



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building – lettera j) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria

“SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali” PROG 2782



PUBBLICAZIONE FINALE



INDICE

1. Introduzione

2. La costruzione di un sistema di comunità: la mappatura dei servizi pubblici e privati

3. Empowerment degli operatori dei servizi di salute mentale e dipendenze: un approccio antropologico

3.1 Le figure di prossimità

3.1.1 Educatori di salute di comunità

3.1.2 Youngle Samedi: giovani influencer per accorciare le distanze

4 Interventi di prossimità: l'équipe fuori di sé, itinerari di educazione sanitaria nel territorio

4.1 Le unità mobili: incontri psico-educativi

5. Tavoli territoriali di coordinamento: la rete come valore

6. Evento finale e conclusioni

7. Prodotti realizzati

Allegati

1) Brevi linee guida operative per gli operatori sanitari

2) Questionario di gradimento operatori

3) Articolo in via di pubblicazione su *Nuova Rivista di Psichiatria*

- 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 è inserito all'interno del percorso intrapreso dalla SDS 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 passati finanziamenti FAMI (come il prog 633 dedicato alla formazione degli Educatori di salute di comunità, figure ponte tra le comunità straniere e i servizi socio-sanitari).

Facendo tesoro dell'esperienza maturata il progetto ha promosso un nuovo modello di prevenzione e presa in carico dell'utenza straniera (apprezzato come vedremo in seguito anche dalla comunità scientifica di riferimento - vedi Congresso 2022 della Società Italiana Medicina delle Migrazioni), 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.

Complessità è la parola d'ordine del progetto; l'etnopsichiatra Salvatore Inglese, introducendo *Medici e stregoni*, di Tobie Nathan, scrive che *“l'eterogeneità dei fattori che concorrono alla costituzione dell'identità del paziente impone il dispiegamento di un arsenale conoscitivo multidisciplinare e la mobilitazione di una pluralità di soggetti di diversa ascendenza culturale, muniti di una competenza tecnica variegata.*

Un simile gruppo terapeutico funziona come un piano d'appoggio e di assicurazione conforme alla visione ideologica del paziente, abituato a sentire la relazione duale come una pericolosa seduzione o una fatale stregoneria”.

Le azioni hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto in termini di indicatori di realizzazione e di risultato, tra soggetti coinvolti, operatori pubblici interessati, interventi di formazione, unità mobili attivate, cittadini di paesi terzi raggiunti, un lavoro compiuto in un periodo difficile come quello caratterizzato dalla **pandemia da Covid-19**, a maggior ragione dati i **contenuti relazionali** del progetto stesso.

2. La costruzione di un sistema di comunità: la mappatura dei servizi pubblici e privati

L'equipe di ricerca del Dipartimento di Scienze sociali, politiche e cognitive UNISI ha realizzato una ricerca finalizzata all'avvio dell'intera progettualità.

L'indagine ha avuto un duplice obiettivo: in primo luogo l'individuazione dei principali stakeholder che sul territorio svolgono attività a sostegno della popolazione immigrata. Ciò è stato 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, va a colmare il gap di conoscenza relativo a chi si occupa effettivamente dei temi progettuali e ha costituito le premesse per l'avvio dei tavoli.

Il secondo obiettivo dell'indagine è stato 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 è risultato necessario viste le difficoltà incontrate dagli operatori nel lavorare con una utenza a bassa soglia come i destinatari indiretti del progetto.

Nell'azione di ricerca sul campo, l'equipe si è avvalsa, tramite Oxfam, 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.

La mappatura dei servizi

L'attività di mappatura si è svolta dal mese di luglio ai primi giorni di ottobre 2020, coinvolgendo 87 stakeholder territoriali che offrono circa 220 servizi nelle tre province di Siena, Arezzo e Grosseto.

Nel dettaglio sono stati intervistati 65 stakeholder di cui 18 a Siena, 23 ad Arezzo e 24 a Grosseto.

I restanti stakeholder (22) non sono stati contattati o a causa di irreperibilità o perché ritenuti meno rilevanti ai fini della ricerca (si tratta spesso di hotel che ospitano dei Cas).

La mappatura può essere ampliata e arricchita dal confronto con i territori.

La mappa rileva per ogni servizio individuato:

- nome ente
- nome servizio
- target di riferimento
- gestione (se pubblica o privata)
- modalità di accesso

- nome e numero referente
- descrizione sintetica del servizio
- luogo
- sito internet
- indirizzo

L'attività di mappatura ha avuto uno sviluppo cd "a palla di neve", ovvero i primi stakeholder contattati sono stati molto utili per individuare le altre realtà presenti sul territorio.

Per ogni stakeholder è stato contattato un referente che ha esposto, attraverso una piccola intervista, la natura delle attività e la loro dislocazione sul territorio regionale, inoltre per ogni servizio è stato richiesto di specificare il target al quale si rivolge.

Abbiamo deciso di sviluppare una mappa dalle maglie larghe includendo nei servizi segnalati non solo quelli specifici per il target del progetto Samedi (stranieri con disagio mentale o dipendenza) ma qualsiasi servizio rivolto a cittadini di paesi terzi o italiani con problemi di disagio e indigenza. Per questo motivo sono inclusi nella mappatura: enti pubblici, grandi enti caritatevoli, cooperative dell'accoglienza, sportelli informativi, dormitori, mense, doposcuola, corsi di lingua, centri antiviolenza, unità di strada e piccole realtà associative. Una mappatura più ampia consente di prendere in considerazione le varie vie di accesso al servizio che può percorrere uno straniero con disagio e ci restituisce il panorama complesso e ramificato della rete dei servizi che si estende dalle città alle vaste province.

Per quanto riguarda i servizi Asl per ogni provincia presa in esame sono stati contattati i coordinatori: del SERD, della Salute Mentale e del Consultorio; riteniamo che questi servizi costituiscano i punti di accesso maggiormente significativi per le problematiche che stiamo indagando.

Per quanto riguarda le realtà associative collegate alle comunità migranti sono state perlopiù escluse dalla mappatura perché non offrono servizi.

Seppur rilevanti, tali realtà spesso non hanno una riconoscibilità pubblica e fanno riferimento a delle individualità che svolgono soprattutto la funzione di mantenere i contatti con il resto della popolazione straniera.

Per questo tipo di lavoro abbiamo confidato nella collaborazione con le ESC che hanno avuto, nella fase successiva della ricerca, proprio il compito di aiutarci a far emergere queste interessanti comunità sommerse.

Tutti gli stakeholder sono stati contattati telefonicamente o tramite un incontro online (raramente via mail), questo ci ha consentito di conoscere le attività offerte direttamente dalla voce dei referenti che se ne occupano.

Per alcuni stakeholder, in realtà una minima parte, non è stato possibile stabilire questo contatto diretto ma riteniamo comunque corretto inserirli nella nostra mappa, sperando che in futuro siano più disponibili a collaborare con il progetto.

La maggioranza assoluta dei referenti è stata molto collaborativa nella fase di mappatura e si è resa disponibile per essere ricontattata in futuro nell'ambito del progetto Samedi. Sarebbe necessario svolgere una ricognizione di questo tipo più spesso per avere costantemente presente la rete effettivamente attiva sul territorio.

Criticità

La mappatura è stata a tratti lenta e complicata, infatti, nonostante la disponibilità di molti referenti contattati, ha dovuto ricostruire una situazione frammentaria e in continua evoluzione.

Molti stakeholder, sia pubblici che del privato sociale, hanno sottolineato la drammatica carenza di risorse (sia economiche che di competenze) e una forte discontinuità nelle azioni politiche che governano questo settore.

Il cosiddetto decreto Salvini e i cambi di giunta nelle amministrazioni locali hanno spesso interrotto progetti e servizi consolidati destabilizzando la compattezza della rete.

Molti stakeholder che si occupano di accoglienza di migranti segnalano casi di stranieri con varie forme di disagio che non hanno le strutture e le competenze per gestire.

Prima le risorse erano maggiori, ora per gestire una persona la cifra si è dimezzata e questo si ripercuote sulla qualità del servizio. Se non c'è uno sforzo individuale del singolo operatore-educatore spesso queste persone corrono il rischio di essere abbandonate a loro stesse.

Inoltre il Covid ha limitato sia l'offerta che l'accesso ai servizi (pubblici e del privato sociale) penalizzando soprattutto le realtà più periferiche, abbiamo segnalato (dove possibile) le modifiche imposte dall'emergenza pandemica.

Un'ulteriore difficoltà della mappatura è stata quella di dover reperire informazioni da siti poco aggiornati e mal funzionanti, un difetto da non sottovalutare visto il crescente utilizzo di queste tecnologie e la necessità di rendere questi servizi accessibili e facilmente utilizzabili anche da un'utenza straniera.

Abbiamo dunque pensato di costruire, grazie alla collaborazione con un tecnico informatico, una mappa geolocalizzata e interattiva per superare queste carenze e per dotare l'utenza straniera di uno strumento in più per accedere ai servizi.

Queste criticità sottolineano ancor di più l'importanza di una mappatura efficace e aggiornata che restituisca queste complessità in un'ottica di complementarità e continuità della presa in carico.

La mappatura nel sito internet di Unisi -

<https://www.laboratoriosulledisuguaglianze.unisi.it/mappatura-enti/>

Mappatura enti, servizi e progetti per la salute delle persone straniere: Siena – Arezzo – Grosseto

Per realizzare le ricerche si utilizzano i campi qui sotto.

Il più importante è il primo perchè essendo una **ricerca geolocalizzata** è sempre indispensabile inserire un luogo di partenza, poi sulla base di questo si possono fare altre ricerche incrociate.

Il secondo campo fa una ricerca testuale sul nome della struttura , il terzo da il raggio in KM intorno al punto che abbiamo indicato come base di ricerca, la tendina seleziona le categorie. Quando si sono inseriti i campi che ci servono per la nostra ricerca clicchiamo CERCA

Esempio:

Se io voglio cercare che servizi offre la Misericordia di Chiusi

inserirò "Chiusi" nel campo luogo; "Misericordia" nel secondo campo, metterò 10 Km di raggio e lascerò la tendina delle categorie dei servizi a "Tutto".

Sulla mappa verranno mostrati i servizi geolocalizzati e sotto la lista completa (può capitare che alcuni servizi siano somministrati in uno stesso indirizzo e quindi è possibile vedere la lista completa solo sotto la mappa)

Per procedere con ulteriori ricerche è consigliabile cliccare su RESET

Cerca

Articoli recenti

- ✂ Scuola e Welfare Responsabile - 30 marzo ore 15.00
- ✂ Le povertà in Toscana - IV Rapporto Povertà - 22 Gennaio
- ✂ Le ombre del lavoro sfruttato - Workshop 8 gennaio
- ✂ EUROPA E WELFARE RESPONSABILE - 2° appuntamento - 10 dic
- ✂ Precarizzazione delle sfere di vita, disuguaglianze e sostenibilità - 18 nov. 2020

All



SdS VDE- Fondazione Territori Sociali Altavaldese - Educativa di strada
Via Rive, 40, Poggibonsi, SI, Italia

SdS VDE- Fondazione Territori Sociali Altavaldese - Sportello immigrati
Via Rive, 40, Poggibonsi, SI, Italia

Comune di Siena- SdS Siena - Sportello immigrati
Via Pier D'Ovile, 9, Siena, Italia

Cooperativa Compagnia Teatro Popolare di Monticchiello - Accoglienza-CAS
Piazza Nuova, 1, Monticchiello (SI)

Usl Sud Est-SERD - Presidi ambulatoriali
Via Pier D'Ovile, 11, Siena, Italia

< 1 2 3 4 5 74 >

LEGENDA

	
Prefettura	Orientamento al lavoro
	
Servizi sanitari	Scuola Italiano
	
Attività sociali	Operatività di strada
	
Ente gestore accoglienza	Sportello informativo
	
Centro antiviolenza	Bisogni primari

3. Empowerment degli operatori dei servizi di salute mentale e dipendenze: un approccio antropologico

Breve quadro del problema. Anteposti progettuali

I servizi socio-sanitari sono chiamati oggi a rispondere ai bisogni di un'utenza sempre più composita, eterogenea e in continuo mutamento. Eterogenea a causa dell'eterogeneità dei contesti di provenienza, 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 di esistenza; mutamenti socio-relazionali connessi alla migrazione; marginalità sociale, 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 a fenomeni migratori in continuo mutamento - si trovano a far fronte a vasti quesiti conoscitivi, a difficoltà nell'intercettare bisogni, nel formulare diagnosi, e a problematiche 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.

Le patologie che si manifestano nei migranti in generale sono sovente connesse alle condizioni di esistenza, agli stati psichici di stress prolungati e depressioni, a eventi traumatici, allo sradicamento dal proprio contesto di origine, alle difficoltà di adattamento e inserimento socio-economico.

Si configura pertanto un panorama complesso entro il quale risulta quanto mai necessario che gli operatori dispongano di adeguati strumenti per comprendere, comunicare e individuare idonei percorsi per favorire una maggiore inclusione della popolazione migrante.

Un primo incontro svolto in fase di costruzione del progetto con alcuni operatori (psichiatra, psicologa, infermiera capo sala, educatrice) del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Unità Funzionale Salute Mentale Adulti di Arezzo (UFSMA), ha messo in luce specifiche problematiche.

In primo luogo è emerso uno **scarto (in termini di distanza) tra gli accessi al Pronto soccorso a causa di disturbi psichici e l'effettiva presa in cura da parte dei servizi** (ARS, *Migrare in Toscana*, Rapporto 2016). Gli operatori hanno inoltre evidenziato la **difficoltà a intercettare bisogni**, la **problematicità nel comprendere** interpretazioni e significati diversi attribuiti alla malattia, in particolare quella psichica (ad esempio, come vengono pensati e vissuti il disagio psico-emotivo e la patologia psichica dai singoli e all'interno del contesto sociale di origine?), la **difficoltà a formulare una diagnosi**.

Nota di metodo. La formazione antropologica "on the job"

Il lavoro si è posto in continuità con alcune attività di ricerca, formazione e intervento realizzate nel

corso degli anni attraverso l'ausilio di fondi derivanti da progettazioni europee e regionali.

La formula **“on the job”**, **intesa nei termini di formazione e apprendimento “sul campo”**, è nata proprio in risposta ai bisogni riscontrati dagli operatori e dalle operatrici nei confronti delle difficoltà in termini di comprensione, relazione e comunicazione nel lavoro quotidiano con un'utenza migrante eterogenea per provenienza, in continuo mutamento e portatrice di specifiche idee, necessità e attese connesse ai processi di salute e malattia.

Entro tali premesse e con significative differenze tra i vari territori in termini di itinerari antropologici già sperimentati, le aspettative nei confronti del ruolo dell'antropologo negli spazi sanitari andavano oltre la formazione tradizionalmente intesa e la ricerca. **L'apporto antropologico veniva già parzialmente inteso come apporto operativo, come prospettiva disciplinare da integrare per rilevare bisogni, avviare processi di reciproca conoscenza, dare voce e includere la prospettiva dell'utente, co-costruire “attrezzi plurali” in risposta a fenomeni complessi e tematiche “nuove”, realizzare itinerari di sensibilizzazione ed educazione sanitaria a fini trasformativi.** I percorsi di affiancamento antropologico hanno avuto l'obiettivo di co-costruire e sperimentare prassi volte a migliorare la capacità di presa in cura delle persone migranti.

Il punto metodologico che avrebbe orientato l'azione antropologica nei servizi coinvolti riguardava la **comprensione e l'inclusione anche della prospettiva della utenza migrante.** L'ascolto, la comprensione e la considerazione delle prospettive di tutti i soggetti coinvolti nella relazione terapeutica è un punto essenziale per facilitare la realizzazione di itinerari sanitari incentrati alla **costruzione di un terreno comune**, comune nel suo significato politico di condivisibile, tra operatori socio-sanitari e utenza a partire da interessi e bisogni conoscibili, negoziabili e condivisibili.

Impegnare pensiero e risorse nella costruzione di «un'area di cultura pubblica comune» così come la definiva Tullio Seppilli, significa problematizzare i modelli, gli schemi consolidati e non sempre efficaci di tutti i gruppi coinvolti, lasciando spazio a forme perlopiù inedite ed emergenti – una sfida quanto mai urgente e necessaria.

Lo spazio sanitario è spazio di relazioni e di potere tra persone che occupano posizioni sociali differenti ed è contrassegnato da una molteplicità di scarti, intesi come distanza tra punti di vista – «vista presa a partire da un punto» – bisogni, codici relazionali e comunicativi. Il filosofo francese Jullien propone «uno spostamento concettuale» suggerendo di affrontare il tema della differenza culturale in termini di scarto, poiché la «differenza opera nell'ambito della distinzione, mentre lo scarto in quello della distanza». In altri termini, la differenza classifica, identifica, distingue, separa e induce al ripiegamento su sé stessi, mentre lo scarto si presenta come «figura esplorativa», «avventurosa» che «scruta – sonda – fino a che punto sia possibile aprire nuove strade» e in cui due o più termini, seppur distanti, restano in costante confronto, «quindi in tensione e promuovono tra loro un comune», inteso nella sua dimensione politica di ciò che si condivide e non di ciò che è simile. Ed è proprio nella distanza tra termini che emerge il «tra», in cui si fonda la possibilità di far accadere qualcosa: «Lo scarto, aprendosi, fa uscire allo scoperto un altro possibile: rivela altre risorse che prima non vedevamo e neppure sospettavamo». Ed è in questo «tra» che si dischiudono interessanti ma complesse opportunità di azione.

Una prima opportunità per azioni progettuali condivise riguarda la definizione stessa del problema.

Franca Olivetti Manoukian, nel corso di un seminario formativo (Seminario formativo dal titolo Per i servizi è tempo di rinnovati confronti: apprendere per riprendere e intraprendere, svoltosi il 7 luglio 2020 in modalità on-line e organizzato da Il Laboratorio permanente Siaa/Applab Antropologia applicata ai servizi educativi, sociali e sanitari), introduce una distinzione tra problema e disfunzione e lo fa con un esempio tanto semplice quanto efficace: il bambino non va a scuola, questa è la disfunzione, ma qual è il problema? I genitori non sono in grado per qualche motivo di mandarlo a scuola? Ha ricorrenti complicazioni di salute? Ci sono difficoltà di altro ordine in famiglia?

La definizione di un problema non può che essere una prospezione (« (...) lo scarto inteso come distanza n.d.r comporta invece una prospezione: scruta - sonda - fino a che punto sia possibile aprire nuove strade. E' una figura avventurosa» (Jullien) processuale e condivisa, un processo che indaga le prospettive di tutte le persone coinvolte (utenti / pazienti migranti compresi), al fine di andare oltre la disfunzione, condividere il problema e co-costruire un terreno comune, a partire dalla riformulazione del problema stesso. Questo significa non solo dare dignità alla prospettiva dell'utente / paziente, ma ridefinire pratiche di negoziazione di significati condivisi finalizzate a facilitare una maggior partecipazione, una reciproca apertura e comprensione, di conseguenza, una maggior efficacia.

La reciproca conoscenza è indispensabile pre-condizione allo sviluppo di una programmazione partecipata e condivisibile, finalizzata alla trasformazione. La scarsa conoscenza dei bisogni fondamentali degli utenti / pazienti, delle loro concrete difficoltà, ma anche delle loro aspirazioni e delle loro energie latenti rischia di produrre pianificazioni e azioni non pertinenti e inefficaci. Partire dalla reciproca conoscenza significa impegnarsi ad attivare processi di produzione della conoscenza e di individuazione di strategie operative circolari, partecipati, dialogali e paritetici, che riconoscano a tutti i soggetti coinvolti pari dignità e pari diritti, incluso il diritto ad attribuire soggettivi significati alle esperienze del / nel mondo.

La formula “on the job” ha permesso di sperimentare un **laboratorio permanente, dialogico e partecipato** al fine di promuovere una riflessione collettiva sulle pratiche che prendono vita nel contesto operativo socio-sanitario e introdurre interventi migliorativi alla presa in cura delle persone migranti.

Strumenti antropologici per la presa in cura

Alcuni **temi e approcci antropologici** hanno guidato trasversalmente le riflessioni avanzate dalle équipes Ser.D e Csm delle cinque Zone Distretto coinvolte.

Il tema riconducibile al binomio “cultura e salute” ha attraversato l'intero percorso di formazione antropologica “on the job”.

Si è cercato innanzitutto di stimolare una **complessificazione del concetto di cultura**.

Basato su un'idea erronea di cultura come “bagaglio” che ci si porta dietro, proprietà statica, omogenea e coerente, il culturalismo identifica in questa la ragione di tratti, idee e comportamenti di persone provenienti da contesti geografici altri. Parte fondamentale del lavoro ha riguardato quindi la

complessificazione del concetto di cultura come concetto dinamico, orizzonte processuale di segni e significati, che si radica nell'esperienza di vita delle persone, fondato su una dimensione inter-relazionale, e come proprietà non solo dell'utenza straniera ma dell'utenza tutta, degli operatori della cura e dello stesso setting socio-sanitario.

Soprattutto in caso di utenza straniera, un concetto di “**competenza culturale**” mal compreso genera talvolta negli operatori la convinzione che per poter operare con persone provenienti da contesti socio-culturali distanti da quello del paese di accoglienza, sia indispensabile una conoscenza dettagliata di usi, abitudini e convinzioni di gruppi sociali spesso considerati omogenei e immobili. La competenza culturale così intesa rafforza l'idea di persone migranti incagliate in una cultura considerata statica, compatta, omogenea e coerente, piuttosto che come orizzonte processuale di significati e frutto di processi relazionali fatti di scambi, inculturazioni e/o anche arroccamenti a peculiari tratti considerati identitari. Tutto questo si riflette sulle **aspettative** di operatori e operatrici nei confronti della presenza dell'antropologo/a dentro i servizi socio-sanitari, che nella visione impiegata in questo lavoro ha invece precisamente avuto lo scopo di stimolare autoriflessività e mettere in discussione le assunzioni di tipo culturalista che si dimostrano poco efficaci nel migliorare la presa in carico.

La relazione: ascolto, fiducia e comunicazione

Uno degli obiettivi del lavoro è stato anche quello di favorire l'identificazione di pratiche comunicative aperte e dinamiche e incentrate sull'**ascolto attivo**, capaci di valorizzare **la creazione e il mantenimento di una relazione di fiducia** fra servizi e utenza, e promuoverne una **conoscenza reciproca e profonda**.

In questo senso, è stato fondamentale trattare la questione della **definizione dei bisogni all'interno della relazione terapeutica e di cura** e l'importanza, specie nei confronti dell'utenza considerata “fragile”, di superare un atteggiamento che tende a stabilire cosa sia meglio per l'altra persona senza tener conto della sua prospettiva e ciò, paradossalmente, proprio al fine di garantire il suo migliore interesse.

La necessità di mantenere **l'utente al centro della relazione di presa in cura** è emersa così come elemento fondamentale per realizzare itinerari sanitari a partire da interessi e bisogni conoscibili, negoziabili e condivisibili.

In conseguenza della pandemia, quasi tutti i focus-group con le équipes si sono svolti in modalità online, tuttavia i percorsi hanno avuto avvio con: un focus-group esplorativo finalizzato a meglio comprendere il contesto di riferimento, co-costruire il percorso “on the job” insieme alle persone partecipanti e far emergere le esperienze di operatori / operatrici socio-sanitarie con l'utenza migrante, le criticità e i bisogni riscontrati da operatori e operatrici nella relazione di cura con quest'ultima un focus-group strumentale volto a individuare strategie operative. A seguito dei focus-group, in alcune zone sono stati implementati degli incontri laboratoriali con diversi soggetti del territorio. Questi hanno aperto un confronto tra gli operatori sanitari e gli operatori dell'accoglienza, tra il settore “clinico” e quello dell'anagrafe sanitaria e ancora con l'Ente gestore del Servizio di mediazione linguistico-culturale al fine di approfondire il senso e le modalità di fruizione del servizio

stesso. Infine, in ogni percorso sono state fornite a operatori e operatrici diverse coordinate bibliografiche per continuare a formarsi e a promuovere l'elaborazione condivisa dei temi e degli approcci affrontati durante il percorso di formazione antropologica "on the job".

3.1 Le figure di prossimità

Risorse e proposte: Servizi Territoriali e Sanità Pubblica di Prossimità

I servizi sanitari territoriali giocano un ruolo chiave. Radicati nel territorio, fungono da **sentinelle capaci di rintracciare vecchi e nuovi bisogni** della popolazione attivando reti di supporto per una presa in cura sempre più integrata in linea con una **sanità pubblica di prossimità**. Questa si configura infatti come framework implementativo per gli interventi di presa in cura della popolazione e in particolare dei gruppi hard-to-reach, e in condizione di vulnerabilità. Rimanda al complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l'accesso alle risorse di prevenzione e di cura mediante l'offerta attiva di prestazioni sanitarie, l'orientamento ai servizi, la creazione di percorsi di presa in cura e il coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment. Il lavoro di prossimità ha così tra gli obiettivi quello di promuovere la salute e il benessere in un senso più ampio e complessivo avvicinandosi alle persone a partire da una conoscenza dei contesti di vita concreta e quotidiana.

Al fine di garantire una presa in cura integrata che sappia rispondere in maniera efficace a bisogni sociali e sanitari presenti nei diversi territori, appare fondamentale abbattere la frammentazione orizzontale e verticale tra i servizi, mettendoli tra loro in comunicazione per rafforzare **un lavoro di rete capace di assicurare un agire progettuale condiviso**.

La presenza di figure di prossimità sul territorio

Alla luce dei numerosi progetti finalizzati alla implementazione o al rafforzamento di reti territoriali multiprofessionali per migliorare da un lato l'accesso e la fruizione consapevole dei servizi da parte dell'utenza migrante, e dall'altro ad aumentare la competenza culturale, relazionale e comunicativa degli operatori socio-sanitari, pare ormai assodato **l'apporto positivo di un approccio reticolare alla presa in cura delle persone migranti (e non)**.

In tal senso, la presenza di figure di prossimità sul territorio che fungano da cerniere, da "punti di attracco" nei diversi territori e incluse in processi di reciproca comprensione e comunicazione, di definizione dei problemi, identificazione degli ostacoli, ma anche delle risorse ovunque presenti, risulta auspicabile per il raggiungimento di obiettivi finalizzati a migliorare lo stato di salute e promuovere azioni di prevenzione a tutela della stessa.

Figure di prossimità sono gli operatori che operano nei centri deputati alla prima e seconda accoglienza (CAS e SAI), i mediatori linguistico-culturali (MLC), gli educatori sanitari di comunità (ESC), i peer-educators e gli antropologi. Ciascuna di queste figure ha un ruolo e tutte concorrono nel migliorare la presa in cura di un'utenza progressivamente sempre più eterogenea per provenienza,

lingue parlate, idee e comportamenti e sovente classificata *hard-to-rich*.

Dagli incontri emerge come centrale il tema della comunicazione.

Per essere efficace la comunicazione non può essere unidirezionale e avere il solo scopo di trasferire contenuti sanitari dagli operatori sanitari agli utenti.

Figure come mediatori linguistico-culturali, ESC e peer sono di cruciale importanza per **cucire una rete interconnettiva nei singoli territori**, al fine di accorciare le distanze tra prospettive e ridurre le reciproche diffidenze e incomprensioni.

3.1.1 Educatori di salute di comunità

In relazione al target del progetto, il coinvolgimento dei servizi del territorio ha permesso di programmare azioni in linea con una **sanità pubblica di prossimità**.

Questa si configura infatti come framework implementativo per gli interventi di presa in cura della popolazione e in particolare dei gruppi *hard-to-reach*, e in condizione di vulnerabilità.

Rimanda al complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l'accesso alle risorse di prevenzione e di cura mediante l'offerta attiva di prestazioni sanitarie, l'orientamento ai servizi, la creazione di percorsi di presa in cura e il coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment.

Il lavoro di prossimità ha così tra gli obiettivi quello di promuovere la salute e il benessere in un senso più ampio e complessivo avvicinandosi alle persone a partire da una conoscenza dei contesti di vita concreta e quotidiana.

A supporto del lavoro delle équipes, il modello ESC (Educatori di salute di comunità - CHE Model, ideato da Lai Fong Chiu) nato in Gran Bretagna nel National Health Service. Un modello di intervento atto a rendere il messaggio di prevenzione il più efficace possibile tra le comunità in condizione di vulnerabilità.

L'ESC ha permesso, utilizzando le proprie reti sociali di informare e aiutare gli altri membri della comunità ad accedere ai servizi sanitari, sensibilizzando e informando in merito a importanti tematiche di salute.

Conoscere il territorio, stringere relazioni con le comunità, rafforzare il lavoro di rete, assicurare una comunicazione tra i diversi servizi territoriali e lavorare in équipes sono elementi fortemente connessi tra loro e fondamentali alla luce di una sistematizzazione della gestione edella presa in carico dell'utenza che può rivelarsi efficace uscendo dall'"ottica emergenziale" che tuttora contraddistingue in Italia la gestione dei flussi migratori e l'accoglienza sia di primo che di secondo livello. Favorire l'accesso alle cure e promuovere la salute significa infatti vedere nei bisogni di salute necessità che possono trarre beneficio non solo dall'assistenza sanitaria ma anche da più ampi e possibili cambiamenti rispetto a quelle che si configurano come determinanti sociali e ambientali che impattano sulla condizione dei singoli soggetti.

Ciò mette bene in luce come agire su condizioni di fragilità sanitaria comporti interventi a più livelli

capaci di tener conto dei contesti materiali di vita delle persone, e delle forme di fragilità non solo individuali quanto bensì sociali.

Gli incontri di educazione sanitaria nelle classi dei Cpia si sono svolti in tutte e cinque le Zone Distretto. Le classi hanno manifestato un grande interesse e una buona partecipazione nei momenti di confronto con gli operatori socio-sanitari.

Sono emerse domande per meglio comprendere i servizi e richieste di presa in cura, puntualmente attivate.

In tal senso le équipes hanno risposto appieno sia a bisogni conoscitivi – la stragrande maggioranza degli studenti non conosceva affatto i servizi in questione – che a richieste di presa in cura a seguito di disturbi sovente connessi a condizioni di esistenza spesso dettate dall'esperienza migratoria, e a cui non avevano finora trovato risposta.

Tutti gli ESC e i mediatori coinvolti nel progetto, hanno partecipato:

- Alla co-formazione “I giovedì di Samedi” suddivisa in tre incontri laboratoriali;
- ad incontri mensili di coordinamento che hanno permesso l'organizzazione delle équipes e il monitoraggio delle attività;
- incontri di supervisione gestiti dall'antropologa (presente in tutte le équipes) dove poter confrontarsi e condividere sia i progressi che le difficoltà riscontrate nei cinque territori;
- mantenuto i contatti con le comunità straniere, nell'ottica di informazione e sensibilizzazione sulle tematiche di salute e accesso ai servizi sanitari.

Calendario degli incontri laboratoriali:

Primo incontro 28.01.21 ore 17-19

Samedi, un progetto per curare in rete, oltre le barriere culturali

Relatori:

Massimiliano Marcucci, Coeso SdS Grosseto - Stefania Magi, ASL Toscana sudest - Marco Becattini, ASL Toscana sudest - Massimiliano Cerretini, ASL Toscana sudest - Giovanna Tizzi, Oxfam Italia - Michela Marchetti, Oxfam Italia - Riccardo Franchini, Università di Siena - Andrea Bilotti, Università di Siena

Secondo incontro 04.02.21 ore 17-19

Verso una mappatura dei servizi e delle opportunità di salute in Toscana Sud-Est

Relatori:

Riccardo Franchini, Università di Siena - Andrea Bilotti, Università di Siena - Michela Marchetti, Oxfam Italia

Terzo incontro 11.02.21 ore 17-19

Il profilo ESC. Quale ruolo per gli educatori di salute di comunità nel progetto Samedi

Relatori:

Riccardo Franchini, Università di Siena - Michela Marchetti, Oxfam Italia

Percorsi attivati

Arezzo: i percorsi attivati hanno coinvolto due Centri di accoglienza straordinaria (Cas) e l'Associazione del Bangladesh, "ACB Social inclusion". ESC attivati 3: MON ADHAULYA per le lingue hindi, urdu, punjabi e inglese; MOHAMED SOROUR per le lingua arabo e francese; SUBARNA AKTHER per la lingua bangla.

Valdarno: questo territorio presenta un tessuto associativo particolarmente ricco e partecipativo. A partire dal tema dell'uso di sostanze, in particolare oppioidi, nei luoghi di lavoro, abbiamo svolto alcuni incontri domenicali presso il Gudwara, il tempio Sikh di riferimento spirituale-religioso per un bacino di fedeli provenienti anche da territori non direttamente coinvolti nel Progetto Samedi. In questo percorso è stata sperimentata una metodologia narrativa finalizzata a migliorare la comprensione dei servizi da parte delle persone target di progetto. Con la partecipazione di un funzionario del Comune di Montevarchi esperto in metodologie narrative è stata costruita insieme agli operatori socio-sanitari una storia, verosimile ma non vera, a mo' di esempio. Tale incipit narrativo ha avuto l'obiettivo di facilitare la comprensione e l'accesso ai servizi.

In questo territorio è stata inoltre implementata una rete di soggetti sulla questione di genere. Questione che coinvolge il tema delle Pari opportunità, della povertà, della marginalità, della scarsità di prospettive e della violenza. Parte di questa rete sono gli operatori socio-sanitari di SERD, CSM, Consultorio familiare, Codice rosa, alcuni operatori di Pronto donna - associazione deputata al trattamento della violenza contro le donne - i Servizi sociali di alcuni Comuni del territorio e, proprio con questa rete, abbiamo svolto un itinerario che ha coinvolto alcune donne indiane e sikh particolarmente attive e punto di riferimento della comunità in quanto titolari di negozi e di un ristorante di prossima apertura. Gli incontri si sono svolti nella Sala del Consiglio comunale di Terranuova Bracciolini (Ar), con la partecipazione dell'Assessora alle Politiche sociali. Gli operatori coinvolti hanno fornito una mappa dei servizi presenti a livello di territorio, descrivendone l'offerta, spiegando le figure che in essi operano, le modalità di accesso. Questo ha aperto ad uno spazio di domande poste dalle persone delle comunità coinvolte e a uno scambio tra loro e gli operatori. È stato lasciato alle donne il materiale informativo relativo all'offerta dei servizi territoriali prodotto nel corso di questo e di altri progetti, da distribuire nelle loro rispettive attività.

ESC attivati 2: MON ADHAULYA per le lingue hindi, urdu, punjabi e inglese; MOHAMED SOROUR per la lingua arabo e francese.

MEDIATORI COINVOLTI: FATOU THIAM per la lingua senegalese

Siena: attivo da tempo nell'area senese un gruppo di donne di origini kosovare, animato da due

operatrici (psichiatra e assistente sociale) coinvolte nel Progetto. La proposta ha riguardato la possibilità di dare al gruppo una struttura maggiormente solida e garantire continuità a seguito di questioni emerse come quella di genere e quella concernente le seconde generazioni e la loro relazione con il mondo adulto (genitori e famiglie di origine in particolare). In questa zona inoltre, gli operatori socio sanitari hanno svolto una formazione al personale docente del CPIA sulle tematiche connesse alle dipendenze e al disturbo mentale. Tale formazione ha preceduto gli incontri di educazione sanitaria con le classi del centro di istruzione.

ESC attivati 3: ELONA GASHI per la lingua albanese; DIAGUI SISSAKO per le lingue bambarà e francese; THIERNO ALIOU SOW per la lingua fula, francese e inglese.

Val d'Elsa: in questa zona è stato fatto un intervento presso un Centro deputato alla prima accoglienza dei migranti e una serie di incontri nelle classi dei CPIA di Colle Val d'Elsa e Poggibonsi. In alcune classi siamo tornati per una seconda volta. E anche in questo caso erano presenti agli incontri ragazze e ragazzi minorenni. Nelle scuole della Val d'Elsa abbiamo scelto di far scrivere ai discenti le domande in forma anonima su fogli di carta successivamente raccolti. Questo per facilitare la partecipazione di persone che tendono a tenere un atteggiamento silenzioso e a non esporsi in relazione alle tematiche trattate. In due incontri sono state coinvolte una ginecologa, un'ostetrica e un'assistente sociale del consultorio familiare. Perfezionare le équipes integrando servizi e multiprofessionalità significa informare, rispondere adeguatamente alle necessità e alle domande poste, rilevare specifici bisogni e individuare vulnerabilità. A questi incontri sono spesso seguiti degli accessi e delle prese in cura delle persone da parte dei servizi. L'Educazione sanitaria è un'attività ampia e l'informazione è parte di essa. Indispensabile. Sono emerse diverse storie di sofferenza e abuso di sostanze o gioco d'azzardo in persone che ignoravano la presenza di servizi specificamente dedicati.

ESC attivati 3: ELONA GASHI per la lingua albanese; DIAGUI SISSAKO per le lingue bambarà e francese; THIERNO ALIOU SOW per le lingue fula, francese e inglese.

Grosseto: l'area grossetana attraversa un territorio molto esteso e povero di infrastrutture. Pertanto si è scelto di includere nelle azioni delle équipes mobili anche piccoli centri (Arcidosso e Castel del Piano) situati nell'Amiata grossetana. Il tema dello spopolamento delle aree rurali, collinari e montane, la sostenibilità eco-ambientale dell'attuale modello di sviluppo che necessita una radicale messa in discussione, e il fenomeno migratorio sono strettamente interconnessi. Spesso i migranti, per questioni economiche, lavorative e abitative, occupano i margini dei centri abitati, rischiando di fatto una doppia marginalità: territoriale e sociale. Lavorare ai margini significa porre pensiero e azione in aree e con gruppi a rischio di forte esclusione. Nell'Amiata è stato implementato un lavoro con un gruppo di donne curde di nazionalità turca. Donne che spesso portano una sofferenza legata al ruolo a loro assegnato all'interno di uno specifico modello socio-familiare e alle scarse opportunità di inserimento nel mondo del lavoro. Si sono inoltre svolti alcuni incontri con l'Imam e il Presidente della Moschea di Grosseto al fine di implementare degli itinerari da svolgere con la comunità di riferimento.

Si sono inoltre concluse le attività di Educazione alla salute svolte nelle classi del CPIA. Il lavoro

nelle scuole ha coinvolto spesso anche ragazze e ragazzi minorenni.

Al fine di presentare i servizi per la Salute mentale e la cura delle dipendenze, è stata scelta e attuata una metodologia partecipativa e dialogica. Gli operatori hanno stimolato il dibattito con una domanda sulla salute: cosa significa per voi la parola salute? Dopo aver raccolto opinioni e definizioni, gli operatori hanno definito la Salute a partire da un triplice livello: salute biologica, psico-emotiva e sociale, nella cornice del modello bio-psico-sociale per approdare alla presentazione dell'offerta dei servizi, delle ragioni e modalità di accesso.

ESC attivati 3: LATIFA HASNAOUI per le lingue arabo e francese; FAISAL GOMA per le lingue twi e inglese; SELMA OZER per la lingua curda.

MEDIATORI ATTIVATI: OKSANA NAHORNA per la lingua ucraina



L'ideatrice del "Che Model" (Community Health Education Model), Lai Fong Chiu a Grosseto, convegno organizzato dalla SDS (FAMI prog 633)

3.1.2 Youngle Samedi: giovani influencer per accorciare le distanze

Il progetto Youngle Samedi aveva la finalità di attivare un servizio di web peer education e ascolto online sul territorio della ASL Toscana Sud Est, con una particolare attenzione a ragazze e ragazzi di seconda generazione o provenienti da paesi terzi.

Nell'ambito degli interventi promossi dal progetto finalizzati alla prevenzione primaria, diagnosi precoce e facilitazione nell'accesso ai servizi, si è inteso, promuovere una serie di azioni di educazione alla salute nelle scuole delle 5 zone distretto attraverso la metodologia della Social Challenge e attivare **un nuovo servizio di ascolto e counseling online rivolto ad adolescenti - in particolare adolescenti G2 - e gestito da adolescenti** appositamente formati - con la supervisione di psicologi.

Le consulenze effettuate tramite una applicazione (la App "*Youngle*"), in aree a rischio di particolare vulnerabilità, come l'affettività, la sessualità, la relazione e la comunicazione in famiglia e con i pari, gli stili di vita, discriminazioni sociali e l'uso di alcool e di sostanze.

Gli **psicologi della ASL TSE** destinatari del progetto hanno avuto il compito di promuovere gli

interventi scolastici, formare e supervisionare l'attività online dei peer intervenendo nei casi più complessi.

1° step del progetto

A partire da Febbraio 2021, sperimentando una nuova modalità di promozione della salute nelle scuole, superando i limiti del lockdown a causa della pandemia Covid19, sono stati contattati, in incontri online, organizzati dalla cooperativa "ReteSviluppo" concordati con 6 scuole dei territori coinvolti, oltre 400 studenti delle terze e quarte classi di diversi istituti superiori, di cui circa 70 di seconda generazione o provenienti da paesi terzi.

Con tutti loro è stata portata avanti, attraverso dinamiche interattive, una riflessione sull'uso responsabile dei social network, specialmente in un contesto di emergenza sanitaria e dei temi relativi al disagio adolescenziale, quali: l'affettività, la sessualità, la relazione e la comunicazione, gli stili di vita, discriminazioni sociali e l'uso di alcool e di sostanze.

Attraverso il metodo della "**social challenge**", è stato chiesto agli stessi ragazzi di farsi promotori di tematiche di salute tra i propri coetanei attraverso i social.

Circa 400 ragazzi si sono quindi sfidati attraverso l'apertura di profili Instagram e promuovendo messaggi positivi di salute raggiungendo una quota di coetanei pari a 12 volte loro stessi.

Nel mese di giugno, i migliori profili Instagram sono stati premiati attraverso un ranking realizzato da professionisti della AUSL TSE sulla base di capacità di promuovere messaggi di promozione della salute tre giovani.

In questa fase del progetto Retesviluppo ha: - curato i contatti con le scuole e la stipula di alcune convenzioni,

- stabilito il calendario degli incontri,
- svolto incontri preliminari con gli insegnanti per l'illustrazione del progetto,
- condotto gli incontri online con gli studenti,
- monitorato il lavoro a distanza degli studenti,
- predisposto i form per la votazione della giuria,
- raccolto i materiali realizzati dai ragazzi,
- organizzato la giornata conclusiva con la premiazione,
- realizzato un breve video promozionale per la premiazione finale,
- acquistato i premi per i ragazzi,
- messo a disposizione la piattaforma web per lo svolgimento della premiazione conclusiva.

2° fase del progetto:

Dal 15 Settembre: 70 dei ragazzi che hanno partecipato alla prima fase e che, su base volontaria, dopo una selezione, 10 di loro, su Siena, hanno aderito al corso di formazione per diventare web peer educator.

I ragazzi sono stati formati dagli esperti nazionali del servizio Youngle, da "ReteSviluppo, dagli psicologi dell'Asl TSE, su tecniche di ascolto attivo e gestione della relazione online argomenti quali:

Psicologia digitale - Identità e fiducia in rete - Comunicazione e linguaggi del web - Empatia&ascolto - Webmarketing sui social - Aiuto e counseling online - Self-disclosure, discriminazioni, immigrazione, G2, pericoli della rete. ReteSviluppo ha messo a disposizione gli esperti Youngle del territorio di Firenze per la formazione iniziale dei ragazzi e ha fornito un servizio di raccordo costante per l'assistenza tecnica sulla app.

Gli incontri sono stati settimanali per circa 2 ore.

ReteSviluppo ha realizzato e messo a disposizione il servizio, tramite Web App - YOUNGLE.

Tale servizio, nella fattività, consiste in una chat tra pari, in cui i ragazzi formati, supervisionati in presenza e da remoto dagli psicologi dell'Azienda, interagiscono con i coetanei che hanno necessità di dialogare e parlare con qualcuno su temi come dei pericoli della rete, bullismo e cyberbullismo, relazioni affettive, discriminazioni, integrazione multiculturale, identità, ecc...

Il 24 di gennaio 2022 si è dato avvio all'attività di peer education on-line tramite l'applicazione di Youngle. 2 volte a settimana, il venerdì ed il lunedì dalle 21 alle 23, si sono alternati i peer ed uno psicologo con la funzione di supervisione alle chat.

Le chat svolte in modalità totalmente privata ed hanno coinvolto, ad oggi, un numero di oltre 350 utenti. Da un'analisi qualitativa delle chat risulta che sono tutti ragazzi adolescenti che hanno portato tematiche di disagio relative alla sessualità, relazioni interpersonali, problematiche familiari, di cui un 10% prodotte da ragazzi di seconda generazione che riferivano problematiche di integrazione tra pari, di svincolo a livello familiare in un momento in cui processi di identificazione del sé divengono forti e causa di disagi importanti non solo a livello relazionale ma anche psicologico.

Inoltre, da febbraio 2022, i Peer hanno svolto incontri in oltre 10 scuole della provincia di Siena con il coinvolgimento anche della Zona Distretto dell'Alta Valdelsa promuovendo i temi del disagio adolescenziale tra cui i problemi relativi alla generazione dei G2. In tale contesto sono state divulgate le locandine del progetto, felpe e stickers.

AD Aprile è stata aperto un profilo Tik Tok di Joungle Siena con la finalità di promuovere il progetto.

Nel mese di Aprile è stato avviato un percorso di formazione che ha visto il coinvolgimento di 10 ragazzi della Zona Distretto della Valdarno Aretino. Quest'ultima svolta dagli psicologi della Asl sud-est e dai Peer di Siena.

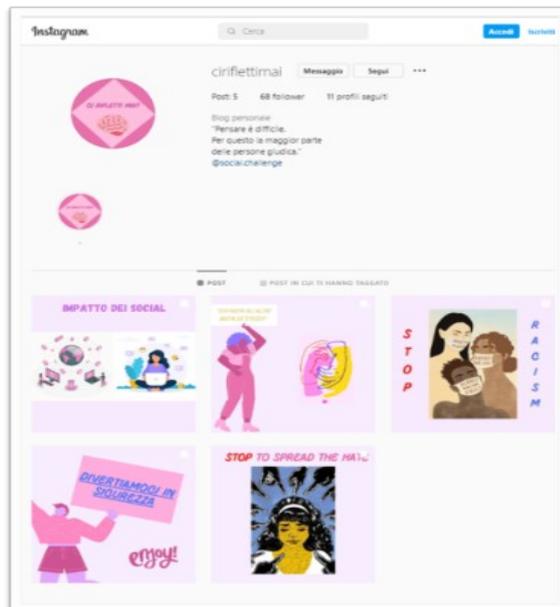
E' stata aperta una pagina Instagram dedicata a questa parte del progetto ed una sezione della WebApp dedicata al progetto Joungle Samedi per la zona distretto di Arezzo e Valdarno Aretino di prossima apertura.

Per la Zona Distretto grossetana sono stati svolti degli incontri di promozione del progetto all'interno delle scuole.

La piattaforma **“Youngle Samedi”** costituisce oggi un importante strumento sia per un primo ascolto e orientamento dei ragazzi, sia per facilitare l'accesso ai servizi ad una fascia della popolazione spesso refrattaria, inoltre per rafforzare le competenze degli operatori che si occupano di prevenzione e salute e che non possono più sottrarsi all'impiego delle nuove modalità web e social quali strumenti di lavoro per entrare in contatto con le persone e in particolare con le generazioni più giovani.

Il tema delle seconde generazioni è entrato a far parte della sensibilità dei ragazzi, e degli insegnanti delle scuole, che ad oggi si mostrano aperti al tema ed alle insite problematiche. Si mostra inoltre che i ragazzi G2 abbiano trovato uno spazio "privato" dove poter chiedere e ottenere aiuto.

Alcuni dei prodotti di Youngle Samedi



4. *Interventi di prossimità: l'équipe fuori di sé, itinerari di educazione*

sanitaria nel territorio

L' **intervista in profondità** è una tecnica di indagine ampiamente utilizzata nella ricerca qualitativa (BIANCO Carla, *Dall'evento al documento*, CISU, Roma; RONZON Francesco, *Sul campo*, Meltemi, Roma; PISTACCHI Massimo (curatore), *Vive voci*, Donzelli, Roma).

Oltre l'ammontare e il dato quantitativo, tale tecnica consente di accostarsi al punto più vicino possibile all'esperienza delle persone in carne ed ossa, al fine di cogliere i vissuti soggettivi, le rappresentazioni e i "punti di vista" a partire dalla **viva voce** dei soggetti intervistati.

Impiegata in ambito clinico, tale tecnica consente di **indagare i significati attribuiti dalle persone all'esperienza di sofferenza e/o di malattia, considerare idee e comportamenti nel quadro di un approccio olistico proprio della antropologia, anche alla luce dei molteplici orizzonti socio-culturali** che connotano l'eterogeneità dell'utenza.

I colloqui in profondità si svolgono con l'ausilio di uno strumento di indagine, chiamato **temario**. Il temario rappresenta una traccia, un insieme di temi e sotto-temi da approfondire, inerenti uno specifico ambito. Esso consente di condurre l'intervista mantenendo un focus; inoltre rende comparabili le informazioni raccolte.

Nel progetto è stato proposto l'impiego della MacGill Illness Narrative Interview (MINI), un protocollo di intervista teoricamente guidato, semi-strutturato e qualitativo, elaborato oltreoceano nell'ambito della psichiatria transculturale, dai ricercatori della MacGill University. Il MINI è suddiviso in cinque sezioni, tre sezioni principali e due considerate facoltative. La prima sezione consente di descrivere i sintomi e ricomporre l'esperienza di malattia, la seconda di far emergere i prototipi sugli attuali problemi di salute a partire dalle precedenti esperienze dell'intervistato, dei componenti della sua famiglia, degli amici, dei mezzi di comunicazione di massa e altre rappresentazioni "popolari", la terza sezione consente di esplorare i modelli esplicativi del paziente. Le ultime due sezioni esplorano gli itinerari di presa in cura, l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche, l'impatto dell'esperienza sulla percezione di sé, sulle relazioni familiari e con altre persone.

Esso fornisce una piattaforma conoscitiva interpretabile alla luce di discipline quali l'antropologia medica, la psichiatria, la sociologia e la psicologia, traducibile in itinerari terapeutici centrati sulla persona. Punto di forza dello strumento impiegato è che esso consente di esplorare i significati e le modalità di ragionamento degli intervistati rispetto all'esperienza di malattia e / o disturbo.

La calibrazione del Mini: un processo condiviso

Dopo una prima parte di formazione volta a inquadrare l'intervista in profondità come tecnica di ricerca e riflettere sul suo apporto alla raccolta dell'anamnesi del paziente, l'attività *on the job* è proseguita con una seconda parte laboratoriale finalizzata alla rimodulazione dello strumento MINI a partire dalle esperienze degli operatori delle équipes Ser.D e CSM. . Il percorso laboratoriale con le équipes ha incluso l'**elaborazione collettiva** di ben tre temari finalizzati alla **rilevazione della prospettiva dell'utenza**, punto metodologico essenziale nell'approccio antropologico alla presa in cura. Esito di questo processo sono le tre differenti tracce per lo svolgimento delle interviste in profondità con le/gli utenti: uno per la Salute mentale adulti, uno per il Ser.D e uno specificamente costruito per raccogliere la storia di viaggio e di immigrazione. È oramai nota la violenza sperimentata

dai migranti che approdano in Italia attraverso il canale di Sicilia. Violenza che lascia segni sovente visibili e memorie traumatiche.

Le tracce elaborate consentono di esplorare, nella narrazione del paziente, le condizioni esistenziali (stili di vita, reti familiari e amicali di riferimento, ecc.) e le esperienze significative che concorrono e / o hanno avuto un peso nel generare determinate condizioni di sofferenza.

Conduzione delle interviste in profondità

Gli strumenti sviluppati sono stati impiegati nello svolgimento delle interviste in profondità con pazienti provenienti dai Paesi Terzi. Le interviste si sono svolte in un setting clinico caratterizzato dalla presenza dell'antropologa e della mediatrice / mediatore linguistico-culturale in affiancamento alle figure che operano stabilmente all'interno dei servizi. Laddove gli intervistati hanno acconsentito, le interviste sono state audio-registrate e successivamente trascritte letteralmente. I testi delle interviste sono stati collettivamente analizzati con tutte le équipe coinvolte.

Uno degli obiettivi del lavoro è stato quindi anche quello di favorire l'identificazione di pratiche comunicative aperte, dinamiche e incentrate all'**ascolto attivo**, capaci di valorizzare **la creazione e il mantenimento di una relazione di fiducia** fra servizi e utenza, e promuoverne una **conoscenza reciproca e profonda**.

L'interdisciplinarietà emerge qui come fondamentale al fine di ampliare lo sguardo alla prospettiva dell'utenza e intervenire tenendo conto della multidimensionalità dell'esistenza umana, in termini bio-psico-sociali.

Temi emersi

L'analisi delle interviste ha portato all'individuazione di tre aree tematiche: a) una inerente le questioni legate a genere e migrazione; b) una connessa al fenomeno dell'abuso di sostanze stupefacenti nei luoghi di lavoro; c) i vissuti traumatici e la Sindrome post-traumatica da stress (PTSD).

Genere

Dalle interviste con utenti provenienti in particolare dal Pakistan e dal Bangladesh emerge una lettura del disagio in prospettiva dinamista, assumendo come punti centrali le dimensioni del conflitto e del mutamento in relazione a modelli sistemici socio-familiari sovente coercitivi rispetto la donna, al ruolo riservatole all'interno di quei stessi sistemi e al vissuto soggettivo di quel ruolo in interconnessione e sovente in contrasto con desideri e aspirazioni intime e soggettive. Il corpo diviene allora lo strumento attraverso cui comunicare le sofferenze prodotte dal dominio maschile e dalla pesante condizione di subalternità sperimentata da molte donne - non solo migranti. Il modello patriarcale non conosce frontiere - Povertà educative, il sistema dei matrimoni combinati, la virilocalità, la famiglia che diviene spazio di potere, il lavoro domestico non riconosciuto, l'isolamento e la violenza fisica sperimentata da alcune, infliggono ferite di cui i servizi possono prendersi cura.

Abuso di sostanze nei luoghi di lavoro

Tema emergente in particolare dalle interviste rivolte a utenti Sikh in cura presso alcune Zone Distretto. Le dure condizioni di lavoro, la nostalgia di casa, la marginalità, la povertà, il timore di perdere l'agognato posto di lavoro e la conseguente necessità di cavarsela in ambienti sempre più competitivi, che implicano resistenza in condizioni occupative caratterizzate da molte ore di lavoro svolte in ambienti spesso insalubri, rappresentano per alcuni le premesse a un uso patologico delle sostanze. Il tema delle dipendenze si intreccia con quello del genere e della genitorialità. Sotto gli effetti delle sostanze è più probabile che discussioni e litigi familiari degenerino in episodi di violenza intrafamiliare.

Vissuti traumatici e la Sindrome post-traumatica da stress (PTSD)

È oramai noto che i migranti che approdano in Italia attraversando il Canale di Sicilia subiscono in prima persona, nella stragrande maggioranza dei casi, violenze, soprusi e torture. Trafficati, venduti, comprati come carne da macello, portano sovente sul corpo i segni tangibili delle violenze e nella memoria il dolore e la vergogna delle stesse. Alcuni e soprattutto alcune scappano da contesti in cui già avevano sperimentato ingiustizia, abusi di potere e violenze, in un continuum che va dal Paese di origine a quello di approdo, in cui sperimentano ciò che Sayad ha definito la "dolce violenza" delle istituzioni. Forzare le persone migranti in traiettorie esistenziali e terapeutiche incomprensibili e non adeguate per alcuni è senz'altro una forma di "dolce violenza", ma violenza è anche l'incuria. L'etichetta diagnostica di PTSD va ancora studiata ed empiricamente compresa. In alcuni casi se ne abusa in altri la si ignora.

Antropologia e servizi socio-sanitari

L'antropologia come scienza finalizzata alla comprensione pratica dei diversi modi in cui si esplica l'esistenza umana, si inserisce come sapere critico di frontiera, volto alla descrizione e alla comprensione profonda di molteplici prospettive. La conoscenza delle idee, l'intenzione tesa alla scoperta dei molteplici significati e del senso che le persone attribuiscono alla loro esperienza di corpi nel mondo è l'"ovvia" premessa alla progettazione di azioni sempre più adeguate ed efficaci. Compito dell'antropologia è fornire piattaforme conoscitive ed esplicative a fini trasformativi, con l'intenzione di ricercare fra le distanze un terreno comune - comune nel suo significato politico di condivisibile - per contribuire a generare itinerari di presa in cura che tengano conto dei vissuti soggettivi, delle concrete difficoltà e risorse, dando pari dignità alle molteplici prospettive di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura.

In linea con gli intenti di una contemporanea Sanità pubblica di prossimità, l'antropologia nasce nello spazio pubblico, fra la gente, come disciplina che teorizza la vicinanza - quindi la prossimità - come metodo.

L'apporto antropologico ai servizi socio-sanitari consente l'applicazione di un approccio volto ad accostarsi al punto più vicino alla soggettività, per cogliere la presa che la vita ha su quella soggettività, anche attraverso l'inclusione metodologica di concetti come risonanza ed empatia.

Di seguito il pannello presentato dalla dr.ssa Michela Marchetti al Congresso italiano della Medicina delle Migrazioni 2022.



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building – lettera j) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria
 "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2782

L'équipe fuori di sé

Itinerari di Educazione alla Salute nella AUSL Toscana sud est

Marchetti M. - Franchini R. - Becattini M. - Cerretini M. - Magi S. - Marcucci M.



XVI Congresso nazionale SIMM ■ Roma, 19-21 ottobre 2022



Introduzione

Il Progetto "SAMEDI: Capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" (FAMI) 2014 - 2020 Prog 2782) prevede la costruzione e la realizzazione di itinerari finalizzati alla promozione della salute intesa nei suoi multipli livelli: salute biologica, psico-emozionale e sociale.

Si pone come obiettivo specifico il potenziamento delle competenze interculturali degli operatori nella presa in cura di cittadini dai Paesi terzi. Esso coinvolge operatori socio-sanitari delle équipes dei Centri di salute mentale e dei Servizi per le dipendenze di Arezzo, Valdarno, Siena, Val d'Elsa, Grosseto.

Nel quadro di una Medicina di prossimità attenta ai bisogni concreti delle persone e alle problematiche emergenti, le équipes SERD e CSM divengono mobili e, uscendo dagli spazi sanitari, implementano azioni socio-educative con un duplice obiettivo: a) conoscere il territorio e le persone che lo abitano; b) far conoscere e informare sui Servizi territoriali deputati alla prevenzione e alla cura delle dipendenze e della sofferenza psico-emozionale.

I percorsi programmati si confrontano con le eterogeneità presenti nei territori. Ciascun territorio manifesta peculiarità proprie, connesse tanto ai servizi, quanto alla rete e ai bisogni di specifici gruppi di persone.

Metodi

La reciproca conoscenza è indispensabile pre-condizione allo sviluppo di una programmazione partecipata e condivisibile, finalizzata a innescare mutamenti positivi negli operatori socio-sanitari e nei gruppi di persone a cui si rivolgono i percorsi educativi. La scarsa conoscenza dei bisogni fondamentali delle persone, delle loro concrete difficoltà, ma anche delle loro aspirazioni e delle loro energie latenti rischia di produrre pianificazioni e azioni non pertinenti e inefficaci. Partire dalla reciproca conoscenza significa impegnarsi ad attivare processi di produzione della conoscenza e di individuazione di strategie operative partecipate, circolari, dialogali e paritetiche, che riconoscano a tutti i soggetti coinvolti pari dignità e pari diritti, incluso il diritto ad attribuire soggettivi significati alle esperienze del e nel mondo.

Risultati

Le équipes si muovono in contesti formali e informali raggiungendo gruppi di persone e comunità che risultano particolarmente isolate e marginali. In ciascuna zona si sviluppano percorsi mai identici tra loro, ma modulati di volta in volta a partire dai punti di forza dei servizi e delle reti territoriali presenti, intervenendo su specifiche questioni problematiche. I contenuti educativi sono individuati a partire da temi emersi nel corso del Progetto attraverso focus-group e interviste in profondità. Le équipes sono multidisciplinari e sono costituite da antropologi, operatori socio-sanitari ed educatori sanitari di comunità (ESC).

Conclusioni

È ormai assodato l'apporto positivo di un approccio interdisciplinare, interculturale e reticolare alla presa in cura delle persone migranti (e non). I progetti finalizzati a valorizzare la multiprofessionalità e la collaborazione tra realtà territoriali promuovono reciproche conoscenze, facilitano l'accesso e la fruizione consapevole dei servizi da parte delle persone, aumentano la competenza culturale e relazionale degli operatori socio-sanitari. Figure di prossimità nei territori, quali antropologi, mediatori linguistico-culturali, peer educator ed educatori sanitari di comunità facilitano processi di reciproca comprensione, fiducia e comunicazione efficace, forniscono prospettive talvolta inedite su specifici temi, contribuiscono alla definizione dei problemi, alla costruzione di reti interconnettive e alla realizzazione di programmi operativi finalizzati al miglioramento della salute individuale e collettiva.



4.1 Le unità mobili: incontri psico-educativi

Caratteristiche generali

L'organizzazione di incontri psicoeducativi (almeno sei per zona) aveva come obiettivo avvicinare i cittadini di paesi terzi ai servizi e facilitarne la presa in carico. In questa fase sono state molto utili le precedenti informazioni raccolte in fase di mappatura e l'attività dei tavoli territoriali per coordinare le azioni svolte.

Sono stati realizzati in tutto 47 incontri psico-educativi, superando ampiamente gli obiettivi prefissati. La zona di Grosseto ha svolto 7 incontri, il Valdarno 10, la Valdelsa 12, Siena 8 e Arezzo 10. Ogni attività è stata rendicontata tramite verbale, foglio firme e foto.

Gli incontri avevano lo scopo di:

- far conoscere i servizi sanitari
- avvicinare i cittadini stranieri a tali servizi e rompere le reciproche diffidenze
- comprendere bisogni e necessità dell'utenza di paesi terzi
- conoscere i loro luoghi di aggregazione, formazione e lavoro degli stranieri
- fornire strumenti molteplici per leggere il disagio psichico e la dipendenza sia a stranieri sia a operatori degli stakeholder coinvolti
- facilitare la presa in carico o la segnalazione di eventuali fragilità
- incentivare una comunicazione più semplice tra gli operatori sanitari
- far confrontare gli operatori sanitari con culture altre e diverse concezioni del corpo, della salute e della malattia

Sono stati organizzati 2 diversi tipi di incontri per le unità mobili:

- Incontri brevi e indirizzati ad una platea ampia in cui si distribuiva materiale conoscitivo e si fornivano informazioni basilari sui servizi.
- Incontri più lunghi, con una platea ristretta, spesso ripetuti nel tempo per costruire legami di fiducia e comprendere le maggiori criticità presenti, i modi di agire e di relazionarsi con il disagio psicologico o la dipendenza.

In questa fase sono state raccolte le 300 schede anagrafiche dei beneficiari stranieri catalogate.

Tale azione ha incontrato spesso delle resistenze da parte dei beneficiari che talvolta non avevano il documento con sé oppure non erano d'accordo nel fornire informazioni sensibili. Tale rendicontazione corre il rischio di creare diffidenza e contravvenire l'obiettivo di prossimità che il progetto si è prefisso. Inoltre specialmente per i cittadini stranieri il documento d'identità viene ottenuto tramite un percorso difficile, tortuoso e talvolta traumatico e la richiesta di esibirlo, in un contesto pubblico, contraddice le garanzie di privacy e di tutela delle informazioni personali nell'accesso ai servizi sanitari. Per ogni unità mobile sono state attivate le equipe multidisciplinari che hanno coinvolto: operatori SERD e DSM, mediatori linguistici-culturali, antropologi e all'occorrenza altri servizi territoriali. Tutti gli incontri sono stati preparati nel corso di riunioni preliminari che coinvolgono sia gli operatori dei servizi sia gli operatori o i referenti dei servizi o luoghi di aggregazione dove si svolge l'incontro.

Nel corso delle unità mobili sono stati presi in carico dai servizi alcuni cittadini stranieri che hanno segnalato dei problemi. Tra i temi individuati e affrontati nel corso degli incontri psico-educativi troviamo: questioni di genere e violenza intrafamiliare, dipendenze e sfruttamento lavorativo, organizzazione dei servizi sanitari del paese d'origine, forme di prevenzione e di cura, concezioni di corpo, malattia e salute in altre culture.

Tali incontri sono stati realizzati in vari luoghi come: centri d'istruzione per adulti, altri corsi di insegnamento della lingua italiana, luoghi di culto (moschee, templi, gurdwara), strutture di accoglienza (CAS, SAI e corridoi umanitari), gruppi informali di sole donne, altri servizi del territorio. Per questi incontri antropologi, sanitari e mediatori hanno elaborato una brochure plurilingue (in 14 lingue diverse) distribuita ai presenti con i gadget Samedi: felpe, taccuini e penne. Le tecniche e gli strumenti adottati si sono affinati nel corso del tempo, ampliando notevolmente le competenze comunicative degli operatori sanitari e migliorando l'efficacia degli incontri. Inoltre l'attraversamento dei contesti e dei luoghi significativi per gli stranieri del territorio ha fornito agli operatori sanitari delle conoscenze che saranno sicuramente utili nella loro attività lavorativa futura.

Valdarno

Azioni

Gli ambiti tematici affrontati

- **Dipendenze / condizioni di lavoro** e di esistenza. Le dipendenze da oppiacei parzialmente sviluppate o consolidate a causa di condizioni lavorative e di esistenza difficili da affrontare. L'uso di oppiacei come anestetici per rendere sopportabili turni di lavoro, le condizioni nei luoghi di lavoro e una forte competizione tra lavoratori ricattabili (paura di perdere il posto di lavoro). Gli operatori del SERD ricordano i molti utenti in carico al servizio di origine indiana, utilizzatori di oppiacei e impiegati nelle fabbriche di pulimentatura. **Il tema viene affrontato in maniera trasversale nelle attività delle unità mobili**, in vari contesti e non solo in quello lavorativo e soprattutto nei luoghi di culto frequentati da cittadini di origine indiana. Vengono elaborate delle storie inventate ma prototipiche di pazienti stranieri in carico ai servizi da presentare nel corso degli incontri.
- Questioni di **genere**: percorso avviato grazie alla **collaborazione di Consultorio, Pronto donna, Servizi sociali dei comuni, infermieri del pronto soccorso**. Effettuati più incontri nel **Comune di**

Terranuova Bracciolini con un gruppo di donne di origine asiatica per informarle sui vari servizi del territorio e comprendere le principali esigenze.

- Incontri nei CAS. Effettuato **percorso di mindfulness** con ospiti della struttura d'accoglienza della Giovanni Paolo II provenienti da un corridoio umanitario.

- **Incontro con i referenti delle comunità di stranieri** e luoghi di culto. Percorso facilitato da **Paolo Martinino** responsabile Sportello stranieri Conferenza dei sindaci del Valdarno. Gli incontri si sono svolti presso: **Tempio Sick, Tempio Induista, Moschea, Museo Paleontologico con comunità africana.**

- incontri con il **Cpia** per informare studenti di varie età e provenienze. Sono stati incontrati ragazzi albanesi provenienti dalla casa famiglia Foti, presenti anche alcuni indiani e persone arabofone. I docenti hanno contribuito alla costruzione degli incontri tramite informazioni sul gruppo classe e le principali problematiche degli alunni, che evidenziavano delle fragilità legate specialmente a traumi conseguenti alla migrazione. La composizione dei discenti è cambiata nel corso dell'anno in seguito ad una variazione di orario dei corsi.

- In Valdarno si è anche svolto l'unico **evento pubblico del progetto (19 Giugno 2022)**. La giornata è servita anche a far conoscere i servizi di SERD e DSM a tutti i partecipanti. Nel corso della giornata si sono susseguiti gli interventi degli operatori ASL e dei cittadini stranieri coinvolti, musica live, cena multietnica e proiezione di un film a tema.

Nella zona del Valdarno si sono svolti in totale 10 incontri utilizzando 2 antropologi e 4 mediatori diversi. Le equipe sanitarie si sono rese disponibili nello svolgere degli interventi oltre il loro orario lavorativo nei giorni festivi, unico momento in cui è possibile incontrare alcune categorie di cittadini stranieri. Svolgere questi incontri in orari e giorni non lavorativi è stato un bel segnale di prossimità per andare incontro ai bisogni dell'utenza e avvicinare i cittadini stranieri ai servizi. **La costruzione di storie esemplificative è stato un momento laboratoriale partecipato.** Queste riunioni, basate sul metodo narrativo, avevano lo scopo di stimolare il racconto delle esperienze personali degli stranieri. Gli operatori si raccontano partendo da una storia tipo, che dovrebbe essere inventata, con l'obiettivo di mettere insieme tutta una serie di esperienze prototipiche dei servizi. La storia dovrebbe evidenziare il problema, la sua risoluzione e le figure sanitarie incontrate durante il percorso. Le unità mobili di questa zona hanno visto l'attiva collaborazione e la sinergia con gli operatori dell'APS DOG che portavano avanti il Progetto Demetra. Fondamentale in questa zona è stata la collaborazione attiva della rete territoriale pubblica e del privato sociale molto attiva nell'inclusione dei cittadini stranieri che ha fornito luoghi, competenze e personale per la realizzazione degli incontri psico-educativi.

Valdarno

Azioni

Incontri nel **CPIA** nelle sedi di **Poggibonsi e Colle Val d'Elsa**. Viene organizzato **un breve percorso formativo** sui servizi offerti da DSM e SERD **rivolto agli studenti** a cui partecipano anche gli operatori del **Consultorio**. Un primo incontro è stato di presentazione generale dei servizi SERD e DSM, successivamente gli insegnanti hanno raccolto domande, curiosità ed esigenze degli alunni. Questi bisogni sono stati ridiscussi in un secondo momento online tra docenti CPIA e Servizi

Sanitari per poi tornare in classe e rispondere alle questioni emerse. Vengono inoltre **organizzati degli incontri formativi rivolti ai docenti** e finalizzati a fornire strumenti per la lettura e l'intercettazione di possibili segni di disagio e / o disturbo rilevabili tra gli studenti partecipanti ai corsi. I docenti del Cpia, hanno espresso soddisfazione per i contenuti e il coinvolgimento che l'unità mobile ha saputo creare nel suo gruppo classe. Alcune persone con delle situazioni problematiche si sono rivolte ai servizi grazie all'incontro organizzato. L'unica criticità è la rendicontazione richiesta dai progetti FAMI, la compilazione delle schede anagrafiche dei beneficiari ha creato paura e diffidenza specialmente nelle persone con un vissuto traumatico. La segnalazione della docente è stata utile per proporre al Ministero una modifica della rendicontazione richiesta. La docente ha raccolto delle domande anonime da sottoporre agli operatori dei servizi per organizzare un secondo incontro in classe. Si sono ipotizzati in futuro degli interventi più informali e meno frontali. Gli stessi operatori hanno seguito in maniera più approfondita il gruppo classe lavorando sulla fiducia, sul problem solving e sull'emotività. Lo scopo era quello di formare il gruppo classe in modo che alla fine della serie di incontri potesse svolgere il ruolo di peer education presso connazionali e conoscenti in modo che i partecipanti fossero i primi promotori di questi servizi. La Valdelsa è stata la zona in cui si sono svolti più incontri di questo genere (8 incontri) con target differenti dal punto di vista di genere, anagrafico e di provenienza.

- **Incontri nei CAS e SAI.** In particolare ci si è concentrati su un Cas periferico, quello di Radicondoli, più lontano dai servizi. Andrea Ciacci, direttore del CAS, ha sottolineato la necessità di semplificare il messaggio per gli ospiti dell'accoglienza, poche figure e con uno scopo immediato che va incontro ai bisogni. La maggioranza degli ospiti del CAS sono di origine pakistana. Gli incontri in questo contesto sono stati facilitati dalla presenza come operatore del CAS di uno degli Educatori di Salute di Comunità coinvolti nel progetto, che quindi conosceva già i beneficiari e le loro esigenze.

- **Incontri presso la Moschea di Colle Val d'Elsa,** una delle moschee più importanti della Toscana. Si è provato a concentrare l'intervento in questo contesto sul gioco d'azzardo, diversi fedeli della moschea sono stati in carico dal servizio con queste problematiche. Si segnala la resistenza di alcuni referenti della moschea ad organizzare un possibile confronto, nonostante i ripetuti tentativi sono stati organizzati solo 2 incontri. Queste difficoltà segnalano l'assoluta necessità di un intervento in quel contesto in cui le fragilità vengono spesso risolte internamente senza una collaborazione con i servizi territoriali. Anche il servizio sociale territoriale ha sottolineato la tendenza di certe comunità nel risolvere i problemi al loro interno mal tollerando ingerenze esterne. Questa diffidenza si è creata in passato quando parte della comunità locale italiana si è opposta con fermezza alla realizzazione di questa moschea. Per azioni future si è pensato di utilizzare la disponibilità degli imam che più di altri hanno collaborato al progetto (Montevarchi e Arezzo) per comprendere dove nascono queste diffidenze e come superarle. Tra le difficoltà incontrate vi è il rapporto con le operatrici donne in contesti prevalentemente maschili e maschilisti in cui non veniva riconosciuta la competenza professionale delle operatrici.

Nella zona Valdelsa si sono svolti in totale 12 incontri delle unità mobili coinvolgendo 2 antropologi e 3 mediatori. Si era ipotizzato inizialmente anche un percorso carcere ma attualmente nel carcere di Razzo non sono presenti più stranieri perché il carcere è diventato un penitenziario di

massima sicurezza. Il percorso non è stato avviato anche per le difficoltà nell'ottenere i necessari permessi dall'autorità penitenziaria per l'ingresso di personale esterno.

Si era ipotizzato anche un percorso su condizioni di lavoro e dipendenze. Gli operatori del SERD avevano rintracciato diversi utenti sfruttati in agricoltura che avevano sviluppato una dipendenza, ora questi utenti non sono più presenti sul territorio. Si segnalano donne ucraine che abusano di alcol e svolgono il lavoro di badanti. La tematica è stata affrontata in maniera trasversale nel corso di varie unità mobili.

SIENA E MONTERONI

Incontri nel CPIA nelle sedi di Siena e Monteroni.

- **Incontri sul genere con donne kosovare a Monteroni.** Il percorso riprende delle attività già portate avanti dal DSM, Misericordia Siena e Servizi sociali di Monteroni. I percorsi attivati in passato che avevano coinvolto con successo la popolazione femminile sono stati interrotti dal Covid e ripresi grazie al progetto Samedi. Il percorso si è intrecciato con gli incontri del CPIA nelle classi di Monteroni ed è riuscito ad incrementare le presenze nei corsi di lingua. Sono stati avviati processi di reciproca conoscenza e interazione tra autoctoni e cittadini stranieri per evitare derive xenofobe, segnalate dai servizi sociali territoriali, o arroccamenti identitari. La partecipazione non è stata costante ma i numeri sono cresciuti con il trascorrere del tempo. Il gruppo è costituito da una minoranza, Gorani, del Kosovo, provenienti da zone di montagna, con dei retaggi molto tradizionali e molto difficili da avvicinare. Sono state approfondite le questioni linguistiche e culturali della minoranza gorani. L'affiancamento dell'antropologa Michela Marchetti è stata una risorsa aggiuntiva attivata in caso di bisogno. Nel gruppo è emersa l'esigenza di un luogo di aggregazione per realizzare delle attività all'uncinetto, cucinare insieme e altre attività sociali. Grazie a queste pratiche comuni è stato possibile avviare delle trasformazioni culturali più profonde e coinvolgere alcuni nuclei familiari.

- Percorsi in altre scuole di lingua italiana per adulti stranieri. I percorsi riguardano le classi de **La corte dei Miracoli** e la **Scuola Penny Wirton**. Inoltre sono stati **organizzati degli incontri formativi rivolti ai docenti** (in data 7 aprile 2022) e finalizzati a fornire strumenti per la lettura e l'intercettazione di possibili segni di disagio e / o disturbo rilevabili talvolta tra gli studenti partecipanti ai corsi. Il servizio del SERD: le dipendenze di cui si occupano, le relazioni con i differenti servizi, le figure professionali presenti nell'equipe, le attività del SERD di prevenzione e presa in carico. Il servizio del DSM: l'organizzazione sul territorio, le modalità di accesso, composizione dell'equipe sanitaria. Negli incontri sono state specificate le attività del Centro Diurno: orari di apertura, attività all'esterno (tra cui il gruppo del teatro che si incontra proprio alla Corte dei Miracoli) e all'interno, progetti domiciliari, reinserimento lavorativo, psicoeducazione familiare. Gli operatori della Corte dei Miracoli hanno posto delle domande agli operatori di SERD e DSM:

-Quali sono i metodi di confronto tra gli operatori dei servizi per condividere competenze e difficoltà del lavoro? Gli operatori del DSM si sono resi disponibili per future supervisioni in casi di difficoltà.

-Come faccio a capire se una persona ha un disturbo cognitivo? L'osservazione e l'aiuto dei colleghi sono fondamentali per capire chi abbiamo di fronte, vengono fatti degli esempi. Talvolta è molto difficile distinguere tra difficoltà linguistiche e di adattamento da veri e propri disturbi cognitivi. Gli

stranieri presentano delle difficoltà di diagnosi legate anche all'assenza di strumenti di anamnesi adeguati, ne sono un esempio le diagnosi di dislessia per bambini stranieri che spesso nascondono delle difficoltà di comprensione che hanno radici linguistiche e culturali.

-Come comportarsi quando una persona rifiuta il nostro aiuto? Sarebbe auspicabile cercare altre strade per attivare la relazione e costruire un terreno comune di confronto per poi progredire nel tempo.

Nella scuola della Corte dei Miracoli ci sono momenti di formazione civica quindi gli incontri psico-educativi sono stati realizzati in queste finestre didattiche.

SIENA

Nella zona di Siena si sono svolti 8 incontri delle unità mobili che hanno visto coinvolti 2 antropologi e 3 mediatori. Si era ipotizzato un percorso nei CAS. Il progetto ha contattato gli enti gestori dell'accoglienza in provincia di Siena ma senza riuscire ad organizzare incontri nelle loro strutture, si sono però organizzati dei momenti di formazione con gli operatori dell'accoglienza.

Grosseto

Azioni.

Gli ambiti tematici affrontati

- **Incontri con il CPIA nella città di Grosseto, Follonica e nell'area dell'Amiata, ad Arcidosso.** Gli incontri presso i vari CPIA sono stati proficui per partecipazione e coinvolgimento degli alunni, sono stati interventi multiprofessionale con diverse mediazioni (4 lingue differenti) e la distribuzione di materiali informativi tradotti in diretta (tramite delle App) e delle brochure plurilingue del progetto. Il progetto si è adoperato per la traduzione in varie lingue del volantino informativo riguardante le attività del CPIA. Gli alunni sono sembrati interessati e hanno posto delle domande su: terapie, riservatezza, anonimato e prestazioni. Sono state distribuite delle carte dei servizi con numeri, orari, nomi operatori ecc... Gli operatori hanno delineato il percorso di presa in carico da parte dei servizi e gli alunni si sono mostrati molto interessati al gioco d'azzardo e ai comportamenti dipendenti. L'intervento ha intercettato persone da tutto il mondo e anche italiani.
- **Incontri con i rappresentanti della comunità islamica presente a Grosseto, Follonica, Paganico e Castel del Piano.** Le équipe hanno incontrato gli imam e i presidenti dei centri islamici della provincia illustrando l'organizzazione dei servizi e indagando le principali problematiche tra i fedeli islamici della zona. Gli imam hanno avuto l'occasione di vedere di persona i servizi dell'Amiata e di Grosseto in modo che in futuro siano in grado di accompagnare direttamente dei loro conoscenti.
- **Percorso di genere con donne curde dell'Amiata.** Gli infermieri del SERD hanno recuperato gli accessi di donne straniere nel consultorio dell'Amiata e sono state prodotte delle slide che sintetizzano la situazione. Le ostetriche sottolineano la difficoltà nella presa in carico delle donne curde e algerine, diffidenti verso il servizio e sempre accompagnate dal marito. Gli accessi ai servizi sono tutte legati a

gravidezze. Vengono per questo motivo organizzati degli incontri conoscitivi con le donne curde dell'Amiata a cui vengono presentati i servizi di: SERD, DSM, Consultorio e CPIA. Gli operatori hanno sottolineato le chiusure degli ambulatori periferici avvenuti negli ultimi mesi (Roccastrada e Scansano) dovute ai tagli di budget dell'ASL. Tali chiusure allontanano i servizi dai bisogni dei cittadini ai margini e rendono difficile pensare ad un'efficace medicina di prossimità soprattutto nelle aree periferiche e montane. L'Amiata è una delle poche zone periferiche in cui rimane aperto un presidio territoriale e le unità mobili hanno provato a valorizzare questo punto ancora aperto per la cittadinanza facendo conoscere gli operatori ai cittadini stranieri presenti. Si è individuato l'Amiata come luogo di sperimentazione di buone prassi per un ritorno efficace ad una medicina territoriale, infatti si è provato ad intercettare gli stessi cittadini stranieri in vari contesti: consultorio, Cpia, luogo di culto. Tale area risultò di particolare interesse per la massiccia presenza di cittadini di origine curda. La scelta di coinvolgere aree montane e rurali è scaturita dalla volontà di programmare azioni capillari e includere le zone più marginali e scarsamente raggiunte dai servizi in generale, ai fini di una maggiore interazione con le persone che vi abitano. Sono stati coinvolti gli operatori del consultorio familiare in azioni di educazione sanitaria volta all'informazione sui servizi offerti dal consultorio e dal Centro anti-violenza.

Nella zona di Grosseto sono stati organizzati 7 incontri delle unità mobili con il coinvolgimento di 2 antropologi e 5 mediatori. Si era ipotizzato anche un percorso nel carcere che non è mai stato avviato per difficoltà organizzative e nell'ottenere i permessi per l'accesso di persone esterne nella struttura penitenziaria. Le unità mobili di questa zona hanno visto l'attiva collaborazione e la sinergia con gli operatori dell'APS DOG che portavano avanti il Progetto Demetra.

Gruppi psico-educativi nei CAS e nei SAI

Si è proposta l'attività con la Città del Sole e Croce Bianca di Rigutino (CAS), Arci e Oxfam che gestiscono i (SAI). Gli incontri sono riusciti però solo con **l'APS Liberamente** presso il CAS di via Arno e la **comunità per minori di Ponte a Buriano**. Sono stati **organizzati vari incontri di formazione e di conoscenza reciproca tra operatori dei servizi e operatori dell'accoglienza** al fine di segnalare le criticità nella presa in carico di richiedenti asilo e per migliorare i rapporti futuri tra servizi sanitari ed enti gestori dell'accoglienza.

- **Incontri con gli studenti del CPIA.** Un primo incontro di presentazione generale dei servizi SERD e DSM, successivamente gli insegnanti hanno raccolto domande, curiosità ed esigenze degli alunni. Questi bisogni sono stati ridiscussi in un secondo momento online tra docenti CPIA e Servizi Sanitari per poi tornare in classe e rispondere alle questioni emerse. Sono stati inoltre **organizzati degli incontri formativi rivolti ai docenti** e finalizzati a fornire strumenti per la lettura e l'intercettazione di possibili segni di disagio e / o disturbo rilevabili talvolta tra gli studenti partecipanti ai corsi. L'utenza del CPIA attualmente è molto varia: minori non accompagnati, richiedenti asilo dell'Africa Subsahariana, stranieri residenti provenienti da Pakistan e Bangladesh. Le principali difficoltà riguardano l'integrazione e le carenze linguistiche che si ripercuotono anche sulle

possibilità di apprendimento e generano un significativo abbandono scolastico. A determinare le possibilità di apprendimento sicuramente concorrono il luogo di vita e di lavoro, spesso ristretto ai connazionali.

Ulteriore problema rilevato dal CPIA è la segregazione in casa della popolazione femminile (soprattutto Bangladesh e Pakistan), alcune non frequentano la scuola perché non hanno la possibilità di lasciare figli piccoli. Inoltre nell'ultimo anno la DAD ha fatto calare notevolmente il livello dell'intervento didattico. I docenti hanno espresso la volontà di allargare l'intervento delle Unità mobili ai nuclei familiari dei discenti, da ciò è scaturito il percorso nella scuola 4 Novembre. Il servizio offerto dal CPIA di Arezzo va ben oltre la normale attività didattica e cerca di educare anche su temi riguardanti la salute e le dimensioni sociali, per questo si tratta di un contesto particolarmente proficuo in cui realizzare gli incontri psico-educativi. In questo contesto è stato presentato materiale informativo semplice e chiaro, possibilmente utilizzando molte immagini, supportati dall'esperienza e dalle tecniche comunicative adottate dai docenti.

- **Percorso in Scuola 4 Novembre.** L'incontro si è svolto in una classe di alfabetizzazione per donne straniere con figli iscritti presso l'istituto. La volontà è quella di allargare l'intervento delle unità mobili ai nuclei familiari dei discenti.

- **Moschea di Arezzo.** Si è svolto un incontro presso una delle moschee più frequentate di Arezzo. La moschea si trova nella periferia industriale della città ed è frequentata maggiormente da nordafricani.

Nella zona di Arezzo si sono svolte 10 unità mobili con la partecipazione di 2 antropologi e 3 mediatori. Seguendo l'esempio del Valdarno sono state costruite delle storie paradigmatiche in dei momenti laboratoriali partecipati. Queste storie, basate sul metodo narrativo, avevano lo scopo di stimolare il racconto delle esperienze personali degli stranieri. Gli operatori si raccontano partendo da una storia tipo, che dovrebbe essere inventata, con l'obiettivo di mettere insieme tutta una serie di esperienze prototipiche dei servizi. La storia dovrebbe evidenziare il problema, la sua risoluzione e le figure sanitarie incontrate durante il percorso. Le unità mobili di questa zona hanno visto l'attiva collaborazione e la sinergia con gli operatori dell'APS DOG che portavano avanti il Progetto Demetra.

Appendice. Storie prototipiche realizzate per incontri psico-educativi

Valdarno

STORIA DI BALBIR (SERD)

Balbir è un uomo indiano di 34 anni, vive in Italia da quindici anni con moglie e due figli: il primo è nato in India e lui non ha potuto assistere alla sua nascita. L'ha visto per la prima volta qualche anno dopo, quando ha fatto venire la famiglia in Italia. La bambina invece è nata qui in Valdarno. Adesso i due figli hanno 10 e 7 anni.

Balbir lavora come operaio in un'officina e continua ancora, dopo tanti anni, a mandare i soldi alla

famiglia in India, soprattutto per sostenere le sorelle che devono sposarsi. Per questo Balbir deve lavorare sempre di più, anche oltre la normale produttività, è sempre una competizione continua, perché bisogna stare al passo dei più giovani per essere ben visto dal datore di lavoro. La sua vita è fatta solo di lavoro, dei pochi amici in fabbrica dove passa le giornate, dei problemi con i figli che chiedono sempre più attenzioni per la scuola, della moglie che vive chiusa in casa occupandosi dei figli, senza parlare una parola in italiano, e gli chiede ogni giorno di comprare una casa più grande, un telefono e una macchina. Balbir parla ancora poche parole in italiano e non avrebbe mai immaginato prima di partire dall'India che la vita qui in Italia sarebbe stata così faticosa.

Da qualche tempo torna a casa sempre più stanco, le ansie aumentano e non riesce a dormire. La sera dopo cena inizia a bere un po' di whisky, come ha visto fare a casa di suoi amici, per rilassarsi e riuscire a dormire. Un giorno al lavoro sente parlare di pasticche provenienti dall'India che si possono acquistare nei negozi indiani e che aiutano a sentire meno dolore, fatica e stanchezza. Inizia ad usare le pasticche, al lavoro diventa molto più veloce, efficiente. Dopo diversi mesi non riuscendo più a trovare le pasticche, inizia ad usare eroina perché gli hanno detto che, anche se costa di più, è molto più efficace; prima l'uso è sporadico, poi aumenta di frequenza fino ad arrivare ad un uso giornaliero. Cominciano a diminuire i soldi che porta a casa e iniziano le liti familiari. La moglie scopre che lui usa eroina e gli chiede di smettere. Lui invece reagisce con rabbia, qualche volta alza le mani, diventa aggressivo cerca di smettere ma non ci riesce. Quando a volte ci prova per un giorno gli vengono dolori muscolari, brividi, tremori, sbadigli, irascibilità e sente il bisogno impellente di eroina. Balbir si accorge che non può fare a meno dell'eroina, è un bisogno fisico. Arriva tardi al lavoro, ci sono liti continue in famiglia, non riesce più a trovare tempo per aiutare i figli a scuola, perde la pazienza. Al lavoro lo rimproverano spesso per non riuscire a portare a termine gli impegni, vede i lavoratori giovani che sono più veloci e produttivi di lui. Si allontana dalla comunità, si isola.

Ormai Balbir non riesce più a pagare le spese quotidiane, neanche l'affitto e le bollette e in un momento di disperazione, dopo una lite con la moglie che minaccia di andarsene, chiede un prestito ad un amico parlandogli della sua situazione e l'amico gli racconta di aver avuto lo stesso problema e gli parla del SERD di Montevarchi dove lui si era rivolto per essere aiutato ad uscire dalla dipendenza da eroina.

L'amico, che parla bene in italiano, lo accompagna al Serd. Balbir non vuole che altri della sua comunità sappiano che va al Serd perché pensa che poi godranno del suo star male e parleranno male della sua famiglia. Al Serd Balbir trova un operatore che lo accoglie, lo fa entrare, lo ascolta, gli chiede cosa sta succedendo e poi gli viene proposto un appuntamento con il medico al servizio. Vengono fatti gli esami delle urine e viene valutata la necessità di una terapia per l'astinenza con una medicina sotto forma di sciroppo (Metadone). Una volta che il medico prescrive la terapia, Balbir viene accolto in ambulatorio dagli infermieri di riferimento. Inizia così a prendere la terapia giornaliera venendo per la prima settimana tutti i giorni al servizio. Successivamente lo sciroppo viene dato in affidamento per l'assunzione a casa. La terapia col farmaco ha una durata variabile secondo i bisogni della persona.

Contemporaneamente si programmano colloqui anche con gli altri operatori presenti nel servizio tenendo conto delle difficoltà che emergono: psicologo, educatore, assistente sociale.

Balbir insieme alla moglie inizia dei colloqui con la psicologa per affrontare i conflitti che ci sono in famiglia e ritrovare pian piano una situazione di maggiore tranquillità familiare. Balbir viene messo in contatto anche con l'educatore del servizio per aiutarlo nel rinnovo del libretto sanitario e nell'individuare delle attività che lo facciano stare bene. Nel frattempo l'assistente sociale del servizio

prende contatti con l'assistente sociale del comune di residenza per aiutare lui e la sua famiglia a superare questo periodo di difficoltà economica.

Grazie a tutti questi interventi Balbir sta meglio sia fisicamente che mentalmente, non deve più cercare l'eroina, migliorano gradualmente le relazioni familiari e anche la qualità del suo lavoro. Dopo diversi mesi Balbir sta meglio, non usa più sostanze e inizia a scalare lo sciroppo (il metadone). Adesso non si vergogna più di mostrarsi agli altri, ricomincia a frequentare il Gurdwara, i suoi amici. Ha più tempo per dedicarsi ai figli: il pomeriggio cerca di non uscire tardi dal lavoro e li accompagna ai giardini. A volte si ferma a guardarli mentre giocano e gli sembra di scoprire per la prima volta una parte della sua vita che prima non aveva visto. Adesso ha deciso di viverla fino in fondo.

Storia di Singh (DSM)

Singh è un uomo indiano di 23 anni, in Italia da tre anni con permesso di soggiorno per lavoro convertito da stagionale in subordinato. Lavora in una ditta di pulimentatura e, pur lavorando, non riesce a pagare l'affitto in autonomia, così vive in una camera singola all'interno di un appartamento che condivide con alcuni suoi connazionali.

Le giornate trascorrono sempre uguali: la fabbrica dalla mattina alla sera, le videochiamate serali alla famiglia, le domeniche al Gurudwara... e lui è sempre più carico di pensieri. Per venire in Italia ha pagato tanti soldi che deve restituire e che si aggiungono a quelli da mandare ogni mese alla famiglia per mantenerla. Così, ha chiesto di aumentare le ore di straordinario e quando torna a casa non riesce nemmeno a parlare dalla stanchezza. Gli altri indiani con cui divide l'appartamento, lo prendono in giro, sanno che prima o poi crollerà, lo guardano e ridono. Loro non lo capiscono, pensa Singh, non lo conoscono, non sanno niente di lui. Loro non sono come i suoi amici d'infanzia che ha lasciato in India, gli amici veri che gli mancano ogni giorno, come gli mancano i suoi genitori, i suoi fratelli, la vita in India che scorreva lentamente e senza preoccupazioni. Qui in Italia Singh sente di aver trovato solo disperazione, freddo e di essere diventato invisibile al mondo, perché nessuno si accorge di lui, nessuno si interessa a lui.

L'unica speranza che gli dà la forza per sopravvivere è il pensiero che tra qualche mese dovrà andare in India per sposarsi e poi potrà portare la moglie a vivere con lui in Italia. E' un pensiero che riesce a tranquillizzarlo per qualche minuto ma poi sprofonda di nuovo nelle preoccupazioni. Per portare la moglie in Italia da un anno sta sistemando tutti i documenti necessari e deve ancora trovare la casa con i requisiti per il ricongiungimento. Ci sono tante spese che deve sostenere e così è costretto ad aumentare ancora l'orario di lavoro.

I giorni passano e lui ha sempre mal di testa e di stomaco, comincia a sentirsi triste, preoccupato, vuol stare da solo, non condivide più i pasti con i connazionali, smette di parlare e di dormire. Dopo un mese, i giorni di assenza dal lavoro diventano sempre più frequenti. Inizia a parlare da solo, sembra perso nei suoi pensieri. Non cucina, mangia poco, non si lava, non si preoccupa della camera dove vive che diventa sempre più sporca. Singh comincia a non fidarsi degli altri suoi compagni d'appartamento, teme che vogliano fargli del male.

Sono ormai 3 giorni che lui non va al lavoro e resta chiuso nella sua stanza. Una notte, alle 2 ha ancora la televisione accesa ad alto volume. I suoi compagni di casa lo chiamano, lui non apre, si sentono fortissimi come se stesse spaccando la camera. Gli altri insistono a chiamarlo ma ci vogliono ore per riuscire a tranquillizzarlo e per fargli aprire la porta.

È domenica mattina presto e gli altri riescono a convincerlo ad andare in ospedale, al pronto soccorso. Singh è confuso, sente un forte ronzio nelle orecchie e in lontananza le voci dei compagni di casa che stanno raccontando qualcosa ai medici. In ospedale gli fanno gli esami del sangue e poi viene richiesta la visita psichiatrica. Lo psichiatra inizia a fargli delle domande, si accorge che non parla bene e chiede al pronto soccorso di attivare la mediazione. Singh racconta al mediatore i sintomi fisici e i motivi del suo arrivo al pronto soccorso. Lo psichiatra lo tranquillizza dicendogli che non sono stati trovati problemi organici significativi, gli chiede se negli ultimi giorni è accaduto qualcosa di particolare, se ha notato qualcosa di strano e lui risponde che è da un po' di tempo che gli amici lo guardano male, lui non si fida e pensa che gli mettano qualcosa nel cibo. Verso la fine del colloquio lo psichiatra suggerisce a Singh qualche giorno di ricovero.

Durante il ricovero viene iniziata una terapia con psicofarmaci e si verifica un graduale miglioramento del quadro, che rende possibile la dimissione dopo 10 giorni.

Lo psichiatra che lo ha visto al PS lo segue durante il ricovero e gli dà un appuntamento a 7 giorni dalla dimissione. Viene data 1 settimana di riposo dal lavoro. Durante la prima settimana vengono effettuate visite domiciliari infermieristiche quotidiane con somministrazione della terapia e monitoraggio della situazione.

Alla visita psichiatrica il paziente continua a mantenere l'equilibrio recuperato durante il ricovero ma manifesta preoccupazione relativa al rientro al lavoro e alle pratiche per far venire la futura moglie in Italia. Per seguire queste ultime viene proposto l'aiuto dell'Assistente Sociale del servizio psichiatrico, che il paziente accetta. Viene inoltre proposto un supporto psicologico, che il paziente, dopo un'iniziale titubanza, accetta. Vengono date altre 2 settimane di riposo dal lavoro, durante le quali il paziente comincia a vedere la psicologa. Dopo 2 settimane lo rivede anche lo psichiatra; il paziente si è tranquillizzato e può rientrare al lavoro.

Dopo qualche mese dagli incontri con la psicologa emerge che sarebbe utile per il paziente avere del tempo da dedicare a sé, ma non riesce a prenderselo. Lo psichiatra sottolinea il valore terapeutico del tempo per sé, ma il paziente fa difficoltà a pensare a livello pratico una cosa del genere, sia perché teme di sottrarre tempo al lavoro, sia perché non sa come muoversi. Lo psichiatra propone di cominciare con qualche attività riabilitativa di socializzazione offerta dal servizio psichiatrico. Il paziente dice che ci vuole pensare. Al successivo appuntamento il paziente dice allo psichiatra che è disponibile a provare.

Il paziente viene conosciuto dagli educatori, viene identificata come area di interesse quella dell'attività fisica e viene inserito nel gruppo di pazienti che fanno una camminata una volta la settimana. Sperimentando per qualche mese questa attività, il paziente si rende conto che gli è utile, ma presenta il problema dell'orario: per lui sarebbe meglio fare un'attività del genere la domenica piuttosto che durante la settimana. Il paziente viene aiutato a trovare un gruppo al di fuori del servizio di salute mentale con cui camminare la domenica. Nel frattempo continua i controlli psichiatrici.

Farà la terapia per un paio di anni, poi verrà sospesa, dopo un'attenta analisi dei segni precoci di crisi, con l'indicazione di rivolgersi al servizio prima di arrivare ad uno scompenso grave. Lo psichiatra lo monitorerà per 6 mesi dopo la sospensione della terapia.

Arezzo

Storia di Fatima (DSM)

Mi chiamo Fatima, ho 27 anni e vengo dal Pakistan. I miei genitori un giorno mi hanno presentato quello che sarebbe diventato mio marito, un uomo affascinante che avevo intravisto qualche volta e che mi dissero viveva in Italia. Era un buon matrimonio e fui subito molto felice di sposarlo. Dopo il matrimonio mi sono trasferita a casa dei miei suoceri e mio marito dopo pochi mesi è partito per riprendere il suo lavoro in Italia. La mia vita è cambiata molto, dovevo badare sempre ai miei cognati ancora piccoli e alle faccende domestiche. Era un lavoro molto faticoso che facevo contro voglia perché i miei suoceri era molto severi e aggressivi con me e mi sentivo trattata come una schiava e non come una della famiglia. Solo raramente potevo andare a trovare mia madre e non le parlavo di questi problemi per non farla agitare. Quando provavo a parlare di questo a mio marito lui non prendeva mai le mie parti, mi diceva che presto mi avrebbe portato in Italia ma che era molto difficile fare i documenti e trovare una casa. Ci siamo visti solo tre volte e per pochi mesi nei primi 5 anni di matrimonio ma insieme abbiamo avuto 2 figli, era un uomo che quasi non conoscevo. I miei bambini sono la mia gioia ma anche su quello sono iniziate le discussioni con i miei suoceri, loro non me li lasciavano crescere come volevo e pretendevano che dedicassi tutto il mio tempo alle faccende di casa anche subito dopo il parto. Ero davvero stanca, sola e delusa quando un giorno, nel 2019, mio marito mi ha finalmente detto che ci avrebbe portato tutti in Italia, in una città di nome Arezzo.

Arrivata in Italia ho avuto il terzo figlio, qui finalmente mi è sembrato di riprendere in mano la mia vita. Non è tutto come me l'aspettavo, abbiamo una piccola casa in periferia e mio marito è sempre a lavoro, inoltre non conosco nessuno e non parlo bene la lingua. Pochi mesi dopo il mio arrivo c'è stato il periodo del lockdown non potevo vedere o conoscere nessuno, avevo paura e lì ho ricominciato a sentirmi molto stanca. Ho iniziato a fare degli incubi e anche quando ero sveglia sentivo delle voci. Ho iniziato a stare sempre di più a letto a non avere voglia di fare niente, così la casa è diventata sempre più disordinata e mio marito ha iniziato ad occuparsi di tutto: portare i bambini a scuola, fare da mangiare, fare la spesa, badare alle pulizie. La mia assenza veniva notata anche dalle altre famiglie pakistane che chiedevano a mio marito: "perché non ci presenti tua moglie?". Mi sentivo giudicata e stavo sempre più a casa e nel letto con i brutti sogni e le voci. Tutto andava per il peggio e mio marito iniziava ad essere stanco e una volta si è arrabbiato con me e mi ha detto che mi avrebbe rimandata in Pakistan a curarmi. So che non lo farebbe ma mi sono sentita inutile a lui ed ai miei figli, da cui ero sempre più distante. Lui inoltre diventava anche violento con me, non capiva il mio disagio e mi vietava di fare tutto.

Intanto però per il mio ultimo figlio ho iniziato ad andare in un servizio pubblico e gratuito che si chiama il Consultorio, dove vanno le donne che stanno per diventare mamme. Qui sono stati tutti molto gentili, mi hanno accolto bene e ho iniziato a parlare dei miei problemi con una ragazza simpatica che fa l'Assistente Sociale. Le ho raccontato che non mi sentivo pronta per crescere questo nuovo bambino e le ho spiegato i miei cattivi pensieri.

Lei mi ha fissato un appuntamento con un'altra dottoressa, una Psichiatra, del Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Qui quando ho un appuntamento c'era sempre una donna pakistana mediatrice che traduce tutto quello che dico, così mio marito non mi deve per forza accompagnare. Sono tutti molto gentili e lì mi sono sentita accolta in uno spazio mio e più libera di raccontare quello che mi stava

succedendo. La Psichiatra mi ha detto che dovevo prendere una terapia, delle medicine per stare meglio, ma io non ero tanto sicura. La mediatrice e l'Infermiere mi hanno spiegato che con quelle sarei stata molto meglio e mi hanno rassicurata. Sono un po' più tranquilla di non dover andare in Pakistan per curarmi. Il DSM mi ha aiutato anche in molte altre cose della vita quotidiana. L'Assistente Sociale mi ha aiutato ad avere il minibus che porta i miei bambini a scuola così mio marito non deve più accompagnarli; inoltre ora viene una signora a casa ad aiutarmi nelle faccende attraverso l'assistenza domiciliare che hanno attivato i servizi, con lei parlo e ho anche più voglia di pulire la casa. L'Assistente Sociale mi ha anche messo in lista per richiedere un alloggio popolare così possiamo avere una casa più grande con una camera in più per i bambini. Un'altra operatrice che ho conosciuto al DSM, l'Educatore, mi ha inserito in una classe di italiano per imparare la lingua. Con l'Educatore abbiamo inserito il mio bimbo più piccolo all'asilo nido e ora io ho più tempo per me la mattina per andare a scuola e per frequentare un'associazione di volontariato che si occupa di cucina. Qui cucino con altre donne, imparo ricette di altri paesi e finalmente posso coltivare una mia passione. Non è un vero lavoro ma quando i bambini cresceranno potrò chiedere di essere assunta in un ristorante. Ho fatto molte nuove amicizie sia del mio paese che italiane e ora spesso porto i figli al parco con loro. Ho riscoperto il piacere di aiutare gli altri e di occuparmi della mia famiglia. Il rapporto con mio marito è più sereno e anche lui ha capito i suoi errori, mi vede felice e non mi controlla più come prima. Ora sto iniziando a conoscere questo paese e mi sento più sicura di me.

Storia di Anika (SERD)

Anika è una donna di origine pakistana, ha 39 anni e vive in Italia con il marito Faraji, anch'egli pakistano, da 10 anni; hanno due figli maschi, di 15 e 13 anni. Stanno assieme dalle giovanissime età di 15 anni Anika e 17 anni Faraji. Insieme hanno vissuto molte esperienze gioiose e dolorose, che hanno riguardato entrambe le famiglie di origine, famiglie molto povere in un paese dove per i giovani non c'era possibilità di crearsi un futuro di vita più agevole. Dieci anni fa sono arrivati in Italia e si sono stabiliti ad Arezzo, dove viveva un cugino di Faraji che li ha aiutati a trovare casa ed un lavoro per lui; i primi anni le cose sono andate abbastanza bene, Faraji ha dovuto cambiare più lavori, Anika si è occupata di crescere i figli stando a casa. Per la coppia le priorità sono sempre state prendersi cura dei figli e riuscire a pagare le spese mensili a carico della famiglia.

Da qualche tempo però Faraji non porta più a casa i soldi dello stipendio, il proprietario di casa si è lamentato che non ha ricevuto gli ultimi mesi di affitto, alcune bollette sono rimaste sospese tanto che è arrivato a casa l'avviso di interruzione dell'erogazione del gas se non saranno saldate subito le quote.....Faraji inoltre è sempre più nervoso e torna a casa sempre più tardi la sera, e quando rientra si arrabbia con Anika se lei non ha comprato vino e birra; Anika ha anche notato che Faraji negli ultimi mesi beve troppi alcolici.

Così una sera prende coraggio ed affronta il marito, chiedendogli di dirle cosa sta succedendo perché lei non può più vivere così, presto se le cose non cambieranno tornerà nel paese di origine con i due figli.... Faraji sente di dover essere onesto con la moglie, inoltre non vuole perdere la famiglia, così racconta ad Anika di giocare alle slot machines da circa 1 anno, di aver perso molti soldi e di aver chiesto anche un prestito di 500 euro ad un amico.

Anika nel frattempo prende contatti con la Caritas per una richiesta di aiuto economico e sulla spesa alimentare, chiede consiglio ad una operatrice che la indirizza al Servizio per le Dipendenze (SerD).

Dopo un po' di insistenze Faraji si convince a curarsi e viene accompagnato dalla moglie e dalla sorella (che vive ad Arezzo ed è disponibile ad aiutarlo) al SerD.

Qui cominciano un percorso di aiuto per smettere di giocare e di bere alcolici. Faraji accetta il programma terapeutico che gli viene consigliato dagli operatori del SerD, e dopo un primo colloquio di accoglienza e di conoscenza delle sue problematiche Faraji e la sua famiglia vengono aiutati attraverso cure gratuite: -Collegamento ai Servizi Sociali per un supporto economico(voucher affitto ed abbonamento autobus per i figli che si recano a scuola);

-tutoraggio economico e piano di risanamento del debito: con l'aiuto della moglie e della sorella Faraji dovrà render conto loro delle spese che effettua, consegnando anche lo stipendio nelle loro mani per non spenderlo più nel gioco e nell'alcol.Verranno effettuati dei colloqui periodici con l'Educatore Professionale del SerD per verificare la funzionalità del tutoraggio economico;

-valutazione medica: per la cura dell'abuso di alcol e per la valutazione di un eventuale stato depressivo in atto.

Già dopo 20 giorni Faraji e la moglie tornano al Servizio con il volto più disteso, Anika racconta che la sera le discussioni non ci sono più e che vede il marito molto più tranquillo; Faraji dice di sentirsi molto più sereno e di non sentire il bisogno di bere né di giocare grazie alle cure che sta ricevendo.

Alcune foto degli incontri psico-educativi svolti:

Cpia San Giovanni Valdarno



Tempio induista Montevarchi



Moschea di Montevarchi



Classe Corte dei Miracoli Siena



Moschea di Colle Val d'Elsa



Cpia di Grosseto



Cpia di Arezzo



5. Tavoli territoriali di coordinamento: la rete come valore

I tavoli si sono tenuti in ciascuna zona con cadenza trimestrale, ogni territorio ha svolto tra i 6 (Valdarno, Siena, Valdelsa, Grosseto) e i 7 incontri (Arezzo).

Tale azione di progetto si è svolta da Febbraio 2021 a Ottobre 2022 raggiungendo gli obiettivi prefissati.

Tali incontri della durata di due ore si sono tenuti in modalità online utilizzando la piattaforma Google Meet.

La convocazione dei tavoli è stata preceduta in ogni zona da un incontro propedeutico tra coordinatori dei tavoli, coordinatori dei servizi SERD /DSM e coordinamento del progetto per individuare gli interlocutori da coinvolgere e le progettualità da perseguire. I tavoli hanno coinvolto stakeholder diversi a seconda delle esigenze espresse dai territori, tra i quali: enti terzo settore e del privato sociale, enti gestori accoglienza stranieri, associazioni di volontariato, prefetture, centri per l'impiego, servizi sociali comunali, altri servizi ASL come Consultorio, Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, Pronto Soccorso e Medici di Medicina Generale. Ogni tavolo è stato coordinato da un operatore sanitario incaricato che ne ha monitorato l'efficacia e il corretto svolgimento. Il numero dei partecipanti alle riunioni è risultato variabile e influenzato dai periodi dell'anno e dalle diverse disponibilità. Nell'ambito di questa attività è avvenuta la stipula di 5 protocolli d'intesa (tra gli allegati), uno per zona, tra servizi sanitari e stakeholder del territorio. I protocolli d'intesa prevedono la reciproca collaborazione e la segnalazione di eventuali persone straniere da prendere in carico.

Tra gli obiettivi portati avanti attraverso l'azione dei tavoli territoriali:

- Condividere con gli stakeholder del territorio la mappatura realizzata da UNISI-DISPOC
- Riattivare e rivitalizzare la rete territoriale dopo e durante il periodo pandemico.
- Condividere con gli stakeholder del territorio criticità e potenzialità che riguardano la popolazione straniera.
- Programmare luoghi e interventi degli incontri psico-educativi realizzati in ciascuna zona.
- Condividere con la rete territoriali informazioni e risultati di altri progetti regionali (ICARE, SPRINT 2, Commit, Slin 2, Sinfem, Demetra, Intese, Teams, Sipla...)
- Costruire una presa in carico dei cittadini stranieri multidimensionale ed efficace anche attraverso i protocolli d'intesa tra ASL e servizi territoriali.
- Divulgare i risultati del progetto Samedi e il materiale informativo plurilingue sui servizi SERD e DSM.

I tavoli territoriali si sono rivelati un'azione utile per tenere aperto uno spazio di confronto tra i diversi attori del territorio che a diverso titolo si occupano di cittadini stranieri in un periodo in cui le restrizioni dovute all'emergenza sanitaria da COVID-19 hanno limitato fortemente gli incontri in presenza e la continuità dei servizi territoriali. Al termine di ogni incontro è stato concordato con i presenti l'appuntamento successivo a cadenza variabile.

La cabina di regia del progetto ha aggiornato in corso d'opera ogni tavolo territoriale sui progressi dei tavoli delle altre zone distretto. Inoltre in data 4 aprile 2021 e in data 9 febbraio 2022 sono avvenuti gli incontri annuali di tutti i coordinatori dei tavoli territoriali per la condivisione di modalità operative e lo scambio di nuove prassi.

Tramite questi incontri zonali venivano fornite agli stakeholder coinvolti nel progetto le informazioni

necessarie per attivare le azioni previste come unità mobili o interviste in profondità. In molte zone si riscontra purtroppo solo la partecipazione iniziale di molti servizi sociali comunali, solo alcuni hanno seguito interamente il percorso.

Di questi ultimi però si segnalano alcuni assessori e servizi sociali comunali che si sono spesi personalmente e hanno anche ospitato alcuni incontri del progetto. Una buona pratica che andrebbe corroborata coinvolgendo anche i servizi comunali che hanno partecipato solo parzialmente. La costante condivisione con i partecipanti al tavolo delle informazioni riguardanti altri progetti aveva l'obiettivo di integrare gli interventi e non replicarli in maniera sterile e disgiunta. I tavoli hanno provato a rispondere alle contingenze e alle necessità che la rete territoriale portava all'attenzione di volta in volta, sono stati dunque uno strumento duttile e mai una mera formalità di progetto. I tavoli territoriali hanno affrontato delle questioni migratorie molto ampie e non solo ristrette al solo ambito sanitario, provando coraggiosamente a rispondere agli stimoli esterni nei limiti delle loro competenze e capacità. I tavoli sono dunque stati un'occasione di approfondire delle tematiche ampie e trasversali e per continuare quel processo di formazione iniziato con l'affiancamento e il capacity building di stampo antropologico.

Tavolo territoriale di Arezzo

Il tavolo territoriale aretino è stato coordinato dalla dottoressa Donatella Frullano, Resp.U.F. Assistenza Sociale delle Zone Distretto Aretina, Casentino, Valtiberina. Gli incontri realizzati sono stati 7, in modalità online rendicontati da verbale, foto e foglio firme.

Le riunioni del tavolo hanno visto l'assidua partecipazione di coordinatori delle equipe SERD e DSM, antropologi e coordinatrice del tavolo.

Agli incontri hanno partecipato referenti di enti pubblici come: Università di Siena, ARTI, CPIA, Prefettura di Arezzo, Servizi sociali dei Comuni di Arezzo, Civitella della Chiana, Capolona, Subbiano, Castiglion Fibocchi.

Inoltre hanno partecipato attivamente altri referenti di servizi ASL come: Consultorio. Referenti di enti del terzo settore o volontariato come: Oxfam, Caritas Arezzo, APS DOG, Coop Futura, Arci, ACB Social Inclusion.

Enti gestori dell'accoglienza stranieri del territorio come: Croce Bianca di Rigutino, APS Liberamente, Cooperativa La Città del Sole.

Oltre agli incontri ufficiali del tavolo territoriali è avvenuto un ulteriore incontro tra servizi sanitari ed enti gestori dell'accoglienza per risolvere le criticità rilevate e procedere in un percorso comune facilitando gli invii di alcuni ospiti delle strutture d'accoglienza presso i servizi sanitari. La riunione è avvenuta in data 23 febbraio 2021 e in data 23 marzo 2021 e vi hanno partecipato le intere equipe sanitarie di SERD e DSM, la Prefettura di Arezzo e gli enti gestori: L'albero e la Rua, Associazione Tahomà, Croce Bianca di Rigutino, Cooperativa La Città del Sole, Cooperativa Desy, Arci.

Il tavolo territoriale è servito da coordinamento zonale per discutere diversi temi e contrastare alcuni fenomeni che ormai sono dirompenti e diffusi sul territorio aretino. Tra le difficoltà incontrate dai servizi si segnalano: a) l'imperfetta conoscenza della lingua italiana; b) le difficoltà che gli operatori incontrano nella costruzione di una relazione di fiducia con utenza migrante; c) le difficoltà degli operatori nel comprendere valori e comportamenti talvolta radicalmente distanti da quelli del paese ospite.

Nel corso del tavolo sono state approfondite le politiche del mondo del lavoro per stranieri con svantaggio per individuare percorsi specifici di inserimento lavorativo. Sono stati organizzati vari incontri su questo tema con rappresentanti di ARTI, Cooperative di tipo B e con la medicina del lavoro per individuare percorsi di inserimento lavorativo per persone straniere. La collaborazione con il CPIA di Arezzo è stata particolarmente intensa con l'organizzazione di incontri tra equipe sanitarie e docenti. Nel corso di questi incontri gli operatori impegnati nel Samedi hanno provato ad interrogare gli insegnanti riguardo i bisogni o le principali criticità emerse tra gli studenti stranieri.

Il protocollo d'intesa zonale ha avuto un percorso particolarmente partecipato e ha sancito l'accordo tra servizi SERD/DSM e 4 realtà enti pubblici e del terzo settore: ACB Social Inclusion, Associazione Dog, Oxfam, Cpia Arezzo. I fini dell'accordo sono quelli di attivare dei canali diretti di segnalazione per eventuali situazioni di criticità. Inoltre si prevede la condivisione del materiale informativo riguardante i servizi sanitari e l'eventuale collaborazione futura per eventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione straniera. Si tratta di uno strumento che ha lo scopo di mantenere vitale la rete territoriale attivata nel corso dei tavoli anche dopo la scadenza del progetto.

Gli incontri sono stati un'utile occasione di scambio di informazioni e pratiche per facilitare l'integrazione dei cittadini stranieri in una rete sociale e facilitarne l'accesso ai servizi.

Tavolo territoriale del Valdarno

Il tavolo territoriale valdarnese è stato coordinato dalla dottoressa Elisabetta Truglia, psichiatra coordinatrice del Dipartimento di Salute Mentale del Valdarno aretino. Gli incontri realizzati sono stati 6, in modalità online rendicontati da verbale, foto e foglio firme.

Le riunioni del tavolo hanno visto l'assidua partecipazione di coordinatori delle equipe SERD e DSM, antropologi, mediatori linguistici e coordinatrice del tavolo.

Agli incontri hanno partecipato referenti di enti pubblici come: Università di Siena, ARTI, CPIA, Prefettura di Arezzo, Servizi sociali o assessori dei Comuni di Bucine, Terranuova Bracciolini, Montevarchi, Laterina Pergine, San Giovanni Valdarno e lo sportello stranieri della conferenza dei sindaci del Valdarno.

Inoltre hanno partecipato attivamente altri referenti di servizi ASL come: Consultorio. Referenti di enti del terzo settore o volontariato come: Oxfam, APS DOG, Arci, Caritas Arezzo, Enti gestori dell'accoglienza stranieri del territorio come: Giovanni Paolo II, Beta 2.

Oltre agli incontri ufficiali del tavolo territoriali è avvenuto un ulteriore incontro tra servizi sanitari ed enti gestori dell'accoglienza per risolvere le criticità rilevate e procedere in un percorso comune facilitando gli invii di alcuni ospiti delle strutture d'accoglienza presso i servizi sanitari. La riunione è avvenuta in data 15 Giugno 2021 e vi hanno partecipato le intere equipe sanitarie di SERD e DSM: Cooperativa Beta 2, Giovanni Paolo II e Arci Valdarno.

Le difficoltà riguardano l'ambito linguistico culturale ma a questo si associa l'exasperazione di bisogni che sono presenti in tutti gli utenti del servizio: integrazione sociale, autonomia, rimangono particolarmente critici lavoro ed abitazione. Si evidenzia la necessità di presa in carico precoce prima che l'accesso avvenga tramite pronto soccorso o peggio che le situazioni vengano gestite privatamente. Tra temi e i bisogni emersi: maggiori informazioni riguardo i servizi SERD e DSM, difficoltà nel riconoscere i segni del disagio e della sofferenza, uso di sostanze e sfruttamento lavorativo, violenza di genere ed emarginazione femminile. Dalle informazioni raccolte risulta che alcune comunità straniere

hanno rimpatriato autonomamente dei connazionali con disturbi psicologici perché non avevano altri strumenti per farsene carico.

Vengono forniti i numeri della presenza straniera in Valdarno. il tema del lavoro e dello sfruttamento sia emerso come centrale soprattutto nella zona del Valdarno L'utenza indiana è tra le più rappresentate sia come distribuzione territoriale sia come accesso ai servizi.

Dal tavolo del Valdarno è nato un percorso di collaborazione tra varie realtà riguardante la violenza di genere. L'idea di questi incontri è nata proprio nel corso di un tavolo territoriale e aveva lo scopo di diffondere informazioni sulla rete territoriale tra un gruppo di donne straniere. Questo percorso proseguirà oltre la scadenza del progetto per la volontà degli operatori pubblici e privati che l'hanno attivato e delle donne di paesi terzi che vi hanno partecipato. In questo percorso è stata fondamentale la partecipazione dei servizi sociali comunali di Terranuova Bracciolini e di Montevarchi.

La zona del Valdarno è stata quella che più di ogni altro è riuscita a coinvolgere le associazioni informali delle comunità straniere presenti sul territorio che hanno espresso la volontà di poter prendere parte al progetto Samedì.

Tra le comunità straniere con cui si è collaborato attivamente si ricordano: Centro culturale Islamico, Sikh - Gurdwara, tempio induista, Ass. Dominicana, Ass. Senegalese, Ass. Asap per il Burkina, Chiesa Ortodossa - Comunità Rumena, Comunità Nigeriana.

Grazie alla loro partecipazione è stato possibile realizzare l'**evento pubblico del 19 Giugno a San Giovanni Valdarno**. Nel corso della giornata operatori e cittadini stranieri si sono confrontati su temi riguardanti la salute mentale e le dipendenze. Tra le attività proposte in quella sede si ricorda: musica dal mondo con artisti stranieri, cena multietnica e proiezione di un docu-film. L'organizzazione dell'evento è stata possibile solo grazie alla strettissima collaborazione con altri nodi della rete territoriale come: Materiali Sonori, Comune di San Giovanni Valdarno, sportello stranieri conferenza dei sindaci del Valdarno, associazione 8 Marzo, sezione locale soci Coop.

Evento San Giovanni Valdarno

Locandina e fotografie



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building – lettera j) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria
"SAMEDÌ: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2782

A cura di Coeso Società della salute Grosseto, ASL Toscana sud est
SERD e DSM Valdarno, Università di Siena DISPOC,
Comune di San Giovanni Valdarno, Oxfam Italia intercultura, Oratorio Don Bosco, Materiali Sonori, Vita da Vicolo



SAMEDÌ - CAPACI DI CURARE IN RETE OLTRE LE BARRIERE CULTURALI

LA FESTA DEI POPOLI Orientoccidente 2022

Domenica 19 giugno
San Giovanni Valdarno (AR)
Oratorio Don Bosco - Via Papa Giovanni XXIII, 2



ore 17:00

Interventi musicali di
EV UWA (Nigeria)
LANGO & KLAUDIO VVS (Albania)
PABLITO DJ (Italia)
BHAI GURWINDER SINGH (India)
BOBO (Italia)

Interverranno operatori sanitari e cittadini stranieri che hanno partecipato al progetto

ore 20:00

Cena dei popoli
degustazione di piatti etnici

ore 21.30

Proiezione del film **The Harvest**
di Andrea Paco Mariani (SMK Factory)

Nel corso dell'evento sarà possibile vedere: **"Eccole: Donne dal mondo"**
Un progetto fotografico di Lucia Baldini,
in collaborazione con il Centro d'ascolto per cittadini stranieri del Valdarno
A cura di: Comitato 8 Marzo/25 Novembre Valdarno



San Giovanni Valdarno: la cena dei popoli



San Giovanni Valdarno: operatori sanitari e sociali, mediatori e organizzatori



Tavolo territoriale di Siena

Il tavolo territoriale SENESE è stato coordinato dalla dottoressa Valentina Cappelli, assistente sociale del Dipartimento di Salute Mentale di Siena. Gli incontri realizzati sono stati 6, in modalità online rendicontati da verbale, foto e foglio firme.

Le riunioni del tavolo hanno visto l'assidua partecipazione di coordinatori delle equipe SERD e DSM, antropologi e coordinatrice del tavolo.

Agli incontri hanno partecipato referenti di enti pubblici come: Università di Siena, ARTI, CPIA, Prefettura di Siena, Servizi sociali o assessori dei Comuni di Siena, Murlo, Buonconvento, Sovicille, Monteroni d'Arbia.

Inoltre hanno partecipato attivamente altri referenti di servizi ASL come: Consultorio e Società della salute senese. Referenti di enti del terzo settore o volontariato come: Oxfam, La corte dei Miracoli, Misericordia di Siena, Cooperativa Pangea, Associazione Carretera Central. Enti gestori dell'accoglienza stranieri del territorio come: Cooperativa Santa Caterina.

Oltre agli incontri ufficiali del tavolo territoriali è avvenuto un ulteriore incontro tra servizi sanitari ed enti gestori dell'accoglienza per risolvere le criticità rilevate e procedere in un percorso comune facilitando gli invii di alcuni ospiti delle strutture d'accoglienza presso i servizi sanitari. La riunione è

avvenuta in data 27 Aprile 2021 e in data 20 Ottobre 2021 e vi hanno partecipato le intere equipe sanitarie di SERD e DSM: Misericordia di Siena, Cooperativa Santa Caterina, Arci Siena.

Ai primi tavoli territoriali hanno partecipato anche alcuni sindaci dei comuni della zona senese che hanno riportato le loro esperienze sul tema dell'integrazione dei cittadini stranieri in piccoli paesi. In questa occasione sono state poste in evidenza anche alcune difficoltà che ha presentato l'accoglienza di richiedenti asilo soprattutto quando insorgono problemi di dipendenza o salute mentale. Purtroppo sul territorio non esistono CAS per vulnerabili, i SAI per vulnerabili hanno pochi posti a disposizione e i territori devono sopperire a queste carenze in modo autonomo.

Una casistica usuale sul territorio che si è rivelata particolarmente vulnerabile sono gli stranieri di lungo periodo che perdono la residenza o che attraverso percorsi di accoglienza molto tortuosi si ritrovano in situazioni di disagio economico e abitativo.

Grazie al tavolo territoriale sono stati organizzati dei momenti di formazione rivolti ad operatori di sportello dei servizi territoriali. Queste formazioni tenute dagli operatori di SERD e DSM avevano lo scopo di facilitare il riconoscimento di segni e sintomi per individuare in maniera precoce eventuali criticità e inviare le persone tempestivamente ai servizi territoriali più idonei. Tali riunioni si sono svolte con i docenti del CPIA in data 18 giugno 2021, con gli operatori di sportello dedicati agli stranieri della provincia senese in data 21 giugno 2021 e con gli operatori e i docenti della Corte dei Miracoli in data 15 febbraio 2022.

Grazie al tavolo territoriale e alla collaborazione con CPIA, servizio sociale del Comune di Monteroni d'Arbia e Misericordia di Siena si è strutturato un percorso duraturo con le donne kosovare di Monteroni.

La comunità di Monteroni è costituita dagli stessi gruppi familiari. I percorsi attivati in passato che avevano coinvolto con successo la popolazione femminile sono stati interrotti dal Covid e hanno ripreso proprio grazie al Samedi. Gli obiettivi del percorso sono stati quelli di coinvolgere adolescenti e donne kosovare e indirizzarli a percorsi formativi.

Il protocollo d'intesa che prevede l'attivazione un canale di comunicazione diretto tra stakeholder del territorio (Pangea e Misericordia Siena) e servizi di SERD e DSM con l'invio diretto di persone straniere bisognose e la condivisione di materiali (brochure plurilingue) e possibilità formative. Tra gli obiettivi che ha perseguito il tavolo troviamo azioni che accrescano la competenza dei servizi e la cultura dell'accoglienza nei confronti dei cittadini stranieri e diffondere la conoscenza dei servizi per lavorare meglio e meno e prevenire le situazioni di maggiore gravità, in modo che le persone giungano ai servizi appena ne hanno bisogno

Tavolo territoriale della Valdelsa

Il tavolo territoriale valdarnese è stato coordinato dalla dottoressa Beatrice Angeli, Resp. UF Assistenza Sociale zona Alta Val D'Elsa. Gli incontri realizzati sono stati 6, in modalità online rendicontati da verbale, foto e foglio firme. Le riunioni del tavolo hanno visto l'assidua partecipazione di coordinatori delle equipe SERD e DSM, antropologi, mediatori linguistici e coordinatrice del tavolo.

Agli incontri hanno partecipato referenti di enti pubblici come: Università di Siena, ARTI, CPIA, Prefettura di Siena, Servizi sociali o assessori dei Comuni di San Gimignano, Radicondoli, Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa.

Inoltre hanno partecipato attivamente altri referenti di servizi ASL come: Consultorio, Società della Salute Alta Valdelsa.

Referenti di enti del terzo settore o volontariato come: Oxfam, Associazione il Telaio, Arci.

Enti gestori dell'accoglienza stranieri del territorio come: Cas Verde Oasi Radicondoli.

Oltre agli incontri ufficiali del tavolo territoriali è avvenuto un ulteriore incontro tra servizi sanitari ed enti gestori dell'accoglienza per risolvere le criticità rilevate e procedere in un percorso comune facilitando gli invii di alcuni ospiti delle strutture d'accoglienza presso i servizi sanitari. La riunione è avvenuta in data 17 maggio 2021 e vi hanno partecipato le intere equipe sanitarie di SERD e DSM: Cas Verde Oasi Radicondoli e Arci Siena.

La vulnerabilità psichica rimane un tema fondamentale attorno a cui strutturare una rete. I problemi spesso emergono nella fase di fuoriuscita dai CAS, c'è un gran bisogno di progetti SAI in particolare per individui vulnerabili. I progetti di integrazione prevedono diversi aspetti: alfabetizzazione, lavoro, ricerca della casa. Coltivare un interconnessione tra i servizi che provano a rispondere a questi bisogni è stato uno degli obiettivi del tavolo della valdelsa per creare dei percorsi di integrazione vincenti. Negli ultimi anni si rilevano molti migranti vulnerabili nei percorsi di accoglienza, utenza che spesso non trova risposta e genera delle criticità che per gli enti gestori sono difficili da gestire senza il supporto di operatori specializzati. L'educazione alla salute è un tema centrale su cui lavorare con altri stakeholder in maniera congiunta per sensibilizzare stranieri e non solo.

Beatrice Angeli ha predisposto il protocollo tra azienda USL (firmato dal direttore di zona) e la Fondazione Territori Sociali dell'Alta Val d'Elsa che comprende i 5 comuni dell'Alta Val d'Elsa. Questo accordo rafforza ciò che è stato fatto dal Samedì e rilancia la coesione della rete sociale territoriale. Il tavolo della valdelsa in alcuni momenti ha raccolto una scarsa partecipazione probabilmente tra le cause possiamo segnalare le difficoltà che la modalità online presenta, ma

probabilmente ciò è dovuto alla scarsa rete del terzo settore e volontariato presente sul territorio, criticità già segnalata in fase di mappatura. Si sottolinea però il protagonismo e il ruolo trainante dei servizi sanitari zonali attraverso il progetto Samedi e la necessità di approfondire la conoscenza delle comunità straniere presenti nella zona come quella senegalese.

Tavolo territoriale di Grosseto

Il tavolo territoriale grossetano è stato coordinato dal dottor Massimiliano Marcucci, del coordinamento di progetto per COESO, Società della Salute della zona grossetana, Amiata grossetana e Colline Metallifere. Gli incontri realizzati sono stati 6, in modalità online rendicontati da verbale, foto e foglio firme. Le riunioni del tavolo hanno visto l'assidua partecipazione di coordinatori delle equipe SERD e DSM, antropologi, mediatori linguistici e coordinatrice del tavolo.

Agli incontri hanno partecipato referenti di enti pubblici come: Università di Siena, ARTI, CPIA. Inoltre hanno partecipato attivamente altri referenti di servizi ASL come: Consultorio, Coeso-Società della salute grossetana. Referenti di enti del terzo settore o volontariato come: Oxfam, Cooperativa Auxilium vitae, Auser. Enti gestori dell'accoglienza stranieri del territorio come: Partecipazione e Sviluppo, Cooperativa Solidarietà e Crescita.

Per non sovrapporsi con altri progetti il tavolo grossetano ha scelto di occuparsi di richiedenti asilo sono in maniera marginale per dedicarsi più in profondità alla conoscenza delle comunità straniere presenti sul territorio, soprattutto quelle residenti in zone marginali. In questa zona è stata molto importante la collaborazione con CPIA e ARTI per delineare possibili percorsi formativi e di inserimento lavorativo per stranieri fragili. Il rapporto con ARTI si è strutturato come raccolta e scambio di informazioni tra centri per l'impiego ed equipe SERD DSM (in particolare educatori ed assistenti sociali). Tale partecipazione si è concretizzata attraverso la relazione presentata da ARTI nell'evento finale del Samedi a Grosseto il 4 Novembre. Con il CPIA si è deciso di costruire una brochure plurilingue presente nel sito del progetto e che descrive le attività del centro d'istruzione per adulti: <http://www.coesoareagr.it/samedi/> . Tale lavoro è stato possibile grazie alla collaborazione delle mediatrici e dei mediatori di Oxfam impegnati nel progetto. Oltre la traduzione linguistica la mediazione può essere molto utile per spiegare il modello e l'organizzazione dei servizi qui che non è sempre immediatamente comprensibile a chi viene da un contesto diverso. Un problema rilevante nell'inserimento lavorativo e sociale è la mobilità e la distanza dei servizi.

E' emersa la necessità di lavorare ad Arcidosso in collaborazione con le ostetriche del consultorio e strutturare delle azioni congiunte con altri servizi territoriali come Consultorio, CPIA e servizi sociali. La zona amiatina e molte aree interne del territorio si contraddistinguono per la distanza e la

difficoltà nel raggiungere i servizi. Proprio Castel del Piano e Arcidosso rappresentano gli ultimi servizi territoriali aperti in una zona molto vasta e mal collegata. E' emersa nel corso dei tavoli territoriali la volontà di concentrarsi in queste zone ai margini per promuovere un modello di sanità territoriale e di prossimità che ormai sta scomparendo, inoltre queste zone venivano indicate dagli stakeholder come le più critiche e

quelle con una presenza straniera più significativa. Si è stabilito di concentrarsi in un percorso specifico per donne curde residenti che non frequentano la scuola di italiano del CPIA. Il percorso

riconosceva l'importanza di provare a comprendere sensi e significati prodotti in contesti culturali diversi per strutturare azioni più efficaci e meno respingenti. In questo senso bisognerebbe uscire dall'ambito della mera assistenza per andare oltre verso un approccio alla cura multidimensionale che riguarda: emotività, sentimenti, socialità, solitudine...

Dopo lo scoppio del conflitto ucraino-russo si è deciso di dedicare un incontro del tavolo territoriale a questo tema per capire come e dove i profughi ucraini si stavano distribuendo sul territorio grossetano. Presente all'incontro anche la mediatrice ucraina Anna Smolarchuk che si è occupata degli arrivi di profughi ucraini negli ultimi mesi. In quella sede sono stati presentati numeri e distribuzione degli arrivi. Anche il Cpia ha attivato dei corsi ad hoc per la popolazione ucraina a Grosseto e Follonica. Si sottolineano delle resistenze anche ad imparare la lingua italiana, a compilare documenti burocratici, a recarsi in Questura per chiedere il permesso di soggiorno, molti in sostanza non accettano la loro condizione di "profughi" e sperano di tornare nel loro paese il prima possibile. La lontananza dei servizi spesso può incidere nella scarsa integrazione anche dei profughi ucraini, spesso non potevano spostarsi sul territorio e quindi accedere ai servizi. I primi aiuti economici della protezione civile sono arrivati a Maggio e alcuni hanno vissuto una fase di disagio economico. Da settembre 2022 molti profughi si sono organizzati per una permanenza più duratura.

6. Evento finale e conclusioni

L'evento finale del 4 novembre ha previsto la presenza degli operatori e collaboratori del progetto e di un pubblico competente.

Hanno partecipato i coordinatori del progetto, *Massimiliano Marcucci* - Società della salute delle zone Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana e *Stefania Magi* - ASL TSE, con la collaborazione di *Luca Scali* (ASL TSE.)

Per l'Università di Siena, in particolare sulla mappatura dei servizi pubblici e privati, ha relazionato il *Riccardo Franchini*, ricercatore e antropologo, mostrando la mappa presente all'interno del sito del Laboratorio sulle Disuguaglianze dell'Università di Siena in cui sono censiti centinaia di servizi tra cui quelli sanitari, sociali, orientamento al lavoro, informativi di sportello, scuole, enti di accoglienza etc. La metodologia utilizzata nel progetto, come già mostrato, è stata quella della mediazione, in particolare quella antropologica professionale per fornire un ponte tra gli operatori sanitari e le comunità straniere, con l'ausilio degli educatori ed educatrici di salute di comunità: di ciò hanno parlato *Caterina Casamenti* e *Michela Marchetti* di Oxfam Italia. Marchetti ha relazionato anche sui primi risultati del progetto al Congresso 2022 della Società Italiana Medicina delle Migrazioni (gli Atti del Congresso ospitano un articolo sul progetto a firma di Marchetti, Franchini, Becattini, Cerretini, Magi, Marcucci); inoltre Marchetti e Franchini sono firmatari anche dell'articolo in allegato in via di pubblicazione presso la *Nuova Rivista di Psichiatria*.

Un focus particolare è stato dedicato ai dati, ai risultati e alle criticità del progetto nell'ambito della salute mentale e dipendenze nella Toscana sud est, con *Massimiliano Cerretini*, psichiatra della ASL TSE; particolarmente utile è apparsa la presenza delle unità multidisciplinari socio-sanitarie mobili nei luoghi, spesso periferici, frequentati dalle comunità straniere.

Delle problematiche adolescenziali, con un'attenzione particolare ai ragazzi stranieri, si è occupato YOUNGLE (tra young e jungle), che è una realtà attiva in molte zone d'Italia, tra le pratiche migliori contro il disagio adolescenziale come attestato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: Youngle utilizza il mondo digitale per far parlare ragazzi e ragazze, attraverso gli educatori tra pari formati e seguiti da psicologi. Della metodologia Youngle trasferita in Samedi, hanno relazionato *Luca Pianigiani*, *Giovanni Salerno* e *Giulia Centini* psicologi della ASL TSE con la presenza di alcuni ragazzi e ragazze peer educators.

Ruolo fondamentale nella rete territoriale dei servizi è stato individuato, tra gli altri, con il Centro provinciale per l'impiego, con la relazione di *Cristina Marrani* (ARTI Toscana), come pure il Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti, snodi entrambi di tutte le politiche attive sociali e sanitarie, e sostenitori del progetto, partecipanti attivi dei tavoli territoriali.

Nel pomeriggio una serie di testimonianze di operatori sociali e sanitari e mediatori culturali, coordinate da *Edvige Facchi* psichiatra della ASL TSE, e le riflessioni dei referenti dei tavoli di coordinamento territoriali hanno concluso la giornata, spronando le direzioni degli Enti capofila e partner a proseguire sulla strada intrapresa, consci che solo una nuova metodologia come quella sperimentata potrà raggiungere dei risultati in termini di nuova consapevolezza degli operatori da una parte e di fiducia delle comunità straniere dall'altra.

Come dimostrato dall'interesse sempre crescente degli operatori sociali e sanitari alle azioni del progetto, dai risultati ottenuti e dall'attenzione della comunità scientifica (si pensi agli articoli citati già

pubblicati), Samedi si pone come punto di riferimento metodologico e contenutistico di azioni di educazione sanitaria, che sfidano i tre attori in campo, gli operatori socio-sanitari, i mediatori (antropologi, etnopsichiatri, educatori di salute di comunità) e i cittadini di paesi terzi a fare un passo avanti verso una reciproca legittimazione e fiducia.



(da sx verso dx) Stefania Magi, Tania Barbi, Massimiliano Marcucci





Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building – lettera j) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria
"SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2782

PROGETTO SAMEDI

EVENTO FINALE

Seminario vescovile,
via Ferrucci 11, Grosseto

4 novembre 2022

ore 9:00 - Saluti

Direttore Coeso Sds Grosseto, **Tania Barbi**

ore 9:30 - Introduzione

Massimiliano Marcucci - Coeso Sds Grosseto
Stefania Magi - ASL Toscana sud est
Luca Scali - ASL Toscana sud est

ore 10:00 - Fenomeni migratori e mappatura dei servizi pubblici e privati

Riccardo Franchini - Università di Siena

ore 10:30 - Mediazione culturale e antropologia professionale

Caterina Casamenti - Oxfam Italia
Michela Marchetti - Oxfam Italia

ore 11:00

PAUSA CAFFÈ

ore 11:15 - Salute mentale e dipendenze nella Toscana sud est

Massimiliano Cerretini - ASL Toscana sud est
Marco Becattini - ASL Toscana sud est

ore 11:45 - Youngle-Samedi

Luca Pianigiani - ASL Toscana sud est
Giulia Centini - ASL Toscana sud est
Giovanni Salerno - ASL Toscana sud est

ore 12:30 - L'esperienza del CPIA per l'alfabetizzazione degli stranieri

Giovanni Raimondi - CPIA 1 Grosseto

ore 12:45 - Il ruolo dei Centri per l'Impiego

Cristina Marrani - ARTI Grosseto

ore 13:00 - Dibattito

PAUSA PRANZO

ore 14:30 - Testimonianze e riflessioni

Coordina **Edvige Facchi** - ASL Toscana sud est
Interventi di Operatori sociali e sanitari,
Mediatori culturali, "Peer Youngle"

ore 15:30 - Tavoli territoriali di coordinamento: la rete come valore

Coordina **Massimiliano Marcucci**
Interventi di **Elisabetta Truglia**, **Donatella Frullano**,
Valentina Cappelli, **Beatrice Angeli**,
Edvige Facchi - ASL Toscana sud est

ore 16:30 - Riflessioni finali e prospettive future

COCKTAIL DI SALUTO

PROGETTO
SAMEDI



7. Prodotti realizzati

Il progetto ha prodotto, come previsto, materiali di informazione e gadget promozionali che sono stati distribuiti capillarmente nei distretti coinvolti, attraverso i servizi, le unità mobili e in occasione dell'evento nel Valdarno e del seminario finale.

ROLL UP

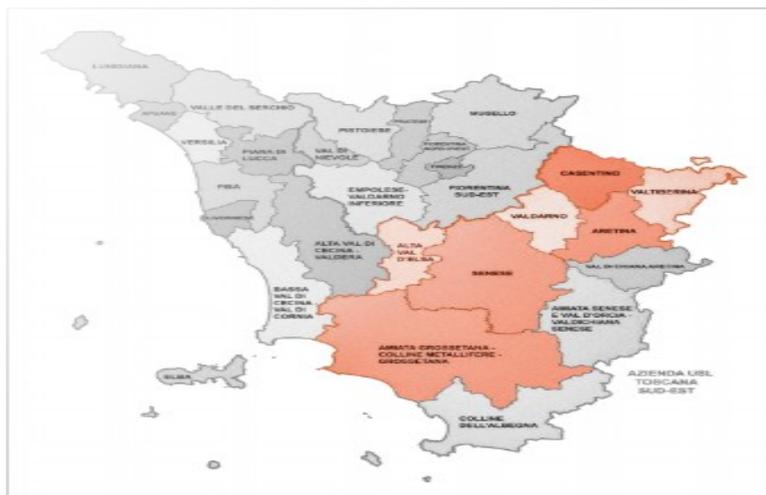


SAMEDI (SALute MEntale Dipendenze) Capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali

Ambito territoriale

Distretto dell'Area Vasta Toscana Sud Est

- Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana ● Senese ● Alta Valdelsa
- Valdarno ● Aretna ● Casentino ● Valtiberina



Formazione per operatori dei servizi di salute mentale e dipendenze

Tavoli di coordinamento territoriale

Impiego di Educatori di salute di comunità e Antropologi professionali

Unità mobili multidisciplinari

Youngle, ascolto e counseling per i giovani



SAMEDI

Tutti i materiali cartacei sono scaricabili dal sito: <http://www.coesoareagr.it/samedi/#tab-af434d6bc729d3f6d20>

BROCHURE MEDIAZIONE (facciate 1-5-6)

È possibile utilizzare l'interpreariato per contatti telefonici con utenti stranieri, utilizzando la funzione audioconferenza degli apparecchi telefonici.
Disponibile h24, con risposta entro 1 minuto contattando i numeri telefonici in tabella.

M.B. In caso di mancata risposta o lingua fuori elenco telefonare a: 02 25550035

**TRADUZIONI
MLC in GIORNI PRESTABILITI
ETNOPSIKIATRRIA
ANTROPOLOGIA
EDUCAZIONE di SALUTE di COMUNITA'**

Services soggetti ad autorizzazione da parte della cabina di regia aziendale.
Rivolgere la richiesta al referente provinciale per la mediazione.



**CABINA DI REGIA
PER LA MEDIAZIONE
ASL TOSCANA SUD EST**

SEMAR 0564 497103

AREZZO
Direttore Operativo **Stefania Massaini**
stefania.massaini@uslsted.toscana.it
tel. 0575 254161

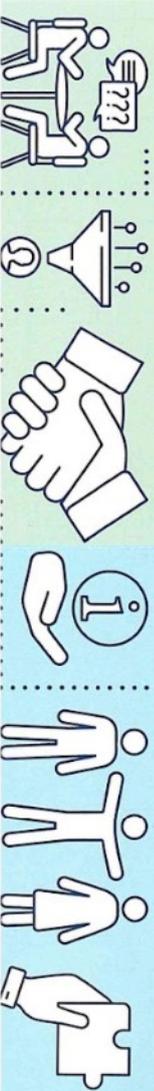
GROSSETO
Direttore Operativo **Claudia Cotoloni**
claudia.cotoloni@uslsted.toscana.it
tel. 0564 485701

SIENA
Direttore Operativo **Stefania Ciulli**
stefania.ciulli@uslsted.toscana.it
tel. 0577 991424

AZIENDALE
Direttore Esecuzione Contratto **Stefania Magi**
stefaniamagi@uslsted.toscana.it
tel. 0575 254118 - 338 1041614

Le procedure aziendali per mediazione ed interpretariato sono disponibili in Intranet della ASL Toscana sud est:
Intranet Home/ Salute stranieri/ Interpretariato e mediazione
Convenzione ESTAR "Servizio di mediazione linguistico culturale e mediazione integratore", 2020-2025

Stampato in Aprile 2021



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



**MINISTERO
DELL'INTERNO**

PIANO ASIL, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (PAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico 1 "Miglioramento dell'assistenza agli stranieri - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria"
"SAMEDI": capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" - PROG 2732



MEDIAZIONE
UNO STRUMENTO PER GLI OPERATORI ASL TOSCANA SUD EST



BROCHURE CPIA (per tutte le lingue, si riproducono qui le facciate 1-5-6)
albanese

**INFORMAZIONE
 MBI FORMIMIN ARSIMOR**

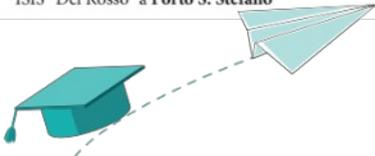
RRUGËZIM I NIVELIT II

Te lejon të ndjekësh një diplomë të shkollës së mesme (Diplomë Shtetërore) në fushën teknike, profesionale ose artistike.

KU ZHVILLOHEN KURSET?

Grosseto
 Polo Bianciardi Liceo "Rosmini"
 Polo "Manetti - Porciatti ISIS "Fossombroni"
 ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica
 ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima
 ISIS "Zuccarelli" di Sorano
 ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



KUSH MUND TË REGJISTROHET

Te rritur italianë, dhe të huaj që kanë mbushur moshën 18vjeçare, që posedojnë titullin e shkollës tetë vjeçare.



CPIA 1 GROSSETO

ARCIDOSSO
 Via Risorgimento 26 0564 966903

GROSSETO
 Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

FOLLONICA
 Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
 www.cpia1grosseto.edu.it

 **CPIA 1 GROSSETO**



Formimi i të rriturve mundësohet nga CPIA(Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti) i vendosur nga dekreti 263 të Presidentit të Republikës në 28 tetor 2012.
 CPIA është institucion shkollor autonom por që ndjek një metodë të vetën didaktike dhe organizative.



FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
 Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - letture / Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2782

 *Ministero dell'Istruzione*

CPIA 1 GROSSETO
 Centro Provinciale Istruzione degli Adulti
 Qendra Provinciale i Formimit për Të rritur



**FORMIMI ARSIMOR
 I TË RRRITURVE NË
 PROVINCIA DI GROSSETO**

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
 Follonica - Grosseto
 Monte Argentario



arabo

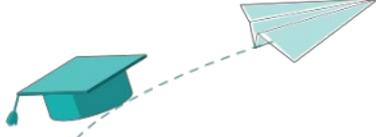
عرض التدريب

طرق المستوى الثاني

أنها تسمح بالحصول على دبلوم المدرسة الثانوية (دبلوم الدولة) ،
في سياق التعليم الفني أو المهني أو الفني.

أين تبدأ الدورات؟

Grosseto
Polo Bianciardi
تأوية "Rosmini"
Polo "Manetti - Porciatti"
معهد "Fossombroni"
معهد "Leopoldo di Lorena"
معهد فولونكا
معهد "B. Lotti" في ماصا مريممة
معهد "Zuccarelli" في صرانو
معهد "Del Rosso" في بورطو سانتو ستيفانو



من يمكنه التسجيل؟

البالغون ، بمن فيهم الأجانب ، الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا
، الحاصلين على المؤهل النهائي للحلقة الأولى من التعليم
(شهادة المدرسة المتوسطة).



CPIA 1 GROSSETO

أرشيضوسو

Via Risorgimento 26 0564 966903

غروسيو

Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

فولونكا

Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

f CPIA 1 GROSSETO



(المراكز الإقليمية لتعليم CPIA يتم تعزيز تعليم الكبار من قبل
الكبار) التي أنشئت بموجب المرسوم 263 الصادر عن رئيس
الجمهورية في 29 أكتوبر 2012.

هي مؤسسة تعليمية مستقلة مع موظفيها الخاصين
وإعداد تعليمي وتنظيمي محدد.



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti

مركز التعليم الإقليمي للكبار



تعليم الكبار في مقاطعة غروسيو

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



bangla

প্রশিক্ষণের প্রস্তাব

দ্বিতীয় স্তরের যাত্রাপথ

যার মাধ্যমে কারিগরি, পেশাগত বা শৈল্পিক শিক্ষার ক্ষেত্রে একটি সেকেন্ড ডিগ্রী মাধ্যমিক স্কুল ডিপ্লোমা (Diploma di Stato) অর্জন করা সম্ভব হয়।

কোর্সগুলো কোথায় সম্পাদন করা হবে

গ্রসসেতো Grosseto

Polo Bianciardi Liceo "Rosmini"

Polo "Manetti - Porciatti ISIS "Fossombroni"

ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica

ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima

ISIS "Zuccarelli" di Sorano

ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



কারা নিবন্ধন করতে পারবে

প্রাপ্তবয়স্ক, এমনকি বিদেশী যারা ১৮ বছর পূর্ণ করেছে, এবং শিক্ষার প্রাথমিক স্তরের শিক্ষাগত যোগ্যতা অর্জন করেছে (মাধ্যমিক স্কুল)



CPIA 1 GROSSETO

ARCIDOSO

Via Risorgimento 26 0564 966903

GROSSETO

Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

FOLLONICA

Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it

www.cpia1grosseto.edu.it

CPIA 1 GROSSETO



২৯ অক্টোবর ২০১২ প্রজাতন্ত্রের রাষ্ট্রপতির ডিক্রি 263 দিয়ে প্রতিষ্ঠিত CPIA (প্রাপ্তবয়স্ক শিক্ষার জন্য প্রাদেশিক কেন্দ্র) দ্বারা প্রাপ্তবয়স্ক শিক্ষাকে উন্নীত করা হয়।

CPIA একটি স্বায়ত্তশাসিত শিক্ষাপ্রতিষ্ঠান যার নিজস্ব কর্মী এবং একটি নির্দিষ্ট শিক্ষামূলক এবং সাংগঠনিক ব্যবস্থা রয়েছে



FONDO ASIL, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera J Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2782



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti
প্রাদেশিক প্রাপ্তবয়স্ক শিক্ষা কেন্দ্র



গ্রসসেতো প্রদেশে প্রাপ্তবয়স্ক শিক্ষা

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



cinese

培训服务

二级课程

这些课程允许学生在技术、专业或艺术教育的背景下获得二级中学文凭（国家文凭）。

课程是在哪儿进行的？

在 Grosseto

学院 Liceo "Rosmini"

学院 Polo "Manetti Porciatti"

学院 ISIS "Fossombroni"

学院 ISIS "Leopoldo di Lorena"

学院 ISIS di Follonica

学院 ISIS "B. Lotti" 在 Massa Marittima

学院 ISIS "Zuccarelli" 在 Sorano

学院 ISIS "Del Rosso" 在 Porto S. Stefano



谁可以报名？

成年人，包括外国人，年满 18 周岁，拥有第一阶段教育的最终资格（中学证书）。



CPIA 1 GROSSETO

ARCIDOSO
Via Risorgimento 26 0564 966903

GROSSETO
Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

FOLLONICA
Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

CPIA 1 GROSSETO



成人教育由 CPIA（省级成人教育中心）根据 2012 年 10 月 29 日共和国总统第 263 号法令设立。CPIA 是一个自治的教育机构，拥有自己的员工和特定的教学和组织结构



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti
省教育中心 成年人



GROSSETO省的成人教育

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



farsi

پیشنهاد آموزشی

دوره های دوره دوم آموزش

این دوره ها اجازه اخذ دیپلم دوره متوسطه (دیپلم دولتی) را در زمینه فنی حرفه ای یا آموزش هنری را می دهد.

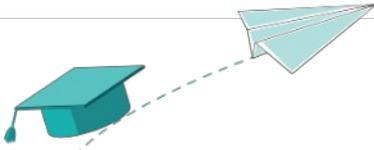
کجا برگزار می شوند

Grosseto

Polo Bianciardi Liceo "Rosmini"
Polo "Manetti - Porciatti ISIS "Fossombroni"
ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica

ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima
ISIS "Zuccarelli" di Sorano
ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



چه کسانی می توانند ثبت نام کنند

بزرگسالان ، خارجیانی ۱۸ساله که یک مدرک دوره آموزشی دوره راهنمایی را داشته باشند.



CPIA 1 GROSSETO

ARCIDOSSO
Via Risorgimento 26 0564 966903

GROSSETO
Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

FOLLONICA
Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

CPIA 1 GROSSETO



طریق
CPIA
مرکز آموزش استانی ثابت

بر اساس قانون ریس جمهور در ۳۹ اکتبر ۲۰۱۲ تاسیس شده و برنامه و نحوه آموزش مخصوص و مربیان جداگانه دارد .



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO
Centro Provinciale Istruzione degli Adulti



آموزش بزرگسالان منطقه گروسو
Grosseto

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



francese

L'OFFRE DE FORMATION

ITINÉRAIRES DE NIVEAU II

Ils permettent d'obtenir un diplôme d'études secondaires (diplôme d'État), dans le cadre d'un enseignement technique, professionnel ou artistique.

OÙ SE DÉROULENT LES COURS?

Grosseto

Polo Bianciardi Liceo "Rosmini"
Polo "Manetti - Porciatti ISIS "Fossombroni"
ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica

ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima
ISIS "Zuccarelli" di Sorano
ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



QUI PEUT S'INSCRIRE?

Adultes, y compris étrangers, âgés de 18 ans, en possession du diplôme de fin d'études du premier cycle de l'enseignement (certificat de collège).



CPIA 1 GROSSETO

ARCIDOSO
Via Risorgimento 26 0564 966903

GROSSETO
Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

FOLLONICA
Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

 CPIA 1 GROSSETO



L'éducation des adultes est promue par les CPIA (Centres provinciaux d'éducation des adultes) institués par le décret 263 du Président de la République du 29 octobre 2012.

Le CPIA est un établissement d'enseignement autonome avec son propre personnel et un dispositif didactique et organisationnel spécifique.



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea
FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI 2014-2020)
Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera j) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "JAMESI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2752



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti
Centre D'éducation Provincial des Adultes



ÉDUCATION DES ADULTES DANS LA PROVINCE DE GROSSETO

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



hindi

प्रशिक्षण प्रस्ताव

स्तर द्वितीय पथ

वे तकनीकी, व्यावसायिक या कलात्मक शिक्षा के संदर्भ में माध्यमिक विद्यालय डिप्लोमा (राज्य डिप्लोमा) प्राप्त करने की अनुमति देते हैं।

पाठ्यक्रम कहां होते हैं?

Grosseto ग्रोसेतो

पोलो बिनकार्दी
"रोसमिनी" हाई स्कूल
पोलो मनेत्ति पोरचाती
ईसिस फोस्सोमब्रोनी
ईसिस लिओपोलदो दी लोरेना
ईसिस दी फ्लोनिका
ईसिस बी लोती मस्सा मरितिमा
ईसिस जुकारेल्ली दी सोरानो
ईसिस देल रोसो पोर्तो संतो स्तोफ्नो



कौन सदस्यता ले सकता है

विदेशियों सहित वयस्क, जिनकी आयु 18 वर्ष है, शिक्षा के पहले चक्र (मिडिल स्कूल प्रमाणपत्र) की अंतिम योग्यता पूरी कर ली है।



CPIA 1 GROSSETO

ARCIDOSSO
Via Risorgimento 26 0564 966903

GROSSETO
Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

FOLLONICA
Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

f CPIA 1 GROSSETO



29 अक्टूबर 2012 के गणतंत्र के राष्ट्रपति के डिक्री 263 के साथ स्थापित CPIA (प्रांतीय शिक्षा केंद्र) द्वारा वयस्क शिक्षा को बढ़ावा दिया जाता है। अक्टूबर 2012 के गणतंत्र के राष्ट्रपति के डिक्री 263 के साथ स्थापित CPIA (प्रांतीय शिक्षा केंद्र) द्वारा वयस्क शिक्षा को बढ़ावा दिया जाता है।

CPIA एक स्वायत्त शैक्षणिक संस्थान है जिसके अपने कर्मचारी हैं और एक विशिष्ट उपदेशात्मक और संगठनात्मक सेट-अप है संस्थान है जिसके अपने कर्मचारी हैं और एक विशिष्ट उपदेशात्मक और संगठनात्मक सेट-अप है।



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti



ग्रॉसेतो प्रांत में प्रौढ़ शिक्षा

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



inglese

AVAILABLE COURSES

SECOND LEVEL PROGRAMMES

They allow you to obtain a High School Diploma ("Diploma di Stato") in technical, professional or artistic subjects.

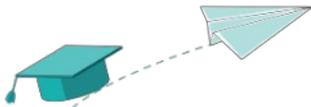
WHERE DO THE COURSES TAKE PLACE?

Grosseto

Polo Bianciardi Liceo "Rosmini"
Polo "Manetti - Porciatti" ISIS "Fossombroni"
ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica

ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima
ISIS "Zuccarelli" di Sorano
ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



WHO CAN ENROL?

Italian and foreign adults older than 18 years who have a middle school certificate ("licenza media").



CPIA 1 GROSSETO

ARCIDOSO
Via Risorgimento 26 0564 966903

GROSSETO
Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

FOLLONICA
Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

 CPIA 1 GROSSETO



CPIA (Provincial Centres for Adult Education - "Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti") were established by the decree 263 dated 29 October 2012 and promote adult education. CPIA are autonomous schools, they have their own staff and a specific educational and organizational structure.



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO
Centro Provinciale Istruzione degli Adulti
Provincial Centre for Adult Education



ADULT EDUCATION IN THE PROVINCE OF GROSSETO

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



CONNECTED PREMISES
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



د تربیت پیشکش

د دویمې درجې لارې

. دوی تاسو ته اجازه ورکوي د سیکنډري ښوونځي
دبیلومه (ریاستي دبیلومه) ترلاسه کړي ،
د تخنیکي ، مسلکي یا بهرني زده کړه په برخه کې.

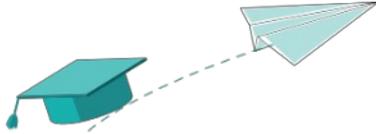
کورسونه چیرته کیږي؟

گروسیټو

Polo Bianciardi Liceo "Rosmini"
Polo "Manetti - Porciatti ISIS "Fossombroni"
ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica

ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima
ISIS "Zuccarelli" di Sorano
ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



څوک داخله کولی شي؟

بالغان، په شمول بهر ملکي ، چې عمر یې 18 کاله وي، د زده کړې
د لومړي دورې وروستی وړتیا لري (د اتم جماعت سند)



CPIA 1 GROSSETO

آرچیدوسو

Via Risorgimento 26 0564 966903

گروسیټو

Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

فولونیکا

Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

CPIA 1 GROSSETO



د لویانو تعلیم د CPIA (د لویانو تعلیم لپاره ولایتي مرکزونه)
لخوا هڅول کیږي چې د 29 اکتوبر 2012 د جمهوریت
ولسمشر 263 فرمان سره تاسیس شوی

سی یې ای ای یوه خپلواکه تعلیمي اداره ده چې خپل
کارمندان لري او یو ځانګړی تعلیمي او تنظیمي جوړښت
لري.



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti

د زده کړې ولایتی مرکز د لویانو لپاره



د بالغانو ښوونه د
گروسیټو په صوبه کې

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ

УЧЕБНЫЕ ПЛАНЫ ВТОРОГО УРОВНЯ

Позволяют получить государственный Аттестат о среднем общем образовании, в рамках технического, профессионального и художественного направлений.

ГДЕ ПРОХОДЯТ КУРСЫ?

Гроссето

Polo Bianciardi Liceo "Rosmini"
Polo "Manetti - Porciatti ISIS "Fossombroni"
ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica

ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima
ISIS "Zuccarelli" di Sorano
ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



КТО МОЖЕТ ЗАПИСАТЬСЯ?

Совершеннолетние взрослые (итальянцы и иностранцы) получившие аттестат об окончании младших классов основного общего образования (licenza media).



CPIA 1 GROSSETO

АРЧИДОССО

Via Risorgimento 26 0564 966903

ГРОССЕТО

Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

ФЛЛОНИКА

Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

CPIA 1 GROSSETO



Образование для взрослых продвигается CPIA, являющиеся провинциальными учебными центрами для взрослых, установленными указом Президента Республики от 29 октября 2012. CPIA – это самостоятельное школьное учреждение с собственными штатом, дидактической и организационной системами.



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti
PROVINCIALE CENTRO DI STUDIO
VZROSLYX



ОБУЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ В ОКРУТЕ ГРОССЕТО

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



Spagnolo

OFERTA FORMATIVA

PROGRAMAS DE 2º NIVEL

Permiten obtener un certificado de bachillerato ("Diploma di Stato") en ámbitos técnicos, profesionales o artísticos.

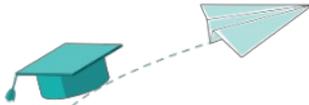
¿DÓNDE SE IMPARTEN LOS CURSOS?

Grosseto

Polo Bianciardi Liceo "Rosmini"
Polo "Manetti - Porciatti ISIS "Fossombroni"
ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica

ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima
ISIS "Zuccarelli" di Sorano
ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



¿QUIÉN SE PUEDE MATRICULAR?

Adultos italianos y extranjeros mayores de 18 años que hayan recibido el certificado de educación secundaria ("licenza media").



CPIA 1 GROSSETO

ARCIDOSO
Via Risorgimento 26 0564 966903

GROSSETO
Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

FOLLONICA
Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

 CPIA 1 GROSSETO



Los CPIA (Centros Provinciales de Formación para Adultos - "Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti") se fundaron con el decreto 263 del 29 de octubre de 2012 y fomentan la educación de los adultos.

Los CPIA son instituciones escolares autónomas que cuentan con su propia plantilla y una estructura didáctica y organizacional específica.



Ministero dell'Istruzione

CPIA 1 GROSSETO
Centro Provinciale Istruzione degli Adulti
ПРОВИНЦИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОБУЧЕНИЯ
ВЗРОСЛЫХ



**ОБУЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ В
ОКРУТЕ ГРОССЕТО**

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



Urdu

ابتدائی کی پیشکش

کے راستے II لیول

وہ تکنیکی، پیشہ ورانہ یا فنی تعلیم کے تناظر میں سیکنڈ لیول سیکنڈری سکول ڈپلومہ حاصل کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔ (ڈپلومہ دیں سناتو)

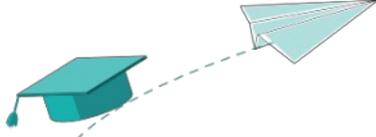
کون داخل بلے سکتا ہے؟

Grosseto

Polo Biancardi Liceo "Rosmini"
Polo "Manetti - Porciatti ISIS "Fossombroni"
ISIS "Leopoldo di Lorena"

ISIS di Follonica

ISIS "B. Lotti" a Massa Marittima
ISIS "Zuccarelli" di Sorano
ISIS "Del Rosso" a Porto S. Stefano



حوک داخلہ کولی تھی؟

بالغ، بشمول غیر ملکی، جن کی عمر 18 سال ہے، تعلیم کے پہلے چکر (مثلاً سکول سرٹیفکیٹ) کی حتمی قابلیت کے مالک ہیں۔



CPIA 1 GROSSETO

آرچیڈوسو

Via Risorgimento 26 0564 966903

گروسیٹو

Via Papa Giovanni XXIII 13/B 0564 488960

فولونیکا

Viale Europa 20 0566 59095

grmm09000t@istruzione.it
www.cpia1grosseto.edu.it

f CPIA 1 GROSSETO



اکتوبر 2012 کو صدر جیپوریہ کے حکم نامہ 263 کے 29 ساتھ قائم چی پی ائی (بالغوں کے لیے صوبائی مراکز) کے ذریعہ بالغ تعلیم کو فروغ دیا جاتا ہے۔ ایک خود مختار تعلیمی ادارہ ہے جس کا اپنا عملہ CPIA اور ایک مخصوص تدریسی اور تنظیمی سبٹ اپ ہے



Ministero dell'Istruzione

وٹیسورگ ICPIA صوبائی بالغوں تعلیم مرکز



گروسیٹو کے صوبے میں بالغوں کی تعلیم

Via Risorgimento n.26 - 58031 Arcidosso (GR)



SEDI ANNESSE
Follonica - Grosseto
Monte Argentario



BROCHURE SERD (per tutte le lingue, si riproducono qui le facciate 1-4)

Albanese

IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

SERD (Shërbimi i Varësisë)

Serd (Shërbimi i Varësisë) është shërbimi territorial që merret me parandalimin, kurimin dhe rehabilitimin e personave të të gjitha moshave, që vuajnë nga varësi të substancave narkotike (draga ilegale si heroina, kokaina, anfetamina, hashishi, marijuana etj, droga legale si alkoli, duhani, droga psikotrope etj) dhe të varësive të sjelljes pa substanca sic janë lojrat e kumarit, shoping i pakontrolluar, kërkimi i rreziqeve ekstreme, varësia nga internet. Një grup profesionistësh (mjek, infermier, asistent social, edukatorë profesionist) punojnë së bashku për të kuptuar dhe ndihmuar persona që vijnë në këto shërbime duke i drejtuar në rrugëzime specifike sipas nevojave të gjithsecilit. Mund të kërkesosh shërbim nga SERD me apo ta takim. SERD të ofron falas, duke ruajtur privatësinë dhe anonimitetin tënd, shërbime të ndryshme në bazë të nevojave të tua ose edhe për të ndihmuar të afërm apo miq që kanë probleme varësie:

- degjim dhe mirëpritje
- konsulta specifike të tipit mjekësor, psikologjik dhe social
- Rrugëzime terapeutike si në ambulator edhe në shtëpi.
- programe rehabilitimi të zhvilluar në bazë të pyetësorëve individual dhe/ose familiare, rrugëzime në ambientin e punës dhe botën sociale, përfshirja në grupe të vetëhuazimit ndihma territoriale (Alkolistë ne trajtim, Alkolistë Anonim, Narkotik Anonim, ish-Lojtarë Kumari (projekti MIRIMETTI IN GIOCO)

Në brëndësi të shërbimeve shëndetësore është i mundur aktivizimi i përkthyesit gjuhësor dhe kulturor

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943
Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220
Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945
Valdarno: via Podgora, J. Montevarchi; tel. 055 9106732.
Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718
Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463
Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507
Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972
Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963
Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901
Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

Për më tepër informacione vizitoni sitin e Azienda USL Toscana sud est
<https://www.usldest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>

ALBANESE/ITALIANO

DSM Shëndeti Mendor / Salute Mentale

SERD Shërbimi i Varësisë / Servizio per le Dipendenze

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: CN 3 - Capacity building - lettera J Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria - "SAMEDI: capaci di curare in reti, oltre le barriere culturali" PROG 2782

PROGETTO SAMEDI

SDS GROSSETO

SS1

DISPOC

IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

(خدمة الإدمان) SERD

SERD (خدمة الإدمان) هي خدمة إقليمية تتعامل مع الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل للأشخاص من جميع الأعمار الذين يعانون من إدمان المخدرات (المخدرات غير المشروعة مثل الهيروين والكوكايين والأمفيتامين والخشيش والماريجوانا ، إلخ ، قانوني العقاقير مثل الكحول والتبغ والمؤثرات العقلية ، وما إلى ذلك) والإدمان السلوكي بدون مواد مثل المقامرة المرضية ، والتسوق القهري ، والسعي وراء المخاطر الشديدة ، والإدمان على الإنترنت. تعمل مجموعة من المهنيين (طبيب ، ممرض ، أخصائي اجتماعي ، عالم نفس ، معلم محترف) معاً لفهم ومساعدة الشخص الذي يأتي إلى هذه الخدمات وتوجيههم في مسارات محددة وفقاً للاحتياجات الفردية. خدمة SER.D. يمكنك الوصول إلى الخدمة عن طريق تحديد موعد أو حتى بدون موعد.

SER.D. يقدم لك خدمات متنوعة مجاناً ، مع حماية خصوصيتك وإخفاء هويتك ، بناءً على احتياجاتك كموظف أو لمساعدة الأقارب والأصدقاء الذين يعانون من مشاكل الإدمان:

- الاستماع والترحيب
- اختصاصي استشارات طبية ونفسية واجتماعية
- دورات علاجية في كل من العيادة والمنزل.
- برامج إعادة التأهيل الموضحة في المقابلات الفردية و / أو العائلية ، ومسارات العمل وإعادة الإدماج الاجتماعي ، والإدمان في مجموعات المساعدة الذاتية الإقليمية (مدمنو الكحول في العلاج ، مدمنو الكحول المجهولون ، المدمنون المجهولون ، المقامررون السابقون) مشروع (MIRIMETTO IN GIOCO)

من الممكن تفعيل خدمة الوساطة اللغوية الثقافية ضمن الخدمات الصحية

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943

Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220

Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945

Valdarno: via Podgora, 1 Montevarchi; tel. 055 9106732.

Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718

Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463

Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507

Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Sienna Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972

Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963

Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901

Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

المزيد من المعلومات ، راجع الموقع الإلكتروني لشركة
USL Toscana sud est
<https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo Specifico 2: Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera j Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2792

ARABO

الصحة النفسية DSM



خدمة الإدمان) SERD



PROGETTO
SAMEDI



Bangla

IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

SERD (আসক্তির জন্য পরিষেবা)

SERD (আসক্তির জন্য পরিষেবা) হচ্ছে একটি আঞ্চলিক পরিষেবা, যেখানে যেকোন ব্যাসের মানবসত্তা (হিরোইন, কোকেন, ইয়াবা, হাশিশ, আনফেটামিন, হাশিশ, মরিচুয়ানা ইত্যাদির মত অধৈম মদকরব্য, আলকোহল, তামাক, মানসিক বেগের ওষুধ ইত্যাদির মত বৈধ মদকরব্য) এবং যারা বিশেষ কোন বস্তু নয় বরং আচরণের আসক্তি যেমন জুয়া খেলা, কেনাকাটার আসক্তি, চরমভাবের ক্রুটি নেওয়ার প্রতি বৌক, ইন্টারনেট আসক্তিতে ভুগছেন, এইসব ব্যক্তিদের প্রতিরোধ, চিকিৎসা এবং পুনর্বাসন করার জন্য নিযুক্ত আছে। পেশাদার ব্যক্তিদের একটি দল (ডাক্তার, নার্স, সমাজকর্মী, মনোবিজ্ঞানী, পেশাদার শিক্ষাবিদ) এই পরিষেবাগুলিতে আসা ব্যক্তিকে বুঝতে এবং সাহায্য করার জন্য এবং ব্যক্তিগত প্রয়োজন অনুসারে তাদের নির্দিষ্ট পথে পরিচালিত করার জন্য একসাথে কাজ করে। আপনি আ্যপয়েন্টমেন্ট নেওয়ার মাধ্যমে বা এমনকি আ্যপয়েন্টমেন্ট নেওয়া ছাড়াই SERD এর পরিষেবা গ্রহণ করতে পারেন।

SERD আপনাকে বিনামূল্যে গোপনীয়তা রক্ষার মাধ্যমে এবং কোনো আপনার আসক্তির প্রয়োজনের উপর ভিত্তি করে স্বতন্ত্র কার্যক্রমের মাধ্যমে অথবা আসক্তি সমস্যার আক্রান্ত বন্ধু ও পরিজনদের সাহায্য পরিষেবা দিবে:

- কথা শোনা এবং আশ্রয়কেন্দ্র
- বিশেষজ্ঞ চিকিৎসা, মানসিক এবং সামাজিক ক্ষেত্রে পরামর্শ প্রদান
- ঔষিকি এবং বাসভেদে চিকিৎসা কর্মসূচী
- স্বতন্ত্র এবং/অথবা পরিবারের সাথে সাক্ষাৎকারের মাধ্যমে পুনর্বাসন কার্যক্রম, কর্মক্ষেত্রে ও সামাজিক ক্ষেত্রে পুনর্বাসন কর্মসূচী,
- বিভাগীয় অফিসে উপস্থিত আত্ম-সহায়তাকারী বলে পরিবেশ করানো (চিকিৎসা গ্রহণকারী মানবসত্তা, অজ্ঞাত মানবসত্তা ব্যক্তি, অজ্ঞাত নারকেটস অসক্ত ব্যক্তি, প্রাক্তন জুয়াড়ী (MIRIMETTO IN GIOCO প্রকল্প))

স্বাস্থ্য পরিষেবার অভ্যন্তরে ভাষাগত ও সাংস্কৃতিক মধ্যস্থতাকারীর সাহায্য নেওয়ার সুযোগ রয়েছে

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943

Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220

Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945

Valdarno: via Podgora, 1 Montevarchi; tel. 055 9106732.

Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718

Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463

Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507

Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972

Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963

Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901

Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

আরও তথ্যের জন্য দক্ষিণ পূর্ব তোসকানার আঞ্চলিক স্বাস্থ্যসেবার (Azienda USL Toscana) ওয়েবসাইটটি দেখুন
<https://www.uslusted.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera j Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2792

BANGLA

DSM মানসিক স্বাস্থ্য



SERD (আসক্তির জন্য পরিষেবা)



PROGETTO
SAMEDI



IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

SERD (成瘾服务)

SERD (成瘾服务) 是负责预防、治疗和康复吸毒成瘾 (非法毒品, 如海洛因、可卡因、安非他明、大麻、印度大麻等) 的所有年龄段的人的区域服务。酒精、烟草、精神药物等) 和无物质的行为成瘾, 如病态赌博、强迫性购物、追求极端风险、网络成瘾。一组专业人士 (医生、护士、社会工作者、心理学家、专业教育工作者) 共同了解和帮助接受这些服务的人, 并根据个人需要指导他们走特定的道路。SERD 的服务您可以通过预约或甚至不预约来访问该服务。

SERD 是免费的, 保护您的隐私和匿名, 根据您的成瘾需求为您提供多样化的服务或帮助有成瘾问题的亲友。为您提供:

- 倾听和欢迎
- 专业的医疗、心理和社会咨询
- 诊所和家中的治疗课程。
- 在个人和/或家庭面谈中阐明的康复计划、工作和重新融入社会的途径、加入领土自助团体 (接受治疗的酗酒者、匿名戒酒者、匿名戒毒者、前赌徒 (MIRIMETTO IN GIOCO 项目)

在健康服务中, 可以激活翻译服务。

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943
Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220
Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945
Valdarno: via Podgora, 1 Monteverchi; tel. 055 9106732
Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718
Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463
Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507
Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972
Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963
Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901
Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

有关更多信息, 请参阅 Azienda USL Toscana sud est
<https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



CINESE

DSM 精神健康

SERD (成瘾服务)

PROGETTO SAMEDI

SOS GROSSETO

SS1 Azienda USL Toscana sud est

DISPOC

Francese

IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

IL SERD (Service des addictions)

Le SERD (Service des Addictions) est le service territorial qui s'occupe de la prévention, du traitement et de la réhabilitation des personnes de tout âge, souffrant de toxicomanie (drogues illégales comme l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, le haschich, la marijuana, etc., légales drogues telles que l'alcool, le tabac, les psychotropes, etc.) et des addictions comportementales sans substances telles que le jeu pathologique, les achats compulsifs, la poursuite du risque extrême, la dépendance à Internet. Un groupe de professionnels (médecin, infirmière, travailleur social, psychologue, éducateur professionnel) travaille ensemble pour comprendre et aider la personne qui vient à ces services et l'orienter dans des cheminement spécifiques selon les besoins individuels. Le service du SERD. Vous pouvez accéder au service sur rendez-vous ou même sans rendez-vous.

Le SERD. vous offre gratuitement, tout en protégeant votre vie privée et votre anonymat, des services diversifiés en fonction de vos besoins en tant que salarié ou pour venir en aide à vos proches en situation de dépendance:

- écoute et accueil
- des conseils médicaux, psychologiques et sociaux spécialisés
- Cours thérapeutiques aussi bien en clinique qu'à domicile.
- programmes de réadaptation articulés en entretiens individuels et/ou familiaux, parcours de réinsertion professionnelle et sociale, insertion dans des groupes d'entraide territoriaux (Alcooliques en cure, Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, anciens Joueurs (projet MIRIMETTO IN GIOCO)

Au sein des services de santé, il est possible d'activer le service de médiation linguistique et culturelle.

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943

Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220

Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945

Valdarno: via Podgora, 1 Montevarchi; tel. 055 9106732.

Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718

Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463

Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507

Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'òvile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972

Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963

Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901

Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

Pour plus d'informations, consultez le site de la société USL Toscana sud est
<https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo Specifico 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera J Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2792

FRANCESE

DSM **Santé mentale**



SERD **Service des addictions**



PROGETTO
SAMEDI



Hindi

IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

SERD (लत लगने पर सेवा केन्द्र)

SERD (लत लगने पर सेवा केन्द्र) क्षेत्रीय सेवा है जो सभी उम्र के लोगों की रोकथाम, उपचार और पुनर्वास से संबंधित है, जो नशीली दवाओं की लत (अविध ड्रग्स जैसे हेरोइन, कोकीन, एम्फेटामिन, इशीय, मारिजुआना, आदि) से पीड़ित हैं। कानूनी शराब, तंबाकू, साइकोट्रॉपिक ड्रग्स, आदि जैसी दवाएं और व्यवहार संबंधी व्यसन जैसे कि पैथोलॉजिकल जुआ, बाध्यकारी खरीदारी, अत्यधिक जोखिम की खोज, इंटरनेट की लत। पेशेवरों का एक समूह (डॉक्टर, नर्स, सामाजिक कार्यकर्ता, मनोवैज्ञानिक, पेशेवर शिक्षक) इन सेवाओं में आने वाले व्यक्ति को समझने और उनकी मदद करने के लिए मिलकर काम करता है और उन्हें व्यक्तिगत जरूरतों के अनुसार विशिष्ट रास्तों पर निर्देशित करता है। SER.D की सेवा। आप अपॉइंटमेंट लेकर या बिना अपॉइंटमेंट के भी सेवा का उपयोग कर सकते हैं।

SER.D.. आपकी गोपनीयता और गुमनामी की रक्षा करते हुए, एक कर्मचारी के रूप में आपकी आवश्यकताओं के आधार पर विविध सेवाएं प्रदान करता है या व्यसन समस्याओं वाले रिश्तेदारों और दोस्तों की सहायता करने के लिए आपको नि:शुल्क प्रदान करता है:

- सुनना और स्वागत करना
- विशेषज्ञ चिकित्सा, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक सलाह
- क्लिनिक और घर दोनों में चिकित्सीय पाठ्यक्रम।
- व्यक्तिगत और / या पारिवारिक साक्षात्कारों, कार्य और सामाजिक पुन: एकीकरण पथों में व्यस्त पुनर्वास कार्यक्रम, क्षेत्रीय स्वयं सहायता समूहों में सम्मिलन (दुलाज में अल्कोहलिक, अल्कोहलिक एनोनिमस, नारकोटिक्स एनोनिमस, पूर्व जुआरी (MIRIMETTO IN GIOCO प्रोजेक्ट)

स्वास्थ्य सेवाओं के भीतर सांस्कृतिक भाषाई मध्यस्थता सेवा को सक्रिय करना संभव है

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943

Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220

Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945

Valdarno: via Podgora, 1 Montevarchi; tel. 055 9106732.

Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718

Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463

Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507

Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Sienna Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972

Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963

Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901

Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbazia San Salvatore; tel. 0577 782440

अधिक जानकारी के लिए Azienda USL Toscana sud est की वेबसाइट देखें

<https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico 2: Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: CN 3 - Capacity building - lettera J) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2782

HINDI

DSM मानसिक स्वास्थ्य



SERD (लत लगने पर सेवा केन्द्र)



PROGETTO
SAMEDI



IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

SERD (Addiction Service)

SERD (Addiction Service) is a local service dealing with prevention, treatment and rehabilitation of people of all ages who are addicted to psychotropic substances (illegal drugs like heroin, cocaine, amphetamine, hashish, marijuana, etc., legal drugs like alcohol, nicotine, psychiatric drugs etc.) or suffer from behavioural addictions like pathological gambling, compulsive shopping, extreme risk taking behaviour, Internet addiction. A group of professionals (doctor, nurse, social worker, psychologist, professional educator) work together to understand and help the people who access the service and to recommend them specific programmes according to their needs. You can come to SERD. by appointment or not.

SERD. offers free care according to your needs or the needs of addicted relatives and friends, safeguarding everyone's privacy and anonymity:

- Listening and care
- Specialized medical, psychological and social consultations
- Treatment in clinics and at home
- Rehabilitation programmes involving individual and/or family meetings, work and social integration programmes, local self and mutual help groups (Under Treatment Alcoholics, Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, former gamblers associations - "MIRIMETTO IN GIOCO" project)

Linguistic and Cultural Mediation is available within the health services.

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943

Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220

Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945

Valdarno: via Podgora, 1 Montevarchi; tel. 055 9106732.

Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718

Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463

Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507

Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972

Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963

Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901

Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

For further information, please visit Azienda USL Toscana Sud Est website
<https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



INGLESE

DSM Mental Health



SERD Addiction Service





PROGETTO SAMEDI





Italiano

IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

Il SERD (Servizio per le Dipendenze) è il servizio territoriale che si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone di tutte le età, che soffrono delle dipendenze da sostanze stupefacenti (droghe illegali come eroina, cocaina, anfetamina, hashish, marijuana, ecc., droghe legali come alcol, tabacco, psicofarmaci ecc.) e delle dipendenze comportamentali senza sostanze come il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, la ricerca del rischio estremo, la dipendenza da Internet. Un gruppo di professionisti (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo, educatore professionale) lavorano insieme per capire e aiutare la persona che viene in questi servizi ed indirizzarla in percorsi specifici a seconda delle esigenze individuali. Il servizio del SERD. Si può accedere al servizio prendendo un appuntamento o anche senza appuntamento.

Il SERD. ti offre gratuitamente, tutelando la tua privacy e il tuo anonimato, prestazioni diversificate in base ai tuoi bisogni di dipendente o per aiutare parenti ed amici con problemi di dipendenza:

- ascolto e accoglienza
- consulenze specialistiche di tipo medico, psicologico e sociale
- Percorsi terapeutici sia in ambulatorio che a casa
- programmi riabilitativi articolati in colloqui individuali e/o familiari, percorsi di reinserimento lavorativo e sociale, inserimento nei gruppi di auto-mutuo aiuto territoriali (Alcolisti in trattamento, Alcolisti Anonimi, Narcotici Anonimi, ex Giocatori d'azzardo (progetto MIRIMETTO IN GIOCO)

All'interno dei servizi sanitari è possibile attivare il servizio di mediazione linguistico culturale.

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943

Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220

Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945

Valdarno: via Podgora, 1 Monteverchi; tel. 055 9106732.

Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718

Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463

Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507

Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'òvile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972

Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963

Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901

Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

Per ulteriori informazioni consultare il sito dell'Azienda USL Toscana sud est
<https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico 2: Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera J) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria
"SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2782

ITALIANO

DSM Salute Mentale



SERD Servizio
per le Dipendenze



PROGETTO
SAMEDI



Rumeno

IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

IL SERD (Serviciul pentru dependențe)

SERD (Serviciul pentru Dependențe) este serviciul teritorial care se ocupă cu prevenirea, tratarea și reabilitarea persoanelor de toate vârstele, care suferă de dependențe de droguri (droguri ilegale precum heroina, cocaina, amfetamina, hașișul, marijuana etc., legale), droguri precum alcoolul, tutunul, psihotropice etc.) și a dependențelor comportamentale fără substanțe precum jocurile de noroc patologice, cumpărăturile compulsive, urmărirea riscului extrem, dependența de internet. Un grup de profesioniști (medic, asistent medical, asistent social, psiholog, educator profesionalist) lucrează împreună pentru a înțelege și ajuta persoana care vine la aceste servicii și a o direcționa pe căi specifice în funcție de nevoile individuale. Serviciul SERD. Puteți accesa serviciul fixând o programare sau chiar fără programare. Compania SERD. Îți oferă gratuit, protejându-ți confidențialitatea și anonimatul, servicii diversificate în funcție de nevoile tale ca angajat sau pentru a ajuta rudele și prietenii cu probleme de dependență:

- ascultare și primire
- consultanța medicală, psihologică și socială de specialitate
- Cursuri terapeutice atât în clinică cât și acasă.
- programe de reabilitare articulate în intervenții individuale și/sau familiale, trasee de reintegrare profesională și socială, inserare în grupuri teritoriale de autoajutor (Alcoolici în tratament, Alcoolici Anonimi, Narcotici Anonimi, foști Jucători de noroc (proiect MIRIMETTO IN GIOCO))

În cadrul serviciilor de sănătate este posibilă activarea serviciului de mediere lingvistică culturală

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943

Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220

Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945

Valdarno: via Podgora, 1 Monteverchi; tel. 055 9106732.

Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718

Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463

Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507

Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972

Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963

Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901

Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

Pentru mai multe informații, consultați site-ul companiei USL Toscana sud est
<https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera 3 Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMED: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2782

RUMENO

DSM Sănătate mentală



SERD Serviciul pentru dependențe



PROGETTO
SAMEDÌ



IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

SER.D. – Учреждение по борьбе с зависимостями

SER.D. (Servizio per le Dipendenze, т.е. «Учреждение по борьбе с зависимостями») - это территориальное учреждение, которое занимается предупреждением болезней, лечением и реабилитацией людей всех возрастов, страдающих от зависимости от наркотических веществ (запрещенных наркотиков, таких как героин, кокаин, амфетамин, гашиш, марихуана и т.д.; легальных наркотиков, таких как алкоголь, табак, психотропные лекарственные препараты и т.д.) и поведенческих зависимостей без употребления веществ, таких как игромания, шопоголизм, погоня за острыми ощущениями, интернет-зависимость. Группа профессионалов (врач, медсестра, социальный работник, психолог, профессиональный педагог) работают вместе, чтобы понять и помочь человеку, который обращается в это учреждение, и направить его по конкретным направлениям в соответствии с индивидуальными потребностями. Учреждение SER.D. Вы можете получить доступ к услугам, записавшись на прием или даже без записи.

SER.D. бесплатно предлагает вам, сохраняя вашу конфиденциальность и анонимность, разнообразные услуги, основанные на ваших потребностях как сотрудника или для помощи зависимым родственникам и друзьям:

- выслушивание и прием;
- консультации специалиста по медицине, психологии и социальной сфере;
- оздоровительные процедуры как в поликлинике, так и дома;
- программы реабилитации, сформулированные в индивидуальных/или семейных собеседованиях, программы рабочей и социальной реинтеграции, включение в территориальные группы само и взаимопомощи (Alcolisti in trattamento, т.е. «Выздоровливающие Алкоголики», Alcolisti Anonimi, т.е. «Анонимные Алкоголики», Narcotici Anonimi, т.е. «Анонимные Наркозависимые», ex Giocatori d'azzardo, т.е. «Бывшие Азартные Игроки» - проект Mi rimetto in gioco).

Из числа медицинских услуг можно активировать услугу культурно-лингвистического посредничества.

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943

Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220

Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945

Valdarno: via Podgora,1 Montevarchi; tel. 055 9106732.

Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel.0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718

Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463

Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507

Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972

Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963

Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901

Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

За дополнительной информацией обращайтесь по сайту Azienda USL Toscana sud est <https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>




MINISTERO DELL'INTERNO

Progetto cofinanziato dall'Unione Europea
 FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
 Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera j Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria
 "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2792

RUSSO



DSM Психическое здоровье



SERD Учреждение по борьбе с зависимостями



PROGETTO SAMEDI





IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

EL SERD (Servicio de Atención en Adicciones)

El SERD (Servicio de Atención en Adicciones) es el servicio territorial que se ocupa de prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con adicciones a las drogas (drogas ilegales como heroína, cocaína, anfetamina, hachís, marihuana etc., drogas legales como alcohol, tabaco, psicofármacos etc.) o adicciones comportamentales sin sustancias, por ejemplo ludopatía, compras compulsivas, búsqueda del riesgo, adicción a Internet. Un grupo de profesionales (doctor, enfermero, asistente social, psicólogo, educador profesional) trabaja para entender y ayudar a las personas que acuden a estos servicios y les recomiendan programas específicos según sus necesidades. Se puede acceder al servicio SERD con o sin cita.

El SERD ofrece cuidado gratuito y específico según las necesidades de tu adicción o la de tus familiares o amigos, protegiendo la privacidad y el anonimato:

- Escucha y cuidado
- Consultas especialistas de tipo médico, psicológico y social
- Programas de tratamiento en clínicas y en casa
- Programas de rehabilitación que constan de encuentros individuales y/o familiares, programas de reinserción laboral y social, participación en grupos locales de autoayuda y ayuda mutua (Alcohólicos en tratamiento, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, asociaciones de ex ludópatas - proyecto "MIRIMETTO IN GIOCO").

En los servicios sanitarios se ofrece la Mediación Lingüística y Cultural.

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943
Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220
Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945
Valdarno: via Podgora, 1 Monteverchi; tel. 055 9106732.
Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718
Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463
Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507
Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Siena Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972
Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963
Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901
Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

Para más información, visita la página web de Azienda USL Toscana Sud Est
<https://www.uslusted.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
 Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera J Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" - PROG 2792

SPAGNOLO

DSM Salud Mental



SERD Servicio de Atención en Adicciones





PROGETTO SAMEDI





IL SERD (Servizio per le Dipendenze)

ایس ای آر ڈی (خدمت برائے لت)

ایس ای آر ڈی (خدمت برائے لت) مقامی سروس جو روک تھام سے متعلق ہے ، ہر عمر کے لوگوں کی علاج اور بحالی کیلئے جو کہ منشیات کی لت میں مبتلا ہیں (غیر قانونی منشیات جیسے ہیروئن، کوکین، ایفٹامین، جرس، وغیرہ، قانونی منشیات جیسے شراب، تمباکو، نفسیاتی ادویات وغیرہ) اور روئے کی لتیں بغیر نشے کے جیسے کے پیتھولوجیکل چوا، فضول کی خریداری، انتہائی خطرے کی متلاشی، انٹرنیٹ کی لت۔ پیشہ ور افراد کا ایک گروپ (ڈاکٹر، نرس، سماجی کارکن، ماہر نفسیات، پیشہ ور معلم) ان خدمات کے لیے آئے والے شخص کو سمجھنے اور ان کی مدد کرنے کے لیے مل کر کام کرتے ہیں اور انفرادی ضروریات کے مطابق ایسے مخصوص راستوں پر ہدایت دیتے ہیں۔

ایس ای آر ڈی کی خدمات آپ ملاقات لے کر یا بغیر ملاقات کے بھی خدمات تک رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔ ایس ای آر ڈی آپ کی رازداری اور گمنامی کی حفاظت کرتے ہوئے، آپ کی لت کی ضروریات پر مبنی متنوع نقطے کے مسائل میں مبتلا رشتہ داروں اور دوستوں کی مدد کے لیے آپ کو مفت خدمات پیش کرتے ہیں:

- سننا اور استقبال کرنا
- ماہر طبی، نفسیاتی اور سماجی مشورے
- کلینک اور کھر دونوں میں علاج کے کورسز
- بحالی کے پروگرام انفرادی یا خاندانی ملاقاتیں، کام اور سماجی بحالی کا اکتھا سفر، علاقائی خود امدادی گروپوں میں داخل کرانا (علاج میں شرابی، گمنام شرابی، گمنام منشیاتی، سابق جواری (منصوبہ کھیل میں واپسی)
- کی خدمات کے اندر ثقافتی لسانی ثالثی خدمت کو فعال کرنا ممکن ہے۔

AREZZO

Arezzo Città: via Fonte Veneziana, 17; tel. 0575 255943
Casentino: via Turati presso Ospedale Bibbiena; tel. 0575 568220
Valtiberina: via Santi di Tito presso Distretto Socio Sanitario San Sepolcro; tel. 0575 757945
Valdarno: via Podgora, 1 Montevarchi; tel. 055 9106732.
Valdichiana Aretina: via Madonna del Rivaio 87 c/o Casa della Salute Castiglion fiorentino; tel. 0575 639941

GROSSETO

Grosseto Città: via Don Minzoni; tel. 0564 483718
Amiata Grossetana: via Dante Alighieri, Castel del Piano; tel. 0564 91463
Colline Metallifere: viale Europa, Follonica; tel. 0566 59507
Colline dell'Albegna: via Donatori del Sangue, Orbetello; tel. 0564 869420

SIENA

Sienna Città: via Pian d'Ovile 11; presso Poliambulatorio; tel. 0577 535972
Alta Val d'Elsa: via della Porta Vecchia 21, Colle Val d'Elsa; tel. 0577 994963
Valdichiana: via Vesuvio 15, Chianciano Terme, presso l'ex Ospedale; tel. 0578 713901
Val d'Orcia: via S. Giovanni 60 presso Casa Verrusio, Abbadia San Salvatore; tel. 0577 782440

مزید معلومات کے لیے، یو ایس ایل توسکانا (جنوب مشرق) کی سائٹ پہ رجوع کریں۔
<https://www.uslusted.toscana.it/guida-ai-servizi/dipendenze>



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea
 FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
 Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building - lettera J Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEDI: capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali" PROG 2792

URDU

دماغی صحت DSM



ایس ای آر ڈی (خدمت برائے لت) SERD



PROGETTO
 SAMEDI



GADGETS



Lanyard 1PL000C
 Poliestere. Sublimazione un lato.
 Lanyard con personalizzazione full color in sublimazione su un lato, retro bianco.
 Con accessorio per agganciare penna PD394 BIANCA

porzione grafica:



Felpe uomo leggera con cappuccio e tasche.
 colore LIGHT GRAPHITE
 Stampa petto laterale fino a cm 12 x 12



n.b.: per la stampa faremo una prova per verificare la leggibilità dei testi



BOZZA COPERTINA



NOTES FTO A5
 50 FOGLI
 CON SPIRALE A SX

Stiker in adesivo bianco polimerico cm 7x7 sagomati e resi su foglio A5



Allegati:

- 1) Brevi linee guida operative per gli operatori sanitari
- 2) Questionario di gradimento operatori
- 3) Articolo in via di pubblicazione su *Nuova Rivista di Psichiatria*

1) Brevi linee guida operative per gli operatori sanitari

The McGill Illness Narrative Interview (MINI): Un Programma di intervista per elicitare significati e modalità di ragionamento relativo all'esperienza di malattia.

Abstract Questo articolo riassume il razionale, lo sviluppo e l'applicazione della McGill Illness Narrative Interview (MINI), un protocollo di intervista teoricamente guidato, semi-strutturato e qualitativo progettato per suscitare le narrazioni della malattia nella ricerca sanitaria. La MINI è strutturata in sequenza con tre sezioni principali che consentono di ottenere: (1) Una narrazione temporale di base del sintomo e dell'esperienza di malattia, organizzata in termini di contiguità degli eventi; (2) salienti prototipi relativi a problemi di salute attuali, basati su precedenti esperienze dell'intervistato, membri della famiglia o amici e mass media o altre popolari rappresentazioni; e (3) eventuali modelli esplicativi, comprese le etichette, attribuzioni causali, aspettative per il trattamento, decorso e risultato.

Le sezioni supplementari della MINI esplorano la ricerca di aiuto e i percorsi verso la cura, l'esperienza di trattamento, l'aderenza e l'impatto della malattia sull'identità, sulla percezione di sé e sulle relazioni con gli altri. Narrazioni prodotte dalla MINI possono essere utilizzate con un'ampia varietà di strategie interpretative tratte da antropologia medica, sociologia e psicologia discorsiva.

In questo articolo presentiamo la *McGill Illness Narrative Interview* (MINI), un programma di interviste teoricamente guidato, semi-strutturato e qualitativo progettato per elicitare narrazioni sulla malattia nella ricerca sanitaria.

La MINI può essere uno strumento utile non solo per la ricerca in antropologia medica e psichiatria culturale, ma anche in campi correlati tra cui sociologia medica, medicina, geografia, psicologia della salute, salute pubblica, patografia letteraria e altre discipline che mirano a comprendere il comportamento di salute o le narrazioni sulla malattia nel contesto socioculturale. Lavorando con le ricche narrazioni ottenute con l'uso della MINI si può stimolare lo scambio tra le discipline e integrare i metodi di ricerca quantitativa. Nella prima parte dell'articolo affrontiamo l'aspetto epistemologico, disciplinare e i contesti teorici in cui la MINI è stata sviluppata. Poi discuteremo i punti di forza e i limiti di questo strumento. Inoltre, descriveremo i passaggi che dovrebbero essere presi in considerazione prima dell'intervista al fine di massimizzare la validità e l'utilità delle narrazioni prodotte. Infine, forniremo spiegazioni di ciascuna delle sezioni della MINI insieme alle linee guida per il suo utilizzo. Una versione del programma dell'intervista è riprodotta in appendice.

Il turno narrativo: Contesti della ricerca basata sulla narrazione

Lo studio del comportamento di salute, dell'esperienza e del significato di malattia può essere affrontato attraverso una varietà di metodi di ricerca, discipline e paradigmi scientifici. Sebbene i metodi di ricerca quantitativa hanno dominato le recenti ricerche psichiatriche, questi hanno limitazioni significative nel catturare la complessità del comportamento umano e dell'esperienza (Guba & Lincoln, 1994). In particolare, le misure quantitative tendono ad ignorare il contesto sociale e discorsivo in cui emergono le conoscenze individuali e collettive di esperienze di malattia. Anche le

più semplici, apparentemente dirette domande delle interviste epidemiologiche possono essere interpretate in modo molto diverso da persone che sono impiegate in diversi contesti culturali. Capire il significato che gli individui danno alla loro esperienza può essere cruciale per spiegare l'associazione statistica tra le variabili osservate negli studi quantitativi di gruppi o popolazioni.

I metodi qualitativi, in particolare l'approccio narrativo, sono destinati a superare alcuni dei limiti intrinseci del questionario basato sulla ricerca studiando il comportamento di salute come "un mezzo per esaminare le modalità con cui gli individui danno un senso alla propria vita all'interno di un contesto socio-storico in mutamento"(Phinney, 2000, pp. 27-28). Una varietà di metodi per i colloqui di ricerca qualitativa sono stati sistematizzati e presentati in testi e monografie degli ultimi anni (Arksey & Knight, 1999; Holstein & Gubrium 1995; Kvale, 1996; Mishler, 1985; Rubin & Rubin, 1995). Attraverso l'ampia gamma di metodi disponibili, la ricerca di intervista qualitativa mostra una prospettiva costruttivista che vede l'oratore o l'intervistato come attivamente coinvolto nella creazione di significato Holstein & Gubrium, 1995;Whitley & Crawford, 2005).

Questo processo costruttivo ha sia dinamiche psicologiche interne sia dinamiche sociali esterne. Le dinamiche psicologiche includono i modi in cui le narrazioni sono plasmate da processi di regolazione della memoria e delle emozioni e può essere sottoposto a censura, revisione e riorganizzazione interna per mantenere un conto di sé e degli altri che serva per obiettivi individuali e di adattamento (Neisser & Fivush, 1994). Come risultato di queste dinamiche psicologiche, le narrazioni sono sempre multistrato e polisemiche, con tracce della loro genesi in conflitti interni, biases, riduzione della dissonanza e sforzi per raggiungere la coerenza cognitiva.

Le dinamiche sociali delle narrazioni riflettono il loro uso per la comunicazione, il posizionamento sociale e l'influenza retorica. Le narrazioni sono sempre "situate": raccontate da una specifica posizione sociale, a qualcuno per qualche motivo (Harré & Van Langenhove, 1999). Di conseguenza, il pubblico (audience) gioca un ruolo nella costruzione di narrazioni, anche nel caso di un soliloquio privato, quando potrebbe esserci un pubblico immaginario. Allo stesso tempo, le narrazioni servono a riposizionare l'oratore e il pubblico, rivendicando un luogo sociale e difendendolo contro le sfide o gli sforzi per lo sfilamento. Tracce delle dinamiche sociali che danno origine a narrazioni di malattie si trovano nell'eteroglossia e nelle strategie specifiche impiegate per dare ad una narrazione il potere retorico di influenzare gli altri (Kirmayer, 2000).

Negli ultimi decenni c'è stata un'enorme crescita della ricerca narrativa con diversi orientamenti teorici e metodologie che includono gli studi che si concentrano sul contenuto delle narrazioni, identificando temi dominanti, rilevanti per la teoria sociale (Glaser & Strauss, 1967), e studi ispirati alla teoria letteraria che si concentrano sulla forma delle narrazioni, dove l'interesse sta nella comprensione della loro struttura simile a una storia (Czarniawska, 2002; Riessman, 2002; Smith2002). Questi diversi approcci analitici sono radicati in varie discipline delle scienze sociali e umanistiche, inclusa la sociologia (Brown, 1977), la teoria letteraria (Bakhtin, Medvedev, & Wehrle, 1991), l'antropologia (Geertz, 1973), le scienze politiche (Fisher, 1984), la psicologia (Bruner, 1990), la filosofia (MacIntyre, 1981; Rorty, 1991) e la storia (White, 1987). Sebbene ciascuna disciplina abbia sviluppato strategie metodologiche per la ricerca narrativa, modelli teorici più basilari e alleanze rimangono cruciali per le strategie analitiche e interpretative e devono essere rese esplicite per evitare pregiudizi concettuali e per risolvere risultati potenzialmente conflittuali tra studi sullo stesso argomento (Wengraf, 2001).

Warren (2002) ha sostenuto che i ricercatori che scelgono interviste qualitative rispetto

all'osservazione dei partecipanti, lo fanno perché il loro obiettivo principale è stabilire modelli di significato comuni all'interno di determinati gruppi o tipi degli intervistati piuttosto che esaminare il contesto culturale in sé. In questa prospettiva, il colloquio qualitativo può essere uno strumento utile per lo studio di comportamenti di salute come l'adesione al trattamento o percorsi di cura all'interno o tra comunità culturali. Ma la capacità di confrontare le narrazioni basata sul comportamento sanitario, dipende dal livello di struttura del colloquio qualitativo. Interviste completamente non strutturate possono produrre narrazioni che sono troppo diverse tra i soggetti, rendendo il confronto sistematico impossibile. Ad esempio, se un narratore non produce un significato relativo ad un aspetto del problema di salute discusso, non significa necessariamente che non condivide lo stesso significato con un altro narratore che lo menziona. Può darsi semplicemente che non abbia affrontato questo significato specifico perché non è stato esplicitamente invitato a farlo tramite una domanda strutturata nel programma dell'intervista. Interviste strutturate con domande aperte invitano i narratori a fare dichiarazioni su argomenti predeterminati senza limitare le loro potenziali risposte a un insieme predeterminato di possibilità (come nelle domande a risposta chiusa tipicamente utilizzate nella ricerca quantitativa), e consentire così un confronto sistematico tra le interviste.

L'intervistare qualitativo è una forma di "conversazione guidata" in cui il ricercatore cerca sistematicamente e ascolta attentamente ciò che viene comunicato "in modo da sentire il significato" (Kvale, 1996; Rubin & Rubin, 1995).

Le interviste qualitative devono quindi contenere almeno alcune *domande non strutturate*, altrimenti i narratori non avranno la possibilità di raccontare la loro storia a modo loro, limitando così l'accesso ai processi socioculturali che influenzano la loro esperienza. Questo tipo di analisi era inizialmente sviluppato nella teoria letteraria, ma da allora è stato ampiamente utilizzato dai ricercatori in antropologia medica (Garro & Mattingly, 2000). Sembra quindi che, per la finalità di confronto e per accedere al contesto socioculturale coinvolto nell'esperienza della malattia, i colloqui debbano contenere entrambi gli elementi, strutturati e destrutturati.

Le interviste intensive e aperte sono state una metodologia fondamentale in etnografia e antropologia medica (Kleinman, 1980). Sebbene i metodi basati sulla narrativa sono sempre più riconosciuti come mezzi per esaminare i molteplici modi in cui gli individui danno un senso ai loro sintomi e alle malattie nella ricerca sanitaria, gli studi basati su metodi qualitativi sono ancora rari in psichiatria (Whitley & Crawford, 2005).

Sono stati pubblicati solo pochi rapporti sulle interviste qualitative progettate per esplorare l'esperienza della malattia e i comportamenti di salute dei pazienti. La serie originale di domande di Kleinman, sviluppate per suscitare modelli esplicativi sono state ampiamente utilizzate e adottate sia in ambito clinico che di ricerca (Kleinman, 1980; Kleinman, Eisenberg e Good, 1978) ma c'è stato poco lavoro su come tali domande funzionino effettivamente nel contesto dell'intervista. Diverse interviste hanno implementato un approccio di metodo misto, incorporando componenti qualitative sia strutturate che quantitative per facilitare il confronto sistematico. L'esempio principale è il Catalogo delle interviste del modello esplicativo (EMIC; Weiss, 1997; Weiss et al., 1992) che utilizza domande strutturate e un elaborato schema di codifica predeterminato per produrre misure quantitative delle attribuzioni dei sintomi e altre caratteristiche dell'esperienza di malattia. L'intervista breve del modello (SEMI; Lloyd et al., 1998) è stata sviluppata per fornire un breve metodo di valutazione delle attribuzioni di malattia e altri aspetti dei modelli esplicativi. Tali interviste con metodo misto hanno diversi livelli di struttura e possono includere checklist dei sintomi e delle attribuzioni di malattia. Mentre ciò consente un confronto sistematico, potrebbe (invece) non

produrre narrazioni di sufficiente spontaneità e profondità per consentire metodi più intensivi di narrativa e analisi del discorso.

L'intervista narrativa sulla malattia di McGill

La MINI, un programma di intervista qualitativa semistrutturata è stata inizialmente sviluppata per esplorare l'esperienza di malattia degli individui in uno studio comunitario di ricerca di aiuto, sintomi non spiegati dal punto di vista medico e uso dei servizi di sanità mentale (Young & Kirmayer, 1996). Il protocollo iniziale era basato sull'esperienza di Young con le interviste etnografiche nelle comunità etiopi e nelle strutture di assistenza primaria in Israele. L'intervista era testata sul campo e perfezionata dalla discussione tra gli "investigatori" e sei intervistatori (che avevano una formazione a livello di master in antropologia, psicologia o servizio sociale) che hanno condotto un totale di 120 interviste in Inglese, Francese o Vietnamiche. (1) La MINI è stata successivamente adattata per esplorare l'aderenza al trattamento e la *presentazione ritardata del pronto soccorso in pazienti subito dopo avere avuto un infarto del miocardio* (Groleau, Hudon, Lespérance, Rosberger e Kirmayer, 2006), e il comportamento e i sistemi di significato dei pazienti con *iperemesis gravidarum* (Groleau, Jimenez, Zelkowitz e Kirmayer, 2005).

L'attuale versione della MINI rappresenta la quarta grande reiterazione nel suo sviluppo. Sebbene le domande incluse nella MINI riflettano il focus di progetti specifici su esperienza di malattia, attribuzione dei sintomi, ricerca di aiuto e aderenza al trattamento, la struttura della MINI è emersa da assunzioni più basilari sulla natura di strutture di conoscenza sottostanti le narrazioni sulla malattia. La MINI è stata inizialmente sviluppata in risposta alla critica di Young (1981, 1982) sulla prospettiva del modello esplicativo nell'antropologia medica.

Young ha sostenuto che esiste una tendenza nella psicologia della salute e nella antropologia medica, che suppone che si formino resoconti sull'esperienza della malattia e schemi logici e coerenti organizzati attorno alle attribuzioni causali. Sulla base del suo lavoro etnografico in ambito comunitario e clinico, Young ha suggerito che, in effetti, gli individui usano più schemi rappresentativi e modalità di ragionamento per produrre narrazioni sulla malattia che sono complesse e a volte internamente incoerenti o contraddittori.

In particolare, Young ha sottolineato l'importanza nelle narrazioni della malattia di *prototipi* salienti, che sono usati per ragionare analogicamente sulla propria condizione e per *complessi a catena* (un termine preso in prestito da Vygotsky, 1962, 1978) che comprendono rappresentazioni di associazione per contiguità e che servono a ragionare metonimicamente (Young, 1981; vedere anche Kirmayer, Young e Robbins, 1994).

Gli studi hanno indicato che i pazienti che affrontano malattie gravi non sempre offrono attribuzioni causali per la loro malattia (Weiner, 1985). I modelli esplicativi basati sulle attribuzioni causali dei pazienti per la loro malattia, rivelano solo una piccola parte delle tante rappresentazioni che entrano in gioco riguardo alla malattia e al comportamento correlato alla salute (Groleau, 1998, 2005; Groleau e Kirmayer, 2004; Groleau et al., 2005, presentato; Groleau, Soulière e Kirmayer, 2006). (2) Sulla base di questo quadro più complesso della rappresentazione della malattia, la MINI è stata progettata per elicitar tre tipi distinti di ragionamento riguardo le rappresentazioni di sintomi o malattia:

1. I modelli esplicativi si basano sul pensiero causale che può coinvolgere modelli convenzionali, attribuzioni causali o modelli più elaborati che coinvolgono processi o meccanismi specifici (esempi: "Ho il raffreddore conosci un virus "; 'Ho avuto un attacco di cuore perché ero troppo stressato'; 'Sono depresso perché il mio capo mi ha molestato lo scorso anno e ha davvero minato la mia autostima ');
2. I *prototipi* implicano un ragionamento basato su episodi o eventi salienti nelle esperienze proprie o altrui, che consentono alle persone di elaborare il significato della loro malattia attraverso l'analogia (esempio: "L'anno scorso, mio zio e mia zia sono morti di cancro ai polmoni, quindi mi sono spaventata e ho deciso di smettere di fumare ");
3. *Complessi a catena* in cui le esperienze passate sono legate metonimicamente nel presentare i sintomi attraverso una sequenza di eventi che circondano i sintomi senza alcuna connessione causale esplicita o prototipo saliente. (Esempio: "Intorno al periodo del mio divorzio, ho iniziato ad avere questo dolore al petto. Poi ho avuto una tosse che non sarebbe andata via ").

Sebbene questi modi di ragionamento tendano a ricorrere in qualsiasi resoconto di sintomi o malattie, essi possono essere distinti nelle trascrizioni delle interviste e codificati in modo affidabile (Stern & Kirmayer, 2004). Queste tre modalità di ragionamento spesso coesistono ma non sono tutte ugualmente stabili. Complessi a catena ripetuti possono arrivare a costituire un prototipo. Una volta che un modello esplicativo è diventato esplicito, gli individui tendono ad usarlo per organizzare la loro narrativa e imporre una struttura coerente e un ordine causale nei loro ricordi di sintomi ed esperienza di malattia. I complessi a catena rappresentano l'apprendimento implicito e la conoscenza procedurale strutturata in termini di link o associazioni senza uno specifico modello, immagine o prototipo.

Di conseguenza, essi sono in gran parte al di fuori della consapevolezza; una volta che l'attenzione di un individuo è diretta al complesso a catena, essi tendono a elaborarlo come un prototipo o ad assimilarlo in un modello esplicativo. Per questo motivo, la MINI è strutturata per elicitar prima i complessi a catena, seguiti dai prototipi e solo successivamente per esplorare i modelli esplicativi.

Certamente, prototipi e modelli esplicativi non sono solo personali o idiosincratici ma si riferiscono anche a modelli culturali che fanno parte delle popolari teorie sulla salute. Tali teorie popolari sulla salute influenzano l'adozione di comportamenti preventivi e curativi (Groleau & Kirmayer, 2004; Groleau et al., 2005), tuttavia, in linea con la teoria della cultura contemporanea, la MINI non distingue nettamente tra significati personali e culturali, che sono intrecciati nei dati di qualsiasi individuo. La distinzione tra questi livelli di conoscenza e pratiche discorsive può essere determinata da ulteriori domande esplicite o, più efficacemente, da un disegno di ricerca che consente il confronto delle interviste tra gruppi di individui da specifici background culturali o posizioni sociali.

La versione generica della MINI qui presentata può essere utilizzata per esplorare il significato e l'esperienza legati a qualsiasi problema di salute, condizione o evento e non si limita a sintomi, cluster di sintomi, sindromi, diagnosi biomedica o etichette popolari. A seconda della domanda di ricerca, la MINI può essere utilizzato per confrontare individui, categorie di comportamenti salutari, o gruppi culturali. Le narrazioni che elicitano sono in gran parte resoconti retrospettivi di malattie o sintomi sperimentati in passato, ma potrebbe includere descrizioni di sintomi in atto e preoccupazioni future o eventi previsti, come è stato fatto in uno studio su pazienti nel periodo immediatamente dopo un primo attacco di cuore (Groleau et al., presentato).

Uso della MINI

In questa sezione vengono delineati i passaggi e le considerazioni per l'adattamento e l'applicazione della MINI allo studio di problemi di salute specifici. In particolare, discutiamo: (1) fasi preparatorie nella progettazione della ricerca e nella modifica dell'intervista; (2) negoziare il processo di intervista con il paziente; e (3) condurre l'intervista, con note su domande specifiche nella MINI.

L'attuale versione della MINI utilizzata dal nostro team di ricerca, è presentata in appendice.

- Preparazione

La MINI fornisce una struttura generale e una sequenza di domande ma gli intervistatori devono improvvisare ulteriori domande e sondaggi per chiarire risposte. Come ogni forma aperta di intervista, la MINI dipende dalla comprensione da parte dell'intervistatore delle domande di ricerca sottostanti e il quadro concettuale più ampio che guida l'indagine. La formazione degli intervistatori nell'utilizzo della MINI, quindi, non coinvolge solo aspetti tecnici del suo utilizzo ma anche conoscenza della disciplina e familiarità con il framework teorico. La nostra esperienza con la MINI in diversi contesti suggerisce che un'ampia formazione iniziale degli intervistatori è cruciale e dovrebbe essere seguita da incontri continui tra ricercatore e intervistatori nei quali il processo della MINI viene monitorato e vengono rivedute registrazioni audio e video delle interviste completate.

Le interviste aperte guidate dalla MINI sono lunghe: il tempo necessario per completare il programma completo dell'intervista è una media di 2 ore per partecipante ma varia ampiamente con la storia della malattia, come la qualità emotiva e il processo di interazione del colloquio. Alcuni intervistati sono loquaci e richiedono una rimessa a fuoco per rimanere sull'argomento, altri hanno difficoltà ad esprimersi e richiedono più interviste per creare fiducia e rapporti ed elicitarne una ricca narrativa.

Uno dei punti di forza della MINI è che consente l'esplorazione di diversi significati e modalità di ragionamento tenuti dagli intervistati riguardo ai loro sintomi, contraddittori o complementari. E anche la parte non strutturata della MINI consente ai ricercatori di esplorare quanto le personali esperienze di malattia dei narratori siano incorporate nei processi sociali e nei contesti culturali. Consente inoltre l'identificazione di espressioni idiomatiche di distress ed etichette popolari legate a problemi di salute specifici e contesti socioculturali (Groleau & Kirmayer, 2004).

Il campionamento deve riflettere questi obiettivi di ricerca; questo a sua volta guiderà la selezione dei partecipanti a seconda che condividano un problema di salute comune o il contesto socioculturale, o se certi comportamenti di salute possono essere confrontati sulla base delle narrazioni dei partecipanti.

La MINI guida una conversazione che produce narrazioni che possono essere utilizzate per studiare i significati delle singole malattie, i modi di ragionamento, le sequenze storiche e i contesti socioculturali dell'esperienza della malattia. La MINI non produce un resoconto monolitico della conoscenza degli individui e dell'esperienza di malattia o sintomi. Invece, mira a catturare la conoscenza personale e l'esperienza nella sua complessità, tenendo conto delle contraddizioni interne e delle incongruenze spesso presenti nella vita di tutti i giorni. Nella successiva analisi dei dati, tale complessità può essere contestualizzata sia in termini del processo di intervista (ad esempio, come gli individui costruiscono e ricostruiscono il loro resoconto nel corso del colloquio nei

confronti di uno specifico interlocutore) e in termini di più ampio respiro sociale, culturale, politico e di contesti storici.

- Negoziare il processo di intervista

All'inizio dell'intervista, è importante discutere e negoziare su due questioni importanti con gli intervistati: (1) l'oggetto o il fulcro dell'intervista, ovvero quale specifico problema di salute (HP) verrà discusso durante l'intervista; e (2) l'identità e il posizionamento sociale dell'intervistato e dell'intervistatore.

Negoziare l'oggetto dell'intervista è fondamentale e può richiedere tempo al fine di raggiungere una comprensione condivisa del fulcro della conversazione. Ad esempio, un partecipante potrebbe manifestare sintomi non correlati alla domanda di ricerca. Al contrario, alcuni sintomi come "udire le voci", sebbene considerato un sintomo in psichiatria, potrebbe non essere considerato un fastidio per alcuni pazienti in uno specifico contesto culturale. L'idea qui è di chiarire con gli intervistati quali sintomi verranno discussi e come verranno nominati durante l'intervista. Questi sintomi potrebbe essere affettivi (ad esempio, tristezza) o somatici (ad esempio, mal di testa) o un gruppo di sintomi legati ad una malattia o una malattia riconosciuta come tale dalla biomedicina o anche dalla nosologia tradizionale. Una volta che il problema di salute e i sintomi sono concordati, i loro nomi reali dovrebbero essere usati in tutte le domande successive della MINI.

Il secondo elemento chiave da negoziare prima dell'intervista MINI è il posizionamento sociale dell'intervistatore e dell'intervistato. Questo è importante perché il processo di svolgimento del colloquio dipende dal contesto sociale. Il modo in cui l'intervista riflette il contesto sociale fornisce una fonte di dati piuttosto che qualcosa da eliminare dal processo di intervista (Warren, 2002; Wengraf, 2001). Luff (1999) sottolinea che intervistati e intervistatori parlano tra loro non da stabili e coerenti punti di vista ma da diverse prospettive che coinvolgono le strutture sociali e i ruoli storicamente radicati e le gerarchie della loro società (vedi anche Campbell, 1998). In questo contesto, gli intervistatori dovrebbero riconoscere le loro identità sociali come classe, sesso, razza, etnia, stato coniugale, età, posizione familiare, religione, educazione, orientamento sessuale, status professionale e così via (Schutz & Wagner, 1970). In caso di un intervistatore e un intervistato di diverse società questo più ampio contesto sociale può coinvolgere una storia di colonizzazione, dominio o conflitto che complicherà la conversazione.

Le informazioni che gli intervistati sono disponibili divulgare sono fortemente influenzate da questi punti di vista sociali. È quindi fondamentale riconoscere quest'ultimo aspetto piuttosto che basarsi semplicemente su supposizioni. Sebbene il background sociale dell'intervistatore possa essere stato divulgato all'inizio del colloquio, gli intervistati possono successivamente fare richiesta delle identità professionali o familiari dell'intervistatore e riorientare l'intervista. Di solito è utile aderire a questa richiesta, poiché il posizionamento sociale dei narratori può cambiare con l'argomento in discussione e quindi richiedono rinegoziazione. La nostra esperienza ha dimostrato che la disponibilità dell'intervistatore a rispondere a queste domande non solo crea un'atmosfera di fiducia e sicurezza, ma può anche aiutare a chiarire il tipo di informazioni non divulgate a causa dello stato sociale o professionale o di un bias di desiderabilità sociale da parte dell'intervistato.

In alcuni casi in cui si scopre che un intervistato sta trattenendo troppe informazioni come risultato di identità sociale, potere e posizione, l'unica soluzione potrebbe essere sostituire l'intervistatore con

uno il cui status sociale sia ritenuto più appropriato in termini di genere, background etnoculturale o altri aspetti salienti di identità.

Per gli intervistatori provenienti da un background clinico, è importante sottolineare che la MINI non è un colloquio clinico in cui l'intervistatore ha il ruolo di esperto, ma piuttosto un colloquio etnografico, in cui l'intervistato si trova nella posizione di esperto. Si presume che gli intervistati siano le fonti più informate sul significato che danno alla propria esperienza di malattia. Per condurre questo tipo di intervista, l'intervistatore deve adottare la posizione del neofita, ascoltando rispettosamente per conoscere l'esperienza del narratore mentre invita gli intervistati a ragionare in modi diversi sulla propria esperienza di malattia. L'obiettivo è "dare il primato alla voce del paziente, per ascoltare il significato piuttosto che i fatti e per fornire una relazione che consenta l'evoluzione della storia del paziente"(Sakalys, 2003, p. 228).

- *Condurre l'intervista*

Secondo Rubin e Rubin (1995) le interviste più qualitative sono strutturate secondo tre tipi di domande: (1) Domande principali che iniziano e guidano le conversazioni; (2) domande sonda che chiariscono le risposte, riformulandole nuovamente all'intervistato o richiedendo ulteriori esempi; e (3) domande di follow-up che perseguono le implicazioni delle risposte alle principali domande. Gli obiettivi di questi tre tipi di domande dovrebbe essere tenuti presenti mentre l'intervistatore si muove attraverso la struttura base della MINI.

Sezione 1: *Narrazione iniziale*

La sezione introduttiva della MINI è volutamente destrutturata e si propone di raccogliere una narrazione organizzata per contiguità spaziale e temporale di eventi. Se gli intervistati introducono un'etichetta di malattia, prototipo o modello esplicativo, si nota, ma le domande di base vengono ripetute per incoraggiare il narratore per tornare a raccontare la sequenza di base degli eventi associati al loro sintomo o condizione. Le domande 1-4 invitano i partecipanti a produrre un racconto iniziale della malattia in modo tale da ridurre al minimo l'influenza di un bias di desiderabilità sociale.

Questa è la parte meno strutturata dell'intervista. L'obiettivo qui è invitare i partecipanti a raccontare la loro storia a modo loro. Le domande 5 e 6 sono sonde che mirano a garantire che gli intervistati raccontino l'intera narrativa correlata ai loro percorsi di cura (cioè, l'uso di servizi medici). Questa parte dell'intervista può essere abbastanza lunga per i partecipanti con molti sintomi o con una lunga storia di malattia. Poiché lo scopo dell'intervista non strutturata è consentire agli intervistati di raccontare la loro storia secondo il proprio ritmo e con i propri modi, nessun limite di tempo dovrebbe essere imposto in questa fase del colloquio (Morse, 2002).

Sezione 2: *Prototipi*

Le domande in questa sezione sono più strutturate e mirano a suscitare narrazioni che rivelano esperienze prototipiche di sé e degli altri, e come tali prototipi vengono utilizzati dagli intervistati per ragionare in modo analogico sul loro problema di salute e sul comportamento sanitario correlato. I prototipi possono essere molto influenti per alcuni partecipanti e non per altri. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che alcune persone usano prevalentemente un modo di ragionare analogico in

relazione al loro problema di salute e il relativo comportamento sanitario; potrebbe anche essere perché la conoscenza prototipica è una conoscenza basata sull'esperienza, piuttosto che teorica o oggettiva (Groleau et al., presentato). Inoltre, è la conoscenza incorporata nella propria esperienza o in quella di una persona vicina, dotata di un significato emotivo che, per alcune persone, dà la precedenza su tipi di ragionamento razionali o causali.

Lo scopo di questa sezione dell'intervista è valutare se i partecipanti utilizzano esperienze prototipiche di sé o degli altri, e se le stanno usando per ragionare in modo analogico sul proprio problema di salute e sul relativo comportamento di salute.

La domanda 7 suscita le esperienze auto-prototipiche dei partecipanti. Le domande 9, 11 e 13 mirano a rivelare la famiglia, i prototipi sociali e media, rispettivamente. Le domande 8, 10, 12 e 14 invitano gli intervistati ad esplorare se ragionano in modo analogico e come potrebbero utilizzare esperienze prototipiche per spiegare il proprio problema di salute e il relativo comportamento di salute.

- Sezione 3: Modelli esplicativi

Questa sezione mira ad elicitare le narrazioni del modello esplicativo dell'HP (*health problem*: problema di salute) degli intervistati, prodotte da un ragionamento di tipo causale. La domanda 15 verifica se gli intervistati utilizzano un'etichetta alternativa per descrivere i loro HP. Questa domanda può, in alcuni casi, dare accesso a un lessico di angoscia (distress) o ad un altro costrutto culturale popolare relativo a condizioni somatiche non ancora documentate nella letteratura. La domanda 16 suscita le cause percepite dell'HP dei partecipanti. La domanda 17 potrebbe scoprire nuove informazioni relative alle attribuzioni. La domanda 18 può aiutare a chiarire gli aspetti corporei dei modelli esplicativi, ovvero come i partecipanti percepiscono i propri HP che operano all'interno dei propri organi e corpo. Le metafore corporee con un significato culturale possono emergere da questa domanda. Le domande 19 e 20 possono stimolare una risposta che dia accesso ad un contesto sociale per il modello esplicativo. Ad esempio, se una delle attribuzioni per i loro HP è lo stress, i partecipanti dovrebbe essere in grado di spiegare il contesto sociale delle loro esperienze stressanti in un breve racconto. Le domande 21 e 25 mirano a rivelare se un'etichetta collegata all'HP dei partecipanti esiste nel loro contesto sociale e, in caso affermativo, come contrasta con i propri HP in termini di significato, prognosi attesa, trattamento e aspettative sociali (ad esempio, stigma o accesso al supporto).

La domanda 27 mira a chiarire come si applicano i modelli esplicativi dei partecipanti al racconto della loro esperienza personale.

- Sezione 4: Ricerca di aiuto e utilizzo del servizio

Questa sezione del programma dell'intervista è facoltativa e deve essere utilizzata solo se è rilevante per la domanda di ricerca. Il suo scopo è invitare gli intervistati a produrre, ove applicabile, un racconto della loro esperienza con i servizi di salute e ospedalizzazione e la loro risposta al trattamento ricevuto. Questa sezione può essere omessa se il focus dello studio è limitato al significato e all'esperienza di malattia senza prestare attenzione ai percorsi di cura o all'impatto dei servizi biomedici. Se gli intervistati hanno menzionato nella sezione 1 di avere consultato un guaritore di qualsiasi tipo, l'intervistatore pone le domande da 30 a 31 sostituendo la parola dottore con guaritore.

Se i pazienti hanno consultato entrambi, un guaritore e un medico, l'intervistatore pone tutte le domande in questa sezione per ogni tipo di guaritore o di aiuto. Le domande 34-36 hanno lo scopo di invitare i narratori a produrre una razionalizzazione del proprio comportamento sanitario in termini di incitamenti e deterrenti al rispetto delle raccomandazioni sul trattamento. Questa razionalizzazione può rivelare importanti questioni pratiche ma, poiché serve per giustificare le azioni dell'individuo, può anche oscurare la comprensione dei significati individuali e culturali predominanti. Le domande 36-39 esplorano la soddisfazione per l'assistenza sanitaria senza porre la domanda direttamente per ridurre al minimo il potenziale bias di desiderabilità. A questo punto, è particolarmente importante mettere a proprio agio gli intervistati affinché forniscano risposte veritiere.

Queste domande vengono poste di proposito verso la fine dell'intervista per concedere tempo sufficiente per creare un'atmosfera di fiducia. Prima di chiedere queste tre domande, agli intervistati dovrebbero essere ricordato che l'intervista è confidenziale e la loro identità non sarà divulgata. Questo è particolarmente importante nei casi in cui i partecipanti possono temere di offendere una persona che li aiuta o di perdere l'accesso ai servizi.

- Sezione 5: *Impatto della malattia*

Questa sezione si propone di esplorare l'impatto del problema di salute sulla vita dei narratori in generale e per vedere se e come credono che la malattia abbia portato a cambiamenti nella loro identità e nello stile di vita sin dal suo inizio. Le domande 39-42 mirano a generare una narrazione che esplori possibili cambiamenti nell'identità, ruoli e funzionamento legati al problema di salute. Può essere particolarmente rilevante se il problema è una malattia cronica o mentale che, per sua natura, può fornire un rito di passaggio o un'esperienza trasformativa per il narratore. Inoltre, dal momento che i problemi di salute possono richiedere sostanziali adattamenti o adattamenti da parte di altri, un mutato senso di sé può avere origine o essere rispecchiato da queste reazioni. Le domande 43 e 45 chiedono informazioni su strategie di coping, supporti sociali e altre risorse e possono essere adattate agli specifici domini di interesse. In caso di sofferenze che confrontano i pazienti con la propria mortalità, la loro esperienza di malattia può essere incorporata in una narrazione spirituale.

- *Conclusione dell'intervista*

La MINI si conclude con una domanda aperta che consente all'intervistato di farlo aggiungere tutto ciò che ritiene pertinente. A seconda del corso e della condotta dell'intervista dovranno essere risolte altre questioni in sospeso per fornire un livello di chiusura confortevole. Ciò può includere discussioni e un debriefing sulle finalità specifiche dello studio e sulle modalità per fornire successivamente feedback dopo che i dati sono stati analizzati. Questo può essere essenziale ai fini della validazione e, in alcuni casi, per seguire le linee guida etiche per l'uso di materiale per interviste. Sebbene ai fini del confronto sistematico sia importante che tutte le domande della MINI vadano poste a ogni partecipante nello studio, le narrazioni prodotte potrebbero essere molto lunghe. I partecipanti non dovrebbero essere sottoposti ad un limite di tempo o sentire la pressione per completare l'intervista come troncato e distorcere le loro narrazioni. Se l'intervistato sembra stanco, è meglio programmare un altro incontro.

Analisi dei dati dalla MINI

La MINI produce narrazioni che possono essere analizzate in base alla loro forma o struttura (ad esempio, genere, trama, personaggi, struttura temporale, modalità di ragionamento) o al loro contenuto (ad esempio, temi, immagini, metafore) in entrambi i livelli, individuali e collettivi. Il livello collettivo è identificato come temi ricorrenti o strutture tra narratori con lo stesso background o in posizioni sociali simili, o tramite collegamenti espliciti a teorie popolari di salute e specifici contesti e relazioni sociali. La trascrizione dell'intervista MINI non dovrebbe essere vista come una statica istantanea dell'attuale stato di comprensione dell'individuo della propria malattia, ma come testimonianza della co-costruzione del significato nel tempo. Fare significato è centrale per il processo di intervista e riflette: (1) precedenti interpretazioni acquisite e organizzate della malattia; (2) nuove riflessioni sull'esperienza di malattia suggerite dalla situazione dell'intervista e specifiche domande; e (3) lo sviluppo del rapporto tra intervistatore e rispondente. Come Holstein e Gubrium (1995; Gubrium & Holstein, 2002) sottolineano, durante l'intervista la prospettiva degli intervistati potrebbe cambiare poiché tengono conto del punto di vista degli altri presenti nella loro storia. Un cambiamento di punto di vista o di stato emotivo può verificarsi anche quando l'intervistatore invita il convenuto a ragionare in modo diverso. La trascrizione letterale dell'intervista MINI consente l'analisi con una vasta gamma di strategie interpretative tratte dall'antropologia medica critica ed interpretativa (Good, 1994), dalla teoria letteraria (Czarniawska, 2002; Riessman, 2002; Smith 2002), dalla teoria fondata (Glaser & Strauss, 1967) e dall'analisi culturale (Quinn, 2005). L'analisi della forma delle narrazioni è possibile perché la sezione 1 della MINI non è strutturata e suscita una narrativa o una storia della malattia dall'inizio dei sintomi identificati e il comportamento di ricerca di aiuto del paziente. La teoria che guida la parte strutturata della MINI riguarda le molteplici modalità di ragionamento e strutture di conoscenza (che possono essere individuali o collettive, ad esempio, la teoria popolare della salute) che contribuiscono alle narrazioni sulla malattia, non ai temi sociali che possono contenere. Per questi motivi, la MINI si presta anche ad un approccio fondato sulla teoria, che si concentra sull'analisi tematica ai fini della costruzione della teoria sociale (Whitley, Kirmayer e Groleau, 2006a, 2006b).

Per quanto riguarda le questioni pratiche, la nostra esperienza è stata quella che alcuni intervistatori tendono a perseguire determinati argomenti più avidamente di altri (ad esempio, l'uso di guaritori tradizionali), che servono a segnalare potenzialmente la loro teoria o bias pratici. Al fine di evitare grandi variazioni nei modi in cui le interviste sono condotte, è quindi importante che gli intervistatori ricevano una formazione adeguata e una stretta supervisione nel corso dello studio mentre usano la MINI. La formazione degli intervistatori dovrebbe facilitare la loro comprensione della teoria che guida l'uso della MINI e di come questa sia collegata alla domanda di ricerca del progetto in corso.

Conclusioni

C'è un crescente riconoscimento del valore dell'intervista qualitativa e dei metodi di analisi dei dati in psichiatria per accedere ai resoconti dell'esperienza di malattia, esplorare i mondi sociali e culturali degli individui e affrontare le domande di base sul significato e sulla validità nella misurazione della salute (Whitley & Crawford, 2005). Abbiamo presentato un metodo per suscitare interviste sulla malattia che possono essere utili nella ricerca e nell'antropologia medica applicata clinicamente e nella psichiatria culturale.

La MINI invita i narratori ad esplorare diversi significati e modalità di ragionamento (metonimico, analogico, causale) in relazione al loro problema di salute. Consente inoltre all'intervistatore di determinare se gli intervistati stanno impiegando o meno etichette popolari o idiomi di disagio legati ai loro sintomi o condizioni (Groleau & Kirmayer, 2004). Infine, la MINI è prontamente adattata per esplorare i collegamenti tra significati specifici e comportamenti salutari tra cui: percorsi di cura, uso di rimedi casalinghi, cure tradizionali e cure biomediche (Whitley et al., 2006a, 2006b); aderenza al trattamento; adozione di comportamenti che promuovono la salute; soddisfazione per l'assistenza sanitaria; impatto dei problemi di salute su altri domini di attività della vita; e potenziali cambiamenti nell'identità (Groleau et al., 2006). I ricchi dati prodotti dalla MINI possono essere utilizzati in molti modi diversi a seconda sia dell'argomento di interesse dei ricercatori, sia delle preoccupazioni teoriche e del livello di analisi.

Note

1. Il primo autore (DG) era un intervistatore nello studio originale e ha interpretato un ruolo centrale nel perfezionare i questionari iniziali per rendere il flusso il più naturale e accettabile per una vasta gamma di partecipanti della comunità.

2. Ad esempio, in un precedente studio basato sulla MINI, in risposta alle domande in questa sezione, una paziente ha rivelato che sua madre aveva un infarto miocardico (MI) simile al suo (Groleau et al., Presentato). La prototipica narrazione della madre rivelò anche che, sebbene quest'ultima avesse smesso di fumare, soffrì subito dopo di un secondo infarto miocardico e successivamente perse entrambe le gambe e alla fine morì di un terzo infarto miocardico. Il narratore ha usato l'esperienza della madre come prototipo per ragionare analogicamente sulla propria situazione sanitaria nel modo seguente: non c'era motivo per cui smettesse di fumare dopo il proprio infarto miocardico perché, in base all'esperienza di sua madre, esso non avrebbe fatto la differenza.

2) Questionario di gradimento

Grado di soddisfazione degli operatori che hanno beneficiato di formazione o aggiornamento professionale circa il miglioramento della qualità dei servizi forniti ai cittadini di Paesi terzi, conseguito grazie al progetto FAMi denominato "SAMEDI" capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali.

Che valutazione potrebbe dare al percorso formativo? (La valutazione va da 1 a 10 dove 1 è per nulla interessante o non si è partecipato, mentre il 10 è molto interessante)

*Campo obbligatorio

1. Email *

FONDO ASILO, MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020 Obiettivo Specifico: 2. Integrazione / Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON 3 - Capacity building – lettera j) Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sanitaria "SAMEDI"

2. Il percorso formativo è stato..... *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Per nulla interessante	<input type="radio"/>	Molto interessante									

3. Come giudica la durata del percorso formativo in relazione ai contenuti e argomenti trattati? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Insufficiente	<input type="radio"/>	Ottima									

4. Qual è stata la qualità dei sussidi didattici? *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Insufficiente	<input type="radio"/>	Ottima									

Interdisciplinarietà e cambiamento nell'esperienza del Progetto Samedi: aprire spazi narrativi e dare dignità alle molteplici prospettive coinvolte nel processo di cura.

Massimo Valentini 1, Michela Marchetti 2, Riccardo Franchini 3

1 Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapeuta, U. F. Salute Mentale Adulti Arezzo dell'Azienda USL Toscana Sudest, Socio EMDR Italia (Associazione Eye Movement Desensitization and Reprocessing Italia), INSH (Italian Network for Safety in Healthcare)

corresponding author, massimo.valentini@uslsudest.toscana.it, 3398827258

2 Antropologa, Corso di Perfezionamento in Antropologia medica, Oxfam Italia, Socia SIAM (Società Italiana di Antropologia medica), SIAA (Società Italiana di Antropologia Applicata), ANPIA (Associazione Nazionale Professionale Italiana di Antropologia)

3 Laurea magistrale in Antropologia Culturale ed Etnologia Università di Bologna; Dipartimento di Scienze Sociali, Politiche e Cognitive Università di Siena

Riassunto

Attraverso il Progetto "SAMEDI: Capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali", Fondo Asilo, Migrazione Integrazione (FAMI) 2014 - 2020 Prog 2784, gli operatori socio-sanitari dei Centri di Salute Mentale e dei Servizi per le Dipendenze delle zone distretto di Arezzo, Valdarno, Siena, Val d'Elsa, Grosseto in collaborazione con due antropologi, mediatori linguistico-culturali ed educatori sanitari di comunità (ESC) hanno condotto un'esperienza formativa di apprendimento situato, circolare e dialogico.

Buona parte del percorso era incentrata alla calibrazione e sperimentazione di uno strumento qualitativo e narrativo finalizzato al rafforzamento dei modi di raccolta dell'anamnesi.

È stato proposto l'impiego della MacGill Illness Narrative Interview (MINI), un protocollo di intervista teoricamente guidato, semi-strutturato e qualitativo, elaborato oltreoceano nell'ambito della psichiatria transculturale, dai ricercatori della MacGill University.

Tale strumento consente un'esplorazione profonda delle idee, dei significati, degli orizzonti di senso, dei modelli di riferimento socio-culturalmente informati che caratterizzano le soggettive esperienze di sofferenza e disturbo. Attraverso una serie di incontri laboratoriali, il MINI è stato rivisitato a partire dalle esperienze e dalle competenze di tutti gli operatori coinvolti nel progetto.

Tuttavia si è resa necessaria l'elaborazione di un ulteriore strumento specificamente costruito per aprire uno spazio narrativo e conoscitivo sulla vita al paese di origine, sui legami socio-familiari, l'educazione ricevuta, il lavoro, le ragioni della migrazione, il viaggio, l'approdo e l'impatto prodotto dalle condizioni di immigrazione nella vita delle persone.

Una volta messe a punto le tracce si sono svolti i colloqui in profondità all'interno dei servizi, nell'ambito di un setting clinico composto da operatori socio-sanitari in affiancamento con l'antropologo e il mediatore linguistico-culturale.

Alcuni e alcune portano in eredità un vissuto pre-migratorio sofferente, fatto di sopraffazioni, abusi, in un *continuum* di violenza e marginalità. Ancor più vero per quante e quanti giungono in Italia attraverso la rotta

del Canale di Sicilia, dove il rischio di essere esposte o esposti a forme di violenza (sperimentata nel proprio corpo o assistita), tortura e abusi è una costante.

Ascoltare e raccogliere storie di violenza e abusi significa includere nel processo di valutazione diagnostica i molteplici fattori che concorrono a produrre la sofferenza, il disturbo, la malattia.

Laddove possibile le interviste sono state audio-registrate e successivamente trascritte.

Il testo orale e trascritto diviene documento e testimonianza che consente un'attenta analisi degli elementi emergenti ai fini di una presa in cura sempre più centrata sulla persona e una meta-riflessione sull'impatto nella clinica di strumenti qualitativi articolati, volti ad afferrare la complessità delle soggettive esperienze e dei molteplici modi di esperirle, dando dignità alle prospettive di tutti i soggetti coinvolti nel processo: utente, operatore, antropologo e mediatore.

L'ascolto, l'analisi e il confronto su questi temi ha contribuito a promuovere una maggior consapevolezza sulle modalità relazionali tra migrante e operatore, sulle asimmetrie di potere tra persone che occupano posizioni diverse nello spazio sanitario, sulle peculiarità del setting clinico, sulle reazioni emotive e culturalmente informate dell'operatore, fino al confronto con i modelli di accudimento genitoriali, la psico-traumatologia per approdare al tema dell'incontro possibile o impossibile.

Abstract

Interdisciplinarity and change in the Samedi Project experience: opening narrative spaces and giving dignity to the multiple perspectives involved in the process of care. Through the Project "SAMEDI: Capaci di curare in rete, oltre le barriere culturali", Asylum, Migration and Integration Fund (FAMI) 2014 - 2020 Prog 2784, the social-health workers in the Mental Health Centres and Addiction Services of the district areas of Arezzo, Valdarno, Siena, Val d'Elsa, Grosseto with the assistance two anthropologists, linguistic-cultural mediators and community health educators (ESC) carried out a training experience of situated, circular and dialogic learning. A large part of the course was centered on the calibration, and experimentation of a qualitative and narrative instrument aimed at strengthening the ways of collecting anamnesis. The MacGill Illness Narrative Interview (MINI) was initially suggested as a relevant theoretically grounded, semi-structured, qualitative interview protocol, developed overseas in the field of transcultural psychiatry, by researchers at MacGill University. This tool allows for an in-depth exploration of the ideas, meanings, horizons of meaning, and socio-culturally informed reference models that characterize the subjective experiences of suffering and disorder. A number of workshop meetings, led to revisit the MINI according to the experiences and skills of all health and social care professionals involved in the project. However, it became necessary to develop a further tool specifically constructed to open up further narrative and cognitive space inclusive of aspects of life in the country of origin, socio-familial ties, education, work, reasons for migrating, experiences suffered during the journey, on landing and the overall impact produced by the context of migration in people's lives. Once such thematic traces were set up, in-depth interviews took place within the services, in a clinical setting composed of social and health professionals working alongside the anthropologist and the linguistic-cultural mediator. The interviews revealed the impact for some of pre-migratory sufferings, in case of oppression and abuse, within a continuum of violence, and marginality. This is even truer for those who arrive in Italy through the Sicilian Channel route, where the risk of being exposed to forms of violence torture and abuse (experienced in one's own body or witnessed), is constant. Listening to and collecting stories of violence and abuse means including in the process of diagnostic assessment the multiple factors that have contributed to the production of suffering, disorder, and illness. Where possible, interviews were audio-recorded and subsequently transcribed. The oral and transcribed texts become documents and testimonies that allow a careful analysis of emerging elements in an increasingly person-centered treatment as well as furthering a meta-reflection on the clinical impact of articulate qualitative tools. A step towards reflecting the complexity

of subjective experiences and the multiple ways of experiencing them, giving dignity to the perspectives of all subjects involved in the process: patients, health and social care professionals, anthropologists and mediators.

Listening, analyzing and comparing these themes helped to promote greater awareness of the relational modalities between immigrants and health and social care professionals, including awareness of power asymmetries between people with different positions in the healthcare space, while furthering focus on the peculiarities of the clinical settings and on professionals' emotional and culturally informed reactions. This process eventually included the comparison of different parental models of care, and of different psycho-traumatological approaches in order to further explore the factors furthering or hindering connection.

Introduzione

Nonostante i servizi si attivino per promuovere percorsi di inclusione finalizzati a favorire l'interazione con l'utenza immigrata, si ripropongono alcune tematiche: differenze linguistiche e socio-culturali; difficoltà legate alle condizioni di esistenza; mutamenti socio-relazionali, marginalità sociale, assenza in molti casi di una rete socio-familiare di riferimento; problemi di comunicazione; difficoltà di accesso ai servizi (1;2).

Tali questioni in qualche misura condizionano le relazioni di cura e orientano i percorsi di salute e malattia (1: 247).

Le patologie che sovente si manifestano nei migranti sono spesso connesse a condizioni di esistenza quali, sradicamento dal proprio contesto di origine, difficoltà di adattamento, inserimento e marginalità socio-economica, stati psichici connessi a stress prolungati e a eventi di vita potenzialmente traumatizzanti.

Un primo incontro, svolto in fase di costruzione del progetto con alcuni operatori dell'UFSMA, ha messo in luce specifiche problematiche.

E' emersa una distanza tra gli accessi al Pronto soccorso a causa di disturbi psichici e la presa in cura da parte dei servizi (3).

Gli operatori hanno inoltre evidenziato la difficoltà a intercettare bisogni, la problematicità nel comprendere significati diversi attribuiti alla malattia, in particolare a quella psichica (ad esempio, come vengono compresi e vissuti il disagio psico-emotivo e la patologia psichica dai singoli e all'interno del contesto sociale di origine), la difficoltà a formulare una diagnosi.

1. Interviste in profondità

L'intervista in profondità (o colloquio in profondità) è una tecnica di indagine utilizzata nella ricerca qualitativa (4), in particolare quando l'obiettivo conoscitivo è volto a rilevare giudizi di valore, convinzioni, rappresentazioni, significati espliciti o impliciti e / o ricomporre memorie a partire dalla viva voce dei soggetti intervistati.

Essa permette di indagare i significati attribuiti dalle persone all'esperienza di sofferenza e/o di malattia.

Ogni intervista ha come premessa la motivazione a conoscere, per approfondire, per afferrare significati, per ricomporre eventi e risignificarli, per aprire e offrire spazi narrativi (5:8).

I colloqui in profondità si svolgono con l'ausilio di uno strumento di indagine, chiamato **temario**. Esso rappresenta una traccia, un insieme di temi e sotto-temi da approfondire, inerenti uno specifico

ambito. Consente inoltre di condurre l'intervista mantenendo un focus e rende comparabili le informazioni raccolte.

Il MINI è suddiviso in cinque sezioni, tre sezioni principali e due facoltative. La prima sezione consente di descrivere i sintomi e ricomporre l'esperienza di malattia, la seconda di far emergere i prototipi sugli attuali problemi di salute a partire dalle precedenti esperienze dell'intervistato, dei componenti della sua famiglia, degli amici, dei mezzi di comunicazione di massa e altre rappresentazioni "popolari", la terza sezione consente di esplorare i modelli esplicativi del paziente. Le ultime due sezioni esplorano gli itinerari di presa in cura, l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche, l'impatto dell'esperienza sulla percezione di sé, sulle relazioni familiari e con altre persone (6).

2. Calibrazione del Mini e conduzione delle interviste in profondità

Il percorso laboratoriale ha incluso l'elaborazione collettiva di tre diversi strumenti per la rilevazione della prospettiva dell'utenza, punto metodologico essenziale nell'approccio antropologico alla presa in cura. Esito di questo processo sono tre differenti tracce (temari) per lo svolgimento delle interviste in profondità con le/gli utenti: uno per la Salute mentale adulti, uno per il SERD e uno specificamente costruito per raccogliere la storia di viaggio, di emigrazione e immigrazione. Quest'ultima traccia, ad integrazione delle altre due, consente di aprire uno spazio narrativo e conoscitivo sulla vita al paese di origine, sui legami socio-familiari, l'educazione ricevuta, il lavoro, le ragioni della migrazione, il viaggio, l'approdo e l'impatto prodotto dalle condizioni di immigrazione nella vita delle persone.

Le tracce elaborate consentono di esplorare, nella narrazione del paziente, le condizioni esistenziali e le esperienze significative che concorrono e / o hanno avuto un peso nel generare condizioni di sofferenza.

Le interviste si sono svolte in un setting clinico caratterizzato dalla presenza dell'antropologa e della mediatrice / mediatore linguistico-culturale in affiancamento alle figure che operano stabilmente all'interno dei servizi. Laddove gli intervistati hanno acconsentito, le interviste sono state audio-registrate e successivamente trascritte letteralmente. I testi delle interviste sono stati collettivamente analizzati con le équipe coinvolte.

L'interdisciplinarietà emerge qui come fondamentale al fine di ampliare lo sguardo alla prospettiva dell'utenza e intervenire tenendo conto della multidimensionalità dell'esistenza umana, in termini bio-psico-sociali.

3. Trascrizione interviste in profondità. Limiti e potenzialità

Attraverso la trascrizione, la parola orale diviene testo scritto. Il colloquio dovrebbe essere trascritto da chi lo ha svolto, in modo da segnalare nel testo elementi significativi, oltre le parole: il setting in cui si realizza l'intervista, il linguaggio non verbale, para verbale e la prossemica. La trascrizione dovrebbe avvenire in tempi brevi, quando le impressioni sono ancora vivide nella memoria. Prima dello svolgimento del colloquio sarebbe auspicabile un momento di condivisione tra équipe sanitaria e antropologo per ripercorrere la storia clinica dell'intervistato dentro e fuori i servizi e per stabilire insieme quali argomenti approfondire nell'intervista.

I testi trascritti nel progetto Samedi forniscono una visione complessiva di quelli che sono i temi e le ricorrenze nelle varie interviste. Tuttavia, esse mettono in luce come scelte e percorsi individuali non

siano sovrapponibili con altri, ogni storia porta a scoprire elementi non generalizzabili. La trascrizione dei precedenti colloqui andrebbe sempre riascoltata o riletta prima di apprestarsi ad un successivo incontro, non prestare attenzione alle risposte, non rivedere in fase preliminare i colloqui precedenti, o non dare credito alla ricostruzione degli eventi fatta dal nostro interlocutore può rappresentare un limite e potrebbe compromettere il processo di costruzione di una relazione terapeutica basata sulla fiducia.

Al contrario, tenere a mente racconti e particolari apre inediti canali di fiducia. In questo senso può essere utile, prima di passare alla domanda successiva, ricapitolare gli elementi precedenti, sia per facilitare una narrazione coerente sia per valorizzare quanto dice l'intervistato e accogliere il suo punto di vista.

La narrazione della propria storia di vita è di per sé un atto terapeutico. Lo scopo è supportare l'intervistato nella ricerca di senso e nel focalizzare gli elementi centrali della sua storia. Per questo il colloquio può anche rivelarsi elemento di crisi: nel ricostruire i nodi determinanti nel suo percorso esistenziale l'intervistato rielabora l'accaduto e conferisce talvolta inediti significati a passati accadimenti. Nel ricostruire la visione soggettiva dell'interlocutore è importante assecondare il flusso narrativo, malgrado si raccolgano talvolta racconti parziali e non sempre coerenti.

4. Il MINI dal punto di vista del setting clinico

Secondo una prassi consolidata, il *setting clinico* è composto da spazio, tempo, regole di comportamento, definizione della richiesta della committenza.

Questo approccio presuppone che gli interlocutori parlino la stessa lingua e utilizzino un codice semantico comune.

Tale presupposto implicito, negli incontri con persone migranti, non è scontato. Esso comporta il confrontarsi con la questione della lingua, quindi, con la mediazione linguistico-culturale (*MLC*).

Mediazione che talvolta l'utenza potrebbe rifiutare, ad esempio perché il mediatore presente è lo stesso precedentemente coinvolto in una valutazione delle competenze genitoriali fatta presso altro servizio per conto del Tribunale per i Minorenni.

Oppure si è proposto, come mediatore, una figura importante della comunità d'appartenenza del paziente che, non svolgendo questa delicata funzione come professione, ha portato in seduta atteggiamenti propri, introducendo personali punti di vista, suggerimenti o veri e propri interventi sui comportamenti e stili di vita dell'utenza.

La variabile *spazio*: spesso è necessario avere a disposizione spazi fisici appropriati per accogliere adeguatamente famiglie intere piuttosto che piccoli ambulatori adatti al rapporto duale.

La variabile *tempo*: l'idea dell'importanza della puntualità non è necessariamente condivisa; a questa si aggiungono fattori logistici, non da ultimo che alcune famiglie non sono auto-munite oppure vivono in zone scarsamente servite da mezzi pubblici.

5. La relazione operatore sanitario-paziente

Partendo dal concetto di *Compliance*, ovvero la condotta del paziente rispetto al grado di adesione alle raccomandazioni dell'operatore, si pone la questione dell'influenza delle asimmetrie di potere, ad esempio in situazioni in cui l'intervistatore è un operatore che ha il mandato di poter convocare l'intervistato in un servizio pubblico a seguito della richiesta di un'autorità giudiziaria.

Ci si riferisce non solo alle ordinanze dei Tribunali richiedenti una valutazione psicodiagnostica, ma anche a quelle che “invitano” la persona a farsi curare presso il servizio di salute mentale adulti.

Se nel primo caso il committente richiede esplicitamente l'esito scritto della valutazione a cui l'intervistato si deve sottoporre, nel secondo, pur non richiedendo tale documentazione, è inevitabile che si attivino nell'intervistato timori di vario tipo che inevitabilmente riducono, se non bloccano, la disponibilità a scambiare informazioni. Mentre la *Concordance* implica che terapeuta e paziente raggiungano un accordo sul regime che il paziente dovrà assumere, implicando la partecipazione attiva di entrambi i poli della relazione.

Da questo punto di vista il MINI si avvicina maggiormente al concetto di *Aderenza*, non essendo “(...) un colloquio clinico, in cui l'intervistatore ha il ruolo di esperto, ma piuttosto un *colloquio etnografico*, in cui l'intervistato si trova nella posizione di esperto” (6:680) e le decisioni che verranno prese sono il risultato di un processo di negoziazione condiviso tra operatore e paziente.

6. Transfert e Controtransfert

Senza dilungarci ad analizzare gli sviluppi del concetto di transfert e controtransfert nel tempo, possiamo dire che così come attraverso il transfert si sviluppa il processo del rapporto tra paziente e terapeuta a livello razionale ed affettivo, il controtransfert è l'insieme delle reazioni del clinico, esplicite o implicite, in rapporto al suo paziente.

Moro & Nathan (7) affermano che in questi tipi di consultazione risulta necessario sviluppare non solo l'analisi della dimensione affettiva, ma una modalità specifica di analisi del controtransfert legata alla dimensione culturale. Questo implica lo sforzo di esplicitare il proprio controtransfert, gli stati affettivi provati e gli impliciti, “(...) le teorie che l'hanno portato a pensare una certa cosa (inferenze) o a formulare un tale atto terapeutico...Il *controtransfert culturale* riguarda il modo in cui il terapeuta si pone rispetto all'alterità del paziente, al suo modo di fare, di pensare la malattia, rispetto a tutto ciò che costituisce il suo essere culturale” (8:145-146).

Quindi pensarsi come terapeuti esseri culturali. Il paziente e il terapeuta hanno le proprie appartenenze, s'iscrivono in storie collettive che permeano le loro reazioni, di cui è importante avere consapevolezza.

Michel (9:33), parlando di transfert e controtransfert, usa il termine *meta-transfert interculturale*, ovvero “(...) ciò che definisce i rapporti tra i rispettivi gruppi d'appartenenza dei protagonisti della relazione”. Senza l'analisi del contro-transfert culturale si rischia di compiere passaggi all'atto aggressivi, affettivi, razzisti.

7. Il MINI dal punto di vista psico-traumatologico

Senza entrare nella controversia sulla universalità della responsività sensibile del caregiver (10), all'interno della teoria dell'attaccamento della Ainsworth (11), quale fattore correlato allo sviluppo positivo del bambino nella sua traiettoria di sviluppo, vi sono autori che evidenziano come in diverse società non occidentali, l'attenzione è rivolta maggiormente al benessere del gruppo piuttosto che all'individuo (12).

“E' stato persino suggerito che in molte culture non occidentali i bambini sono addestrati a non

aspettarsi una responsività sensibile da parte di chi si prende cura di loro, poiché l'obiettivo genitoriale è promuovere obbedienza, conformità e rispetto dell'autorità" (10:3), non autonomia, individuazione e sviluppo di un sé coeso.

Detto ciò si pone il quesito di come aiutare il migrante quando si ravvede la presenza di ciò che chiamiamo "traumi relazionali dello sviluppo" e quando questo rischio si declina nell'esercizio delle responsabilità genitoriali, nei modelli d'accudimento della prole.

Un *primo dilemma* si pone ad esempio nel lavoro con una paziente nata in Italia da genitori provenienti da un paese terzo. La paziente presenta in comorbilità stati depressivi, disturbo borderline di personalità, vari tentati suicidi e self-cutting, con storia evolutiva di violenza fisica subita come metodo educativo correttivo, violenza assistita intra-familiare, molestie sessuali da parte di un membro maschio della famiglia paterna e maltrattamento emotivo. E si prova a lavorare sulla genitorialità, in setting multipli integrati. Il modello educativo della famiglia della paziente interpreta i comportamenti di quest'ultima come mancanza di rispetto e adesione ai comportamenti attesi e come offesa e provocazione all'autorità e al buon nome paterno, mentre nel nostro modello interpretativo essi sono espressione di un disagio emotivo collocabile all'interno di un accudimento carente in responsività sensibile verso i bisogni di protezione e nutrimento affettivo del figlio.

L'altro tema riguarda come aiutare il migrante quando è vittima di eventi potenzialmente destabilizzanti.

Non analizziamo la controversia sulla legittimità *dell'estensione della categoria diagnostica PTSD nelle società non occidentali*.

Nel presentare un *secondo dilemma* relativo alla gestione degli effetti di eventi avversi, si prende a prestito Edwards (13:121) che, riferendosi ad un lavoro di Eagle del 2004 (14) dice che "(...)descrive il dilemma creato dall'ingiunzione di essere sensibili alla comprensione culturale e alle spiegazioni. Una ragazza è stata portata in clinica dalla madre e c'erano prove di abusi sessuali in corso da parte di un vicino o un familiare. Tuttavia, il padre aveva consultato un guaritore tradizionale il cui focus era sul perché questa disgrazia avesse colpito la famiglia, piuttosto che sul disagio emotivo della figlia. Il padre preferiva seguire il guaritore nella ricerca di cause soprannaturali e non avrebbe poi permesso alla ragazza di tornare per le cure psicologiche. In questo caso ci si chiede se e come le attribuzioni in termini di credenze tradizionali alla stregoneria servissero a perpetuare l'angoscia piuttosto che ad alleviarla" (13:121).

8. Il MINI e la fenomenologia dell'incontro

Quest'esperienza mostra la necessità di un cambiamento insito proprio in ciò che appare come un limite del MINI, ovvero il bisogno di avere spazi ampi e tempi lunghi, che si traduce nella necessità di costruire spazi e tempi mentali diversi; che introducono alla fenomenologia dell'incontro con l'altro.

"Martin Buber (15) ha parlato di esistenza come incontro e di lacerazione nell'esistenza, rappresentata da un incontro fallito, "*Vergegnung*") (16:44).

Dal latino *incontra*, in rafforzativo e *contra*, contro, dirimpetto, di fronte; l'incontro è letteralmente *trovarsi di fronte a*.

Si può condividere l'assunto secondo cui l'incontrarsi non equivale necessariamente a sperimentare una precisa corrispondenza di idee o a manifestare un'eroica sopportazione dell'altrui diversità, ma vivere l'esperienza del rispetto nell'interezza del suo significato, un "guardarsi negli occhi (*repicere*) secondo trasparenza e verità" (16:44).

Disponendosi autenticamente nella relazione terapeutica, si instaura un processo di reciprocità in cui l'accoglienza dell'altro non significa "annessione", poiché paziente e resteranno fedelmente uno "di fronte" all'altro, non "dentro" l'altro, difendendo l'irriducibilità incontrata (16).

"E Questa reciproca alterità è dimensione strutturale dell'incontro, per cui due soggetti si *alterano* reciprocamente, ovvero *ciascuno è segnato nella sua esistenza dall'incontro dell'altro*" (16:44).

9. Conclusioni

L'ascolto di narrazioni, storie di vita di persone provenienti da mondi non occidentali rimanda alla necessità, sempre più impellente, di dotarsi di strumenti conoscitivi e competenze interculturali che permettano agli operatori sanitari di comprendere gli accadimenti e le condizioni esistenziali che hanno contribuito a produrre sofferenza, al fine di ridurre il rischio di errori diagnostici e favorire la promozione di cure più appropriate ed efficaci. In questo processo "La conoscenza di modelli culturali in generale, tradizionali o etnici in particolare, può e deve essere per il terapeuta un aiuto per tentare di entrare in situazioni che si presentano inaccessibili, ma il cui obiettivo è sempre lo stesso: la risoluzione dei problemi o di parte di essi che il disturbo psichico pone" (17:166).

A tal fine l'inclusione della prospettiva antropologica, negli spazi sanitari pubblici, consente l'applicazione di una dialettica permanente tra il livello della ricerca, della formazione e dell'operatività. L'interconnessione necessaria tra l'esplorazione continua di orizzonti di significati diversi dai propri e la ricerca di strategie operative che tengano conto della molteplicità di stili del ragionare e di attribuire senso agli eventi nel mondo, permette di costruire piattaforme conoscitive volte a scardinare diffuse convinzioni su storie di vita che non sono le nostre e ad ampliare i criteri di raccolta delle anamnesi di persone provenienti da svariati altrove, con l'obiettivo condiviso della cura dell'individuo nella sua interezza e con la propria dignità.

Bibliografia

- 1) Marchetti M, Polcri C, Gravidanza; Parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari. AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica. 2013; n. 35-36, 247-278.
- 2) Seppilli T; Antropologia Medica: fondamenti per una strategia. AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica. 1996; n. 1-2, 7-22.
- 3) Agenzia Regionale Sanità; Migrare in Toscana, Rapporto 2016.
- 4) Pistacchi M; (a cura di) Vive voci. Roma: Ed. Donzelli. 2010.
- 5) Portelli A; L'intervista nella storia orale. In Pistacchi M, (a cura di) Vive voci. Roma: Ed. Donzelli. 2010: 3-12.
- 6) Groleau D, Young A, Kirmayer LJ; (Trad. It. a cura di Liberati C) The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. Transcultural Psychiatry. 2006; Vol. 43 (4), 671- 691.
- 7) Moro MR, Nathan T; Le bébé migrateur. Spécificités et Psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In Lebovici S, Weil-Halpern, Eds. Psychopathologie du bébé 1989. Parigi: Puf. (Trad. It.) Psicopatologia della prima infanzia, Torino: Ed. B. Boringhieri. 1994.
- 8) Moro MR; I nostri bambini domani. Per una società multiculturale. Milano: Ed. F. Angeli. 2011: 145-146.

- 9) Michel L; The significance of the patient's and the therapist's cultural groups: examples from student counselling service. *Group Analysis*, 1996: 4. In Michel L; Dallo stereotipo culturale al transfert-controtransfert nella relazione psicoterapeutica transculturale. *Gruppi (Gruppo e Transculturata)*, 2001; Vol. 3, n. 2, 33.
- 10) Mesman J, Minter T, Angnged A, Cissé I A H, Salali G D, Migliano A B; Universality without uniformity: a culturally inclusive approach to sensitive responsiveness in infant caregiving. *Child Development*, 2017; Vol. 00, N. 0, 1-14.
- 11) Ainsworth MDS; *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. Baltimore: J. Hopkins University Press. 1967.
- 12) Keller H; (Trad. It. a cura di Iula G); Attachment and culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2013; 44, 175-194.
- 13) Edwards D (Trad. It. a cura di Iula G); Critical perspectives on research on post-traumatic stress disorder and implications for the South African Context. *Journal of Psychology in Africa*. 2005, 15(2), 117-124.
- 14) Eagle GT; Therapy at the cultural interface: implications of African cosmology for traumatic stress intervention. *Psychology in Society*. 2004:30, 1-22.
- 15) Buber M; (Trad. It. a cura di Franceschini A) *Incontro. Frammenti autobiografici*. Roma: Ed. Città Nuova. 1991.
- 16) Pieroni F; *Gruppoanalisi: appunti di viaggio*, (a cura di) Dastoli C, *La coerenza nel lavoro con i gruppi*. Ed. Vita & Pensiero. 2015,44.
- 17) Ancora A, Postfazione a Moro RM; *I nostri bambini domani: per una società multiculturale*. Milano: Ed. F. Angeli. 2011, 166.

LA TARGA

