e/o *équipe* territoriali per migranti, orientati ai bisogni del paziente (*patient-centred organization*).

Questo modello basato su strutture di prossimità che permettano un agevole accesso ai servizi sanitari si è articolato come segue:

- organizzazione dell'accoglienza e della presa in carico dei migranti presso i servizi assistenziali territoriali
- assistenza sanitaria integrata alla nascita
- assistenza transculturale alla interruzione volontaria di gravidanza
- assistenza transculturale alle mutilazioni genitali femminili e alle malattie sessualmente trasmissibili
- assistenza sociosanitaria integrata per le donne vittime di tratta e di sfruttamento
- assistenza sanitaria (fisica e psichica) alle vittime di abusi e violenza sessuale
- percorsi di salute mentale di rifugiati vittime di violenze traumatiche (con certificazione medico-legale nell'ambito del diritto di asilo)
- *follow up* dei minori non comunitari che manifestano ritardi neuro psicomotori

Per rafforzare questi servizi territoriali il progetto ICARE ha sviluppato altri due filoni di lavoro “trasversali”:

- la formazione per operatori sanitari, professionisti dell’accoglienza, mediatori linguistico-culturali
- l’inserimento nei processi di valutazione, presa in carico e assistenza sanitaria della figura del mediatore linguistico-culturale.

Nel presentare in questa sede approcci e risultati del progetto si è cercato di ricondurre la varietà dei campi di intervento e delle pratiche a quattro grandi ambiti, che possono essere considerati i pilastri dell’approccio ICARE:

- ambulatori e procedure di presa in carico basati sull’intervento di *équipe* multidisciplinari
- la formazione
- la mediazione linguistico-culturale
- Informazione e comunicazione.

PERCORSI CLINICI E SERVIZI	COMPONENTI DEL PROGETTO
organizzazione dell'accoglienza e della presa in carico dei migranti presso i centri territoriali	Ambulatori e presa in carico
percorsi di salute mentale di rifugiati vittime di violenze traumatiche	
certificazione medico legale nell'ambito del diritto di asilo	
campagna vaccinale anti Covid-19	
assistenza sanitaria integrata alla nascita	
assistenza transculturale alla interruzione volontaria di gravidanza	
assistenza sanitaria transculturale alle mutilazioni genitali femminili e alle malattie sessualmente trasmissibili	
assistenza sociosanitaria integrata per le donne vittime di tratta e di sfruttamento	
assistenza sanitaria (fisica e psichica) alle vittime di abusi e violenza sessuale	
<i>follow up</i> dei minori non comunitari che manifestano ritardi neuro psicomotori	
La mediazione linguistico-culturale	
La formazione	
Informazione e Comunicazione	

Si presentano qui gli elementi caratterizzanti ciascuno degli ambiti assistenziali, rinviando ai capitoli successivi per l'approfondimento di ciascuno di questi.

Per quanto riguarda la **presa in carico**, l'**assistenza** e la **cura**, nelle regioni che prendono parte al progetto ICARE si è cercato di ricondurre i percorsi clinici a una concezione unitaria, pur tenendo conto del fatto che le regioni che hanno partecipato al progetto sono profondamente diverse tra loro: alle peculiarità storiche, culturali, sociali ed economiche si affianca la diversa presenza di popolazione immigrata in rapporto alla popolazione residente.

ICARE è riuscito a elaborare una visione unitaria delle modalità attraverso le quali avvicinare il Sistema Sanitario Nazionale ai richiedenti e titolari di protezione internazionale e casi speciali, adattandole alle condizioni specifiche di ogni territorio.

Il progetto ha rafforzato le *équipe* territoriali permettendo loro di acquisire nuovo personale medico e assistenziale (soprattutto ostetriche, pediatri, ginecologi, psichiatri, neuropsichiatri, psicologi) e mettendole in relazione anche con specialisti in materie di natura sociale e culturale quali assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, educatori formati per poter operare efficacemente sul terreno dell'assistenza sociosanitaria.

In molte aziende sanitarie territoriali la metodologia di ICARE ha favorito l'integrazione fra la presa in carico delle problematiche sanitarie e l'attenzione agli aspetti sociali che possono incidere sullo



stato di salute. Ciò è stato facilitato da una collaborazione e da una certa “permeabilità” fra diversi settori della sanità pubblica territoriale, che non si era mai verificata prima che il progetto intervenisse modificando pratiche e attitudini.

Le innovazioni introdotte attraverso il progetto hanno fatto sì che i cittadini immigrati potessero trovare risposte ai propri bisogni di salute attraverso servizi di prossimità che hanno anche facilitato la loro “alfabetizzazione sanitaria”.

Tra gli strumenti attivati da ICARE per migliorare i servizi assistenziali verso la popolazione target hanno giocato un ruolo molto rilevante le unità mobili acquisite mediante il progetto stesso che hanno permesso di raggiungere la popolazione target nei luoghi di vita e lavoro con *équipe* multidisciplinari e attrezzature diagnostiche intervenendo in modo tempestivo ed efficace per rispondere in maniera appropriata ai suoi bisogni di salute.

Nell'affrontare i **problemi di salute mentale di rifugiati vittime di violenze traumatiche**, ICARE ha promosso la formazione, il recepimento e l'applicazione delle “Linee guida relative agli interventi di assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”. Si tratta

in sostanza di considerare la persona in tutte le sue dimensioni psichiche e fisiche, evitando letture unidimensionali che potrebbero far perdere di vista il problema da affrontare: anche in questo caso viene in aiuto l'approccio multidisciplinare, senza il quale si rischiano gravi errori diagnostici e di cura quando si prende in considerazione unicamente un aspetto, quello psichico o quello fisico, oppure si interpretano manifestazioni o comportamenti sulla base di quanto normalmente rilevato nella popolazione italiana senza considerare le differenze di natura culturale o senza interpretare correttamente le espressioni verbali. Anche in questi casi risulta evidente l'inclusione del mediatore linguistico-culturale all'interno dell'*équipe* multidisciplinare. Attraverso il progetto si è fornita in alcuni contesti, **assistenza interdisciplinare per la certificazione medico legale** nell'ambito del diritto d'asilo per quanto riguarda la valutazione degli esiti di tortura e violenza intenzionale.

Con l'irruzione della **pandemia da Covid-19** i piani operativi del progetto ICARE sono stati profondamente rivisti, con processi di adattamento che hanno dovuto seguire l'imprevedibile andamento della crisi sanitaria, soprattutto nei primi mesi del 2020: le attività in presenza sono state rallentate e in molti casi cancellate del tutto, sostituite da attività a distanza volte a rispondere alle necessità di

informazione, diagnosi, cura dei cittadini migranti. Successivamente, il progetto ICARE è stato molto attivo nella campagna di vaccinazione, ricorrendo all'indispensabile contributo dei mediatori linguistico-culturali e realizzando una grande quantità di materiali informativi di tipo cartaceo, audiovisivo e informativo nelle lingue più diffuse tra la popolazione migrante. Dal 2020 in poi, il progetto si è avvalso anche della collaborazione di strutture impegnate nell'insegnamento dell'italiano come seconda lingua, in primo luogo i Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti (CPIA). La diffusione delle informazioni relative alla prevenzione e alla cura per infezione da Covid-19 è stata capillare, con una grande capacità di penetrazione fra i migranti grazie anche ad associazioni e realtà del Terzo settore presenti nei territori. In questo modo si sono anche creati legami più saldi fra tali realtà e le aziende sanitarie territoriali. ICARE ha prestato una grande attenzione alla **domanda di salute delle donne immigrate**, (sole o inserite in contesti familiari) attraverso percorsi accessibili, riconoscibili, comprensibili e partecipativi.

Allo scopo di fornire **assistenza sociosanitaria integrata alle donne vittime di tratta e di sfruttamento sessuale e lavorativo**, il progetto ICARE ha fatto proprie le procedure delle Linee Guida nazionali

emanate nel 2016, assicurando alle persone interessate tutti i diritti sanciti a livello internazionale e un adeguato inserimento sociale.

Il progetto ICARE ha dedicato una particolare attenzione ai **servizi rivolti alle donne vittime di abusi e violenza sessuale**. Per trattare questo aspetto della vulnerabilità delle donne migranti sono snodi fondamentali della filiera i consultori familiari, molti dei quali possono contare su *équipe* multidisciplinari che operano sinergicamente.

Il progetto ha anche affrontato le **tematiche relative alla contraccezione e all'assistenza transculturale per l'interruzione volontaria della gravidanza**. A fronte della scarsa conoscenza di molte donne richiedenti e titolari di protezione internazionale su aspetti fondamentali per la loro vita come la fisiologia della riproduzione, la procreazione responsabile, la contraccezione, sono state realizzate campagne informative al riguardo. Il progetto ICARE ha anche agito per informare le donne immigrate del diritto garantito dalla legge 194/78.

Nel progetto ICARE è stato messo a punto un percorso di **assistenza sanitaria integrata alla nascita** centrato sul servizio di accompagnamento della gestazione, fornendo tutte le informazioni per l'accesso a servizi e strumenti che consentano alle donne e alle

coppie di richiedenti e titolari di protezione internazionale e casi speciali di integrare le proprie conoscenze con il nuovo contesto socioculturale, al fine di compiere scelte consapevoli e responsabili.

Sono stati attivati percorsi rivolti alle donne che hanno subito **mutilazioni genitali femminili o che presentano malattie sessualmente trasmissibili**. Dopo aver creato le condizioni per un ascolto personalizzato si cerca di far emergere lo specifico bisogno sanitario che sarà poi preso in carico da un'*équipe* multidisciplinare.

Il progetto si è occupato anche del *follow up* dei **minori non comunitari** nati in condizioni di rischio, a partire dai primi anni di vita, attivando anche in questo caso un percorso integrato e multidisciplinare volto a una precoce individuazione di eventuali problematiche neuro-psicomotorie, proponendosi di ridurre la difficoltà di questa fascia di popolazione ad accedere a cure sanitarie a causa di diversi fattori, legati a fragilità sociali, psicologiche e culturali.

### **3 Percorsi assistenziali per i richiedenti e titolari di protezione internazionale e persone provenienti da paesi ad alta intensità migratoria**

#### **3.1 Organizzazione dell'accoglienza e della presa in carico dei migranti presso i centri territoriali**

Nelle regioni che hanno preso parte al progetto ICARE si è cercato di ricondurre a una concezione unitaria la risposta ai bisogni nel campo della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale attraverso interventi multidisciplinari che tenessero conto delle condizioni di ciascun territorio e che valorizzassero il patrimonio organizzativo, professionale ed esperienziale di ciascuna regione.

Ciò si è tradotto nella definizione di percorsi capaci di rispondere in modo appropriato, tempestivo e specifico alle necessità di una fascia di popolazione in condizioni di elevata vulnerabilità sanitaria e sociosanitaria. Il progetto ha permesso di rafforzare numerosi servizi ambulatoriali attraverso l'acquisizione di risorse quali: ostetriche, pediatri, ginecologi, psichiatri, neuropsichiatri, psicologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali.

In sintesi, si è trattato di definire modalità di cura che si basassero sia sulla diagnosi clinica sia sulle caratteristiche sociali e culturali di ciascun paziente: dimensioni la cui individuazione è particolarmente complessa a causa delle differenze, spesso profonde, rispetto alla grande maggioranza della popolazione residente cui si aggiunge l'eterogeneità fra i diversi gruppi nazionali ed etnici. Per tener conto di questa complessità il progetto ICARE si è affidato alle competenze di *équipe* territoriali in cui hanno trovato posto, accanto ai professionisti clinici-assistenziali, anche esperti in materie di natura sociale e culturale, oltre che mediatori linguistico-culturali specificamente formati per lavorare in campo sanitario.

Nel definire percorsi di presa in carico, prevenzione e cura si è prestata una particolare attenzione all'eventuale vissuto di abusi e maltrattamenti durante il percorso migratorio e in Italia. In questa fascia di popolazione le fragilità derivanti da episodi di violenza, il disturbo post-traumatico da stress, le infezioni a trasmissione sessuale, spesso conseguenza di violenze, sono molto più frequenti che nella popolazione residente, spesso aggravate da stili di vita dannosi particolarmente frequenti a causa delle condizioni di marginalità (consumo di tabacco, alcool, droghe, alimentazione non sana; scarsa attività fisica).

L'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 2012 riguardante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome" stabilisce che richiedenti e titolari di protezione internazionale debbano essere iscritti al Sistema Sanitario Nazionale anche durante il periodo in cui sono in attesa del primo permesso di soggiorno.

Nel caso di difficoltà amministrative per l'iscrizione, l'accesso al sistema deve comunque essere garantito attraverso un codice provvisorio STP (Straniero Temporaneamente Presente). Il D.Lgs. 286/98 specifica, infatti, che a qualsiasi persona presente sul territorio nazionale (e quindi anche a coloro che non sono in regola con le norme relative a ingresso e soggiorno) "devono essere assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, anche continuative, per malattia e infortunio e devono essere estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".

Il potenziamento di reti e servizi sul territorio ha ridotto in molte aziende sanitarie il ricorso a centri specializzati lontani dalla propria residenza da parte dei cittadini immigrati, favorendo la



fidelizzazione tra i servizi e il paziente e la già citata “alfabetizzazione sanitaria” di quest’ultimo.

In alcune aziende sanitarie sono state attivate applicazioni per *smartphone* che permettono ai migranti di dialogare con i servizi sanitari, senza la necessità di spostamenti spesso non agevoli per persone in condizioni di marginalità, soprattutto nei momenti più acuti della pandemia da Covid-19.

Uno strumento che favorisce l’avvicinamento dei richiedenti e titolari di protezione internazionale ai servizi territoriali è costituito dalle unità mobili, capaci di raggiungere le aree più periferiche e isolate, spesso mal collegate con il sistema dei servizi sanitari essendo prive di strutture di prossimità: l’obiettivo delle unità mobili – a bordo delle quali si trovano *équipes* multidisciplinari composte da personale medico e infermieristico, operatori sociali e mediatori linguistico-culturali e che sono spesso dotate di attrezzature mediche – è intercettare tutti coloro che versano in condizioni di marginalità multidimensionale (sociale, lavorativa, economica e spesso anche giuridica) e anche per questo hanno difficoltà a recarsi presso le strutture sanitarie, se non quando ormai la patologia si è cronicizzata e occorrono interventi d’urgenza.

Le unità mobili hanno offerto assistenza sanitaria a tutte le persone ospiti dei centri d'accoglienza sia nelle aree metropolitane sia in zone periferiche, segnalando casi di persone che hanno bisogno di essere prese in carico, talora indirizzandole verso ambulatori specialistici di medicina interna e psichiatrici.

Nei territori dove il progetto ICARE è stato attivo, i richiedenti e titolari di protezione internazionale sono stati inseriti nelle campagne di *screening* su patologie di particolare incidenza - quali i tumori e il papilloma virus - presso ambulatori dedicati, potendo accedere a percorsi di prevenzione e diagnosi.

### **3.2 Percorsi di salute mentale di rifugiati vittime di violenze traumatiche (compresa l'assistenza per la certificazione medico-legale)**

L'importanza di una considerazione multidisciplinare e interculturale delle condizioni fisiche e psichiche risulta evidente nell'esperienza maturata in ICARE per quanto riguarda le persone che abbiano subito violenza durante il percorso migratorio. In tale ambito si sono riprese le Linee Guida nazionali per il trattamento dei disturbi psichici delle vittime di violenza e tortura. Nell'affrontare questi casi, un approccio centrato esclusivamente sulla condizione di vittima di violenze fisiche può far incorrere in numerosi errori “di

pre-giudizio". Si rischia talvolta di perdere di vista il fatto che la persona può soffrire di patologie non correlate agli eventi traumatici cui pure è stata sottoposta: vi sono casi in cui si tende a trascurare la specificità delle patologie fisiche classificandole, senza approfondire, nella categoria "somatizzazione per violenze subite" (approccio unidimensionale); un altro errore ricorrente riguarda pazienti con un disturbo post-traumatico o dissociativo cui viene effettuata frettolosamente una diagnosi di psicosi sulla base di manifestazioni ideative o comportamentali non comprese a fondo a causa di barriere di tipo linguistico o culturale (sottovalutazione dell'evento traumatico). Ma esiste anche il rischio contrario, quello di interpretare e diagnosticare sintomatologie relative a una patologia psichiatrica ben conosciuta anche nella popolazione italiana e residente – ad esempio schizofrenia, disturbi d'ansia o depressione maggiore, - come fossero disturbi post-traumatici, basandosi in modo acritico sulla mera segnalazione di violenze subite (sopravvalutazione dell'evento traumatico). Il primo passo per evitare questi errori diagnostici è approfondire la conoscenza del paziente, della sua situazione e del suo "vissuto" avvalendosi, in ogni fase del percorso di presa in carico, della capacità professionale di mediatori linguistico-culturali che consentano la comunicazione tra personale sanitario e paziente, in modo da sgomberare il campo da equivoci. La tempestività di un trattamento adeguato presso

servizi con competenze specialistiche - cruciale per il futuro di queste persone – si basa prima di tutto su quanto emerge attraverso l’osservazione e un ascolto partecipato e strutturato. Occorre quindi una formazione specifica affinché gli operatori socio-assistenziali, gli infermieri, gli assistenti legali, i mediatori linguistico-culturali e tutti gli operatori dell’accoglienza possano riconoscere – sia sulla base delle evidenze cliniche sia attraverso una corretta interpretazione del vissuto del paziente - indizi e manifestazioni riconducibili a vissuti post-traumatici e quindi segnalarle al personale sanitario e allo psicologo della struttura ospitante, che valuteranno la vulnerabilità e la probabilità che la persona abbia vissuto esperienze di violenza intenzionale, indicando l’eventuale urgenza per il successivo invio presso servizi specialistici.

Il progetto ha curato un servizio multidisciplinare per la certificazione medico-legale nell’ambito del diritto d’asilo: si tratta di un processo di grande importanza, che oltre al valore pratico per il conseguimento della protezione internazionale può incidere sullo stato di benessere e salute della persona. La certificazione si può realizzare al termine di una presa in carico che coinvolge, oltre al medico legale, diverse figure specialistiche quali mediatori linguistico-culturali, operatori sociali e operatori legali, in un

approccio multidisciplinare che consenta una valutazione dei quadri clinici e permetta di migliorare la qualità dell'assistenza.

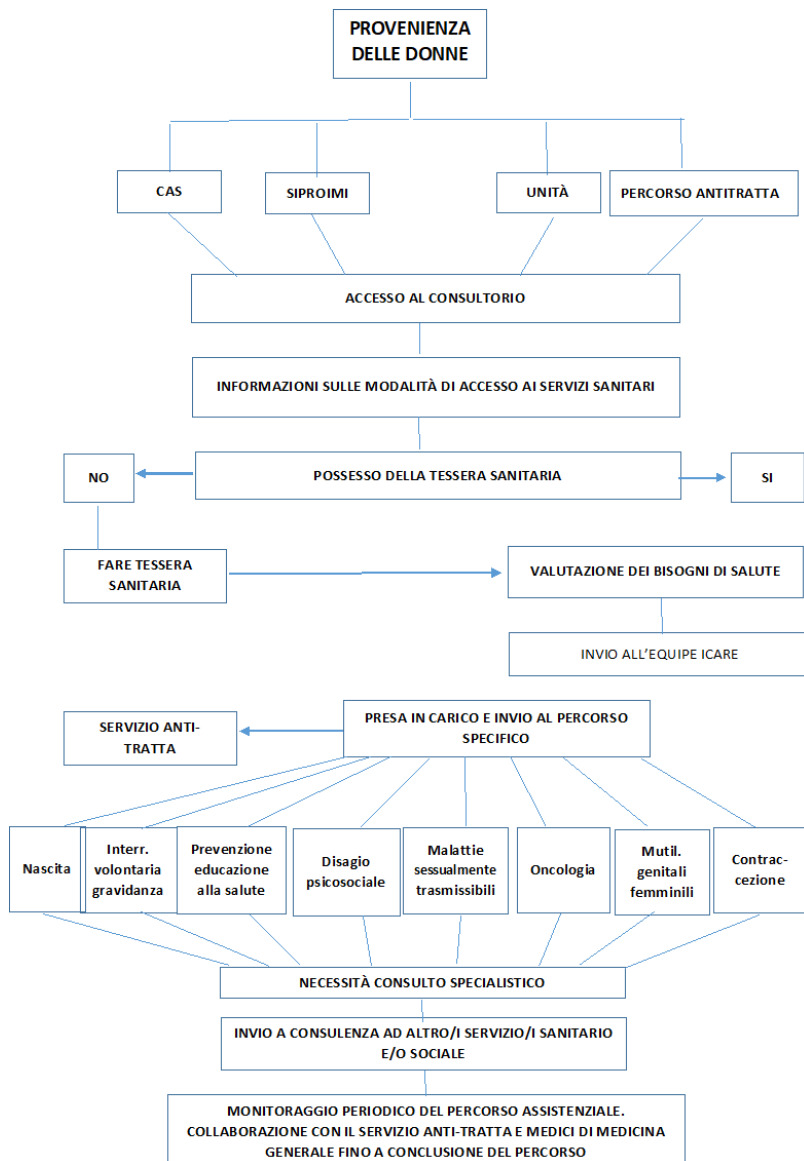
### **3.3 Servizi per le donne, le famiglie e minori**

Il progetto ICARE ha prestato una grande attenzione alla domanda di salute delle donne immigrate, cercando di fornire risposte efficaci attraverso percorsi accessibili, riconoscibili, comprensibili e il più possibile partecipativi.

#### **3.3.1 Assistenza sociosanitaria integrata per le donne vittime di tratta e di sfruttamento**

Questa componente della strategia ICARE riguarda in primo luogo i soggetti che hanno subito un reclutamento con la violenza o l'inganno e in particolar modo le donne cui viene imposto l'esercizio della prostituzione all'interno di un sistema di sfruttamento e coercizione. La tratta degli esseri umani, oltre allo sfruttamento attraverso il lavoro sessuale, ha anche altre finalità come il lavoro forzato, la riduzione in schiavitù, l'accattonaggio, il reclutamento di manovalanza per attività illegali. Per fornire assistenza alle vittime di questi abusi il progetto ICARE ha promosso l'adozione delle procedure operative indicate nelle Linee Guida pubblicate dalla Commissione Nazionale per il Diritto d'Asilo e dall'UNHCR nel 2016

e che devono essere applicate dalle commissioni territoriali responsabili dei procedimenti di riconoscimento della protezione internazionale. Si tratta di garantire assistenza e integrazione alle vittime attraverso un sistema di segnalazione qualificato, tempestivo e adeguato e che preveda una stretta collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti. I diritti della persona comprendono la sistemazione in una struttura protetta, la partecipazione a un programma di assistenza e integrazione sociale, un permesso di soggiorno (in presenza dei requisiti), la possibilità del ritorno volontario assistito nel paese di origine. Attraverso le *équipes* multidisciplinari si presta molta attenzione ad alcuni fattori particolari quali: essere donna, essere sola con figli o in gravidanza, soffrire di disturbi psichiatrici di origine post traumatica, di depressione o di disturbi somatoformi, vivere in condizioni di disagio sociale e di emarginazione, a fronte dei quali potrebbe essere necessario fare ulteriori approfondimenti diagnostici per verificare che non sia vittima di tratta. Il seguente diagramma – elaborato dalla Regione Toscana nell’ambito del progetto ICARE – illustra la complessità dell’attenzione richiesta per le vittime di tratta e sfruttamento.



### **3.3.2 Assistenza sanitaria alle donne vittime di abusi e violenza sessuale**

Il progetto ICARE ha dedicato una particolare attenzione ai servizi rivolti alle donne vittime di abusi e violenze subite durante il percorso migratorio o nel contesto di insediamento, da cui possono derivare tra l'altro disturbi psichici che necessitano di attenzione da parte dei servizi sanitari territoriali. Considerato l'alto impatto di queste problematiche sulla vita quotidiana delle donne e sul sistema sanitario, si è cercato di portare a sistema un modello di accoglienza e cura attraverso interventi tempestivi e specifici, sulla base dei bisogni riscontrati e delle caratteristiche socioculturali individuate dalle *équipes* multidisciplinari territoriali. Il cuore dell'intervento di ICARE per questa fascia di popolazione è costituito dai consultori familiari. Molti dei consultori di maggiori dimensioni nelle aziende sanitarie partecipanti al progetto si sono dotati anch'essi di *équipes* multidisciplinari cui partecipano ostetriche, ginecologi, infermieri, psicologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali che si affiancano al resto del personale medico.

Le competenze e i ruoli dei diversi professionisti sono chiari e ben definiti: ogni operatore che prende parte all'*équipe* ha precedentemente ricevuto una formazione adeguata all'acquisizione di tutte le conoscenze e capacità necessarie al



riconoscimento, all'accoglienza e all'assistenza della vittima. Dove è stato possibile, sono stati coinvolti anche altri professionisti, come ad esempio etno-psichiatri. Nei casi più complessi e con soggetti ad alta vulnerabilità è stato indicato un responsabile (*case manager*) per tutto il percorso di cura.

Nel progetto è stato dato anche ampio spazio alla salute dei minori, accompagnati e non accompagnati, attivando specifici percorsi per promuovere la prevenzione delle malattie infettive e l'adozione di un sano stile di vita. Sono stati anche attivati servizi di neuropsichiatria infantile.

### **3.3.3 Contraccezione e assistenza transculturale alla interruzione volontaria di gravidanza**

Si è osservato come le donne richiedenti e titolari di protezione internazionale (in maggioranza di età non superiore a 34 anni) posseggano in genere una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione, dei metodi per la procreazione responsabile, della contraccezione. Attraverso il progetto si è curata un'adeguata informazione su questi temi.

I consultori sono la sede indicata dalla legge 194/78 per la tutela della maternità e per l'informazione e l'orientamento legale e

sanitario sull'interruzione volontaria di gravidanza. Secondo La Relazione 2021 del Ministero della Salute sull'applicazione della legge 194/78, in Italia circa un terzo delle interruzioni volontarie della gravidanza riguarda donne straniere, in un quadro di complessiva riduzione delle interruzioni volontarie della gravidanza in atto dal 1983. Attraverso i consultori presenti nei rispettivi territori le aziende sanitarie partecipanti ad ICARE hanno svolto attività di informazione e indirizzo affinché il diritto sancito dalla legge 194/78 sia pienamente garantito anche alle donne immigrate. L'esperienza di ICARE ha mostrato l'efficacia di una serie di misure la cui adozione si dovrebbe estendere in tutti i consultori con presenza di donne immigrate: l'affiancamento dello psicologo, dell'assistente sociale e del mediatore alle figure sanitarie, con l'eventuale inserimento di un *case manager* per i casi più complessi; un supporto del servizio amministrativo per superare eventuali ostacoli burocratici che potrebbero determinare l'abbandono da parte dell'interessata; l'uso di documentazione e certificati tradotti nella lingua utilizzata dalla paziente; l'accompagnamento in tutte le fasi della preparazione, dell'interruzione della gravidanza e del periodo successivo.

### **3.3.4 Assistenza sanitaria integrata alla nascita**

Durante la gestazione le donne e le coppie hanno a disposizione una cartella della gravidanza, uno strumento composto da materiali informativi realizzati da un'*équipe* multidisciplinare. L'obiettivo è accompagnare i futuri genitori durante la gravidanza e nei mesi successivi al parto, fornendo informazioni coerenti e aggiornate sul percorso assistenziale che possano facilitare loro la comunicazione con i professionisti che incontreranno. Nell'ambito di questo percorso sono previsti anche incontri di accompagnamento alla nascita che costituiscono un importante strumento di salute pubblica ed *empowerment*, poiché creano le condizioni affinché la donna e la coppia in attesa di un bambino possano compiere scelte consapevoli e responsabili.

Alcuni studi hanno dimostrato che la gravidanza è un periodo di particolare sensibilità e ricettività rispetto ai consigli sulla salute, ed è per questo che gli interventi preventivi offerti in questa fase risultano particolarmente efficaci.

Gli incontri di accompagnamento alla nascita si prefiggono di rispondere all'esigenza delle donne di ricevere informazioni riguardo alla gravidanza, al parto, all'allattamento, alla genitorialità e all'accudimento del bambino mettendo inoltre a disposizione

tecniche adeguate ad affrontare la paura e il dolore durante il travaglio.

Per le donne straniere gli incontri di accompagnamento alla nascita sono un importante strumento d'informazione con cui si ha la possibilità di integrare le proprie conoscenze con il nuovo contesto socioculturale, anche attraverso l'incontro con altre donne che vivono la medesima esperienza. Si favorisce in questo modo la condivisione emotiva e si incoraggia la collaborazione e lo scambio: la costruzione di una rete fra persone che sia in grado di fornire sostegno e solidarietà è un elemento decisivo per il benessere della madre e del bambino nel periodo post-parto ed è uno dei principali obiettivi dei corsi.

### **3.3.5 Assistenza sanitaria transculturale alle mutilazioni genitali femminili e alle malattie sessualmente trasmissibili**

Sono stati attivati percorsi rivolti alle donne che hanno subito mutilazioni genitali femminili o che presentano malattie sessualmente trasmissibili. Prima di tutto è stato necessario creare un ambiente protetto tale da permettere un ascolto personalizzato, con l'ausilio di una mediatrice linguistico-culturale competente sull'argomento. Una volta che uno specifico bisogno sanitario è stato manifestato e rilevato, può avvenire la presa in carico da parte

di un'*équipe* multidisciplinare che prevede esperti sul tema (antropologi, psicologi) e professionisti sanitari (ginecologi, ostetriche, dermatologi, infettivologi e pediatri).

### **3.3.6 *Follow up* dei minori non comunitari nati in condizioni di rischio**

Il progetto ICARE si è occupato anche dei minori provenienti da paesi non comunitari, a partire dai primi anni di vita, attivando anche in questo caso un percorso integrato e multidisciplinare volto a una precoce individuazione di problematiche neuro-psicomotorie, proponendosi di ridurre alcuni aspetti particolarmente critici: la difficoltà da parte di questa fascia di popolazione di accedere alle cure sanitarie a causa di diversi fattori, fra cui la fragilità sociale e psicologica delle madri, la non conoscenza delle problematiche legate ad una gravidanza a rischio o ad una condizione di sofferenza pre-, peri- e post-natale, la non conoscenza delle strutture preposte alla valutazione e alla presa in carico, la mancata padronanza della lingua italiana. Una tardiva segnalazione di tali problematiche neuro-psicomotorie nei soggetti di prima e seconda infanzia, quando il disturbo è ormai conclamato, può farle evolvere in patologie.

### **3.4 Campagna vaccinale anti Covid-19**

Lo scenario determinato dalla pandemia da Covid-19 ha imposto una considerevole riorganizzazione dei piani operativi, con un forte rallentamento delle attività in presenza e un conseguente grande impegno per far fronte alle necessità di informazione, diagnosi e cura dei cittadini migranti, e successivamente alla campagna di vaccinazione. In tutto questo percorso si è rivelato insostituibile il ruolo dei mediatori linguistico-culturali.

Nel contesto della pandemia da Covid-19 le aziende sanitarie coinvolte nel progetto ICARE hanno condiviso informazioni e pratiche per raggiungere il maggior numero di migranti, a prescindere dalla loro condizione giuridica. Spesso la presenza capillare sul territorio di realtà del Terzo settore ha permesso la diffusione dell'informazione verso una quota più ampia della popolazione migrante di quella che si sarebbe riusciti a raggiungere senza il contributo di questi organismi, favorendo legami più saldi fra il privato sociale e le aziende sanitarie. Sono stati aperti centri vaccinali ad accesso diretto e si sono realizzate azioni di prossimità per raggiungere comunità chiuse o aree ad alta densità migratoria svantaggiate per difficoltà di collegamento.

La maggior parte del materiale multilingue prodotto nell'ambito di ICARE ha riguardato la disseminazione di informazioni sulla pandemia da Covid-19: come evitare il contagio, come utilizzare i dispositivi di protezione individuale, come comportarsi in caso di contatto a rischio, dove e quando fare i tamponi e tutte le indicazioni relative alle vaccinazioni. Questo materiale è stato prodotto sia in formato cartaceo sia in formato elettronico e dove possibile è stato direttamente distribuito a mano, grazie al supporto delle organizzazioni del Terzo settore e tramite le *équipes* multidisciplinari che operavano mediante unità mobili. Per divulgare le informazioni sul virus sono stati organizzati anche *webinar* destinati ai richiedenti e titolari di protezione internazionale presenti nei centri d'accoglienza. Sono stati prodotti video per promuovere la vaccinazione anti-Covid-19, che si sono rivelati molto efficaci e di grande impatto. Alcuni di questi video erano specificamente indirizzati ai minori stranieri non accompagnati e ai gruppi più vulnerabili. Sono stati diffusi attraverso diversi canali, tra cui i centri d'accoglienza, i luoghi di formazione, gli ambulatori territoriali.

Vi sono stati casi in cui le misure di prevenzione e contenimento della pandemia da Covid-19 hanno creato condizioni favorevoli a un'efficace presa in carico. Al loro arrivo via mare o via terra, infatti,

i migranti dovevano trascorrere un periodo di isolamento. In collaborazione con organismi del Terzo settore, molte aziende sanitarie hanno proposto ai migranti che iniziavano la quarantena una scheda per la valutazione della salute globale della persona. Quindi si offriva all'interessato un incontro *online* nel quale gli sarebbero state fornite informazioni sui servizi e una valutazione di massima su quanto emerso dalla scheda. All'incontro partecipavano le *équipe* interdisciplinari del progetto ICARE. Una volta uscita dalla quarantena, alla persona veniva fissato un appuntamento presso la locale struttura sanitaria.



## 4 Mediazione linguistico-culturale e Comunicazione

### 4.1 La mediazione linguistico-culturale

Prima di mettere in luce le numerose “lezioni” apprese attraverso il progetto ICARE in ambito di mediazione, è utile illustrare il servizio e il metodo standard di intervento di un mediatore linguistico-culturale (MLC), indipendentemente dal contesto di intervento.

LA GESTIONE DEL PROCESSO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE			
Preparazione dell'intervista	Per la prima intervista	Durante il colloquio	Dopo l'intervista
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuare il MLC più adatto al caso</li> <li>• Pianificare i tempi e il luogo del colloquio</li> <li>• Descrivere brevemente il caso e come si svolgerà il colloquio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentarsi, spiegare ruoli, funzioni e le finalità del colloquio</li> <li>• Spiegare che si è vincolati da un codice etico e deontologico che impone loro di trattare tutto ciò che verrà detto in modo confidenziale e strettamente riservato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposizione dei posti a sedere</li> <li>• Formulare frasi e domande brevi e concise</li> <li>• Tenere presente la direzione del colloquio</li> <li>• Mantenere un contatto visivo e parlare direttamente al paziente</li> <li>• Evitare un linguaggio gergale, spiegare eventuali termini tecnici</li> <li>• Fare attenzione al linguaggio del corpo sia del MLC che del paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiedere al MLC se vuole fare qualche commento</li> <li>• garantire al MLC qualche tempo per discutere degli aspetti del colloquio che potrebbero essere sembrati confusi e stressanti</li> <li>• Discutere con il MLC di eventuali comportamenti non soddisfacenti e stressanti</li> </ul>

Nell'ambito del progetto ICARE i mediatori linguistico-culturali hanno avuto un ruolo significativo, collaborando direttamente sia nel coordinamento delle attività sia nelle *équipe* multidisciplinari e multiprofessionali delle aziende partecipanti. Tutte hanno avuto la possibilità di implementare le attività di mediazione e beneficiare di una presenza più stabile di queste figure professionali, che hanno facilitato e reso più agevoli i percorsi di accesso e di presa in carico degli utenti provenienti da varie parti del mondo.

Nel corso del progetto si è potuto osservare come la mediazione linguistico-culturale “faccia la differenza” nei contesti di assistenza e cura delle persone, supportando la comunicazione e lo sviluppo di una relazione terapeutica e di fiducia tra il paziente e il professionista sanitario, dove entrambi sono consapevoli dei codici culturali di ognuno. Attraverso la figura del mediatore si crea così un clima di reciproca comprensione, superando eventuali pregiudizi e diversità di opinioni, con il risultato di permettere un’assistenza sanitaria appropriata e completa che facilita il buon esito del trattamento, grazie alla consapevole partecipazione del paziente al suo percorso di cura.

Il mediatore linguistico-culturale è in grado di:

- individuare e veicolare i bisogni dell’utente straniero

- far meglio comprendere lo stato di salute ai professionisti sanitari, fornendo loro ulteriori elementi conoscitivi
- orientare e facilitare i migranti nell'accesso ai servizi territoriali, svolgendo attività di alfabetizzazione sanitaria e raccordo tra l'utente e la rete dei servizi presenti sul territorio
- promuovere la diffusione della interculturalità nei servizi sanitari che accolgono i migranti.

Tutti i mediatori coinvolti avevano già operato nello specifico contesto dei servizi sanitari territoriali, un contesto che proprio per la sua specificità richiede competenze e nozioni ben definite; hanno partecipato a numerosi momenti di aggiornamento, formazione e confronto con mediatori di altri contesti territoriali e con professionisti sanitari, personale amministrativo delle aziende sanitarie territoriali e operatori del Terzo settore. I percorsi di aggiornamento e formazione sono stati fondamentali, perché la sola competenza linguistica non basta. La capacità di interpretare la domanda dell'utente straniero e la natura dei suoi bisogni, riconoscerne le caratteristiche e le condizioni culturali e personali, fanno parte della formazione di base di un competente mediatore linguistico-culturale. A tutto ciò, attraverso ICARE sono state aggiunte nozioni specifiche sul contesto sanitario, una buona conoscenza dell'organizzazione del sistema locale e dei contesti

specifici di provenienza degli utenti. Esperienze analizzate e documentate su scala internazionale mostrano come così facendo e lavorando in *team* gli errori diagnostici possano ridursi in modo significativo, soprattutto se alla propria formazione di base (che in Italia non è mai inferiore alle 400 ore) i mediatori aggiungono almeno 100 ore di formazione specifica in campo sanitario.

Incontri e confronti costanti tra le diverse figure professionali sono stati molto utili nella fase operativa, dove spesso l'azione formativa continuava sul campo per tutte le professionalità coinvolte nelle *équipe* multiprofessionali (*learning by doing*).

Il progetto ICARE ha rafforzato la capacità di comunicazione del sistema sanitario con i richiedenti e titolari di protezione internazionale non solo grazie alla presenza delle attività di mediazione linguistico-culturale, ma anche attraverso un importante e meticoloso lavoro di traduzione di materiale informativo relativo alle prestazioni sanitarie, come le indicazioni relative all'emergenza Covid-19 e sui comportamenti da adottare, e i glossari dedicati alla salute e ai servizi sociosanitari. In parallelo è stata creata una serie di contenuti in italiano semplificato grazie alla costante collaborazione del centro provinciale per l'istruzione degli adulti (CPIA) di Bologna, con il quale sono state sviluppate in

occasione della campagna vaccinale unità didattiche e sezioni delle *App Presente* e *l'Officina dell'italiano*, nonché contenuti audiovisivi, sempre con il coinvolgimento dei mediatori linguistico-culturali. Indubbiamente il ruolo dei mediatori con la diffusione della pandemia si è rivelato ancor più determinante poiché sono stati coinvolti in numerosi contesti per fornire informazioni sul virus e su come comportarsi e soprattutto proteggersi. Questo ruolo di primo piano è andato man mano crescendo soprattutto nella campagna vaccinale, durante la quale i mediatori linguistico-culturali sono stati spesso percepiti quali fondamentali punti di riferimento su come gestire le varie procedure correlate alla somministrazione del vaccino.

La presenza della mediazione linguistico-culturale all'interno di tutti i servizi sanitari coinvolti nel progetto, con una disponibilità di ore maggiore rispetto a quella generalmente prevista nelle aziende sanitarie, ha facilitato e incoraggiato l'avvicinamento da parte dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, che hanno potuto accedere a una varietà di servizi maggiore di quanto non avvenisse prima, quando la mediazione era limitata ad alcuni ambulatori, in determinati giorni ed orari. Questa crescita è stata ancora più evidente in quelle strutture e territori dove la mediazione

linguistico-culturale era praticamente assente o comunque molto ridotta rispetto agli effettivi bisogni.

Particolarmente significativo è il caso di alcuni consultori familiari, dove una presenza più stabile e continuativa dei mediatori introdotta da ICARE ha fatto registrare un notevole aumento degli accessi di donne immigrate che prima, non avendo dimestichezza con la lingua italiana, erano costrette ad affidarsi per la traduzione alla rete parentale (che molto spesso si limitava al coniuge), condizione che scoraggiava il ricorso ai servizi a fronte della grande complessità e delicatezza delle informazioni da condividere.

L'attività di mediazione è stata fondamentale anche nel caso dei momenti di informazione sul percorso post-nascita, attivati sia per le donne sole sia per le famiglie: questi sono serviti ad informare le neo-mamme e la loro rete parentale sull'importanza di continuare a recarsi presso i servizi ambulatoriali anche dopo il parto, per continuare a monitorare la propria salute ed effettuare le prime vaccinazioni ai loro bambini.

La presenza continuativa del servizio di mediazione linguistico-culturale non ha riguardato solo i consultori ma anche ambulatori specialistici – come quelli per l'assistenza sanitaria alle mutilazioni genitali femminili, alle malattie sessualmente trasmissibili, alle

conseguenze di abusi e violenze sessuali, – strutture che si occupano della certificazione medico-legale per la domanda della protezione internazionale, centri di salute mentale.

La presenza dei mediatori linguistico-culturali è stata assicurata anche nelle attività che avvengono all'esterno degli ambulatori grazie al servizio delle unità mobili.

Un riferimento specifico merita la Regione Siciliana, dove la mediazione linguistico-culturale è stata rafforzata anche durante le procedure di accoglienza al momento degli sbarchi, in particolare nella distribuzione di farmaci e dei dispositivi di protezione individuale e nell'esecuzione di tamponi per il Covid-19. I mediatori linguistico-culturali sono stati presenti anche nelle navi quarantena e nei Centri di Permanenza per i Rimpatri (CPR), dove è stata fornita assistenza sanitaria secondaria.

Per le attività di traduzione ci si è avvalsi dei servizi di mediazione linguistico-culturale e interpretariato presenti nelle aziende sanitarie coinvolte da ICARE, avendo quindi la possibilità di avere a disposizione una quantità di lingue significative nei contesti dove il progetto è stato implementato, creando così una rete che ha garantito la diffusione delle traduzioni senza duplicazioni e ottimizzando le risorse.

La mediazione linguistico-culturale è stata offerta ed utilizzata anche in tutte le modalità comunicative disponibili per rimanere in contatto anche da remoto durante la pandemia. I pazienti potevano così ricevere consulenze mediche utilizzando alcune applicazioni da computer o *smartphone*. Considerata la distanza e la delicatezza dei temi affrontati, la presenza di un mediatore, seppur da remoto, ha permesso di superare la diffidenza e il disagio nella trattazione di dati “sensibili”, avendo il paziente la possibilità di esprimersi nella sua lingua madre e con qualcuno che conosceva anche il suo contesto culturale di provenienza.

Il progetto ICARE ha diffuso un approccio transculturale e multidisciplinare tra i professionisti e gli operatori nel relazionarsi con i pazienti, con gli altri servizi, con le istituzioni e con il Terzo settore. È auspicabile che tale approccio venga fatto proprio da tutti gli attori del sistema salute, affinché si possa dare sostenibilità a un servizio di mediazione stabile e strutturato nei servizi con particolare attenzione a quelli ad alta frequenza di accesso da parte dell’utenza migrante. L’approccio transculturale unitamente alla scelta del metodo di lavoro, vale a dire la costituzione di *équipe* multidisciplinari sempre affiancate dai mediatori linguistico-culturali, ha fatto sì che tra tutti i professionisti si creasse una vera e propria cultura dell’accoglienza. Ciò ha permesso di attivare



processi diagnostici più precisi rispetto ai bisogni e alle problematiche riportate dai pazienti, nel rispetto delle diverse culture e di sistemi di salute spesso molto distanti tra loro. Il valore aggiunto che rimane nel tempo è una maggiore consapevolezza “multiculturale” di tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle *équipe* multidisciplinari.

Un altro elemento da evidenziare riguarda le modalità di impiego in cui operano questi professionisti, diverse da regione a regione, anche perché la figura del mediatore linguistico-culturale ad oggi non è ancora formalmente riconosciuta. Gli stessi percorsi formativi e professionali non sono uniformi e formalizzati, non esiste un albo né tanto meno un elenco nazionale riconosciuto, che raccolga al suo interno tutti coloro che operano sul territorio nazionale. A ciò si aggiunge il fatto che nella maggioranza dei casi i mediatori linguistico-culturali operano con contratti a chiamata o della durata di qualche mese, generalmente tramite cooperative con le quali le aziende sanitarie stipulano degli accordi quadro. Anche le modalità di assunzione e di contrattualizzazione variano da regione a regione. Proprio per questo, una delle proposte nate durante il progetto riguarda l’attivazione di un elenco a livello nazionale in cui i mediatori possano registrarsi e al quale le aziende sanitarie possano attingere quando necessario, soprattutto per le lingue più

difficilmente reperibili. La mancanza di un elenco nazionale dei mediatori linguistico-culturali, direttamente consultabile dalle aziende sanitarie ha mostrato i suoi effetti negativi quando nell'estate del 2021, con l'arrivo in Italia di migliaia di profughi dall'Afghanistan attraverso corridoi umanitari, vi sono state grandi difficoltà nel reperire mediatori che conoscessero il farsi o il pashtu; fortunatamente molti dei materiali sono stati tradotti centralmente e molte aziende hanno potuto usufruirne tempestivamente. Lo stesso è successo con lo scoppio della guerra in Ucraina e l'arrivo dei profughi ma il modello già adottato in precedenza ha funzionato, permettendo di diffondere i materiali tradotti e ottimizzando le risorse a disposizione. Infine, si auspica che l'esperienza acquisita da ICARE possa contribuire, anche grazie al ruolo dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie delle Povertà (INMP) che ha sempre seguito con interesse il progetto, alla creazione di un profilo nazionale che riconosca la professionalità del mediatore linguistico-culturale in ambito sanitario, definendone competenze, conoscenze e capacità attese.

## 4.2 La comunicazione e l'informazione

ICARE ha investito su una comunicazione/informazione diffusa attraverso una molteplicità di strumenti e canali, riuscendo a raggiungere i suoi obiettivi e tenere la *governance* di un sistema così complesso, avvalendosi di una comunicazione chiara e capillare, costruendo e orientando l'informazione verso i destinatari in modo facilmente comprensibile, con una comunicazione che non proviene "dall'alto", ma quanto più orizzontale possibile. Questo grazie anche al prezioso contributo dei mediatori linguistico-culturali, dei traduttori e dei Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti, che con grande intuizione ed esperienza hanno saputo cogliere la sfida che ICARE aveva lanciato, costruendo insieme moduli informativi (unità didattiche in italiano facilitato per gli adulti stranieri) per un'adeguata e corretta informazione alla popolazione migrante sul contrasto alla pandemia e successivamente sui temi della salute, attraverso lo sviluppo di un glossario di orientamento ai servizi sanitari trasformato in seguito in App per consentire lo studio a distanza.

Si sono costruiti e utilizzati i seguenti strumenti informativi:

- sito web
- profilo Instagram

- applicazioni per *smartphone*
- *brochure* e opuscoli informativi.

### **4.3 Gli strumenti di comunicazione e informazione attivati da ICARE**

Si sono costruiti e utilizzati i seguenti strumenti informativi:

- sito web
- profilo Instagram
- applicazioni per *smartphone*
- *brochure* e opuscoli informativi

Lanciato nell'aprile 2020, il **sito web** [www.progettoicare.it](http://www.progettoicare.it) si è rivelato uno strumento molto utile sia per la diffusione di materiale informativo sia per l'aggiornamento costante sulle azioni svolte nei vari territori coinvolti, oltre che per il monitoraggio nazionale del progetto a tutti i livelli. All'interno del portale vi è un'area riservata agli operatori in cui si può caricare e visualizzare la documentazione tecnica, scientifica e amministrativa da qualsiasi postazione informatica. Grazie al sito, importanti *stakeholder* a livello nazionale e internazionale hanno potuto vedere quanto fatto da ICARE e consentire al progetto di ricevere significativi riconoscimenti.

Per raggiungere in modo più capillare possibile la popolazione *target*, il coordinamento ICARE ha ritenuto opportuno aprire un canale *social*: analizzando la tipologia di utenza, l'età e il tipo d'informazione da comunicare, Instagram è risultata la piattaforma più adatta. Nel 2021 è stato aperto il **profilo Instagram icare\_euproject** nel quale vengono caricati aggiornamenti sulle attività e informazioni, tradotte anche in diverse lingue.

Con la collaborazione del Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti (CPIA) sono stati sviluppati diversi strumenti informativi in Italiano facilitato (L2) fra questi l'implementazione della sessione salute nelle **applicazioni per smartphone** *Presente* e *Officina dell'Italiano*, in azione complementare a quanto già sviluppato con il progetto FINC FAMI, scaricabili gratuitamente su Android e utilizzabili su tutto il territorio nazionale. L'applicazione *Presente* è pensata per chi è appena arrivato in Italia e non ha alcuna conoscenza della lingua italiana. È disponibile in inglese, francese, arabo e urdu e si compone di tre parti: una sezione dedicata agli esercizi su argomenti che riguardano la sfera della vita quotidiana (casa, famiglia, fare la spesa, ecc.) per esercitare lettura, scrittura e ascolto; un'altra sezione composta da testi che raccontano la vita in Italia (ad esempio lavoro, scuola, servizi); la terza sezione è un agile prontuario di frasi e parole che riguardano il corpo e la salute. La

app *Officina dell'italiano* è rivolta a coloro che invece già posseggono una certa conoscenza della lingua italiana (livelli A2-B1) e consiste in un percorso potenziato di apprendimento della lingua. Una prima sezione offre moduli tematici su argomenti come lavoro e salute e permette di esercitarsi con le strutture linguistiche e comunicative dell'italiano. Una seconda sezione propone esercizi interattivi e autocorrettivi, che combinano testi scritti, immagini ed audio. Vi è inoltre un'area dedicata all'interazione tra più studenti, di cui almeno uno abbia installato l'applicazione: l'obiettivo è migliorare la capacità di parlare e interagire in italiano ed è rivolta a cittadini stranieri che stanno imparando l'italiano con livelli diversi di conoscenza della lingua e cercano un supporto complementare ai corsi d'aula.

Il progetto ha visto inoltre lo sviluppo nel territorio toscano dell'applicazione per *smartphone* **WEB APP ICARE**, per ottenere un'accessibilità totalmente digitale e gratuita sul tema della salute, in modo tale da rendere i servizi regionali più accessibili fruibili e ridurre le differenze tra i territori della regione. Si tratta di un utile strumento informativo che facilita l'accesso ai servizi territoriali per i cittadini stranieri, i quali attraverso l'applicazione possono avere informazioni utili nella loro lingua madre. È possibile scaricare questo applicativo su qualsiasi dispositivo mobile; i contenuti sono

disponibili in 12 lingue, scelte sulla base delle etnie maggiormente presenti sul territorio. Nell'applicazione per *smartphone* è presente un servizio di orientamento geolocalizzato, al fine di facilitare l'individuazione dei servizi sanitari nell'ambito territoriale. Una sezione è dedicata alla normativa vigente del nostro sistema nazionale, per quanto riguarda le varie categorie di permesso di soggiorno. Nell'applicazione sono presenti anche un "glossario della salute" tutte le informazioni utili e necessarie inerenti al Covid-19 e le vaccinazioni.

Sono state prodotte centinaia di **brochure e opuscoli informativi** tradotti in circa 14 lingue. Inoltre, per rispondere prontamente all'emergenza Covid-19, ICARE ha realizzato una serie di aggiornamenti informativi in un italiano di facile comprensione, l'"italiano semplificato", e in varie altre lingue per le strutture di accoglienza. Anche durante l'emergenza Afghanistan, così come per quella Ucraina, il progetto ha prodotto in tempo reale una documentazione bilingue riguardante informazioni sul Covid-19, vaccinazioni, *green pass*, orientamento ai servizi sanitari, iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale, rilascio del STP e altri temi di interesse per la popolazione destinataria.

### **Video e cortometraggi**

Sono stati realizzati video sulle attività progettuali in tutte le regioni partner e due specifici cortometraggi, prodotti dalla regione Lazio - ASL Roma 1:

- *Il dono di Blanche*: sulla situazione dei richiedenti protezione internazionale con alcuni passaggi significativi sul percorso clinico assistenziale, come la certificazione medico legale, ed una profonda riflessione sul concetto di cittadinanza.
- *Giorno dopo giorno*: sull'evoluzione del concetto di riabilitazione delle vittime di tortura, analizzando l'evoluzione della legislazione nazionale, europea e internazionale, fino alla pubblicazione e successiva applicazione delle Linee Guida Ministeriali.

Tutti i video e cortometraggi prodotti, grazie ad ICARE, sono non solo utili strumenti divulgativi delle attività progettuali ma soprattutto efficaci strumenti per sensibilizzare sulla condizione dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. Questi strumenti sono diffusi gratuitamente e sono raccomandati per finalità didattiche sull'applicazione delle linee guida ministeriali.



## **5 La formazione**

### **5.1 Formare sulle problematiche dei migranti**

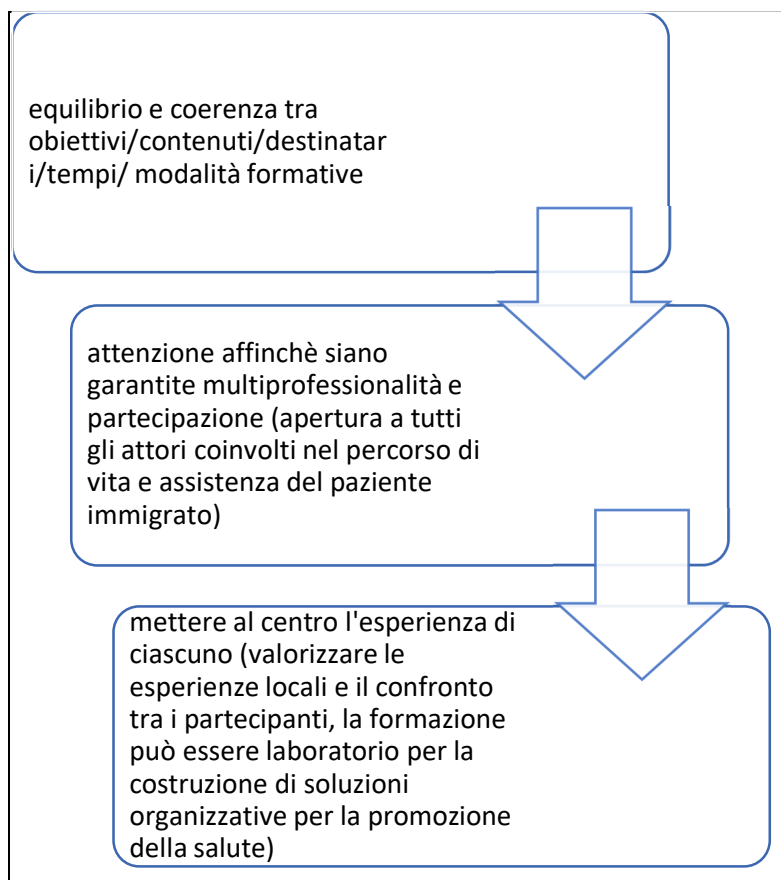
Nella filiera dell'accoglienza, della presa in carico e della cura un ruolo centrale lo gioca la formazione del personale sanitario e degli operatori del sistema di accoglienza: la capacità di intervento degli operatori sanitari risulta rafforzata se questi possiedono idonei strumenti di natura culturale, antropologica e legale per poter meglio interpretare le condizioni dei pazienti; a sua volta, l'intervento degli operatori dell'accoglienza risulta tanto più efficace quanto più questi ultimi hanno contezza delle problematiche di carattere medico, organizzativo e legale che i migranti affronteranno nel successivo avvicinamento al sistema sanitario e nel processo di integrazione: tutto ciò favorisce un maggiore e più consapevole utilizzo delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale da parte dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e più in generale dei migranti.

La formazione e l'aggiornamento del personale sanitario per la gestione dei bisogni di salute fisica e psichica dei richiedenti e titolari di protezione internazionale si è dimostrato uno strumento fondamentale per migliorare la capacità delle strutture sanitarie

territoriali di relazionarsi con questa fascia di popolazione. Un'adeguata formazione su temi riguardanti una presa in carico "culturalmente competente" permette ai professionisti della sanità di affrontare le difficoltà di comprensione determinate non solo dalla lingua ma anche da diversi codici culturali.

È fondamentale nell'*équipe* la presenza attiva dei mediatori linguistico-culturali, a loro volta appositamente formati sugli aspetti generali della salute e della cura: uno dei cardini della componente formativa è infatti orientare il personale sanitario all'interazione con il mediatore, affinché quest'ultimo venga visto non solo come traduttore ma come veicolo di comprensione delle differenze e delle criticità e quindi permetta alla sanità pubblica di intervenire in modo tempestivo ed efficace.

*UNA FORMAZIONE CHE RIFLETTA L'APPROCCIO DI ICARE ALLA SALUTE*



*Fonte: elaborazione propria da Maria Laura Russo, La formazione come strategia di implementazione: formazione dei formatori e metodologie per l'apprendimento. ICARE settembre 2019*

La formazione degli operatori realizzata nell'ambito del progetto ICARE ha avuto le seguenti finalità:

- aumentare la capacità di interpretare i bisogni da parte di tutti gli operatori dell'accoglienza e della cura
- sviluppare strategie di comunicazione interna alle organizzazioni sanitarie
- promuovere il coordinamento delle attività con altri enti e *stakeholder* nel territorio
- facilitare l'accesso ai servizi e alle cure.

La formazione ha creato le condizioni per un salto di qualità in tutte le aziende sanitarie coinvolte. Anche nei territori dove già venivano svolte attività di formazione e aggiornamento, ICARE ha permesso di estenderle a tutti gli operatori coinvolti nei processi di integrazione sanitaria e sociale. Oltre a rivolgersi alle figure professionali assunte con contratti a termine legati alla durata di ICARE, la formazione ha riguardato anche i professionisti interni che hanno aderito al progetto in ciascuna azienda sanitaria: ciò garantisce che il patrimonio di conoscenze da loro acquisito tramite la formazione e successivamente consolidato attraverso l'esperienza diretta rimanga all'interno del sistema sanitario territoriale anche una volta terminato il progetto, con un approccio

che affianchi alle competenze cliniche tutti gli aspetti psicologici, antropologici e sociali che il progetto ha contribuito a mettere al centro del percorso di accoglienza e presa in carico.

La formazione è stata una delle prime attività a essere avviate. Purtroppo, a pochi mesi di distanza dall'avvio del progetto è esplosa la pandemia da Covid-19, e ciò ha costretto a realizzare buona parte della formazione in modalità *online*.

## **5.2 La metodologia della formazione**

Per sviluppare i contenuti della formazione sono stati rilevati i bisogni formativi del personale sanitario, degli operatori sociali e degli operatori dell'accoglienza; si sono quindi definiti percorsi sulla base delle professioni, dei ruoli, dei contesti territoriali in cui si opera, delle caratteristiche dei rispettivi bacini di utenza.

La formazione si è svolta su tre livelli, due dei quali rivolti agli operatori e il terzo agli utenti:

un primo livello, di “**sensibilizzazione**”, rivolto al *board* nazionale e ai *board* regionali per l'apprendimento e condivisione delle competenze sulle Linee Guida nazionali “I controlli alla frontiera. La

frontiera dei controlli” e “Riconoscimento, presa in carico e riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale”;

un secondo livello, di “**facilitazione e supporto**”, destinato agli operatori coinvolti nel percorso multidisciplinare, cui fornire indicazioni da applicare nel loro intervento assistenziale e nella presa in carico globale. Tutti i materiali utilizzati durante le attività formative venivano puntualmente caricati sul sito di progetto, così da consentire lo scambio di conoscenze e competenze tra le figure professionali delle regioni partner. La documentazione relativa alla formazione erogata dalla Regione Lazio è stata sistematizzata e pubblicata in formato digitale al fine di permettere, nell’ottica di consolidamento di quanto fatto e trasferibilità del progetto, un’ampia diffusione sull’intero territorio nazionale;

un terzo livello, di **laboratori interattivi** volti a mettere in atto percorsi di apprendimento di tipo cognitivo esperienziale, rivolto alla popolazione target con specifiche iniziative programmate ed effettuate dai professionisti delle *équipe* ed esperti della prevenzione che hanno organizzato questi laboratori agendo spesso in modalità **learning by doing** su varie tematiche quali: prevenzione di specifiche patologie, (Covid-19, malattie sessualmente trasmissibili, scabbia), promozione della salute e adozione di sani

stili di vita (corretta alimentazione, l'affettività e la sessualità, l'importanza dell'attività fisica, prevenzione incidenti domestici e sicurezza stradale) e non da ultimo l'alfabetizzazione sanitaria. A questi si aggiungono gli incontri psicoeducativi rivolti particolarmente ai minori stranieri non accompagnati.

I percorsi formativi attivati da ICARE in tutte le regioni partecipanti hanno inciso positivamente sia sulla qualità delle prestazioni specialistiche sia nell'organizzazione dell'assistenza e della presa in carico.

Per quanto riguarda i professionisti della sanità, la formazione ha coinvolto i professionisti assunti dalle aziende sanitarie per la durata del progetto, un alto numero di medici e altri operatori sanitari che lavorano in pianta stabile nelle strutture territoriali e operatori sociali attivi presso i centri di accoglienza.

La formazione del personale sanitario sviluppata nell'ambito del progetto ICARE ha puntato in primo luogo a **fornire conoscenze, strumenti e capacità di interpretazione dei bisogni, dei problemi e del vissuto** di donne, uomini e minori che compongono la popolazione migrante, ben diversi da quelli della popolazione italiana e della popolazione straniera da lungo tempo residente nel nostro paese.

Un altro obiettivo formativo è consistito nello **sviluppo di strategie di comunicazione fra gli stessi servizi sanitari** sui diversi aspetti della gestione della “diversità” costituita dalla salute dei migranti, superando le difficoltà nel coordinamento inter-istituzionale “orizzontale” dei diversi servizi, un limite segnalato da molte aziende sanitarie: il trattamento della popolazione migrante in condizione di particolare vulnerabilità richiede un approccio integrato e coordinato di tutte le strutture sanitarie del territorio, in modo che la persona che intraprende un percorso di diagnosi e di cura possa contare su linguaggi e modalità il più possibile omogenee lungo tutta la “filiera”, condizione necessaria per acquisire fiducia ed essere portati a rispettare le indicazioni sanitarie, diagnostiche e comportamentali che vengono suggerite.

Mentre si lavora a un miglior coordinamento all’interno del servizio sanitario regionale, è importante promuovere il **coordinamento fra i servizi sanitari e le realtà attive sul territorio**: associazioni, cooperative, strutture del Terzo settore attive nell’accoglienza.

La presenza di professionisti della sanità pubblica e operatori dell’accoglienza opportunamente formati in tema di salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e capaci di comunicare con questa fetta di popolazione esprimendo empatia e



comprensione dei suoi problemi, **facilita l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria territoriale** per la popolazione target.

È infine da sottolineare come la formazione di professionisti e operatori sanitari e sociali potenzi l'efficacia del servizio di mediazione linguistico-culturale, uno strumento indispensabile per il rafforzamento del rapporto di fiducia fra utenti e servizio sanitario regionale.

### **5.3 Contenuti della formazione**

Nell'ambito di ICARE è stata elaborata una proposta formativa su temi relativi alla presa in carico, alla diagnosi e alla cura dei migranti in arrivo nel nostro Paese, spesso attraverso percorsi difficili, pericolosi e che possono provocare condizioni di disagio fisico, psichico e sociale. Sono stati attivati piani formativi sia per professionisti dei servizi pubblici e del privato sociale sia per operatori impegnati nell'accoglienza, oltre che per gli stessi migranti.

La formazione promossa da ICARE si è basata sull'accesso come asse centrale per la promozione e la tutela della salute dei migranti e dei gruppi svantaggiati. La formazione quindi si è focalizzata nel rafforzare la sanità pubblica di prossimità, intesa come un

complesso di servizi, prestazioni e punti di orientamento su scala territoriale, facilmente raggiungibili per tutti gli utenti.

CICLI FORMATIVI	
LIVELLI	TEMI AFFRONTATI
Primo livello – sensibilizzazione degli operatori	Cultura e salute nel rapporto fra migrante e sistema sanitario
	Linee Guida nazionali “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli” e “Linee Guida relative agli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica e sessuale”.
Secondo livello – facilitazione e supporto	la comunicazione interculturale in ambito sanitario
	la normativa che regola l'accesso ai servizi sociosanitari
	la presa in carico culturalmente competente
	assistenza transculturale nascita e presa in carico del neonato nel primo anno
	come supportare e trattare i minori vittime di violenza e maltrattamenti
	presa in carico sociosanitaria delle vittime di tratta
	Supporto e assistenza a donne che hanno subito violenza nella vita quotidiana e nel processo migratorio e nel processo di integrazione
	interruzione volontaria della gravidanza, contraccezione, <i>screening</i> per malattie a trasmissione sessuale
	val/gestione manifestazioni cliniche del disturbo da stress post-traumatico
	affrontare comportamenti aggressivi e/o autolesionistici derivanti da disturbo post-traumatico da stress o disagio psicologico
	prevenzione/gestione della traumatizzazione vicaria e del <i>burn out</i> negli operatori di assistenza
	prevenzione e identificazione delle mutilazioni genitali femminili

CICLI FORMATIVI	
LIVELLI	TEMI AFFRONTATI
Terzo livello – azioni di <i>empowerment</i> dirette alla popolazione target: formazione/informazione	prevenzione delle malattie e promozione della salute
	orientamento ai servizi sanitari
	incontri psicoeducativi per minori stranieri non accompagnati

Nelle attività formative di ICARE è stata inserita anche la formazione sui contenuti delle Linee Guida elaborate dal Ministero della Salute su due temi fondamentali affrontati dal progetto. Tali Linee Guida forniscono raccomandazioni per quanto riguarda il comportamento clinico, elaborate attraverso una revisione sistematica della letteratura esistente e delle esperienze realizzate, allo scopo di assistere medici, operatori, utenti e decisori nella scelta delle modalità assistenziali più appropriate. Le Linee Guida approfondite nei percorsi di formazione sono le seguenti:

- a) I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti dei centri di accoglienza.
- b) Interventi di assistenza e riabilitazione, trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.

La formazione degli operatori dei sistemi sanitari regionali e dell'accoglienza su queste Linee Guida ha facilitato la diffusione, comprensione, riproduzione e adattamento di buone pratiche.

Sono stati infine affrontati temi di natura giuridica relativi allo *status* del migrante e del richiedente asilo alla luce delle normative in vigore, la cui conoscenza è funzionale alla piena comprensione delle condizioni del richiedente e titolare di protezione internazionale.

Oltre ad approfondire i temi sopra indicati, il processo formativo ha permesso di formare il personale sanitario su come poter fare tesoro della presenza del mediatore linguistico-culturale, superando la visione convenzionale di mero traduttore. Spesso si è rilevato come, dopo un'iniziale sottovalutazione del ruolo del mediatore, il personale medico si renda presto conto del miglioramento che la presenza di mediatori linguistico-culturali determina nella stessa diagnosi e nella successiva cura.

Operatori dei centri d'accoglienza hanno spesso partecipato ad attività di formazione insieme ai mediatori linguistico-culturali, in modo che questi due gruppi di professionisti potessero confrontarsi tra loro.

Il rafforzamento di quanto appreso a distanza è stato reso possibile in buona parte dal lavoro sul campo, nel quale vi è stato un significativo scambio e “riversamento” di conoscenze, capacità e sensibilità fra operatori dell’accoglienza, professionisti del sistema sanitario, mediatori culturali e membri delle *équipes* multidisciplinari attivate grazie al progetto.

## **6 Conclusioni e proposte**

Le metodologie e gli strumenti messi in opera nel quadro del progetto ICARE hanno permesso il consolidamento, in tutte le aziende coinvolte, della consapevolezza riguardo alla questione migratoria in particolare per quel che significa per i servizi sanitari l'arrivo di richiedenti e titolari di protezione internazionale e di persone le cui condizioni rientrano nei casi speciali, non più visto solo come un fenomeno emergenziale e straordinario (e al contempo stabile e permanente, evidente contraddizione fra realtà e percezione), ma anche come una condizione specifica del quotidiano che richiede quindi una gestione ordinaria da inserire nel più vasto tema della salute dell'intera collettività.

Favorendo l'emersione dei bisogni di salute, questo approccio interculturale e multidisciplinare ha inoltre offerto la possibilità alla popolazione target di accedere a un maggior numero di servizi sanitari, prima non sempre conosciuti, in modo appropriato e consapevole (migliore utilizzo dei servizi offerti dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, minor numero di accessi al Pronto Soccorso e diminuzione dell'affluenza ai servizi di prima accoglienza sanitaria).

Dall'esperienza del progetto e dalle molteplici pratiche messe in atto nelle realtà territoriali che vi hanno preso parte si possono trarre **indicazioni e suggerimenti per politiche nazionali, regionali e territoriali** volti a garantire un'assistenza sanitaria completa, applicabili – opportunamente rimodulati e adattati – anche nelle regioni che non hanno preso parte ad ICARE.

## **6.1 Una *governance* multilivello efficace e flessibile**

Il sistema di *governance* adottato dal progetto e descritto nel primo capitolo – basato su una struttura che si riproduce dal piano nazionale a quello regionale sino al piano locale, – si è mostrato capace di attivare flussi di comunicazione bi-direzionali (“alto-basso” e “basso-alto”) garantendo l'impiego di una metodologia omogenea in tutti i territori coinvolti e facilitando allo stesso tempo la diffusione sul piano regionale e nazionale di pratiche e “lezioni apprese” provenienti dalle strutture operative locali. La fluidità delle comunicazioni ha anche favorito la ricerca e l'adozione di soluzioni per i problemi e gli interrogativi di natura organizzativa e gestionale che via via si presentavano nella prestazione dei servizi.

Quanto emerso nel percorso ICARE suggerisce un'ipotesi di **trasformazione del modello di *governance* multilivello utilizzato nel progetto in un sistema istituzionalizzato di coordinamento,**

**indirizzo e articolazione dei servizi di promozione della salute rivolti ai migranti presenti su tutto il territorio nazionale.** Le componenti di una simile struttura potrebbero essere le seguenti:

- a livello **nazionale** un *tavolo tecnico multidisciplinare* in cui siano rappresentati il Ministero della Salute, il Ministero dell'Interno e tutte le Regioni e le Province Autonome in modo da garantire un approccio di sistema al tema salute;
- a livello **regionale** un *board per la salute dei migranti* nel quale trovino posto tutte le articolazioni dei servizi della sanità regionale e i rappresentanti delle aziende sanitarie territoriali. Ciascun *board* regionale nominerebbe propri delegati che prenderanno parte al tavolo tecnico nazionale;
- a livello **locale** un *gruppo di lavoro multisetoriale di cui fa parte anche l'équipe multiprofessionale* in ogni azienda sanitaria, con il compito di occuparsi della gestione globale della salute dei migranti e di tutte le persone in condizioni di vulnerabilità presenti sul territorio di competenza. Ciascun gruppo aziendale sarebbe diretto da un coordinatore che rappresenterà l'azienda sanitaria nel *board regionale salute migranti*.



## 6.2 Presa in carico e cura: la proposta di un modello a partire dalle pratiche di ICARE

Nell'ambito di ICARE si sono condotte esperienze di organizzazione ed erogazione di servizi ai migranti che concorrono a definire una proposta di modello "ottimale" che capitalizza ed eleva a sistema organizzativo nazionale quanto realizzato dalle aziende sanitarie partecipanti al progetto. Il modello comprende **percorsi clinici adattabili** alle necessità del territorio e alle risorse disponibili i cui snodi sono costituiti da ambulatori territoriali e/o *équipe* multiprofessionali, debitamente formate per l'accoglienza dei migranti, operanti come unità capaci di apprendere e adeguarsi ai reali bisogni del paziente (*patient-centred organization*).

L'esperienza realizzata dalle aziende sanitarie partecipanti al progetto ICARE con le strutture assistenziali esistenti, suggerisce che una rete di ambulatori territoriali o *équipe* multidisciplinari debitamente formate per l'assistenza ai migranti costituirebbero strumenti efficaci per intercettare i bisogni di cura della popolazione migrante e orientare le persone verso un proficuo ricorso ai servizi sanitari. Si auspica che in futuro questi dispositivi organizzativi, con personale altamente qualificato sulla salute dei migranti, possano essere luogo di tutela della salute per tutti i migranti in condizioni di vulnerabilità a prescindere dal loro status giuridico.

Gli ambulatori territoriali o *équipe* multidisciplinari così definite diventano sede della *governance* delle attività aziendali verso la popolazione immigrata, avendo la capacità di identificare i bisogni di salute di ogni persona nel suo nuovo contesto di vita con un approccio multidisciplinare, multidimensionale e transculturale che ricorra a conoscenze professionali specifiche e integrate fra loro, valorizzando tra l'altro l'impiego di mediatori linguistico-culturali.

Queste strutture sono pensate per svolgere azioni coordinate di prevenzione, diagnosi, cura per migranti di recente arrivo. Possono inoltre divenire osservatori dell'efficienza dei percorsi assistenziali individuando e segnalando eventuali criticità attraverso il monitoraggio dei dati, la verifica dell'applicazione delle molteplici Linee Guida nazionali e lo studio di letteratura internazionale.

Gli ambulatori territoriali per migranti e le *équipe* multiprofessionali potrebbero inoltre divenire luogo per la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori affinché le attività di presa in carico e di promozione della salute siano in grado di rispondere in modo sempre più efficace e tempestivo all'andamento dei flussi migratori e alle problematiche riguardanti la salute, anche attraverso lo scambio di buone pratiche fra professionisti della sanità ed esperti del settore a livello regionale e nazionale. Queste strutture possono

fornire supporto ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta per una più efficace presa in carico del paziente migrante regolarmente presente sul territorio: tali figure professionali costituiscono un importante riferimento per il processo di integrazione del migrante e, salvo alcune realtà locali, hanno finora svolto un ruolo non centrale nell'individuazione dei bisogni e nella presa in carico. Si auspica che la fruttuosa collaborazione avvenuta in alcuni contesti territoriali possa replicarsi e diffondersi.

Il percorso clinico diagnostico ipotizzato per gli ambulatori territoriali per migranti e le *équipe* multidisciplinari riprende i tre assi previsti per i controlli sanitari all'arrivo dalle Linee Guida "I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli - Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza" (2017) e li riporta alle dimensioni territoriali e temporali dell'integrazione:

- la promozione di modalità cliniche e organizzative nell'ambito di percorsi appropriati ed efficaci;
- l'eliminazione degli sprechi per accertamenti non necessari o duplicati;
- la riduzione di pratiche sanitarie "difensive" indotte da allarmismi ingiustificati.

La partecipazione di mediatori linguistico-culturali è uno strumento indispensabile per raggiungere gli obiettivi di una rete di ambulatori territoriali per migranti e di *équipe* multidisciplinari, dal momento che – oltre a superare barriere linguistiche – contribuiscono a intraprendere strategie di “alfabetizzazione sanitaria”.

### **6.3 Un sistema nazionale basato su un approccio multidisciplinare e interculturale**

Un altro elemento chiave del progetto in tutti gli interventi è stato l’approccio interculturale e multidisciplinare. Si tratta di due caratteristiche che interagiscono tra loro e che insieme rafforzano la capacità di individuazione, presa in carico e cura della popolazione migrante.

La multidisciplinarietà è da tempo una componente ricorrente in tutti i progetti per una salute pubblica basata su sistemi territoriali. Lo stesso documento del Ministero della Salute *Attuazione delle misure del PNRR* (novembre 2021), parlando delle “Case della Comunità” come “luoghi fisici di prossimità e facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale”, ne sottolinea il “modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso *équipe* territoriali”. Il progetto ICARE ha

applicato la multidisciplinarietà in tutti i suoi percorsi clinici e in generale in tutte le sue attività, affiancando alle dimensioni strettamente sanitarie altre dimensioni legate alla sfera sociale della vita dei beneficiari, grazie alla collaborazione con strutture del Terzo settore impegnate nelle diverse fasi dell'accoglienza.

Il coordinamento e l'interazione fra discipline diverse si è arricchito, come abbiamo visto nelle pagine precedenti, dell'attenzione alle diverse culture di cui i migranti sono portatori. Questo intreccio fra multidisciplinarietà e interculturalismo ha facilitato il dialogo tra i professionisti della salute, i pazienti e in generale i cittadini migranti sia nelle fasi della presa in carico, della diagnosi e dell'applicazione di terapie, sia nelle attività di divulgazione, sensibilizzazione e "alfabetizzazione sanitaria". Per un'efficace interazione fra i professionisti sanitari e la popolazione immigrata si è rivelata molto utile la pratica adottata da ICARE nella formazione, facendo partecipare insieme personale medico, altri professionisti inseriti nei percorsi sanitari e mediatori linguistico-culturali, esperti questi ultimi di un servizio che gli operatori della sanità hanno riconosciuto come uno dei principali punti di forza, permettendo un'efficace presa in carico dei pazienti. L'esperienza delle aziende sanitarie impegnate nel progetto ha mostrato come un modello assistenziale multidisciplinare e interculturale sia il più efficace per una

popolazione di recente immigrazione, di varia provenienza e portatrice di molteplici modelli culturali spesso assai distanti da quello del paese d'accoglienza. Quello che potremmo chiamare "modello multidimensionale ICARE" è divenuto patrimonio delle aziende sanitarie partecipanti, molte delle quali si stanno attrezzando per continuare ad applicarlo anche una volta terminato il progetto.

#### **6.4 Mediatori linguistico-culturali: figure insostituibili per un sistema sanitario inclusivo**

La continuità del "modello multidimensionale ICARE" nelle aziende sanitarie che hanno preso parte al progetto e la sua adozione come riferimento per l'organizzazione dei servizi su scala nazionale incontra il suo limite nell'assenza di un servizio di mediazione linguistico-culturale stabile in gran parte delle aziende sanitarie del nostro Paese. A questo riguardo emergono tre raccomandazioni.

In primo luogo, è necessario diffondere il coinvolgimento dei mediatori linguistico-culturali e il loro inserimento nelle *équipe* interdisciplinari in tutte le aziende sanitarie e in generale in tutti i percorsi sociosanitari di individuazione, emersione, presa in carico, cura e orientamento dei migranti alla salute.

Inoltre, la figura del mediatore deve acquisire, attraverso specifici percorsi formativi, conoscenze e strumenti tali che il suo apporto vada ben al di là della semplice sfera linguistica (interpretariato e traduzione di testi) e possa contribuire al dialogo fra operatori sanitari e persone portatrici di culture, visioni e sensibilità diverse fungendo da “interfaccia culturale”.

È poi necessario che il mediatore linguistico-culturale abbia una buona conoscenza della terminologia sanitaria e diagnostica sì da poter gestire efficacemente il trasferimento e la comprensione delle informazioni dal paziente al personale medico e viceversa.

Infine, nella pratica delle aziende sanitarie che hanno partecipato al progetto ICARE si è posto il problema della presenza dei mediatori linguistico-culturali, che in quasi tutte le realtà territoriali è garantita attraverso prestazioni a chiamata o mediante contratti a termine legati a progetti aventi durata limitata nel tempo. Le funzioni e il “valore aggiunto” che abbiamo brevemente descritto possono manifestarsi appieno solo se queste figure sono stabilmente inserite nell’organico dei servizi territoriali.

Complementare all’attivazione del servizio di mediazione linguistico-culturale è la produzione di strumenti di comunicazione capaci di raggiungere la popolazione immigrata facendo ricorso al

cosiddetto “italiano semplificato” e in generale puntando a rompere le barriere di carattere linguistico, spesso aggravate dall’ulteriore “appesantimento” costituito dalle forme della comunicazione burocratica.

## **6.5 Costruire e consolidare reti orizzontali e verticali**

Un altro risultato raggiunto grazie al progetto ICARE è stato il fatto di aver stimolato l’attivazione di un **grande lavoro di rete** e di confronto non solo tra i diversi attori che operano nelle aziende sanitarie e nei diversi livelli del sistema sanitario, ma anche con tutti gli altri soggetti esterni che a vario titolo si occupano di richiedenti e titolari di protezione internazionale: servizi comunali, assistenti sociali, centri d’accoglienza, scuole di lingua italiana per stranieri, associazioni, organizzazioni del Terzo settore. Tramite la presenza di personale dedicato, ICARE ha dunque permesso di rafforzare le reti di collaborazione laddove erano già esistenti e di crearne di nuove dove erano assenti. Inoltre, nel corso del progetto c’è stata anche la possibilità e la capacità di collaborare con altri progetti presenti nei territori coinvolti e aventi come beneficiari la stessa fascia di popolazione, creando importanti sinergie, scambio di informazioni e coordinamento fra le attività.



## POSTFAZIONE 1 – ICARE dopo ICARE

*Rosa Costantino – project manager ICARE*

In ICARE il tema della salute è stato trattato non come problematica ma come valore, come una responsabilità condivisa: viene visto come esercizio di qualità, che si riflette necessariamente sull'intera comunità. Non si percepisce la salute come mera assenza di malattia ma come dimensione individuale e al tempo stesso comunitaria che permette e garantisce ai soggetti di vivere una vita al meglio delle loro possibilità.

È importante sottolineare la multidimensionalità della salute e la necessità quindi di adottare un vero e proprio paradigma bio-psicosociale il quale prevede il coinvolgimento e il lavoro in *équipe* di molteplici figure professionali appartenenti a varie discipline (mediatore, assistente sociale, ostetrica, medico, ecc..). Si rimarca a tale proposito, l'importanza di obiettivi comuni e condivisi, a partire da competenze diverse ma con un approccio integrato, che con il supporto del mediatore linguistico-culturale possa effettuare una presa in carico globale.

ICARE, attraverso i suoi percorsi di presa in carico ha risposto alle esigenze di più di ottomila persone. I suoi effetti sono evidenti e le

competenze apprese dagli operatori e la proposta di modello organizzativo messo in atto non si esauriranno con la conclusione del progetto. ICARE ha difatti creato ed implementato una “comunità di cura” sostenibile e trasferibile anche in altri contesti territoriali.

Tutte le nozioni e l’esperienza vissuta dai singoli operatori non andranno perse, rimarranno nel territorio, verranno fornite ad altri utenti. Coloro che avranno usufruito delle azioni implementate da ICARE potrebbero svolgere il ruolo di “*peer educator*” informando e orientando nel complesso sistema dei servizi sanitari chi si trova nella condizione in cui si sono trovati per primi.

Nella società in cui viviamo composta da tanti paradigmi sociali che tentano di imporre regole su come vivere, alimentando pregiudizi che sono difficili da estirpare, il progetto non si è posto “soltanto” obiettivi concreti di risoluzione operativa a problematiche, ma è divenuto un punto di partenza per un cambiamento di prospettiva sia nei confronti del rifugiato e del richiedente protezione internazionale sia per quanto riguarda l’organizzazione stessa dei servizi.

ICARE pone le sue basi su un solido Sistema Sanitario Nazionale che pur con notevoli differenze regionali garantisce l’esercizio del diritto

alla salute attraverso le aziende sanitarie territoriali. I servizi e il capitale umano esistevano già, ICARE non ha stravolto nulla ma ha lavorato efficacemente in rete secondo una logica trasformativa del sistema salute, supportando la riorganizzazione dei servizi in ottemperanza alle Linee Guida ministeriali per l'accoglienza sanitaria di persone provenienti da mondi diversi con varie o specifiche esigenze di salute. Questo progetto ha dimostrato che con piccoli cambiamenti si possono concretizzare grandi differenze nell'accesso, nell'assistenza e nella cura non solo dei richiedenti e titolari di protezione internazionale ma dei migranti tutti e anche dell'insieme della comunità di cura, di tutti coloro che quotidianamente lavorano, con scienza e coscienza, per tutelare la salute di queste persone.

## **POSTFAZIONE 2 – Le lingue, la comunicazione, la salute**

*Federico Marco Federici – University College London, Regno Unito*

In questa postfazione mi prefiggo l'obiettivo di offrire alcune riflessioni sul significato dell'approccio alla comunicazione multilingue adottato dal progetto ICARE. Tali riflessioni verranno fatte su tre tematiche centrali: la prima incentrata sull'importanza delle strategie comunicative dei membri della rete creata dal progetto ICARE, dettate da principi di accessibilità e chiarezza di informazioni; la seconda si sofferma sulla necessità di riprodurre l'approccio ICARE all'interno dell'Unione Europea; e la terza considera la necessità di sviluppare una valutazione sistematica dell'impatto di Linee Guida specifiche sulla comunicazione dei rischi alla salute presso popolazioni multilingue, specie popolazioni migranti con vari livelli di istruzione e integrazione.

Attraverso le attività di ricerca del progetto STRIVE, *Sustainable Translations to Reduce Inequalities and Vaccination Esitancy*, finanziato dalla British Academy, il dr. Andrea Ciribuco (*National University of Ireland, Galway*) e il sottoscritto siamo venuti a conoscenza delle attività del progetto ICARE in Italia. Il progetto

STRIVE si prefiggeva di analizzare se diversi modi di traduzione (interlinguistica, tra lingue diverse) o intra-linguistica (sottotitoli, descrizioni audio) permettessero un miglior accesso ad informazioni tra gli stranieri residenti in Italia durante la campagna di vaccinazione contro il Covid-19. Con STRIVE conducevamo un'analisi a campione delle pratiche adottate nell'area metropolitana di Roma e nella regione Emilia-Romagna. Attraverso questi canali siamo venuti a conoscenza dell'attività del progetto ICARE. Da principio sono emersi riferimenti alle attività di organizzazioni e individui associati al progetto ICARE da interviste con rappresentanti di organizzazioni del Terzo settore, successivamente abbiamo intervistato in maniera anonima e indipendente mediatrici e mediatori linguistico-culturali che hanno partecipato alle attività del progetto ICARE.

Da una decina di anni in convegni e attività di ricerca mi occupo di strategie di comunicazione multilingue in contesti di emergenza e negli ultimi anni delle Linee Guida che dovrebbero sostenere enti, istituzioni locali, nazionali, internazionali e organizzazioni della società civile nel permettere un accesso egualitario alle informazioni per chi non parli la lingua più usata nell'area geografica dove avviene un disastro, o si verifica un'emergenza. Da queste attività emerge con chiarezza che le strategie comunicative

multilingue più efficaci, nascono da azioni locali ed effimere. Ciò comporta dei problemi in termini di prontezza (*readiness*) e preparazione (*preparedness* o prevenzione) nei confronti di emergenze successive, dato che iniziative effimere nate in contesti di emergenza sono più difficilmente replicabili in quanto il personale e/o le risorse vengono solitamente disperse nel momento in cui l'emergenza cessa. Le attività del progetto ICARE dimostrano come ci siano alternative a queste lacune, con una rete di comunicazione preesistente si crea un potenziale strategico notevolissimo per creare forme di comunicazione multilingue efficaci in contesti sanitari, e dunque in contesti di emergenza per contrastare rischi alla salute.

Il progetto ICARE come descritto dalle mediatrici e dai mediatori linguistico-culturali intervistati e da un'analisi sistematica della documentazione che, il progetto rende disponibile sul suo sito ufficiale, si distingue in quanto la strategia adottata ha al centro due principi chiave: molteplicità di modalità di divulgazione (messaggi, videomessaggi, interpretariato, traduzione) e molteplicità di canali di trasmissione delle informazioni (*social media*, *open-access* su sito web e su telefono cellulare).

Benché il progetto ICARE sia incentrato sui bisogni di migranti con specifico *status* legale (rifugiati e richiedenti asilo), è chiaro che ha offerto accesso ad informazioni multilingue e multiformato a stranieri e italiani che desiderassero comprendere meglio le regole in vigore durante la pandemia e le modalità d'accesso alla vaccinazione. L'uso di una "varietà di italiano non burocratica", chiara ed accessibile è al servizio di ogni persona, a prescindere dallo stato legale di cittadinanza.

Analizzando le attività del progetto dal 2019 in avanti si distinguono chiaramente alcune pratiche mirate e di successo precedenti la risposta d'emergenza durante la pandemia. Queste pratiche ICARE rappresentavano un punto di partenza avvantaggiato nel momento in cui la chiusura totale dovuta alla circolazione del coronavirus in Italia dal febbraio 2020 ha imposto la necessità di informare tutta la popolazione sul territorio. Per creare strategie multilingue davvero efficaci – come è emerso per esempio dalle attività di organizzazioni in contesti specifici quale la rete neozelandese CLING sviluppatesi dopo il terremoto del 2010 a Christchurch, – bisogna considerare elementi portanti nel tessuto sociale: il livello di istruzione, il livello di integrazione sociale, la volontà di gruppi ed individui multilingue di partecipare attivamente nella società in cui si trovano a essere "nuovi arrivati" (questo si applica tanto a immigrati "sociali" ed

“economici” quanto a richiedenti asilo e rifugiati, ma con modalità diverse). Il mancato accesso ad informazioni non è volontario ma è dettato da modelli di comunicazione ancora incentrati su relazioni lingua-nazione-Stato che poco riflettono la realtà del ventunesimo secolo, dove si combinano gli effetti della globalizzazione economica e quelli della propensione nel DNA dell’*homo sapiens* a migrare, muoversi, esplorare e trovare nuove, migliori condizioni di vita. La combinazione degli effetti del movimento delle genti e della globalizzazione ha portato alla creazione di società e realtà multilingue. Tuttavia, le società restano geograficamente regolate da forme di monolinguisma legale e istituzionale. Solo enti soprannazionali come l’Unione Europea possono permettersi un multilinguisma legale su decine di lingue, per la maggior parte degli Stati la legge e le pratiche di governo dipendono da una sola lingua ufficiale (o una manciata di lingue ufficiali). Eppure, queste regolano ora la vita di popolazioni sempre più multilingue. Insomma, non si può continuare a considerare il plurilinguisma dell’individuo e il multilinguisma della società come barriere alla comunicazione, ma piuttosto uno *status quo* nel quale operare con nuovi atteggiamenti e approcci, soprattutto quando dalla comunicazione dipenda la riduzione dei rischi alla salute della comunità locale e nazionale in aggiunta a quelli degli individui.



Rileggendo le trascrizioni delle interviste con il personale associato al progetto ICARE emergono esempi, efficaci e riproducibili, di eleganti soluzioni alle necessità di comunicare con utenze multilingue. Per esempio, operare con ambulatori o cliniche mobili per la vaccinazione in presenza di mediatori linguistico-culturali in loco, o in accompagnamento fino al centro vaccinale stesso, risponde a un bisogno concreto riscontrato nella popolazione. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni sin dalle prime fasi della campagna di vaccinazione segnalava un problema di accesso ai vaccini dettato da barriere burocratiche e linguistiche. Spesso alla scarsa alfabetizzazione di alcuni stranieri sul territorio corrisponde una difficoltà di comprensione del materiale informativo in italiano *standard* o addirittura burocratico, condizionato ulteriormente dalla presenza di barriere amministrative all'accesso alla vaccinazione e in generale alla tutela della salute connesse con lo stato di residenza e cittadinanza e il rilascio della tessera sanitaria. Soluzioni efficaci venivano descritte dai partecipanti intervistati nel progetto STRIVE secondo una prospettiva di prevenzione sia sanitaria sia pratica che eviti perdite di tempo costose in contesti di emergenza sanitaria. Per esempio "il progetto ICARE cerca sempre anche di garantire la presenza di mediatori linguistico-culturali in loco, ad esempio durante le sedute vaccinali. Questo perché non necessariamente [...] i beneficiari sanno leggere o scrivere anche

nella propria lingua d'origine" (partecipante 26). Sono inoltre state intraprese altre attività di ottimizzazione, con la condivisione di materiale scritto in traduzioni che fossero uniformi e riutilizzate su tutto il territorio, evitando ritardi e sprechi di risorse.

L'inclusione di mediatrici e mediatori linguistico-culturali nei processi decisionali su come tradurre qualcosa e la formazione di questi operatori facilitano il consolidamento professionale del rapporto lavorativo e migliorano le pratiche di comunicazione. Come riportano i mediatori, laddove possibile si cerca l'assunzione in organico (l'opzione migliore è quella a lungo termine, come è nella ASL Roma 1). La formazione interdisciplinare e la collaborazione creano fidelizzazione e interazioni migliori tra mediatrici e mediatori linguistico-culturali e personale medico.

Inoltre, l'uso della lingua semplificata (nel caso di ICARE, l'italiano semplificato), rappresenta un'intuizione essenziale: si sa che questo strumento facilita l'accesso anche a chi la lingua principale la parla, e permette di sostenere quel processo di integrazione e partecipazione che, per esempio in Italia, si definisce anche attraverso le competenze linguistiche. Il quadro normativo in Italia è diventato molto chiaro: le necessità di accesso a servizi di traduzione, interpretariato e mediazione linguistico-culturale

dovrebbero diminuire nel tempo passando da competenze A1 nell'italiano fino a competenze a livello B1 che permettono l'accesso alla richiesta di cittadinanza italiana. Inoltre, la capacità linguistica degli individui e il multilinguismo vengono assimilati dalla Società di Linguistica italiana a valori intrinseci di universalismo e rispetto— un parallelo con gli stessi principi universalistici del sistema sanitario nazionale. Il Gruppo di Lavoro sulle politiche linguistiche della Società di Linguistica italiana lo descrive con esattezza nel 5° principio: “Il plurilinguismo degli individui e il multilinguismo delle società e dei paesi è un valore da tutelare e promuovere in una prospettiva che voglia essere democratica: a esso dunque occorre ispirare analisi e proposte in materia di pratiche educative, politiche linguistiche implicite o esplicite e promozione di studi e ricerche, fatta salva l'opportunità storica e civile di assicurare e promuovere altresì, per quanti lo vogliano, la convergenza dei cittadini di uno stesso paese multilingue verso l'apprendimento e l'uso di una stessa lingua negli usi pubblici e ufficiali”.

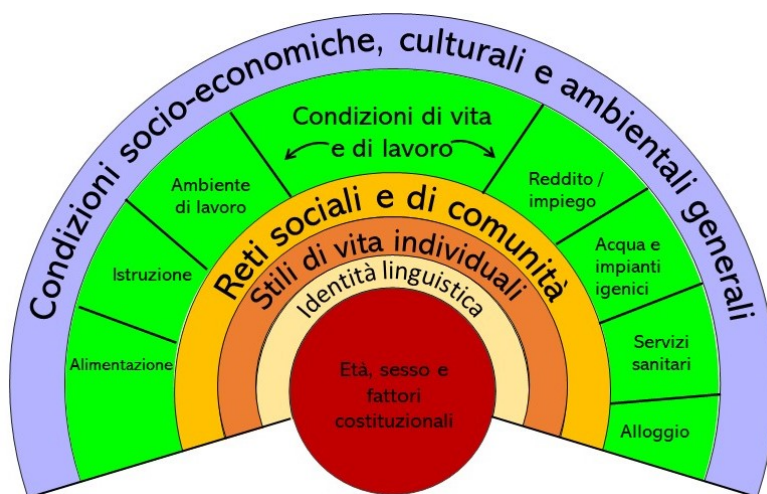
Analizzando l'approccio adottato dal progetto ICARE, con l'inclusione dell'italiano semplificato e di materiali riutilizzabili (glossari), la rete del progetto ICARE implicitamente fa suoi i principi del millenario multilinguismo della penisola italiana. In tal modo, con pratiche che legano efficacia comunicativa e sostegno medico-

sanitario, ICARE si proietta nel futuro creando forme di collaborazione sulle quali modellarsi e materiali da riprodurre.

Ci si augura che consolidando il lavoro svolto e migliorandolo ulteriormente a partire dalle intuizioni dei coordinatori locali e nazionali del progetto si configuri come un modello ripetibile. Sarebbe davvero necessario costruire sull'approccio multidisciplinare alla preparazione e alla collaborazione. La pandemia ha dimostrato come nel settore sanitario non solo esistono tutte le pressioni ordinarie di bilancio, ma esistono limiti oggettivi nelle risorse umane: in Italia, come nella sanità di molti paesi dell'Unione Europea, l'esperienza della pandemia dovrebbe stimolare un dibattito sull'impatto a lungo termine della pandemia sul personale sanitario. Il numero di medici, infermieri e personale sanitario è un numero finito: le loro ore lavorative sono un numero finito. Non ci si può aspettare che il sistema resti in tensione e funzionante a lungo termine quando si aggiungono ore e richieste aggiuntive nel comunicare in maniera efficace e multilingue. Per farlo bene servono meccanismi oliati e funzionali come l'integrazione di supporti linguistici e di mediatrici e mediatori linguistico-culturali nelle pratiche preventive e *standard*. ICARE ha dimostrato come con una preparazione congiunta ci siano guadagni per mediatrici e mediatori linguistico-culturali e personale medico.

La capacità di ridurre i tempi di consultazione, senza ridurre la qualità diagnostica delle consultazioni, per esempio, sarà un ostacolo per molti mesi successivi alla pandemia e resterà un problema costante.

La seguente figura mostra “L’arcobaleno dei determinanti sociali della salute”



Adattato da: Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021), *The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows*. *Public Health*.

Pertanto, la capacità di formare mediatrici e mediatori linguistico-culturali risulta essere uno degli elementi di innovazione di maggiore portata di un progetto che ha raggiunto e sorpassato gli obiettivi presupposti. Il progetto ICARE, visto da chi lavora sulla comunicazione multilingue, risulta un approccio da ritenere esemplare e da consolidare anche in virtù del richiamo alla legislazione vigente per quanto riguarda l'integrazione.

In termini di politiche linguistiche, il Decreto del Presidente della Repubblica n.179 del 14 settembre 2011 (Regolamento concernente la disciplina dell'accordo di integrazione tra lo straniero e lo Stato), stabilisce i principi giuridici che regolano l'uso della lingua in relazione all'immigrazione. La conoscenza della lingua italiana deve essere considerata un prerequisito essenziale per l'integrazione. Tuttavia, la conoscenza di una lingua non avviene in tempi brevi e il DPR 179/2011 riconosce questa realtà stabilendo i passaggi graduali necessari per gli stranieri che intendano vivere e lavorare in Italia (compresi i rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti socioeconomici). Questi passaggi permettono agli individui di emanciparsi dalla necessità di ricorrere all'interpretariato, alla traduzione e ad altre forme di intermediazione linguistica per ottenere la residenza permanente o la cittadinanza in Italia. Il DPR spiega come lo Stato italiano stipuli un contratto legale con i

residenti stranieri che intendono integrarsi nella Repubblica. Il DPR prevede l'eventuale attribuzione (art. 2, comma 2) di "crediti" per la competenza nella lingua, nella cultura e nella conoscenza delle istituzioni italiane nell'ambito del percorso per l'ottenimento del futuro visto permanente, ai sensi dell'art. 5 della legge 25 luglio 1998, n. 286, che disciplina lo *status* degli immigrati in Italia. Il DPR presuppone quindi una graduale emancipazione dal ricorso a traduzioni, interpreti e mediatori linguistico-culturali. Per i cittadini extracomunitari è prevista una competenza A2 in italiano - secondo il Quadro comune europeo di riferimento per le lingue - nonché una "sufficiente comprensione" della vita civile in Italia in materia di sanità, scuola, servizi sociali, lavoro e fisco (art. 2, comma 4, lettera b), e l'obbligo di mandare a scuola i figli minorenni (quindi tutti i figli in età scolare) (art. 2, comma 4, lettera c).

Il progetto ICARE ha offerto informazioni e creato soluzioni che sostengano queste pratiche graduali di integrazione, con l'inclusione fondamentale dell'italiano semplificato. Sia da un punto di vista legislativo, che dal punto di vista dell'orgoglio dell'individuo nel volere usare la lingua dell'identità acquisita, questa strategia di comunicazione offre un riconoscimento dell'ottenuta emancipazione, senza correre il rischio di non far raggiungere messaggi importanti a richiedenti asilo, rifugiati, e, in ultima sede,

coloro che usano l'italiano come seconda lingua. Questa scelta di includere una mediazione intralinguistica, cioè spiegando l'italiano ufficiale con una varietà linguistica più accessibile, rappresenta un riconoscimento della complessità del multilinguismo in Italia.

Il progetto STRIVE mirava a capire se pratiche di traduzione efficaci possono contribuire a ridurre l'impatto delle differenze linguistiche considerando queste ultime come fattori che determinano tassi più bassi di adozione del vaccino tra i migranti a Roma e nella regione Emilia-Romagna. L'esitazione vaccinale dipende da molteplici fattori, tra cui la disponibilità di informazioni affidabili e attendibili in un formato, una lingua e un canale di comunicazione a cui i migranti possano accedere. In aggiunta ai fattori di esitazione che possono influenzare le scelte personali, già nell'inverno 2021, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni mise in guardia sulla presenza di ostacoli pratici per chi avesse voluto vaccinarsi. Infatti, se la legge italiana garantisce la parità di accesso, la disuguaglianza vaccinale può essere determinata da questioni burocratiche o pratiche di non facile comprensione per chi conosce da poco o in maniera limitata il sistema sanitario italiano e la lingua italiana.

Si diceva di come nell'ambito di STRIVE si sia condotto uno studio qualitativo sul ruolo delle lingue preferite dai migranti in relazione



all'accesso alle campagne di salute pubblica e vaccinazione anti Covid-19 in Italia. Attraverso le attività del progetto STRIVE ci si è ritrovati a valutare il lavoro svolto dai partner del progetto ICARE. Si sono poi paragonate le strategie di comunicazione in Italia, specialmente le aree di eccellenza sviluppatesi intorno al progetto ICARE, e quelle adottate in Francia e nel Regno Unito. Nel paragonare le diverse pratiche, si è proposta una raccomandazione che colloca le attività del progetto ICARE come un modello da riprodurre. Si è raccomandato di creare strategie di comunicazione con la popolazione straniera multilingue, creando molteplici formati e modalità per comunicare le informazioni, utilizzando svariati canali di comunicazione, seguendo un "modello" ICARE. Sarebbe auspicabile che l'approccio sviluppato durante gli anni del progetto ICARE confluisca in una ripianificazione di Linee Guida nazionali per le strategie di comunicazione multilingue in ambito sanitario e d'emergenza.

Ci sono prove che ICARE abbia avuto successo rispetto ad altri sistemi non integrati e condivisi come le reti di collaborazione tra personale sanitario, mediatori linguistico-culturali, comunità linguistiche dei migranti e collaborazioni con le organizzazioni della società civile. Tuttavia, questo tipo di successo ad oggi non può essere misurato con esattezza, né studiato statisticamente, se ne

può discutere con stime e analisi comparative discorsive e approssimative. Purtroppo, le strategie comunicative del progetto ICARE rappresentano una forma di *good practice*, riflettendo nelle scelte fatte, nelle collaborazioni con le mediatrici e i mediatori linguistico-culturali e nelle modalità, quelle che erano presentate come pratiche efficaci oppure raccomandazioni per migliorare la comunicazione presentate da studi esistenti nel settore della comunicazione di emergenza in contesti multilingue. Ma c'è una necessità urgente di creare forme efficaci di misurare quantitativamente quale sia l'impatto di strategie di comunicazione multilingue integrate come quelle sviluppate dal progetto ICARE.

L'influenza del progetto in questi termini e la sua eredità linguistica in ambito sanitario sarà longeva, questo è certo. E si spera che da un punto di vista del monitoraggio possa portare alla creazione di sistemi di valutazione con parametri sistematici e scientificamente credibili. La mia intuizione è che questo modello funzionerebbe se replicato; riuscire ad influenzare Linee Guida nazionali in Italia e Linee Guida europee sul modello ICARE potrebbe dipendere da un sistema esterno di valutazione della qualità dell'impatto su basi quantitative. Ci si deve auspicare che nuovi approcci emergano da ricercatrici e ricercatori in progetti multidisciplinari, come

necessario nella comunicazione in un campo complesso come quello della sanità.

Adottando una strategia comunicativa interna e con le utenze (richiedenti asilo, rifugiati e stranieri con competenze limitate in Italiano), il progetto ICARE ha ribaltato una delle condizioni standard: l'accesso ai servizi imperniato su strategie comunicative concordate e coordinate ha evitato di aggiungere la lingua alle altre problematiche tecniche specialistiche – acquisto ambulanze per la vaccinazione, creazione di ambulatori ad hoc per la diagnosi, prevenzione, esitazione vaccinale, eccetera.

Il progetto costituisce un chiaro esempio di come l'accesso alle informazioni in italiano semplificato, in formato multilingue, tramite canali diversi, con modalità multiple rappresentino modalità praticabili, riutilizzabili e sostenibili per contribuire a processi di integrazione dei migranti. Tali pratiche operano nel rispetto delle normative vigenti e dei principi costituzionali del diritto alla salute e dell'obbligo di non discriminare per lingua e cultura nessuno dei residenti sul territorio della Repubblica Italiana, che siano cittadini, turisti, nuovi arrivati, o persone di passaggio. Inoltre, il progetto ha raccolto le raccomandazioni che emergono da Linee Guida recenti dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità: la promozione di

un'amalgamazione del lavoro delle mediatrici e dei mediatori linguistico-culturali all'interno delle strategie di tutela alla salute, considerando gli aspetti culturali come importanti strumenti nella diagnosi, prognosi, e anamnesi dell'individuo e di gruppi sociali. Il progetto ICARE ha usato strategie comunicative che corrispondono alle migliori forme di utilizzo di mediatori linguistico-culturali in base alle 10 Raccomandazioni INTERACT (illustrate in Federici et al., 2019), di cui costituiscono un'illustrazione ideale di come esse funzionino nella pratica.

Per molti aspetti il progetto ICARE dimostra come ponendo una giusta attenzione sulla strategia comunicativa condivisa, che permetta l'accesso ad informazioni in lingua, formato e tramite canali accessibili, si dia modo sia a chi tutela la salute dei migranti sia ai migranti di ritrovarsi ad accedere ai servizi in maniera più semplice e diretta. Con un approccio come quello del progetto ICARE, le differenze linguistiche ripristinerebbero una visione del multilinguismo più realistica, cioè come una condizione normale e *sine qua non* dell'essere umano, invece di postularla come un'insormontabile barriera. Con reti di perfezionamento e collaborazione sulla formazione dei mediatori linguistico-culturali e sulla collaborazione con essi per il personale sanitario, la lingua potrebbe tornare ad essere un elemento sullo sfondo piuttosto che

un ulteriore problema da risolvere che impedisce al personale medico e sanitario di esercitare il loro ruolo di tutela alla salute di tutti.

## **ALLEGATO 1 – Il sistema di monitoraggio utilizzato dal progetto**

Il progetto è stato sottoposto a un costante monitoraggio trimestrale a livello delle singole aziende e delle singole regioni partecipanti, sulla base di una reportistica predisposta dalla Commissione Europea, assemblata e compilata dai coordinatori regionali in un file unico inviato all'ufficio di coordinamento. L'elaborazione finale del rapporto trimestrale, la creazione di uno *slideshow* come attestazione fotografica delle azioni compiute e l'elenco di tutti gli *output* corrispondenti a quanto dichiarato dal rapporto delle regioni partner, sono curati dal coordinamento nazionale che provvede a inviare un documento unico alla Commissione Europea per approvazione.

Nello specifico, il rapporto è così composto: una parte scientifica, comprendente la descrizione delle attività progettuali implementate nel trimestre e il monitoraggio degli indicatori regionali di esito e di processo; una parte amministrativa, che illustra l'andamento di spesa del trimestre sul totale del *budget*. Sono previsti momenti di confronto diretto con i gruppi operativi di progetto regionali e transregionali, strutturati per la verifica degli

*outcome* e la pianificazione delle eventuali azioni correttive individuate a livello locale.

Al fine di monitorare le azioni implementate nelle regioni partner, il coordinamento effettua visite trimestrali alle aziende coinvolte nel progetto. La pandemia e le restrizioni alla mobilità hanno impedito questa tipologia di verifica: per superare questa criticità e continuare nel lavoro di supervisione da parte del coordinamento, è stato creato uno spazio *cloud* in cui le aziende hanno inserito la documentazione da loro prodotta, e gli incontri sono avvenuti *online*.

Quali momenti per il confronto e la condivisione, si svolgono con regolarità incontri dei *board* nazionale e regionali di progetto al fine di documentare e dare evidenza dei risultati raggiunti. Sono stati puntualmente trasmessi alla Commissione Europea 14 *technical interim report* e altrettanti *slideshow*, tutti valutati positivamente, e sette emendamenti di variazione, tutti approvati. Al termine del progetto, previsto nel settembre 2022, il coordinamento dovrà provvedere ad elaborare e inviare il report di rendicontazione finale.

## **ALLEGATO 2 – Proposta per una formalizzazione della figura del mediatore linguistico-culturale nell’ambito del Sistema Nazionale di Salute<sup>1</sup>**

La complessità organizzativa del sistema sanitario non facilita un regolare e adeguato accesso da parte dell’utenza migrante, le informazioni spesso sono scarse e di difficile comprensione e la particolare interazione tra paziente e curante spesso si scontra con una comunicazione non onnicomprensiva dimenticando o sottovalutando che da una chiara comunicazione può dipendere il benessere complessivo dell’individuo che si ha davanti. Anche un semplice orientamento ai servizi attiva importanti processi di *empowerment* per il migrante, e facilita il lavoro degli operatori sanitari tutti, non ultimi quelli di *front office*.

La mediazione linguistico-culturale – che ancora non è presente in tutte le aziende sanitarie del nostro Paese – andrebbe meglio definita e formalizzata, affinché il mediatore possa vedersi

---

<sup>1</sup> Questo Allegato presenta la proposta operativa elaborata da mediatori linguistico-culturali attivi nel Progetto ICARE e consegnata nel giugno 2022 all’INMP.



riconosciuto un ruolo ben definito sia dall'utenza sia dai professionisti della sanità.

La figura del mediatore svolge compiti importanti nella relazione di cura così come nelle attività di prevenzione o di orientamento ai servizi; proprio per questo motivo crediamo ci sia bisogno di competenze specifiche in questo campo e che quindi, per svolgere il proprio lavoro in modo appropriato in ambito sanitario, è necessario aggiungere alle proprie competenze (formative ed esperienziali), una specifica formazione erogata da enti qualificati.

Mediatori linguistico-culturali impegnati in ICARE hanno elaborato una proposta che è stata consegnata nel giugno 2022 alla direzione dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP), istituzione pubblica creata dal Ministero della Salute il cui obiettivo strategico è “validare e promuovere modelli d'intervento in grado di assicurare il diritto alla salute anche alle fasce più svantaggiate della popolazione italiana e straniera, attraverso un approccio transculturale e orientato alla persona che si fonda anche sulla presenza di figure chiave, non attualmente previste dal Sistema Sanitario Nazionale, quali il mediatore linguistico-culturale

esperto in ambito sanitario” (<https://www.inmp.it/ita/Chi-Siamo/L-Istituto/Gli-obiettivi-e-la-mission>).

La proposta parte dalla necessità di promuovere la creazione di un profilo nazionale del mediatore linguistico-culturale in ambito sanitario e sociosanitario: oltre a suggerire ambiti di competenza, capacità e conoscenze necessarie, la proposta prevede anche la creazione di una banca dati nazionale dei mediatori linguistico-culturali in ambito sanitario che dia la possibilità alle organizzazioni sanitarie di avere a disposizione personale competente e qualificato.

Le seguenti tabelle riportano i requisiti ritenuti necessari dagli estensori del documento.

<b>Proposta di profilo generale del mediatore linguistico-culturale</b>		
<b>Ambiti di competenza</b>	<b>Capacità</b>	<b>Conoscenze</b>
<b>Accoglienza utente straniero</b>	Identificare disagi e bisogni individuali non dichiarati esplicitamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura e lingua italiana parlata e scritta.</li> <li>• Cultura e lingua straniera veicolare parlata e scritta.</li> <li>• Fenomeni dei processi migratori</li> </ul>
	Interpretare la domanda dell'utente straniero e la natura dei bisogni, tenendo conto delle risorse valorizzabili nei diversi contesti di riferimento.	
	Riconoscere caratteristiche e condizioni culturali, personali e	

<b>Proposta di profilo generale del mediatore linguistico-culturale</b>		
<b>Ambiti di competenza</b>	<b>Capacità</b>	<b>Conoscenze</b>
	<p>professionali dell'utente straniero.</p> <p>Tradurre bisogni e risorse proprie dell'individuo in percorsi di orientamento e accompagnamento alla rete dei servizi presenti sul territorio.</p>	<p>del territorio di riferimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatica di base.</li> <li>• La sicurezza sul lavoro: regole e modalità di comportamento (generali e specifiche).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assistenza relazione utente straniero/ servizi</b></li> </ul>	<p>Adottare le modalità più adeguate ad agevolare utente ed operatore nelle operazioni di espletamento di procedure amministrative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principali caratteristiche utenti stranieri cui si eroga il servizio: usi e costumi, tradizioni, religioni.</li> <li>• Principali diritti e doveri del cittadino.</li> <li>• Principali riferimenti legislativi e normativi in materia di immigrazione.</li> <li>• Responsabilità professionale e competenze tecniche (l'imparzialità, la riservatezza, la sospensione del giudizio, essere in grado di confrontarsi e</li> </ul>
	<p>Impostare un'adeguata relazione di aiuto, al fine di consentire all'operatore dei servizi di adottare comportamenti in sintonia con i bisogni e le specificità dell'utente straniero.</p>	
	<p>Individuare le informazioni necessarie all'utente straniero per orientarsi nella rete territoriale dei servizi, evidenziandone tutte le opportunità.</p>	
	<p>Trasferire all'utente straniero gli elementi essenziali per conoscere la realtà sociale, culturale ed organizzativa del paese ospitante.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tecniche della mediazione linguistico-culturale</b></li> </ul>	<p>Adottare le tecniche comunicative e le modalità comportamentali più adeguate a gestire le diverse situazioni relazionali.</p>	
	<p>Comprendere linguaggio, espressioni culturali e sociali</p>	

Proposta di profilo generale del mediatore linguistico-culturale		
Ambiti di competenza	Capacità	Conoscenze
	(modi di dire, dialetti, ecc.), comportamenti e significati della comunicazione verbale e non verbale dell'utente straniero. Padronanza delle lingue veicolari (lingua madre, italiano e altre lingue veicolari).	<p>lavorare nella complessità, probità morale...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principi comuni e aspetti applicativi della legislazione vigente in materia di sicurezza.</li> <li>• Rete territoriale dei principali servizi pubblici e privati: educativi, sociosanitari, giudiziari, servizi per il lavoro.</li> <li>• Elementi/fondamenti di psicologia della comunicazione.</li> <li>• Fondamenti di tecniche di <i>counseling</i> e di ascolto attivo.</li> <li>• Normativa e procedure italiane ed europee in materia di diritti del migrante</li> <li>• Modelli e teorie di analisi dei bisogni</li> <li>• Tecniche di comunicazione e mediazione</li> </ul>
	Individuare i <i>gap</i> e gli ostacoli linguistico-culturali che impediscono o rendono problematica la relazione comunicativa.	
	Interpretare i codici culturali dei soggetti coinvolti nella relazione (pregiudizi, stereotipi, ecc.) al fine di facilitare lo scambio comunicativo ed evitare l'insorgere di incomprensioni.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo interventi di integrazione</li> </ul>	Adottare le modalità più funzionali a sostenere processi di adeguamento dei servizi rivolti all'utente straniero	
	Definire ed incoraggiare occasioni di incontro e scambio tra culture e sistemi valoriali diversi che promuovano l'educazione interculturale nella comunità locale.	
	Identificare progetti e interventi di integrazione in coerenza con le caratteristiche del territorio al fine di contribuire alla diffusione della interculturalità.	
	Trasmettere sul territorio modelli comportamentali positivi che	

<b>Proposta di profilo generale del mediatore linguistico-culturale</b>		
<b>Ambiti di competenza</b>	<b>Capacità</b>	<b>Conoscenze</b>
	favoriscano processi di inclusione sociale e contrastino fenomeni di discriminazione ed emarginazione.	linguistica e culturale. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecniche di gestione dei conflitti.</li> <li>• Tecniche di progettazione interventi di mediazione.</li> <li>• Tecniche e strumenti di base per la gestione delle relazioni interculturali.</li> </ul>

<b>Ambito di competenza</b> <b>1. Accoglienza utente straniero</b>		
<b>Indicatori</b>	<b>Capacità</b>	<b>Conoscenze</b>
<p>Rilevazione delle caratteristiche biografiche e socioculturali dell'utente straniero.</p> <p>Raccolta bisogni di salute espressi dall'utente straniero.</p> <p>Rilevazione dei segnali di disagio e delle necessità individuali non espresse.</p> <p>Invio alla rete dei Servizi presenti sul territorio. (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta ecc.)</p>	<p>Identificare disagi e bisogni di salute non dichiarati esplicitamente.</p> <p>Interpretare la domanda di salute dell'utente straniero e la natura dei bisogni tenendo conto delle risorse valorizzabili nei diversi contesti di riferimento.</p> <p>Riconoscere caratteristiche e condizioni sanitarie e culturali dell'utente straniero.</p> <p>Tradurre bisogni di salute e risorse proprie dell'individuo in percorsi di orientamento e accompagnamento alla rete dei servizi sanitari.</p>	<p>Principali caratteristiche sanitarie dei paesi di provenienza degli utenti stranieri cui si eroga il servizio.</p> <p>Concetto di salute, disagio mentale, prevenzione, benessere ecc. nella propria cultura.</p> <p>Principali riferimenti legislativi e normativi in materia di sanità.</p> <p>Aggiornamento sul fenomeno dei processi migratori del territorio di riferimento.</p>
<b>Risultato atteso</b>		
Bisogni di salute e risorse dell'utente straniero compresi e circoscritti.		

<b>Ambito di competenza</b> <b>2. Assistenza relazione utente straniero/servizi</b>		
<b>Indicatori</b>	<b>Capacità</b>	<b>Conoscenze</b>
<p>Erogazione di informazioni sulla rete dei servizi territoriali sanitari.</p> <p>Supporto all'utente nella gestione di procedure amministrative e regolamenti in ambito sociosanitario.</p> <p>Sostegno all'operatore dei servizi nella codifica della domanda espressa.</p> <p>Affiancamento dell'operatore nella fase di presa in carico dell'utente.</p>	<p>Adottare le modalità più adeguate ad agevolare utente ed operatore nelle operazioni di espletamento di procedure amministrative in ambito sanitario.</p> <p>Impostare un'adeguata relazione di aiuto, al fine di consentire all'operatore dei servizi di adottare comportamenti in sintonia con i bisogni e le specificità dell'utente straniero.</p> <p>Individuare le informazioni necessarie all'utente straniero per orientarsi nella rete territoriale dei servizi sanitari, evidenziandone le opportunità.</p> <p>Trasferire all'utente straniero gli elementi essenziali per conoscere le modalità organizzative del Servizio Sanitario Nazionale.</p> <p>Supportare le autorità sanitarie durante la fase di erogazione di servizi all'immigrato.</p>	<p>Principali caratteristiche utenti stranieri cui si eroga il servizio: concetto di salute, benessere, ecc. nella propria cultura, servizi sanitari dei paesi di provenienza, ecc.</p> <p>Rete territoriale dei servizi sanitari e sociosanitari.</p> <p>Principali riferimenti legislativi e normativi nazionali e regionali in materia di salute.</p>
<b>Risultato atteso</b>		
Bisogni di salute e risorse dell'utente straniero compresi e circoscritti.		

<b>Ambito di competenza</b> <b>3. Tecniche della mediazione linguistico-culturale</b>		
<b>Indicatori</b>	<b>Capacità</b>	<b>Conoscenze</b>
<p>Ascolto attivo e selezione del registro linguistico in ambito sanitario</p> <p>Attivazione della relazione comunicativa nelle relazioni di cura</p> <p>Supporto comunicativo in <i>équipe</i> multiprofessionali e nelle situazioni di emergenza</p> <p>Traduzioni linguistiche (colloqui con gli operatori, comunicazioni telefoniche, documentazioni, ecc.)</p>	<p>Adottare le tecniche comunicative e le modalità comportamentali più adeguate a gestire le diverse situazioni relazionali in ambito sanitario</p> <p>Comprendere linguaggio, espressioni culturali in ambito sanitario con particolare attenzione all'area della psichiatria transculturale (modi di dire, usanze, ecc.), comportamenti e significati della comunicazione verbale e non verbale dell'utente straniero</p> <p>Individuare i <i>gap</i> e gli ostacoli linguistico-culturali che impediscono o rendono problematica la relazione comunicativa tra medico e paziente</p> <p>Interpretare i codici culturali dei soggetti coinvolti nella relazione (pregiudizi, stereotipi, ecc.) al fine di facilitare lo scambio comunicativo ed evitare l'insorgere di incomprensioni</p>	<p>Terminologia medica di base in entrambe le lingue.</p> <p>Conoscenza dei sistemi sanitari nei paesi d'origine.</p> <p>Regolare aggiornamento su funzionamento delle istituzioni, contesto, e culture dei paesi di origine.</p>
<b>Risultato atteso</b>		
Situazioni relazionali e dinamiche comunicative veicolate.		



<b>Ambito di competenza</b> <b>4. Sviluppo interventi di promozione della salute</b>		
<b>Indicatori</b>	<b>Capacità</b>	<b>Conoscenze</b>
<p>Attivazione di interventi di sensibilizzazione alla promozione della salute.</p> <p>Elaborazione e sperimentazione di iniziative e progetti.</p> <p>Promozione di incontri informativi nella comunità locale.</p> <p>Coordinamento con gli operatori della rete sanitaria per il miglioramento dei servizi.</p>	<p>Adottare le modalità più funzionali alla promozione della salute rivolte all'utente straniero.</p> <p>Definire ed incoraggiare occasioni di incontro e scambio tra comunità e operatori sanitari che promuovano la promozione della salute nella comunità locale.</p> <p>Identificare progetti e interventi di promozione della salute in coerenza con le caratteristiche del territorio al fine di contribuire al benessere dell'individuo.</p> <p>Trasmettere alle comunità sani stili di vita che favoriscano il benessere individuale.</p>	<p>Tecniche di progettazione di interventi di mediazione in ambito sanitario e di promozione della salute.</p>
<b>Risultato atteso</b>		
Proposte e iniziative di promozione della salute elaborate e definite.		

## BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose*. Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali; Coop. Soc. Parsec; Università di Milano-Bicocca; A.O. San Camillo Forlanini; Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre 2016

([www.simmweb.it/attachments/article/909/riconoscimento precoce vit time MGF.pdf](http://www.simmweb.it/attachments/article/909/riconoscimento_precoce_vit_time_MGF.pdf))

AA.VV., *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, Ministero della Salute 2017

([www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2599\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf))

AA.VV., *Modelli organizzativi e percorsi*. ICARE s.d

([www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/152](http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/152))

Baglio, G.; *Linee guida e strategie implementative*. ICARE (presentazione), settembre 2019

([www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/141](http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/141))

CLING, *Guidelines for Using Language and Sign Interpreters - useful tips for Christchurch agencies*. Marzo 2021

([http://www.healthychristchurch.org.nz/media/46578/cling\\_usinginterpretersbrochure.pdf](http://www.healthychristchurch.org.nz/media/46578/cling_usinginterpretersbrochure.pdf))

CLING, *Guidelines for Using Language and Sign Interpreters - useful tips for Christchurch agencies*. Marzo 2021

(<https://www.cling.nz/uploads/1/3/5/7/135745070/clingbestpracticeguidelines.pdf>)

Commissione Nazionale per il Diritto d'Asilo e UNHCR, *L'identificazione delle vittime di tratta tra i richiedenti protezione internazionale e procedure*

di referral. *Linee Guida per le Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale*. 2016 ([www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2021/01/Linee\\_Guida-per-le-Commissioni-Territoriali\\_identificazione-vittime-di-tratta.pdf](http://www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2021/01/Linee_Guida-per-le-Commissioni-Territoriali_identificazione-vittime-di-tratta.pdf))

Consiglio d'Europa, *People on the Move: Human Rights and Challenges for Health Care Systems - Bratislava Declaration on health, human rights and migration*. 2007

([https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial\\_conferences/2007\\_health/20071123\\_declaration\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial_conferences/2007_health/20071123_declaration_en.asp))

Costantino, R.; *Il progetto ICARE* (presentazione ppt). ICARE, ottobre 2021  
Bologna

([www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/1%252F6%252F1%252FD.6dbda82c14f1307eb418/P/BLOB%3AID%3D164/E/pdf?mode=download](http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/1%252F6%252F1%252FD.6dbda82c14f1307eb418/P/BLOB%3AID%3D164/E/pdf?mode=download))

Declercq, C., & Federici, F. M., *Words of Empathy, Access and Relief*. In F. M. Federici & C. Declercq (Eds.), *Intercultural Crisis Communication. Translation, Interpreting and Languages in Local Crises*. Bloomsbury Academic, 2020 (pp. 1-18).

Di Napoli, A., Ventura, M., Petrelli, A., & dell'INMP, P. i., *Effetto della pandemia sulla popolazione immigrata: Primi risultati dal progetto interregionale dell'INMP*. In A. Di Napoli, M. Ventura, & A. Petrelli (Eds.), *Quaderni di Epidemiologia*. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), 2022 (Vol. 4, pp. 50-77).

Di Napoli, A., Ventura, M., Spadea, T., Rossi, P. G., Bartolini, L., Battisti, L., Cacciani, L., Caranci, N., Cernigliaro, A., & De Giorgi, M. *Barriers to Accessing Primary Care and Appropriateness of Healthcare Among Immigrants in Italy*. *Frontiers in Public Health*, 10 n, 2022.

Federici, F. M. (Ed.). *Mediating emergencies and conflicts: frontline translating and interpreting* (1st edition. ed.). Springer, 2016.

Federici, F. M., Gerber, B. J., O'Brien, S., & Cadwell, P. *The International Humanitarian Sector and Language Translation in Crisis Situations. Assessment of Current Practices and Future Needs*. INTERACT Network., 2019 (<http://doi.org/10.53241/INTERACT/001>)

Federici, F. M., O'Brien, S., Cadwell, P., Marlowe, J., Gerber, B., & Davis, O. *INTERACT Recommendations on Policies.*, 2019 (<http://doras.dcu.ie/23880>); <https://www.innoradar.eu/innovation/34508>)

Glenn Flores, et al., *Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters*, in *Annals of Emergency Medicine*. Vol.60, n. 5, novembre 2012, pp. 545-553 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064412001151>)

Ministero della Salute, *Attivazione delle misure del PNRR*. Italia Domani – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, dicembre 2021 ([www.quotidianosanita.it/allegati/allegato701286.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato701286.pdf))

Napier, A. D. A., Depledge, M., Knipper, M., Lovell, R., Ponarin, E., Sanabria, E., & Thomas, F. *Culture Matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy making*. World Health Organization- Regional Office for Europe, 2017 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/culture-matters-using-a-cultural-contexts-of-health-approach-to-enhance-policy-making-2017i>)

O'Brien, S., & Federici, F. M. (2020). *Crisis Translation: Considering Language Needs*, in *Multilingual Disaster Settings. Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 29, 2020, pp. 129-143 (<https://doi.org/10.1108/DPM-11-2018-0373>)

O'Mathúna, D., Parra Escartín, C., Moniz, H., Marlowe, J., Hunt, M., De Luca, E., Federici, F. M., & O'Brien, S. *Ethics Recommendations for Crisis*

*Translation Settings*. In *INTERACT: The International Network on Crisis Translation*., 2019 (<http://doras.dcu.ie/23511/>)

Ripoll, S., Hrynicky, T., Ouvrier, A., Schmidt-Sane, M., Federici, F. M., & Storer, E. *10 Ways Local Governments in Multicultural Urban Settings can Support Vaccine Equity in Pandemics*. *Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP)*, 2022 (<https://doi.org/10.19088/SSHAP.2022.016>)

Russo, M. L., *La formazione come strategia di implementazione: formazione dei formatori e metodologie per l'apprendimento*. ICARE (presentazione), settembre 2019  
([www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/141](http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/141))

Salvaterra, P.; Candiani, G.; Milano, Z. *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza*. INMP – SIMM – ISS 2017  
([www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2624\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf))

Santone, G.; Bacchio, E. *La certificazione medico-legale nell'ambito del diritto d'asilo in Italia La valutazione degli esiti di tortura e violenza intenzionale*. ICARE (s.d.)

(<http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/1%252Ff%252F5%252FD.7c596983659887cbd7db/P/BLOB%3AID%3D155/E/pdf?mode=download>)

SLI. *Sette Tesi per la Promozione di politiche linguistiche democratiche*. *Italiano LinguaDue*, 2013, 5(1), 1-4  
(<https://doi.org/https://doi.org/10.13130/2037-3597/3116>)

Verrept, H. *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* World Health Organization - Regional Office for Europe, 2019.

## Ringraziamenti

Un antico e famoso detto africano ci ricorda che una meta lontana è raggiungibile non se si corre in solitudine ma solo se si cammina insieme. Nulla di quanto ottenuto da ICARE sarebbe stato difatti possibile senza l'impegno quotidiano di professionisti che hanno sempre lavorato insieme, nonostante questi siano stati anni difficili, di lavoro d'emergenza nell'emergenza.

Per questo un ringraziamento sentito va a tutto il personale sanitario e amministrativo delle aziende sanitarie, ai mediatori linguistico-culturali e agli operatori del Terzo settore un grazie anche a tutte le Direzioni delle aziende sanitarie territoriali coinvolte da ICARE, che hanno creduto nel progetto.

Grazie alla Regione Emilia-Romagna che lo ha promosso e coordinato, grazie alle Regioni partner che lo hanno sostenuto e grazie alla DG Home, Migration and Home Affairs della Commissione Europea che ci ha sempre supportato anche nei momenti più bui.

Infine, grazie a tutte le Istituzioni che hanno seguito con interesse il progetto, favorendo la creazione di nuove reti e il consolidamento

di quelle già esistenti, a tal punto da trasformare ICARE in modello da diffondere.

Il Board Nazionale di Progetto

