

**Documento allegato al CONTRATTO ATTUATIVO PER IL SERVIZIO di
MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE E MEDIAZIONE INTEGRATA PER LE ESIGENZE
DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONE TOSCANA- Lotto 4 Servizio mediazione
avanzata Azienda USL Toscana Sud Est CIG 7787538FA4**

1. Il progetto “SAMEDI: Capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali”

Linea di finanziamento: Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico 2 - Obiettivo nazionale 3 Capacity Building – lettera j) Governance dei servizi –Avviso pubblico per la qualificazione del sistema di tutela sanitaria per i servizi rivolti ai cittadini di Paesi terzi portatori di disagio mentale e/o di patologie legate alla dipendenza.

Capofila: Società della salute delle zone Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana

Partner: Azienda UsL Toscana Sud – Est, Università degli Studi di Siena – Dipartimento Scienze Sociali, politiche e cognitive

Ambito territoriale di riferimento- 5 zone distretto dell’area vasta Toscana Sud Est: [Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana](#), Senese, [Alta Valdelsa](#), [Arezzo Casentino-Valtiberina](#), Valdarno

SINTESI DEL PROGETTO

Contesto di riferimento del progetto: i problemi e i fabbisogni su cui intervenire

Nel territorio dell’Azienda UsL Toscana sud est, al 1/1/2018, si contano 89.933 residenti di cittadinanza estera, il 10,8% del totale dei residenti. Dei residenti il 54% è femmina e il 94% proviene da paesi definiti a forte pressione migratoria (PFPM), mentre il 6% da paesi definiti a sviluppo avanzato (PSA). Se quella che raggiunge il nostro paese è una popolazione sostanzialmente sana, vari studi e le esperienze di sorveglianza sanitaria hanno evidenziato che i migranti, esposti alle insidie di una vita marginale sono destinati a un sensibile e rapido peggioramento delle condizioni di salute (“effetto migrante esausto”). Le patologie che più frequentemente si manifestano sono connesse alle condizioni materiali di esistenza, agli stati psichici di stress e depressioni, a eventi traumatici, allo sradicamento dal proprio contesto di origine, alle difficoltà di adattamento e inserimento socio-economico. Il report regionale ARS 2016, mette in evidenza come il tasso di accesso al pronto soccorso per motivi di salute mentale è più elevato fra i cittadini stranieri rispetto agli italiani (6,4 accessi*1.000 abitanti stranieri; contro i 4,7 accessi*1.000 abitanti italiani). Le principali patologie sono: **disturbi nevrotici, psicosi affettive e i disturbi dell’adattamento**. Un altro dato interessante è **lo scarto tra gli accessi al PS a causa di disturbi psichici e l’effettiva presa in carico da parte dei servizi** territoriali di salute mentale (DSM): Il tasso di accesso a quest’ultimi è 10 volte inferiore per gli stranieri. Ciò significa che l’invito al servizio non viene accettato e induce ad interrogarsi sui vari fattori che sono all’origine. Anche per quanto riguarda i servizi territoriali per le dipendenze SERD solo una minoranza di cittadini terzi riescono a fruire delle prestazioni dei servizi e rimanere in trattamento per la necessaria continuità della cura. Sulla base di una breve indagine preliminare condotta attraverso una serie di interviste a testimoni privilegiati (referenti dei servizi pubblici, mediatori, coordinatori dei servizi) in 5 zone distretto dell’area vasta Toscana Sud Est (cfr. 6.1), i fattori più importanti che limitano l’accesso ai servizi sono: **resistenza culturale: si accede solo per un’assistenza medica corporea** facendo fatica a riconoscere il proprio disagio psichico; **diffidenza: la possibilità di essere accolti attraverso un ascolto “diverso” più personale, presenta spesso un notevole grado di scetticismo; problema linguistico** difficoltà di comunicazione e difficoltà di base nel conoscere e comprendere il funzionamento dei servizi. Sul fronte dei servizi si **riscontra invece una mancanza di preparazione:** fatica ad adeguare strumenti di analisi e pratiche di lavoro a persone provenienti da culture profondamente diverse. L’operatore dei servizi

è un professionista formatosi attraverso modelli che contengono riferimenti scientifici, culturali e sociali tipici della cultura di appartenenza, portatore di un bagaglio di conoscenze e pratiche non sempre adeguate a rispondere alle complesse questioni connesse agli odierni fenomeni migratori. Alla luce dello scenario sopra descritto risulta evidente la necessità di:

1) promuovere politiche di accesso al servizio territoriale e migliorare l'offerta anche delle prestazioni sociali, visto che l'intreccio tra aspetti sociali, legali e sanitari, già tipico delle dipendenze, è ancora più rilevante nelle situazioni di immigrazione; 2) Rafforzare le conoscenze e le competenze interculturali degli operatori sanitari;

3) promuovere attività di prevenzione e diagnosi precoce per l'invio mirato ai servizi territoriali

Il progetto si inserisce all'interno del percorso intrapreso da COESO e ASL Toscana Sud Est per il superamento delle barriere linguistiche e culturali che ostacolano la tutela e la promozione della salute delle persone straniere, portato avanti anche grazie a finanziamenti FAMI. Facendo tesoro dell'esperienza maturata il progetto intende promuovere un nuovo modello di prevenzione e presa in carico dell'utenza straniera, basato su 3 linee portanti: 1) La costruzione di un sistema di comunità, che coinvolga direttamente gli enti pubblici e del privato sociale, comprese le associazioni di migranti, per migliorare sia la capacità di accesso dei cittadini terzi ai servizi sanitari che la capacità dei servizi stessi di dare risposta e di intercettare in maniera proattiva i bisogni con lo sviluppo in rete di attività mirate di prevenzione e riabilitazione; 2) L'empowerment degli operatori dei servizi di salute mentale e SERD impegnati sia nei processi di cura che nella prevenzione primaria, attraverso una formazione sul campo finalizzata all'acquisizione di un approccio transculturale che tenga conto della complessità dell'altro e dei differenti orizzonti culturali di riferimento. 3) Interventi di prossimità mirati alla prevenzione primaria, diagnosi precoce e facilitazione nell'accesso ai servizi, attraverso l'attivazione di unità mobili.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale del progetto è quello di contribuire a qualificare il sistema di tutela sanitaria attraverso la sperimentazione di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolti ai cittadini di Paesi terzi portatori di disagio mentale e/o di patologie legate alla dipendenza da sostanze stupefacenti e alcool.

In particolare i benefici che il progetto contribuisce a raggiungere nel medio e lungo periodo sono:

- La promozione della "salute mentale di comunità", nella quale i servizi pubblici (ASL e Comuni attraverso le SdS), privati (Terzo Settore) e la comunità migrante stessa (più o meno strutturata in associazioni) rafforzano in rete le proprie competenze e partecipano attivamente alla prevenzione, presa in carico e riabilitazione di cittadini di Paesi terzi portatori di disagio psicologico e patologie legate alla dipendenza.
- l'aumento dell'efficacia delle politiche territoriali volte all'integrazione socio-sanitaria dei cittadini extra UE;
- una migliore equità di accesso e qualità di trattamento delle cure ai cittadini di Paesi terzi portatori di disagio mentale e patologie legate alla dipendenza;
- l'inserimento dei cittadini terzi nei circuiti ordinari dell'utilizzo dei servizi territoriali di Salute mentale e Dipendenze patologiche, attraverso il superamento delle barriere culturali;
- il contenimento delle patologie sanitarie nei cittadini terzi che hanno già sviluppato una patologia di dipendenza e, indirettamente, in tutta la popolazione migrante.
- miglioramento della "health literacy" del paziente immigrato.

Obiettivi specifici

Sulla base dei fabbisogni territoriali rilevati nel contesto di intervento, il progetto intende raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- 1) Rafforzare nelle 5 zone distretto delle province di Grosseto, Siena e Arezzo, le reti di governance territoriali tra enti pubblici e privati finalizzate al contenimento e alla gestione dell'impatto sul territorio delle situazioni di disagio mentale, nonché alle attività di intercettazione sul territorio di potenziali destinatari della misura.

- 2) Migliorare la capacità di presa in carico dei cittadini di paesi terzi da parte di n. 60 operatori dei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche.
- 3) Promuovere un modello innovativo di prevenzione primaria e diagnosi precoce fondato sulla psicoeducazione e realizzato da unità mobili dei servizi DMS e SERD in collaborazione con il privato sociale e le comunità migranti.

Attività progettuali

Il progetto si articola in 3 fasi, ciascuna finalizzata al raggiungimento degli obiettivi specifici sopra identificati.

1° FASE: Mappatura e rafforzamento delle governance locali

Attività 1.1. mappatura preliminare

L'equipe di ricerca del Dipartimento di Scienze sociali, politiche e cognitive UNISI realizzerà una ricerca finalizzata all'avvio dell'intera progettualità. L'indagine avrà un duplice obiettivo: in primo luogo l'individuazione dei principali stakeholder che sul territorio svolgono attività a sostegno della popolazione immigrata. Ciò sarà possibile attraverso una ricognizione ragionata degli attori pubblici, privati e del privato sociale che si occupano della presa in carico dell'utenza straniera e che porterà alla costruzione di un database contenente responsabilità, ambiti di intervento, progettualità avviate, collaborazioni e risorse presenti sul territorio. Il database costruito e socializzato con gli operatori dei territori, andrà a colmare il gap di conoscenza relativo a chi si occupa effettivamente dei temi progettuali e costituirà le premesse per l'avvio dei tavoli (A.1.2). Il secondo obiettivo dell'indagine sarà quello di riconoscere, validare e "agganciare" le figure di riferimento rappresentative, come ad esempio i leader di comunità, e i luoghi di aggregazione -formali e non formali- di cittadini di paesi terzi in modo da poter poi sviluppare le successive attività mirate di prevenzione, presa in carico e riabilitazione. Ciò risulta necessario viste le difficoltà incontrate dagli operatori nel lavorare con un utenza a bassa soglia come i destinatari indiretti del progetto. Nell'azione di ricerca sul campo, l'equipe si avvarrà della collaborazione delle **educatrici di salute di comunità ESC formate nell'ambito del progetto FAMI 633**, che in quanto membri delle comunità migranti, dispongono di canali di accesso privilegiati a luoghi di ritrovo informali.

Attività 1.2: attivazione di tavoli di coordinamento territoriali

Gli attori individuati dalla mappatura saranno invitati a prendere parte ai tavoli di coordinamento territoriali che saranno istituiti in ognuna delle zone distretto coinvolte nel progetto. Ai tavoli saranno chiamati a partecipare: i Comuni, i referenti locali del **GrIS Toscana** (Gruppo Immigrazione e Salute della S.I.M.M), il privato sociale, le associazioni e le comunità migranti, le forze dell'ordine, le scuole, le associazioni di categoria, i sindacati, ecc. in analogia con quanto avviato in relazione ad altri fenomeni complessi quali il gioco d'azzardo. Obiettivi del tavolo: Elaborare piani di presa in carico psico-socio-sanitaria integrata; sperimentare nuove modalità operative che favoriscano il contatto precoce e la presa in carico dai servizi di target maggiormente vulnerabili; Coinvolgere le comunità migranti nell'opera di prevenzione e presa in carico delle situazioni meno gravi. Annualmente i referenti di ciascun tavolo parteciperanno ad un workshop interzonale di coordinamento, condivisione e scambio buone prassi.

2° FASE: Affiancamento antropologico dei servizi

Attività 2. Formazione sul campo per n. 60 operatori dei servizi di salute mentale e dipendenze

L'obiettivo della formazione non è dotare gli operatori sanitari di maggiori conoscenze sulle caratteristiche delle diverse culture così da disporre di semplici "ricette culturali" per effettuare consulenze e terapie, quanto quello di maturare **un atteggiamento empatico**, che si contraddistingue per l'apertura, la curiosità e l'interesse nei confronti dei racconti dei cittadini terzi. Si prevede pertanto **un percorso innovativo di formazione sul campo** attraverso **l'affiancamento di un antropologo professionale** agli operatori dei servizi DSM e SERD (rapporto 1:1) delle 5 zone distretto, **durante l'orario di lavoro**.

Tale attività sarà articolata in 4 azioni:

a) Interviste di profondità ai pazienti stranieri presi in carico dai servizi territoriali DSM e SERD saranno condotte dall'antropologo attraverso un approccio biografico narrativo, affiancata da un operatore dei servizi. Attraverso la valorizzazione delle fonti orali e l'impiego dell'antropologia come ascolto delle vive voci, le interviste sono volte a esplorare i vissuti soggettivi, le esperienze violente, le memorie traumatiche, ma anche le risorse individuali e i fattori di resilienza.

b) Focus-group condotti dall'antropologo e rivolti agli operatori dei servizi DSM e SERD finalizzati a far

emergere idee e nodi critici (*focus-group esplorativi*) e ad individuare strategie operative (*focus-group strumentali*). Saranno audio registrati e successivamente ne sarà fatta una deregistrazione ragionata.

e) Gruppi di parola: condotti dall'antropologo e da operatori dei servizi a gruppi di utenti portatori di disagio mentale e/o di patologie legate alla dipendenza di sostanze stupefacenti e alcool.

d) Formazione frontale/laboratori intesa come restituzione dell'esperienza di affiancamento antropologico fatta agli operatori che non ne hanno beneficiato.

3° FASE: Sperimentazione di modelli innovativi di prevenzione e di diagnosi precoce

Attività 3: Realizzazione di incontri di gruppo psico-educativi

I 60 destinatari continueranno nella loro formazione, facendo sperimentazione pratica nell'ambito della prevenzione primaria. Supervisionati dall'antropologo, i dirigenti medici, psicologi, assistenti sociali ed educatori costituiranno 5 unità mobili multidisciplinari (1 x ogni zona distretto), e attraverso uscite dedicate, sperimenteranno un modello innovativo di prevenzione, emersione del disagio e diagnosi precoce fondato sull'approccio di gruppo psicoeducativo. Gli interventi saranno realizzati non solo nei CAS e CPIA dai quali è pervenuta richiesta alla ASL, ma anche nelle carceri in cui gli operatori DSM e SERD già lavorano e in altri setting individuati grazie alla mappatura (A.1.1). L'accesso delle unità a contesti più informali sarà facilitato dalle ESC e dai leader di comunità. In ogni setting si realizzerà un percorso articolato in incontri di gruppo della durata di 1h e ½ - 2 h in cui saranno affrontate in maniera più o meno dettagliata le seguenti tematiche: elaborazione del processo migratorio, regolazione emotiva ed addiction, relazioni intergenerazionali, ecc. I casi più gravi saranno indirizzati verso i servizi sanitari territoriali, mentre per quelli meno gravi saranno attivati percorsi in rete di riabilitazione con il servizio sociale professionale, il privato sociale e, ove possibile, con le comunità migranti. A supporto dell'equipe sarà prodotto materiale informativo (cartaceo e digitale) per facilitare l'accesso al counselling, alla cura e alla prevenzione sia delle problematiche dell'abuso d'alcol e di consumo di sostanze stupefacenti, sia dei disagi psichici.

Trasversale e complementare ai servizi sia di prevenzione che di cura e riabilitazione sarà il servizio di mediazione linguistico-culturale a chiamata nelle seguenti lingue: arabo, bangla, indi, panjabi, pdigin english, edo, hausa, ecc.

Indicazione dei destinatari

Destinatari diretti:

- ❖ 10 servizi sanitari territoriali di cui: 5 del Dipartimento della Salute Mentale e 5 SER.D, servizio per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze stupefacenti e dai comportamenti devianti, gestiti dall'azienda ASL Toscana Sud Est nelle seguenti zone distretto: **Amiata Grossetana- Colline Metallifere-Grossetana, Senese, Alta Valdelsa, Arezzo Casentino- Valtiberina, Valdarno.**
- ❖ 60 operatori sanitari dei servizi sopra specificati (6 per ciascuno servizio), di cui: 20 dirigenti ASL, 10 psicologi, 12 infermiere, 12 assistenti sociali e 6 educatori. Tale personale potrà avere cittadinanza italiana o provenire da paesi comunitari e/o terzi qualora abbiano questo tipo di professionalità. Per quanto riguarda il genere si prevede il 40% circa di uomini ed il 60% donne nelle fasce di età 28-33; 34-39; 40-45; 46-51; 52-57.

Si prevede inoltre di coinvolgere: 10 ESC donna, dirigenti e dipendenti delle Società della Salute delle altre 4 zone distretto coinvolte, operatori pubblici dei servizi socio-assistenziali rivolti ai migranti, personale del terzo settore che operano a favore dell'utenza straniera, personale dei CPIA e dei centri di accoglienza nei quali saranno realizzate le attività di prevenzione, associazioni straniere e comunità migranti.

Destinatari indiretti:

- ❖ circa 800 persone che hanno avuto accesso al servizio di salute mentale territoriale nelle tre province, di cui il 60% donna. Per quanto riguarda i paesi di provenienza, i tassi di ricorso ai servizi significativamente più elevati si osservano tra i nigeriani (31%) e i marocchini (13,2%). Per quanto l'età, i tassi di accesso più elevati si rilevano nelle classi 25-24 (177 accessi), 35-44(241) e 45-54(185).

Vista la natura del progetto volto non solo alla qualificazione dei servizi di diagnosi e cura ma anche a quelli di prevenzione primaria, beneficranno indirettamente dell'iniziativa tutti i cittadini di Paesi terzi residenti nelle 5 zone distretto raggiunti dalle unità mobili. Si tratta di un target molto variegato che include: cittadini/e terzi portatori di disagio mentale e/o di patologie legate alla dipendenza da sostanze stupefacenti e alcool non ancora diagnosticati e non in carico ai servizi sanitari territoriali, richiedenti e titolari di protezione internazionale ospiti dei centri di accoglienza, cittadini terzi in condizione di alta vulnerabilità e marginalità sociale esposti al rischio di abuso di alcol e consumo di sostanze illegali, ecc

2. LA PROPOSTA OXFAM

La proposta del Costituendo RTI Oxfam Italia Intercultura (Mandataria) Consorzio Co&So (mandante) Consorzio Metropoli s.c. s onlus (mandante) per il servizio di mediazione, di cui alla gara ESTAR, ha previsto, per la sezione corrispondente relativa alla **mediazione etnoclinica antropologica**, la seguente articolazione.

I servizi socio-sanitari sono chiamati oggi a rispondere ai bisogni di un'utenza sempre più composta, eterogenea e in continuo mutamento. Eterogenea a causa dell'eterogeneità dei contesti di provenienza, questa utenza, complessivamente deprivata dei propri luoghi, delle proprie reti di riferimento, delle proprie tradizionali figure terapeutiche è tuttavia portatrice di abitudini, concezioni, codici socio-culturali di comportamento, di relazione e di comunicazione, attese – anche per quanto riguarda i processi di salute e malattia - talvolta radicalmente diversi da quelle del paese ospite.

Nonostante i servizi si attivino per promuovere percorsi di inclusione finalizzati a favorire l'interazione con l'utenza immigrata, si ripropongono alcune ormai note tematiche: differenze linguistiche e socio-culturali; difficoltà legate alle condizioni materiali di esistenza; mutamenti socio-relazionali connessi alla migrazione; assenza in molti casi di una rete sociale, parentale e amicale di riferimento; problemi di comunicazione; difficoltà di accesso ai servizi.

Gli operatori - eredi e portatori di un bagaglio di conoscenze e pratiche non sempre adeguate a rispondere alle complesse questioni connesse agli odierni fenomeni migratori - si trovano a far fronte a vasti quesiti conoscitivi, a difficoltà nell'intercettare bisogni, nel formulare diagnosi, e a problematicità connesse all'esigenza di individuare nuove ed efficaci strategie operative. Tali questioni in qualche misura condizionano le relazioni terapeutiche e orientano i percorsi di salute e malattia.

A fronte di continui mutamenti nella composizione della utenza migrante, «la risposta standard» fornita dai servizi, risulta spesso inadeguata e poco efficace.

Ne consegue la necessità di approfondire conoscenze, costruire e sperimentare nuove strategie operative volte all'inclusione sociosanitaria delle persone provenienti da contesti "altri", integrando quanto già in essere con conoscenze, competenze e abilità specifiche delle scienze antropologiche ed etnologiche. Conoscenze, competenze e abilità proprie all'antropologia medica si configurano pertanto come indispensabili a integrare il "versante socioculturale" dei processi di salute e malattia.

L'apporto della mediazione antropologica potrebbe essere sintetizzato in tre direttrici strettamente interconnesse:

- Analizzare e interpretare i processi attraverso i quali un numero di eterogenei fattori radicati nel quadro economico, geo-politico e socio-culturale condizionano l'insorgere e l'andamento di una vasta gamma di disturbi psichici e somatici;
- Comprendere e integrare nell'analisi le condizioni oggettive, i vissuti soggettivi, i soggettivi e collettivi modi di intendere, interpretare, raccontare e far fronte ai processi di salute e malattia dell'utenza migrante (e non);
- Contribuire alla costruzione e sperimentazione di approcci e strategie operative orientate alla realizzazione di percorsi di educazione sanitaria, prevenzione e presa in carico della utenza migrante.

Progetto di massima

Oggetti di interesse

Salute, malattia, rischio e comportamenti a rischio, pratiche di cura e sistemi di cura, determinanti sociali di

salute (socio-culturali, politici, economici, di genere) repertorio culturale, dialogo interculturale, relazione professionista della cura/ paziente, eventi marcatori, violenza strutturale, disuguaglianze in salute, accesso ai servizi, differenti modi di far fronte agli snodi cruciali dell'esistenza.

Attività

· Ricerca qualitativa finalizzata a:

- a) approfondire conoscenze di carattere politico, geopolitico, sociale, culturale, economico;
- b) acquisire dati e informazioni su specifici fenomeni e fatti sociali interconnessi ai processi di salute e malattia;
- c) individuare e analizzare bisogni relativi a una eterogeneità di soggetti.

La ricerca qualitativa sarà condotta attraverso i metodi e le tecniche della ricerca etnografica: osservazione; osservazione partecipante; intervista individuale e di gruppo (semi-strutturata, strutturata, non strutturata, non direttiva, focus group), esplorazione e sistematizzazione delle fonti orali e scritte; ricerca qualitativa partecipata; shadowing; interpretazione, analisi e sistematizzazione dei dati e dei risultati; scrittura e divulgazione dei risultati; metodologie della ricerca-azione; videofoto e licitazione.

· A partire dalla individuazione e interpretazione di specifici bisogni e questioni problematiche:

- a) individuare e intercettare competenze professionali adeguate cui far riferimento;
- b) elaborare strategie e percorsi operativi;
- c) individuare e coinvolgere risorse presenti a livello territoriale e facilitare la costruzione di reti

· Programmare percorsi e costruire promuovere processi di coinvolgimento attivo rivolti a operatori e utenza negli spazi di azione e di intervento, mediante modalità di dialogo e negoziazione

· Progettazione, sperimentazione e realizzazione di itinerari di presa in carico e cura di una eterogeneità di soggetti

· Partecipazione a equipe multidisciplinari

· Mediazione di prospettive intersoggettive, intersettoriali, interdisciplinari e inter/intra-istituzionali · Analisi del contesto territoriale (problematiche, servizi e reti)

· Contribuire ai processi di valutazione diagnostica – ad esempio evidenziando l'incidenza di fattori sociali, economici, culturali, politici ed emozionali nei processi di salute e malattia - di affiancare medici e operatori nella loro attività clinica e di lavorare in equipe multidisciplinari.

· Produzione di testi scritti/documenti inerenti l'attività lavorativa e restituzione dei risultati (report, relazioni, consulenze, perizie, articoli scientifici)

· Consulenza sui temi della migrazione e della accoglienza, della differenza culturale e dei conflitti intergruppo

· Supervisione a gruppi multidisciplinari/ multi professionali

· Contribuire alla costruzione e alla realizzazione di interventi e percorsi di educazione sanitaria e prevenzione della salute rivolti a specifici target

Sintesi Attività

L'antropologo avrà il compito di far emergere, comprendere, analizzare e mediare percezioni, rappresentazioni, idee, esperienze e vissuti di tutti i soggetti coinvolti in specifici spazi socio-sanitari (utenti, medici, operatori); di far emergere i principali problemi e nodi critici e individuare e predisporre possibili strategie operative, includendo attivamente tutti i soggetti coinvolti, costruendo e/o rafforzando le reti già in essere nei territori.

Avrà il compito di contribuire ai processi di valutazione diagnostica – ad esempio evidenziando l'incidenza di fattori sociali, economici, culturali, politici ed emozionali nei processi di salute e malattia - di affiancare

medici e operatori nella loro attività clinica e di lavorare in equipe multidisciplinari. Egli dovrà restituire quanto appreso dalla propria esperienza professionale attraverso attività di supervisione e consulenza e l'attivazione di specifici percorsi formativi, rivolti a utenti e operatori.

3. TEMPI E MODI DI REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI MEDIAZIONE ETNOCLINICA E ANTROPOLOGICA

Dalla presentazione della proposta Oxfam emerge chiaramente l'applicabilità del modello antropologico suggerito al progetto SAMEDI.

L'offerta economica di Oxfam, in relazione alla gara ESTAR, per la sezione relativa alla **mediazione etnoclinica antropologica**, ha previsto un costo, basato sul singolo progetto per zona distretto, € 19.400 annui (+ iva), per 400 ore/anno.

Viste le disponibilità di bilancio del progetto SAMEDI e l'approvazione di ESTAR alla richiesta di Coeso Sds Grosseto per la disponibilità economica di € 82.450 + IVA, il servizio di mediazione etnoclinica antropologica per SAMEDI prevede l'impegno di 1700 ore complessive, da realizzarsi nelle fasi 2 e 3 sopra descritte del progetto.

Tempistiche e modalità operative sono descritte nella scheda allegata (monitoraggio); il lavoro del servizio antropologico sarà relativo ai WP 2, 3 e 4.

Stante che il Capitolato normativo ESTAR prevede che per tale servizio una verifica quantitativa (Progetti avviati, Personale attivato, Ore impiegate) e una verifica qualitativa (Corrispondenza del progetto al bisogno ed alle indicazioni strategiche aziendali, Raggiungimento degli obiettivi ove definiti), mensilmente dovrà essere prodotta una relazione in cui sono individuati:

- a) Ore impiegate suddivise per le 5 zone distretto
- b) Relativo personale impiegato
- c) Analitica descrizione giornaliera delle attività realizzate, con problematicità emerse

Con la tempistica prevista dalla scheda di monitoraggio allegata, sarà necessaria la produzione dei deliverable e outputs previsti.

Il Direttore Coeso Sds Grosseto
Dr. Fabrizio Boldrini

Il Rappresentante legale Oxfam Italia Intercultura
Dr. Roberto Enrico Barbieri