

MEDIAZIONE INTERCULTURALE

Il tema della **mediazione culturale** in ambito sanitario – e dei ‘mediatori’ con riferimento ai soggetti artefici della mediazione – ha iniziato ad emergere in Italia all’inizio degli anni ‘90, occupando poi uno spazio crescente. Ciò è chiaramente collegato alla parallela e progressiva affermazione e stabilizzazione della presenza straniera e al conseguente utilizzo, da parte degli immigrati, dei servizi assistenziali. Si ha però talora l’impressione di assistere ad una semplificazione, per non dire banalizzazione, di questo concetto (variamente espresso, nel tempo, con i termini di ‘mediazione linguistico-culturale’, ‘mediazione culturale’ e ‘mediazione interculturale’). Va preliminarmente sottolineato come, più frequentemente, il termine generico di mediazione culturale viene evocato e utilizzato nell’ambito dei servizi di pubblica utilità, quali uffici, servizi sociali e sanitari. La sua interpretazione prevalente ha a che fare con la necessità/opportunità di comunicare più efficacemente, *in primis* a livello linguistico, tra interlocutori che non utilizzano lo stesso idioma. È però nozione comune che la comunicazione è un processo complesso, che travalica la semplice capacità di comprensione linguistica per abbracciare la dimensione simbolica e quella più ampiamente culturale. Si intravede, dunque, l’esistenza di diversi livelli di ‘traduzione’ possibile. In tal senso il mediatore si configurerebbe come quel ‘terzo soggetto’, che ha il mandato di rendere possibile una relazione di comunicazione sufficientemente efficace o comunque di massimizzarne l’efficacia; per dirla ancora più semplicemente, un ruolo di ‘facilitazione’.

Le diverse nature della mediazione

Considerando come il fenomeno migratorio nel nostro Paese, diversamente da altri Paesi europei, sia stato caratterizzato da un’estrema frammentazione e diversificazione delle comunità rappresentate e quindi dei bagagli linguistici a disposizione, si comprende l’estrema utilità di poter disporre di ‘facilitatori’ della comunicazione che abbiano una buona conoscenza tanto dell’italiano quanto della lingua straniera, sia essa l’arabo, il rumeno, il filippino o il peruviano (mediazione linguistica). Al contempo, la figura del mediatore culturale viene evocata per intervenire a evitare possibili incomprensioni e malintesi che si ritengono derivare dai differenti sistemi di valori,

rappresentazioni, credenze e codici delle diverse culture di appartenenza (mediazione culturale).

Questa è sicuramente una dimensione più complessa e difficile da esplorare e sistematizzare; tra i tanti esempi possibili, basti pensare: alle notevoli distanze culturali in merito a regimi e tabù alimentari che, a volte, possono provocare forme di malessere; ai diversi codici comportamentali relativi alle relazioni tra i due sessi da cui possono derivare forme di frustrazione, malintesi e comportamenti aggressivi; alle interdizioni della sessualità in particolari periodi della vita o dell’anno; all’orizzonte religioso/spirituale entro cui collocare forme di malattia psicofisica, di sovente non percepibili consciamente dagli stessi ‘malati’; alle modalità di organizzazione familiare e anche più ampiamente sociale entro cui i singoli sono inseriti, modalità che a volte presentano stridenti contrasti o anche, più semplicemente, un’indifferenza, rispetto al diritto in vigore nel Paese ospitante.

Con riferimento all’ambito sanitario, l’insieme dei valori simbolici culturalmente sottesi alla concezione e al vissuto di salute e di malattia è talmente ricco e complesso da essere oggetto di una specifica disciplina, l’antropologia medica o sanitaria. E tale bagaglio di riflessioni e ricerche interroga oggi, a nostro avviso utilmente, il pensiero della medicina occidentale rispetto alle proprie categorie epistemologiche, ai sistemi di riferimento delle sue professioni e tecnologie mediche e ai modelli organizzativi in cui si esplica la pratica terapeutica e assistenziale.



Diop family, Aurelia Franty.

Tra le diverse nature di mediazione vi è anche quella che si esplica (sia a livello individuale sia istituzionale) in presenza di un conflitto o di una controversia, siano essi di origine familiare o sociale; tuttavia, in diversi casi, all'interno dei gruppi etnici presenti nelle nostre città, esistono già modalità di controllo e mediazione previste dalle rispettive culture di provenienza che, con la dovuta cautela, potrebbero essere prese in considerazione anche a livello istituzionale (personalità religiose, leader di gruppo, etc.).

La nascita di una professionalità specifica?

Insieme alla progressiva consapevolezza delle diverse 'frontiere' della relazione con il 'diverso da sé' (ben rappresentato dall'immigrato extracomunitario), si è fatta quindi parallelamente strada l'idea di costruire una professionalità specifica che fosse il frutto dell'incontro di diverse discipline e sensibilità. Si è cioè immaginato di poter arrivare a disporre di un soggetto che avesse acquisito competenze linguistiche, ma anche giuridiche, sociologiche, psicologiche, pedagogiche, antropologiche e ulteriori, a seconda dell'ambito specifico di impiego (nella fattispecie, dell'ambito sanitario). Alcune esperienze di utilizzo dei mediatori sembrerebbero però adombrare che è particolarmente rischioso – oltre che forse eccessivamente 'comodo' – attribuire tutte le possibili funzioni di mediazione, cioè di risoluzione delle eventuali incomprensioni linguistico-culturali, a una sorta di *deus ex machina* totipotente. Vale forse la pena interrogarsi su alcuni dubbi e criticità.

Le criticità

La differenza culturale

Una prima criticità riguarda un doppio rischio segnalato da Mazzetti (2003) rispetto alla differenza culturale: da un lato, esiste il rischio di sottovalutarla, approccio che si potrebbe definire 'universalista', oltre che etnocentrico, per cui gli esseri umani sono tutti uguali ed esiste un unico approccio medico praticabile; tale visione trascura la distinzione, teorizzata in ambito antropologico britannico negli anni '70 ed oggi ampiamente condivisa, tra *illness* ("ciò che il paziente sente quando va dal dottore") e *disease* ("ciò che egli ha quando torna a casa dall'ambulatorio") (Cassel, 1976). L'altro

rischio, speculare al primo, è invece quello di sopravvalutare la differenza culturale, orientamento che tende a interpretare ogni fenomeno legato alla salute come frutto di un portato culturale e a giustificare ogni difficoltà incontrata con la diversità culturale, dimenticando di avere di fronte una persona e non una cultura. Tale secondo rischio comporta, tra l'altro, una frustrante sensazione di impotenza, posta l'impossibilità, per ogni professionista sanitario che opera in Italia, di conoscere approfonditamente tutte le culture qui rappresentate e i rispettivi sistemi nosografici sanitari. Entrambi gli atteggiamenti, in quanto semplificazioni universalistiche, non offrono orientamenti efficaci. Non si tratta evidentemente di scegliere tra 'culture' e 'persone', ma di cercare un punto di equilibrio tra i due atteggiamenti che tenga nella dovuta considerazione sia il retroterra culturale della persona/paziente sia la sua specifica individualità; quindi, un approccio transculturale che non dia per scontate le proprie categorie interpretative e non una cultura medica enciclopedica e planetaria.

Il contesto di riferimento

Un'altra criticità attiene il contesto di riferimento: vi sono infatti molte ed evidenti differenze tra uno sportello postale o bancario – dove, per esempio, ci si proponga di esplicitare a un utente straniero le modalità di effettuazione di un vaglia piuttosto che le condizioni offerte con l'attivazione di un conto corrente – e un servizio sociale circoscrizionale – dove si tratti di discriminare, per esempio, anche attraverso un dialogo diretto, le capacità di una persona di rivestire in modo sufficiente una funzione genitoriale; in questo caso, infatti, non è possibile sottovalutare il peso delle molteplici differenze culturali relative al concetto di famiglia e ai ruoli educativi: si pensi, per tutti, ai sistemi familiari dove è il fratello della madre a essere la figura maschile di riferimento e non il padre biologico. O, ancora, si pensi a un ambulatorio medico, dove l'operatore sanitario ha la necessità di interpretare correttamente un malessere che la persona lamenta, magari in assenza di segni e di sintomi oggettivabili, o addirittura in presenza di sintomi 'diaframma' che nascondono in realtà malesseri di altra natura rispetto a ciò che lascerebbero presagire – si pensi al complesso definito 'psicopatologia delle migrazioni' e agli studi di Michele Riso sugli immigrati italiani all'estero – o di trattare una questione che attiene sfere emotivamente rilevanti, quali quella della sessualità. Quello sanitario è, quindi, un sistema in cui l'introduzione di



figure di mediatori appare particolarmente delicata, in particolare laddove vadano ad inserirsi nella complessa ed esclusiva relazione medico-paziente – o, più in generale, curante-paziente – all’interno della quale, come noto, l’efficacia dell’intervento è fortemente dipendente da una piena collaborazione fiduciale tra le parti (si pensi al tema della compliance), in cui però occorre realizzare una comunicazione efficace. Ecco quindi come il tema della mediazione interculturale in Sanità va a confluire in quello detto della ‘medicina transculturale’, in cui l’esigenza di strumenti e strategie di comunicazione e mediazione è fondante e implicita. Vi sono poi alcune condizioni, come per esempio quella dei rifugiati e dei richiedenti asilo, che necessitano di una particolare e specifica professionalità piuttosto che di molteplici, ma superficiali competenze. E ancora, una cosa è un contesto pubblico, istituzionale, un’altra è un contesto di privato sociale, per esempio di volontariato (che non infrequentemente è nato e opera in un’ottica di ‘mediazione’ rispetto alle istituzioni).

Affidabilità, credibilità e competenza

Un altro aspetto critico riguarda la necessità che chi media sia realmente accettato da parte di chi necessita della mediazione, cioè che gli venga riconosciuta una sufficiente affidabilità, credibilità e competenza rispetto ai problemi da risolvere. È evidente che, in talune circostanze, come per esempio quella di un paziente straniero ricoverato d’urgenza, vada in primo luogo salvaguardata la salute dell’interessato, obiettivo per cui è talora indispensabile raccogliergli direttamente informazioni anamnestiche. Qualora ciò sia ostacolato dall’assenza di una lingua comune di riferimento, è

quindi necessario che la struttura ospedaliera sia in grado di attivare rapidamente figure di mediazione linguistica. Alcuni ospedali, in particolare di grandi città, hanno risolto questa evenienza sottoscrivendo accordi di collaborazione retribuita con cooperative di mediatori. Non sarebbe infatti proponibile dal punto di vista economico, né giustificato dalla quantità e varietà di richiesta, assumere stabilmente tali figure incardinandole nell’organigramma della struttura sanitaria. In aree più periferiche, tale necessità potrebbe essere favorita dalla realizzazione di una rete di contatti con le comunità maggiormente rappresentate sul territorio, che prevedano la disponibilità di un’assistenza a richiesta. Si tratta, verosimilmente, di un’esigenza contingente, per così dire di transizione, destinata ad essere superata quando le comunità straniere esprimeranno stabilmente propri rappresentanti all’interno delle diverse professionalità sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa, etc.), così come già avvenuto in altri Paesi occidentali.

Per altre situazioni e/o setting assistenziali è però probabilmente semplicistico immaginare che la ‘conterraneità’ – o comunque l’appartenenza alla stessa area linguistica o culturale (intesa in senso molto ampio e superficiale, posta l’assenza di identità nazionale, sostituita da quelle del gruppo familiare, religioso o altro, in diverse aree del mondo) – sia di per sé bastevole a garantire questa credibilità e a indurre una reale accettazione, da parte del paziente, di ruoli di mediazione anche molto delicati. Accetteremmo forse noi con facilità, nel momento in cui esprimiamo un bisogno e chiediamo una qualche forma di servizio o prestazione, l’‘intrusione’ di un terzo soggetto solo in quanto italiano? È necessario che un facilitatore sia effettivamente in grado di facilitare.

Ci sembra anche riduttivo dare per scontato che la mediazione debba essere necessariamente affidata a un singolo soggetto, dimenticando che essa può, spesso, essere perseguita soprattutto attraverso uno sforzo mirato di tutto il sistema con cui il soggetto straniero entra in contatto, in cui ciascun operatore ‘medi’ per il proprio ruolo e le proprie possibilità: ciò significa passare da un’idea statica di ‘punto’ di mediazione ad una dinamica di ‘circuiti’ di mediazione; in tal modo, forse, potrebbe avere senso ipotizzare la possibilità di affiancare, ai professionisti caratterizzanti l’ambito, figure di collaboratori da individuare all’interno della comunità stessa di provenienza, come precedentemente accennato. In ambito sanitario, ciò potrebbe significare andare oltre la relazione medico-paziente ed il momento strettamente diagnostico-

terapeutico, per tentare di governare l'intero percorso (o processo) assistenziale, dall'accoglienza e dalla presa in carico fino alle necessarie azioni di verifica e di rinforzo dell'intervento in vista di una sua piena efficacia. A 'mediare', in questa prospettiva, non è solo il medico o il mediatore culturale, ma tutto il 'sistema curante'.

Mediazione culturale e promozione della salute

La mediazione interculturale finalizzata alla promozione della salute può essere quindi definita come "la messa in campo di strategie comunicative capaci di facilitare una relazione terapeutica efficace tra sistema sanitario e paziente appartenenti a contesti culturali diversi" (Geraci et al, 2005). Tale orientamento è stato d'altronde già fatto proprio in alcuni documenti programmatici sanitari (compresi gli ultimi Piani Sanitari Nazionali) ed in altri rapporti istituzionali, all'interno dell'obiettivo generale di promuovere e supportare l'integrazione dei cittadini stranieri.

Si tratta, evidentemente, di un processo in continua trasformazione, come lo è lo stesso fenomeno migratorio. Occorre infine segnalare come in alcune esperienze, per lo più caratterizzate dalla volontarietà e gratuità del proprio operare e comunque da una forte motivazione professionale, la 'provocazione' personale e collettiva suscitata dall'incontro con pazienti 'eteroculturali' abbia indotto una riflessione profonda sull'agire medico che, piuttosto che orientarsi verso l'esigenza di una mediazione professionalizzata ed etnospecialistica, sembra andare verso una riscoperta della centralità della relazione, con una decisa critica alle deviazioni apportate dal modello di relazione medico-paziente cosiddetto contrattualistico. Ed è estremamente interessante notare come le stesse esperienze abbiano portato a rivedere criticamente anche l'approccio assistenziale verso i pazienti italiani che, alla luce della riscoperta varietà delle storie, delle esperienze e dei diversi retroterra valoriali e simbolici, nascosti sotto una falsa patina di 'isoculturalità', è apparso infondatamente standardizzato. Basti pensare al concetto del pudore che, emerso come manifestamente problematico nell'assistenza ostetrico-ginecologica delle donne di religione islamica, ad una più attenta riflessione ha evidenziato una sottaciuta e sottovalutata difficoltà anche in molte donne italiane di tutte le età. Ciò porta a pensare che il patrimonio di esperienze maturate con gli stranieri immigrati possa essere un prezioso

stimolo anche per il miglioramento di tutti i servizi rivolti alla popolazione generale. Liberato da una serie di assunti superficiali, di approssimazioni e di preconcetti che hanno rischiato di farne una sorta di slogan della multiculturalità privo di contenuti chiari e condivisi, il tema della mediazione interculturale in Sanità potrebbe quindi fungere da volano per il rilancio qualitativo dei servizi a beneficio di tutti i loro utenti.

Maurizio Marceca

Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

BIBLIOGRAFIA

AAVV

Sanità amica in una società multietnica
L'arco di Giano, n. 22, 1999

Baccetti S

La comunicazione interculturale in sanità
Torino, Centro Scientifico Editore, 2001

Colasanti R, Geraci S

I livelli di incomprensione medico-paziente migrante
In: Caritas di Roma (a cura di Geraci S). Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni. Roma, Anterem, 2000, pp 213-220

Diasio N

L'uomo di vetro e l'uomo velato: la relazione terapeutica con il paziente eteroculturale

In: Geraci S, Marceca M, Del Vecchio R. Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturali. Ann Ig 1995; 7: 209-216

Geraci S, Maisano B, Mazzetti M

Migrazione e salute. Un lessico per capire
Studi Emigrazione. International journal of migration studies. 2005; 157: 7-51

Giarelli G

La consultazione clinica in prospettiva interculturale

In: CUAMM, Il paziente immigrato. Bologna, Editeam, 1994: 5-26

Maisano B

La mediazione come relazione di un corpo

In: Caritas di Roma (a cura di Geraci S). Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni. Roma, Anterem, 2000, pp 244-256

Manara DF

Il punto di vista dell'infermiere. Le sfide dell'alterità culturale al sapere medico-infermieristico contemporaneo

In: Fondazione ISMU - Iniziative e Studi sulla Multiethnicità (a cura di Pasini N e Picozzi M). Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie. Milano, Franco Angeli, 2005, pp 49-76

Marceca M, Ricci A

Mediazione linguistico-culturale

In: Valle Pittaluga M, Carboni V (a cura di). Immigrati migranti residenti. L'assistente sociale di fronte all'immigrazione oggi. Roma, Università degli Studi di Roma La Sapienza, 2001, pp 275-279

Marceca M

La salute

In: Zincone G (a cura di). Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Bologna, il Mulino, 2000, pp 273-315

Mazzetti M

Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto

Roma, Carocci Faber Editore, 2003