



**SCUOLA SUPERIORE PER MEDIATORI LINGUISTICI
GREGORIO VII**

(D.M. n. 59 del 3 maggio 2018)

Tesi

Corso di Studi Biennale in Traduzione Specialistica e Interpretariato di Conferenza

Classe di laurea LM-94

TRADUZIONE SPECIALISTICA E INTERPRETARIATO

**IL RUOLO DEL MEDIATORE LINGUISTICO-CULTURALE NELLA SANITÀ
PUBBLICA ITALIANA**

RELATORE

PROF.SSA MARINELLA ROCCA LONGO

CORRELATORI

**PROF.SSA ADRIANA BISIRRI
PROF.SSA LUCIANA CRISTINA BANEGAS**

CANDIDATA:

NICOLE LA BARBERA

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

INTRODUZIONE.....	4
APPENDICE: CONVENZIONI E TRASCRIZIONE.....	6
LA MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE.....	7
1.1. CHE COSA SIGNIFICA <i>MEDIAZIONE LINGUISTICA</i> ?	7
1.2. QUANDO SI PARLA DI <i>MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE</i> ?	7
1.3. IN COSA CONSISTE LA MEDIAZIONE?	8
1.4. I LIVELLI DELLA MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE.....	8
1.5. LA FIGURA DEL MEDIATORE CULTURALE	9
1.5.1. I REQUISITI DEL MEDIATORE LINGUISTICO-CULTURALE	10
LA PROFESSIONE DEL MEDIATORE CULTURALE IN EUROPA E IN ITALIA	12
2.1. IL MEDIATORE CULTURALE NEL CONTESTO EUROPEO	12
2.2. IL RICONOSCIMENTO DELLA PROFESSIONE DI MEDIATORE CULTURALE	13
IL CONCETTO DI MULTICULTURALISMO E INTEGRAZIONE SOCIALE	19
3.1. COSA SI INTENDE QUANDO SI PARLA DI MULTICULTURALISMO?	19
3.2. L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI MULTICULTURALISMO.....	21
3.2.1. IL <i>MELTING POT STATUNITENSE</i>	21
3.2.2. IL <i>MODELLO DEL PLURALISMO INEGUALE</i>	22
3.2.3. IL <i>MODELLO ASSIMILAZIONISTA</i>	23
3.3. IL CONCETTO DI INTEGRAZIONE SOCIALE.....	23
3.4. LE SOCIETÀ MULTICULTURALI CONTEMPORANEE	25
3.5. L'ITALIA COME PAESE MULTIETNICO	26
L'ACCESSO ALLA SANITÀ PER IL CITTADINO STRANIERO	29
4.1. IL DIRITTO ALLA SALUTE	29
4.2. MEDIAZIONE CULTURALE E OPERATORI SOCIO-SANITARI.....	30
4.3. IL MEDIATORE COME “PONTE” TRA STRANIERO E SERVIZIO SANITARIO	31
4.4. LO SCETTICISMO NEI CONFRONTI DEI CITTADINI STRANIERI	32
4.5. LA PERCEZIONE DELLA MALATTIA NELLE DIVERSE REALTÀ	33
4.6. LE BARRIERE NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI	34
4.6.1. LE BARRIERE PRELINGUISTICHE	35
4.6.2. LE BARRIERE LINGUISTICHE	36
4.6.3. LE BARRIERE SEMIOTICHE	37
4.6.4. LE BARRIERE SOCIOCULTURALI.....	39
4.6.5. LE BARRIERE GIURIDICO-AMMINISTRATIVE	41
4.6.6. LE BARRIERE SOCIOECONOMICHE	41

4.7. PERCORSI DI MEDIAZIONE IN AMBITO SANITARIO	42
4.8. IL TURISMO SANITARIO E LA MEDIAZIONE.....	44
INTEGRAZIONE, CITTADINANZA SANITARIA E MEDIAZIONE.....	46
5.1. I VANTAGGI DELLA MEDIAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO	46
5.1.1. I RUOLI LINGUISTICI DEL MEDIATORE LINGUISTICO-CULTURALE.....	48
5.2. L'ANALISI DELL'INTERAZIONE TRA MEDICO, PAZIENTE E MEDIATORE.....	49
5.3. I COMPORTAMENTI RICORRENTI DEL MEDIATORE NELL'INTERAZIONE	50
5.4. LE AZIONI TRADUTTIVE E NON TRADUTTIVE DEL MEDIATORE	50
5.4.1. SELEZIONARE L'INFORMAZIONE.....	51
5.4.2. IL CONTATTO INTERPERSONALE: RISATE E RASSICURAZIONI.....	54
5.4.3. LA CONDIVISIONE DELL'AFFETTIVITÀ.....	58
5.4.4. CONCLUSIONI	63
5.5. LE FORME DELLA COMUNICAZIONE INTERCULTURALE	64
5.5.1. ASSIMILAZIONE E ADATTAMENTO INTERCULTURALE	65
5.5.2. LA GESTIONE DEI RISCHI E DELLA COMUNICAZIONE	67
5.5.3. LE FORME DIALOGICHE.....	70
5.5.4. CONCLUSIONI	73
CONCLUSIONE.....	76
ABSTRACT.....	78
THE LINGUISTIC-CULTURAL MEDIATION	78
THE WORK OF THE MEDIATOR IN EUROPE AND ITALY	80
MULTICULTURALISM AND SOCIAL INTEGRATION	81
ACCESS TO HEALTH CARE FOR THE FOREIGNER.....	83
INTEGRATION, HEALTH CITIZENSHIP AND MEDIATION	85
RESUMEN.....	89
LA MEDIACIÓN LINGÜÍSTICO-CULTURAL	89
EL TRABAJO DEL MEDIADOR EN EUROPA E ITALIA	91
MULTICULTURALISMO E INTEGRACIÓN SOCIAL.....	92
ACCESO DEL EXTRANJERO A LA ASISTENCIA SANITARIA.....	94
INTEGRACIÓN, CIUDADANÍA SANITARIA Y MEDIACIÓN	96
SITOGRAFIA	99
BIBLIOGRAFIA.....	100

INTRODUZIONE

La presente tesi ha come oggetto l'analisi approfondita del ruolo che il mediatore linguistico-culturale svolge nell'ambito medico-sanitario. I motivi che mi hanno portato a svolgere questa ricerca sono stati innanzitutto la mia curiosità verso il modo della Medicina ma, soprattutto, la voglia di dimostrare quanto sia importante e inclusiva la figura del mediatore linguistico-culturale all'interno del contesto medico-sanitario del nostro Paese. Ciò analizzando come si svolge l'interazione tra mediatore, medico e paziente straniero all'interno di un contesto realistico.

Di anno in anno l'Italia accoglie nel suo contesto sociale comunità sempre più distinte tra loro e il mediatore, dunque, rappresenta la figura di "ponte" tra universi culturali differenti riuscendo a creare un contatto e a consentire la riuscita di una comunicazione la quale, senza la sua opera, non sarebbe in alcun modo possibile. Il settore medico-sanitario, infatti, è uno degli ambiti che più risente della necessità di mediatori linguistici poiché si interfaccia ogni giorno con diversi utenti, italiani e stranieri.

Nel corso del presente lavoro si parlerà, in primo luogo, di cosa si intenda con il termine "mediazione linguistica" e in cosa consiste, di quale siano i suoi scopi e di quella che è la figura del mediatore linguistico-culturale, ovvero di come si realizzi la comunicazione tra popolazione locale e comunità migrante. Verranno analizzati i livelli sui quali si applica la mediazione linguistico-culturale e quali siano i principali compiti del mediatore linguistico-culturale nonché quali requisiti debbano essere posseduti dallo stesso.

Nel secondo capitolo si parlerà di come viene visto il ruolo del mediatore linguistico-culturale nella realtà europea, in particolare in quella italiana, e di come questa professione sia sempre più richiesta e necessaria nei processi di accoglienza e integrazione degli immigrati. Verranno menzionate, altresì, alcune delle più importanti normative italiane all'interno delle quali è riconosciuto e disciplinato il ruolo del mediatore e la relativa professione.

All'interno del terzo capitolo si introdurrà il concetto di multiculturalismo, ovvero di come questo si sia evoluto rispetto al passato e di quali siano ad oggi le caratteristiche delle società multiculturali; si parlerà del dibattito relativo al problema dell'immigrazione nelle società multiethniche occidentali e di come questo si incentri fondamentalmente sulla questione dell'integrazione sociale; infine, si parlerà di come l'Italia possa considerarsi a tutti gli effetti un paese multiculturale.

Nel penultimo capitolo verrà spiegato di come l'accesso all'assistenza sanitaria sia un diritto sancito dalla Costituzione italiana e di come questa sia garantita a tutti i cittadini appartenenti all'Unione Europea e non, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale; successivamente verrà trattato il ruolo del mediatore culturale all'interno del contesto medico-sanitario italiano e le molteplici difficoltà che possono sorgere nel rapporto tra operatori sanitari e l'utente straniero; si elencheranno le categorie in cui è possibile suddividere gli stranieri che accedono alle strutture sanitarie italiane; come cambi la percezione della malattia da una cultura all'altra; si analizzeranno, inoltre, le barriere che rendono difficoltosi i rapporti tra sanità italiana e pazienti immigrati e di come il mediatore sia necessario al superamento di queste.

Nell'ultimo capitolo si esamineranno i vantaggi della mediazione linguistico-culturale attraverso i quali cittadini autoctoni e cittadini immigrati possono ridefinire uno spazio di interazione, riuscendo a congiungere diritti che hanno un significato culturale opposto ma che allo stesso tempo incoraggiano e rafforzano il senso di auto-riconoscimento e di autostima del migrante. Verranno analizzati, infine, i vari ruoli linguistici del mediatore linguistico-culturale, l'interazione tra medico e paziente con il sostegno del mediatore linguistico-culturale nonché le azioni traduttive e non traduttive che si manifestano durante l'interazione. A tal proposito verranno trattati degli esempi di casi concreti nei quali è possibile osservare come mediatore linguistico-culturale, operatore sanitario e paziente interagiscono tra loro e come sia importante, in particolare, la figura del mediatore ai fini della gestione delle situazioni di difficoltà che si instaurano inevitabilmente a causa delle diversità linguistiche e culturali.

APPENDICE: CONVENZIONI E TRASCRIZIONE

- i partecipanti sono indicati normalmente con l'iniziale del nome o del ruolo: **D** per “dottore”, **I** per “interprete” o **M** per “mediatore”, **P** per “paziente”.
- in *corsivo* il **parlato in arabo**

[testo

[testo indicazione di inizio di sovrapposizione; le due parentesi quadre sono allineate una sotto l'altra

(.) pausa breve (meno di un secondo)

(..) pausa più lunga (intorno al secondo)

(03) pausa lunga, (il numero indica i secondi, approssimativamente)

testo: prolungamento del suono

testo- parola tronca, interrotta

testo – intonazione sospesa (come se il parlante non avesse concluso)

(testo) testo non chiaro (sembra che dica così, ma non si sente bene)

(??) testo non comprensibile acusticamente)

Testo testo pronunciato con enfasi o a volume più alto

°testo° testo pronunciato sottovoce

((...)) informazioni contestualizzanti ricavabili dalla registrazione

.,?! la punteggiatura viene usata per indicare approssimativamente l'intonazione (ad esempio nella domanda)

CAPITOLO I

LA MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE

1.1. CHE COSA SIGNIFICA *MEDIAZIONE LINGUISTICA*?

Per comprendere il significato del processo di Mediazione Linguistica, dobbiamo analizzare a fondo le parole che la compongono e capirne il significato. Con *mediazione*, si intende la conciliazione di due o più parti con l'obiettivo di trovare un punto di incontro o anche una soluzione accettabile tra esse. Al fine di raggiungere questo obiettivo, la figura a cui corrisponde il compito di mediare nonché valutare la situazione sotto un aspetto oggettivo, senza essere coinvolto in prima persona, è il *mediatore*. Quest'ultimo aiuta le parti in conflitto a comunicare analizzando il conflitto stesso con l'obiettivo finale di “*individuare e scegliere un'opzione che soddisfi gli interessi e i bisogni di ciascuno*” ⁽¹⁾.

Invece, la *linguistica* è la disciplina scientifica che studia il linguaggio dell'uomo e il modo in cui questo si manifesta.

Pertanto, con **mediazione linguistica** non si intende altro che il processo di comunicazione tra due o più soggetti che non possono comunicare in maniera efficace e comprensibile poiché non condividono la stessa lingua e codice linguistico, tuttavia necessitano di una figura professionale, in questo caso il *mediatore*, che sarà in grado di facilitare la comunicazione al fine di agevolare il raggiungimento dell'obiettivo finale.

1.2. QUANDO SI PARLA DI *MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE*?

Il fenomeno migratorio si trasforma ogni giorno in una realtà sempre più complessa e attuale, rientrando ormai nella composizione socio-economica di molte nazioni a livello mondiale.

Le comunità di migranti che provengono da diverse aree globali, non portano con loro solo una varietà di bisogni e aspettative, ma anche una vasta frammentazione a livello linguistico, sociale, culturale e religioso. Per affrontare adeguatamente tali necessità è fondamentale costituire solide condizioni di sviluppo e convivenza tra la

⁽¹⁾ <https://www.mediazionelinguistica.org/mediazione-linguistica-cos-e-definizione/> (visitato il 06.05.2023);

popolazione locale e quella migrante. Con l'obiettivo di creare tali condizioni ci si rende conto quanto risulti fondamentale e utile la figura del *mediatore linguistico-culturale*, la cui funzione contribuisce a facilitare la comunicazione tra popolazione locale e comunità migranti grazie alla conoscenza che possiede delle rispettive lingue e culture.

1.3. IN COSA CONSISTE LA MEDIAZIONE?

La mediazione si verifica con l'intervento di una terza parte che ha lo scopo di dirimere un conflitto (potenziale o effettivo) tra due parti in disaccordo, creando un dialogo fra di esse e quindi soddisfacendo le loro rispettive esigenze. In questa definizione si possono cogliere diversi aspetti rilevanti, quali:

- il mediatore è un “terzo attore” che affianca e sostiene i due principali;
- il mediatore è una fonte autorevole di azione;
- la mediazione riduce gli effetti di un conflitto e crea un dialogo tra le parti;
- la mediazione soddisfa entrambe le parti, evitando dunque di dare voce ad una soltanto e distinguere tra vincitore e vinti, o tra ragione e torti. ⁽²⁾

1.4. I LIVELLI DELLA MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE

La mediazione linguistico-culturale può essere definita come un processo duplice e reciproco di decodifica della comunicazione che si applica a tre livelli:

1) Livello di ordine pratico-orientativo:

al mediatore spetta il ruolo di informare o di tradurre specifiche informazioni, relative ad esempio al sistema socio-istituzionale e politico-burocratico del Paese d'arrivo; il mediatore ha il compito di rendere il servizio in cui si trova ad operare il più accessibile e trasparente possibile per il migrante e deve informare gli operatori del servizio stesso riguardo alle principali differenze rispetto alla cultura d'origine di quest'ultimo. Un chiaro esempio pratico può essere l'iscrizione del proprio figlio a scuola oppure il doversi rivolgere al sistema sanitario per accedere a cure o servizi.

⁽²⁾ *Immigrazione, mediazione culturale e salute (Salute e società. Teoria e metodologia)*, a cura di Claudio Baraldi, Viola Barbieri, Guido Giarelli, Milano, 2008, Franco Angeli, Volume XVII, p. 211;

2) **Livello linguistico-comunicativo:**

la mediazione, in relazione a questo livello, diventa traduzione, interpretazione, prevenzione e gestione di malintesi e incomprensioni. La mediazione che si svolge all'interno delle istituzioni e dei servizi pubblici ha una funzione linguistico-comunicativa che scaturisce dal rapporto interpersonale diretto tra operatori e utenti che appartengono a culture distinte. I primi ricopriranno un ruolo professionale e/o istituzionale, gli altri si trovano a loro volta, in relazione ai propri bisogni e disagi, in una posizione di fragilità e dipendenza di chi eroga loro i servizi. Il mediatore non si limita solo alla traduzione fedele di messaggi e informazioni, ma spiega in modo chiaro ciò che è implicito e che, altrimenti, non verrebbe capito dal migrante. La mediazione culturale ha come obiettivo la creazione di un contesto comunicativo nel quale le persone di culture diverse possono considerare normali cose che al principio potevano risultare loro sconosciute o "bizzarre" poiché appartenenti a culture estranee alla propria.

3) **Livello psico-sociale:**

il mediatore può assumere un ruolo di cambiamento sociale, di stimolo per la riorganizzazione del servizio, di arricchimento e della programmazione delle attività dello stesso. In questo modo, il servizio diventa più accessibile e accogliente convertendosi in un luogo in cui anche le minoranze riescono a riconoscersi e ad essere riconosciute. Di conseguenza la mediazione diventa essa stessa un agente di cambiamento dinamico che promuove lo scambio e/o il mutamento di valori e di significati assegnati alle parole, ai gesti, alle azioni, ai comportamenti considerati fino a quel momento tabù o insostituibili, dimostrando che la cultura di trasforma in relazione ad altri sistemi culturali. ⁽³⁾

1.5. LA FIGURA DEL MEDIATORE CULTURALE

Il mediatore culturale è un agente attivo del processo di integrazione e si pone come figura "ponte" fra gli stranieri e le istituzioni private e i servizi pubblici. Ha il compito di facilitare la comunicazione e la comprensione, sia a livello linguistico che culturale, ponendosi in modo equidistante e neutrale tra le parti interessate. Il mediatore, inoltre,

⁽³⁾ <https://italiena.wordpress.com/2012/06/04/la-mediazione-culturale-in-ambito-sanitario/> (visitato il 14.05.2023);

si pone come **nuovo operatore sociale** dotato di specifiche competenze e attitudini che gli consentono di interagire con le istituzioni pubbliche e private, nonché come interprete delle esigenze e delle necessità dei migranti.

Purtroppo sul ruolo del mediatore esiste ancora molta confusione. Se da un lato alcuni operatori considerano i mediatori come figure di passaggio e semplici traduttori da utilizzare solo in caso di emergenza, dall'altro ci sono operatori con grandi aspettative che considerano i mediatori delle figure “*passpartout*”, ovvero dei tecnici in grado di risolvere qualsiasi questione legata all'intercultura e all'integrazione dei cittadini stranieri.

Le funzioni del mediatore all'interno di un servizio dovrebbero essere delineate e costruite di volta in volta dagli stessi operatori e dai mediatori culturali in un preciso progetto di intervento. Entrambi dovrebbero collaborare ed essere coinvolti nelle attività di promozione e personalizzazione degli interventi al fine di renderli più vicini all'utenza straniera e ai suoi bisogni. Tali “funzioni base” variano a seconda del luogo in cui esso esercita la sua professione tra le quali, in linea generale, troviamo:

- assicurare e permettere una corretta comunicazione e reciproca comprensione tra operatori dei servizi e utenti stranieri;
- realizzare l'interpretariato linguistico;
- occuparsi dell'accoglienza dell'utente straniero, della traduzione di documenti, della diffusione delle informazioni fra le comunità straniere;
- chiarire i presupposti culturali e gli stereotipi delle due culture;
- dare informazioni telefoniche al personale del servizio e all'utenza straniera. ⁽⁴⁾

1.5.1. I REQUISITI DEL MEDIATORE LINGUISTICO-CULTURALE

Per svolgere la funzione di mediatore linguistico-culturale occorre possedere specifici requisiti, ossia:

- essere preferibilmente di origine straniera e aver avuto una personale esperienza relativa al percorso migratorio;

⁽⁴⁾ “*La mediazione linguistico-culturale in ambito sanitario*”, p. 22, qui citato al seguente link: <https://www.unife.it/medicina/ostetricia/studiare/minisiti/fisiopatologia-del-puterperio/discipline-demoetnoantropologiche/materiale-lezioni/La%20mediazione%20linguistico-culturale%20in%20ambito%20sanitario%20-Sola%20lettura.pdf> (visitato il 03.06.2023);

- avere una buona conoscenza della cultura e della lingua locale parlata e scritta nonché della realtà locale, del territorio e dei servizi offerti;
- avere una buona conoscenza della cultura e della realtà socio-economica del Paese d'origine del migrante;
- essere in possesso di un titolo di studio nonché di una formazione specializzata nella mediazione culturale;
- essere motivati ed essere predisposti al lavoro relazionale e sociale, possedere ottime capacità relazionali di empatia e riservatezza. ⁽⁵⁾

⁽⁵⁾ <https://italiena.wordpress.com/2012/06/04/la-mediazione-culturale-in-ambito-sanitario/> (visitato il 14/05/2023);

CAPITOLO II

LA PROFESSIONE DEL MEDIATORE CULTURALE IN EUROPA E IN ITALIA

2.1. IL MEDIATORE CULTURALE NEL CONTESTO EUROPEO

In Europa, gli ambiti di intervento della mediazione, i suoi mandati e percorsi formativi nonché alle caratteristiche professionali richieste ai mediatori e alle mediatrici, sono elementi profondamente diversificati a seconda dei Paesi di riferimento.

A livello europeo non si registra ancora una chiara e omogenea definizione di cosa si intenda per mediazione culturale. Nei diversi Paesi cambiano gli approcci normativi e istituzionali sul senso e sull'utilità o meno degli interventi di mediazione.

Mentre in Italia, ad esempio, intorno a tale ambito vi è un profondo dibattito e una diffusa sperimentazione di campo, ciò non si può affermare nel caso della Germania o della Gran Bretagna, dove non solo la mediazione viene limitata, spesso, alla sola sfera degli interventi di facilitazione/educazione linguistica, ma vengono inoltre messi in discussione anche gli stessi presupposti. Infatti, in tali casi sembrano prevalere impostazioni che tendono ad individuare la mediazione come un intervento che può determinare rischi nei processi di cittadinanza, in quanto rallenterebbe lo sviluppo autonomo e auto-determinato di competenze inter-relazionali e interculturali sia nelle comunità integrate che nella popolazione autoctona.

Dobbiamo sapere, però, che sia in Germania sia in Gran Bretagna, i processi di inclusione degli immigrati e delle immigrate sono molto più radicati e consolidati rispetto al nostro Paese. Sono molti, ad esempio, gli stranieri che ricoprono ruoli professionali all'interno del sistema di protezione sociale (come scuole, sanità, ecc.) i quali, attraverso la loro attività, da un lato facilitano la relazione con le altre culture, dall'altra parte hanno "educato" l'intero sistema a far propria un'impostazione interculturale. In altre parole, si può affermare che la maggior tradizione che si registra in tali Paesi in termini di relazione con i flussi migratori, rende meno importante attivare e diffondere sul territorio interventi dedicati esclusivamente a facilitare e supportare la relazione linguistica e culturale che si instaura tra migrante e sistema di servizi.

Per quanto riguarda la Francia, parliamo del primo Paese europeo in cui la figura del mediatore culturale inizia a diventare visibile, anche se in un ambito non definito dal punto di vista istituzionale e professionale. Il primo settore di intervento è quello inerente al circuito penale, per poi allargarsi, in modo relativamente rapido, anche al sistema educativo e socio-sanitario. Sono numerose le associazioni di donne straniere che recuperano e implementano tale tradizione, favorendo, con le loro attività, un indispensabile supporto ai migranti e alla consolidazione dei processi di multiculturalità. Esperienze che, però, nonostante siano visibili e riconosciute, non hanno ancora portato a una definizione, legislativa e istituzionale, di un quadro di riferimento certo sulle finalità, sulle metodologie e sulle modalità operative della mediazione culturale e della figura professionale del mediatore.

I flussi migratori sono diventati visibili nelle varie nazioni con tempi e modalità profondamente diversi, così come è differente il livello di pressione socio-politica che le organizzazioni umanitarie e quelle dell'auto-organizzazione etnica sono riusciti a determinare. Va inoltre sottolineato che le differenti impostazioni in materia di mediazione culturale si riscontrano non solo paragonando tra loro i diversi Paesi europei, ma, a volte, anche confrontando aree geografiche appartenenti alla stessa nazione.

Nonostante tale disomogeneità e differenziazione, si può affermare che la mediazione linguistica è ormai considerata indispensabile per orientare e accompagnare gli immigrati e le immigrate nei loro percorsi di inclusione socio-lavorativa nonché per attivare e stabilizzare percorsi virtuosi di convivenza e coabitazione positiva tra migranti e popolazione autoctona.

2.2 IL RICONOSCIMENTO DELLA PROFESSIONE DI MEDIATORE CULTURALE

La mediazione culturale svolge un ruolo fondamentale nel processo di integrazione degli stranieri nelle società di accoglienza.

La mediazione culturale è apparsa e si è affermata in Italia nei primi anni Novanta, sulla base di esperienze già iniziate negli altri Paesi europei, grazie al superamento di una originaria visione in termini di emergenza dell'approccio al fenomeno migratorio, ma anche alla scelta di una politica complessiva di integrazione della popolazione immigrata.

A livello nazionale ancora non è mai stata adottata una legislazione organica che definisca la professione del mediatore interculturale; tuttavia, si trovano numerosi riferimenti alle attività di mediazione nella normativa in materia di immigrazione e integrazione dei cittadini stranieri. ⁽⁶⁾

La qualifica di Mediatore viene tra l'altro definita nell'Atlante del Lavoro INAPP (Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche) e nella Classificazione delle Professioni ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica). Secondo l'Atlante del Lavoro, la qualifica del **Mediatore Interculturale** è associata al codice 19.02.12 dell'ADA (Aree di Attività), principale unità informativa dell'Atlante. Specificatamente 19 sta per Servizi Socio Sanitari; 02 per Erogazione di interventi nei servizi sociali; 12 per indicare la qualifica di mediatore interculturale.

Secondo la Classificazione delle Professioni ISTAT, la professione del Mediatore Interculturale si colloca nell'Unità Professionale dei Tecnici del reinserimento dell'integrazione sociale associata al codice 3.4.5.2.0 e, nel dettaglio:

- 3. Professioni tecniche
- 3.4. Professioni tecniche nei servizi pubblici e alle persone
- 3.4.5. Tecnici dei servizi sociali
- 3.4.5.2. Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale ⁽⁷⁾

Il **D.lgs. n. 286/1998** (Testo unico in materia di immigrazione), all'**articolo 38**, in relazione all'istruzione degli stranieri e all'educazione interculturale, richiama la figura dei mediatori culturali come **ausilio nelle comunicazioni** con le famiglie degli alunni stranieri. Il regolamento di attuazione del Testo unico (**art. 45 D.P.R. n. 394/1999**) ha poi affidato al collegio dei docenti la formulazione delle proposte in ordine ai criteri e alle modalità per la comunicazione tra la scuola e le famiglie degli alunni stranieri, anche attraverso l'opera dei mediatori culturali qualificati.

⁽⁶⁾ Per ulteriori approfondimenti in relazione al "*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*" – Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 aggiornato con le modifiche apportate, da ultimo, dalla L. 5 maggio 2023, n. 50 consultare il seguente sito: <https://www.altalex.com/documents/codici-altalex/2014/04/09/testo-unico-sull-immigrazione> (visitato il 20.05.2023);

⁽⁷⁾ <https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Altre-info/e/2/o/41///id/85/Definizione-del-profilo-professionale> (visitato il 20.05.2023);

Inoltre, secondo quanto previsto **dall'articolo 42 del Testo unico** ⁽⁸⁾, le misure di integrazione sociale dovrebbero essere favorite dalla realizzazione di convenzioni con associazioni per l'impiego all'interno delle proprie strutture di stranieri in qualità di mediatori interculturali al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi. Il riferimento alla figura del mediatore si ritrova poi in ambiti legislativi peculiari di alcune aree specifiche, dove la presenza dei mediatori interculturali è concepita quale strumento utile a garantire l'efficienza e l'efficacia delle disposizioni. La presenza dei mediatori interculturali è prevista, in primo luogo, in **ambito educativo e scolastico**, quale strumento di supporto al ruolo educativo della scuola. A tal proposito con la **Circolare n. 24/2006** ⁽⁹⁾, il **Ministero dell'Istruzione**, dell'Università e della Ricerca ha definito i compiti della figura professionale, indicando le seguenti aree di intervento:

- accoglienza degli alunni stranieri;
- facilitazione del rapporto tra la scuola e le famiglie;
- agevolazione della comunicazione;
- orientamento scolastico e promozione dell'educazione interculturale;
- valorizzazione della lingua e della cultura di origine degli alunni stranieri.

Disposizioni aventi a oggetto il ruolo del mediatore interculturale si rinvengono anche nella **normativa** in materia **sanitaria**, dove riguardano sia la formazione di mediatori specializzati sia la presenza degli stessi nelle strutture ospedaliere al fine di facilitare la rimozione delle barriere socioculturali e l'accesso all'assistenza sanitaria.

In quest'ambito particolarmente significativa è la presenza dei mediatori interculturali nei contesti socio-sanitari che operano con le comunità di migranti provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie ⁽¹⁰⁾ (si vedano la **L. n. 7/2006** e il **Decreto del Ministero della Salute del 17 dicembre 2007**) ⁽¹¹⁾.

⁽⁸⁾ <https://www.altalex.com/documents/news/2014/04/09/testo-unico-sull-immigrazione-titolo-v#titolo5> (visitato il 03.06.2023);

⁽⁹⁾ Circolare del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione - Direzione Generale per lo studente "Linee guida per l'accoglienza e l'integrazione degli alunni stranieri", consultare il seguente link: https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2006/allegati/cm24_06all.pdf (visitato il 03.06.2023);

⁽¹⁰⁾ Mutilazioni genitali femminili;

⁽¹¹⁾ "Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale

La mediazione interculturale assume, inoltre, un ruolo rilevante nell'ambito dei servizi rivolti ai richiedenti/titolari di **protezione internazionale** ⁽¹²⁾, anche se i riferimenti normativi espliciti non sono numerosi. Al ruolo dei mediatori come strumento per l'integrazione dei migranti è fatto esplicito riferimento nell'ambito della Strategia Nazionale di Integrazione (Piano Nazionale di Integrazione per le persone Titolari di Protezione Internazionale) del 2017. La mediazione culturale e linguistica è, inoltre, un servizio fondamentale nella **rete SAI** (Sistema Accoglienza Internazionale) ⁽¹³⁾ e fa parte dei servizi minimi e obbligatori. In particolare, il servizio di mediazione linguistico-culturale è da considerarsi trasversale e complementare agli altri servizi erogati.

Nel 2014 un "Gruppo di Lavoro Istituzionale" (GLI), coordinato dal Ministero dell'Interno, ha lavorato alla definizione di un possibile riconoscimento della figura del mediatore interculturale a fronte della mancanza di un profilo omogeneo valido per tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo del gruppo era quello di individuare le competenze necessarie a qualificare la figura e le relative procedure di certificazione; il fatto che tali elementi siano univoci, equipollenti e condivisi da tutte le Regioni è importante al fine di delineare una qualifica che sia spendibile sul mercato del lavoro in tutto il Paese. Il lavoro svolto aveva portato ad individuare le competenze necessarie, tra le quali quelle di tipo relazionale, quelle linguistiche e la conoscenza delle altre culture.

Gli esiti di tale lavoro sono confluiti nel Dossier di sintesi *"La qualifica del mediatore interculturale. Contributi per il suo inserimento nel futuro sistema nel futuro sistema nazionale di certificazione delle competenze"* ⁽¹⁴⁾

femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche", consultare il seguente link:

<https://www2.immigrazione.regione.toscana.it/pdfnir/allegatodecretominsalut17dic2007.pdf> (visitato il 03.06.2023);

⁽¹²⁾ Può fare domanda lo straniero che intenda chiedere protezione dallo Stato italiano perché fugge da persecuzioni, torture o dalla guerra, anche se ha fatto ingresso in Italia in modo irregolare ed è privo di documenti;

⁽¹³⁾ <https://www.retesai.it/siproimi-nuove-modalita-di-accesso-e-di-funzionamento/> (visitato il 03.06.2023);

⁽¹⁴⁾ Dossier di sintesi del Ministero dell'Interno - giugno 2014 - *"La qualifica del mediatore interculturale - contributi per il suo inserimento nel futuro sistema nazionale di certificazione delle competenze"*, consultare il seguente link:
<https://www.integrazionemigranti.gov.it/AnteprimaPDF.aspx?id=1588;>

Il dibattito, negli ultimi anni, si è un po' arenato e permangono le criticità intorno al riconoscimento della figura del mediatore culturale, dei suoi requisiti minimi e delle qualifiche possedute per svolgere tale attività. Da più parti, stante le differenze di modelli e di percorsi da una regione all'altra, viene chiesto di uniformare in tutto il territorio nazionale le modalità di acquisizione della qualifica professionale di mediatore interculturale. Attualmente, infatti, ogni regione ha un meccanismo a sé stante, con regole differenti e non omogenee. In tal senso diverse proposte di legge attualmente depositate in Parlamento chiedono l'istituzione di un Albo nazionale dei mediatori, l'iscrizione al quale abiliti allo svolgimento della professione in tutto il territorio nazionale e sia condizione unica e necessaria allo svolgimento della professione medesima.

La mediazione interculturale ormai da anni si conferma essere un dispositivo afferente ad una **professione articolata** nonché sempre più richiesta e necessaria nei processi di accoglienza e integrazione degli immigrati.

Il servizio di mediazione è praticato da un numero significativo e in crescita di persone (si stima che siano attivi circa 8.000 mediatori su scala nazionale), perlopiù donne (circa il 70%) che operano nella scuola, nella sanità, agli sportelli pubblici, nel settore della giustizia degli adulti e minorile, nei centri d'accoglienza di primo e secondo livello, nelle questure e in molte situazioni in cui il confronto fra le diversità di cultura, lingua e religione genera incomprensione, conflitto, o comunque rapporti basati primariamente su stereotipi e forme di discriminazione.

In una società sempre più plurale la necessità di convertire in dinamiche interculturali tanti aspetti della vita sociale dei cittadini è ormai una priorità del vivere civile che va ben oltre l'obiettivo di integrare la popolazione immigrata nella società di accoglienza. Saper favorire queste dinamiche diventa una competenza necessaria per chiunque si occupi di sociale. In alcuni casi poi si può prefigurare la necessità di impiegare addirittura una figura specialistica, un "operatore di interculturalità", sensibile soprattutto alla decodifica degli stereotipi, che sia in grado di progettare e realizzare interventi che favoriscano dialogo e comprensione.

Oggi l'operato del mediatore si articola in tante situazioni che vanno dalle più sperimentate forme di servizio, a forme di supporto alle azioni di sistema che pongono in rete l'offerta dei servizi, a forme di consulenza e persino di docenza e progettazione.

La mediazione interculturale rappresenta ormai una realtà che vede crescere il ruolo e l'impiego di queste figure, ma la poca chiarezza e soprattutto lo scarso riconoscimento del loro lavoro impongono di normarla con una qualifica validabile e certificabile.

CAPITOLO III

IL CONCETTO DI MULTICULTURALISMO E INTEGRAZIONE SOCIALE

3.1. COSA SI INTENDE QUANDO SI PARLA DI MULTICULTURALISMO?

Il multiculturalismo è un filone di pensiero politico volto a definire le basi etiche di una strategia di trattamento delle minoranze etniche, religiose e culturali da parte delle istituzioni politiche. È un insieme di idee differenti e di numerose pratiche politiche, non sempre molto coerenti tra loro, che hanno come obiettivo quello di superare i confini nazionali e di offrire identificazione a individui e comunità che hanno lasciato i loro Paesi di origine.

Quando si parla di multiculturalismo è inevitabile il riferimento al concetto stesso di cultura definita da Parekh, ovvero:

un sistema di credenze e pratiche nei termini del quale un gruppo di esseri umani comprendono, regolano e strutturano le loro vite individuali e collettive. La cultura è un modo di comprendere e di organizzare la vita umana

nonché:

la condivisione di una cultura rende possibile l'identificazione di un gruppo e lo distingue dagli altri. Le culture e allo stesso modo i gruppi culturali non sono incorruttibili, ma sempre in continua evoluzione in risposta alle circostanze ⁽¹⁵⁾

La diversità culturale caratterizza le società liberal-democratiche contemporanee, in quanto si tratta di un tipo di società che garantisce le libertà di pensiero, espressione ed associazione. All'interno di queste tipo di società, gli individui che ne hanno la possibilità, tendono a costruire gruppi differenti. Questi ultimi, infatti, se si trovano in

⁽¹⁵⁾ Parekh B., “*rethinking Multiculturalism*”, Basingstoke, Palgrave MacMillan, 2011, p.143;

condizioni di adeguata libertà tenderanno a distinguersi dalla maggioranza per quanto riguarda tendenze e valori.

Il multiculturalismo si afferma quindi come risposta teorico-politica alle difficoltà di convivenza democratica tra gruppi e persone di origine diversa, specificandosi come politica della differenza e proponendo in alcuni casi alcuni meccanismi istituzionali e la messa a disposizione di risorse per favorire in qualche caso l'autogoverno delle minoranze. Definiamo come multiculturali tutti quei paesi che sono stati influenzati e culturalmente determinati dalla migrazione di gruppi etnici, che al loro interno, quindi, presentano delle minoranze linguistiche, religiose e razziali.

Il multiculturalismo può considerarsi anche come un'aspirazione ideologica che esalta la diversità, un insieme di politiche volte a gestire l'eterogeneità o un processo attraverso il quale i gruppi etnici e razziali sfruttano il sostegno proveniente dalle istituzioni per raggiungere le proprie aspirazioni. Tale concetto è poi strettamente collegato all'idea che si ha riguardo a un Paese e al senso di appartenenza a esso. Il multiculturalismo può considerarsi anche come un'aspirazione ideologica che esalta la diversità, un insieme di politiche volte a gestire l'eterogeneità o un processo attraverso il quale i gruppi etnici e razziali sfruttano il sostegno proveniente dalle istituzioni per raggiungere le proprie aspirazioni.

L'idea di multiculturalismo generale tende a mettere tutte le culture del mondo allo stesso livello, traducendosi a livello empirico in un fatto sociale in quanto i vari gruppi etnici si identificano con caratteristiche specifiche diverse da quelle appartenenti ai paesi in cui vivono, di fatto le minoranze puntano a richiedere lo stesso status giuridico e sociale di coloro che appartengono alla così detta "cultura dominante", ciò si tramuta in un appello sociale che diviene a sua volta una lotta per il riconoscimento dei diritti.

Tuttavia è compito dello Stato trovare un equilibrio tra gli interessi degli autoctoni e la richiesta sociale proveniente dalle minoranze al fine di garantire unità e coesione nonché evitare i problemi di disgregazione sociale.

3.2. L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI MULTICULTURALISMO

Nel corso degli anni si è passati da una teoria astratta di multiculturalismo a un vero e proprio "modo di pensare" all'interno del sistema culturale. Questo si fonda sulla promozione e protezione delle differenze, nell'assoluto rispetto della dignità umana. In molti definiscono il multiculturalismo come valore alla base della democrazia in quanto estensione e realizzazione del pluralismo.

Tutti i paesi che vengono riconosciuti come multiculturali hanno aderito ad un modello basato sulla consapevolezza della presenza dell'altro, riconoscendo l'importanza di concedere valori sociali e protezione ai vari gruppi minoritari. In questo modo si viene a creare una cultura partecipativa tra persone diverse basata sulla conoscenza, ma soprattutto sull'accettazione delle differenze culturali esistenti.

Nel multiculturalismo possiamo distinguere due grandi opzioni. Il **multiculturalismo integrato**, il quale associa il culturale e il sociale, propone leggi o misure che implicano simultaneamente il riconoscimento culturale di questo o quel gruppo e la lotta contro le ineguaglianze sociali di cui soffrono i suoi membri; il **multiculturalismo frammentato** che si basa su un principio di dissociazione e si interessa alla differenza culturale senza prendere in conto, nello stesso contesto, la questione sociale ⁽¹⁶⁾.

Ovviamente, prima di arrivare a questa consapevolezza, il multiculturalismo si è confrontato con quelle che sono state le tre modalità storiche delle politiche di integrazione sociale nelle società multietniche occidentali, ovvero: il **melting pot statunitense**; il **modello del pluralismo ineguale**, il **modello assimilazionista**.

3.2.1. IL MELTING POT STATUNITENSE

Attraverso il termine "*melting-pot*" si intende un complesso eterogeneo di gruppi, individui e religioni, molto diversificati tra loro per ceto, condizione e appartenenza etnica, che convivono nella stessa area territoriale geografica e politica. Tale modello faceva riferimento inizialmente alla società americana, l'espressione («crogiole») è usata per indicare un particolare modello o ideale di società multietnica in cui dopo un certo tempo, segnato dal succedersi delle

⁽¹⁶⁾ *Immigrazione, mediazione culturale e salute (Salute e società. Teoria e metodologia)*, a cura di Claudio Baraldi, Viola Barbieri, Guido Giarelli, cit., p.21;

generazioni, le culture e le identità specifiche degli immigrati sarebbero destinate a fondersi con quelle dei paesi di accoglienza. ⁽¹⁷⁾

Questo rappresenta il modello che meno di tutti ha saputo garantire un'equa integrazione sociale. L'obiettivo degli Stati Uniti era quello di creare il cosiddetto "uomo nuovo" che doveva rappresentare la specificità americana. Ma con l'obiettivo di creare questo "uomo nuovo" è mancato il riconoscimento dei diritti culturali e l'assenza totale di diritti economici e sociali.

Ciò si è tradotto purtroppo in una disuguaglianza anche sul piano dei diritti politici, come ad esempio i nativi americani e i discendenti degli schiavi africani, per i quali non era nemmeno stata ipotizzata la possibilità di fondersi nel melting-pot attraverso la dissoluzione delle identità originarie. ⁽¹⁸⁾

3.2.2. IL MODELLO DEL PLURALISMO INEGUALE

Il modello del *pluralismo ineguale* ha due principali varianti storiche:

- 1) La **variante britannica** si caratterizzava per un forte etnocentrismo che ne costituiva il presupposto fondato sulla convinzione dell'impossibilità per gli immigrati (la maggior parte provenienti dai paesi delle ex colonie del Commonwealth) di diventare dei buoni britannici a causa della loro irrecuperabile diversità etnica e culturale. La politica migratoria britannica riconosce il diritto alla differenza culturale da parte dei diversi gruppi etnici presenti sul proprio territorio e fa delle comunità e dei loro leader i principali interlocutori delle autorità locali. Mentre, dal punto di vista politico, ciò ha comportato la concessione (almeno agli immigrati provenienti dal Commonwealth) sia del diritto di voto che dell'elettorato passivo.
- 2) La **variante tedesca** del pluralismo ineguale ha un carattere simile a quello di una blanda *apartheid*, basato sul mancato riconoscimento della propria realtà di paese di immigrazione da parte di quello che costituisce il paese europeo con il più alto tasso di immigrati in rapporto alla popolazione autoctona (9%). La politica di *gastarbeiter* (lavoratore ospite) si è

⁽¹⁷⁾ <https://www.treccani.it/enciclopedia/melting-pot> (visitato il 26.05.2023);

⁽¹⁸⁾ *Immigrazione, mediazione culturale e salute (Salute e società. Teoria e metodologia)*, a cura di Claudio Baraldi, Viola Barbieri, Guido Giarelli, cit., p.19;

caratterizzata per il fatto di considerare l'immigrato non come tale, ma come lavoratore temporaneamente presente sul territorio tedesco. Ciò ha comportato sia la mancata concessione di ogni diritto di cittadinanza politica sia la mancata possibilità di godere gli stessi diritti economico sociali di cui godono i lavoratori tedeschi; mentre il diritto alla differenza culturale e identitaria è stato tutelato al fine di distinguere tra cittadini di stirpe tedesca e lavoratori stranieri ospiti.

3.2.3. IL MODELLO ASSIMILAZIONISTA

Il *modello assimilazionista* fu adottato in passato dalla Francia nei confronti degli immigrati provenienti dalle ex colonie africane. Si basava nell'applicare di una politica etnocentrica ma basata sul presupposto universalistico dell'uguaglianza dei diritti. Si trattava fondamentalmente di un'uguaglianza formale ⁽¹⁹⁾ dei diritti politici ed economico sociali che non si è tradotta poi in uguaglianza sostanziale ⁽²⁰⁾.

3.3. IL CONCETTO DI INTEGRAZIONE SOCIALE

Il dibattito relativo al problema dell'immigrazione nelle società occidentali sempre più multietniche è incentrato fondamentalmente sulla questione dell'integrazione.

La questione dell'integrazione sociale in situazioni di multietnicità può essere analizzata secondo due assi fondamentali:

1) **L'asse dell'orizzonte trasversale**, relativo alle diverse dimensioni sociali che esso sottende, ovvero:

- Dimensione socioeconomica:

relativa alle condizioni materiali di vita e lavoro di un individuo o gruppo sociale come l'occupazione, l'abitazione, i livelli di consumo e le possibilità di accesso ai servizi sociali (istruzione, sanità, assistenza, previdenza) quali

⁽¹⁹⁾ Pari trattamento tra eguali in nome della pari dignità sociale di tutti [i cittadini o le persone] dinanzi alla legge. Consultare il seguente link: <https://www.fishcalabria.org/wp-content/uploads/2020/06/Eguaglianza-formale-e-sostanziale.pdf> (visitato il 03.06.2023)

⁽²⁰⁾ Come promozione dell'eguaglianza e rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese. Consultare il seguente link: <https://www.fishcalabria.org/wp-content/uploads/2020/06/Eguaglianza-formale-e-sostanziale.pdf> (visitato il 03.06.2023)

opportunità di integrazione intese come possibilità di godimento di determinati beni sociali materiali e immateriali.

- Dimensione socioculturale:

riguarda le questioni connesse all'identità culturale di un individuo o di un gruppo sociale, ovvero la possibilità di mantenere modelli cognitivi e normativi e gli orientamenti di valore proprio di una determinata tradizione culturale. All'interno di questa dimensione, l'integrazione viene vista come pluralismo della differenza in una società complessa e multiculturale.

- Dimensione sociopolitica:

è relativa alle possibilità di partecipazione diretta, per esempio, la possibilità di aderire a movimenti collettivi o associazioni politiche; e partecipazione indiretta, ad esempio partecipare a elezioni amministrative e politiche, di un individuo o gruppo sociale ai processi decisionali riguardanti la collettività. Tale dimensione vede l'integrazione come opportunità di inclusione nel sistema politico e nello Stato in particolare.

2) **L'asse verticale**, strettamente collegato al problema dell'equità, intesa come uguaglianza delle opportunità più che come uguaglianza degli esiti.

Con uguaglianza delle opportunità si intende che ciascun individuo o gruppo sociale disponga di uguale possibilità teorica di ottenere benefici e le ricompense sociali che una società offre. Purtroppo, esistono una serie di barriere artificiali di natura sia materiale (mezzi economici, ecc.) che simbolica (pregiudizi, stereotipi, ecc.) che impediscono agli individui e ai gruppi sociali di godere di un accesso sostanziale ai beni sociali. ⁽²¹⁾

Possiamo quindi considerare i diritti socioculturali come un'ulteriore sfera fondamentale di diritti di cittadinanza che entrano ormai con forza nella problematica dell'integrazione sociale. L'asse verticale dell'integrazione sociale ci consente di comprendere come quello dell'integrazione non possa essere un problema riducibile alle sue diverse dimensioni orizzontali o trasversali, ma che in buona parte costituisca anche un problema di giustizia distributiva, di equità intesa come effettiva uguaglianza delle opportunità garantita a tutti i gruppi sociali, in particolare a quelli più deboli e potenzialmente discriminati.

⁽²¹⁾ *Immigrazione, mediazione culturale e salute (Salute e società. Teoria e metodologia)*, a cura di Claudio Baraldi, Viola Barbieri, Guido Giarelli, cit., pp.15-16;

3.4. LE SOCIETÀ MULTICULTURALI CONTEMPORANEE

L'espansione delle imprese multinazionali e i relativi processi di delocalizzazione della produzione, la mondializzazione dei mercati economici e dei flussi finanziari, la *transnazionalizzazione* dei mezzi di comunicazione e delle autostrade elettroniche e cibernetiche e, infine, l'intensiva crescita dei flussi internazionali migratori, sono sintomi evidenti di un fenomeno conosciuto come **globalizzazione**.

In un mondo sempre più globalizzato le società multiculturali contemporanee dimostrano delle caratteristiche specifiche, quali:

- 1) Sono società in trasformazione e in continuo movimento nelle quali contraddizioni e innovazioni sono gran parte il risultato dell'interferenza di nuovi elementi culturali provenienti dall'esterno sulla tradizione tuttora in parte persistente di ciascuna società;
- 2) Tutte le società, da questo punto di vista, sono aperte a processi di globalizzazione, al punto che la loro cultura appare sempre meno definibile come una precisa entità a base territoriale delimitata da confini precisi, mentre appare sempre più caratterizzata da una molteplicità di centri di riferimento;
- 3) Il risultato di una compresenza di realtà multiple non è tanto la coesistenza di mondi culturali paralleli, quanto piuttosto un processo di creolizzazione ⁽²²⁾ che, attraverso processi molteplici di scambio, rende le culture sempre più eterogenee e plurali al proprio interno e, contemporaneamente, interconnesse con l'esterno mediante reti comunicative transnazionali. ⁽²³⁾

L'individuo delle società multiculturali contemporanee vede la relazione con l'Altro con uno sguardo differente rispetto al passato. Questi, infatti, non viene più percepito come il "diverso" poiché in lui riconosce qualcosa di sé stesso, qualche pezzo della propria identità. Tuttavia, si potrebbe anche ridefinire il concetto dell'integrazione sociale fra gruppi etnici portatori di culture diverse, con particolare riguardo alle società multiculturali: più che di multiculturalismo come integrazione fra comunità intese in senso territoriale tradizionale, potremmo parlare invece dell'interculturalità come se fosse una **strategia di interconnessione** tra culture sempre più

⁽²²⁾ Fenomeno di ibridazione tra culture e gruppi diversi, che determina, tra l'altro, la formazione di un idioma composto da più dialetti.

<https://dizionari.repubblica.it/Italiano/C/creolizzazione.html> (visitato il 03.06.2023)

⁽²³⁾ *Immigrazione, mediazione culturale e salute (Salute e società. Teoria e metodologia)*, a cura di Claudio Baraldi, Viola Barbieri, Guido Giarelli, cit., pp.30-31;

sincreticamente creolizzate. L'interculturalità fa del dialogo, della cooperazione e della solidarietà tra culture diverse il proprio punto di forza al fine di diminuire le tensioni e i conflitti che la multiculturalità comporta.

La strategia di mediazione, ancora una volta, dimostra essere una possibilità fondamentale a disposizione dei soggetti sociali sia individuali che collettivi, che agiscono nel contesto di sistemi di interazione multiculturali, per cercare di gestire le proprie relazioni orientandole in modo da evitare o ridurre i possibili conflitti derivanti dalle differenze culturali al fine di mantenere il sistema sociale stesso in equilibrio.

3.5. L'ITALIA COME PAESE MULTIETNICO

Lingue e culture un tempo a noi molto distanti entrano oggi in contatto con il nostro Paese in tanti modi, arrivando lentamente a cambiare diversi aspetti della quotidianità italiana. Negli ultimi cinque anni sono oltre 350mila i nuovi arrivati. L'Italia, in particolare, ospita circa cinquanta diverse nazionalità che contano ciascuna più di 10.000 residenti. La popolazione straniera costituisce l'8,4% e vive prevalentemente nel Centro-Nord dove supera il 10%, mentre al Sud supera di poco il 4% ⁽²⁴⁾. Gli immigrati che giungono nel nostro Paese provengono prevalentemente da Romania (22,7%), Albania (8,3%) e Marocco (8,1%). L'Emilia-Romagna è la regione di destinazione che registra il maggior numero di immigrati, con una percentuale del 12,5% di stranieri per popolazione totale ⁽²⁵⁾.

Tra le comunità più numerose vi sono quelle romena, albanese, marocchina, cinese, ucraina, filippina, indiana e moldava: ciascuna di esse ha modelli insediativi e composizione familiare peculiari. I filippini, per esempio, tendono a insediarsi soprattutto nelle grandi città; i marocchini, che sono una comunità di vecchio insediamento, hanno una diffusione omogenea su tutto il territorio; i cinesi, inizialmente concentrati per lo più a Milano, Firenze, Prato e Roma, si sono insediati anche altrove; i romeni sono concentrati soprattutto nel Centro-Nord e in particolare a Roma. Alcune comunità, inoltre, hanno una maggiore propensione a creare famiglie con gli italiani: si tratta in particolare di donne ucraine, polacche, moldave, russe e

⁽²⁴⁾ https://www.treccani.it/magazine/atlante/societa/L_Italia_del_melting_pot.html#:~:text=L'Italia%20%C3%A8%20un%20Paese.supera%20di%20poco%20il%204%25 (visitato il 29.05.2023);

⁽²⁵⁾ <https://portalegiovani.comune.fi.it/urlnews/info/18101.html> (visitato il 29.05.2023);

cubane; altre comunità, invece, quelle asiatiche e africane in particolare, tendono a unirsi tra compaesani.

Nel 2016, circa 700.000 minori erano figli di genitori stranieri; se si tiene conto della quota di bambini e ragazzi che dal 2011 al 2016 hanno acquisito la nazionalità italiana, si giunge a circa 870.000 minori di seconda generazione. È a loro che l'Istat nel suo Rapporto annuale del 2018 dedica particolare attenzione, poiché sono per lo più figli della “stabilizzazione” e i loro vissuti e le loro relazioni sociali reciproche e con gli italiani possono raccontare molto della realtà delle comunità di provenienza.

Tra le comunità di ragazzi di origine straniera che meno si sentono isolate vi sono la filippina e l'albanese, tra le quali solo il 9% dichiara che, in caso di necessità, non può contare su nessuno. Queste due comunità hanno infatti una rete di parentela più ampia rispetto alle altre: esclusi i nonni, che mancano in modo abbastanza omogeneo a tutti i ragazzi di origine straniera (può, nel complesso, farvi affidamento il 27,1% di loro contro il 62,9% degli italiani), hanno zii e altri parenti a cui rivolgersi in oltre il 74% dei casi. Le comunità invece che si sentono più isolate sono la marocchina, l'indiana e la cinese: ben il 20% dei loro appartenenti dichiara di non poter contare su nessuno.

Relazioni amicali più strette con italiani sono allacciate da ragazzi di origine europea, provenienti da Ucraina, Romania e Moldavia, mentre filippini e cinesi hanno più difficoltà. I ragazzi di origine straniera hanno poi maggiore facilità rispetto agli italiani ad allacciare relazioni di amicizia con coetanei di altre nazionalità (10,8% contro 8,4%). La propensione a “sentirsi italiani” dipende molto dall'età in cui si è giunti nel nostro Paese – più piccoli si era e più si è aperti alla comunità di arrivo – ma crescendo i ragazzi di seconda generazione assumono comportamenti simili a quelli degli italiani, sicché se alle elementari e alle medie la frequentazione dei compagni fuori scuola è molto inferiore a quella usuale tra italiani, alle superiori, soprattutto tra i maschi, il divario si assottiglia. Rimangono particolarmente chiuse la comunità cinese e quella filippina, mentre i marocchini si distinguono per socialità.

Le numerose ondate migratorie non hanno comportato solo contaminazioni linguistiche (“falafel”, “surimi” e “ginseng” sono solo alcuni esempi che mostrano come anche il lessico quotidiano stia mutando in seguito all'incontro tra culture) ma anche di tipo culturale. Il mondo del cibo diventa sempre più spesso un'occasione di

contatto e scambio culturale; infatti, gran parte degli stranieri presenti nel nostro Paese si diletta nella preparazione di piatti tipici per amici italiani ai quali spesso insegna le proprie ricette; buona parte degli italiani frequenta ristoranti etnici sperimentando nuove cucine e sapori.

Ad oggi la cultura italiana si trova costantemente in contatto con nuove usanze e tradizioni che arrivano da lontano, ad esempio il Capodanno cinese con i suoi fuochi d'artificio, il tradizionale Ramadan, il Natale ortodosso del 7 gennaio o il Diwali, la festa delle luci indiana che rappresenta un nuovo inizio.

Identità diverse e apparentemente molto differenti fra loro interagiscono ponendo le basi di una nuova società multiculturale. Per definizione la multiculturalità è la presenza di più culture all'interno di uno stato. La lingua, le usanze, le tradizioni fanno tutte parte del bagaglio culturale che caratterizza un popolo, ovunque si trovi: a casa propria, nel territorio in cui risiede tradizionalmente, o in altre parti del mondo.

Lo sviluppo dei flussi migratori di persone provenienti da altri paesi ha fatto sì che negli anni '90, nelle scuole, si iniziasse a parlare di educazione interculturale per includere gli studenti stranieri. La multiculturalità in Italia diventa sempre più legata all'integrazione dei cittadini stranieri e delle seconde (e terze) generazioni.

CAPITOLO IV

L'ACCESSO ALLA SANITÀ PER IL CITTADINO STRANIERO

4.1. IL DIRITTO ALLA SALUTE

Secondo l'art. 32 Cost.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana

L'accesso all'assistenza sanitaria, pertanto, è un diritto sancito dalla Costituzione italiana. Nel nostro Paese è garantita a tutti i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea, regolarmente soggiornanti, iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata in Italia.

Tuttavia, l'offerta e l'accesso ai servizi sanitari da parte dei titolari di protezione risulta eterogenea, con disuguaglianze che gravano in modo particolare sui soggetti più vulnerabili, come le vittime di tratta, di tortura o di stupri, i lavoratori sfruttati, i minori non accompagnati e i sopravvissuti ai naufragi. Gli elementi più critici riguardano la mancanza di conoscenza dei servizi disponibili, le **differenze linguistiche**, i diversi atteggiamenti culturali nei confronti della salute e dell'assistenza sanitaria e la mancanza di una rete sociale di supporto.

L'obiettivo è di arrivare a una piena implementazione dell'accordo Stato-Regioni per la salute dei migranti sancito nel 2012, con un aumento e una standardizzazione degli interventi volti a semplificare l'accesso al SSN in tutte le regioni italiane. In particolare:

- monitorare a livello nazionale e regionale l'applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 2012 valutando la programmazione degli interventi sanitari a livello territoriale;
- supportare una sistematica rilevazione dei bisogni della fascia di popolazione più vulnerabile che includa nello specifico i titolari di protezione, con il coinvolgimento

delle comunità e di associazioni con particolare riferimento a salute mentale e disabilità, minori, donne, mutilazioni genitali femminili (MGF), violenza di genere GBV e gruppi di persone LGBTI;

- rafforzare l'organizzazione e l'offerta dei servizi definendo percorsi dedicati alle condizioni cliniche, con particolare attenzione alle patologie psichiatriche e disturbi post traumatici, all'ampliamento e la migliore diffusione di servizi aperti e gratuiti al potenziamento delle attività di prevenzione con particolare riferimento a vaccinazioni, screening e tutela della salute materno-infantile;
- potenziare la formazione del personale sanitario anche sulla normativa vigente in tema di protezione internazionale nonché sui valori e sugli aspetti culturali che possono influire sulla valutazione clinica e sulla corretta correlazione operatore-paziente, aumentando anche l'utilizzo di mediatori e personale interculturale;
- migliorare la quantità e la qualità delle informazioni sui diritti e sull'uso appropriato dei servizi sanitari rafforzando, altresì, le capacità di accedere alle informazioni in ambito sanitario e ai relativi servizi;
- dare piena attuazione delle linee guida sulle vittime di tortura, in particolar modo sulle priorità di formazione;
- promuovere la revisione della normativa nazionale sull'esenzione del ticket sanitario in modo che tenga in considerazione anche le esigenze dei titolari di protezione internazionale.

4.2. MEDIAZIONE CULTURALE E OPERATORI SOCIO-SANITARI

La realtà dell'immigrazione ha portato in evidenza in Italia la necessità della mediazione culturale, una funzione con molte sfaccettature che favorisce la comunicazione tra le istituzioni e le persone che parlano lingue diverse e appartengono a culture diverse. I mediatori/mediatrici culturali nelle strutture sanitarie mettono l'intero sistema in grado di mediare, accogliere e incontrare pazienti di cultura diversa. Realizzano, inoltre, un'interfaccia e un accompagnamento essenziale nella **prevenzione primaria**. Non si tratta di perdersi nel culturalismo ma di tenere conto nel quotidiano della situazione sociale, familiare e culturale di ciascuno, nel rispetto della sua identità. Alcuni sentimenti, infatti, si esprimono bene solo nella lingua

materna: la lingua non è solo uno strumento tecnico ma un vettore di espressione delle culture, dei sentimenti e della visione del mondo.

L'utilizzo della figura della mediatrice culturale nelle strutture sanitarie, come in ambito scolastico, deve essere fatto con discrezione e con la massima professionalità. La figura della mediatrice culturale è stata utilizzata in campo sanitario in molte realtà, prevalentemente nel settore materno-infantile, con risultati positivi in quanto è una figura che, favorendo la comunicazione, non interferisce con l'operato medico-sanitario, ma ne facilita la realizzazione dei compiti specifici.

Le donne che si rivolgono alle istituzioni devono poter percepire che il loro rapporto con l'istituzione stessa è diretto e privilegiato, anche se intervengono figure che operano la mediazione culturale.

In molti casi vi può essere il timore che la mediatrice culturale appartenente alla stessa comunità, indipendentemente dalla professionalità, possa essere percepita come un'intrusione, come un legame con la comunità di origine, un elemento che potrebbe potenzialmente condizionare il dialogo con le istituzioni. Ci sono casi che si possono prevedere. Ad esempio, se la comunità è piuttosto ristretta e unita, bisogna tener conto della sensibilità delle donne e ricorrere a mediatrici culturali di un'altra comunità. In altri casi, invece, quando la comunità è ampia e con una forte articolazione al proprio interno, il mediatore/mediatrice culturale appartenente alla stessa comunità può essere più rassicurante degli altri.

4.3. IL MEDIATORE COME “PONTE” TRA STRANIERO E SERVIZIO SANITARIO

L'affermarsi di una società sempre più multietnica ha reso necessario cambiare il rapporto tra le strutture sanitarie e gli utenti stranieri. Il servizio sanitario italiano, infatti, si è spesso ritrovato a dover far fronte alle esigenze dei cittadini stranieri senza, tuttavia, riuscirci in modo adeguato.

In Italia, il diritto all'assistenza sanitaria è garantito a tutti i cittadini extra-comunitari risiedenti in territorio italiano, ed è fondamentale che tale diritto si attui concretamente attraverso la conoscenza e l'accesso alle strutture del servizio sanitario da parte dei cittadini immigrati.

Le difficoltà che sorgono nel rapporto tra l'operatore/servizio sanitario e l'utente straniero sono molteplici. La prima e, forse, la più importante è rappresentata dalla scarsa conoscenza della lingua italiana da parte del cittadino straniero, la quale non solo gli/le impedisce di essere poco chiaro nell'esposizione, ma ostacola anche la corretta comunicazione con l'operatore sanitario stesso. La mancata conoscenza dei propri diritti e dell'organizzazione interna del SSN, inoltre, fa sì che il cittadino immigrato si rechi frequentemente presso le strutture sanitarie di emergenza, rallentandone l'esercizio. Questo tratto è ulteriormente accentuato nelle donne immigrate: esse spesso si trovano da poco in Italia, forse sono giunte qui da sole, e l'approccio con i servizi, sanitario e non, è inevitabilmente più complesso. L'intervento del mediatore linguistico-culturale diventa di fondamentale importanza per poter superare tutti questi ostacoli senza, tuttavia, annullare le differenze linguistiche e culturali esistenti tra le due parti.

4.4. LO SCETTICISMO NEI CONFRONTI DEI CITTADINI STRANIERI

Verso la fine degli anni Settanta, quando il flusso di stranieri in Italia ha cominciato a prendere consistenza, la presenza visibile degli immigrati, soprattutto nelle grandi città, ha innescato timori e pregiudizi anche in campo sanitario, alimentando sospetti e insicurezza a causa della scarsa conoscenza del settore. L'affermarsi di una società sempre più multietnica ha reso necessario cambiare il rapporto tra le strutture sanitarie e gli utenti stranieri. Di fatto il Servizio Sanitario Nazionale si è spesso ritrovato a dover far fronte alle esigenze dei cittadini stranieri senza, tuttavia, riuscirci in modo adeguato.

Nonostante l'evoluzione che ha interessato tale ambito, la negazione del diritto alla salute degli immigrati che per molti anni ha caratterizzato il panorama sanitario del nostro Paese, attraverso misure esplicite, trova la sua linea di demarcazione tramite percorsi di esclusione impliciti. A confermare ciò sono i numerosi monitoraggi svolti dalla Società Italiana di medicina della migrazioni (SIMM) che rilevano una sorta di schizofrenia nei confronti delle politiche inerenti alla salute degli immigrati: da una parte si nota un'attenzione al tema, dall'altra parte si osserva un'incertezza applicativa a livello locale e, in alcuni casi, una disomogenea applicazione di quanto previsto dalla normativa, la legge 40, confluita poi nel Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (**D.lgs. n.**

286/1998). Tali disposizioni si riferiscono in modo implicito ed esplicito allo sviluppo dell'educazione e della prevenzione.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998/2000 fa riferimento implicito alla mediazione, ricordando le attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati. Il PSN 2003-2005 è il primo a evocare la figura del mediatore, nell'ottica del superamento delle barriere linguistiche in ambito carcerario. Anche il PSN 2006/2008 fa riferimento ai mediatori linguistici e culturali per rimuovere le barriere culturali e gli ostacoli organizzativi che precludono l'accesso all'assistenza sanitaria al fine di poter rimodellare i servizi sociosanitari.

Gli stranieri che accedono alle strutture sanitarie italiane possono essere suddivisi, oggi, in quattro categorie:

- 1) pazienti stranieri provvisi di permesso di soggiorno;
- 2) pazienti stranieri sprovvisi di permesso di soggiorno;
- 3) pazienti turisti stranieri;
- 4) pazienti stranieri provvisi di permesso di soggiorno per motivi di salute.⁽²⁶⁾

Ovviamente gli stranieri che riscontrano più difficoltà nell'accedere al servizio sanitario nazionale sono coloro che hanno problemi afferenti alla propria situazione politica di clandestini o di stranieri irregolari sul territorio italiano, sono sprovvisti di permesso di soggiorno, non sono iscritti al SSN e sono, pertanto, maggiormente esposti a una precarietà socio-economica e igienico-sanitaria. A ciò si aggiunge il fatto che molti stranieri senza permesso di soggiorno non si recano negli ospedali e spesso non possiedono un medico di famiglia a causa di questioni socio-culturali o per timore verso una realtà a loro poco conosciuta.

4.5. LA PERCEZIONE DELLA MALATTIA NELLE DIVERSE REALTÀ

La percezione della salute può cambiare da una cultura all'altra. In questo senso, i concetti di malattia, guarigione, salute, dolore assumono significati diversi da un paese all'altro.

⁽²⁶⁾ *“Che cos'è la mediazione linguistico-culturale”*, Sabrina Machetti, Raymond Siebetcheu, Bologna, 2017, Il Mulino, p.98;

La malattia, componente universale dell'esperienza umana, si traduce in una molteplicità di linguaggi, di credenze, di comportamenti e di pratiche che possono essere pienamente intesi solo facendo riferimento alla cultura soggetto e al suo concetto societario ⁽²⁷⁾

Ad esempio, la percezione e la gestione della gravidanza, fortemente medicalizzate nel nostro Paese, in Africa non sono interessate da tale processo e il rapporto tra la donna incinta e il ginecologo è meno frequente rispetto a quanto avviene in Italia, non solo per la carenza di infrastrutture e di risorse umane qualificate. Per quanto riguarda poi il concetto di guarigione, se nella cultura occidentale il medico è al centro del relativo processo, in molte culture è sostituito da una figura religiosa tradizionale.

Tra i fattori di rischio per la salute ricordiamo infine la lentezza dei processi di integrazione, il malessere psicologico, la mancanza di lavoro e di reddito, il degrado abitativo, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari, spesso legata a barriere burocratiche e linguistico-culturali.

4.6. LE BARRIERE NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI

L'esistenza di barriere che rendono difficoltosi i rapporti tra la sanità italiana e i pazienti immigrati è innegabile e il loro superamento necessita non solo di figure quali quella del mediatore, ma anche di un'adeguata conoscenza e consapevolezza delle dinamiche che regolano la negoziazione del senso tra il personale sanitario e il paziente straniero. Infatti, si nota che all'interno del rapporto tra medico e paziente migrante extracomunitario si osserva una notevole difficoltà di comprensione non solo per motivi linguistici o meramente etnologici, ma anche per le aspettative del migrante che vive ambigualmente la situazione del distacco da un passato che non viene mai definitivamente abbandonato e per il desiderio di integrazione nel nuovo mondo che non riesce a compiere profondamente.

⁽²⁷⁾ Ivi, pp.99-100;

Le aree di incomprendimento tra medico e paziente straniero si possono identificare e distribuire almeno in cinque distinti livelli:

- 1) Livello prelinguistico
- 2) Livello linguistico
- 3) Livello metalinguistico (o semiotico)
- 4) Livello culturale
- 5) Livello metaculturale

Se i primi tre identificano barriere di tipo linguistico, i restanti due fanno riferimento a barriere di tipo socio-culturale, a cui si vanno ad aggiungere anche barriere di tipo socio-economico e giuridico-amministrativo.

4.6.1. LE BARRIERE PRELINGUISTICHE

Le difficoltà legate al livello prelinguistico si riferiscono ai casi in cui si cerca di denotare oggetti che non si possono mostrare o far vedere: le sensazioni interne, ad esempio, non si possono indicare con un dito e non possono essere interpretate in quanto variano da un paziente all'altro o tra un organismo e l'altro.

È peraltro opportuno saper riconoscere le modalità di valutazione del dolore di fronte a pazienti con culture differenti.

Per quanto riguarda il livello di valutazione del dolore, al fine di stabilire lo stato algico dei pazienti, nel nostro Pronto soccorso, al momento del *triage*, sono utilizzate diverse scale che richiedono una medesima interpretazione, sia da parte dei pazienti stranieri che dagli operatori sanitari, pur se il vero dolore lo può percepire solo colui che lo prova e non è detto che il modo in cui questo lo esprime coincida con la reale intensità del dolore interpretata dall'operatore sanitario.

Ad esempio, in alcune culture africane le grida, soprattutto delle donne, non esprimono sempre un dolore proporzionale alla loro intensità; per molti uomini africani il pianto è un segno di debolezza: di conseguenza la reale intensità del dolore si interpreterebbe difficilmente se ci si limitasse alla mimica facciale, in quanto il dolore interno è spesso in conflitto con l'orgoglio

naturale del genere maschile di queste culture; ciò influenza l'autodichiarazione del paziente. In altre culture, come quella giapponese, i pazienti tendono addirittura a ridere nonostante il dolore per non perdere il rispetto; in Cina poi il dolore è perfino visto come un fatto positivo dalla donna incinta in quanto nella concezione cinese fa parte della fisiologia del parto.

Tutti questi modi di esprimere il dolore, se non vengono supportati da interventi di mediazione, possono falsare l'interpretazione dell'operatore sanitario al momento dell'indicazione dell'intensità dello stesso, con tutte le conseguenze che ne possono derivare. Le difficoltà di interpretazione delle barriere di tipo linguistico sono motivate anche da un'incapacità della funzione linguistica di avere un valore denotativo e se questo livello di anomia del malessere interiore è universale, viene moltiplicato per mille e per centomila nell'immigrato che di fronte al medico si trova nell'impossibilità di tentare altri agganci o altre possibilità di parlare del suo stato interiore.

4.6.2. LE BARRIERE LINGUISTICHE

La barriera di tipo linguistico è legata al fatto che in molti casi i pazienti stranieri neoarrivati in un determinato Paese non hanno sempre una competenza linguistica locale adeguata a comunicare con il personale sanitario. In una indagine fornita dai dati ISTAT del 2014, si riporta che il 13,8% dei pazienti stranieri ha difficoltà a spiegare in lingua italiana i disturbi avvertiti e che il 14,9% non riesce a comprendere ciò che il medico dice.

Le comunità maggiormente in difficoltà da questo punto di vista sono quelle cinesi, indiane e filippine.

Al di là della provenienza, questa barriera riguarda in particolare le donne e gli anziani, il cui accesso alla formazione linguistica è spesso ostacolato da fattori logistici e anche culturali. La barriera linguistica si riferisce comunque non solo al paziente straniero ma anche al personale sanitario italiano che in molti casi non è in grado di interagire nella lingua del paziente.

4.6.3. LE BARRIERE SEMIOTICHE

La barriera della semiotica è legata alla questione dell'arbitrarietà dei segni e, come conseguenza di ciò, al fatto che i campi semantici non siano perfettamente sovrapponibili da lingua a lingua. Così, ad esempio, la voce somala “*kili*” ovvero “*reni*”, in questa lingua fa riferimento all'area cutanea addominale antero-laterale, mentre in italiano con “*reni*” si fa riferimento all'area dorsale latero-rachidea.

Piuttosto nota, in relazione al concetto di malattia, la distinzione tra *disease*, *illness*, *sickness*, distinzione analizzata entro gli studi di antropologia medica e fondata sulla cosiddetta *Narrative-Based Medicine* (NBM), secondo cui la malattia rappresenterebbe un sistema culturale, vale a dire un insieme di significati simbolici che modellano sia la realtà che definiamo clinica sia l'esperienza che di essa il soggetto malato fa. *Salute*, *malattia* e *medicina* divengono così dei sistemi simbolici costituiti da un insieme di significati, di valori e di norme comportamentali e delle reciproche interrelazioni fra queste componenti che in tutte le società funzionano come sistemi di significato che strutturano l'esperienza della malattia.

Dal punto di vista socioantropologico:

- **disease** si riferisce alla malattia interpretata dal medico, che in base ai sintomi osservati nel paziente fa una diagnosi: si tratta di una visione scientifica della malattia;
- **illness** sta per la malattia vissuta e percepita dal paziente, con tutta la sua cultura, i suoi sentimenti e le sue emozioni: si tratta dunque di una visione soggettiva della malattia;
- **sickness** sta per la rappresentazione e il modo in cui il contesto sociale e culturale interpreta la malattia: si tratta dunque di una visione sociale della stessa.

Nonostante ciò, i tre termini non si escludono a vicenda e con la combinazione delle diverse concezioni della malattia emergono sette casi:

1) **Disease, sickness, illness.**

Si tratta del caso definito come “classico”, il soggetto si sente male (*illness*), il medico certifica la sua malattia (*disease*) e la società gli attribuisce

l'etichetta di malato (*sickness*). Quando le “tre malattie” del paziente vengono così evidenziate *l'illness* consente al paziente di dare senso al proprio malessere, il *disease* gli permette l'accesso alle cure mediche e la *sickness* lo libera dalle incombenze lavorative tutelando i suoi diritti. In alcuni casi, però, la *sickness* può avere degli effetti discriminanti nei confronti del paziente: ad esempio, in alcune società dove l'HIV è molto diffuso, basta essere eccessivamente magri per vedersi attribuire l'etichetta di sieropositivo.

2) **Disease e sickness senza illness.**

È il caso delle malattie riconosciute scientificamente e socialmente, che però sono asintomatiche e non vengono quindi percepite come tali dal paziente. Per pazienti che vengono da Paesi dove la medicina preventiva non è diffusa, il concetto di essere ammalati, pur sentendosi fisicamente “bene”, non esiste: infatti, se nei paesi occidentali, dove le popolazioni sono abituate a fare dei bilanci di salute, c'è una fortissima sensibilizzazione e preparazione psicologica verso la malattia, ciò non sempre accade in molte aree povere del mondo (basti pensare alle forme tumorali iniziali o all'ipertensione, spesso del tutto asintomatiche). La tendenza è dunque quella di ricorrere alle strutture sanitarie solo quando il paziente avverte malessere e dolore acuto.

3) **Disease e illness senza sickness.**

Il paziente percepisce la malattia che la medicina certifica, ma spesso la malattia non è riconosciuta socialmente come tale.

4) **Illness e sickness senza disease.**

Il paziente sente male, la società gli riconosce la malattia, ma la scienza medica non può dimostrarlo.

5) **Disease senza illness e sickness.**

Si tratta di alterazioni fisiologiche che non sono percepite dal soggetto, né generano un mutamento sociale. In una prospettiva transculturale, è interessante il caso della *schistosomiasi*, che per la medicina occidentale rappresenta una grave malattia che procura, tra gli altri sintomi, l'ematuria (sangue dalle urine), in alcune località dei Grandi Laghi in Africa essa è ritenuta un momento necessario nella normale crescita del bambino, quasi

si trattasse di una sorta di menarca maschile. Questo deriva dal fatto che quasi tutti gli abitanti maschi di quella regione contraggono la *schistosomiasi* (causata dallo *schistosoma*, un parassita che vive nelle acque dei laghi) e hanno episodi di ematuria tra i 6 e i 10 anni, che, in seguito dell'irrobustimento della parete vescicale, non si manifestano più. Avere ematuria in questa fascia d'età diventa quindi una cosa normale. Anzi, l'assenza di tale manifestazione viene considerata patologica e comporta la necessità di intervento terapeutico.

6) *Illness* senza *disease* e senza *sickness*.

La malattia non ha riconoscimento né medico né sociale, ma viene sentita come tale solo dall'individuo, un esempio concreto può essere il caso dell'ansia.

7) *Sickness* senza *disease* e senza *illness*.

La malattia non è legittimata scientificamente né percepita soggettivamente come tale, ma costruita solo socialmente.

Come è facile intuire, far dialogare le tre concezioni della malattia può rappresentare la chiave di un buon intervento terapeutico, almeno mediato sul piano relazionale, tra medico e paziente.

4.6.4. LE BARRIERE SOCIOCULTURALI

Le barriere socioculturali sono determinate da *fattori interni* e *fattori esterni*, la cui negoziazione non informata o parziale può creare pregiudizi e incomprensioni nella comunicazione medico-paziente. I primi si riferiscono all'universo invisibile dei soggetti coinvolti nella comunicazione, ovvero alle caratteristiche relative ai modi di pensare, all'attitudine, ai principi relazionali e religiosi nonché allo stile cognitivo e comunicativo. I secondi si riferiscono invece agli aspetti culturali che possiamo osservare nella quotidianità. Sono elementi direttamente e facilmente evidenti nell'ambito del contatto tra medico e paziente, si riferiscono alla gestione del tempo e dello spazio nonché alla dimensione sociale (le pietanze, la gestualità, i saluti, l'abbigliamento, gli odori, le pratiche religiose ecc.)

Entrando più nei dettagli, i fattori interni possono infatti risalire a pregiudizi che i medici occidentali possono avere nei confronti dei pazienti stranieri, e

viceversa. Nella relazione tra medico occidentale e paziente straniero le fasi che possono ostacolare la comunicazione sono tre: fase dell'*esotismo*, fase dello *scetticismo*, e fase del *criticismo*.

1) La fase dell'*esotismo sanitario*

è determinata da aspettative grandiose: da una parte il medico spinto dal fascino dell'esotico e dei quadri clinici atipici, si avvicina al paziente straniero con il desiderio e la curiosità di scoprire tali quadri; dall'altra il paziente si avvicina alla medicina occidentale e la immagina miracolistica. Mentre l'*esotismo sanitario* del medico viene chiamato "sindrome di Salgari" ⁽²⁸⁾, quello del paziente viene indicato come "sindrome da General Hospital" ⁽²⁹⁾.

2) fase dello *scetticismo sanitario*

il personale sanitario e i pazienti stranieri, che si sono creati grandi aspettative, rimangono delusi. Da una parte il medico non osserva nel paziente quasi nessuna patologia inusuale o esotica, dall'altra il paziente che si aspettava un centro di cura paradisiaco, vede le sue aspettative frustrate.

3) fase del *criticismo sanitario*

è una conseguenza della seconda fase. In questa fase il medico e il paziente si pongono in termini critici rispetto ai propri possibili pregiudizi.

Tra i fattori esterni, possiamo ricordare la dieta alimentare, le pratiche religiose, la gestione del tempo e dello spazio. Ad esempio, la famiglia africana caratterizzata da grande solidarietà interna viene considerata ingombrante in ambito ospedaliero, dove il personale sanitario si mostra spesso insofferente nei confronti dei numerosi e rumorosi amici e parenti dei pazienti africani che arrivano in ospedale in qualsiasi orario della giornata. I percorsi di mediazione attenti a queste tematiche possono consentire di interpretare in modo adeguato alcuni comportamenti estranei alla cultura sanitaria italiana, ma soprattutto trovare delle soluzioni per garantire il diritto alla salute del paziente immigrato

⁽²⁸⁾ La sindrome di Salgari prende il nome dal romanziere italiano Emilio Salgari, che descriveva con passione alcuni luoghi esotici sebbene non li avesse mai visitati.

⁽²⁹⁾ La sindrome del General Hospital richiama a una popolare serie televisiva, basandosi sul fatto che in questa serie, diffusa anche nei paesi di origine degli immigrati, la medicina occidentale viene presentata come miracolistica.

e per illustrare in modo culturalmente efficace i doveri del paziente straniero nel contesto italiano.

4.6.5. LE BARRIERE GIURIDICO-AMMINISTRATIVE

Secondo i dati dell'ISTAT del 2014, circa il 13% degli stranieri ha dichiarato di aver avuto difficoltà nello svolgimento delle pratiche amministrative e burocratiche necessarie per accedere a prestazioni mediche. Le maggiori difficoltà si registrano per la comunità cinese (21%), indiana (19%), marocchina (17,9%) e filippina (15,3%). Gli stranieri incontrano difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari anche dal punto di vista logistico e amministrativo. Secondo la stessa indagine l'8,6% degli stranieri ha dichiarato di avere difficoltà nel fare visite o esami medici a causa degli orari incompatibili con gli impegni familiari e di lavoro, aspetto, questo, che riguarda prevalentemente gli uomini, in particolare tra i 25-34 anni. Un caso a parte è rappresentato dai richiedenti asilo che, pur essendo in possesso del permesso di soggiorno, spesso incontrano notevoli difficoltà ad iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale nonché ad accedere alle prestazioni sanitarie a causa dei loro frequenti spostamenti dovuti sia alla ricerca di mezzi di sostentamento che a quella di una sistemazione abitativa.

4.6.6. LE BARRIERE SOCIOECONOMICHE

Le barriere socioeconomiche rappresentano sicuramente un ostacolo nei percorsi di accesso e di fruibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati stranieri. Non a caso l'indagine ISTAT del 2014 rileva che 5 stranieri su 1000 non si sono ricoverati perché impossibilitati a farlo malgrado ne avessero avuto bisogno. Si tratta sicuramente di una percentuale esigua, ma se a questo dato aggiungiamo gli immigrati irregolari, i richiedenti asilo e i rom che spesso vivono in condizioni peggiori rispetto ai regolari e i cui bisogni di salute spesso non compaiono in queste statistiche, i dati risultano sicuramente più preoccupanti.

4.7. PERCORSI DI MEDIAZIONE IN AMBITO SANITARIO

Le barriere e le difficoltà fin qui descritte potrebbero essere di certo affrontate attraverso percorsi mirati di mediazione linguistico-culturale, anche capaci di sposare una visione olistica della cura. Secondo tale visione il paziente rappresenta un universo all'interno del quale si possono evidenziare un'infinità di microsistemi che danno origine a un dinamico intersecarsi di ecosistemi, tutti collegati tra loro.

Il percorso di mediazione in ambito sanitario dovrebbe quindi prevedere il contatto e la relazione dinamica tra medico e paziente, cioè tra due universi culturali, come parte integrante del percorso di cura. In un contesto di medicina transculturale, prima di formulare la diagnosi sarebbe pertanto necessario assicurarsi che il paziente sia al centro della cura, nella sua totalità, per riuscire a comprendere i suoi sentimenti, il suo sistema di valori, i suoi atteggiamenti, il suo modo di essere e il suo contesto culturale. Ad esempio, se a un medico occidentale per curare la tubercolosi potrebbe bastare ricordarsi che è causata dal bacillo *Koch*, un'attenzione alla cura della malattia nell'ottica della mediazione inviterebbe a considerare che in alcune culture tale patologia, dal punto di vista della *sickness*, è considerata come la malattia degli emarginati oppure lo specchio di una degradazione morale. Il problema non sarebbe legato solo al proporre cure efficaci e il più possibile all'avanguardia, quanto di adattare le cure alle esigenze specifiche del paziente.

Al di là degli auspicabili futuri sviluppi, allo stato attuale, gli **scenari** più **frequenti** della mediazione in ambito straniero si riducono sostanzialmente a quattro.

Il primo riguarda l'uso della lingua ufficiale del paese del paziente da parte del medico italiano: il vantaggio di questa opzione è che la comunicazione tra medico e paziente è diretta. Ma in caso di competenza linguistica limitata, da una parte o dall'altra, si corre il rischio di non entrare nel merito degli aspetti profondi della malattia.

Il secondo scenario è quello che prevede l'impiego dell'interprete: il vantaggio di questa opzione è che siamo sicuri che non ci saranno fraintendimenti dal punto di vista della traduzione letterale. L'interprete stesso può decidere di censurare o distorcere alcune risposte allo scopo di non trasmettere al medico occidentale informazioni che potrebbero secondo lui mettere cattiva luce il paziente e di riflesso la comunità a cui appartiene.

Il terzo scenario contempla l'impiego di personale sanitario straniero. Il vantaggio di questa opzione è che in alcuni casi è possibile trovare il medico che parla la stessa lingua del paziente e che conosce le dinamiche culturali della medicina del paese del paziente. Nella sua doppia veste di personale sanitario e connazionale del paziente, il personale straniero non dovrebbe però peccare di presunzione attribuendo alla patologia dinamiche culturali che non coincidono necessariamente con la realtà.

Infine, il quarto scenario, quello che prevede l'impiego del mediatore linguistico-culturale. Sulla base delle prime tre opzioni, si capisce che non sono soltanto l'origine, il colore della pelle e la lingua a incidere nella comunicazione tra medico e paziente. Il mediatore, se adeguatamente formato e in possesso di competenze tecniche, linguistiche e culturali può sicuramente avere un ruolo di notevole importanza in tale processo. In un contesto come l'ambito sanitario, per motivi di privacy e di confidenza con il paziente, la situazione ideale sarebbe rappresentata dalla presenza di personale sanitario con competenze adeguate e con consapevolezza linguistica e culturale nel curare i pazienti stranieri. In altre parole, sarebbe opportuno che medici e infermieri fossero anch'essi dei mediatori. Altrimenti servirebbe una terza figura, quella del mediatore, che non deve essere vista come un ostacolo allo svolgimento del compito dei medici, bensì come una risorsa determinante e non meramente strumentale.

In Italia, di recente, il lavoro del mediatore in ambito sanitario è concentrato su **quattro attività**:

- 1) intervento in presenza o a chiamata (programmata o urgente);
- 2) attività di front office (sportello di accoglienza, orientamento e accompagnamento nella struttura sanitaria);
- 3) attività di back office (servizi amministrativi, traduzioni di documenti scritti, cartacei e online, gestione della corrispondenza, contatti con i pazienti e le strutture sanitarie e straniere, ecc.);
- 4) intervento a distanza (interpretariato telefonico e videoconferenza ⁽³⁰⁾).

⁽³⁰⁾ A differenza dell'interpretariato telefonico, che consiste in una semplice chiamata telefonica che coinvolge tre persone (medico, paziente, mediatore), con la video conferenza i tre interlocutori si possono sentire e vedere; il mediatore può così interpretare, nonostante la distanza, anche le espressioni non verbali del paziente, così come l'importanza di alcune raccomandazioni del medico, interpretabili solo attraverso la gestualità. La mediazione attraverso la videoconferenza ha diversi vantaggi, tra cui la riduzione dei costi del mediatore, la rapidità di accesso al servizio; inoltre, nonostante i limiti della distanza e quindi dell'assenza di un contatto diretto capace di percepire le emozioni e le sensazioni, la videoconferenza rispetto all'interpretariato telefonico è meno asettica e più orientata verso l'umanizzazione dell'intervento.

La medicina della migrazione sta di certo offrendo la grande opportunità di ricondurre gli operatori sanitari all'umanizzazione e alla personalizzazione delle cure. La molteplicità delle culture e dei sistemi di salute attualmente presenti in Italia, se non gestita bene, potrebbe mettere in crisi la consuetudine di imporre unilateralmente un unico sistema in cui integrarsi. Di fronte all'efficacia dei trattamenti e all'insoddisfazione degli utenti, si richiede al management delle aziende sanitarie una nuova creatività relazionale decisiva per il processo terapeutico, non solo dei pazienti stranieri, ma anche di quelli italiani.

4.8. IL TURISMO SANITARIO E LA MEDIAZIONE

Un fenomeno interessante e piuttosto recente è quello del turismo sanitario, un settore in grande sviluppo in grado di generare nuove opportunità prima di tutto per i pazienti i quali, grazie alla globalizzazione dell'offerta sanitaria e turistica, possono accedere sempre più facilmente a cure specialistiche anche in Paesi diversi da quello di residenza, ma che allo stesso tempo porta possibili ricadute per i processi di mediazione.

La nascita di tale turismo, ancora considerato un mercato di nicchia, si lega a diverse motivazioni quali:

- la qualità dei trattamenti;
- la professionalità del personale;
- l'innovatività di alcune cure;
- la funzionalità dei servizi sanitari, anche grazie alla disponibilità di strutture e attrezzature adeguate;
- la tempestività, che consente di aggirare le liste di attesa del proprio Paese;
- la legislazione, che consente alcuni trattamenti non autorizzati nel paese del paziente;
- l'opportunità, che consente di curarsi e divertirsi godendo anche del patrimonio storico, artistico e culturale nel paese di cura;
- la trasferibilità, sancita dalla direttiva europea 2011/24 relativa all'assistenza sanitaria transfrontaliera dei cittadini europei ai quali viene concesso il diritto di usare liberamente i servizi sanitari dei Paesi aderenti (in alcuni casi sono gli stessi

sistemi sanitari nazionali che inviano i loro pazienti all'estero per ovviare al problema delle lunghe liste di attesa);

- l'economicità, che spinge i pazienti a spostarsi nei paesi dove si possono curare con prezzi convenienti.

L'importanza della mediazione nell'ambito di questi servizi si fonda sulla capacità di abbinare la conoscenza del settore turistico a quella del settore sanitario, affinché il doppio obiettivo del paziente turista, ossia salute e relax, venga raggiunto.

Partendo dal presupposto che il turismo sanitario costituisce un investimento del paziente turista e un beneficio economico, sia per la struttura sanitaria che lo accoglie sia per i vari servizi turistici a essa correlati, è impensabile limitarsi al semplice bisogno patologico del paziente. Se in alcuni casi il paziente immigrato si può accontentare del servizio che trascura la visione olistica della malattia, il paziente turista pretende invece di accedere a una vasta gamma di servizi non sempre legati direttamente alla sua malattia fisica. In realtà, oltre alla cura e al follow up dei pazienti, gli interventi mirati dei servizi di accoglienza e di orientamento potrebbero ad esempio riguardare gli aspetti linguistici e culturali, i trasferimenti all'arrivo e alla partenza, gli spostamenti all'interno del paese, il servizio turistico-alberghiero, l'alimentazione, i servizi legali, i servizi extraospedalieri. La complessità de servizio offerto al paziente turista è legata anche alla necessità di curare gli aspetti relativi alla gestione dei canali informativi informatici e tecnologici. Se il paziente turista è attratto da tali aspetti, le strutture turistico-sanitarie dovrebbero individuare gli strumenti adeguati a valorizzare i loro prodotti, ad esempio creando dei pacchetti sanità-turismo e sviluppando delle strategie di marketing anche attraverso tecniche di localizzazione e adattamento nei confronti di un pubblico specifico.

CAPITOLO V

INTEGRAZIONE, CITTADINANZA SANITARIA E MEDIAZIONE

5.1. I VANTAGGI DELLA MEDIAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO

Sebbene la possibilità e le modalità di riconoscimento politico dei gruppi culturali rappresenti attualmente uno dei più acuti e tormentati problemi fra quelli affrontati da molte società democratiche e democratizzanti è necessario che ai principi di non-discriminazione si sostituisca un principio integrativo e giuridicamente pluralistico di riconoscimento e di rispetto delle differenze tra identità culturali eterogenee, eppure di pari dignità, chiamate a ricercare, condividere e far proprio un nucleo di valori ritenuti irrinunciabili che, in quanto tali, valgano per tutti gli esseri umani, come la libertà, la dignità e il rispetto della vita. ⁽³¹⁾

I diritti fondamentali del cittadino devono essere considerati come diritti dell'uomo, contribuendo a diminuire la differenza tra "autoctoni" e "stranieri". Il diritto alla salute è tra questi diritti fondamentali; tipico diritto sociale fondamentale che mira a garantire all'individuo la certezza di beni per la sua stessa sopravvivenza, esso legittima la pretesa di un'attività positiva del potere pubblico alla predisposizione, ai livelli della prevenzione, della cura e della riabilitazione, delle strutture e dei mezzi più idonei alla tutela dell'integrità psico-fisica e sociale dell'individuo e dunque alla rimozione degli ostacoli all'esercizio dei diritti inviolabili finalizzati al pieno sviluppo della persona. ⁽³²⁾

L'accesso ordinario alle prestazioni preventive, curative e riabilitative da parte dei cittadini stranieri presenti, regolarmente o irregolarmente, sul territorio nazionale, è categoriale e selettivo (immigrati iscritti o non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale). Con il Regolamento di attuazione (DPR n. 394/99) del Testo Unico sull'immigrazione, a disciplina delle procedure di accesso al SSN da parte degli stranieri (D. Lgs. 289/98), è stata sancita l'inclusione a pieno titolo degli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri attinenti all'assistenza sanitaria, a parità di condizioni e di opportunità con il cittadino italiano.

⁽³¹⁾ *Immigrazione, mediazione culturale e salute (Salute e società. Teoria e metodologia)*, a cura di Claudio Baraldi, Viola Barbieri, Guido Giarelli, cit., p.146;

⁽³²⁾ *Ibidem*;

Il mediatore risulta fondamentale al raggiungimento di questo scopo, in quanto la mediazione:

- 1) sostituisce alla “presunzione di logica”, tipica delle pratiche istituzionalizzate e burocratiche, la categoria del senso delle azioni;
- 2) converte l’esecuzione di pratiche standardizzate, per aventi diritto formalmente certificati, alla promozione di una cultura del benessere in una prospettiva comunitaria di *welfare*;
- 3) sfida l’obsolescenza di un sistema sanitario auto-funzionale, cioè unicamente incentrato su indicatori di prestazione, agevolando lo sviluppo di nuove strategie di regolazione del sistema riferite piuttosto, al *valore sociale* generato dalle politiche sanitarie;
- 4) sostituisce, agli angusti limiti dell’analisi costi efficienza, nuove forme di razionalità *dialogica* atte a valutare le capacità dei programmi di confrontarsi con le domande tacite, latenti e inevase;
- 5) procede alla massiccia revisione delle procedure deliberative nella direzione della *personalizzazione* del bisogno di salute;
- 6) trascende la “clinica” delle prestazioni e sviluppa, negli operatori, un atteggiamento conoscitivo fondato sulla capacità di “riformulare o rifondare continuamente il loro glossario teorico-tecnico, in modo da rendere le strategie di cura più aderenti alle variegate realtà esistenziali dei pazienti migranti”.

La mediazione tende a ripristinare e ad affermare le condizioni per cui cittadini immigrati e cittadini autoctoni possono ridefinire uno spazio di interazione e di collaborazione, essa risponde alla necessità di congiungere diritti che hanno un significato culturale opposto e, nello stesso tempo, incoraggia e rafforza il senso di auto riconoscimento e di autostima dell’immigrato.

La mediazione assume una valenza trasformativa: essa, cioè, non cerca la risoluzione di un problema immediato, ma si interessa del potenziamento e del reciproco riconoscimento di parti distintamente caratterizzate da codici linguistico/culturali plurimi.

La mediazione ricerca le strategie più idonee alla crescita e allo sviluppo dell'autodeterminazione, alla promozione del confronto interpersonale e della riconfigurazione positiva dei legami sociali. ⁽³³⁾

5.1.1. I RUOLI LINGUISTICI DEL MEDIATORE LINGUISTICO-CULTURALE

In situazioni di interazione dialogica, chi si occupa di tradurre si trova spesso nella condizione di dover adattare la traduzione in modo da chiarire contenuti, azioni e aspettative che vengono dati per scontati o che sono tipici di una cultura, ma non dell'altra: in questo senso si parla di mediatore linguistico-culturale o di interprete di comunità, superando così le definizioni di traduttore (usato prevalentemente per chi traduce la lingua scritta) e di interprete (usato prevalentemente per chi traduce conferenze o comunicazioni monologiche).

Il mediatore linguistico culturale che media all'interno del contesto sanitario ricopre diversi ruoli discorsivi quali:

- 1) **traduttore (conduit)**, con l'accezione di colui che traduce tutte le parole che vengono prodotte da entrambe le parti; è il ruolo più tradizionale dell'interprete, un canale di trasmissione neutro, che traduce tutto ciò che viene detto, esattamente come viene detto, senza aggiungere, togliere o modificare nulla.
- 2) **chiarificatore (clarifier)**, in questo ruolo il mediatore apporta lievi modifiche a ciò che viene detto per assicurare la reciproca comprensione fra le parti; traduce fedelmente, ma in maniera tale che l'ascoltatore possa realmente comprendere ciò che viene detto; in genere modifica il discorso originario (A) adattando le scelte di registro all'interlocutore, (B) se la parola da tradurre non ha un equivalente nell'altra lingua, (C) se una parola ha un significato simbolico che non può essere veicolato da una semplice traduzione letterale.
- 3) **mediatore culturale (cultural broker)**, questo ruolo implica l'offerta di informazioni culturalmente in entrambe le direzioni, per superare differenze culturali che potrebbero portare a fraintendimenti; per "differenze culturali" si intende, in questo contesto, l'insieme di credenze

⁽³³⁾ Ivi, pp.148-150;

e valori che determinano le modalità interazionali e il significato che si attribuisce alle azioni discorsive.

- 4) **mediatore di parte (advocate)**, in questo ruolo, il mediatore esce dal contesto cosiddetto “neutrale” e prende le parti di uno dei due partecipanti, usualmente parlando al suo posto e negoziando direttamente con l’istituzione i servizi di cui il “cliente” ha bisogno; anche in questo ruolo, l’informazione non è in alcun modo manipolata a favore o contro uno dei due interlocutori; si tratta piuttosto di sostituirsi a uno dei due parlanti primari, preoccupandosi non solo della qualità della comunicazione, ma anche della prestazione sanitaria nel caso che la procedura per ottenere la cura sia molto complessa o incomprensibile per barriere culturali.

Nella prassi quotidiana, anche durante un singolo episodio di mediazione possono essere attivati tutti questi ruoli. A seconda delle circostanze, un ruolo è più adeguato di un altro in base al principio che il mediatore non dovrebbe essere invadente, non dovrebbe cioè fraporsi nella relazione fra l’operatore sanitario e il paziente, ma facilitare e sostenere un rapporto diretto fra i partecipanti ⁽³⁴⁾

5.2. L’ANALISI DELL’INTERAZIONE TRA MEDICO, PAZIENTE E MEDIATORE

Negli incontri all’interno delle istituzioni sanitarie il mediatore/la mediatrice si pone tra medico e paziente straniero come partecipante a tutti gli effetti e non come semplice traduttore/traduttrice delle parole altrui. Attraverso l’analisi dell’interazione emerge che l’identità discorsiva si manifesta in comportamenti ricorrenti che possono essere riassunti generalmente in tre punti:

- 1) attivare il diritto di iniziativa discorsiva, facendo in maniera spontanea domande e aggiungendo informazioni sia verso l’operatore sanitario sia verso il paziente nonché commentare terapie o comportamenti;
- 2) attivare la funzione di *responder*, cioè rispondere in maniera diretta alle domande dell’operatore sanitario o del paziente facendo ricorso alle proprie conoscenze pregresse, relative al paziente, all’organizzazione della struttura sanitaria, alle terapie. La funzione di *responder* si manifesta anche attraverso segnali minimi

⁽³⁴⁾ *Ivi*, pp.155-156;

(ad esempio “mm”, a rappresentare l’attenzione che la mediatrice sta ponendo a ciò che le viene detto, oppure un “ah” o un “si” per confermare che sta capendo ciò che sta ascoltando) con cui si indica all’interlocutore che la comprensione procede e con cui lo si invita a continuare nel discorso;

- 3) selezionare gli enunciati da tradurre prodotti dai partecipanti primari, cioè decidere autonomamente che cosa tradurre all’interlocutore e che cosa invece può essere tralasciato.

5.3. I COMPORTAMENTI RICORRENTI DEL MEDIATORE NELL’INTERAZIONE

L’informazione offerta o richiesta dal rappresentante dell’istituzione viene molto raramente tradotta integralmente dal mediatore. Quest’ultimo attiva due comportamenti ricorrenti, ossia:

- 1) non traduce la richiesta. Inoltre, conoscendo il tipo di paziente che ha davanti e la sua situazione pregressa, risponde in prima persona, dando così inizio ad un dialogo a due (operatore sanitario/mediatore); successivamente il dialogo verrà brevemente riassunto al paziente.
- 2) riassume nella lingua del paziente l’informazione data dall’operatore sanitario, normalmente tralasciando o riducendo i dettagli tecnici diagnostici o terapeutici.

In entrambi i due casi, il mediatore, che ha intenzione di accelerare l’incontro e rendere più semplice la procedura per il paziente, impedisce di fatto una comunicazione fra parlanti primari.

5.4. LE AZIONI TRADUTTIVE E NON TRADUTTIVE DEL MEDIATORE

Nei seguenti sottoparagrafi vengono approfondite le azioni traduttive e non traduttive del mediatore attraverso alcuni esempi relativi alla selezione e dell’informazione sanitaria e alla gestione degli elementi razionali, cioè le modalità discorsive attraverso le quali i partecipanti manifestano coinvolgimento o distacco sia nei confronti di ciò che viene detto sia nei confronti degli altri partecipanti. In altri termini saranno forniti esempi relativi alla gestione traduttiva fornendo una differenza tra **parlato transnazionale**, finalizzato prevalentemente allo scambio di informazioni, e **parlato interazionale**, finalizzato prevalentemente a stabilire, mantenere o rafforzare la relazione tra i partecipanti.

5.4.1. SELEZIONARE L'INFORMAZIONE

Esempio 1

Nella foto seguente (**immagine n. 1**) si osserva un dialogo tra una dottoressa e una paziente ghanese di circa trent'anni per una visita relativa ad un'induzione al parto a termine gravidanza. In particolare, nella conversazione che segue, si nota che la mediatrice si sostituisce integralmente alla paziente:

immagine n. 1

96 D: Ok va bene. Questa gravidanza com'è andata?
97 M: This birth- eh io lo so dottoressa perché lo vedo
[al consultorio.
98 D: [Eh dimmi com'è andata?
99 M: E:: è andata così così perché:: - Per gravidanza è
andata bene. Cioè certo punto: e: dottoressa ha
fatto: ecografia e visto che no: bambino
[non è cresciuto bene - e poi- Mh.
100 D: [Non cresceva bene.
101 D: (?) Eh adesso lo vediamo. Intanto guardo gli esami.
102 M: Sì.

A seguito della richiesta della dottoressa al turno 96, la mediatrice, al turno 97, inizia a tradurre per la paziente. Si interrompe, tuttavia, dopo la seconda parola (“This birth”) e risponde direttamente alla dottoressa giustificando la sua azione discorsiva con riferimento esplicito alle conoscenze pregresse (“Io lo so perché lo vedo al consultorio”). Al turno 98, la dottoressa accetta il contributo della mediatrice ed esplicitamente la categorizza come **interlocutore primario** (“eh dimmi come è andata?”).

Esempio 2

L'incontro che segue (**immagine n. 2**) è, di fatto, una conversazione tra medico e mediatore, dove le informazioni vengono negoziate e costruite in base all'assunto che la mediatrice sappia già ciò che viene richiesto e non debba chiedere informazioni al/alla paziente presente. Mentre da un lato questa iniziativa dell'interprete può rendere più veloce il passaggio di informazioni, dall'altro esclude completamente la paziente dall'interazione togliendole la

possibilità di reagire ai turni del medico e quindi di contribuire alla conversazione.

Il seguente esempio tratta una conversazione avvenuta all'interno di un consultorio: il medico prescrive, a una donna che desidera una gravidanza, ulteriori esami oltre a quelli ai quali si è sottoposta. In questa trascrizione vediamo che l'interprete non traduce tutte le informazioni che vengono date dal medico, ma le seleziona e le "semplifica" per la paziente.

immagine n. 2

```
(..)  
01 D °Allora, faccia:mo°, (0.5) 'llora qui abbi:am fatto  
il test, (1.0) transami:nasi, (7.0) bilirubi:na,  
(3.5) (° °) (0.2) °han chiesto anche lo:ro,  
02 I (C' [è po-)  
03 D [Ha anche- anche le piastrine bassi:ne eh?  
((sfoglia una pagina)) piastrine trentasette e u-  
no!, (1.5) facciamo le piastri:ne, (1.5) che poi è  
l'emocro:mo,  
04 I °°(Mmh)°°  
05 D Emocro:mo, ((detto come se lo stesse scrivendo men-  
tre lo pronuncia)) (2.0) poi facciamo, (7.0)  
°(scusa che cos'ha poi li? c'è un problema non  
rie:sco°), (2.5) (°fa il tampo:ne°), (.) °ba:sta°  
(1.0) (ho segnato la)! (1.0) >>allora<< poi deve  
fa:re,  
(01.55)
```

(02.24)

06 D Mah!

07 I Cos'è ()?

08 D E- acca bi e:sse, eh:: acca bi esse, a gi, e gi di:, più i gi emme. (1.0) poi le facciamo erre vu erre di pi acca a (1.0) ((sigle di esami)) zero u no: zero sette zero quattro, ((è la data corrente)) questi-, (0.5) questi qua sono- questi qua sono enzimi del fega:to se:mpre. per ve[dere=

09 I [°Uhhh°

10 D =Come funziona il fe:ga:to

11 I Uhhh
(1.0)

12 D Questi gli antigeni che lei è positi:va, l'antigene austra:lia, dell'epati:te, (0.7) per vedere come sta anda:ndo, (1.5) e questo e-e:ra positi:vo anche a:l:: coso della sifilide, > perché probabilmente< è stata cura:ta, (anche) l'erre pi (erre) è nega:ti:vo, (qui era) positi:vo, .hhh facciamo un co:ntrollo per vedere, (.) il tasso. per quanto riguarda il tasso se è sempre (.) elevato. (2.0) e:: qual era, que:sto? ((lo mostra alla mediatrice)) si è que:llo (1.0) proviamo (prima di- m[mh]=

13 I Uhhh

14 D =A vedere se si è abbassato o no! (1.5) allora por ti sempre con sé questi esa::mi, fare questi qua:, e poi (.) i:n sette:mbre quando ha fatto tutto ci rivedia:mo.

15 I O[kay

16 D [(Questa) è tutta roba sua direi eh?

(2.0)

17 D A: [llo°ra°

18 I [Questa è di:: qua: che abbiamo fatto foto copia di lasciare d[entro a la cartella,

19 D [No: sono due dive:rse sai? (si)

20 I Sì abbiamo fatto due dive:rse

21 D Ah ce l'ha le:i?

22 I Sì sì [abbiamo fatto noi

23 D: [Ah () eh benissimo così: gli è più chiara la si tuazio [:ne

24 I [hm:: sister ((nome))

25 P °°Ye:s°°

26 I Doctor says: now, before you go and give out at one of them turn back (.) hēs writing another test for you (.) to see how your (.) l: li- liver kidney and e- ev- everything's (0.7) working. if it's working well (0.5) e:h? (.) so: you go and take this you take the appointment there now ((riferito alla segreteria li al consultorio))

27 P (Okay)

Inizialmente il medico borbotta qualcosa tra sé e sé procedendo poi ad elencare e scrivere il nome degli esami da ripetere fino a quando realizza che non capisce qualcosa riguardo a un esame in particolare.

Nella sequenza di turni da 1 a 15, il medico elenca un certo numero di esami a cui la paziente deve sottoporsi, giustificando o motivando la prescrizione (“*le piastrine erano bassine*”; si controllano gli enzimi del fegato “*per vedere come funziona il fegato*”; “*antigene australia dell’epatite (...)* per vedere come sta andando”). Successivamente negozia una serie di aspetti burocratici con la mediatrice (turni 16-23). Al turno 24 la mediatrice si rivolge alla paziente e le

comunica che deve fare gli esami indicati nella lista. Non traduce l'elenco degli esami, né le specifiche ragioni per cui devono essere eseguiti, riassumendo così *"He's writing another test for you (.) to see how your l:li-liver kidney and e-ev-everithing's working"* (35). La paziente con *"okey"* indica di aver capito. Anche in questo caso, dunque, la paziente viene esclusa dall'interazione diretta con il medico, non ha accesso alle informazioni dettagliate relative agli esami che deve fare e alle ragioni per cui deve farli.

In questo esempio, l'esclusione del paziente avviene non solo attraverso la selezione operata dal mediatore di ciò che viene tradotto, ma anche attraverso la gestione dell'interazione: il feedback fornito dall'interprete attraverso *"mhm"* e altri segnali di comprensione, sospende il sistema di alternanza dei turni creando sostanzialmente un unico lungo monologo del medico a cui il paziente non ha accesso, né a livello di comprensione di ciò che sta accadendo (non vengono tradotti i contenuti), né a livello di produzione (non ha la possibilità di partecipare alla co-costruzione del sistema di turni, ad esempio chiedendo chiarimenti o segnalando comprensioni). Sospendendo la traduzione e fornendola in maniera riassuntiva, la mediatrice esclude la paziente dal sistema conversazionale. La paziente può solo subire le indicazioni del medico, senza avere uno spazio discorsivo in cui negoziare la comprensione di ciò che viene proposto e la prescrizione.

5.4.2. IL CONTATTO INTERPERSONALE: RISATE E RASSICURAZIONI

L'allinearsi delle mediatrici come interlocutori primari ha una serie di conseguenze anche sulla costruzione del rapporto interpersonale fra medico e paziente. Vi sono casi in cui il medico o l'operatore sanitario producono azioni discorsive esplicitamente rivolte alla costruzione di tale rapporto attraverso battute scherzose, rivolgendosi esplicitamente al paziente affinché esprima i suoi dubbi o le sue preoccupazioni o manifestando comprensione e sostegno per la sofferenza o la preoccupazione del paziente. Agendo come interlocutore del medico, la mediatrice può agire da filtro di tali azioni con la conseguenza di inibire il contatto interpersonale del medico con la/il paziente.

(35) "Ti sta prescrivendo altre analisi per vedere come il fegato, i reni e tutto stanno lavorando" (traduzione personale)

Esempio 3

L'esempio che si propone di seguito (**immagine n. 3**) è tratto da un incontro in un ambulatorio di medicina del lavoro: il paziente ha subito un incidente in seguito al quale non stringe più con la stessa forza di prima il pugno. Il controllo del medico, come si vede nell'esempio, ha luogo dopo qualche seduta di fisioterapia. Il medico, dunque, controlla la forza del paziente dicendogli di stringere il pugno durante questa operazione e, per incoraggiarlo a stringere, fa una battuta scherzosa: *“Che non sono un datore di lavoro. Stringi.”*, come è possibile vedere nel turno 30.

immagine n. 3

```
28 D      Stringi! forte:!  
29 M      A lot of pain eh?  
30 D      Che non sono un datore di lavoro. stringi.  
31 M      Eh eh no:: ((ride))  
32 D      Fammi sentire che forza hai! Mh. Va bene. Lui va  
          bene e:h perché questo qua molto verosimilmente (.)  
          e: gli rimane un po' e:h? Non è che guarirà del  
          tutto [capito?  
33 M      [Eh infatti eh sì non può essere come prima  
          [come:  
34 D      [Eh. Non credo che arriverà ad essere come prima.
```

La battuta del medico si riferisce al fatto che il paziente può comportarsi liberamente e stringere forte la mano del medico, poiché quest'ultimo non è il suo datore di lavoro e non deve pertanto sentirsi inibito. La mediatrice ride alla battuta del medico, ma non la traduce al paziente che perde quindi l'accesso alla “messa in contatto” ovvero al gesto di avvicinamento affettivo del medico. Mentre la valutazione clinica verrà tradotta al paziente in una formulazione riassuntiva finale, la battuta, che è legata al contesto locale dell'interazione, non viene più passata al paziente. L'azione della mediatrice, dunque, che reagisce come interlocutore alla battuta del medico dandole una rilevanza nella conversazione filtra, tuttavia, il rapporto fra medico e paziente ed è proprio la mediatrice che “si avvicina” al medico, ridendo con lui, e non il paziente. In questo esempio, quindi, la risata della mediatrice toglie il turno al paziente, che non può ridere a sua volta e viene così escluso dalla condivisione della battuta scherzosa. Un secondo caso in cui la mediatrice agisce da filtro nella

condivisione di un rapporto fra medico e paziente riguarda il dare/ricevere rassicurazioni sullo stato di salute del paziente o sulle terapie e cure proposte.

Esempio 4

L'esempio che segue (**immagine n. 4**) fa riferimento ad un caso piuttosto serio in cui un paziente in dialisi deve sottoporsi a un trapianto di rene e il medico introduce una serie di informazioni sul comportamento che è necessario tenere prima e dopo l'operazione. Il medico invita il paziente ad esprimere dubbi o preoccupazioni sottolineando che è importante che il paziente sia informato nel miglior modo possibile e che non deve quindi esitare a fare tutte le domande che desidera. In questo caso, la mediatrice non agisce come interlocutore del medico e traduce al paziente ciò che il medico ha detto. La traduzione della mediatrice, tuttavia, pur riportando in larga parte il turno del medico, non apre uno spazio per il paziente per porre effettivamente domande o esprimere dubbi; insiste invece sulla rassicurazione del paziente in termini che lo rassicurano sulla diligenza dei medici (*"the doctors are ready to answer the question"* ⁽³⁶⁾, *"the doctors are here for you and they are very careful"* ⁽³⁷⁾). Questo comportamento porta a due conseguenze significative:

- 1) al medico viene tolto lo spazio per rassicurare lui stesso il paziente;
- 2) al paziente viene tolto lo spazio per chiedere chiarimenti o esprimere preoccupazioni.

⁽³⁶⁾ "I dottori sono pronti a rispondere alle domande" (traduzione personale)

⁽³⁷⁾ "I dottori sono qui per lei e sono molto attenti" (traduzione personale)

immagine n. 4

14 D Volevo chiedere se lui sa qualco [sa.
15 M [mhm
16 D Se lui non sa o vuole qualche informazione il mio consiglio è chiedere tutto, anche le domande più banali.
17 M: You can ask them all the questions. If you want, they are there. Before the operation. If it doesn't come to you when you are there with the doctor and it comes to you when you go home, then write it down. So ask the questions, there are no problem. If you remember, you can come or you can call me (??) Any question and the doctors are ready to answer the questi [on
18 D [Be
cause, if you want to know everything ab [out
19 M [You understand, eh? Because we are not animals, we are [men
20 P [Men
21 M So, ask, ask any question, don't be afraid. Every time it comes, you can ask question
22 (.)
23 M And after the operation you have to be very very careful
24 D Noi siamo qui per aiutarlo.
25 M The doctors are here for you and they are very careful

È interessante notare che al punto 18, il medico interviene in inglese per sollecitare la partecipazione del paziente (*"if you want to know everything about"* ⁽³⁸⁾) tentando di suggerire il tipo di domande che può voler porre, ma viene interrotto dalla mediatrice che reinterpreta tale azione come un'ulteriore rassicurazione e la esprime con una propria riformulazione (*"Because we are not animals, we are men"* ⁽³⁹⁾).

Da tutti questi esempi possiamo vedere i due modi in cui la mediatrice filtra il contatto il contatto interpersonale fra gli interlocutori. Nell'esempio 3, sospendendo l'attività di traduzione verso il paziente, la mediatrice prende il ruolo di interlocutore primario del medico e impedisce che l'azione affettiva/scherzosa del medico venga condivisa dal paziente. Nell'esempio 4, la mediatrice riformula il contributo del medico facendosi carico lei stessa di rassicurare il paziente: selezionando le informazioni da tradurre, attiva un'iniziativa discorsiva attraverso la quale rassicura il paziente nei propri

⁽³⁸⁾ "Se vuole sapere qualcosa al riguardo" (traduzione personale)

⁽³⁹⁾ "Perché non siamo animali, ma uomini" (traduzione personale)

termini e questo toglie al medico la possibilità di rassicurare (e informare) il paziente direttamente.

5.4.3. LA CONDIVISIONE DELL’AFFETTIVITÀ

Come abbiamo visto, la mediatrice agisce nella conversazione selezionando le informazioni da tradurre ed esercitando un’iniziativa discorsiva in vari modi, dando vere e proprie risposte o producendo segnali minimi di conferma. Queste azioni portano la mediatrice ad allinearsi come interlocutore primario e ad inibire un rapporto diretto fra medico e paziente di natura informativa e interpersonale. Questo potrebbe far pensare che per evitare di inibire questo rapporto diretto il mediatore dovrebbe astenersi dall’agire come interlocutore primario.

Si evidenzia che la conversazione viene costruita dai partecipanti e che il significato di un contributo discorsivo o di un’azione linguistica dipende da ciò che viene prima e dopo della sequenza. La funzione di *responder* della mediatrice, con un conseguente allineamento come interlocutore primario, può, ad esempio, essere sollecitata da un altro interlocutore. Vi sono sequenze in cui il paziente persegue una risposta diretta o un’azione di *feedback* e di ascolto attivo da parte della mediatrice esprimendo una propria preoccupazione o un proprio stato affettivo. Vi sono casi, infatti, in cui i pazienti esprimono una propria preoccupazione e sollecitano un’affiliazione emotiva da parte della mediatrice. Nella costruzione di tale affiliazione, la risposta diretta della mediatrice può essere importante per incoraggiare il paziente a proseguire e a prendersi lo spazio necessario per esprimere la propria preoccupazione.

Esempio 5

Questo esempio (**immagine n. 5**) è tratto da un incontro presso un consultorio dove la paziente è venuta per farsi prescrivere un anticoncezionale. La paziente mostra preoccupazione alla mediatrice, la quale risponde direttamente alla paziente rassicurandola.

immagine n. 5

01 I You want to fix coil?
02 D perché qua stanno (?dando) solo progestinico.
03 P Why people have told me is not too much dangerous.
 So I want to try.
04 I Yes:, the coil eh?
05 P Yes.
06 I Yeah, it's not dangerous.
07 P Before I was afraid about that.
08 I It needs that you normally come for control, that's
 all.
09 P O:k.
10 I No, ((sweet voice)) don't worry.

La rassicurazione che viene data dal turno 6 al turno 10 è costruita in varie fasi. Al turno 1, la mediatrice chiede alla paziente se vuole inserire la spirale. Al turno 3, la paziente non risponde ed esprime invece una propria preoccupazione (*“people have told me is too much dangerous”* ⁽⁴⁰⁾).

Al turno 4, la mediatrice non risponde alla preoccupazione espressa dalla paziente e ripete invece la domanda posta al turno 1, se cioè si tratta proprio della spirale e non di un altro contraccettivo (*“the coil eh?”* ⁽⁴¹⁾). La paziente risponde confermando. La mediatrice allora coglie la preoccupazione della paziente e la rassicura, come è possibile vedere al turno 6. Tale rassicurazione sollecita la paziente a spiegare meglio i motivi che la preoccupano portando a ulteriori rassicurazioni (turni 8-10).

Esempio 6

In quest'altro esempio (**immagine n. 6**) si riporta una situazione simile al fine di mostrare la sistematicità del meccanismo sequenziale. Alla paziente è stata data una ricetta per poter ritirare gratuitamente un certo tipo di latte artificiale dalla farmacia. Al turno 1, la paziente si mostra preoccupata per il fatto che il farmacista potrebbe non riconoscere la ricetta e chiederle di pagare il latte. La mediatrice (turni 2 e 4) rassicura la paziente dicendo che la farmacia riconoscerà il timbro dell'ospedale e le darà il latte senza dover sostenere alcun

⁽⁴⁰⁾ “Mi hanno detto che è troppo pericoloso” (traduzione personale)

⁽⁴¹⁾ “La spirale eh?” (traduzione personale)

costo e aggiunge (turno 6) che la paziente può rivolgersi nuovamente all'ospedale se ci dovessero essere problemi. Ai turni 7 e 9, la paziente chiede ulteriori rassicurazioni e la mediatrice conferma che la farmacia riconoscerà la ricetta. Al turno 11 la paziente spiega il motivo della propria preoccupazione (*"I don't want to get embarrassed"* ⁽⁴²⁾) e la mediatrice non fa altro che rassicurarla ulteriormente.

immagine n. 6

01 P Er: wouldn't wouldn't there be any problem with that?
02 I [No.
03 P [The pack (??)
04 I No there's no problem. we have the stamp. before there was no stamp. now there's stamp. do you understand?
05 P Mh.
06 I (??) So you take it the whole letter. If there's any problem let me know.
07 P Ok. (They know stamp?)
08 I Mh?
09 P (??) I just want to know
10 I No no, the paper they know it's from the hospital
11 P (??) you know (??) I don't want to be get embarrassed.
12 I If there's any problem just let me know eh? (??)

Questi esempi dimostrano che, nei casi in cui un/una paziente esprima una propria preoccupazione, un'affiliazione di tipo emotivo da parte dell'interlocutore (la mediatrice in questo caso, che conosce la lingua) può essere importante per rassicurare il/la paziente e incoraggiarlo/a ad esprimersi più a fondo e a spiegare i propri turbamenti o imbarazzi. Tale affiliazione avviene attraverso una risposta diretta. L'espressione emotiva del paziente è riconosciuta, in altri studi sulla mediazione nell'interazione medica, come un aspetto importante per l'elaborazione della diagnosi del paziente e questi stessi studi sottolineano che la selezione delle informazioni da parte del mediatore tende a privilegiare l'informazione medica e a trascurare questi aspetti emotivi.

⁽⁴²⁾ "Non voglio sentirmi in imbarazzo" (traduzione personale)

Come abbiamo visto prima, se da un lato la mediatrice non sempre dà adeguato spazio ad aspetti legati all'emozionalità o al rapporto interpersonale nella traduzione (come erano la mancata traduzione delle battute del medico e il mancato coinvolgimento del paziente), possiamo però osservare che la sua azione di *responder* aiuta gli interlocutori ad esprimersi affettivamente e sul piano dei rapporti interpersonali. Quindi l'azione di risposta del mediatore può avere questa utile funzione nell'interazione.

Esempio 7

Rimane però il problema del “passaggio” e della condivisione di informazioni ed emozioni “a tre”.

Nell'esempio che segue (**immagine n. 7**), questo passaggio si verifica e viene data voce, nell'interazione, alla preoccupazione della paziente. La mediatrice alterna risposte dirette e *feedback* a riformulazioni traduttive. Attraverso queste azioni, la mediatrice chiarisce al medico i contenuti della sua conversazione con la paziente e così facendo riesce a coinvolgere entrambi gli interlocutori nella conversazione.

immagine n. 7

17 D Allora (.) se lei sta bene (.) non ha dei problemi
(.) le mestruazioni vengono normale: -

18 I Mmh

19 D Normale (.) ok (.) possiamo anche non fare niente

20 I Ok

21 D Se invece lei vuole che la guardo (.) ok (.) volentieri (.) ho tempo la posso anche controllare

22 I *Ti chiede adesso ti senti bene o ti senti qualcosa? Perché chiede se hai avuto qualche problema? Normalmente quando si mette la spirale si fa circa un controllo all'anno*

23 D perché se no è verso luglio agosto (.) insomma quest'estate

24 I Eh

25 D Dopo un anno

26 I *Aspetta sette mesi prima di fare il controllo*

27 P Adesso -

28 I Adesso -

29 P *Non ho nulla*

30 I *Se va tutto bene e le mestruazioni sono regolari non c'è bisogno di controllo*

31 P *Adesso è un mese e non mi sono venute*

32 I *Un mese e non ti sono venute*

33 P *Un mese preciso*

34 I Dice che dolore (.) qualcosa di strano non c'è (.) dice che sta bene

35 D Ah

36 I Ha le mestruazioni abbondanti (..) l'unica solo cosa forse è per questo che è venuta

37 D Mmh

38 I Che la mestruazione questo mese non è venuta (..) (sorridente) e lei è un pochino preoccupata

39 D Allora (.) al limite facciamo una cosa (.) le facciamo fare un test di gravidanza

40 I Ok

Nei turni 17-21, la mediatrice risponde al medico gli fornisce un *feedback* e gli consente così di esprimere la propria diagnosi. Al turno 22, la mediatrice traduce riepilogando per la paziente. Al turno 23, il medico aggiunge qualche informazione e viene tradotto turno per turno dalla mediatrice. Al turno 27, è la paziente che prende il turno: nei turni 28-30 la mediatrice si pone come *responder* nei confronti della paziente, ripetendo le sue parole e incoraggiandola ad andare avanti. Al turno 31, la paziente esprime la propria preoccupazione (“*adesso è un mese e non mi sono venute*”). Al turno 34, la mediatrice, attraverso una traduzione in forma di riformulazione, rende al medico l'espressione di preoccupazione della paziente e lo induce a riaprire la conversazione con un'alternativa diagnostica (“*allora facciamo un test di*

gravidanza”). Il ruolo di *responder* esercitato dalla mediatrice in questo incontro permette quindi ai partecipanti di contribuire alla costruzione dell’interazione, sia sul piano della condivisione delle informazioni, sia su quello della relazione interpersonale. La traduzione che viene di volta in volta fornita, riformulando ciò che è stato detto nelle conversazioni a due, apre uno spazio all’altro interlocutore per partecipare alla comunicazione.

5.4.4. CONCLUSIONI

Dagli esempi di interazioni analizzati in questo studio emerge che le mediatrici mettono in atto diversi ruoli e che la costruzione e la co-costruzione di questi ruoli può coinvolgere una serie di azioni conversazionali, che vanno al di là dell’attività delle modalità di tradurre. Ad esempio, l’azione di *responder* può essere funzionale per introdurre chiarimenti (ruolo di *clarifier*) o per spiegare un punto di vista di una delle parti (ruolo di *cultural broker advocate*), ma può sospendere la produzione della traduzione in modo significativo, escludendo temporaneamente un partecipante dall’interazione. Nelle interazioni analizzate, sono in atto due operazioni fondamentali: da un lato è necessario per la mediatrice “dare spazio” ai parlanti e sollecitare il contributo (anche solo per capire che cosa tradurre), dall’altro è necessario fornire la traduzione vera e propria in termini di selezione, riduzione o amplificazione delle informazioni che costituiscono i contenuti dell’interazione e dei rapporti fra i partecipanti. Per questo i ruoli di *conduit*, *clarifier*, *cultural broker* e *advocate* si realizzano in realtà su più piani:

- 1) la stimolazione dei contributi da tradurre, in quanto è l’interprete che coordina l’interazione;
- 2) la selezione per la produzione della traduzione e il passaggio dei contenuti al terzo partecipante;
- 3) la costruzione dei contenuti informativi;
- 4) il rapporto interpersonale.

Dilatare un ruolo da parte del mediatore, ad esempio quello di *advocate* come accade in parte degli esempi proposti precedentemente, può creare un contrasto di aspettative: l’azione di *responder*, ritenuta probabilmente primaria dal

mediatore che assume questo ruolo, va a scapito di altri ruoli di coordinamento della traduzione, con la conseguenza di inibire la conversazione “a tre” e di fatto il passaggio di contenuti sia cognitivi che affettivi.

Dunque, quando il mediatore funziona come filtro di fatto impedisce che:

- il paziente sviluppi una propria autonomia nei saperi sociali e una propria autonomia nella gestione della propria salute
- il medico sviluppi sia un’attenzione verso il paziente come “persona”, sia una consapevolezza professionale sull’utilizzo dei mediatori in contesto sanitario.

La gestione dei turni e delle azioni conversazionali è dunque un’operazione complessa che richiede consapevolezza da parte dei professionisti coinvolti, in primo luogo del mediatore e del medico. Da questo punto di vista le azioni e le conseguenze interazionali delle azioni che si discutono in questo studio possono offrire un punto di partenza per riflettere sul tipo di comunicazione che viene messa in atto nella conversazione medico-paziente mediata da interprete e per promuovere una maggiore consapevolezza di come questa si attua.

5.5. LE FORME DELLA COMUNICAZIONE INTERCULTURALE

Nella letteratura italiana, la mediazione interculturale è considerata una delle strategie della società occidentale contemporanea per congiungere le diversità sorte nell’ambito della società multiculturale. Dal punto di vista dei processi comunicativi attivati, il dialogo interculturale, che il mediatore dovrebbe essere in grado di promuovere grazie alle sue competenze in ambito culturale e linguistico, risulta la forma di comunicazione più adatta a raggiungere questo obiettivo.

Il dialogo interculturale, infatti, è considerato una forma di comunicazione che richiede espressione e riconoscimento della diversità, ossia l’osservazione di ciascun partecipante come soggetto in grado di esprimersi e di cui è opportuno prendere in considerazione la prospettiva. Il dialogo crea condizioni di apertura nei confronti dell’interlocutore e si configura come un incontro che permette di realizzare soglie di passaggio tra orientamenti diversi essendo in grado di eliminare i confini etnocentrici; è considerato, inoltre, una strategia comunicativa efficace per gestire un conflitto

poiché promuove una distribuzione equa della partecipazione permettendo di creare le condizioni per coordinare i punti di vista differenti.

Gli esempi che seguiranno nei sottoparagrafi successivi introducono alcune modalità attraverso le quali vengono superate le citate diversità, ovvero:

- 1) un orientamento all'assimilazione e all'adattamento interculturale;
- 2) forme di gestione del rischio e del conflitto;
- 3) forme di mediazione dialogica. ⁽⁴³⁾

5.5.1. ASSIMILAZIONE E ADATTAMENTO INTERCULTURALE

Il trattamento della diversità del paziente straniero da parte dello staff sanitario italiano riguarda principalmente elementi relativi alla biografia del paziente come ad esempio la lingua, la provenienza geografica, le abitudini alimentari e le consuetudini. L'elemento interlinguistico è spesso oggetto di discussione. Per esempio, nella sequenza 1 (**immagine n. 8**) si osserva come la diversità linguistica possa essere trattata come terreno per promuovere forme di adattamento unilaterale, rivolte cioè all'assimilazione degli orientamenti culturali del paziente straniero a quelli del gruppo maggioritario. Si può osservare come gli operatori sanitari italiani, oltre ad accertarsi che il paziente parli italiano, nel colloquio mediato mostrano frequentemente di apprezzare il paziente che dimostra competenza nella lingua italiana.

⁽⁴³⁾ *Immigrazione, mediazione culturale e salute (Salute e società. Teoria e metodologia)*, a cura di Claudio Baraldi, Viola Barbieri, Guido Giarelli, cit., pp.177-179;

immagine n. 8

271. M Le ho chiesto quante parole ha imparato: niente!
272. D Niente? (..) Ciao?
273. P Ciao!
274. D Ciao
275. P Ciao, buongiorno
276. D Brava! Devi parlare con il bimbo lui parla perché
 va all'asilo
277. Ma² Lui parla (..) quello parla
278. D Eh deve cercare di parlare in italiano anche se fa
 fatica così impara

Esempi opposti, riferiti al trattamento delle differenze linguistiche, si osservano nel momento in cui operatori sanitari si informano sul significato di alcuni termini arabi usati dalla mediatrice come è possibile osservare nella sequenza 2 (**immagine n. 9**) dove il medico riproduce un termine utilizzato dalla mediatrice nella conversazione in lingua araba con la paziente.

immagine n. 9

[...]
200. D Cosa vuol dire *mar*?
201. M Volte (..) *marra* sarebbe "volta"
202. D *Marra*
203. M Con queste cose qua impari più veloce perché la
 mente ha voglia di imparare

In questo frammento di conversazione si ribalta l'orientamento mostrato dalla maggioranza dei rappresentanti del sistema di cura medica all'adattamento linguistico unilaterale, osservato nella sequenza 1, che prevede l'adeguamento del paziente immigrato agli orientamenti della cultura maggioritaria. Infatti si può osservare la curiosità da parte del medico occidentale nei confronti degli orientamenti culturali del paziente, che rappresenta una cultura minoritaria.

5.5.2. LA GESTIONE DEI RISCHI E DELLA COMUNICAZIONE

Nelle prossime sequenze si possono osservare forme di comunicazione in cui le diversità delle prospettive dei partecipanti emergono e sono trattate come rilevanti. In particolare, viene proposta un'analisi delle forme di gestione del rischio comunicativo derivato dal contatto tra orientamenti culturali diversi, che può produrre conflitto. Il conflitto interculturale viene influenzato da fattori riguardanti l'appartenenza culturale, ossia quando esprime nella comunicazione un'incompatibilità di valori, norme, scopi, stili di interazione e risultati nell'ambito di una situazione emotivamente frustrante. Benché la funzione del mediatore interculturale riguardi anche la gestione dei conflitti interculturali tra l'utente straniero e il rappresentante della cultura maggioritaria, nelle sequenze presentate si osserva una scarsa occorrenza di conflitti interculturali espressi nella comunicazione, che può essere spiegata in due modi:

- 1) come effetto della limitazione dell'espressione del paziente, dato che il contributo del paziente nel sistema sanitario occidentale non è sempre promosso dalle azioni comunicative di medico e mediatrice;
- 2) come effetto di modi per prevenire ed evitare conflitti derivanti da forme culturali contraddittorie;

Le azioni di evitamento e prevenzione del conflitto sono realizzate principalmente da medico e mediatrice. Nella terza sequenza che segue (**immagine n. 10**) una paziente che sta per partorire manifesta al medico la propria preoccupazione riguardo allo stato e alla posizione del feto: al turno 57 la mediatrice agisce come filtro, omettendo nella traduzione alla paziente l'indicazione del medico relativo all'eventualità del parto cesareo.

immagine n. 10

52. P *Se non si gira?*
53. M *Se non si gira (.) che Dio non voglia (.) non ci pensiamo a questo capito? (..) Sii psicologicamente tranquilla che se Dio vuole si girerà*
54. P *E se non gira come (.) che Dio non vuole-*
55. M *In caso se non si gira? (..) Cesareo?*
56. D *Eh se non si gira sì*
57. M *Non ci pensare, che Dio non voglia*
(P ride)
58. M *[Pensa di no -*
59. D *[Ma dai che si gira!*
[...]
81. M *Se Dio vuole sarà tutto bene*
82. P *Sì*
83. M *Sii psicologicamente serena (.) e di intimamente che se Dio vuole Dio è generoso, allora sì che ti va tutto bene*
84. P *Che Dio mi assista*
85. M *Ma se da adesso ti lasci prendere dalla paura allora perdi ogni possibilità che si giri a causa della tua preoccupazione*
86. P *La paura -*
87. M *Rilassati psicologicamente*
88. M *E cerca di stare tranquilla*

Questa omissione dell'informazione, che protegge la paziente da notizie spiacevoli, si accompagna all'introduzione di indicazioni da parte della mediatrice, che riflettono un'iniziativa personale. Infatti, anziché fornire un'informazione medica, la mediatrice produce una serie di indicazioni attinenti alla sfera emotiva, psicologica e religiosa (turni 84-89) come se fossero più adeguati a manifestare coinvolgimento affettivo e rassicurazione rispetto alle informazioni mediche spersonalizzate.

Questo tipo di mediazione produce effetti rilevanti sulla comunicazione interculturale. Per effetto dell'azione della mediatrice si realizzano due forme di comunicazione: quella con il medico, spersonalizzata come è tipico del sistema di cura medica, e quella con la paziente che all'opposto è una comunicazione interpersonale. Questi flussi conversazionali ottengono l'effetto di tracciare una distinzione tra gli orientamenti culturali di medico

(medicina scientifica) e paziente (religione) che non entrano in contatto nella comunicazione a causa dell'intervento della mediatrice.

La sequenza 4 (**immagine n. 11**) evidenzia l'orientamento del medico ad evitare di introdurre nella comunicazione informazioni potenzialmente destabilizzanti per la relazione. Alcune pratiche legate al trattamento del corpo e alla contraccezione, accettate dalla cultura occidentale, vengono proposte prima alla mediatrice, la quale in virtù della propria conoscenza di entrambe le culture, è in grado di fornire consigli al medico su quali pratiche possono essere accettabili nella cultura del paziente. Le informazioni rischiose diventano così oggetto di una negoziazione tra medico e mediatrice, che nel caso specifico si conclude con la decisione di non tradurle.

immagine n. 11

[...]
82. D Ascoltami Fatima³ prima di tradurlo
83. M Sì
84. D Nella vostra cultura -
85. M Sì
86. D Durante le mestruazioni mettere un dito in vagina e
 sentire se il filo della spirale è abbastanza lungo
 (.) si può spiegare o voi è una cosa che non fate?
87. M Non fate
88. D [Dimmelo sinceramente
89. M [Non si fa
90. D Niente allora non glielo dire neanche
91. M Ok
92. D Non glielo dire neanche (.) niente dai (.) dille
 solo che se lei sente (.) delle situazioni strane
 che non sta bene o altro siamo a disposizione

È possibile osservare che l'omissione di alcune informazioni potenzialmente rischiose può essere effettuata dalla mediatrice attraverso la traduzione, senza consultare il medico (come nella sequenza 3) oppure può essere negoziata in modo diretto da medico e mediatrice nell'interazione (come nella sequenza 4).

Nella sequenza 4, la negoziazione evita di introdurre nella comunicazione a tre degli orientamenti culturali che possono non essere accettati dal paziente, causando così dei blocchi comunicativi o veri e propri conflitti.

Queste azioni appaiono orientate a prevenire i rischi della comunicazione, non permettendo che le diversità culturali vengano trattate. Si tratta di una separazione, che è una delle strategie principali di prevenzione del rischio di conflitto: se le prospettive in gioco, associate ad orientamenti culturali diversi non entrano in contatto, allora si può evitare il conflitto. Una traduzione incompleta, che produce asimmetria tra i livelli di conoscenza dei partecipanti, crea separazione tra i partecipanti stessi, le cui aspettative non vengono reciprocamente conosciute nella conversazione a tre.

5.5.3. LE FORME DIALOGICHE

La comunicazione dialogica si basa su **due condizioni** fondamentali: la distribuzione equa tra tutti i partecipanti della possibilità di partecipare attivamente alla comunicazione esponendo le proprie prospettive e l'empatia, cioè la capacità dei partecipanti di assumere il punto di vista altrui, ascoltando, comprendendo e mostrando sensibilità nei confronti di ciò che comunica l'interlocutore. L'idea di base è che, in base a questi presupposti si produca una congiunzione tra le diverse prospettive, in un quadro di reciprocità e di armonia di interessi e bisogni.

È noto che le azioni che promuovono la partecipazione attiva del paziente hanno successo se e quando promuovono: la costruzione sociale della persona del paziente; la narrazione dell'esperienza personale e infine la valorizzazione delle aspettative affettive. Purtroppo, però, all'interno dei sistemi di cura medica si osserva una tendenza a limitare le aspettative affettive dei partecipanti, anche se spesso il contributo dialogico della mediatrice e del medico promuove la partecipazione del paziente attraverso azioni orientate alla verifica dell'esperienza del paziente.

immagine n. 12

36. D ((Parto)) Spontaneo?
37. M Parto naturale (.) 9 mesi completi hai partorito
(.) in modo naturale?
38. M Sì parto spontaneo
[...]
43. D Ok (.) quanto pesava più o meno?
44. M Quanto era il peso del bimbo?
45. Ma Il primo mese (.) 3 -
46. P Quando l'ho partorito?
47. M Sì
48. P 4
49. M Che meraviglia di Dio
50. M Circa 4 chili
51. D Oh (.) però
52. M Maschio o femmina?
53. Ma Maschio
54. M Che Dio ve lo lasci
55. M Un maschio
56. M Come si chiama?
57. Ma Yuoness
58. M Che meraviglia di Dio (.) che meraviglia di Dio
59. D Gli chiedi se: gli ha dato il latte (.) fino a
quando gliel'ha dato?
60. M L'hai allattato dal tuo petto (..) quanto l'hai-
61. Ma Fino a che: (.) gli è smesso
62. M Quanto 1 anno 1 anno e mezzo 2?
63. D Finché non le è finito il latte?
64. P Un anno -
65. Ma Un anno e mezzo
66. M Circa un anno e mezzo -
67. D Brava!
68. M Ha allattato
69. D Quindi 18 mesi circa
70. M Mmh

Nella prima parte della sequenza (**immagine n. 12**) di osservano diverse manifestazioni empatiche da parte della mediatrice, con riferimento all'esperienza riferita dalla paziente e dal marito. Ai turni 49,54 e 58, la mediatrice esprime apprezzamento bei confronti dell'esperienza della paziente; al turno 67 anche il medico esprime un suo apprezzamento. Da un lato la solidarietà e l'empatia della mediatrice si esprimono nell'ambito di conversazioni monolingui con la paziente. Dall'altro lato, l'espressione empatica del medico al turno 67 non viene tradotta alla paziente, ma rimane

limitata allo scambio tra quest'ultima e la mediatrice. Un dialogo a tre non risulta quindi possibile a causa della mancata condivisione delle aspettative affettive che emergono nella comunicazione.

Nella sequenza successiva (**immagine n. 13**) si vedono le azioni congiunte di medico e mediatrice orientate a promuovere l'espressione delle emozioni della paziente:

immagine n.13

[...]
30. D Ti volevo chiedere (.) come mai hai la faccia così
 sofferente?
31. M *Perché il tuo viso è così stanco, si vede?*
32. P *Un po' questo dolore-*
33. M *C'è qualcosa che non va (.) che ti preoccupa a casa*
 (.) qualche problema oppure?
34. P *[No (.) sono spaventata*
35. D *[No (.) mi sembra a me che abbia la faccia sofferente*
36. M *(sorridente) Un po' spaventata perché diciamo per*
 la pancia
37. D *E:h ma è bellissima la tua pancia!*
38. M *Tutto normale ti dice che va tutto bene*

In questa sequenza la paziente è invitata ad esprimere le proprie emozioni. Il primo elemento che si può osservare è come il medico stabilisce un rapporto diretto con la paziente, infatti, si rivolge direttamente a lei dandole del "tu" (turno 20). Successivamente, il contenuto della domanda evidenzia l'intenzione del medico di verificare la condizione emotiva della paziente. Le azioni della mediatrice si allineano a quelle del medico, infatti, la mediatrice formula autonomamente una propria domanda orientata ad conoscere lo stato d'animo della paziente proponendo un collegamento tra la sofferenza mostrata ed eventuali preoccupazioni di natura familiare che possono coinvolgerla (turno 33).

Le azioni dialogiche orientate alla verifica dell'esperienza della paziente ottengono come effetto la promozione dell'espressione del suo stato emotivo (turno 34). La mediatrice "trasferisce" al medico la preoccupazione della paziente (turno 36) così da creare un contatto tra i due. È interessante notare come il medico esprima nuovamente un'azione dialogica di apprezzamento (turno 37 "*Eh ma è bellissima la tua pancia!*") che è anche rassicurante per la paziente, però la mediatrice agisce privilegiando solo la componente della rassicurazione (turno 38 "*Tutto normale ti dice che va tutto bene*"). La traduzione della mediatrice non restituisce quindi pienamente il tentativo del medico che vuole promuovere una comunicazione dialogica fondata sull'empatia, poiché non include l'apprezzamento.

5.5.4. CONCLUSIONI

Gli esempi proposti hanno riguardato alcuni interventi di mediazione interlinguistica ed interculturale rivolti a pazienti arabofoni. Dai seguenti esempi è stato possibile valutare il funzionamento delle pratiche di mediazione e di tracciare un confronto i principi postulati dalla letteratura sull'argomento. Dall'analisi dei processi comunicativi in presenza delle mediatrici, emerge della coerenza con alcuni obiettivi affidati astrattamente alla mediazione di specialisti, ma emergono anche notevoli discrepanze. Se l'obiettivo primario di garantire all'immigrato l'accesso al servizio sanitario è stato raggiunto, dall'altra parte, il piano linguistico e comunicativo mostra caratteri di complessità che rendono problematico ricondurre le forme di comunicazione dettate dalla letteratura.

La letteratura specializzata definisce la mediazione interculturale un mezzo per la risoluzione di conflitti interculturali al fine di diventare un "**ponte**" tra culture al fine di congiungere le diversità culturali. Il mediatore dovrebbe costituirsi come terza parte neutrale che è in grado di fornire alle parti gli strumenti necessari per costruire un rapporto interculturale di successo. L'analisi dell'interazioni mostra tuttavia che le diversità culturali entrano in un contatto marginale della comunicazione a tre e che sono scarse le occasioni per promuovere forme di coordinamento o di gestione dei conflitti. I contenuti riguardanti la diversità vengono espressi solo quando l'informazione non è

considerata una minaccia per i risultati del colloquio medico. Ad esempio, la diversità linguistica richiama l'attenzione degli operatori sanitari e di tanto in tanto viene introdotta come argomento nella comunicazione (per esempio nelle sequenze 1 e 2), ma emerge una preferenza per l'adattamento del paziente immigrato agli orientamenti culturali italiani (sequenza 1) con alcune marginali eccezioni che rivelano curiosità nei confronti della diversità ed orientamenti all'apprendimento interculturale (sequenza 2).

Le diversità osservate come più rilevanti, come quelle relative al trattamento del corpo e a pratiche di contraccezione, subiscono un trattamento diverso da parte del personale sanitario: i contenuti ritenuti "delicati" vengono discussi in anticipo tra medico e mediatrice e poi filtrati prima di essere tradotti alla paziente (come è possibile vedere nella sequenza 4). Inoltre, la mediatrice può assumere l'iniziativa di omettere informazioni ritenute destabilizzanti per la paziente, senza il bisogno di dover discuterne con il medico (come accade nella sequenza 3). Queste operazioni riflettono una forma di comunicazione che separa le prospettive diverse, in un'ottica di prevenzione dei rischi della comunicazione che potrebbero emergere dal contatto tra diversità. Prevenire i rischi comunicativi, come forma di gestione delle diversità culturali, assieme agli orientamenti primari del sistema di cura medica che tendono a limitare la partecipazione del paziente, possono spiegare la scarsa occorrenza di conflitti interculturali nell'ambito del colloquio medico mediato.

Come tecnica comunicativa il dialogo richiede che nella comunicazione emergano e siano condivise delle espressioni delle emozioni dei partecipanti; infatti, nelle sequenze 5 e 6 è stato evidenziato l'uso di alcune tecniche dialogiche, quali: l'empatia, l'apprezzamento e la verifica dell'esperienza comunicativa della paziente.

I dialoghi proposti mostrano che la costruzione dell'affettività risulta essere problematica all'interno del contesto del sistema di cura medica in quanto, l'espressione delle emozioni del paziente, sebbene trovino spazio nella conversazione monolingue col mediatore, non sempre vengono valorizzate nell'ambito della conversazione a tre. Questo avviene a causa di traduzioni mancate (come nella sequenza 5) o traduzioni ridotte (sequenza 6), producendo così un'asimmetria che comporta effetti determinanti sulla possibilità di

promuovere forme di dialogo interculturale, poiché gli spazi per l'affettività vengono spesso limitati alle conversazioni monolingui.

Sebbene la mediazione sia in grado di attivare forme di comunicazione interpersonale e promuove l'espressione della diversità del paziente, solo marginalmente crea le condizioni affinché tutti i partecipanti si allineino a queste forme di comunicazione. La diffusione di forme di comunicazione che prevengono il contatto e il conflitto tra le diversità rivela l'orientamento del sistema di cura medico, a cui generalmente si allinea la mediazione al fine di mantenere il proprio ordine interno.

CONCLUSIONE

L'ambito medico sanitario è da sempre uno dei settori più colpiti dal fenomeno migratorio internazionale, soprattutto per quanto riguarda la conoscenza e l'accesso dell'utenza straniera al servizio sanitario. A causa delle numerose difficoltà linguistico-culturali presentate, i pazienti stranieri, spesso, non si sottopongono alle cure mediche di cui necessitano, non si recano alle eventuali visite di controllo e non seguono le istruzioni del medico.

È a tal proposito che la figura del mediatore culturale risulta essere fondamentale quale facilitatore della comunicazione. Ciò grazie alle sue conoscenze della lingua e della cultura sia locale che del migrante. Rimuovere tutti quegli ostacoli che impediscono la comunicazione tra istituzioni locali e utenti stranieri è lo scopo vero e proprio della mediazione linguistico-culturale, favorendo così l'integrazione dello straniero nella realtà sociale del paese in cui si trova. La mediazione linguistico-culturale rappresenta un vero e proprio "ponte" tra due universi, quello dello straniero da un lato e quello dei servizi pubblici e privati dall'altro, e promuove l'arricchimento reciproco tramite una maggiore conoscenza e una profonda comprensione della cultura e delle tradizioni dell'altro.

Grazie a questo studio possiamo affermare che la mediazione linguistica è ormai indispensabile per orientare e accompagnare gli immigrati e le immigrate nei loro percorsi di inclusione socio-lavorativa nonché per attivare percorsi di convivenza e coabitazione positiva tra migranti e popolazione autoctona. Come abbiamo spiegato, nella realtà italiana, la necessità di convertire in dinamiche interculturali tanti aspetti della vita sociale dei cittadini è ormai una priorità del vivere civile che va oltre l'obiettivo di integrare la popolazione immigrata nella società di accoglienza. Saper favorire queste dinamiche, quindi, diventa una competenza necessaria per chiunque si occupi di sociale. A tal proposito il mediatore linguistico-culturale si caratterizza appunto come una figura sensibile soprattutto alla decodifica degli stereotipi in quanto è in grado di progettare e realizzare interventi che favoriscano dialogo e comprensione.

Lo scopo di questo studio è dimostrare come il dialogo interculturale che sorge all'interno del contesto medico-sanitario, di cui i protagonisti sono il mediatore linguistico-culturale, il medico e il paziente straniero, sia considerato una forma di comunicazione che richiede espressione e riconoscimento della diversità, ossia l'osservazione di ciascun partecipante come soggetto in grado di esprimersi prendendo in considerazione le rispettive

prospettive e creando condizioni di apertura tra gli interlocutori. A tal proposito, il dialogo interculturale si manifesta come un incontro che permette di realizzare soglie di passaggio tra orientamenti diversi poiché è in grado di eliminare i confini etnocentrici costituendosi come una strategia comunicativa efficace per la gestione del conflitto capace di una distribuzione equa della partecipazione che permette di creare le condizioni per coordinare i punti di vista differenti.

Nel seguente elaborato è stato dimostrato che nell'analisi delle interazioni le diversità culturali entrano in un contatto marginale nella comunicazione a tre e che le occasioni per promuovere forme di coordinamento e della gestione dei conflitti sono scarse. I contenuti riguardanti le diversità vengono espressi solo quando l'informazione non è considerata una minaccia per i risultati del colloquio medico. Ad esempio, i contenuti ritenuti "delicati" vengono anticipatamente discussi tra mediatore e medico e poi sono filtrati prima di essere tradotti al paziente; la mediatrice, infatti, può decidere se omettere informazioni ritenute destabilizzanti per il paziente senza il bisogno di dover discuterne con il medico. A tal proposito, prevenire i rischi comunicativi come forma di gestione delle diversità culturali, assieme agli orientamenti primari del sistema di cura medica che tendono a limitare la partecipazione del paziente, possono spiegare la scarsa occorrenza di conflitti interculturali nell'ambito del colloquio medico mediato. Tuttavia, anche la costruzione dell'affettività risulta essere problematica all'interno del contesto del sistema di cura medica in quanto l'espressione delle emozioni del paziente, sebbene trovino spazio nella conversazione monolingue col mediatore, non sempre vengono valorizzate nell'ambito della conversazione a tre.

Infine, sebbene la mediazione sia in grado di attivare forme di comunicazione interpersonale e di promuovere l'espressione della diversità del paziente, crea le condizioni affinché tutti i partecipanti si allineino a queste forme di comunicazione solo marginalmente. La mediazione non fa altro che allinearsi all'orientamento del sistema di cura medico attraverso la diffusione di forme di comunicazione che prevengono il contatto e il conflitto tra le diversità, al fine di mantenere il proprio ordine interno.

ABSTRACT

CHAPTER I

THE LINGUISTIC-CULTURAL MEDIATION

The word *mediation* means to conciliate two or more parties with the goal of finding common points or an acceptable solution between them”. The task of *mediation* corresponds to the mediator, who helps the communication between parties with the goal of choosing an option that meets the interests and needs of each one. With *language mediation* we refer to the process of communication between two or more individuals who cannot communicate effectively because they do not share the same language and language code. So, they need a professional figure, the *mediator*, who can make the communication easier to simplify the achievement of the final goal.

The *linguistic-cultural mediator* helps to facilitate the communication between local people and migrant communities thanks to his knowledge of both respective languages and cultures. In addition, the *mediator* is a “third actor” who helps and supports the two main ones. So, the mediation reduces the effects of a conflict and creates dialogues between parties, it avoids giving voice to only one and distinguishing between winner and loser or between who is right or who is wrong.

The linguistic-cultural mediation is applied on three levels:

- **practical orientation order level**: that is to say, the mediator's role is to inform or translate specific information, relating, for example, to the socio-institutional and political-bureaucratic system of a specific country.
- **linguistic-communicative level**: the mediation becomes translation, interpretation, prevention and management of misunderstandings and misinterpretations.
- **psyco-social level**: that is to say, the mediator assumes the role of social change, of stimulation for the reorganization, enrichment, and programming of the service.

Furthermore, the cultural mediator is an active part of the integration process, he acts as a “**bridge**” figure between foreigners and private institutions and public services, who has the tasks to facilitate communication and understanding on linguistic and cultural level.

Therefore, the basic functions of a mediator are:

- to ensure proper communication and mutual understanding between service providers and foreign users;
- to carry out language interpretation;
- to accommodate the foreign users;
- to clarify cultural assumptions and stereotypes of the two cultures;
- to give information to service staff and foreign users.

Then, the requirements of the cultural language mediator are:

- having foreign origin and have had a personal experience related to the migration;
- know the local culture, know how to speak and write the local language;
- know the local reality and the services of the area where he works;
- know the culture and socio-economic reality of the migrant's country of origin;
- have an educational qualification and specialized training in cultural mediation;
- be good for a relational and social work and possess interpersonal skills of empathy and confidentiality.

CHAPTER II

THE WORK OF THE MEDIATOR IN EUROPE AND ITALY

All around Europe, the areas of intervention of mediation, its training paths as well as the mediator professional characteristics are deeply diversified elements which depends on the countries of reference. However, in Europe, there is still not clear and homogeneous definition of what is meant by *cultural mediation*.

In fact, the regulatory and institutional approaches to the meaning and the usefulness of mediation interventions change in every country. So, we can affirm that language mediation is now considered indispensable for guiding and accompanying immigrants (men and women) in their paths of socio-occupational inclusion, as well as, for activating and stabilizing a positive coexistence between migrants and the local population.

The cultural mediation appeared in Italy Around the early 1990s, thanks to the migration phenomenon and the desire of creating a policy of integration for the migrant population. At a national level, the definition of the profession of the intercultural mediator has still not been adopted by the legislation. However, several references to mediation activities can be found in legislation on immigration and integration of foreign citizens.

First and foremost, the presence of intercultural mediator is needed in **educational and school settings** as a tool for supporting the educational role of schools. Besides, the intercultural mediators are also needed in **health care legislation** to facilitate the removal of sociocultural barriers and guarantee the access to health care to migrants.

Italy calls for recognizing the professional qualification of intercultural mediator through the establishment of a National Register of Mediators, because nowadays the intercultural mediation is a reality with a growing role, but the lack of clarity and the poor recognition of the mediator's work makes necessary a regulation of their qualification.

CHAPTER III

MULTICULTURALISM AND SOCIAL INTEGRATION

Multiculturalism is a political thought that arose to define the ethical basis of a strategy for the treatment of ethnic, religious and cultural minorities by political institutions. It is a collection of different ideas and numerous political practices, not always very coherent with each other, which aim is to transcend national boundaries and offer identification to individuals and communities who have left their countries of origin.

As we know, cultural diversity characterizes contemporary liberal democratic societies as a type of society that guarantees thought, expression association of freedom.

We define as multicultural all those countries that have been influenced and culturally determined by the migration of ethnic groups, which bring linguistic, religious, and racial minorities. However, it is the task of the State to find a balance between the interests of the natives and the social demand from the minorities in order to ensure unity and cohesion, as well as to avoid the problems of social disintegration.

Over the years, there has been a shift from an abstract theory of multiculturalism to a real "way of thinking" inside the cultural system. This means that multiculturalism is now based on the promotion and protection of differences, with absolute respect for human dignity. At the same time, many others define multiculturalism as a value underlying democracy as an extension and realization of pluralism.

All multicultural countries have adhered to a model based on awareness of the presence of the other, they recognize the importance of granting social values and protection to various minority groups. In fact, this creates a participatory culture among different people based on knowledge, but, first of all on acceptance of existing cultural differences.

Inside the multiculturalism, we can distinguish two major options. The first one is the **integrated multiculturalism**, which associates the cultural and the social aspects, it proposes laws or measures that simultaneously involve the cultural recognition of a group and fight against the social inequalities suffered by its members. The second one is the **fragmented multiculturalism**, which is based on a principle of disassociation, it is focused on cultural differences without considering the social issue.

The debate concerning the problem of immigration in increasingly multiethnic Western societies is fundamentally centered on the social integration topic, which in multiethnic situations can be analyzed on two basic axes:

First, the **horizontal axis**:

- Socioeconomic dimension, which is related to the material conditions of an individual or a social group and their ability to enjoy tangible and intangible social goods;
- Sociocultural dimension which concerns issues related to the cultural identity of an individual or a social group;
- Sociopolitical dimension which is referred to the direct and the indirect participation of an individual or social group into decision-making processes concerning the community.

Secondly, the **vertical axis**, which is related to the issue of equity, understood as equality of opportunity rather than equality of outcome.

Once again, the *mediation* strategy proves to be a fundamental opportunity available to both individual and collective social actors who act in the context of multicultural interaction systems. This means that *mediation* can manage their relationships by orienting them and avoid or reduce possible conflicts that could arise from cultural differences, with the aim to keep the social system itself in balance.

CHAPTER IV

ACCESS TO HEALTH CARE FOR THE FOREIGNER

In our country, the Italian Constitution grants the right of health care for all citizens of non-European Union states, legally residing, registered to the National Health Service, with equal treatment and full equality of rights and duties as all Italian citizens.

All *cultural mediators* inside health care facilities empower the entire system to mediate, welcome and meet patients from different cultures. The role of the *cultural mediator* has been used in the health care field in many settings, especially in the maternal and child health sector. There have been positive results because the *mediator* facilitates the communication, he does not interfere with medical-health care work, he facilitates the accomplishment of its specific tasks.

All those foreign people that access to the Italian healthcare facilities can be divided into four categories:

- 1) foreign patients with residence permits;
- 2) foreign patients without residence permits;
- 3) foreign tourist patients;
- 4) foreign patients provided with a residence permit for health reasons.

The existence of barriers that make relations between Italian healthcare and immigrant patients difficult is undeniable and it requires not only figures such as the *mediator*, but also adequate knowledge and awareness between healthcare personnel and the foreign patients. The areas of misunderstanding between doctors and foreign patients can be identified in five distinct levels:

- 1) **prelinguistic level**: it refers to cases that cannot be shown, such as internal sensations that cannot be indicated with a finger and cannot be interpreted because they vary from one patient to another;
- 2) **linguistic level**: it refers to the foreign patient language proficiency that does not allow him to communicate adequately with health care personnel;
- 3) **metalinguistic or semiotic level**: it refers to the fact that semantic fields are not perfectly overlapping from language to language. For example, the distinction between *disease*, *illness* and *sickness* according to which illness would represent a cultural system is the sick subject's experience of it;

- 4) **cultural level**: It is related to sociocultural barriers that are determined by internal factors and external factors, which can create biases and misunderstandings in doctor-patient communication;
- 5) **metacultural level**: it concerns the legal-administrative barriers i.e., the difficulties in accessing health services also from the logistical and administrative point of view by foreigners, but also socioeconomic barriers that represent an obstacle in the paths of access and usability of health services by foreign immigrants.

The mediation pathway in health care should provide a contact and a dynamic relationship between doctors and patients, that means create a contact between two cultural universes as an integral part of the care pathway. In Italy, the work of the mediator in health care is focused on four activities:

- in presence or on-call intervention (scheduled or urgent)
- front office activities (i.e. reception desk, orientation and accompaniment inside the health facility);
- back-office activities (i.e. administrative services, translation of written documents, correspondence management, health and foreign facilities and patients contact, etc.);
- remote intervention (i.e. telephone and video conference interpreting)

CHAPTER V
INTEGRATION, HEALTH CITIZENSHIP AND MEDIATION

Mediation tends to restore and affirm the conditions for which immigrants and native citizens can redefine a space of interaction and cooperation. Therefore, it addresses the need to join rights that have opposite cultural meanings and, at the same time, it encourages and strengthens the immigrant's sense of self-recognition and self-esteem.

The *cultural-language mediator* who meditates inside the health care system, plays several discursive roles such as:

- 1) **translator (conduit)**, which is the most traditional role of the interpreter. It means that he translates everything that is said, exactly as it is said, without adding, taking away or changing anything;
- 2) **clarifier (clarifier)**, in this role the *mediator* makes slight changes to what is said to ensure mutual understanding between the parties; he translates faithfully, but in such a way that the listener can actually understand what is being said;
- 3) **cultural mediator (cultural broker)**, this role involves offering information relative to the culture, in both directions, to overcome cultural differences that could lead to misunderstandings;
- 4) **partisan mediator (advocate)**, in this role, the *mediator* steps out of the so-called "neutral" context and takes the side of one of the two participants, usually speaking for him or her and negotiating directly with the institution, to serve the "client" needs.

Therefore, in daily practice, even during a single mediation episode all these roles can be activated. For example, the responder action may be functional to introduce clarification (clarifier role) or to explain a point of view of one of the parties (cultural broker advocate role), but it may suspend the production of translation significantly, temporarily excluding a participant from the interaction. So, the roles of conduit, clarifier, cultural broker and advocate are actually realized on several levels:

- 1) the stimulation of contributions to be translated, as it is the interpreter who coordinates the interaction;
- 2) the selection for the production of the translation and the transfer the content to the third participant;
- 3) the construction of the information contents;

4) the interpersonal relationship.

During meetings inside health care institutions, the mediator stands between doctor and foreign patient as a full-fledged participant and not merely as a translator of others' words. Through analysis of the interaction, it emerges that discursive identity comes from different behaviors that can be summarized generally in three points:

- 1) Activating the right of discursive initiative, in a spontaneous way through questions or adding information for both health care provider and patient;
- 2) Activate the responder function, that means to respond directly to questions from the health care provider or patient;
- 3) Select what the primary participants are saying and then translate it, this means that the mediator decides what to translate to the interlocutor and what can be left out.

So, when the mediator functions as a filter it prevents that:

- the patient develops his own autonomy in social knowledge and his own autonomy in managing his own health;
- the doctor develops a focus on the patient as a "person" and a professional awareness on how important are mediators in the health care context.

Therefore, managing shifts and conversational actions is a complex operation that requires awareness by all the professional involved, first the *mediator* and secondly the doctor. It is necessary to reflect on what kind of communication is realized during the conversation, with the help of the *mediator*, between doctor and patient in order to be aware on how it works.

As we said before, *intercultural mediation* is considered one of the strategies of contemporary Western society to unite the diversities that have arisen within the multicultural society. From the point of view of activated communicative processes, the intercultural dialogue, which the mediator should be able to promote due to his cultural and linguistic competence, appears to be the most suitable form of communication to achieve this goal. In fact, intercultural dialogue is considered a form of communication that requires expression and recognition of diversity, that is, the observation of each participant as a subject capable of expression and whose perspective should be considered. Dialogue opens to the interlocutor and takes the form of an encounter that allows connections between different orientations, so the dialogue is able to eliminate ethnocentric boundaries. Finally, the dialogue is an effective communication strategy for managing conflict because it

promotes an equitable distribution of participation and creates condition to coordinate differing points of view.

Here are introduced different ways to overcome all differences, like:

- 1) orientation toward assimilation and cross-cultural adaptation;
- 2) forms of risk and conflict management;
- 3) forms of dialogic mediation.

However, different analysis of interactions show that cultural diversity comes into marginal contact of the three-way communication, and there are few opportunities to promote forms of coordination or conflict management.

All contents regarding diversity are expressed only when the information is not considered a threat to the results of the medical interview. For example, the diversities observed as most relevant, such as those related to body treatment and contraceptive practices, are treated differently by health care personnel: all contents deemed "sensitive" are discussed in advance between doctor and mediator and then filtered before being translated to the patient. In addition, the *mediator* can take the initiative to omit information deemed destabilizing for the patient, without the need to discuss it with the doctor.

Preventing communicative risks, as a form of cultural diversity management, along with the primary orientations of the medical care system that tend to limit patient participation, may explain the low occurrence of cross-cultural conflicts in the mediated medical interview.

In addition, the construction of affectivity turns out to be problematic within the context of the medical care system. This means that the expression of the patient's emotions, although they find space in the monolingual conversation with the mediator, are not always valued within the three-way conversation. This occurs because of missed or reduced translations producing an asymmetry that has decisive effects on the possibility of promoting forms of intercultural dialogue; so, spaces for affectivity are often limited to monolingual conversations.

Although mediation can activate interpersonal forms of communication and promotes the expression of patient diversity, marginally it creates the conditions for all participants to align with these forms of communication.

The prevalence communication forms that prevent contact and conflict between diversities reveals the orientation of the medical care system, to which mediation generally aligns in order to maintain its internal order.

RESUMEN

CAPITULO I

LA MEDIACIÓN LINGÜÍSTICO-CULTURAL

Con la palabra *mediación* nos referimos al intento de conciliar dos o más partes con el objetivo de encontrar puntos comunes o una solución aceptable entre ellas.

La labor de *mediación* corresponde al mediador, que ayuda a la comunicación entre las partes con el objetivo de elegir una opción que puede satisfacer los intereses y necesidades de cada individuo. Con *mediación lingüística* nos referimos al proceso de comunicación entre dos o más individuos que no pueden comunicarse eficazmente porque no comparten ni la misma lengua ni el código lingüístico. Por esto, se necesita una figura profesional, el *mediador*, que facilite la comunicación para simplificar la consecución del objetivo final.

El *mediador lingüístico-cultural* contribuye a facilitar la comunicación entre la población local y las comunidades de migrantes gracias a su conocimiento de las respectivas lenguas y culturas. Además, el mediador es un "tercer actor" que ayuda y apoya a los dos principales. Así, la mediación reduce los efectos de un conflicto y crea diálogos entre las partes, evita dar la voz a una sola y evita hacer distinciones entre quién gana y quién pierde, o entre quién tiene razón o quién no.

La mediación lingüístico-cultural se aplica en tres niveles:

- **nivel de orden de orientación práctica:** es decir, la función del mediador es informar o traducir una información específica, por ejemplo relativa al sistema socio-institucional y político-burocrático de un cierto país.
- **nivel lingüístico-comunicativo:** la mediación se convierte en traducción, interpretación, prevención y gestión de malentendidos y malas interpretaciones.
- **nivel psicosocial:** es decir, el mediador asume el papel de cambio social, de estímulo para la reorganización, enriquecimiento y programación del servicio.

Además, el mediador cultural es parte activa del proceso de integración, actúa como figura "**puente**" entre los extranjeros y las instituciones privadas y los servicios públicos, y su misión es facilitar la comunicación y el entendimiento a nivel lingüístico y cultural.

Por tanto, las funciones básicas de un mediador son:

- garantizar una comunicación adecuada y un entendimiento mutuo entre los servicios y los usuarios extranjeros;
- realizar la interpretación lingüística;
- acoger a los usuarios extranjeros;
- aclarar los supuestos culturales y los estereotipos de las dos culturas;
- facilitar las informaciones al personal de los servicios y a los usuarios extranjeros.

A continuación, los requisitos del mediador lingüístico cultural son:

- tener origen extranjera y haber tenido una experiencia personal relacionada con la migración;
- conocer la cultura local, saber hablar y escribir en la lengua local;
- conocer la realidad local y los servicios de la zona donde trabaja;
- conocer la cultura y la realidad socioeconómica del País de origen del migrante;
- tener una cualificación educativa y una formación especializada en mediación cultural;
- ser bueno para el trabajo relacional y social y poseer habilidades interpersonales de empatía y confidencialidad.

CAPITULO II

EL TRABAJO DEL MEDIADOR EN EUROPA E ITALIA

En toda Europa, los ámbitos de intervención de la mediación, sus itinerarios formativos así como las características profesionales del mediador son elementos profundamente diversificados y distintos en cada País. Sin embargo, en Europa, todavía no existe una definición clara y homogénea de lo que se entiende por mediación cultural.

De hecho, los enfoques normativos e institucionales sobre el significado y la utilidad de las intervenciones de mediación cambian en cada país. Así, podemos afirmar que la mediación lingüística se considera hoy indispensable para orientar y acompañar a los migrantes (hombres y mujeres) en sus itinerarios de inclusión sociolaboral, así como, para activar y estabilizar una convivencia positiva entre ellos y la población local.

La mediación cultural apareció en Italia a principios del Siglo XX, gracias al fenómeno migratorio y al deseo de crear una política de integración para la población migrante. A nivel nacional, la definición de la profesión de mediador intercultural aún no ha sido adoptada por la legislación. Sin embargo, se pueden encontrar varias referencias a las actividades de mediación en la legislación sobre inmigración e integración de ciudadanos extranjeros.

En primer lugar, la presencia de un mediador intercultural es necesaria en los entornos educativos y escolares como herramienta de apoyo a la función educativa de las escuelas. Además, los mediadores interculturales también son necesarios en la legislación sanitaria para facilitar la eliminación de las barreras socioculturales y garantizar el acceso de los inmigrantes a la atención sanitaria.

Italia pide que se reconozca la cualificación profesional del mediador intercultural mediante la creación de un Registro Nacional de Mediadores, porque hoy en día la mediación intercultural es una realidad con un papel cada vez mayor, pero la falta de claridad y el escaso reconocimiento del trabajo del mediador hacen necesaria una regulación de su cualificación.

CAPITULO III

MULTICULTURALISMO E INTEGRACIÓN SOCIAL

El multiculturalismo es un pensamiento político que surgió para definir la base ética de una estrategia de tratamiento de las minorías étnicas, religiosas y culturales por parte de las instituciones políticas. Se trata de un conjunto de diferentes ideas y numerosas prácticas políticas, no siempre muy coherentes entre sí, cuyo objetivo es trascender las fronteras nacionales y ofrecer una identificación a las personas y comunidades que han abandonado sus Países de origen.

Como sabemos, la diversidad cultural caracteriza a las sociedades democráticas liberales contemporáneas como un tipo de sociedad que garantiza el pensamiento y la expresión de libertad.

Definimos como multiculturales todos aquellos Países que se han visto influidos y determinados culturalmente por la migración de grupos étnicos, que aportan sus minorías lingüísticas, religiosas y raciales. Sin embargo, es tarea del Estado encontrar un equilibrio entre los intereses de los autóctonos y la demanda social de las minorías para garantizar la unidad y la cohesión, así como para evitar los problemas de desintegración social.

Con el paso de los años, se ha pasado de una teoría abstracta del multiculturalismo a una verdadera "forma de pensar" dentro del sistema cultural. Esto significa que el multiculturalismo se basa ahora en la promoción y protección de las diferencias, con absoluto respeto por la dignidad humana. Al mismo tiempo, otros definen el multiculturalismo como un valor subyacente a la democracia como extensión y realización del pluralismo.

Todos los Países multiculturales han adherido a un modelo basado en la conciencia de la presencia del otro, reconociendo la importancia de conceder valores sociales y protección a diversos grupos minoritarios. De hecho, esto crea una cultura participativa entre diferentes individuos basada en el conocimiento, pero, ante todo, en la aceptación de las diferencias culturales existentes.

Dentro del multiculturalismo, podemos distinguir dos grandes opciones. La primera es el **multiculturalismo integrado**, que asocia los aspectos culturales y sociales, propone leyes o medidas que implican simultáneamente el reconocimiento cultural de un grupo y la lucha contra las desigualdades sociales que sufren sus miembros. La segunda es el

multiculturalismo fragmentado, que se basa en un principio de disociación, se centra en las diferencias culturales sin tener en cuenta la cuestión social.

El debate sobre el problema de la inmigración en las sociedades occidentales cada vez más multiétnicas se centra fundamentalmente en el tema de la integración social, que en situaciones multiétnicas puede analizarse en dos ejes básicos:

En primer lugar, el eje horizontal:

- **dimensión socioeconómica**, que está relacionada con las condiciones materiales de un individuo o grupo social y su capacidad para disfrutar de bienes sociales tangibles e intangibles;
- **dimensión sociocultural**, que se refiere a cuestiones relacionadas con la identidad cultural de un individuo o un grupo social;
- **dimensión sociopolítica**, que se refiere a la participación directa e indirecta de un individuo o grupo social en los procesos de toma de decisiones que afectan a la comunidad.

En segundo lugar, el eje vertical, que está relacionado con la cuestión de la equidad, entendida como igualdad de oportunidades más que como igualdad de resultados.

CAPITULO IV

ACCESO DEL EXTRANJERO A LA ASISTENCIA SANITARIA

En nuestro País, la Constitución italiana concede el derecho a la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos que pertenecen y no a la Unión Europea, residencia legal, inscritos en el Servicio Sanitario Nacional, con igualdad de trato y plena igualdad de derechos y deberes que todos los ciudadanos italianos.

Todos los mediadores culturales de los centros sanitarios ayudan a todo el sistema para mediar, acoger y conocer a los pacientes de diferentes culturas. La figura del mediador cultural se ha utilizado en el ámbito sanitario en muchas realidades, principalmente en el sector de la salud materno-infantil, con resultados positivos al tratarse de una figura que, facilitando la comunicación, no interfiere en el trabajo médico-sanitario, sino que facilita la realización de tareas específicas.

Hoy en día, los extranjeros que acceden a centros sanitarios en Italia pueden dividirse en cuatro categorías:

- 1) pacientes extranjeros con permiso de residencia;
- 2) pacientes extranjeros sin permiso de residencia;
- 3) pacientes extranjeros turistas;
- 4) pacientes extranjeros con permiso de residencia por motivos de salud.

La existencia de barreras que dificultan las relaciones entre la sanidad italiana y los pacientes inmigrantes es innegable y su superación requiere no sólo figuras como la del mediador, sino también un conocimiento y una conciencia adecuados de las dinámicas que regulan la negociación de significados entre el personal sanitario y el paciente extranjero.

Las áreas de incomprensión entre el médico y el paciente extranjero pueden identificarse en cinco niveles distintos:

- 1) **nivel prelingüístico**: se refiere a los casos en los que se intenta denotar objetos que no se pueden mostrar o visualizar, como las sensaciones internas, por ejemplo, que no se pueden indicar con un dedo y no se pueden interpretar, ya que varían de un paciente a otro;
- 2) **nivel lingüístico**: se refiere a la falta de competencia lingüística del paciente extranjero, él no puede comunicar adecuadamente con los profesionales sanitarios;

- 3) **nivel metalingüístico (o semiótico)**: se refiere al hecho de que los campos semánticos no son perfectamente superponibles de una lengua a otra. Por ejemplo, la distinción entre *disease*, *illness*, *sickness*, según la cual la enfermedad representaría un sistema cultural y la experiencia de la persona enferma al respecto.
- 4) **nivel cultural**: relativo a las barreras socioculturales determinadas por factores internos y externos, que pueden crear prejuicios y malentendidos en la comunicación médico-paciente;
- 5) **nivel metacultural**: relativo a las barreras jurídico-administrativas, es decir, las dificultades de acceso a los servicios sanitarios también desde el punto de vista logístico y administrativo por parte de los extranjeros; las barreras socioeconómicas representan ciertamente un obstáculo en las vías de acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes.

El proceso de mediación en la asistencia sanitaria debe incluir el contacto y la relación dinámica entre médico y paciente, es decir, entre dos universos culturales, como parte integrante del itinerario asistencial. En Italia, la labor del mediador en el contexto sanitario se centra en cuatro actividades

- 1) intervención presencial o de guardia (programada o urgente);
- 2) actividades de front office (recepción, orientación y acompañamiento en el centro sanitario);
- 3) actividades de back office (servicios administrativos, traducción de documentos escritos, en papel y en línea, gestión de la correspondencia, contacto con los pacientes y los centros sanitarios y extranjeros, etc.);
- 4) intervención a distancia (interpretación telefónica y por videoconferencia).

CAPITULO V

INTEGRACIÓN, CIUDADANÍA SANITARIA Y MEDIACIÓN

La mediación tiende a restablecer y reafirmar las condiciones en las que los ciudadanos inmigrantes y los autóctonos pueden redefinir un espacio de interacción y cooperación. La mediación responde a la necesidad de combinar derechos que tienen significados culturales opuestos y, al mismo tiempo, fomenta y refuerza el sentimiento de autoconocimiento y autoestima del inmigrante.

El mediador cultural-lingüístico que interviene en el contexto sanitario desempeña diferentes papeles discursivos, o sea:

- 1) **traductor (conductor)**, es el papel más tradicional del intérprete, traduce todo lo que se dice, exactamente como se dice, sin añadir, quitar ni modificar nada;
- 2) **clarificador**, en este papel el mediador introduce ligeros cambios en lo que se dice para garantizar la comprensión mutua entre las partes; traduce fielmente, pero de tal forma que el oyente pueda entender realmente lo que se dice;
- 3) **mediador cultural**, este papel consiste en ofrecer información cultural en ambas direcciones, para superar las diferencias culturales que podrían dar lugar a malentendidos;
- 4) **mediador partidista (advocate)**, en este papel, el mediador sale del contexto denominado "neutral" y se pone de parte de uno de los dos participantes, normalmente hablando en su nombre y negociando directamente con la institución los servicios que necesita el "cliente".

En la práctica diaria, incluso durante un único episodio de mediación, pueden activarse todos estos papeles.

En los encuentros dentro de las instituciones sanitarias, el mediador se interpone entre el médico y el paciente extranjero como participante de pleno derecho y no como mero traductor de las palabras de los demás. Del análisis de la interacción se desprende que la identidad discursiva se manifiesta en comportamientos recurrentes que, en general, pueden resumirse en tres puntos:

- 1) activar el derecho de iniciativa discursiva, es decir, hacer preguntas espontáneamente y añadir información tanto al profesional sanitario como al paciente;

- 2) activar la función de respuesta, es decir, responder directamente a las preguntas del profesional sanitario o del paciente,
- 3) seleccionar los enunciados a traducir producidos por los participantes primarios, es decir, decidir por sí mismos qué traducir al interlocutor y qué puede omitirse.

Así, cuando el mediador funciona como filtro impide que

- el paciente desarrolle su propia autonomía en el conocimiento social y su propia autonomía en la gestión de su propia salud;
- el médico desarrolle un enfoque del paciente como "persona" y una conciencia profesional sobre la importancia de los mediadores en el contexto sanitario.

Por lo tanto, gestionar los turnos y las acciones conversacionales es una operación compleja que requiere la toma de conciencia por parte de todos los profesionales implicados, en primer lugar el mediador y en segundo lugar el médico. Es necesario reflexionar sobre qué tipo de comunicación se realiza durante la conversación, con la ayuda del mediador, entre médico y paciente para ser conscientes de cómo funciona.

Como decíamos antes, la mediación intercultural se considera una de las estrategias de la sociedad occidental contemporánea para unir las diversidades surgidas en el seno de la sociedad multicultural. Desde el punto de vista de los procesos comunicativos activados, el diálogo intercultural, que el mediador debe ser capaz de promover debido a su competencia cultural y lingüística, aparece como la forma de comunicación más adecuada para alcanzar este objetivo. De hecho, el diálogo intercultural se considera una forma de comunicación que requiere la expresión y el reconocimiento de la diversidad, es decir, la observación de cada participante como un sujeto capaz de expresarse y cuya perspectiva debe tenerse en cuenta. El diálogo se abre al interlocutor y adopta la forma de un encuentro que permite establecer conexiones entre orientaciones diferentes, por lo que el diálogo es capaz de eliminar las fronteras etnocéntricas. Por último, el diálogo es una estrategia de comunicación eficaz para gestionar conflictos porque promueve una distribución equitativa de la participación y crea condiciones para coordinar puntos de vista diferentes.

Aquí se presentan diferentes formas de superar todas las diferencias, como:

- 1) orientación hacia la asimilación y la adaptación transcultural;
- 2) formas de gestión de riesgos y conflictos;
- 3) formas de mediación dialógica.

Sin embargo, diferentes análisis de las interacciones muestran que la diversidad cultural entra en contacto marginal de la comunicación a tres bandas, y hay pocas oportunidades de promover formas de coordinación o gestión de conflictos.

Todos los contenidos relativos a la diversidad se expresan sólo cuando la información no se considera una amenaza para los resultados de la entrevista médica. Por ejemplo, las diversidades observadas como más relevantes, como las relacionadas con el tratamiento corporal y las prácticas anticonceptivas, reciben un tratamiento diferente por parte del personal sanitario: todos los contenidos considerados "sensibles" se discuten previamente entre el médico y el mediador y luego se filtran antes de ser traducidos al paciente. Además, el mediador puede tomar la iniciativa de omitir información considerada desestabilizadora para el paciente, sin necesidad de discutirlo con el médico.

La prevención de los riesgos comunicativos, como forma de gestión de la diversidad cultural, junto con las orientaciones primarias del sistema de atención médica que tienden a limitar la participación del paciente, pueden explicar la escasa aparición de conflictos transculturales en la entrevista médica mediada.

Además, la construcción de la afectividad resulta problemática en el contexto del sistema de atención médica. Esto significa que la expresión de las emociones del paciente, aunque encuentran espacio en la conversación monolingüe con el mediador, no siempre son valoradas dentro de la conversación a tres bandas. Esto ocurre porque las traducciones omitidas o reducidas producen una asimetría que tiene efectos decisivos en la posibilidad de promover formas de diálogo intercultural; así, los espacios para la afectividad suelen limitarse a las conversaciones monolingües.

Aunque la mediación puede activar formas interpersonales de comunicación y promueve la expresión de la diversidad de los pacientes, marginalmente crea las condiciones para que todos los participantes se alinean con estas formas de comunicación.

La prevalencia de formas de comunicación que impiden el contacto y el conflicto entre diversidades revela la orientación del sistema de atención médica, al que la mediación suele alinearse para mantener su orden interno.

SITOGRAFIA

- 1) Mediazione Linguistica cos'è?
<https://www.mediazionelinguistica.org/mediazione-linguistica-cos-e-definizione/>
- 2) La figura del mediatore culturale in ambito sanitario
<https://italiana.wordpress.com/2012/06/04/la-mediazione-culturale-in-ambito-sanitario/>
- 3) “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”
<https://www.altalex.com/documents/codici-altalex/2014/04/09/testo-unico-sull-immigrazione>
- 4) Definizione del profilo professionale del mediatore culturale
<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Altre-info/e/2/o/41///id/85/Definizione-del-profilo-professionale>
- 5) Testo unico sull’immigrazione – Titolo V
<https://www.altalex.com/documents/news/2014/04/09/testo-unico-sull-immigrazione-titolo-v#titolo5>
- 6) SAI: nuove modalità di accesso e di funzionamento
<https://www.retesai.it/siproimi-nuove-modalita-di-accesso-e-di-funzionamento/>
- 7) Definizione di “*melting pot*”
<https://www.treccani.it/enciclopedia/melting-pot>
- 8) Definizione di “*creolizzazione*”
<https://dizionari.repubblica.it/Italiano/C/creolizzazione.html>
- 9) L’Italia del melting pot
https://www.treccani.it/magazine/atlanter/societa/L_Italia_del_melting_pot.html#:~:text=L'Italia%20%C3%A8%20un%20Paese,supera%20di%20poco%20il%204%25
- 10) “*Immigrazione in Italia: come lingue e culture di altri Paesi stanno cambiando le nostre case*”
<https://portalegiovani.comune.fi.it/urlnews/info/18101.html>

BIBLIOGRAFIA

- 1) Immigrazione, mediazione culturale e salute (Salute e società. Teoria e metodologia), Milano, a cura di Claudio Baraldi, Viola Barbieri, Guido Giarelli, 2008, FrancoAngeli, Volume XVII
- 2) La mediazione linguistico-culturale in ambito sanitario
<https://www.unife.it/medicina/ostetricia/studiare/minisiti/fisiopatologia-del-puerperio/discipline-demoetnoantropologiche/materiale-lezioni/La%20mediazione%20linguistico-culturale%20in%20ambito%20sanitario%20-Sola%20lettura.pdf>
- 3) Linee guida per l'accoglienza e l'integrazione degli alunni stranieri
https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2006/allegati/cm24_06all.pdf
- 4) Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche
<https://www2.immigrazione.regione.toscana.it/pdfnir/allegatodecretominsalut17dic2007.pdf>
- 5) La qualifica del mediatore interculturale - contributi per il suo inserimento nel futuro sistema nazionale di certificazione delle competenze
<https://www.integrazionemigranti.gov.it/AnteprimaPDF.aspx?id=1588>
- 6) Parekh B., *“rethinking Multiculturalism”*, Basingstoke, Palgrave MacMillan, 2011
- 7) Definizione di uguaglianza formale e sostanziale
<https://www.fishcalabria.org/wp-content/uploads/2020/06/Eguaglianza-formale-e-sostanziale.pdf>
- 8) *“Che cos'è la mediazione linguistico-culturale”*, Bologna, 2017, Il Mulino, Sabrina Machetti, Raymond Siebetchu