

Lavoro collettivo del team di progetto T-SHaRE

# **COMPETENZE TRANSCULTURALI PER LA SALUTE E LA CURA**

**Linee guida per la formazione e per la qualità nei servizi socio-sanitari**

Edizioni di ARACNE  
Associazione di promozione sociale  
Aprile 2012

Questo manuale è il prodotto finale del progetto “T-SHaRE - Transcultural Skills for Health and CaRE” n°504666-LLP-1-2009-1-IT-LMP, realizzato nell’ambito del Programma LLP - Leonardo da Vinci - Multilateral Projects for Development of Innovation, conclusosi nell’Aprile del 2012. Il sito del progetto è [www.tshare.eu](http://www.tshare.eu).

Il presente progetto è finanziato con il sostegno della Commissione europea. Gli autori sono i soli responsabili di questa pubblicazione e la Commissione declina ogni responsabilità sull’uso che potrà essere fatto delle informazioni in essa contenute.

I contenuti di questo libro sono pubblicati secondo i termini della licenza Creative Commons by-nc-nd. Attribuzione-Non commerciale-Non opere derivate 3.0 Unported (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>): è dunque consentito copiare, distribuire e trasmettere questo lavoro e dividerlo con altri, a condizione che vengano citati gli autori e che si rimandi correttamente a loro, ma non è permesso modificarlo in alcun modo o farne un uso commerciale.

Edizione inglese:

TRANSCULTURAL SKILLS FOR HEALTH AND CARE. Standards and Guidelines for Practice and Training.

Edizioni di ARACNE Associazione di promozione sociale - Napoli; a cura di CRIA; stampato a Lisbona nell’aprile 2012.

ISBN 978-88-907245-0-3

Edizione italiana:

COMPETENZE TRANSCULTURALI PER LA SALUTE E LA CURA. Linee guida per la formazione e per la qualità nei servizi socio-sanitari.

Edizioni di ARACNE Associazione di Promozione Sociale, Napoli; a cura di ARACNE; stampato a Napoli nell’aprile 2012.

ISBN 978-88-907245-2-7

Le versioni in formato digitale in lingua inglese, italiana, norvegese, francese e portoghese, sono scaricabili gratuitamente dal sito [www.tshare.eu](http://www.tshare.eu)

## INDICE

<b>IL TEAM DI T-SHaRE</b>	p.	7
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	p.	9
<b>PREMESSA</b>	p.	11
<b>INTRODUZIONE</b>	p.	13
<i>Le ragioni delle Linee guida T-SHaRE</i>	p.	13
<i>I possibili scopi delle Linee guida T-SHaRE</i>	p.	14
<i>A chi sono indirizzate le Linee guida T-SHaRE</i>	p.	14
<i>Come usare le Linee guida T-SHaRE</i>	p.	15
<i>Aspetti innovativi del progetto T-SHaRE</i>	p.	15
<i>Legislazione</i>	p.	17
 <b>PARTE I - LINEE GUIDA PER UN MODELLO TRANSCULTURALE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E SALUTE DELLA DONNA</b>		
<b>INTRODUZIONE</b>	p.	21
<b>POSIZIONI CRITICHE E METODOLOGIE AUTO-RIFLESSIVE</b>	p.	23
<b>IL RUOLO DEI FATTORI SOCIALI E POLITICI</b>	p.	24
<b>IL PROCESSO E L'INTERVENTO CLINICO</b>	p.	25
<b>LINEE GUIDA PER GLI STANDARD DI QUALITÀ</b>	p.	26
<b>LINEE GUIDA ETICHE - CODICE DI CONDOTTA</b>	p.	28
<i>Principi generali</i>	p.	28
<i>Linee guida specifiche per operatori del sociale e della sanità</i>	p.	30
<b>PROFILI E COMPETENZE PROFESSIONALI</b>	p.	31
<i>I. Competenze generali</i>	p.	32
<i>II. Competenze specifiche relative a particolari servizi sanitari</i>	p.	33
<i>III. Competenze specialistiche relative a specifici ruoli professionali</i>	p.	33
<b>LA MEDIAZIONE CULTURALE NEI SERVIZI SANITARI</b>	p.	33
<i>Una questione di identità professionale</i>	p.	33
<i>Il ruolo della mediazione culturale nel settore sanitario</i>	p.	35
<i>Il profilo e le competenze del mediatore culturale in ambito sanitario</i>	p.	36
<b>METODOLOGIA PER LA VALIDAZIONE DELL'APPRENDIMENTO DALL'ESPERIENZA</b>	p.	37
<i>La validazione delle competenze apprese sul lavoro: la buona pratica francese</i>	p.	37
<i>La valutazione e il riconoscimento delle competenze acquisite in modo non formale o informale</i>	p.	37
<i>Mappa delle competenze</i>	p.	38

## PARTE II - APPLICAZIONI PRATICHE DELLE LINEE GUIDA

<b>INTRODUZIONE</b>	p.	43
<b>LE QUATTRO FASI</b>	p.	44
<i>Sviluppo di un nucleo teorico e metodologico comune</i>	p.	44
<i>Analisi del contesto e del settore della sanità</i>	p.	44
<i>Analisi dei saperi degli immigranti e delle minoranze etniche su salute e cura</i>	p.	45
<i>Individuazione delle competenze e dei bisogni formativi dei mediatori culturali e degli operatori sanitari</i>	p.	46
<b>FATTORI-CHIAVE</b>	p.	47
<i>Tempo</i>	p.	47
<i>Approvazione sociale</i>	p.	47
<i>Costi e benefici</i>	p.	47
<i>Accessibilità</i>	p.	48

## PARTE III - LINEE GUIDA PER LA METODOLOGIA DELLA FORMAZIONE

<b>INTRODUZIONE</b>	p.	51
<b>GLI OBIETTIVI DEL PERCORSO FORMATIVO T-SHaRE</b>	p.	51
<b>IL PROTOCOLLO DI FORMAZIONE T-SHaRE</b>	p.	52
<b>BISOGNI E CONTESTI LOCALI</b>	p.	53
<b>LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI IN SANITÀ: UNA QUESTIONE FONDAMENTALE</b>	p.	53
<b>METODOLOGIA DELLA FORMAZIONE</b>	p.	53
<b>USARE I PROTOCOLLI PILOTA T-SHaRE PER LA FORMAZIONE</b>	p.	55
<b>I PROTOCOLLI T-SHaRE COME STRUMENTI PER PROGRAMMARE E VALUTARE I SERVIZI</b>	p.	56
<b>COME ESPORTARE I PROTOCOLLI PILOTA T-SHaRE IN ALTRI CONTESTI</b>	p.	57
<b>VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE</b>	p.	57

## PARTE IV - ALLEGATI

### SEZIONE 1 - IL PROGETTO T-SHaRE: LE PREMESSE, GLI OBIETTIVI, I PARTNER

<b>ALLEGATO 1 di ARACNE Associazione di promozione sociale</b>	p.	63
<b>LE PREMESSE E GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO T-SHaRE</b>	p.	63
<b>IL PARTENARIATO EUROPEO DEL PROGETTO T-SHaRE</b>	p.	68

### SEZIONE 2 - CONTRIBUTO TEORICO

<b>ALLEGATO 2 CONTRIBUTO TEORICO di Associazione Franz Fanon</b>	p.	75
--	----	----

### SEZIONE 3 - STRUMENTI METODOLOGICI

- ALLEGATO 3 - QUESTIONARIO - VALUTAZIONE DEI SISTEMI SANITARI E DEI SERVIZI DI CURA PER GLI IMMIGRATI** p. 87  
*di CRIA - Centro em Rede de Investigaçã em Antropologia*
- ALLEGATO 4 - ANALISI DELLE RAPPRESENTAZIONI CULTURALI DELLE COMUNITÀ IMMIGRATE E DELLE MINORANZE ETNICHE LEGATE AL CAMPO DELLA SALUTE E DELLA CURA, NEI SETTORI CHIAVE** di Associazione culturale Centro Shen p. 113
- ALLEGATO 5 - ANALISI DELLE COMPETENZE DI MEDIAZIONE CULTURALE CHE I MEDIATORI E GLI OPERATORI SANITARI DEVONO POSSEDERE/ACQUISIRE/MIGLIORARE SECONDO GLI IMMIGRATI** di Kulturno Drustvo Gmajna p. 119
- ALLEGATO 6 - ANALISI DELLE CAPACITÀ DI MEDIAZIONE CULTURALE CHE I PROFESSIONISTI DEVONO POSSEDERE/ACQUISIRE/POTENZIARE SECONDO I MEDIATORI (INTER) CULTURALI E GLI OPERATORI SANITARI** di Nasjonal Kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) p. 121
- ALLEGATO 7 - I PROTOCOLLI DI FORMAZIONE SPERIMENTATI** di Centro Françoise Minkowska p. 125
- ALLEGATO 8 - QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE GENERALE DELL'ESPERIENZA PILOTA DI FORMAZIONE T-SHaRE** di CRIA - Centro em Rede de Investigaçã em Antropologia p. 129
- ALLEGATO 9 - QUESTIONARI DI VALUTAZIONE IN INGRESSO E IN USCITA - L'ESPERIENZA PILOTA DI FORMAZIONE** di Centre médico-psycho-social Françoise Minkowska p. 131
- ALLEGATO 10 - VALUTAZIONE DEI SISTEMI E DEI SERVIZI SANITARI PER GLI IMMIGRATI** a cura di Kulturno Drustvo Gmajna p. 139

### SEZIONE 4 - PROTOCOLLI LOCALI PER LA CREAZIONE E LA FORMAZIONE DI GRUPPI INTERPROFESSIONALI E INTERCULTURALI NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE E DELLA SALUTE DELLA DONNA

- ALLEGATO 11 - PROTOCOLLO T-SHaRE TORINO (IT)** p. 145  
*di Associazione Frantz Fanon*
- ALLEGATO 12 - PROTOCOLLO T-SHaRE NAPOLI (IT)** p. 157  
*di ASL Napoli 2 Nord*
- ALLEGATO 13 - PROTOCOLLO T-SHaRE PARIGI (FR)** p. 177  
*di Centre médico-psycho-social Françoise MINKOWSKA*
- ALLEGATO 14 - PROTOCOLLO T-SHaRE LISBONA (PT)** p. 185  
*di Centro em Rede de Investigaçã em Antropologia CRIA*
- ALLEGATO 15 - PROTOCOLLO T-SHaRE LUBIANA (SI)** p. 197  
*di Kulturno Drustvo Gmajna GMAJNA*
- ALLEGATO 16 - PROTOCOLLO T-SHaRE OSLO (NO)** p. 219  
*di Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse NAKMI*



## IL TEAM DI T-SHARE

### ASS. FRANTZ FANON (Torino - IT)

Roberto Beneduce  
Roberto Bertolino  
Simona Gioia  
Irene Morra  
Simona Taliani  
Eleonora Voli

### ASL NA 2 Nord (Pozzuoli– IT)

Paola Amodeo  
Giuseppina Carannante  
Rosa dell'Aversana  
Laura Del Pezzo  
Christina Harrison  
Anna Manzo  
Silvana Petri  
Francesca Romagnuolo

### ARACNE (Napoli – IT)

Roberta Moscarelli  
Enza Sommella  
Maria Fernanda Spina

### CENTRO SHEN (Napoli – IT)

Lidia Azzarita  
Francesca Carrera  
Laura Intrito  
Maria Rosaria Marini  
Maria Toledo

### CRIA (Lisbona – PT)

Elizabeth Challinor  
Joaquim Jorge  
Carla Moleiro  
Silvia Olivença  
Chiara Pussetti  
Manuela Raminhos  
Cristina Santinho  
Joana Santos  
Francesco Vacchiano

### GMAJNA (Lubiana – SI)

Barbara Beznec  
Aigul Hakimova  
Polona Mozetič  
Sara Pistotnik

### CENTRO MINKOWSKA (Parigi – FR)

Ursula Acklin-Kalil  
Rachid Bennegadi  
Marie Jo-Bourdin  
Stéphanie Larchanché  
Christophe Paris  
Daria Rostirolla

### NAKMI and Folkeuniversitetet (Oslo – NO)

Karin H. Hjelde  
Ragnhild Spilker  
Ida Marie Bregård  
Vera Minja  
Ingebjørg Gram  
Synnøve F. Graneng  
Kjersti Kanck

### Il Comitato Scientifico di T-SHARE

Simona Taliani (Ass. Frantz Fanon)  
Roberto Beneduce (Ass. Frantz Fanon)  
Teresa Capacchione (Aracne)  
Roberta Moscarelli (Aracne)  
Maria Fernanda Spina (Aracne)  
Silvana Petri (ASL NA 2 Nord)  
Rosanna Blasi (ASL NA 2 Nord)  
Gemma Zontini (Centro Shen)  
Alfredo Pisacane (Centro Shen)  
Carla Moleiro (CRIA)  
Sara Pistotnik (Gmaina)  
Barabara Beznec (Gmajna)  
Polona Mozetic – (Gmajna)  
Karin H. Hjelde (NAKMI)  
Rachid Bennegadi (Centro Minkowska)  
Stephanie Larchanché (Centro Minkowska)





## RINGRAZIAMENTI

*Questa ricerca non sarebbe stata possibile senza la partecipazione di tutti gli individui, i gruppi, le organizzazioni e le comunità che hanno contribuito alla produzione di saperi all'interno del progetto. Ringraziamo in particolar modo tutti i partecipanti alla ricerca-azione, i migranti e le loro comunità, gli operatori del sociale e della sanità, i mediatori culturali, gli avvocati e gli attivisti per la promozione dei diritti dei migranti e delle minoranze. Speriamo sinceramente che questo documento riesca a rappresentare in gran parte ciò che le loro voci hanno inteso esprimere.*

### **ASSOCIAZIONE FRANTZ FANON**

Grazie ai servizi sanitari Pubblici “Dipartimento di salute mentale” e “Dipartimento Materno Infantile” - ASL TO1 che ci hanno consentito di sviluppare il progetto di formazione T-SHaRE per operatori sanitari e mediatori. La Dott.ssa Vilma Xocco, la Dott.ssa Luisella Cesari e la Dott.ssa Antonella Arras hanno avuto un ruolo importante nella diffusione del Progetto nei loro Servizi e Centri.

Grazie a Lahcen Aalla, Grace Aigboghian, Luz Cardenas, Simona Maria Nastasa, Berthin Nzonza e tutti gli operatori sanitari coinvolti, mediatori culturali e migranti per il loro contributo.

### **ASL NA 2 NORD**

Grazie al Dipartimento di salute mentale dell'ASL NA2 Nord, Gennaro Perrino, Manlio Converti; Dipartimento Materno Infantile ASL NA2 Nord, Maria Teresa Pini, Rosanna Blasi, Giuseppina Gallicchio; Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia Ospedale di Giugliano dell'ASL NA 2 Nord, Salvatore Sciorio; Resp.le UOC Integrazione Socio Sanitaria ASL NA2 Nord, Maria Femiano; Lifelong Learning Center, Università di Napoli “L'Orientale”, Luigia Melillo; Università di Palermo, Antonio d'Angiò; Cooperativa Dedalus - Napoli, Elena De Filippo; Ass. Pari Opportunità Comune di Napoli, Giuseppina Tommassielli; Assessorato al Lavoro, Formazione e Immigrazione Regione Campania, Severino Nappi; Presidente V Commissione Sanità Regione Campania, Michele Schiano di Visconti e tutti gli operatori sanitari coinvolti, mediatori culturali e migranti per il loro contributo.

### **ARACNE**

Grazie a: A3-I – Napoli; Associazione Cantiere dell'immaginario - Napoli; Associazione Garibaldi 101, Napoli; Coop. Casba; CIDIS Onlus; CISS O.N.G.; Coop. Dedalus; Forum Anti razzista Campania; Gruppo Lavoro Rifugiati Bari; Macchia di Colori Onlus; Associazione Jolibà – Napoli; Rete antirazzista - Napoli; Rivista di Filosofia Porta di Massa; Stranieriincampania.it; Caffè dell'Epoca, P.zza Bellini - Napoli; CEICC- Comune di Napoli;

e poi: grazie all'indimenticabile maestro *Sergio Piro* e ad *Alfonso De Vito*, *Erminia Sabrina Rizzi*, *Teresa Capacchione*, perché ci hanno ispirato, aiutato e sostenuto nella fase di ideazione del progetto T-SHaRE; ad *Abdel Fattah Zaami*, *Chandrasiri Nanayakkara Appuge*, *Louis Benjamin Ndong*, *Ndiaye El Hadji Omar*, *Wioletta Sardyko*, *Yacoubou Ibrahim*, per aver condiviso con noi le riflessioni sulla propria preziosa esperienza nel campo della promozione dei diritti degli immigrati e della mediazione culturale in campo socio-sanitario (per giunta in una domenica pomeriggio di primavera); a *Sara Cotugno* e *Raffaele Romano*, per le riprese e il montaggio del video “Percorsi Salutari - narrazione

di una valutazione qualitativa partecipata” e per l’amicizia; a tutto il collettivo di *InsùTV* per aver ospitato nella propria sede, condiviso e promosso il nostro workshop “Percorsi Salutari L’esperienza dei migranti nei servizi socio-sanitari campani come punto di partenza per il loro miglioramento”.

### **CENTRO SHEN**

Grazie a: Tatiana Perezvera, Nimal Pereira, Paolo Fierro, Luciano Gualdieri, Gemma Zontini, Olha Lyubymova, Cissè Hassan, Sampath Pereira, Sean Scott, Alfredo Pisacane, Leonie Sowole Tch Wimba, Katia Filonetes, Adriana Vila, Asad Mahmood Raja, Xiao Ming, Galjia Gali, Chandra Siri, Stella Savino, Paola Costa, Malinie Alahakoon, Chiara Leone and Francesca Riccio.

### **CRIA**

Grazie a ACIDI (Dr. Rosário Farmhouse e Dr. Filomena Cassis e il gruppo dei mediatori culturali); I partecipanti ai focus group: Médicos do Mundo (MdM); Associação de Melhoramentos e Recriativa do Talude (AMRT); PROSAUDESC; Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (AJPAS); Associação de Refugiados em Portugal (ARP); Santa Casa da Misericórdia de Lisboa: Direcção da Acção Social (Dr. Samuel Esteves) e Direcção do Serviço de Saúde de proximidade (Dr. José Castro Ferreira); ARS-LVT: Unidade de Saúde da Amadora: Dr<sup>a</sup> Helena Cargaleiro e Dr. António Carlos; Associação GIS (Grupo Imigração e Saúde) e Vítor Barros.

### **GMAJNA**

Grazie a IWW – Invisible workers of the World (Slovenia); Centro Africano Slovenia; Associazione Nigeriana in Slovenia; Movimento dei sans-papier e richiedenti asilo World for Everyone; Centro Sociale Rog; Dipartimento di Etnologia e Antropologia Culturale dell’Università of Ljubljana; Studenti del Dipartimento di Etnologia e Antropologia Culturale; Movimento 150; CIIA - Civil Initiative of Erased Activists; Kings of the Street, associazione dei senza fissa dimora di Lubiana; Clinica Pro Bono di Lubiana; IZ-HOD, iniziativa per la de-istituzionalizzazione delle istituzioni sanitarie e della salute mentale; Unione dei gruisti del porto di Capodistria, sindacato dei lavoratori di subappalto del porto di Capodistria.

### **CENTRO MINKOWSKA**

Grazie a Tiphaine Dequesne, Fatou Dia e Inter Service Migrants, Association AFAVO, Bintou Boiguillé (Afrique Partenaire Service), Jimmy Makete e Vikamuya Ndontoni (ATCK-France), Monief Labidi (Café Social), Nafissatou Fall (AHAM Le Havre), Néné Sow-Camara (FIA-Normandie), Fatou N’Dir Niang (La Passerelle), Jackie Botimela Loteteka (LAJP).

### **NAKMI and FOLKEUNIVERSITETET**

Grazie a tutti i migranti e gli operatori sanitari che hanno partecipato ai focus group, all’Ospedale Universitario di Oslo, Settore pari opportunità, il Dipartimento per le politiche nazionali norvegesi per la promozione della salute.

## PREMESSA

Le pagine di questo volume sono il risultato di un intenso ed impegnativo lavoro condotto dal Novembre 2009 ed Aprile 2012 dal gruppo internazionale che ha operato per la realizzazione del Progetto Europeo T-SHaRE - Transcultural Skills for Health and Care, che ha voluto esplorare i possibili miglioramenti nell'organizzazione dei servizi sanitari per i migranti affinché fossero sempre più rispondenti alle nuove esigenze sviluppatesi con l'avanzare del fenomeno della migrazione, che ha caratterizzato l'Italia e l'Europa tutta nell'ultimo ventennio.

L'ASL NA 2 Nord ente promotore e coordinatore del progetto, pur avendo un'esperienza ultradecennale nell'organizzazione dei servizi per i migranti ha voluto affrontare la nuova sfida di un approccio transculturale per il lavoro con gli immigrati al fine di delineare prospettive più aderenti alle nuove emergenze individuate dal lavoro quotidiano degli stessi operatori dei servizi.

Lo sviluppo di competenze appropriate per fronteggiare i problemi che emergono nell'attività quotidiana è un'esigenza rilevata dall'indagine condotta dal progetto tra gli operatori del settore sanitario e i mediatori culturali, soprattutto nel campo della salute delle donne e della salute mentale, ambiti dove è difficile separare il lavoro assistenziale dalla dimensione sociale, culturale e relazionale.

Il progetto ha voluto promuovere queste competenze transculturali per gli operatori sanitari e i mediatori culturali al fine di utilizzarle nell'approccio del paziente migrante per l'attività di cura e per la costituzione di equipe multidisciplinari e interculturali condizione indispensabile per superare le difficoltà e le incomprensioni che a volte si creano nei servizi tra operatori e utenti.

Questo volume è una scommessa vinta e contemporaneamente rappresenta anche una nuova sfida per la concretizzazione e il riconoscimento dei principi e delle metodologie proposte dal progetto.


Comincia ora. Infatti un altro percorso: quello della condivisione e del riconoscimento degli standard di qualità indicati dal progetto da parte di tutti gli attori del sistema compresi i decisori politici. Solo una reale condivisione di tali principi e metodologie potrà trasformare un approccio teorico in pratica quotidiana.

A tal fine l'ASL NA 2 Nord e altri partner del progetto hanno già sottoposto all'attenzione dei decisori politici i primi risultati del lavoro realizzato ottenendo il loro interessamento, prima con il loro coinvolgimento in iniziative pubbliche di presentazione del progetto poi con l'impegno a sostenere e sottoscrivere le Linee guida sviluppate come risultato del lavoro condotto da tutti i partecipanti al gruppo di lavoro del progetto T Share.

Il progetto è stato selezionato tra le 20 buone pratiche individuate dalla rete europea delle Agenzie Nazionali Programma LLP "New Skills Network" e tale riconoscimento è dovuto all'impegno di tutti i partecipanti. A tutti loro rivolgo il mio personale ringraziamento, nell'auspicio che il loro pregevole lavoro colpisca la sensibilità degli organi decisionali per realizzare un ulteriore avanzamento di integrazione e socializzazione degli ospiti migranti.

L'ASL NA 2 Nord comunque, intensificherà le iniziative per migliorare i servizi sanitari erogati ai migranti.

Giuseppe Ferraro  
Direttore Generale ASL NA 2 Nord





## INTRODUZIONE

### *Le ragioni delle Linee guida T-SHaRE*

Oggi i processi di immigrazione, sebbene con differenze anche significative nei singoli Stati membri, sono in continua crescita. L'eliminazione di barriere doganali e l'ingresso in Europa di nuovi paesi ha accresciuto questa mobilità. Migranti, richiedenti asilo e immigrati clandestini sono ad alto rischio povertà e esclusione sociale, e non ricevono a volte le cure che meglio rispondono ai loro bisogni. La sperimentazione di un approccio transculturale alla cura risponde al bisogno di adeguamento dei modelli di assistenza sanitaria all'utenza immigrata: promuovere competenze che consentono di venire incontro al background culturale e personale dell'utenza nell'attività di cura, è infatti fondamentale per rimuovere forme di esclusione, respingimento o incomprensione che spesso si producono in questi servizi, quando l'utente fatica ad orientarsi in un sistema di segni, di interpretazioni e di interventi che appaiono troppo distanti o irrispettosi della propria condizione e cultura.

In UE sono state molte le sperimentazioni puntuali di mediazione culturale nel campo sanitario, tuttavia ciò è insufficiente. Sono stati realizzati infatti alcuni progetti pilota per rafforzare ad esempio il ruolo degli ospedali nelle strategie di promozione, informazione e educazione alla salute degli immigrati e delle minoranze etniche anche combinando i modelli culturali delle minoranze etniche con le risorse della società d'accoglienza (cfr. ad esempio "Migrant Friendly" 2002 Programma di Sanità pubblica UE<sup>1</sup>). Eppure, ad oggi le funzioni e le competenze del mediatore che opera nello spazio della cura non sono definite chiaramente né condivise negli Stati membri e a livello europeo. Ciò crea spesso incomprensioni con gli operatori sanitari e i medici, che pregiudicano l'intervento. L'acquisizione di competenze adeguate per affrontare le difficoltà che emergono nella pratica quotidiana è infatti un'esigenza fortemente sentita da tutti gli operatori del settore sanitario. Ciò emerge con particolare urgenza nei complessi e delicati campi della salute delle donne e della salute mentale, dove la dimensione sanitaria si intreccia strettamente con quella sociale, culturale, relazionale, giuridica, economica.

Gli utenti finali dei servizi sanitari a cui le Linee guida per la formazione e per la qualità nei servizi socio-sanitari T-SHaRE si rivolgono sono, in particolare, gli immigrati regolari e irregolari, i richiedenti asilo, i rifugiati, le vittime di tortura, le persone vittime di tratta, i minori non accompagnati, nonché gli immigrati di seconda generazione e i membri delle minoranze etniche e/o culturali. Per motivi pratici, nel nostro testo, li indicheremo con la "categoria" globale "i migranti e i membri delle minoranze etniche" (tranne nei casi dove è necessario essere più specifici).

Le Linee guida per la formazione e per la qualità nei servizi socio-sanitari T-SHaRE intendono contribuire al superamento di tali gap nella formazione, ponendo le premesse per un reciproco riconoscimento di competenze apprese in modo formale e non formale e, allo stesso tempo, contribuire ad affrontare i limiti delle politiche di accoglienza e inclusione a livello locale ed europeo. L'acquisizione delle competenze previste e la qualità dei servizi offerti intendono agevolare la mobilità, l'occupabilità e la crescita professionale degli operatori sanitari e dei mediatori culturali.

---

1 Il progetto europeo "Migrant-Friendly Hospitals" (MFH), concluso nel 2004, è stato promosso dalla Commissione Europea, DG Salute e tutela dei consumatori (SANCO) e ha coinvolto ospedali da 12 Stati membri dell'Unione europea, un istituto scientifico in qualità di coordinatore, esperti, organizzazioni e reti internazionali. Cfr. <http://www.mfh-eu.net>

## *I possibili scopi delle Linee guida T-SHaRE*

Le Linee guida T-SHaRE possono essere utilizzate per diversi scopi:

- 1. *Indicazioni per la progettazione, la pianificazione e/o il miglioramento dei servizi sanitari*** rivolti ai migranti e ai membri delle minoranze etniche;
- 2. *Indicazioni per lo sviluppo di programmi di istruzione e di formazione*** per operatori che lavorano all'interno dei servizi sanitari rivolti ai migranti e ai membri delle minoranze etniche e/o utenti con diversi background culturali;
- 3. *Indicazioni per la definizione, il riconoscimento e il perfezionamento delle competenze di mediazione culturale*** nel settore sanitario;
- 4. *Indicazioni per organizzare la validazione e la certificazione delle competenze professionali acquisite sul lavoro*** nel campo della mediazione culturale all'interno dei servizi sanitari;
- 5. *Indicazioni e modalità per la creazione di uno strumento di valutazione*** che possa fornire criteri prestabiliti di valutazione delle prestazioni delle persone in formazione o dei professionisti del settore. Come misura del raggiungimento dell'obiettivo, tali criteri possono anche essere utilizzati per determinare se il professionista (o la persona in formazione) padroneggia le competenze richieste. Sul lavoro possono essere utilizzate sia per valutare il livello di competenza in entrata che come strumento di controllo per fornire un feedback durante tutto il processo. I mediatori culturali della salute e gli operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, ecc.) possono utilizzare questi standard per continuare a monitorare e valutare la propria performance individuale.

## *A chi sono indirizzate le Linee guida T-SHaRE*

Partendo da tali premesse, le Linee guida T-SHaRE sono rivolte a:

- Stakeholder<sup>2</sup> che intendono progettare e pianificare e/o organizzare e/o migliorare i servizi sanitari rivolti a persone migranti e membri delle minoranze etniche;
- Stakeholder che intendono progettare e/o pianificare e/o organizzare e/o migliorare i percorsi formativi rivolti a team di professionisti che lavorano nell'ambito dei servizi sanitari rivolti alla popolazione immigrata o all'interno dei servizi che accolgono una quota importante di persone migranti e di membri delle minoranze etniche.

In relazione ai contenuti e agli scopi di T-SHaRE, possono essere considerati Stakeholder:

- Autorità del Sistema Sanitario di cura (nazionale o regionale), ONG, istituzioni

---

<sup>2</sup> Gli stakeholder rappresentano una molteplicità complessa e variegata di "soggetti portatori di interesse della comunità" rispetto a un settore o a un campo di intervento. Il loro coinvolgimento, in particolare secondo l'approccio della progettazione e della valutazione partecipata, è fondamentale in quanto le opinioni, le decisioni, gli atteggiamenti e i comportamenti degli stakeholder possono favorire od ostacolare il raggiungimento di uno specifico obiettivo. Possono essere suddivisi in tre macro-categorie: 1) istituzioni pubbliche; 2) gruppi organizzati; 3) gruppi non organizzati (cittadini e collettività). Cfr. ad es. Bisio L. (2005) Bilancio sociale: strumenti e modalità di individuazione e coinvolgimento degli stakeholder, Regione Emilia Romagna, Team di innovazione regionale sul bilancio sociale.

- Professionisti e operatori del settore socio-sanitario: medici, psichiatri, ostetriche, psicologi, infermieri;
- Mediatori culturali;
- Immigrati e membri delle minoranze etniche esperti nel campo della salute e della cura;
- Immigrati e membri di minoranze etniche utenti dei servizi sanitari e dei servizi sociali pubblici e privati;
- Docenti, ricercatori e studenti universitari;
- Attori-chiave dei sistemi e dei servizi sociali e socio-sanitari;
- Attori-chiave delle politiche sanitarie;
- Attori-chiave delle politiche per l'inclusione sociale, l'immigrazione, le pari opportunità;
- Attori-chiave dei sistemi dell'Istruzione e della Formazione professionale.

### *Come usare le Linee guida T-SHaRE*

Le Linee guida T-SHaRE propongono percorsi di orientamento formativo, completi di strumenti metodologici, per quei soggetti che intendono implementare uno o più interventi negli ambiti sanitari sopra descritti, adattandoli alle politiche nazionali e locali, ai bisogni e alle potenzialità del paese in cui si intende operare.

Nello sviluppo, in particolare, delle indicazioni per la qualità della pratica e dei servizi, la sfida maggiore è stata quella di stabilire standard che definiscano l'eccellenza nella accuratezza e nella completezza dell'interpretazione, mentre rispondono alla necessità di adattare l'intervento al contesto locale, fornendo strumenti e metodologie per valutare la esigenze e le potenzialità locali: ciò, al fine di offrire indicazioni a quanti - agenzie del settore e singoli operatori - hanno la necessità di adattare le attività del proprio lavoro sul campo alla reale situazione del contesto locale.

Le Linee guida T-SHaRE per la formazione e per la qualità nei servizi socio-sanitari sono strutturate in tre parti principali:

**Prima Parte** - Principali criteri, linee guida, proposte teoriche ed epistemologiche per promuovere un approccio antropologico transculturale.

**Seconda parte** - Strumenti metodologici e strategie per la valutazione di bisogni locali, potenzialità e contesti, con il coinvolgimento attivo, sin dalla fase di pianificazione iniziale, di organizzazioni pubbliche e private del sistema sanitario, centri di ricerca e formazione, associazioni.

**Terza parte** - Percorso formativo T-SHaRE, sviluppato sulla base dell'analisi dei bisogni e delle proposte di utenti, mediatori, operatori sanitari e medici esperti di culture dei migranti e delle minoranze etniche. Si basa su un approccio costruttivista e decentrato.

### *Aspetti innovativi del progetto T-SHaRE*

Le presenti Linee guida sono il risultato della cooperazione tra nove partner di cinque diversi paesi europei (Italia, Portogallo, Francia, Slovenia, Norvegia) sviluppata nell'ambito di " T-SHaRE - Transcultural Skills for Health and caRE", progetto LLP - Leonardo da Vinci - Multilateral Projects for Development of Innovation iniziato nel novembre 2009 e conclusosi nell'aprile 2012.

Il progetto T-SHaRE ha definito diversi obiettivi volti a sviluppare competenze transculturali per la salute e la cura con particolare attenzione alla salute delle donne e alla salute mentale. Più in generale, il progetto mira al miglioramento dei modelli di assistenza sanitaria al fine di renderli più accoglienti verso i propri utenti, attraverso l'ottimizzazione delle relazioni tra operatori sanitari, mediatori culturali, comunità straniere, minoranze etniche, e attraverso la valorizzazione dei diversi approcci culturali alla salute e alla cura.

Inoltre, T-SHaRE ha sviluppato metodologie e strumenti per la formazione continua e per il riconoscimento delle competenze acquisite sul lavoro e/o in contesti di apprendimento non formali e informali, sia dei mediatori culturali che degli altri operatori sanitari.

Per affrontare efficacemente le complesse problematiche connesse al campo salute e migrazione, è necessario accrescere le competenze transculturali a tutti i livelli – sia relazionale-comunicativo sia medico-terapeutico - dei servizi sanitari europei, intesi come “comunità che apprendono”.

Al fine di individuare la modalità più efficace, T-SHaRE ha coinvolto attivamente in una ricerca-azione gli utenti, i ricercatori, i testimoni privilegiati e le diverse figure professionali che operano nel settore, sia nell'analisi dei bisogni formativi dei servizi sanitari, sia nella realizzazione di esperienze-pilota di orientamento on-the-job e gestione di servizi in chiave transculturale dedicati alla salute delle donne e alla salute mentale.

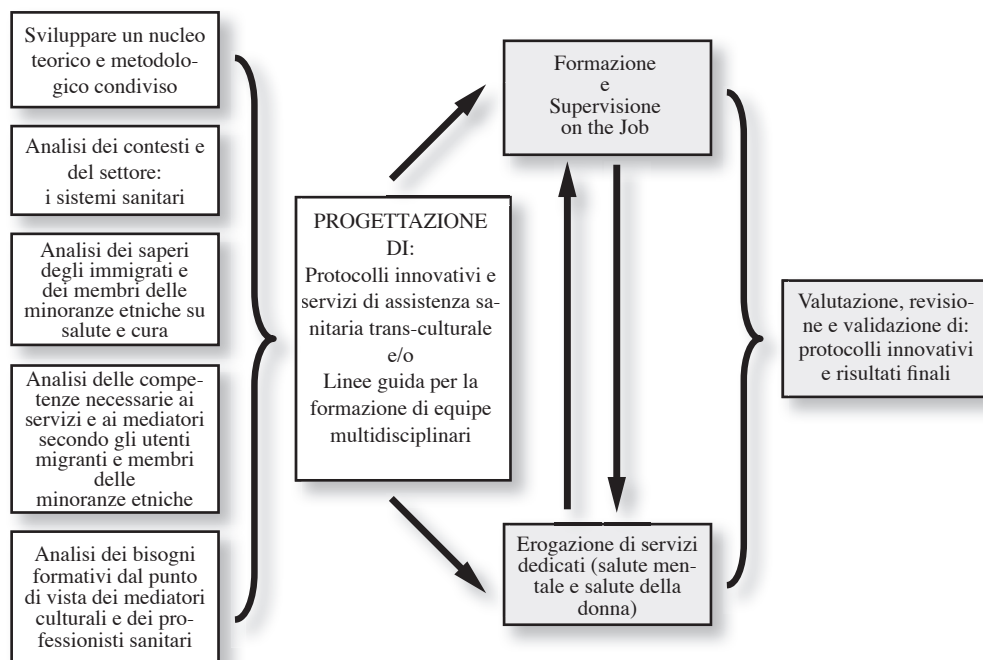
Un altro aspetto importante di questa ricerca è l'attenzione dedicata ai sistemi sanitari e ai legami e punti di intersezione tra i diversi ambiti legislativo, economico, politico e sociale riguardanti la salute e la migrazione, in ogni paese coinvolto. Di più, i setting clinici sono ambiti in cui è possibile osservare la stratificazione dei diversi soggetti coinvolti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che riflette non solo le dimensioni formali e politiche intrinseche ai domini burocratici e dello Stato, ma anche i meccanismi sociali e le relazioni che si costituiscono all'interno di questi quadri formali. Per raggiungere gli obiettivi e i risultati proposti, sono state sviluppate diverse **fasi di una ricerca-azione**, in particolare nei settori della salute delle donne e salute mentale<sup>3</sup>:

- Prima fase: comparazione dei sistemi sanitari nei paesi partner.
- Seconda fase: individuazione delle attuali pratiche di mediazione culturale in ambito socio-sanitario e delle competenze richieste per svolgere tale ruolo all'interno delle strutture sanitarie.
- Terza fase: analisi delle rappresentazioni culturali, dei saperi, delle competenze e dei bisogni delle comunità di migranti nell'area della salute e della cura.
- Quarta fase: analisi delle competenze nell'ambito della mediazione culturale che i professionisti sanitari devono possedere/acquisire/migliorare dal punto di vista degli utenti immigrati.
- Quinta fase: analisi dei bisogni formativi locali nell'ambito della mediazione culturale dal punto di vista dei mediatori culturali stessi e degli operatori sanitari.
- Sesta fase: progettazione di 6 protocolli innovativi - uno per ogni contesto locale analizzato - finalizzati alla costituzione e/o al miglioramento dei servizi sanitari dedicati agli utenti migranti e alla formazione di équipes interprofessionali e interculturali.
- Settima fase: sulla base del lavoro precedentemente svolto, elaborazione di metodologie e strumenti volti a costruire e/o migliorare i servizi sanitari dedicati



agli utenti migranti e membri di minoranze etniche e alla formazione di team interculturali e interprofessionali operanti all'interno dei servizi. In particolare questa fase fornisce un approccio (e relative metodologie e strumenti) volto al riconoscimento delle competenze apprese in modo non formale e informale e alla validazione delle competenze apprese sul lavoro.

- Ottava fase: sperimentazione e validazione sul campo di protocolli innovativi per la costituzione e la formazione di équipes interprofessionali ed interculturali nei servizi sanitari rivolti agli immigrati.
- Revisione dei risultati sulla base della fase di sperimentazione.



### *Legislazione*

Vi è un'ampia legislazione internazionale e nazionale, che sostiene la parità di accesso ai servizi sanitari e legali, anche se in molti casi il ricorso al mediatore culturale della salute non è sempre chiaro e strutturato. Quadri giuridici che sostengono la parità di accesso ai servizi sanitari sono:

- La convenzione Europea per la Difesa dei Diritti Umani e delle Libertà Fondamentali (1950)
- La Convenzione delle Nazioni Unite per il Diritto dei Bambini (1989)
- Human Rights Act (1998)
- Race Relations Amendment Act (2000)
- The Disability Discrimination Act (1995) and the Disability Discrimination Act (2005)



## **PARTE I**

# **LINEE GUIDA PER UN MODELLO TRANSCULTURALE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E SALUTE DELLA DONNA**



## INTRODUZIONE

Il Manuale T-SHaRE, qui presentato, si fonda sul presupposto che un servizio sanitario “culturalmente competente” è quello i cui operatori siano capaci di riconoscere le peculiarità dei singoli utenti, diversi per sesso, età, abilità, orientamento sessuale, valori morali o religiosi, ecc. Queste differenze, biologiche e culturali, sono il prodotto di complessi rapporti di forza sociali, di vincoli politici e di traiettorie soggettive. Il Manuale intende presentare agli operatori socio-sanitari un approccio critico e soprattutto riflessivo, affinché essi siano attenti al ruolo che i fattori sociali e politici giocano nella produzione della malattia e della sofferenza psichica, nonché nella costruzione di strategie terapeutiche efficaci.

Cosa vuol dire lavorare in un ambito di salute “culturalmente competente”? Quali nuovi bisogni e domande di cura originali hanno spinto alla costruzione di un nuovo setting e di nuove professionalità nel campo della salute? Che cos’è la mediazione culturale all’interno di un sistema di cura e quali competenze deve sviluppare un gruppo di lavoro che voglia operare in una direzione transculturale?

Nel corso degli ultimi anni è stata proprio la mediazione etnoclinica e linguistico-culturale che ha rappresentato la vera sfida per chiunque volesse lavorare sul terreno della psichiatria transculturale e della cura di pazienti immigrati. Tanto in Italia quanto in Europa o negli Stati Uniti, così come in Canada o in Australia, diversi esperimenti di mediazione culturale e linguistica sono stati realizzati all’interno dei servizi di etnopsichiatria o psichiatria transculturale per rispondere ai problemi della cura e, più in generale, dell’accesso ai servizi dei cittadini stranieri e dei membri di minoranze, riconoscendo che problemi di *accessibilità culturale*<sup>1</sup> potevano in quanto tali aggiungersi a quelli di natura economica, giuridica o istituzionale (cittadini senza permesso di soggiorno, rigidità degli orari di accoglienza, ecc.) nel diminuire l’accesso, rendere più fragile l’incontro, incrementare il rischio di insuccesso terapeutico o di drop out.

Le domande che gli operatori e i ricercatori si sono posti a questo riguardo possono essere così sintetizzate:

1. Che cosa accade quando un cittadino straniero o una famiglia immigrata entrano in contatto con i servizi sanitari?
2. I suoi sintomi, le sue esperienze, trovano sempre un ascolto e una interpretazione adeguati?
3. Quali sono le difficoltà che sperimentano gli operatori? E quali sono le “competenze culturali” (l’espressione è di Maurice Eisenbruch) di cui questi ultimi devono essere dotati per rispondere in modo efficace alla domanda di cura?

È evidente che la presenza dell’Altro, dello straniero, ha sempre rappresentato una leva in grado di rivelare le fraglie delle società ospiti e mostrare, in quelle che sembravano certezze acquisite, contraddizioni e zone d’ombra. La presenza dell’Altro è di per sé un vero e proprio “rivelatore epistemologico”<sup>2</sup>, svelando debolezze di diverso genere.

---

1 Per un approfondimento di queste tematiche, in particolare per quanto attiene all’ambito della mediazione culturale (questione culturale e questione linguistica, sotto menzionate), si rimanda ai lavori di Roberto Beneduce (1998 e 2004, *Frontiere dell’identità e della memoria*, Franco Angeli, Milano); e di Simona Taliani (2010, “Etnografie della cura”, in Del Corno, F. e Rizzi, P., *La ricerca qualitativa in psicologia clinica. Teoria, pratica, vincoli metodologici*, Raffaello Cortina, Milano 2010, pp. 217-240). Cfr. anche Taliani S. e Vacchiano F., *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Unicopli, Milano.

2 L’espressione è di Garrigues (2003, “Les villages noirs en France et en Europe”, *L’Ethnographie*, 2, pp. 13-

Contro tutto questo una sorta di *resistenza* ha fatto sì però che operatori ed esperti spesso non riconoscessero le carenze delle proprie pratiche e dei propri modelli interpretativi al cospetto di domande e conflitti nuovi o diversi. Una certa psichiatria preferisce così parlare di “drop out”, “bassa compliance” del paziente, “scarsa collaborazione” della famiglia: ma ciascuno di questi concetti potrebbe essere rovesciato e indicare in buona parte dei casi la “cattiva qualità dell’accoglienza e della relazione”, l’“insostenibilità delle terapia farmacologia” (economica, connessa ad effetti collaterali spesso non comunicati al paziente, ecc.), l’incapacità di governare dinamiche relazionali complesse. L’incontro fra *alienisti* e *stranieri*<sup>3</sup> ha visto amplificati questi problemi e l’abuso di simili pseudo-concetti. In queste difficoltà giocano però non meno di **due fattori**, spesso intrecciati o nascosti l’uno dietro l’altro, che conviene esaminare separatamente benché essi siano spesso connessi l’uno all’altro.

- a) Il primo potrebbe essere definita la **“questione culturale”**. La mancanza di consuetudine con categorie, rappresentazioni e modelli interpretativi caratteristici di un particolare sistema di cura, la scarsa familiarità con altri registri eziologici e terapeutici, la mancanza di conoscenza relativamente ad altri *idiomi della sofferenza e della malattia*, sono all’origine di molte delle difficoltà comunemente riportate. Questa difficoltà concerne tanto gli utenti quanto gli operatori: entrambi avendo del sapere e delle pratiche dell’Altro una conoscenza spesso circoscritta o immaginaria.
- b) Il secondo fattore concerne la **“questione linguistica”**: la difficoltà di tradurre in modo adeguato e sufficientemente articolato nella *lingua dell’operatore* preoccupazioni, inquietudini, paure o esperienze pone il paziente in una condizione di grande disagio, tanto più in quegli spazi di diagnosi e di cura dove, come nel caso della salute mentale, buona parte di ciò che accade sta nel territorio della parola. Reciprocamente, le interpretazioni e le prescrizioni dei terapeuti *non trovano appropriata risonanza* quando formulate in una lingua che il paziente ignora o gestisce male, e sono *sprovviste di pertinenza* se offerte in un linguaggio che ricalca presupposti epistemologici, psicologici, morali o religiosi potenzialmente lontani (o addirittura contraddittori) nei confronti di quelli del paziente o della sua famiglia. Tali presupposti, assunti in modo implicito o irriflesso, partecipano così alla produzione di malintesi e rendono difficile la costruzione di una relazione di cura efficace e della necessaria alleanza. Quest’ultima spesso costituisce la risorsa più importante quando si tratta di vincere la diffidenza di tanti utenti e famiglie che percepiscono i soggetti della cura e attori del controllo sociale come indistinguibili fra loro.

Quali sono le conseguenze di questi fattori nei servizi di salute mentale e salute della donna, oggi? Benché si conosca poco o nulla della storia del paziente, della sua biografia, dei suoi nomi, delle vicende del suo paese, una diagnosi psichiatrica viene tuttavia proposta anche dopo qualche frammentario “incontro”: una diagnosi che pretende legittimità sulla base di una sua presunta oggettività metodologica. Formule come psicosi reattiva, bouffée delirante, delirio religioso sono quanto mai ricorrenti, e

---

51).

3 Questa formula sta qui a ricordare il lavoro di R. Lipsedge e M. Littlewood (1989, *Aliens and alienist. Ethnic minorities and psychiatry*, London, Unwin Hyman), il cui titolo opportunamente giocava sul doppio senso del termine “alien” nella lingua inglese (straniero e alieno, appunto), per sottolineare quanti problemi avessero scandito in passato l’incontro fra psichiatria e pazienti provenienti da altre culture.

spesso si giunge a coniare vere e proprie pseudo-diagnosi che nell'insieme tradiscono l'incertezza degli operatori.

Di fronte alla "incomprensibilità" dell'Altro, doppiamente alieno (folle e straniero), di fronte a lingue spesso sconosciute, le strategie solitamente adottate sono due: a) il *diniego della differenza linguistico-culturale* e il ricondurre la sofferenza psichica al letto di Procuste delle nostre categorie e strategie senza alcuna opportuna traduzione, o, alternativamente, b) l'immaginare che una *differenza culturale* sia la cifra nascosta del comportamento osservato, il segreto che – una volta conosciuto – farebbe sparire per incanto il sintomo psicopatologico. Da qui ad una cattiva utilizzazione della mediazione culturale il passo è breve. L'erronea idea che essa non sia che un'altra maniera di ricondurre ostinatamente il paziente entro i confini del suo mondo culturale o etnico come strategia di cura ha contribuito a generare ulteriori equivoci, tanto più rischiosi nell'assenza di un'appropriata formazione sui significati e sul ruolo della traduzione in ambito clinico nella quasi totalità delle scuole che rilasciano il titolo di mediatore culturale.

Molta della confusione che caratterizza l'attuale dibattito sul significato della mediazione nasce dalla pretesa di parlare di questa pratica ignorando la peculiarità dei differenti contesti di applicazione (ben diverso è il suo ruolo, ad esempio, in psicoterapia, in un reparto di ostetricia o nella scuola, e ben diversa dovrebbe essere in questi casi la formazione prevista) (de Pury Toumi, 1998)<sup>4</sup>. L'idea erronea che la mediazione culturale sia un altro modo di riportare ostinatamente il paziente nei confini del suo proprio mondo culturale ed etnico come strategia di guarigione ha creato malintesi. Questi possono essere particolarmente importanti se si considera la mancanza di formazione adeguata sulle teorie linguistiche e sul significato della traduzione nel contesto clinico, che caratterizza la maggior parte delle scuole che rilasciano il titolo di "mediatore culturale".

Entrambi i rischi prima menzionati (*falsa positività* e, rispettivamente, *falsa negatività*, li si potrebbe definire), sono quanto mai ricorrenti, e già Devereux ne aveva scritto negli anni '70: essi conducono a non fare un uso efficace della differenza linguistico-culturale o, all'opposto, non giungere a riconoscere disturbi rilevanti dietro un idioma della sofferenza a noi poco familiare. Kleinman aveva oltre trent'anni fa proposto la nozione di *category fallacy* proprio per indicare questo genere di problemi, e soprattutto per mettere in risalto i rischi derivanti dalla pretesa di adottare come tali, senza il necessario approfondimento critico, categorie diagnostiche della psichiatria occidentale in altri contesti culturali.

## POSIZIONI CRITICHE E METODOLOGIE AUTO-RIFLESSIVE

Un punto nevralgico, preliminare alla costituzione di una équipe che abbia competenze culturali, riguarda la capacità critica e auto-riflessiva degli operatori socio-sanitari coinvolti. Nel corso del colloquio clinico o nel processo diagnostico, il gruppo di lavoro deve riuscire ad esplorare domini semantici e usi linguistici di concetti e categorie, proprie tanto al contesto clinico quanto al vocabolario culturale della malattia e della sofferenza. Questo atteggiamento implica una costante riflessione su nozioni, modelli interpretativi e strategie terapeutiche che non possono *andare da sé, essere cioè dati per scontati*: tali nozioni, modelli e strategie devono essere collocati in una prospettiva

---

4 De Pury Toumi, 1998. *Traité du malentendu*, Odile Jacob, Paris.

storica e re-interpretati alla luce delle dimensioni socio-economiche e politiche che li concernono.

1. Assumere una posizione riflessiva e critica significa, da un lato, porsi domande sulle conoscenze e i paradigmi di una disciplina e, dall'altro lato, riformulare i suoi principi di base e i suoi campi di applicazioni. Ciò permette di rivelare il carattere politico e culturale anche di quegli aspetti che tendono ad essere considerati "fattuali" e "naturali" (corpo, sensazioni, emozioni, sofferenza, ecc). Collocando in una prospettiva storica ognuna di queste nozioni e categorie, si comprende quanto le definizioni di "normale", "patologico", "sano", "morboso" ... siano il prodotto di processi storici e siano il risultato di un contesto politico e socio-culturale. In questo senso, le categorie mediche emergono non come frammenti discorsivi di ciò che è "reale", ma come parte di una struttura più complessa dotata di specifici dispositivi analitici volti a costruire la realtà (la malattia in questa prospettiva non è un 'oggetto' ma un 'costrutto')<sup>5</sup>. Per queste ragioni l'attenzione dell'équipe si deve volgere verso la valutazione della posizione degli interlocutori e le implicite rappresentazioni e ideologie che alimentano e regolano le categorie diagnostiche.

2. Una posizione analoga dovrebbe investire le categorie sociali e le prassi amministrative che inquadrano da un punto di vista legislativo il fenomeno migratorio. L'équipe dovrebbe mostrare una conoscenza rigorosa delle categorie di "irregolare", "clandestino", "straniero" ..., conoscere l'ordinamento giuridico che rende un immigrato un soggetto di diritto (o privato di diritti fondamentali). Un servizio sanitario competente e di qualità non può limitare la sua conoscenza alle origini e/o ai documenti dell'immigrato. Un professionista competente, capace di esplorare insieme al paziente le sue condizioni reali di vita (dormitori, comunità, case fatiscenti, ecc.), la sua condizione giuridica (tipologia del permesso di soggiorno, durata, ecc.) e la sua precarietà socio-economica (lavori precari, in nero, sfruttamento e condizioni di lavoro non tutelanti) potrà negoziare con l'utente/paziente le strategie di cura più efficaci, riducendo il rischio di produrre un peggioramento delle condizioni di salute o di malattia (rischio che sarà tanto più elevato quanto l'operatore sanitario mostra di non possedere strumenti di analisi rispetto alla 'natura sociale di alcune patologie o sofferenze psichiche).

## IL RUOLO DEI FATTORI SOCIALI E POLITICI

Lo sviluppo di un intervento competente implica dunque il riconoscimento del ruolo di fattori sociali e politici come aspetti importanti nella produzione della malattia e nella costruzione di iniziative terapeutiche.

Si impone la necessità di ripensare i setting clinici come luoghi di conflitto e cambiamento, dove gli attori sociali con posizioni e appartenenze diverse interagiscono. Questo è un processo che implica il riconoscimento della voce dei "pazienti" (e dei loro gruppi sociali di riferimento e appartenenza), l'ascolto di storie e narrazioni e l'integrazione di interpretazioni e spiegazioni locali nel processo di cura. Fare questo significa riconoscere la dignità del paziente e l'efficacia delle sue conoscenze "locali" (emiche) nella rappresentazione del suo personale posizionamento nei diversi contesti.

---

5 R. Beneduce, 2007. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità tra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma, pp. 292-293.



La proposta di T-SHaRE è quella di considerare i corpi malati non solo come organismi fisici, ma come proiezioni soggettive di itinerari personali, processi storici, forme di classificazione e interpretazione della realtà e processi di significazione del corpo e dell'evento (per esempio, nello specifico dell'evento malattia).

Questa coalescenza è particolarmente visibile e preziosa nelle storie di migranti e delle minoranze etniche. La cura è infatti il risultato di una ricollocazione dell'esperienza personale nello spazio fratturato di interazione tra il proprio corpo (e la propria biografia) e il mondo esterno. Coniugare l'interesse per i racconti dei migranti all'analisi del contesto di vita socio-politico ed economico rappresenta la possibilità di ricostruire il processo personale di costruzione dei sintomi come una forma peculiare di "accordo" tra adattamento e resistenza. Come da tempo si sottolinea negli studi di antropologia medica, le interpretazioni della malattia contengono inevitabilmente dei resoconti storici (meta-discorsi) e la scelta degli itinerari terapeutici che il paziente attraversa è sempre influenzata dalle relazioni locali col potere (medico, religioso, politico, ecc.).

## **IL PROCESSO E L'INTERVENTO CLINICO**

Il primo contatto che l'utente immigrato ha con un servizio sanitario assume un significato importante e una rilevanza sulla quale vogliamo qui prestare attenzione. Gli utenti dovrebbero sentirsi a proprio agio, all'interno di un clima tranquillo e rassicurante: dovrebbero sentirsi "accolti" nelle loro diverse esigenze (anziani, disabili, famiglie con bambini, ecc.).

Il team dovrebbe permettere all'utente di spiegare i suoi problemi ed essere in grado di interpretare le questioni di fondo che hanno portato alla ricerca della salute. Il team ricorrerà a diversi approcci al fine di individuare non solo il problema, ma anche, e soprattutto, le dimensioni implicite che sottostanno alla presentazione del problema e alla sua interpretazione. Tale processo è aperto e flessibile, nel senso che l'intervento e il programma sono stabiliti attraverso la discussione che coinvolge in ogni fase il team e l'utente.

L'interpretazione del problema dovrebbe riuscire a riguardare diversi fattori personali e sociali: la 'storia' medica (anamnesi) e la 'storia' personale della malattia; le attuali condizioni sociali di vita del paziente immigrato; i precedenti tentativi di cura (anche non appartenenti alle strategie bio-mediche); le relazioni di parentela e i rapporti esistenti con membri della propria comunità d'origine o di riferimento; le interpretazioni del problema del paziente stesso ("illness", nel noto linguaggio proposto dagli antropologi della Scuola di medicina sociale di Harvard e ripreso successivamente dall'O.M.S.).

Durante l'intervento, la cura del rapporto tra l'utente e l'équipe deve essere garantita a più livelli. Gli interventi si svolgeranno secondo la metodologia e la deontologia dei singoli campi disciplinari (medicina generale, psicologia, psichiatria, ginecologia, pediatria, ecc.) e secondo i metodi e le tecniche più aggiornate ed efficaci.

L'intervento si concluderà con un accordo con l'utente relativamente all'efficacia del processo o, viceversa, sulla necessità di ulteriori interventi presso altri servizi. Per gli utenti inviati da altre istituzioni o enti, l'intervento si conclude dopo aver condiviso le informazioni con il servizio inviante e comunicando il percorso intrapreso dall'utente.

*“Praticare” la competenza culturale nei servizi sanitari è un processo complesso e multi-livello che coinvolge non solo le interazioni nel sistema, ma anche gli scambi con la comunità e altri enti. All’interno del sistema sanitario, quello politico è sicuramente un settore legato alla competenza culturale. Uno standard di qualità elevata degli interventi in ambito di salute e cura può essere raggiunto solo se la “competenza culturale” viene sistematicamente considerata un “obiettivo” per professionisti, enti e decisori politici.*

*La sensibilità culturale è nel complesso un problema politico. La salute e la condizione psicologica degli immigrati, nonché il loro accesso alle strutture sanitarie, sono profondamente influenzati dal loro status sociale nella società di accoglienza. Inoltre i servizi sociali e sanitari spesso rischiano di riprodurre gli effetti di esclusione attraverso riduzione e assimilazione. In questo modo, la mediazione culturale è un’opportunità per promuovere un atteggiamento aperto alla complessità e all’interrogarsi su nuovi significati.*

*L’attuazione di questo modello implica un dispositivo terapeutico necessariamente interdisciplinare e transculturale, in cui i diversi attori - mediatori culturali, psicologi clinici, psichiatri, sociologi, così come i pazienti, le famiglie e la rete di relazioni - possono confrontarsi e discutere di modelli organizzativi, teorie, interpretazioni, pratiche e strategie di guarigione*

## **LINEE GUIDA PER GLI STANDARD DI QUALITÀ**

Partendo da tali premesse le Linee guida T-SHaRE propongono Standard di qualità per un Modello Europeo Transculturale nel campo della salute mentale e della salute della donna.

### **1. Sviluppare un Codice Etico di Condotta condiviso**

La consapevolezza etica è fondamentale nella pratica professionale di tutti gli operatori sanitari. Le *Linee guida per la formazione e per la qualità nei servizi socio-sanitari* propongono un Codice Etico di Condotta che può essere utilizzato e adattato dai promotori nel lavoro con team multidisciplinari e multilingue.

Il presente documento propone una serie di Linee guida Etiche per prestazioni sanitarie culturalmente sensibili. È rivolto a professionisti del sociale e della sanità, tra questi (ma non solo) medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, antropologi clinici, mediatori culturali sanitari, operatori socio-sanitari, interpreti ed altri operatori sociali, come sociologi e assistenti medici.

### **2. Creare un team terapeutico multilingue e multidisciplinare**

Creare un team terapeutico multidisciplinare, che integri le diverse competenze in un intervento complesso (per la salute mentale: psicoterapeuti e psichiatri, antropologi, mediatori culturali, assistenti sociali, psicologi clinici e di comunità; per la salute della donna e della famiglia: senologi, ginecologi, ostetriche, medici di medicina generale e pediatri, mediatori culturali, psicologi, assistenti sociali e infermieri);

Il team professionale e multidisciplinare è in grado di ricevere utenti di diverse nazionalità o comunità con differenti specificità linguistiche, religiose e culturali

ricorrendo all'utilizzo della lingua madre o ad una di loro preferenza e, tenendo in considerazione le loro rappresentazioni culturali di salute, corpo e sofferenza. Spetta ai professionisti rispondere alla specifica richiesta di cura: prospettiva diagnostica e terapeutica, mediazione, collaborazione con altri team (soprattutto nell'ottica di terapie congiunte), maggiore consapevolezza nell'approccio con le popolazioni interessate. La multidisciplinarietà può essere incoraggiata anche favorendo il coinvolgimento dei servizi sociali affinché garantiscano/assistanano l'accesso alle cure sanitarie.

### **3. Il mediatore culturale della salute è parte del team**

L'unità di mediazione culturale è parte del team terapeutico ed è composta da professionisti che preferibilmente condividono la lingua e le origini delle principali popolazioni migranti, offrendo la possibilità di attivare l'intervento "a chiamata" per esigenze specifiche.

Come standard generale, familiari e amici non possono fornire servizi di interpretariato. In caso di richiesta specifica in questo senso, da parte del paziente, il nuovo ospite sarà considerato un interlocutore nel processo terapeutico e non un surrogato del mediatore culturale.

I fornitori di servizi devono disporre di linee guida e di un contratto - riguardanti aspetti quali la riservatezza, i ruoli, la responsabilità e l'etica - che il mediatore viene invitato a rispettare.

### **4. Formare professionisti "culturalmente competenti"**

Formare i professionisti e gli operatori sanitari nel quadro della "competenza culturale" e della mediazione culturale nel contesto sanitario (la formazione dovrebbe anche essere estesa, dove possibile, agli operatori sanitari di comunità).

### **5. Lavorare in rete**

Il team lavora rapportandosi costantemente con la rete dei servizi disponibili nella comunità, interviene per affrontare esigenze cliniche e sociali. Inoltre, il team dovrebbe rappresentare una risorsa a disposizione di altre istituzioni per attività di consulenza su pazienti, di supervisione o per fornire orientamenti alle istituzioni. Particolare attenzione sarà prestata agli utenti inviati da altre istituzioni che hanno avuto difficoltà con gli stessi (in particolare i servizi sociali o le strutture educative), in questi casi l'approccio del team includerà la relazione tra l'utente e l'istituzione.

### **6. Assicurare a tutti il diritto di accesso alle cure sanitarie**

L'accesso al servizio è garantito a tutti i pazienti indipendentemente dal loro status amministrativo: la regolarità del documento non rappresenterà un elemento discriminante e in nessun caso i dati dei pazienti saranno segnalati alle autorità per l'immigrazione.

### **7. Documenti informativi e disponibilità dei dati**

I documenti devono essere adattati alle esigenze di alfabetizzazione e lingua dei paziente. Le informazioni relative alle prestazioni erogate dovrebbero essere disponibili per gli utenti.

## **8. Le comunità come partners**

Va promossa la collaborazione con le comunità, come mezzo per facilitare l'accesso alle cure della salute mentale e della salute delle donne.

## **9. Favorire le relazioni con gli istituti di ricerca e di formazione**

Il team deve curare le relazioni con gli istituti di formazione e di ricerca come mezzo per produrre e accrescere le conoscenze, per stimolare ulteriori ricerche, per attività di supervisione e consultazione.

## **10. Promuovere incontri periodici e seminari**

Convegni, seminari e altri eventi aperti dovrebbero essere organizzati con l'obiettivo di promuovere un dibattito all'interno della comunità sui problemi della migrazione, della salute e delle istituzioni.

## **11. Stabilire condizioni di lavoro adeguate e funzionali**

I luoghi di accoglienza e di lavoro devono essere accessibili e confortevoli, devono garantire la privacy nella consultazione clinica e l'organizzazione di eventi pubblici.

# **LINEE GUIDA ETICHE - CODICE DI CONDOTTA**

È noto che tutti gli individui si situano all'interno di contesti culturali, sociali, politici, storici ed economici e che i professionisti sono sempre più chiamati a comprendere l'influenza di questi contesti sulla salute e sul comportamento degli individui. In società sempre più diversificate, è particolarmente importante riconoscere il ruolo giocato da aspetti quali la cultura, l'appartenenza etnica, la migrazione, la lingua, la spiritualità e la religione, l'età, il genere, l'orientamento sessuale, le diverse capacità/possibilità di provvedere alla propria salute e al proprio benessere, e di fornire cure sanitarie.

Queste Linee guida sostengono che la coscienza etica è parte fondamentale della pratica professionale di tutti i professionisti della salute. Questo è valido per professionisti del sociale e della sanità, tra questi (ma non solo) medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, antropologi clinici, mediatori culturali che lavorano in ambito sanitario, interpreti e altri operatori sociali, come sociologi e assistenti medici.

### *Principi generali*

**Consapevolezza etica** - codici deontologici professionali e altre linee guida sono utili, ma non sufficienti a garantire che i professionisti siano sensibili ai temi della diversità nella loro pratica e ricerca. La consapevolezza etica professionale è un processo continuo e attivo che implica un'interrogarsi costante e responsabilità personale.

**Rispetto per i diritti e la dignità delle persone** - Differenti culture, etnie, religioni, lingue, età, sesso, orientamento sessuale, e altre caratteristiche simili sono parte integrante della propria identità e danno senso alla propria vita. Un reale rispetto tra i professionisti del sociale e della sanità e le persone con cui essi interagiscono è fondamentale per una relazione etica e per il rispetto dell'autonomia e della dignità delle persone.

**Promuovere il benessere** - Il ruolo dei professionisti del sociale e della sanità è la promozione della salute e del benessere quali facilitatori nel chiarire, comprendere, incoraggiare e aiutare gli altri nel loro percorso di self-empowerment esistenziale.

**Evitare di causare sofferenza** - I professionisti del settore sociale e della sanità del settore sociale e della sanità non dovrebbero permettere che i loro rapporti professionali con i pazienti possano essere pregiudicati dai propri punti di vista personali circa stile di vita, sesso, età, disabilità, razza, orientamento sessuale, religione o cultura. Come tali, essi sono responsabili nel non arrecare danno ai loro utenti.

**Responsabilità** - Professionisti del settore sociale e della sanità devono tenere standard di condotta professionale elevati, chiarire ruoli e obblighi professionali e accettare la responsabilità del proprio comportamento professionale. Inoltre, essi sono consapevoli delle loro responsabilità professionali e scientifiche rispetto alla società e alle specifiche comunità nelle quali operano.

**Giustizia** - Questo aspetto si riferisce al fatto che, in base ad un principio di uguaglianza, tutte le persone hanno il diritto ad accedere e beneficiare del contributo del proprio lavoro e ad un trattamento equo relativamente alle procedure e alle prestazioni fornite dai professionisti dei settori sociale e sanitario. Così, i professionisti sociali e sanitari cercano attivamente di comprendere il diverso background culturale dei utenti con cui lavorano e non discriminano in base a età, cultura, etnia, disabilità, sesso, religione, orientamento sessuale, stato civile o status socio-economico

**Competenza** - La competenza consiste in un atteggiamento (*consapevolezza*), conoscenza (*che cosa*), abilità (*come*), giudizio (*quando*), e diligenza (*impegno*) al servizio del benessere degli altri diversi, all'interno di uno specifico campo scientifico in cui ci si è formati. Il continuo aggiornamento sull'evoluzione della ricerca e della teoria nella letteratura scientifica e professionale è un aspetto importante della competenza etica.

**Pratiche centrate sul contesto** - Nelle pratiche centrate sul contesto, gli operatori della sanità e del sociale riconoscono che tutti gli individui (compresi loro stessi) sono influenzati dai diversi background, tenendo conto della varietà delle esperienze umane e personali. Essi si sforzano di comprendere e rispettare la diversità dei loro utenti, tra cui le differenze correlate a età, etnia, cultura, genere, disabilità, religione, orientamento sessuale e condizione socio-economica, considerando anche le differenze dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità.

**Consapevolezza delle dimensioni complesse della differenza** - I professionisti del sociale e della sanità sono consapevoli che la "differenza" non è un attributo naturale di individui o gruppi, ma una specifica costruzione sociale e politica. Nel loro approccio riconoscono le proprie responsabilità nel determinare la rappresentazione comune di queste differenze e le conseguenze sulla loro pratica.

## *Linee guida specifiche per operatori del sociale e della sanità*

**Consapevolezza di sé** - Gli operatori della sanità e del sociale sono invitati a riconoscere che, in quanto esseri culturali<sup>6</sup>, possono assumere atteggiamenti e convinzioni che influenzano negativamente le loro percezioni e interazioni con individui diversi da loro per età, etnia, cultura, religione, sesso, orientamento sessuale, disabilità e status socio-economico.

**La sensibilità culturale verso l'Altro** - Gli operatori della sanità e del sociale sono invitati a riconoscere l'importanza della sensibilità culturale, della conoscenza e comprensione di tutti gli individui, nel corso del loro lavoro con gli utenti.

**Conoscenza di sé** - Gli operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti hanno conoscenze specifiche dei loro background e di come questi influenzino professionalmente sia dal punto di vista personale che professionale le loro definizioni e i loro pregiudizi su normalità, anormalità e processo di cura.

**Conoscenza** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti conoscono e comprendono come i problemi di immigrazione, povertà, oppressione, impotenza, razzismo, sessismo, discriminazione e stereotipi hanno influenzato e influenzano la vita delle persone con cui lavorano.

**Conoscenza dell'altro** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti possiedono conoscenze e informazioni specifiche sul gruppo particolare (o i gruppi) con il quale stanno lavorando. Sono consapevoli delle esperienze di vita, dell'eredità culturale e della storia dei loro utenti e di come questi si ripercuotano sulla manifestazione del disagio psicologico, sulla ricerca di aiuto e sull'adeguatezza o inadeguatezza dell'approccio di intervento.

**Relazione di aiuto** - Gli operatori della sanità e del sociale affrontano le "esigenze di benessere" del paziente in relazione all'interprete riguardo a fattori quali età, sesso, provenienza etnica, e altre potenziali aree di disagio. Quando il problema emerge, queste potenziali aree di disagio sono discusse con il paziente e affrontate in modo appropriato.

**Riservatezza** - Gli operatori della sanità e del sociale spiegano i confini e il significato della riservatezza, le sue implicazioni e conseguenze per i pazienti e rispettano la loro privacy fisica e personale/ emotiva, a seconda delle necessità.

**Visioni Salute / Malattia** - Operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti rispettano la religione degli utenti e/o le convinzioni spirituali e i valori sul funzionamento del corpo e della mente. Di conseguenza, rispettano le pratiche di aiuto locali e l'aiuto delle reti intrinseche alla comunità.

**Mediazione** - i professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti sono in grado di collaborare con i mediatori culturali e cercano di consultarsi con altri guaritori o leader religiosi e spirituali, professionisti, quando necessario.

---

6 Poiché loro stessi si situano all'interno di un peculiare universo culturale.

**Lingua** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti valorizzano il pluralismo linguistico e non considerano l'altra lingua come ostacolo all'intervento. Si assumono la responsabilità di interagire nella lingua richiesta dall'utente, quindi, potrebbe essere necessario (a) cercare un interprete con conoscenze culturali e opportuno background professionale o (b) riferirsi ad un professionista bilingue esperto e competente.

**Limiti di competenza** - Gli operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti ricercano istruzione, consulenze, formazione ed esperienze per una maggiore comprensione ed efficacia nel lavoro con i diversi gruppi sociali. Riconoscendo i limiti delle proprie competenze (a) richiedono una consulenza, (b) chiedono ulteriore formazione o istruzione, (c) si rivolgono a soggetti e risorse maggiormente qualificati, o (d) optano per una combinazione di queste possibilità

**Supervisione** - La supervisione culturalmente sensibile è vista come strumento indispensabile per sviluppare un processo continuo e attivo di discussione e di auto-consapevolezza, così come la sensibilità relazionale nel lavoro con gli altri.

**Organizzazioni** - Gli operatori della sanità e del sociale sono incoraggiati a sostenere lo sviluppo organizzativo di politiche e pratiche culturalmente consapevoli.

**Formazione** - in qualità di formatori, gli operatori del sociale e della sanità sono incoraggiati ad impiegare i costrutti elaborati attraverso riflessioni critiche e nelle più recenti ricerche che affrontano il tema della diversità nella formazione di altri professionisti del sociale e della sanità,

**Ricerca** - I ricercatori culturalmente sensibili sono incoraggiati a riconoscere l'importanza di condurre una ricerca etica e centrata sul contesto, in riferimento all'ambiente in cui le persone e le loro relazioni, sono (trans)formate, vale a dire fattori di contesto culturale, sociale, politico e altri.

## **PROFILI E COMPETENZE PROFESSIONALI**

Secondo le Linee guida di T-SHaRE i professionisti impegnati in team interdisciplinari e interprofessionali che lavorano con gli immigrati o con cittadini di lingua, religione o cultura diversa devono possedere competenze relazionali oltre che conoscenze, abilità e competenze cliniche.

Queste abilità e competenze saranno suddivise in **competenze generali** e **competenze specifiche** in base:

- alle caratteristiche del servizio sanitario in questione;
- ai professionisti coinvolti (personale sanitario, come medici, infermieri, psicologi, antropologi e mediatori culturali sanitari).

## ***I. Competenze generali***

*Tutti* i membri del gruppo di lavoro interculturale (mediatori sanitari, medici, infermieri, psicologi, antropologi, ecc) dovrebbero possedere e sviluppare le seguenti competenze a diversi livelli in *qualsiasi* tipo di servizio sanitario:

### **1. Capacità relazionali**

Gli operatori dovrebbero essere in grado di costruire una relazione terapeutica forte con l'utente, che dovrebbe sentirsi "al sicuro" e rasserenato dal condividere i motivi della sua sofferenza con gli operatori sanitari. L'operatore sanitario deve mettere in discussione il proprio atteggiamento personale nei confronti dei migranti e dei membri delle minoranze etniche, e riflettere sul processo di cura considerandolo non come un semplice atto ma come parte di un processo interpersonale con il suo corso.

### **2. Capacità conoscitive**

*La conoscenza dei principali concetti antropologici e di antropologia medica* (cultura, corpo, identità, infermità/ malattia/malessere, modelli esplicativi di salute, malattia e sofferenza): atteggiamento critico verso le proprie premesse teoriche e metodologiche; conoscenza delle categorie, rappresentazioni e modelli interpretativi di altre società e sistemi di guarigione, la conoscenza di altri registri eziologici, diagnostici e terapeutici, e di altri aspetti della sofferenza e della malattia; riflessione sul rapporto di potere implicito nelle pratiche di guarigione, la capacità di rimanere e di muoversi all'interno / al di fuori della dialettica tra il concetto di uguaglianza e quello della differenza. A seconda del servizio sanitario in cui il professionista si trova a operare si presenterà la necessità di acquisire specifiche conoscenze medico/antropologiche (come proposto nel successivo punto III).

*La conoscenza della rete di assistenza e del suo funzionamento:* capacità di identificare le istituzioni locali che forniscono servizi e assistenza sociale agli immigrati e a membri delle minoranze etniche, incluse le associazioni di immigrati che fungono da collegamento o ponte tra le istituzioni locali, l'individuo e la sua comunità (aldilà dei servizi sociali, vanno considerate anche le attività di socializzazione).

*La conoscenza della normativa in materia di immigrazione:* in particolare per quello che attiene alle problematiche sanitarie (es. visto per motivi di salute, le condizioni di accesso all'assistenza medica nazionale), nonché la capacità di mappare le istituzioni locali che forniscono assistenza legale agli immigrati e ai membri delle minoranze etniche.

### **3. Competenze cliniche**

*Decentramento, o l'abilità di riconoscere il confronto di modelli esplicativi in gioco:* con un background formativo sull'approccio clinico dell'antropologia medica, il professionista sanitario dovrebbe imparare a identificare e cogliere i vari modelli esplicativi che sono in gioco nell'interazione clinica (quello del clinico, quello del paziente e quello del sistema –disturbo, malattia, malessere) necessari a migliorare la reciproca comprensione e rispetto da un lato, e a rendere possibile la costruzione di una diagnosi affidabile dall'altro.

*Neutralità e riservatezza*



## *II. Competenze specifiche relative a particolari servizi sanitari*

I professionisti che lavorano nel campo della salute delle donne devono approfondire le loro conoscenze sulla nozione di corpo femminile, sessualità, gravidanza, costruzione sociale del nascituro, diverse pratiche di allevamento dei figli. Nei servizi di salute mentale essi lavoreranno sui concetti di eziologia, la questione dell'efficacia delle strategie di guarigione, e più in generale sulle nozioni etno-psichiatriche e di antropologia medica.

## *III. Competenze specialistiche relative a specifici ruoli professionali*

### **1. Gli operatori sanitari (medici, infermieri, antropologi, ecc.)**

Il gruppo di lavoro deve riconoscere il ruolo centrale del mediatore culturale in ambito sanitario, per beneficiare e dare rilievo alle sue competenze.

Gli operatori sanitari devono saper gestire il processo di triangolazione osservato di frequente, che consiste in un continuo coinvolgimento del mediatore culturale nel dialogo tra operatori sanitari e utenti; devono saper tollerare la frustrazione di non capire immediatamente il discorso del paziente, sia per ragioni linguistiche che per ragioni semantiche, ancora, devono imparare a lavorare in presenza di un altro operatore sanitario in ambito clinico (questo problema è particolarmente importante in psicoterapia), accettando di essere una parte terza in un processo di co-costruzione clinica.

### **2. Il mediatore culturale in ambito sanitario**

Per quanto riguarda il mediatore in ambito sanitario, le Linee guida T-SHaRE esaminano in maniera approfondita e critica questa figura professionale, il suo ruolo nel servizio di assistenza sanitaria, le competenze e il profilo.

## **LA MEDIAZIONE CULTURALE NEI SERVIZI SANITARI**

### *Una questione di identità professionale*

La mediazione culturale è, fra gli interventi e le pratiche, la più rappresentativa di un modello di salute transculturale e, tuttavia, è l'identità professionale meno definita nel settore sanitario. A causa della prassi non uniformate, di requisiti di formazione diversificati, e per l'assenza di un organismo o una commissione che regolamenti la professione, i mediatori culturali spesso mancano di legittimazione e di riconoscimento in termini di identità professionale. Sebbene le definizioni di mediazione culturale si siano evolute, in alcuni contesti i mediatori culturali sono ancora percepiti come "interpreti delle tradizioni" e "rappresentanti della cultura di origine"<sup>7</sup>.

Similmente, non ci sono particolari definizioni formali di mediazione culturale nel contesto specifico della sanità. In realtà, le definizioni di mediazione culturale sono inserite nelle più ampie definizioni di mediazione sociale come approccio relazionale

---

<sup>7</sup> Nonostante esitano definizioni formali di mediazione culturale, non esiste in nessun paese dei partner di T-SHaRE, alcun quadro normativo che disciplini la pratica della mediazione culturale. In Francia, c'è una carta che inquadra la pratica della mediazione come professione, unitamente a un codice etico e deontologico. Tuttavia, non vi è alcun riferimento specifico alla mediazione culturale.

che mira a migliorare, mantenere o ristabilire la comunicazione tra due parti in un dato ambiente sociale.

Benché i principi di T-SHaRE riconoscano l'importanza di costruire una definizione flessibile di mediazione, in dialogo con i contesti e gli obiettivi attesi, l'assenza di una funzione di coordinamento ha come effetto (1) l'abbandono delle pratiche di mediazione già esistenti (sia attraverso il confronto che l'identificazione) - e (2) la mancanza di riflessione, apprendimento e diffusione sistematica sulle "buone" e "cattive" pratiche (o sui successi e i fallimenti).

Questi fattori hanno portato a renderne difficile la legittimazione, e il riconoscimento dell'identità professionale del mediatore culturale deve superare diversi ostacoli, tra cui quelli sottolineati dai mediatori culturali stessi durante il lavoro sul campo svolto dal progetto T-SHaRE, ovvero:

- non-professionalizzazione della pratica,
- grande eterogeneità delle pratiche/interventi/tecniche di mediazione,
- mancanza di una formazione comune e di metodologie di intervento specifiche,
- scarsa qualità tecnica dei mediatori,
- assenza di spazio per la riflessione e / o per la supervisione nella pratica, per la diffusione delle buone prassi e la supervisione,
- difficile dialogo tra mediatori e istituzioni,
- fragilità dell'identità professionale,
- contratti di lavoro precari per i mediatori, che portano all'abbandono della professione.

Confinato a un livello informale alla sola responsabilità di volontari non-professionisti da un lato, e allo scambio informale e sporadico di informazioni e consigli fra professionisti della salute e della cura dall'altro, il ruolo del mediatore manca del tutto degli standard professionali minimi necessari a un trattamento del paziente che sia adeguato, efficiente, olistico e corretto. Lo scambio di informazioni tra professionisti e utenti, cruciale per conseguire questo obiettivo, è nella maggior parte dei casi, non corretto (a causa di problemi linguistici), imperfetto (a causa della mancanza di comprensione di una terminologia specifica) o insufficiente (carenza di tempo).

Questa carenza è particolarmente evidente e pericolosa nel campo della salute mentale, dove un mediatore professionista, con competenze linguistiche e competenze culturali, sarebbe essenziale. Infatti, minimi dettagli e sfumature espressive del paziente, la percezione dei professionisti sanitari e la comprensione del bagaglio culturale del paziente possono portare a diagnosi molto diverse, e di conseguenza farmaci e trattamenti terapeutici molto diversi.

Infine, il fatto che la mediazione formale non venga percepita ed esercitata come diritto sistemico di base, ma come una sorta di favore informale individualizzato o come sacrificio da parte di un'altra persona, può alimentare sentimenti di gratitudine e di obbligo, che in ultima istanza possono produrre o riprodurre relazioni formali o informali di potere: tra medico e paziente, marito e moglie, genitori e figli, cittadini e migranti, associazioni e singoli individui.

Secondo le precedenti esperienze e opinioni di utenti migranti dei servizi sanitari, l'istituzione della mediazione culturale dovrebbe essere riconosciuta e formalizzata come un servizio professionale erogato da persone esperte.

## *Il ruolo della mediazione culturale nel settore sanitario*

La mediazione culturale è più di una traduzione linguistica. Il ricorso alla mediazione solo per esigenze di traduzione deve essere scoraggiato in contesti come servizi di salute mentale e nel corso di un intervento psichiatrico o psicoterapeutico. Il rischio di ridurre l'intervento del mediatore culturale ad un'attività meramente tecnica e di traduzione è alto. Ciò è dannoso per la qualità della cura e non considera tutte le dimensioni relazionali, inclusa la comunicazione non verbale, la vergogna, la confusione, la diffidenza, la fiducia e sfiducia, ecc.

Come si evince dalla maggior parte dei report, la sua funzione è quella di ponte tra due mondi, due insiemi di rappresentazioni. La cultura di appartenenza va concepita come qualcosa di situato ad entrambi gli estremi della comunicazione e non solo come portato degli immigrati o dei membri delle minoranze etniche. Inoltre, il concetto di mediazione culturale deve conferire significato agli aspetti culturali in una prospettiva antropologica, valorizzando l'identità culturale anche della religione, della tradizione e dell'esperienza. Gli aspetti linguistici e tutte le forme di comunicazione, compreso il linguaggio del corpo, sono di primaria importanza. Il concetto di identità è un fattore significativo. Il dialogo tra le diversità è un valore aggiunto alla cultura, derivante dalla capacità di sviluppare nuove relazioni culturali in un modello di cittadinanza universale.

Una sfida importante nella pratica della mediazione culturale è l'integrazione degli immigrati e dei membri delle minoranze etniche nella società ospitante, piuttosto che la loro assimilazione; i mediatori culturali permettono, infatti, il confronto tra modelli culturali "esplicativi" propri di entrambi gli attori della comunicazione, spiegando e mettendo in relazione i valori e le norme connessi con tali modelli. L'obiettivo finale è, per gli interlocutori, di essere in grado di identificare e comprendere il modello l'uno dell'altro. Parte del ruolo del mediatore è, quindi, quello di facilitare il passaggio.

Il mediatore culturale, preferibilmente una persona con origine comune al paziente e/o che ne condivida l'esperienza migratoria, non è né solo un traduttore, né una sorta di (fittizio) "esperto culturale": con la sua presenza attiva e critica, introduce nel setting una "differenza", che rappresenta la possibilità di riformulare il significato delle storie, delle esperienze e dei sintomi. L'identità non è un attributo fisso e stereotipato della persona, ma una rappresentazione di sé e dell'altro costantemente in atto e costantemente riformulantesi secondo la situazione. La mediazione culturale, favorendo la comunicazione efficace e la riformulazione reciproca, è quindi propriamente "produttiva" di una nuova "possibile identità comune".

In nessun caso questa presenza deve essere imposta nel setting, ma sempre negoziata come uno specifico momento del processo terapeutico. Allo stesso tempo, i professionisti del sociale e della sanità sono consapevoli che la mediazione culturale non è semplicemente uno strumento strategico per ottenere *compliance*, ma un dispositivo critico introdotto nel sistema terapeutico per interrogare le sue premesse, organizzazioni e prassi.

La mediazione culturale costituisce un impegno per la costruzione di modelli di intervento e di efficacia che tengano conto, seriamente, della trasformazione delle identità e della pluralità di modi di ricerca della salute da parte dei migranti e dei membri delle minoranze etniche. Se la "competenza culturale" (Maurice Eisenbruch) rappresenta la strategia migliore per questo progetto, dobbiamo considerare nondimeno il problema della posizione transizionale dei migranti o, per dirla con parole diverse, dobbiamo concepire strategie di intervento flessibili in grado far fronte ai loro mutevoli (e talvolta erratici) bisogni e di negoziare il processo terapeutico. In questo campo, la mediazione culturale rivela forse il suo significato più profondo.

## *Il profilo e le competenze del mediatore culturale in ambito sanitario*

Per acquisire e rafforzare le seguenti competenze, i mediatori culturali sanitari devono riconoscere e rispettare il codice di condotta che fungerà da regolamento professionale.

### **Interpretazione**

In generale, il mediatore culturale dovrebbe parlare la prima lingua dell'utente e, se necessario, anche lo stesso dialetto (come mezzi per potersi riferire e dimostrarsi consapevoli delle questioni etniche o locali). È richiesta una solida base di teoria della traduzione. Tuttavia, non è detto che un mediatore dello stesso paese/gruppo etnico sia la scelta migliore. In alcuni casi, risulta utile che mediatori e utenti siano dello stesso genere, della stessa età e religione (Nijad, 2003), soprattutto in casi specifici (violenza domestica, parlare di argomenti tabù, ecc.) Tuttavia, è importante valutare le esigenze individuali mediante l'uso della lingua materna dell'utente / paziente / cliente.

I mediatori culturali devono parlare fluentemente due lingue e comprendere diversi contesti culturali e simbolici, vale a dire conoscere le diverse rappresentazioni linguistiche facendole interagire<sup>8</sup>. La mediatrice, il mediatore dovrà gestire il flusso di comunicazione garantendo accuratezza e completezza, per costruire un buon rapporto tra chi eroga il servizio e il paziente. Inoltre, un'attività specifica è relativa all'assicurarsi che le preoccupazioni scaturite durante o dopo un colloquio siano indirizzate e riportate agli specialisti appropriati.

Il ruolo del mediatore culturale richiede di padroneggiare interazioni non-verbali che, senza buone abilità di mediazione, potrebbero subito generare fraintendimenti. Elementi non-verbali possono essere legati al flusso dello scambio clinico, ma anche al posizionamento sociale dei suoi partecipanti (specie con riferimento al genere e all'età).

### **Triangolazione**

Al di là delle capacità relazionali di base menzionate prima, il mediatore culturale dovrebbe avere l'abilità di posizionarsi come parte terza nell'interazione, mantenere il dialogo tra il clinico e il paziente. Questo può richiedere una preparazione *antecedente all'intervista clinica*, specie se il clinico o il paziente non hanno mai lavorato con un mediatore: va spiegato il ruolo del mediatore, così come le dinamiche della mediazione

### **Interfaccia culturale**

Come indicato sopra, i mediatori culturali non sono meri traduttori. Fanno da ponte tra modelli esplicativi, il che richiede un'abilità a muoversi da un sistema simbolico e semantico ad un altro (come sottolineato nella definizione di "decentramento"), a lavorare a livello ipotetico, e ad agire da *ponte* tra mondi semantici e simbolici diversi, muovendosi tra le diverse rappresentazioni dei modelli di malattia e guarigione dei pazienti e del loro contesto sociale e culturale.

Il mediatore culturale massimizza la comprensione reciproca in ambito clinico. Tuttavia, va ricordato che mai il contatto con l'utente è competenza esclusiva del mediatore: la sua funzione è di accompagnamento; egli facilita il processo. Pertanto la presenza del mediatore non può essere imposta.

---

8 Guida al linguaggio dei paesi: [http://www.ethnologue.com/country\\_index.asp](http://www.ethnologue.com/country_index.asp)

## METODOLOGIA PER LA VALIDAZIONE DELL'APPRENDIMENTO DALL'ESPERIENZA

Attualmente, sono in molti a definirsi - e lavorare come - mediatori culturali in ambito sanitario. Se il nostro obiettivo è di rendere omogenee le pratiche a livello europeo, sulla base del modello transculturale fornito dal progetto T-SHaRE, e di uniformare gli standard della mediazione culturale, dobbiamo accertare gli standard di competenze in mediazione culturale che i professionisti possono già aver acquisito durante la loro carriera.

Per fare questo, dobbiamo: 1) identificare il processo istituzionale formale che garantisce il riconoscimento dell'“apprendimento dall'esperienza” (prior learning), e 2) identificare le abilità da accertare nel processo di certificazione delle competenze acquisite, per ottenere crediti professionali per la mediazione culturale, e crediti per gli specialisti in salute mentale e salute delle donne.

### *La validazione delle competenze apprese sul lavoro: la buona pratica francese*

L'identificazione del processo istituzionale formale che certifica “l'apprendimento dall'esperienza” varia secondo i diversi contesti nazionali. In Francia, ad esempio, c'è un procedimento nazionale che consente ad una persona di ottenere una certificazione totale o parziale (diploma, certificato a fini professionali o di qualifica professionale) della sua esperienza professionale e un attestato delle competenze acquisite attraverso l'esperienza. Questo processo si chiama VAE, acronimo francese di Validazione dell'Apprendimento Esperienziale (*Validation des Acquis de l'Expérience*).

Ottenendo il certificato, si acquisiscono l'equivalente dei crediti formativi necessari per accedere ad un programma di livello universitario. Se prevediamo l'introduzione di un diploma in “mediazione clinica interculturale”, in Francia dovremmo immaginarlo gestito dal Ministero della Salute e degli Affari Sociali<sup>9</sup>.

### *La valutazione ed il riconoscimento delle competenze acquisite in modo non formale o informale*

Seguendo la pratica francese, le capacità e le competenze descritte precedentemente possono essere verificate come segue:

- 1. Le competenze relazionali** andrebbero stimate con l'osservazione della pratica. La valutazione del datore di lavoro/supervisore e l'osservazione in situ dovrebbe aiutare a valutare come opera il professionista, con gli utenti e gli altri operatori sanitari/ mediatori.
- 2. Le conoscenze e le abilità:** Basandosi sulle competenze e capacità identificate in precedenza ed utilizzate per sviluppare i relativi curricula formativi, sarà somministrata un test scritto relativo alla conoscenza generale, seguita da un esame orale per l'applicazione delle conoscenze generali negli ambiti specifici della salute mentale e la salute delle donne (domande teoriche + esercitazioni con casi clinici). L'esame deve essere accurato, stabilisce infatti il numero di crediti scolastici che il professionista acquisisce e quali abilità o competenze deve ancora acquisire nel programma di apprendimento.

---

9 Cfr allegato protocollo MINK e NAKMI-FU

La commissione esaminatrice deve essere composta da almeno un medico e un esperto in tema di mediazione culturale in ambito sanitario. Le unità di misura e i crediti formativi devono essere definiti dall'istituzione responsabile del programma di formazione.

A seguito dei risultati della valutazione delle competenze precedentemente acquisite:

- l'operatore sanitario/mediatore viene inserito all'interno di un contesto strutturato come un programma formale di formazione continua;
- oppure ottiene un riconoscimento totale delle competenze acquisite (esami formali potrebbero essere necessari, ma la frequenza in aula può essere evitato)
- oppure ottiene un riconoscimento parziale e, in base al numero di crediti formativi acquisiti, e alle corrispondenti competenze, seguirà parte del programma di formazione continua.

### ***Mapa delle competenze***

#### ***Mapa delle competenze previste per tutti gli operatori previsti nel team interprofessionale ed interculturale nel campo della salute mentale***

	<b>Conoscenza</b>	<b>Competenze</b>
1. Competenza giuridica e di rete	Tipi di visto e iter amministrativi per ottenerli. Istituzioni che assistono nei passaggi burocratici. Istituzioni che forniscono supporto sociale e sanitario. Istituzioni che supportano in generale i migranti e i membri delle minoranze etniche.	Migliore valutazione della situazione sociale e del suo impatto sulla salute mentale. Migliore valutazione clinica. Orientamento adeguato per gli utenti
2. Concetti antropologici fondamentali	Conoscenza di concetti antropologici generali (cultura, corpo, identità) e del quadro di riferimento dell'antropologia medica (infermità/malattia/malessere)	Ricavare modelli esplicativi di salute e assistenza sanitaria
3. Eziologia della salute mentale	Principali categorie diagnostiche. Sociogenesi. Psicogenesi. Aspetti genetici/epigenetici	Chiarezza nella spiegazione Abilità ad "abbattere il gergo"
4. Capacità comunicative e relazionali	Variazioni nei registri comunicativi, attitudini	Costruzione di rispetto e fiducia

***Mapa delle competenze previste per tutti gli operatori del team  
interprofessionale e interculturale nel campo della salute delle donne.***

	<b>Conoscenza</b>	<b>Competenze</b>
1. Competenza giuridica e di rete	Tipi di visto e iter amministrativi per ottenerli. Istituzioni che assistono nei passaggi burocratici. Istituzioni che forniscono supporto sociale e sanitario. Istituzioni a sostegno della salute della donna e del bambino	Migliore valutazione della situazione sociale e del suo impatto sulla salute mentale.
2. Concetti antropologici fondamentali	Conoscenza di concetti antropologici generali (cultura, corpo, identità) e del quadro di riferimento dell'Antropologia Medica (illness/sickness/disease)	Comprensione dei modelli esplicativi della salute e dell'assistenza sanitaria
3. Concetti sulla salute delle donne	Variazioni nella comprensione del corpo femminile, sessualità, gravidanza, costruzione sociale del neonato, pratiche di accudimento etc	Chiarezza esplicativa. Abilità a “decostruire il gergo” dei contesti sanitari
4. Capacità comunicative e relazionali	Variazioni nei registri comunicativi, atteggiamenti, specialmente in riferimento al genere	Stabilire rispetto e fiducia

Il team che esamina deve essere composto da almeno un medico e un esperto in tema di mediazione culturale in ambito sanitario.

Le unità di misura e i crediti scolastici devono essere definiti dall'istituzione responsabile del programma di formazione.

A seguito dei risultati della valutazione delle competenze derivanti dall'apprendimento acquisito:

- L'operatore sanitario/mediatore partecipa all'interno della struttura organizzata come in un programma formale di formazione continua
- Oppure ottiene un riconoscimento totale delle competenze acquisite (esami formali potrebbero essere necessari, ma la frequenza in aula può essere oscillante)
- Oppure ottiene un riconoscimento parziale e, in base al numero di crediti scolastici acquisiti, e alle corrispondenti competenze, seguirà parte del programma di formazione continua

*Mapa per la misurazione e la valutazione delle competenze*

	<b>Conoscenze</b>	<b>Competenze</b>	<b>Valutazione e crediti</b>
1 Competenza giuridica e di rete	Tipi di visto e iter amministrativi per ottenerli. Istituzioni che assistono nei passaggi burocratici. Istituzioni che forniscono supporto sociale e sanitario. Istituzioni che supportano in generale i migranti e i membri delle minoranze etniche.	Migliore valutazione della situazione sociale e del suo impatto sulla salute mentale Migliore valutazione clinica. Orientare in maniera adeguata gli utenti	Esame scritto (20% del totale dei crediti)
2. Concetti antropologici fondamentali	Conoscenza di concetti antropologici generali (cultura, corpo, identità) e del quadro di riferimento dell'antropologia medica (infermità/malattia/malessere)	Ricavare modelli esplicativi di salute e assistenza sanitaria	Esame scritto (20% del totale dei crediti)
3.Eziologia della salute mentale	Principali categorie diagnostiche. Sociogenesi. Psicogenesi. Aspetti genetici/epigenetici	Chiarezza nella spiegazione Abilità ad "abbattere il gergo"	Esame orale (20% del totale dei crediti)
s4. Concetti sulla salute della donna	Variazioni nella comprensione del corpo femminile, della sessualità, gravidanza, costruzione sociale del neonato, pratiche di allevamento etc.	Chiarezza nella spiegazione Abilità di "abbattere il gergo"	Esame orale (20% del totale dei crediti)
5. Capacità comunicative e relazionali	Variazioni dei registri comunicativi e dei comportamenti	Stabilire rispetto e fiducia	Valuazione in situ e report (20% del totale dei crediti)



## **PARTE II**

### **APPLICAZIONI PRATICHE DELLE LINEE GUIDA**



## INTRODUZIONE

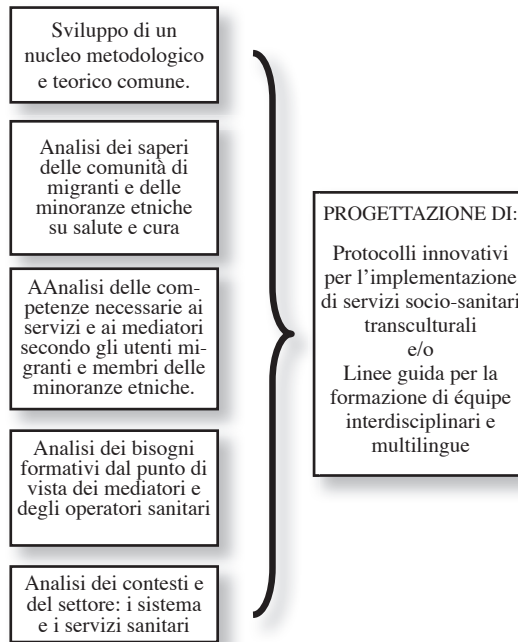
Per assicurare l'efficacia l'accuratezza e l'attinenza degli interventi, le modalità di applicazione delle Linee guida generali varieranno a seconda dei contesti nazionali locali. Per un'attuazione e una valutazione efficace di un programma o progetto, è *necessario raccogliere e aggiornare i dati di base e mantenere un processo continuo di indagine e di lavoro sul campo.*

Ogni nazione è caratterizzata da una propria storia riguardo l'accoglienza e la gestione dei flussi migratori. L'atteggiamento dei singoli stati nazionali verso gli immigranti ha fluttuato nel tempo, ma in un quadro di difficoltà economiche e di conseguente incertezza, le politiche sull'immigrazione sono divenute più restrittive in tutte le nazioni. Nello stesso tempo, l'ideologia di stato e la politica di ogni paese informa il suo sistema sanitario e le condizioni di accesso alla Sanità variano quindi a seconda del contesto nazionale. Sebbene l'accesso alla salute sia considerato un diritto in molti paesi europei, le condizioni d'accesso sono disuguali. Nei confronti degli immigranti, l'accesso alla salute e le prestazioni possono essere intralciate da ostacoli come lo status giuridico, la scioltezza nella lingua, la precarietà socioeconomica, o la paura e la stigmatizzazione, sebbene sia spesso lo status giuridico quello che determina l'accesso da parte dell'individuo alla copertura sanitaria (Huma Network 2009, Médecins du Monde 2009, Sargent and Larchaché 2011). In alcune realtà si sono sviluppate iniziative per venire incontro ai bisogni dei pazienti immigranti rispetto alla lingua e alla cultura, come ambulatori transculturali o il ricorso a servizi di interpretariato e di mediazione culturale. Comunque tali iniziative dipendono e sono influenzate anche dai contesti ideologici locali, giuridici e politici. Per esempio, alcuni sistemi possono essere sensibili, altri sordi, agli aspetti culturali. (Cattacin et al.2006). Ne consegue che sia la qualità che l'accessibilità a questi servizi si sono evolute col tempo variando da un contesto all'altro.

Per essere in grado di sviluppare in modo efficace ed efficiente un percorso di formazione e/o implementare o sviluppare un servizio sanitario transculturale, i soggetti promotori dovranno quindi valutare il contesto e il sistema nelle dinamiche, le potenzialità e i bisogni specifici, utilizzando e adattando i metodi e gli strumenti proposti da T-SHaRE, o costruendone di nuovi in aggiunta.

T-SHaRE propone agli stakeholder di coinvolgere attivamente utenti, ricercatori, testimoni privilegiati ed altre figure professionali che lavorano sul campo in un'attività di ricerca-azione, sia per l'analisi dei bisogni formativi nei servizi socio-sanitari, sia per la realizzazione di esperienze pilota di formazione *on the job* e di gestione dei servizi per la salute delle donne e la salute mentale con approccio transculturale.

Per progettare protocolli innovativi e transculturali e/o percorsi di formazione adeguati rispetto alle politiche nazionali e ai campi di intervento, e correlati alla rete dei servizi disponibili nelle comunità, il progetto T-SHaRE propone ai soggetti promotori di perseguire i seguenti quattro obiettivi o fasi generali:



## LE QUATTRO FASI

### *Sviluppo di un nucleo teorico e metodologico comune*

A seguito della necessità di condividere le definizioni di base e di dotarsi di un vocabolario e di paradigmi comuni, i team di T-SHaRE si sono confrontati in un dibattito scientifico e sulla bibliografica critica di alcuni concetti fondamentali, e hanno discusso la posizione epistemologica necessaria ad un modello transculturale per gli operatori sanitari (**Sezione contributi teorici -Allegato 2**).

### *Analisi del contesto e del settore della sanità*

Uno dei passaggi fondamentali è di analizzare, identificare e descrivere le problematiche dell'accesso alla sanità degli immigranti e delle minoranze etniche, in modo da sviluppare una caratterizzazione generale del sistema della sanità del paese ospitante e sottolineare alcune delle implicazioni che ciò comporta riguardo gli immigrati, i diritti delle minoranze etniche e l'accesso alle cure sanitarie.

In generale, vi sono differenze significative tra paesi e gruppi di migranti, che determinano la necessità di risposte politiche su misura che tengano in considerazione le barriere specifiche per l'accesso alle cure sanitarie nei singoli casi.

Per gli immigranti, le barriere di accesso alla sanità rappresentano un problema complesso. Molti rischi per la salute e problemi di accesso colpiscono differenti gruppi, tra cui gli immigranti appena arrivati, le persone che vivono in centri di detenzione o di accoglienza e in generale gli immigrati privi di documenti. Inoltre, molte sono le sfide da affrontare per assicurare servizi sanitari in contesti multiculturali, alcune delle quali possono rimanere in essere anche per quei migranti che vivono già da qualche tempo nei

paesi ospitanti. Alcune di queste sfide sono simili a quelle fronteggiate dalle minoranze etniche presenti da molto tempo, e possono includere: carenza di informazione sui servizi offerti; differenze di lingua; atteggiamenti culturali diversi in relazione alla salute e alla sanità.

Le Linee guida T-SHaRE forniscono un questionario che consente di valutare lo stato dell'arte dei sistemi sanitari locali e delle politiche nazionali con speciale attenzione ai problemi degli immigrati (Sezione Strumenti metodologici - **Allegato 3**).

### *Analisi dei saperi degli immigranti e delle minoranze etniche su salute e cura*

Un'altra importante fase è l'analisi delle rappresentazioni culturali, delle competenze e dei bisogni delle comunità di immigranti in relazione alla salute e alla cura. Identificando e descrivendo, da un punto di vista transculturale, le compatibilità, le analogie, le possibili complementarità esistenti nelle differenti culture terapeutiche esse possono essere usate come base per:

- Individuare e tracciare obiettivi condivisi per introdurre delle innovazioni nei servizi sulla sanità;
- Descrivere rappresentazioni culturali, teorie mediche, approcci alle cure, competenze, bisogni delle comunità di immigranti soprattutto nel campo della salute delle donne e la salute mentale;
- Fare analisi comparative delle visioni, dei bisogni e delle differenti pratiche culturali nei settori chiave della salute e della cura dal punto di vista degli immigranti;
- Considerare solo quegli approcci che sono compatibili con i nostri paradigmi epistemologici;
- Evitare interpretazioni occidentali/etnocentriche.

L'obiettivo è di identificare le comunità di immigranti e i loro attori-chiave per realizzare focus group e, a partire da quei dibattiti, elaborare una lista di pratiche e di bisogni diffusi della comunità immigrata coinvolta nel contesto della sanità.

Partendo da questa prospettiva, le linee guida T-SHaRE hanno sviluppato indicazioni metodologiche per realizzare i focus group (Sezione Strumenti metodologici - **Allegato 4**).

Dai focus group, realizzati durante questa fase, con gli immigrati e i membri delle minoranze etniche, emerge una diffusa convinzione che lo stadio della medicina occidentale sia quello “più avanzato”, ma che potrebbe essere avvantaggiato dall’incontro con altri sistemi medici, quali alcune medicine “tradizionali”. Spesso, gli utenti si rivolgono al sistema sanitario nazionale del paese ospitante e parallelamente ricorrono all'utilizzo di indirizzi alimentari, pratiche di guarigione e piccoli rimedi, propri del loro paese d'origine. In molti sistemi medici ‘tradizionali’, la considerazione sistemica dell'individuo, la filosofia sottostante i criteri che guidano la diagnosi, fino a tecniche terapeutiche di uso frequente o indirizzi alimentari specifici, sono tratti caratterizzanti il sistema terapeutico e sono difficilmente sostituibili. Riconoscendo questi fattori, gli operatori sanitari e i mediatori possono promuovere e rendere più facile il processo di mediazione a più livelli (dando un senso all'esperienza, alla diagnosi, alla proposta terapeutica, ecc.).

Sulla base della molta letteratura sull'oggetto in esame e sulla decostruzione della dicotomia medicina tradizionale / biomedicina (in parallelo con l'opposizione tradizione / modernità), abbiamo cercato, in questo progetto, di essere cauti per evitare il rischio di cadere nella classica trappola di etnocentrismo contro relativismo culturale. Come risultato, sottolineiamo qui che ci avviciniamo alla “medicina tradizionale” come categoria astratta, che fa riferimento a pratiche eterogenee. Allo stesso modo, mettiamo in discussione la visione monolitica della “biomedicina”, così come i suoi modelli di guarigione. Il nostro obiettivo finale è quello di rendere i pazienti migranti in grado di negoziare tra diverse interpretazioni e strategie di guarigione.

### ***Individuazione delle competenze e dei bisogni formativi dei mediatori culturali e degli operatori del settore sanitario***

Sulla base degli stessi principi di cui sopra, gli stakeholder dovrebbero iniziare a conoscere e divenire consapevoli delle debolezze e delle potenzialità delle pratiche di mediazione culturale esistenti, del quadro normativo in cui si svolgono e delle competenze ufficialmente richieste ed effettivamente utilizzate nei servizi sanitari locali.

Dopo aver individuato le tipologie di utenti immigrati, gli stakeholder dovrebbero identificare e discutere le competenze nella mediazione culturale sanitaria che il mediatore dovrebbe avere/acquisire/migliorare. Questo processo implica sia la collaborazione con tali professionisti per far emergere il loro punto di vista sulle competenze nella mediazione culturale in ambito sanitario percepite come necessarie e/o utili per migliorare i servizi sanitari nel loro contesto, sia la valorizzazione del il punto di vista degli utenti sulla questione.

Deve essere sottolineato che questa fase di valutazione può rappresentare una sfida quando viene realizzata all'interno dei servizi socio-sanitari, in particolare in quelli di salute mentale. Alcuni partner del progetto hanno trovato problematico, e discutibile dal punto di vista etico, il fatto di intervistare o portare avanti un gruppo di discussione con pazienti, in quanto la relazione di cura è in grado di compromettere la libertà di espressione del paziente. Quindi, questa fase deve essere adattata tenendo conto del contesto istituzionale in cui esso è collocato, ed i risultati devono essere analizzati.

Il progetto T-SHaRE ha sviluppato una metodologia per mettere insieme ed analizzare i dati riguardanti le abilità e le competenze che i professionisti coinvolti dovrebbero avere/acquisire/migliorare sia dal punto di vista degli utenti immigranti (**Allegato 5**), sia punto di vista dei mediatori culturali, sia da quello degli operatori dei servizi sanitari (**Allegato 6**).

Vale la pena notare un aspetto interessante emerso nelle interviste con gli operatori della sanità: nel trattare aspetti critici del loro lavoro giornaliero con gli utenti immigranti, essi non hanno citato nessun aspetto tecnico e pratico. Ciò suggerisce che ci possa essere un certo grado di resistenza nell'assumere un approccio critico e riflessivo che porti ad un'analisi delle proprie categorie interpretative e premesse metodologiche: il quale, invece, è l'unico percorso appropriato per avvicinarsi alle categorie e rappresentazioni dell'Altro.

## FATTORI-CHIAVE

### *Tempo*

La programmazione di servizi “culturalmente competenti” dipenderà dall'organizzazione e dalla gestione propria di ogni istituzione e dai suoi obiettivi. In ogni scenario nazionale, l'offerta varierà a seconda della domanda. Alcune istituzioni saranno specificamente dedicate alla gestione di servizi per le popolazioni immigrante e verranno formate a tal fine, mentre altre ricorreranno ai mediatori culturali solo sulla base della valutazione dei singoli casi.

### *Approvazione sociale*

L'organizzazione della formazione nel campo della mediazione culturale nel contesto della sanità, insieme all'ottimizzazione degli standard di qualità, come già evidenziato, produrrà miglioramenti nelle modalità di erogazione delle cure alle popolazioni degli immigranti.

In particolare il riconoscimento formale della rilevanza della mediazione culturale nell'ambito della sanità condurrà gli attori sociali alla sua approvazione a vari livelli:

- Le autorità locali nel campo della sanità e dell'istruzione prenderanno atto delle difficoltà avvertite dalle popolazioni degli immigranti riguardo sia l'accesso ai servizi sanitari, sia la negoziazione del trattamento;
- Gli operatori sociali e sanitari prenderanno in considerazione le diverse rappresentazioni dell'esperienza della malattia, oltre che le più ampie variabili sociali e strutturali come fattori determinanti per la salute e per l'accesso ai servizi sanitari
- queste forme di accettazione miglioreranno la relazione tra operatori e pazienti, il che a sua volta ottimizzerà il trattamento.

### *Costi e benefici*

Nel contesto della sanità, gli ostacoli relativi alla lingua e alle rappresentazioni culturali possono avere concrete conseguenze a livello finanziario e organizzativo: maggior tempo per le consultazioni, ricoveri ingiustificati, prescrizioni non adatte e ricette

mediche senza fine. In paesi dove esiste la copertura sanitaria, i costi generati da tali ostacoli e le relative conseguenze sono abbastanza pesanti, ma nei paesi dove le persone hanno copertura assicurativa privata, tali costi divengono rapidamente ingestibili.

L'incapacità di affrontare adeguatamente gli ostacoli linguistici e culturali attraverso la mediazione culturale nella sanità, può avere come risultato che i pazienti vengano rimandati ai servizi di cura d'emergenza, sovrappollando gli ambulatori del pronto soccorso ed accrescendo in maniera drammatica le spese della sanità.

Facendo il paragone con i costi di un consulto con un mediatore culturale, i benefici dell'aiuto di un interprete professionale o di formare professionisti alla mediazione culturale nel contesto della sanità appaiono evidenti.

Al di là dei costi economici, vi sono anche i costi etici e cioè: da un lato, la mancanza di accesso alla mediazione culturale può impedire ai professionisti di far bene il loro lavoro, il che può portare a situazioni di aggressività verso i pazienti e al *burn out* professionale; dall'altro lato, la mancanza di mediazione culturale potrebbe essere fortemente dannosa non solo per il benessere dei pazienti ma anche per la loro stessa integrità umana, qualora non vengano curati correttamente.

Istituzionalizzare la presenza di interpreti professionali e di mediatori nelle strutture sanitarie può portare, a lungo termine, a migliorare la sensibilità di tutti i professionisti della sanità. Lavorare con un interprete può agevolare l'apprendimento di concetti altri relativi al benessere psicologico, al modo di rappresentarsi dell'utente, agli idiomi del disagio, alle convinzioni e alle visioni del mondo relativamente alla salute. Inoltre, l'aumento delle competenze degli operatori sanitari attraverso la collaborazione con un mediatore culturale specializzato migliorerà il funzionamento del servizio stesso, garantendo che l'accesso ai servizi di salute mentale non sia limitato a quelli che hanno una conoscenza fluente della lingua del paese ospite, a prescindere dai bisogni.

### *Accessibilità*

Nel contesto della sanità pubblica, il ricorrere sempre più all'uso della mediazione culturale nell'ambito dei servizi sanitari e il formare figure professionali nel campo della mediazione culturale porta ad incrementare l'accessibilità ai servizi per le popolazioni locali immigrate.



## **PARTE III**

### **LINEE GUIDA PER LA METODOLOGIA DELLA FORMAZIONE**



## INTRODUZIONE

L'erogazione dei servizi (Tribe, 1999) può sicuramente essere migliorato dall'uso di linee guida efficaci, in un team multidisciplinare e multilingue fornire una formazione adeguata sia agli operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi, ecc) sia ai mediatori culturali.

I mediatori culturali con più esperienza riconoscono questa esigenza, e sono più propensi a sostenere la formazione per se stessi e per i professionisti con i quali svolgono il ruolo di mediazione (Granger & Baker 2003). Inoltre, molte delle difficoltà descritte quando si lavora con i mediatori culturali nei servizi di assistenza sanitaria sembrano nascere proprio da una formazione inadeguata di entrambe le parti.

Le Linee guida per la Metodologia della Formazione e il percorso di orientamento e formazione on the job, forniti da T-SHaRE, dovrebbero essere utilizzati a partire dall'analisi dei bisogni e delle proposte di utenti, mediatori, operatori sanitari e immigrati esperti nelle culture mediche dei paesi d'origine, e si fondano su un approccio costruttivista e decentrato. L'apprendimento è visto come processo basato sull'esperienza, in cui l'acquisizione delle pratiche è parallela a quella dell'identità, all'appartenenza alla comunità e alla padronanza delle caratteristiche organizzative e relazionali di tale comunità. In questo senso è una pratica sociale in cui vanno sottolineati il carattere relazionale e situazionale della conoscenza e il carattere negoziato del senso. L'attenzione si focalizza quindi sulla dimensione dell'accesso, delle relazioni di potere, della gestione dei conflitti e della legittimità, oltre che dei saperi trasversali e specialistici. È infatti necessario che le persone-che-apprendono partecipino legittimamente alla comunità di pratica perché il processo di apprendimento sia efficace.

I percorsi di formazione si articolano in diverse fasi.

La prima fase di orientamento e formazione in presenza si rivolge ai mediatori culturali, medici, infermieri, psichiatri, psicologi, ostetriche, pediatri.

La seconda fase con l'attivazione di un servizio di help-desk, FAQ e supervisione a distanza, si realizza durante le attività di erogazione dei servizi dedicati agli immigrati nel campo della salute mentale e delle donne.

La terza ed ultima fase, infine, vede coinvolte le équipes in un processo di auto-valutazione del servizio e del percorso, di confronto con la proposta originaria della formazione riguardo gli obiettivi raggiunti, le difficoltà e gli ostacoli del processo formativo.

## GLI OBIETTIVI DEL PERCORSO FORMATIVO T-SHaRE

Realizzare sessioni di formazione e di informazione garantisce che il mediatore culturale in ambito sanitario e gli operatori sanitari coinvolti siano pratici riguardo agli obiettivi, agli scopi e alla cultura dell'organizzazione, in grado di svolgere anche una funzione di integrazione.

In generale, la metodologia formativa elaborata da T-SHaRE mira a:

- fornire agli operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, ecc) e mediatori culturali della salute le capacità per lavorare in team multidisciplinari, accrescere le competenze trans-culturali, promuovere il rispetto e la comprensione delle richieste degli utenti delle comunità immigrate e delle minoranze etniche;
- innalzare la competenza generale dei discendenti di “prendersi cura delle persone

- fisiche con un approccio centrato sulla persona”;
- supportare l’apprendimento di strumenti destinati a realizzare interventi di assistenza e supporto in pazienti stranieri;
- promuovere la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari volti a ridurre il rischio di drop out e di errore diagnostico, per supportare l’intero processo terapeutico del paziente, e mediare il conflitto nei contesti sociale e familiare;
- formare gli operatori sanitari, al fine di cooperare con nuovi profili professionali, in particolare mediatori culturali sanitari;
- acquisire e migliorare le conoscenze sugli approcci inter-culturale e trans-culturale nel settore dell’assistenza sanitaria e, delineare visioni, idee e possibilità per una proposta di esecuzione ufficiale di mediazione inter-culturale della salute nel sistema sanitario;
- testare protocolli innovativi per costruire e guidare team di lavoro inter-professionali e interculturali nei servizi sanitari con utenti immigrati (con particolare attenzione alla salute mentale e la salute delle donne).

## IL PROTOCOLLO DI FORMAZIONE T-SHaRE

Tenendo conto dei bisogni, competenze e capacità, precedentemente identificati, le attività di formazione sono state organizzate secondo un piano generale diviso in quattro parti:

**Parte prima** – Una sezione comune di 20 ore per condividere con il team selezionato un vocabolario e un linguaggio comune, come una introduzione all’analisi della nozione di cultura; il lavoro di traduzione; le rappresentazioni emiche di disturbo e malattia, etc.;

**Parte Seconda** – Divisa in due livelli riguardanti i diversi interventi nei servizi di salute mentale e di salute della donna e del bambino:

Unità sulla salute mentale (10 ore) analizza: problemi di salute mentale (concentrandosi soprattutto su concetti di etnopsichiatria e di antropologia medica come il problema dell’eziologia, dell’efficacia dell’atto di guarigione, la dimensione del transfer e del contro transfer etc.)

Unità su Assistenza alla Donna (10 ore) analizza: la salute della donna e del bambino, la nozione di corpi femminili, sessualità, gravidanza, costruzione sociale del neonato, etnopedagogia nei primi anni di vita etc.

**Parte terza:** 20 ore sono dedicate alla formazione on the job del team inter-professionale, incluso il mediatore culturale. L’obiettivo è quello di costituire e interagire come in un team interculturale che lavori con le comunità immigrate e le minoranze etniche.

**Parte quarta:** 10 ore dedicate al team interculturale per valutare i risultati del team di formazione interculturale e il feedback degli utenti migranti.

I protocolli di formazione (**Allegato 7**) descrivono i dettagli delle attività del percorso formativo pilota realizzate e testate in T-SHaRE (moduli di base e temi della formazione)

## BISOGNI E CONTESTI LOCALI

La metodologia e lo schema del corso sono stati adattati dalla maggior parte dei partner ai diversi contesti in base all'organizzazione dei servizi sanitari e del contesto generale di ogni paese partner.

La scelta dei target group e del metodo di lavoro è stato discussa e concordata grazie a riunioni di coordinamento con le organizzazioni e istituzioni locali.

L'esperienza pilota di formazione T-SHaRE è stata realizzata anche in paesi in cui le istituzioni statali guardano alla migrazione con un approccio molto controverso (come parzialmente in Italia) o in quelli dove non c'è una sensibilità alle questioni trans-culturali e nessuna esperienza di mediazione culturale nei servizi sanitari (come in Slovenia). L'obiettivo generale è stato quello di acquisire e migliorare le conoscenze sugli approcci interculturale e transculturale nel settore dell'assistenza sanitaria e di delineare visioni, idee e possibilità per una proposta di esecuzione ufficiale di mediazione inter-culturale della salute nel sistema sanitario

## LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI IN SANITÀ: UNA QUESTIONE FONDAMENTALE

I beneficiari della formazione T-SHaRE sono stati interpreti, mediatori culturali e le varie categorie di professionisti sanitari, della salute mentale e della salute della donna, così come lavoratori del sociale e il personale medico dei servizi. Nei paesi in cui (dove non vi è alcuna mediazione culturale ufficiale e le pratiche di *advocacy* e di mediazione non sono riconosciute, dai sistemi di assistenza sanitaria), la maggior parte dei discenti erano sostenitori informali per l'accesso dei migranti ai servizi sanitari, interpreti informali e mediatori culturali informali.

Le comunità immigrate, le minoranze etniche e i mediatori sanitari, durante il lavoro sul campo di T-SHaRE, hanno indicato quale passaggio primario e necessario nella formazione in competenze culturali, la sensibilizzazione dei professionisti nel senso di rafforzare la loro consapevolezza sugli stereotipi prevalenti, le barriere linguistiche, il razzismo implicito ed esplicito, la xenofobia e la discriminazione. Particolare attenzione, sforzo e formazione sul fenomeno della migrazione, diritti dei migranti e delle competenze culturali nelle aree di grande concentrazione di migranti, richiedenti asilo e rifugiati (come il caso di Ljubljana Vic, che si occupa di assistenza sanitaria per i richiedenti asilo)

## METODOLOGIA DELLA FORMAZIONE

La formazione è stata condotta da docenti diversi (professionisti del sistema sanitario o universitario con competenze antropologico-culturali ed esperienze pratiche) che riflettono la natura interdisciplinare del programma e affrontano la diversità dei bisogni dei professionisti.

Gli operatori sanitari e i mediatori culturali sono stati formati insieme, in **sessioni**

**congiunte**, permettendo una migliore comprensione del ruolo di ciascuno, nonché lo sviluppo di un autentico senso di “co-operare”, il miglioramento delle relazioni e del lavoro di squadra dei discenti.

Tutti i partner hanno realizzato un programma di formazione di **natura partecipativa**, i partecipanti hanno condiviso le loro idee ed esperienze professionali, utilizzando strumenti didattici diversi come “giochi di ruolo”, discussione di casi clinici, brainstorming su temi critici. Crediamo che questo sia uno degli aspetti più importanti della formazione, di cui uno degli obiettivi principali era quello di fornire competenze teoriche e pratiche sul ruolo della mediazione culturale in ambito sanitario

Lo strumento dei **role play** è stato utilizzato per creare un contesto interculturale, un’occasione di confronto tra i partecipanti sui diversi modelli esplicativi della malattia: è nata così una riflessione sui diversi stereotipi che possono insorgere nel rapporto terapeutico e su come affrontarli. La condivisione delle esperienze nel gruppo ha permesso di rimanere concentrati sugli aspetti critici del lavoro con i migranti, per comprendere le difficoltà di tutti i professionisti coinvolti (operatori sanitari, e mediatori culturali) e, durante il “training on the job”, è servita ad esplorare e migliorare le strategie di lavoro integrate.

Sono stati discussi diversi **casi clinici** per consentire ai discenti di impegnarsi direttamente in una relazione interculturale e di confrontare diversi punti di vista. In alcuni casi, dopo il *role play* di un caso clinico il conduttore ha stimolato una breve analisi di concetti e parole chiave usate nel gioco da ogni partecipante: nelle tre dimensioni di mediatore culturale, paziente e medico. La comunicazione non verbale e gli aspetti ad essa correlati sono stati un altro tema ricorrente nella formazione.

Alternare alle presentazioni teoriche laboratori pratici durante la formazione ha permesso una partecipazione attiva di tutti i discenti. Il risultato è stato un percorso di formazione arricchito da uno scambio e confronto reciproco tra diversi professionisti sul tema della cura in un setting interculturale.

Inoltre le **tecnologie multimediali** sono state usate come materiali formativi (power point, documentari etnografici o di eguale rilevanza): hanno infatti il vantaggio di mostrare immediatamente al pubblico ciò di cui sta parlando il formatore, coinvolgendo inoltre i formandi a livello emotivo. Questo materiale fornisce anche un ambiente di apprendimento protetto in cui iniziare dibattiti critici, permettendo ai partecipanti di articolare uno scambio tra differenti punti di vista, di comparare esperienze e di formalizzare nuove idee circa la loro pratica professionale.

Video o esperienze di lavoro nel campo della salute delle donne, sono stati il pretesto per discutere e confrontarsi sui diversi modelli di allevamento dei figli, di maternità e paternità, di pratiche mediche, sanitarie e di cura.

Scopo della sezione “**training on the job**” del progetto è mettere in pratica le metodologie e gli strumenti della formazione, per valutare i risultati e migliorare la rete tra tutti i livelli di servizi offerti alle comunità migranti e membri di minoranze etniche.

Tutti i partecipanti sono stati incoraggiati ad accedere al **sito web** di T-SHARE (<http://www.tshare.eu/>), per consultare gratuitamente report e articoli disponibili.

La supervisione è un metodo utile per aiutare a sostenere le conoscenze acquisite durante la formazione. Può essere realizzata sul luogo di lavoro organizzando setting di gruppo con operatori sanitari che presentano casi con pazienti migranti. In un lavoro di questo tipo, va incoraggiata la presenza di mediatori culturali sanitari. Preferibilmente, la supervisione dovrebbe essere offerta almeno due volte al mese per sei mesi. Può essere un metodo utile per promuovere la conoscenza delle istituzioni, per la costruzione di una memoria condivisa e per migliorare la costruzione di un team multidisciplinare

## USARE I PROTOCOLLI PILOTA T-SHaRE PER LA FORMAZIONE

I protocolli T-SHaRE sono un accordo per la costituzione e la formazione di équipes interprofessionali e interculturali nei servizi sanitari rivolti agli immigrati nei campi della salute mentale e della salute delle donne, sottoscritto dai partner coinvolti per la realizzazione del servizio pilota e per la formazione dei professionisti coinvolti, e da almeno un'autorità per il riconoscimento professionale delle competenze sanitarie (locale / del governo nazionale, università, ecc).

A partire dal modello transculturale T-SHaRE sui servizi di salute mentale e della donna, sono stati elaborati e sperimentati, nel corso del progetto, sei protocolli innovativi e, specifici per ogni contesto, volti sia a costruire e/o migliorare i servizi per gli utenti migranti e per i membri delle minoranze etniche, sia alla formazione professionale di team interculturali che lavorano in questi servizi sanitari; 2 protocolli in Italia (1 a Torino per l'Associazione Frantz Fanon e 1 a Napoli per l'ASL Napoli 2 Nord) e 1 in ciascun paese partner (Francia, Portogallo, Norvegia, Slovenia).

Si tratta di documenti pubblici articolati in:

1. Descrizione del contesto in cui il servizio sanitario è situato. La descrizione può includere i seguenti fattori:
  - contesto socio-economico a livello locale;
  - contesto politico e quadro giuridico e amministrativo in materia di diritto alla salute dei migranti e dei membri delle minoranze etniche, a livello locale e nazionale;
  - descrizione delle tipologie di immigrati e delle minoranze etniche presenti sul territorio;
  - le norme amministrative per i lavoratori dei servizi sanitari;
  - le tipologie di operatori adatti e autorizzati a lavorare in ambito sanitario e le abilità, competenze e certificazioni loro necessarie – tra questi il mediatore culturale.
1. La descrizione dei servizi che il promotore del protocollo intende fornire, in conformità con il modello transculturale T-SHaRE:
  - servizi offerti, e come riferimenti lo standard di qualità e il codice etico di condotta;
  - lista degli utenti destinatari (e relativa descrizione);
  - approccio epistemologico per l'organizzazione del servizio;
  - elenco dei professionisti necessari ai servizi che l'organizzazione intende fornire - tra cui il mediatore culturale.
2. Descrizione della formazione necessaria ai diversi professionisti, tra cui il mediatore culturale, per operare nei nuovi servizi:
  - approccio, metodologia e strumenti utilizzati;
  - obiettivi della formazione;
  - argomenti del percorso formativo;
  - durata;
  - beneficiari della formazione;
  - standard di qualità dei formatori.
3. Descrizione della metodologia, dei processi e delle procedure per per il riconoscimento delle competenze professionali nei servizi sanitari transculturali interessati, per l'intero team inter-professionale, incluso il mediatore culturale:
  - competenze derivanti da processi di apprendimento informale o non

formale, come ad esempio dalle esperienze di lavoro sul campo e che è possibile riconoscere metodologie, processi e procedure da seguire per la convalida e il riconoscimento in conformità delle leggi nazionali / regionali relative al problema.

## **I PROTOCOLLI T-SHaRE COME STRUMENTI PER PROGRAMMARE E VALUTARE I SERVIZI**

Un protocollo è un documento pubblico dove ognuno può leggere come è organizzato un servizio sanitario, quali le premesse, le regole amministrative e le leggi da rispettare per il riconoscimento legale, le motivazioni delle scelte di gestione e di organizzazione del servizio stesso, ecc.

Si tratta di uno strumento fondamentale per la programmazione, gestione e valutazione dei servizi forniti.

Offre quattro diverse prospettive di controllo della qualità:

- **Controllo istituzionale:** è facile dimostrare la conformità alle regole istituzionali se questo è lo scopo dell'organizzazione che sta fondando il servizio.
- **Controllo da parte dei lavoratori interni:** chi lavora nel servizio può verificare con facilità il lavoro e le condizioni di lavoro soddisfano quanto dichiarato nel protocollo.
- **Controllo da parte dei cittadini e dei beneficiari finali:** il protocollo permette loro di verificare se i servizi erogati soddisfano quanto descritto. Per quale ragione essi vengono erogati in quel modo, cosa chiedere per ottenere un cambiamento, cosa invece dipende da regole amministrative e leggi nazionali / regionali che non possono essere modificate in breve tempo.
- **Controllo interno da parte dei manager:** il protocollo fornisce degli standard di qualità che devono essere rispettati. I dirigenti incaricati al controllo della qualità hanno una traccia di facile utilizzo per adattare gli strumenti qualitativi e quantitativi di T-SHaRE alle specifiche condizioni dei servizi di cui sono responsabili in modo da poter valutare la qualità dei servizi erogati., adeguando gli strumenti qualitativi e quantitativi di T-SHaRE alle condizioni specifiche del contesto in esame.

Grazie agli accordi istituzionali stipulati, il protocollo consente di:

- erogare servizi transculturali nell'ambito del sistema sanitario locale/ nazionale;
- costruire e formare gruppi di lavoro interprofessionali e interculturali che operano nel campo della salute delle donne e dei servizi di salute mentale;
- ottenere il riconoscimento in quanto servizi sanitari innovativi dalle autorità nazionali / locali;
- ottenere la convalida e il riconoscimento da parte delle autorità nazionali/locali, dei ruoli professionali e delle competenze nell'approccio trans-culturale alla cura, della gestione interculturale e della mediazione culturale nei servizi sanitari;
- essere utilizzato come proposta per l'incoraggiamento di un dibattito pubblico, laddove non vi è alcun servizio rivolto agli immigrati e ai membri delle minoranze etniche.



## COME ESPORTARE I PROTOCOLLI PILOTA T-SHaRE IN ALTRI CONTESTI

Grazie agli strumenti di auto-valutazione per l'identificazione dei bisogni, elaborati dal Team T-SHaRE, i policy maker o i responsabili dei servizi sanitari possono scegliere tra i protocolli T-SHaRE quale è il più flessibile, fruibile e utilizzabile come traccia sia per stabilire un nuovo servizio sanitario transculturale sia per migliorare un servizio già esistente. Naturalmente, è anche possibile riutilizzare parti diverse e strumenti di più protocolli, per realizzarne uno nuovo, se utile.

I sei protocolli pilota elaborati dai partner T-SHaRE sono tutti basati sul modello trans-culturale del progetto, ma sono molto diversi fra loro, perché rispondono alle esigenze specifiche reali di ciascun contesto reale in esame. Potrebbero essere utilizzati come esempi pratici per la sperimentazione di ulteriori protocolli e servizi innovativi, anche in quei contesti in cui non vi è alcun servizio rivolto agli immigrati e ai membri delle minoranze etniche.

I 6 protocolli T-SHaRE costituiscono la sezione 4 della Parte IV: Allegati.

## VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE

Il protocollo di formazione T-SHaRE ritiene che la valutazione sia l'unico modo efficace per conoscere l'impatto di un intervento specifico (in questo caso l'esperienza pilota di formazione), ma anche i risultati intenzionali e non intenzionali e le innovazioni possibili e nel contempo, il feedback delle organizzazioni / istituzioni e comunità.

Questa fase finale ha visto coinvolti i team di lavoro in un processo di auto-valutazione del servizio e del percorso attraverso una stima dell'esperienze pilota di formazione.

La valutazione è stata realizzata attraverso la somministrazione ai partecipanti di test in ingresso e di test in uscita all'inizio e alla fine della formazione. **(Allegati 8 e 9)**

L'elemento di innovazione sta principalmente nell'acquisizione di competenze culturali nella pratica quotidiana e nel lavoro di squadra introducendo l'uso della supervisione. I risultati e le innovazioni ritenuti più rilevanti dai discenti di questa esperienza pilota di formazione sono stati:

- considerare la mediazione come strumento importante per interrogare le pratiche sanitarie non solo dalla parte del paziente, ma anche dei professionisti e delle istituzioni mediche;
- rafforzare la consapevolezza e la comprensione dei diversi modelli esplicativi e rappresentazioni della malattia, dei determinanti sociali e del loro impatto sulla salute, la cultura non è un concetto statico, ma un processo e può essere affrontato con competenza professionale, che richiede formazione; la mediazione culturale non è più soltanto una competenza personale, ma fa parte del profilo professionale di chi può favorire un approccio culturale con le sue competenze

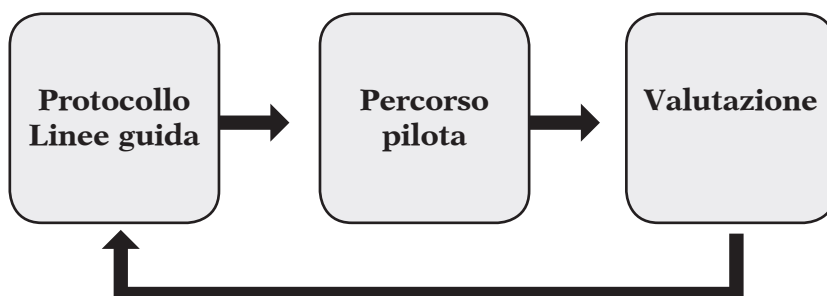
- professionali;
- alcuni partner hanno introdotto il mediatore culturale nei servizi locali di secondo livello di assistenza sanitaria, quali consultori materno-infantili e unità di salute mentale;
- un partner ha ricevuto un finanziamento esterno da parte del Ministero Nazionale della Salute per proseguire il percorso di formazione, in particolare sulla salute mentale e sulla salute delle donne.

Una funzione importante per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria è ottenere il feedback da parte degli utenti migranti dei servizi sanitari, utilizzando vari strumenti metodologici, quali interviste, questionari, focus group, in forma anonima nel rispetto della riservatezza. È utile per raccogliere informazioni di carattere generale sugli intervistati, come ad esempio sesso, età, status giuridico, nazionalità, tempo di permanenza nel paese, precedente ricorso e utilizzo dei servizi. Altrettanto rilevante dovrebbe essere il grado di soddisfazione sui servizi sanitari. La valutazione deve essere somministrata da una persona neutrale.

I risultati dovrebbero tornare indietro al team sanitario in modo da ottenere una valutazione qualitativa di ciò che i pazienti ritengono utile o importante e per consentire al team di modificare o cambiare gli approcci tenendo conto delle osservazioni pertinenti. Si tratta di uno step importante per l'apprendimento on the job e la partecipazione degli utenti migranti.

T-SHaRE ha progettato un questionario per ottenere il feedback dagli utenti migranti che ricorrono al trattamento sanitario (**Allegato 10**)

Durante la formazione, i partecipanti sono stati coinvolti nella elaborazione di un documento che definisce il ruolo di mediazione nel contesto sanitario con l'obiettivo di (1) identificare e sintetizzare gli aspetti più importanti della formazione (2) elaborare linee guida professionali che possono essere utilizzate da tutti i professionisti in qualsiasi contesto di assistenza sanitaria. Questo processo circolare e continuo di ricerca-azione è una delle metodologie che permette feedback/adattamento/co-costruzione verso e con le istituzioni e le organizzazioni locali e la comunità.



## **PARTE IV**

### **ALLEGATI**

- Sezione 1 - Il Progetto T-SHaRE: le premesse, gli obiettivi, i partner
- Sezione 2 - Contributo teorico
- Sezione 3 - Strumenti metodologici
- Sezione 4 - Protocolli locali per la creazione e la formazione di gruppi interprofessionali e interculturali nel campo della salute mentale e della salute della donna



## **SEZIONE 1**

### **IL PROGETTO T-SHaRE: LE PREMESSE, GLI OBIETTIVI, I PARTNER**



## ALLEGATO 1

### LE PREMESSE E GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO T-SHaRE *di ARACNE Associazione di promozione sociale*<sup>1</sup>

#### *Le motivazioni*

Il Progetto T-SHaRE intende promuovere e sviluppare un approccio transculturale alla cura nei servizi sanitari europei, con particolare attenzione alla salute delle donne e alla salute mentale. L'obiettivo è di contribuire a rispondere ai bisogni formativi emergenti nel settore, legati all'aumento degli utenti immigrati residenti in Europa e alla loro domanda di salute, cura, prevenzione, ma anche di inclusione, partecipazione e progettazione partecipata dei servizi sanitari.

La sperimentazione di un approccio transculturale alla cura risponde infatti al bisogno di adeguamento dei modelli di assistenza sanitaria all'utenza immigrata: promuovere competenze che consentono di venire incontro al background culturale e personale dell'utenza nell'attività di cura, è infatti fondamentale per rimuovere forme di esclusione, respingimento o incomprensione che spesso si producono in questi servizi, quando l'utente fatica ad orientarsi in un sistema di segni, di interpretazioni e di interventi che appaiono troppo distanti o irrispettosi della propria condizione e cultura.

In UE sono state molte le sperimentazioni puntuali di mediazione culturale nel campo sanitario, tuttavia ciò è insufficiente. Sono stati realizzati infatti alcuni progetti pilota per rafforzare ad esempio il ruolo degli ospedali nelle strategie di promozione, informazione e educazione alla salute degli immigrati e delle minoranze etniche anche combinando i modelli culturali di tali minoranze con le risorse della società d'accoglienza (cfr. ad esempio "Migrant Friendly" 2002 Programma di Sanità pubblica UE<sup>2</sup>). Eppure, ad oggi le funzioni e le competenze del mediatore culturale che opera nello spazio della cura non sono definite chiaramente né condivise negli Stati membri e a livello europeo. Ciò crea spesso incomprensioni con gli operatori sanitari e i medici, che pregiudicano l'intervento. L'acquisizione di competenze adeguate per affrontare le difficoltà che emergono nella pratica quotidiana è dunque un'esigenza fortemente sentita da tutti gli operatori del settore sanitario. Ciò emerge con particolare urgenza nei complessi e delicati campi della **salute delle donne** e della **salute mentale**, dove la dimensione sanitaria si intreccia strettamente con quella sociale, culturale, relazionale, giuridica, economica.

T-SHaRE intende contribuire al superamento di tali gap nella formazione, ponendo le premesse per un reciproco riconoscimento di competenze apprese in modo formale e non formale e, allo stesso tempo, contribuire ad affrontare i limiti delle politiche di accoglienza e inclusione a livello locale ed europeo. L'acquisizione delle competenze previste e la qualità dei servizi offerti intendono agevolare la mobilità, l'occupabilità e la crescita professionale degli operatori sanitari e dei mediatori culturali. Il coinvolgimento

---

1 Sono moltissime le persone cui siamo debitrice per averci ispirato, consigliato, aiutato e guidato nella stesura del progetto T-SHaRE e del presente testo. Qui vogliamo citare almeno Maria Rosaria Marini del Centro Shen, senza la cui preziosa intuizione il progetto non sarebbe stato ideato, e Roberto Beneduce dell'Associazione F. Fanon, per i fondamentali riferimenti politici, teorici e metodologici. (N.d.A)

2 Cfr. nota 1 pag 9: Il progetto europeo "Migrant-Friendly Hospitals" (MFH), concluso nel 2004, è stato promosso dalla Commissione Europea, DG Salute e tutela dei consumatori (SANCO) e ha coinvolto ospedali da 12 Stati membri dell'Unione europea, un istituto scientifico in qualità di coordinatore, esperti, organizzazioni e reti internazionali. Cfr. <http://www.mfh-eu.net>

attivo dei migranti nel personalizzare l'assistenza sanitaria partendo dai propri saperi e dalle proprie competenze è inoltre una forma di cittadinanza attiva e di promozione del dialogo interculturale e della coesione sociale.

### *Obiettivi generali*

T-SHARE intende:

- **Migliorare i modelli dei servizi sanitari europei per renderli più accessibili per l'utenza migrante attraverso la promozione di competenze transculturali nei servizi socio-sanitari**, fondamentali per entrare in relazione con l'utente con attenzione al suo background culturale e personale, e per rimuovere così forme di esclusione, respingimento o incomprensione che si producono quando l'utente fatica ad orientarsi in un sistema di segni, di interpretazioni e di interventi che gli appaiono troppo distanti o irrispettosi della sua condizione e della sua cultura.
- **Valorizzare i servizi sanitari come luoghi per l'apprendimento professionale continuo**, considerando i servizi, le unità operative, i team interprofessionali che offrono assistenza e cura a utenti provenienti da contesti sociali e culturali differenti come "comunità di pratica", luoghi d'elezione per la ricerca-azione, la formazione continua e il riconoscimento di competenze apprese "on the job" nel campo dell'approccio transculturale alla cura.
- **Migliorare la relazione tra medici, operatori sanitari, mediatori culturali, comunità di immigrati**, attraverso lo sviluppo di metodologie e strumenti per gestire le implicazioni personali, interagire costruttivamente nel gruppo e potenziare le competenze trasversali e specialistiche sia dei singoli operatori sia delle équipe interprofessionali e interculturali
- **Definire, migliorare e riconoscere il profilo e le competenze specifiche del mediatore culturale in campo sanitario**, come figura professionale chiave nell'interazione con il paziente, per agevolare l'occupabilità, la crescita professionale e l'inclusione sociale degli immigrati nel settore sanitario
- **Valorizzare le visioni altre, gli approcci, i saperi, le competenze nel campo della salute e della cura di cui i migranti sono portatori**, attraverso il coinvolgimento attivo di testimoni privilegiati non solo nell'attività di analisi dei bisogni e di valutazione partecipata dei modelli e dei servizi, ma per promuovere l'integrazione di differenti culture e pratiche terapeutiche nei sistemi sanitari europei, nella prospettiva di migliorare e innovare i servizi per tutti.

### *Le ipotesi di partenza e i campi di intervento*

L'analisi dei bisogni emergenti dei servizi sanitari e dell'utenza migrante è la base di partenza per capire se la risposta sia formare in modo adeguato e innovativo i mediatori culturali, per riconoscerne il ruolo di interpreti di significati complessi, se invece sia sufficiente la formazione continua del personale sanitario o se, come ipotizza T-SHARE, sia necessaria un'azione sistemica che preveda entrambi gli interventi.

A livello transnazionale, non sono stati ancora realizzati percorsi integrati e flessibili per la formazione continua delle équipe interprofessionali e interculturali nei servizi sanitari: è ciò che intende progettare e sperimentare T-SHARE, per rendere i servizi "culturalmente competenti" e pronti a rispondere a esigenze dell'utenza complesse, diversificate e che mutano continuamente; per preparare i mediatori a gestire le condizioni



contro-transferali e a lavorare con altri operatori sanitari nella consapevolezza di ruoli, gerarchie e competenze; per facilitare l'interazione positiva del personale sanitario (medici compresi) con figure professionali atipiche quali i mediatori linguistico-culturali, dotati spesso del privilegio di essere i soli ad avere una comunicazione efficace con l'utente.

Inoltre gli immigrati presenti sul territorio dell'UE non sono solo utenti dei servizi sanitari: tra loro ci sono portatori riconosciuti di saperi, pratiche, rappresentazioni culturali della malattia, della salute, delle pratiche mediche, delle relazioni d'aiuto, propri delle culture d'origine. Tali figure sono spesso, informalmente ma di fatto, punti di riferimento per le esigenze di prevenzione e cura delle comunità di immigrati presenti sul territorio tanto quanto le strutture sanitarie pubbliche dei paesi ospitanti. Non si può prescindere da questo dato quando si parla di diritto alla salute e integrazione degli immigrati. Questo fenomeno può determinare criticità, ma potrebbe rappresentare anche un'opportunità di innovazione e miglioramento dei modelli sanitari europei, non solo per gli immigrati ma per tutti i cittadini. T-SHaRE intende quindi far emergere tali pratiche e saperi "altri" nel campo della salute e della cura, nella prospettiva (quando ciò non sia in contrasto con la salute dell'individuo e della collettività) di farle dialogare ed eventualmente integrarle con la cultura medica e i servizi sanitari dei paesi ospitanti.

### *Approccio metodologico*

Per affrontare efficacemente le complesse problematiche connesse al campo salute e migrazioni, è necessario accrescere le competenze transculturali a tutti i livelli – sia relazionale-comunicativo sia medico-terapeutico - dei servizi sanitari europei, intesi come "comunità che apprendono". Per individuare come, T-SHaRE coinvolge attivamente in una ricerca-azione utenti, ricercatori, testimoni privilegiati e le diverse figure professionali che operano nel settore, sia nell'analisi dei bisogni formativi dei servizi sanitari, sia nella realizzazione di esperienze-pilota di orientamento on-the-job e gestione di servizi in chiave transculturale dedicati alla salute delle donne e alla salute mentale.

### **Ricerca-azione**

T-SHaRE fa emergere il punto di vista di tutti gli attori-chiave, coinvolgendoli attraverso la ricerca-azione per progettare protocolli innovativi per servizi socio-sanitari accoglienti e includenti verso gli immigrati, e potenziare le competenze transculturali dei servizi a tutti i livelli. T-SHaRE fa emergere bisogni e proposte dell'utenza, valorizza saperi e pratiche provenienti da altre culture mediche; identifica le competenze necessarie alle équipes dedicate e ai singoli operatori; promuove il riconoscimento delle competenze apprese in modo non formale e informale; progetta, sperimenta e valuta un percorso blended per la formazione continua on the job. T-SHaRE coinvolge attivamente, fin dalla fase di ideazione, organizzazioni pubbliche e private del sistema sanitario, della ricerca, della formazione, associazioni per la promozione dei diritti e dell'inclusione degli immigrati, mediatori culturali, testimoni privilegiati esperti di medicine complementari provenienti dalle comunità di immigrati, utenti immigrati dei servizi sanitari. La posizione di ricercatore è assunta da ciascuno dei partecipanti: ognuno elabora un sapere proprio e partecipa all'elaborazione del sapere degli altri, sviluppando una conoscenza comune. L'esperto, il tecnico non è il detentore del sapere, ma è una risorsa a disposizione della comunità. Ciò consente di innescare processi di cambiamento condivisi, di produrre

empowerment dando spazio e legittimità al punto di vista dei soggetti più deboli, e di progettare processi di trasformazione aperti, senza predeterminare rigidamente percorsi, risultati ed esiti.

### **Approccio antropologico e transculturale alla cura**

T-SHaRE promuove la diffusione di un approccio antropologico e transculturale per offrire a medici, psichiatri, psicologi, ostetriche, infermieri e personale sanitario strumenti innovativi – ancora non sufficientemente presenti nei curricula accademici e formativi di diversi paesi partner - per rapportarsi a diverse modalità di intendere il corpo, la salute e la malattia, l'identità di genere, la maternità, la sofferenza psichica.

Tale approccio non riguarda solo l'incontro tra culture ma, più in generale, il rapporto tra medici e pazienti, e consente di rinnovare la correlazione tra il “curare” e il “prendersi cura”. Inoltre la consapevolezza della “non naturalità” delle categorie di “salute” e “malattia” stimola la riflessione critica su alcuni paradigmi della biomedicina e sull'importanza dell'attenzione alla dimensione socio-culturale e non solo organica nel processo diagnostico e terapeutico. La nozione di “cultura” va riferita non solo al background etno-culturale del paziente, ma anche alla conoscenza e alla pratica degli operatori sanitari, e ai valori impliciti ed alle ideologie che strutturano i servizi sociosanitari. Le correlazioni tra la struttura dei servizi sanitari e i contesti socioeconomici, culturali e politici in cui si inseriscono sono infatti fondamentali. Una risposta adeguata alla diversità culturale deve comprendere l'attenzione al linguaggio, al razzismo, alle diseguglianze di potere, tanto quanto ai significati concreti delle tradizioni culturali e delle identità etniche. T-SHaRE è lontano da quei paradigmi basati sulla catalogazione di etnie e culture come sistemi chiusi e autonomi. Tali letture portano infatti a una riduttiva dicotomia medicina tradizionale vs. medicina biologica occidentale, e non tengono nel giusto conto l'adattabilità e la non predeterminazione delle strategie e dei comportamenti messi in atto dalle persone (sia i malati, sia i medici stessi), che sono inclini a optare per approcci differenti di volta in volta, coniugandoli tra loro in esiti sincretistici. L'approccio transculturale alla cura proposto da T-SHaRE permette invece di assumere il punto di vista dell'altro (medico, sanitario, mediatore, utente), e di rispondere efficacemente al dilemma: “né essere antropologi di tutte le culture, né parlare in termini troppo universali” prevedendo da un lato il potenziamento di competenze specifiche per i membri delle equipe, dall'altro preparando l'equipe a lavorare in gruppo e con l'utenza attraverso un metodo aperto.

### **Apprendimento on the job e comunità di pratica**

Il percorso di orientamento e formazione on the job di T-SHaRE viene progettato sulla base delle analisi dei bisogni e delle proposte di utenti, mediatori, operatori sanitari e immigrati esperti nelle culture mediche dei paesi d'origine, e si basa su un approccio costruttivista e decentrato.

L'apprendimento è visto come processo basato sull'esperienza, in cui l'acquisizione delle pratiche è parallela a quella dell'identità, all'appartenenza alla comunità e alla padronanza delle caratteristiche organizzative e relazionali di tale comunità. In questo senso è una pratica sociale in cui vanno sottolineati il carattere relazionale e situazionale della conoscenza e il carattere negoziato del senso. L'attenzione si focalizza quindi sulla dimensione dell'accesso, delle relazioni di potere, della gestione dei conflitti e della legittimità, oltre che dei saperi trasversali e specialistici. È infatti necessario che le “persone - che- apprendono” partecipino legittimamente alla comunità di pratica perché

il processo di apprendimento sia efficace<sup>3</sup>.

Il team di T-SHaRE intende facilitare tale processo attivando “ambienti” di apprendimento collaborativo e proponendo percorsi in modalità *blended* presso i servizi sanitari coinvolti in ogni paese. I percorsi si articolano in diverse fasi. La prima fase di orientamento e formazione in presenza si rivolge separatamente da un lato ai mediatori culturali e dall’altro a medici, infermieri, psichiatri, psicologi, ostetriche, pediatri; la seconda fase coinvolge l’intera équipe (operatori sanitari e mediatori) in ognuno dei paesi partner. La terza fase, con l’attivazione di un servizio di *helpdesk*, *faq* e supervisione a distanza, sarà realizzata durante le attività di erogazione dei servizi dedicati agli immigrati nel campo della salute mentale e delle donne. La quarta fase, infine, coinvolgerà le équipes in un processo di autovalutazione del servizio e del percorso e di confronto e scambio con i colleghi degli altri paesi.

### *I risultati attesi delle attività di ricerca*

- Protocolli innovativi per la costituzione e la formazione di équipes interprofessionali interculturali nei servizi sanitari in ogni paese coinvolto
- Percorsi pilota di orientamento per mediatori culturali e operatori sanitari nei campi-chiave della salute delle donne e della salute mentale:
  - sperimentazione sul campo con supervisione “on the job” in modalità *blended*
  - autovalutazione dei percorsi con il coinvolgimento attivo dei partecipanti
- Dossier sui profili professionali e le competenze delle équipes interprofessionali e interculturali nei servizi sanitari (focus: salute mentale, salute delle donne): mappa descrittiva dei profili e delle competenze correlate alle funzioni, ai ruoli, alle attività da svolgere e ai contesti di intervento. Il Dossier è uno strumento che va nella direzione del riconoscimento delle competenze apprese sul campo e di una migliore definizione delle figure professionali coinvolte e a livello locale, nazionale ed europeo.
- Linee guida per un approccio transculturale alla salute e alla cura, ovvero linee guida per l’organizzazione e la gestione di servizi socio-sanitari culturalmente competenti. Si basano sui Protocolli innovativi realizzati in ogni paese partner, e contengono indicazioni per l’organizzazione e la gestione di servizi sanitari culturalmente competenti. Comprendono infatti: la definizione di compiti, competenze e codice deontologico dei mediatori e dell’équipe nel suo complesso; gli standard di qualità dei servizi dedicati agli utenti nei campi-chiave.
- Linee guida per la formazione continua degli operatori sanitari e i mediatori, per l’acquisizione e/o il potenziamento delle competenze identificate nel Dossier.

Irisultati intermedi e finali di T-SHaRE sono scaricabili gratuitamente dal sito [www.tshare.eu](http://www.tshare.eu) per gli utenti registrati, nelle pagine Report della Ricerca e Strumenti metodologici. Tutti i contenuti del sito web sono pubblicati secondo i termini della licenza Creative Commons by-nc-nd. Attribuzione-Non commerciale-Non opere derivate 3.0 Unported (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0>). Ciò coerentemente a quanto previsto dal progetto: siamo infatti convinti che l’accesso pubblico ai contenuti e la libera circolazione dei saperi sia fondamentale per il confronto e lo scambio tra gruppi di ricerca e per la sensibilizzazione e il coinvolgimento degli stakeholders.

---

<sup>3</sup> Cfr. Lave J., Wenger E., 2006, L’apprendimento situato. Dall’osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali, Milano, Erickson ; e Wenger E., (2006), Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità, Milano, Cortina

## IL PARTENARIATO EUROPEO DEL PROGETTO T-SHARE

### *Azienda sanitaria Locale Napoli 2 Nord*

L'ASL Napoli 2 Nord è parte del sistema sanitario regionale della Campania, una regione del Sud Italia. L'ASL assiste circa un milione di abitanti ed il territorio comprende 32 comuni, comprese 2 isole per una superficie di 41,143 Km<sup>2</sup>. È organizzata in 13 distretti sanitari, 5 ospedali, 5 dipartimenti territoriali, 4.000 dipendenti. La ASL Napoli 2 Nord, dal 2004 ha istituito il servizio di mediazione culturale che ha consentito di avere operatori stranieri, portatori di culture altre, ed è stato utile per costruire un ponte tra migranti e servizi sanitari. Durante il 2010, i migranti regolari presenti sul territorio della ASL ammontano a 22.194 persone. Per quanto riguarda gli immigrati irregolari, l'ASL Napoli 2 Nord ha in media 1,500 nuovi accessi all'anno. Oltre 12.000 gli immigrati irregolari hanno usufruito dei servizi dedicati fino ad ora (il dato risale all'anno 2003). Esiste uno spazio dedicato alla pratica medica agli immigrati senza copertura sanitaria e in condizioni di indigenza che consente un primo contatto dell'utenza che filtra l'accesso ai sistemi sanitari complessi, fornendo anche informazioni e orientamento ai servizi di assistenza agli immigrati che sono invisibili per lo "Stato" per la loro condizione di illegalità. I medici sono impegnati a trattare gli immigrati in questa condizione, permettendo un rapporto di fiducia tra medico e paziente. Il servizio di mediazione culturale facilita la costruzione di un team di lavoro e la crescita del "know how" nei servizi di cura. In media vengono effettuate oltre 8.000 visite mediche di medicina generale ogni anno, solo per immigrati irregolari nei servizi dedicati. Dal 1997, l'ASL Na 2 Nord organizza attività di formazione del personale su: Valutazione e Qualità, Emergenza-Urgenza, Competenza Gestionale e Lavoro di Gruppo, Informatica e Nuove Tecnologie, Comunicazione e Relazione, Monitoraggio delle attività vaccinali, Medical Care, in accordo con il Programma nazionale di Educazione Continua in Medicina. Il Comitato Pari Opportunità promuove azioni positive secondo le direttive UE.

URL: <http://www.napoli2nord.it/>

**Ruolo in T-SHARE:** L'ente si è occupato del management del progetto, del coordinamento della fase di sperimentazione e validazione sul campo di protocolli innovativi per la costituzione e la formazione di équipes interprofessionali ed interculturali nei servizi sanitari rivolti agli immigrati (focus: salute mentale e salute delle donne), del coordinamento delle attività di mainstreaming, oltre che a prendere parte a tutte le fasi di ricerca previste dal progetto.

### *Associazione Frantz Fanon*

L'Associazione Frantz Fanon (AFF) è un gruppo interdisciplinare (psicologi, psichiatri, mediatori culturali, educatori, antropologi culturali) attivo sui temi della salute, della migrazione e della cultura. È impegnata nello sviluppo di interventi clinici nel campo della salute mentale dei migranti ed è stata fondata a Torino nel 1997.

Le attività principali dell'associazione comprendono:

1. interventi di supporto psicologico e psicoterapeutico, mediazione culturale ed etnoclinica, orientamento e counseling indirizzati ai migranti, minori stranieri non accompagnati, vittime di tortura, vittime della tratta, rifugiati e richiedenti asilo in cooperazione con il Sistema Sanitario Nazionale, Ufficio Stranieri del Comune di Torino, associazioni private e cooperative;

2. promozione dell'uso della mediazione culturale nei servizi sociali e sanitari;
3. formazione rivolta a operatori sociali e sanitari sui temi della salute mentale e migrazione;
4. ricerca nei campi dell'etnopsichiatria e dell'antropologia medica.

Url: [www.associazionefanon.org](http://www.associazionefanon.org)

**Ruolo in T-SHaRE:** l'ente si è occupato di coordinare la fase di progettazione di 6 protocolli innovativi e contesto-specifici per costruire e/o migliorare servizi sanitari per utenti migranti e la formazione di equipe interprofessionali e interculturali di questi servizi sanitari, oltre che a prendere parte a tutte le fasi di ricerca previste dal progetto

### *Centro em Rede de Investigação em Antropologia*

Il CRIA è un Centro Inter-Istituzionale di ricerca in antropologia, senza fini lucrativi impegnato nella ricerca e nel dibattito sulle questioni antropologiche. È patrocinato dal Programma pluri-annuale di finanziamento per le unità di sviluppo e di ricerca della Fondazione per la Scienza e la Tecnologia. Il CRIA ospita diversi progetti di ricerca, organizzati in 4 linee tematiche. Il NAS Nucleo di Antropologia della Salute, che appartiene alla linea "Power, Knowledges, Mediations" si occupa di temi relativi alla salute, alla malattia ed alle strategie della cura all'interno dei contesti multiculturali. Il GIS, che opera in partenariato con il CRIA, è un gruppo interdisciplinare fondato nel 2006 con lo scopo di promuovere ricerca e intervento sociale nell'ambito della salute dei migranti. Il GIS è impegnato nello sviluppo di interventi clinici nel campo della salute mentale dei migranti, attraverso attività di formazione, consulenza e supporto psicosociale.

URL: <http://www.cria.org.pt/>

**Ruolo in T-SHaRE:** l'ente si è occupato di coordinare la fase di comparazione dei sistemi sanitari nei paesi partner, di stilare la definizione del codice etico di condotta degli operatori sanitari all'interno di servizi interculturali, di curare la compilazione delle linee guida finali, oltre che a prendere parte a tutte le fasi di ricerca previste dal progetto

### *Centre médico-psycho-social Françoise MINKOWSKA*

Il Centro F. Minkowska è un centro medico-psycho-sociale che fornisce consulti di psichiatria transculturale centrati sulla persona, e servizi di salute mentale a pazienti immigrati e rifugiati di Parigi e dintorni. L'attività clinica si basa su gruppi di lavoro multidisciplinari e multilingue - psichiatri, psicologi, lavoratori del settore sociale – che lavorano con un approccio di antropologia medica clinica (tenendo in considerazione le rappresentazioni linguistiche e culturali dei disturbi mentali). Il Centro offre anche una unità di mediazione e orientamento il cui obiettivo è quello di chiarire la domanda e dare riferimenti adeguati. Il Centro comprende un dipartimento di ricerca e formazione che organizza seminari e coordina con l'Università Paris Descartes il diploma universitario "Salute, Malattia, Cura e Cultura". Pubblica un giornale dal titolo: "TranSfaire & Cultures".

URL: [www.minkowska.com](http://www.minkowska.com)

**Ruolo in T-SHaRE:** l'ente si è occupato di coordinare la fase di individuazione delle attuali pratiche di mediazione culturale in ambito socio-sanitario e delle competenze richieste per svolgere tale ruolo all'interno delle strutture sanitarie, di stilare la definizione dei criteri di qualità all'interno dei servizi sanitari a vocazione interculturale, di curare

la compilazione della bozza di linee guida che è servita nella fase di test dei protocolli, oltre che a prendere parte a tutte le fasi di ricerca previste dal progetto.

### ***Kulturno Drustvo Gmajna***

Associazione no profit slovena fondata nel 2002 per attuare attività culturali, educative e artistiche nel campo della mediazione culturale. Il suo target sono lavoratori migranti che vivono in dormitori per lavoratori temporanei. L'associazione lavora come "comunità di apprendimento" coinvolgendo gli immigrati e sensibilizzando l'opinione pubblica e le istituzioni competenti sullo status, la vita e i problemi dei migranti. La Slovenia, dapprima paese di transito verso i paesi europei più ricchi, oggi è anche paese "obiettivo", dove gli immigrati, provenienti dal Kosovo e dalla ex Jugoslavia decidono di restare. L'Associazione è anche molto attiva nella produzione multimediale alternativa come parte del Centro Sociale in Rog. Negli ultimi quattro anni ha prodotto quindici brevi documentari su diversi argomenti: immigrazione, noborder camp, centri di detenzione, i dimenticati di Slovenia, EURO-Mayday ecc. Ha inoltre presentato un DVD sugli "Erased" chiamato "Rubbed Out".

**Ruolo in T-SHaRE:** l'ente si è occupato di coordinare la fase di analisi, partecipata da parte degli utenti dei servizi sanitari rivolti agli immigrati, delle competenze che l'operatore della mediazione culturale e terapeutica deve possedere/acquisire/potenziare, di stilare le metodologie e gli strumenti per la valutazione partecipata da parte degli utenti dei protocolli innovativi sperimentati, oltre che a prendere parte a tutte le fasi di ricerca previste dal progetto.

### ***Associazione Culturale Centro Shen***

L'Associazione culturale Centro Shen viene fondata nel 2001 da naturopati, medici, psicologi e fisioterapisti, con l'obiettivo di promuovere un modello integrato di Salute e Cura interculturale e accessibile a tutti. Nel corso degli anni Shen ha portato avanti esperienze pilota basate su una sinergia tra approccio sistemico e scientifico e tra saperi provenienti da tradizioni mediche differenti; tale sinergia è considerata dagli operatori Shen necessaria nel lavoro di prevenzione, diagnosi e ricerca, come necessaria è anche da considerarsi l'integrazione di sistemi medici differenti che non vanno contrapposti, ma integrati reciprocamente. Shen ha coinvolto rappresentanti delle diverse comunità migranti con competenze mediche, qualifiche/titoli nel campo della cura e della salute e specializzati nelle medicine tradizionali dei paesi di provenienza (*Sri Lanka, Senegal, Cina e donne dei paesi dell'Europa dell'Est*); molti utenti finali e collaboratori del Centro provengono, infatti, da questi paesi.

Attività del Centro Shen:

- pratica terapeutica (medicine non convenzionali/complementari)
- formazione degli operatori
- campagne di sensibilizzazione
- incontri e seminari (Riflessologia, Medicina Ayurvedica, Medicina Tradizionale Cinese, Fitoterapia, Tecniche di massaggio)
- Attività educative nelle scuole su:

Prevenzione ed educazione alla Salute

- Piante e loro proprietà terapeutiche (in collaborazione con l'Orto Botanico di Napoli)

- Sindrome ADHD: percorsi e sportelli con genitori, bambini e corpo docente
- Nutrizione e disturbi alimentari del comportamento
- Tecniche di rilassamento: yoga, respirazione e tecniche di massaggio
- La salute degli occhi: esercizi per la vista con il “metodo Bates”
- Progetti:

Il Centro partecipa a progetti e programmi a livello locale, in collaborazione con istituti universitari, istituzioni locali e scuole. Uno dei progetti significativi è stato lo “Sportello Salute Senza Frontiere” in collaborazione con la provincia di Napoli – Assessorato all’Immigrazione.

- Oggi Shen collabora con centri medici e operatori del SSN e, in particolare, negli ultimi anni con il centro per la Tutela della Salute degli Immigrati dell’Ospedale Ascalesi di Napoli. Tale collaborazione comprende due aspetti: ricerca sull’accessibilità ai servizi sanitari da parte degli immigrati e integrazione tra *terapie occidentali* e *terapie naturali e tradizionali* per la salute/benessere (nutrizione, massaggi e tecniche di rilassamento) delle comunità immigrate.

**Ruolo in T-SHaRE:** l’ente si è occupato di coordinare la fase di analisi delle visioni (rappresentazioni culturali), delle competenze e dei bisogni di cui sono portatrici le comunità di immigrati rispetto al campo della salute e della cura, con particolare attenzione alla salute delle donne e alla salute mentale, ha elaborato il nucleo iniziale dell’idea di progetto, oltre che a prendere parte ad alcune fasi di ricerca previste dal progetto.

### *ARACNE Associazione di promozione sociale*

ARACNE è un’associazione di promozione sociale fondata a Napoli nel 2005 da un gruppo di donne a partire dall’esperienza di collaborazione, tuttora in corso, con e nel Dipartimento di Filosofia “A. Aliotta” dell’Università Federico II di Napoli.

ARACNE è una rete collaborativa e aperta di progettiste, ricercatrici, operatrici della comunicazione multimediale e interattiva, formatrici, operatrici sociali. Ha l’obiettivo di promuovere la cittadinanza attiva, i diritti e l’autonomia delle persone attraverso la costruzione condivisa della conoscenza, il Lifelong Learning, la comunicazione e le ICT.

ARACNE produce metodologie e strumenti per la gestione partecipata dei processi della conoscenza. Svolge attività di ricerca, formazione e consulenza nei campi dell’istruzione, formazione e orientamento; delle politiche e degli interventi sociali; delle pari opportunità e delle differenze di genere; delle migrazioni e dell’intercultura; delle comunità di apprendimento e delle reti territoriali e virtuali. Sviluppa e realizza progetti, iniziative ed interventi, sia a livello locale sia transnazionale, in collaborazione con università, centri di ricerca, associazioni, cooperative sociali, pmi, centri di formazione, istituzioni locali, servizi pubblici, scuole.

URL: [www.aracne.eu](http://www.aracne.eu) and <http://aracneassociazione.wordpress.com>

**Ruolo in T-SHaRE:** l’ente si è occupato di progettare la proposta progettuale approvata, di scegliere gli approcci di ricerca e progettare le metodologie di ricerca utilizzate, del coordinamento e del controllo della qualità del progetto (processi e risultati), del coordinamento delle attività di disseminazione e dell’elaborazione del piano di sostenibilità dei risultati, della progettazione, manutenzione e gestione del sito web di progetto e dei suoi contenuti.

### *Folkeuniversitetet*

La Folkeuniversitetet è la maggiore organizzazione per la formazione degli adulti della Norvegia. Ogni anno circa 70000 persone si iscrivono ad uno o più corsi dei 6500 corsi promossi. L'istituzione ha 50 anni di esperienza ed offrono una formazione pratica e teoretica in relazione al commercio, alla formazione linguistica, e corsi relativi ad attività culturali e del tempo libero. Le nostre attività sono profondamente radicate nella tradizione norvegese. Il nostro obiettivo è di rendere accessibile le conoscenze a tutti gli adulti a prescindere dalla provenienza sociale.

Oltre ai corsi universitari, di lingua ed IT e alla formazione professionale, i dipartimenti della Folkeuniversitetet diffusi su scala nazionale erogano corsi di formazione professionale nel settore della contabilità, salute, architettura d'interni, marketing, moda e altro ancora.

URL: <http://www.folkeuniversitetet.no/>

**Ruolo in T-SHaRE:** L'ente ha affiancato l'altro partner norvegese (NAKMI) in tutte le attività svolte da quest'ultimo.

### *Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse*

NAKMI è un'unità governativa del Ministero della Salute. Il suo scopo è di essere un punto di incontro per le questioni relative alla salute delle minoranze, in particolare della cura delle malattie fisiche e mentali di immigrati e rifugiati. Le conoscenze esistenti relative alla salute delle minoranze è diffuso in numerosi piccoli gruppi, specialisti e parti interessate. Nakmi ha l'obiettivo di "mappare" e coordinare queste conoscenze. Il centro infatti ha l'obiettivo di svolgere ricerche e costruire network, oltre che di svolgere attività di informazione. I principali gruppi di riferimento sono il personale sanitario, i ricercatori e gli altri gruppi interessati alla salute delle minoranze. L'obiettivo ultimo è quello di fornire un ugual trattamento a tutti i cittadini della Norvegia. La questione è di natura interdisciplinare e transculturale. Attraverso tutte le sue attività Nakmi intende contribuire all'accrescimento della conoscenza sulla salute delle minoranze, e a garantire alle minoranze più deboli e alle loro famiglie un trattamento appropriato e che tenga in conto della differenza culturale.

URL: [www.nakmi.no](http://www.nakmi.no)

**Ruolo in T-SHaRE:** L'ente si è occupato di coordinare la fase di analisi, partecipata da mediatori e operatori sanitari, degli effettivi fabbisogni formativi dei servizi sanitari nel campo della mediazione culturale nel settore socio-sanitario, oltre che a prendere parte ad alcune fasi di ricerca previste dal progetto.



## **SEZIONE 2**

**CONTRIBUTO TEORICO**



## ALLEGATO 2

### CONTRIBUTO TEORICO

di Associazione Frantz Fanon, Torino<sup>1</sup>

#### *Introduzione*

L'etnopsichiatria e l'etnomedicina sono state sin dalle loro origini, nel contesto coloniale, contrassegnate da controversie e aporie (Vaughan, 1991)<sup>2</sup>. Le nozioni di cultura, identità culturale, appartenenza, sono spesso state manipolate e fraintese, e anche all'interno dell'etnopsichiatria della migrazione e più in generale della cura degli immigrati oggi i conflitti non sono stati meno numerosi. Come pensare in modo appropriato la "differenza culturale"? Come interrogarsi su idiomi della sofferenza e interpretazioni della malattia inconsueti per i nostri modelli diagnostici? Quale criterio di efficacia invocare nella cura degli immigrati?

Nello sviluppare un modello transculturale che potesse essere adottato nei servizi sanitari per la salute della donna e del bambino e per la salute mentale, per migliorare la presa in carico della persona immigrata e rendere la cura più efficace, si è partiti dalle seguenti domande. Cosa succede quando un cittadino straniero o una famiglia migrante entra in contatto con i servizi sanitari? I sintomi espressi e le esperienze di malattia e sofferenza narrate vengono ascoltate nel modo più appropriato? È possibile ridurre il rischio di incomprensione nel processo diagnostico e terapeutico? In quali difficoltà specifiche si imbattono i pazienti stranieri quando entrano in contatto con le strutture mediche? E che tipo di "competenza culturale" (Eisenbruch, 2007)<sup>3</sup> è necessaria per costruire una psicoterapia interculturale?

Michele Risso e Wolfgang Böker avevano mostrato – già negli anni '60 – i limiti della psichiatria occidentale e delle sue categorie diagnostiche al cospetto del disagio e della sofferenza di pazienti che pure di questo Occidente erano a pieno titolo "cittadini" (gli immigrati erano in quel caso provenienti dal meridione d'Italia) (Risso e Böker, 1992)<sup>4</sup>. Nello stesso periodo in Africa due gruppi di ricerca clinica ed etnografica lavoravano sugli stessi temi (*l'efficacia terapeutica* della medicina non occidentale e il *rompicapo* rappresentato proprio dall'efficacia di questi altri sistemi di cura locali): il gruppo guidato da Thomas Adeoye Lambo, in Nigeria, e la scuola di Dakar, diretta da Henry Collomb in Senegal.

Thomas Adeoye Lambo (psichiatra che aveva studiato in Inghilterra, dove era stato

---

1 Questo lavoro è stato elaborato da Roberto Beneduce e Simona Taliani, membri del Comitato scientifico del Progetto T-SHaRE. Il contributo è un'elaborazione dei risultati del progetto con la letteratura scientifica prodotta in questi ultimi anni in Europa e in America. Si rimanda per un approfondimento a Roberto Beneduce, 2007, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Roma, Carocci; Simona Taliani e Francesco Vacchiano, 2006, *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Milano, Unicopli. Ringraziamo Irene Morra ed Eleonora Voli per il contributo dato nelle fasi della ricerca (interviste mediatori culturali, pazienti immigrati, *Focus Group*, ecc.).

2 Vaughan, M. 1991, *Curing their ills. Colonial power and African Illness*, Polity Press, Cambridge.

3 Eisenbruch, M. (2007) "The uses and abuses of culture: Cultural competence in post-mass-crime peace-building in Cambodia". In: (Pouliny, B., Schnabel, A., Chesterman, S, a cura di). *Mass Crime and Post-Conflict Peacebuilding*, (Center for International Studies and Research, Paris, International Peace Academy, New York, and United Nations University/Peace and Governance Programme (Tokyo). Tokyo and New York: United Nations University Press, pp.71-96.

4 Risso M. e Böker W., 1992. *Sortilegio e delirio*, Napoli, Liguori Editore. Cfr., relativamente al rapporto fra malattia mentale, cultura e risposte istituzionali in Italia anche Tavolaccini L., Verrua G., Corino U., *Modelli di malattia mentale*, Firenze, La Nuova Italia, 1976.

influenzato dalle esperienze della psichiatria comunitaria di Maxwell Jones)<sup>5</sup> realizzò alla fine degli anni '50 un'originale esperienza come Direttore dell'Ospedale di Aro, a Abeokuta, nello stato di Ogun (Sud Nigeria), collaborando per dodici anni con alcuni *native doctor* (Collignon, 1985)<sup>6</sup>. Henry Collomb, psichiatra di origine francese, era professore di Psichiatria all'Università di Medicina di Dakar (1958). Fondò un gruppo interdisciplinare per il trattamento dei pazienti con problemi mentali presso l'Ospedale di Dakar-Fann, lavorando sia con i medici tradizionali wolof, serer e lebou, sia collaborando attivamente con la comunità del paziente (la sua famiglia, i suoi compaesani, ecc.). Per Collomb:

L'etnopsichiatria non è lo studio comparativo delle malattie mentali nelle diverse società e culture. È, in un senso più generale, il modo in cui società e culture si difendono contro la follia, riducono o penetrano la distanza tra il folle e il non folle. L'etnopsichiatria diventa a uno stesso tempo un modo di comprensione dei malati mentali e una pratica per guarire i malati, comprensione e pratica proprie di ciascuna cultura o società (Collomb cit. in Beneduce, 2007, p. 153).

È evidente che la presenza dell'Altro, dello straniero, ha sempre rappresentato una leva in grado di rivelare le faglie delle società ospiti e mostrare, in quelle che sembravano certezze acquisite, contraddizioni e zone d'ombra. La presenza dell'Altro è di per sé un vero e proprio "rivelatore epistemologico"<sup>7</sup>, svelando debolezze di diverso genere. Contro tutto questo una sorta di *resistenza* ha fatto sì però che operatori ed esperti spesso non riconoscessero le carenze delle proprie pratiche e dei propri modelli interpretativi al cospetto di domande e conflitti nuovi o diversi.

Una certa psichiatria preferisce così parlare di "drop out", "bassa compliance" del paziente, "scarsa collaborazione" della famiglia: ma ciascuno di questi concetti potrebbe essere rovesciato e indicare in buona parte dei casi la "cattiva qualità dell'accoglienza e della relazione", l'"insostenibilità delle terapia farmacologia" (connessa ad effetti collaterali spesso non comunicati al paziente, ecc.), l'incapacità di governare dinamiche relazionali complesse. L'incontro fra *alienisti* e *stranieri*<sup>8</sup> ha visto amplificati questi problemi e l'abuso di simili pseudo-concetti.

Quali sono le conseguenze di questi fattori nei servizi di salute mentale, oggi, e nei Servizi per la salute della donna e del bambino? Benché si conosca poco o nulla della storia del paziente, della sua biografia clinica (anamnesi), delle condizioni sociali, economiche e politiche del suo paese ma anche di quelle che vive quotidianamente nelle nostre città d'accoglienza, una diagnosi psichiatrica viene tuttavia proposta anche dopo pochi incontri: una diagnosi che pretende legittimità sulla base di una sua presunta oggettività metodologica.

Dalla ricerca condotta nel progetto T-SHaRE, emergono dati congruenti all'analisi fino ad ora proposta: nelle interviste e negli incontri di *Focus Group* condotti dalle

---

5 Beneduce, R. 2007, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Roma, Carocci, p. 148 e sgg.

6 "I *witch doctor*, un tempo ridicolizzati o temuti dai missionari e perseguitati dalla legge dell'amministrazione coloniale, diventano i suoi alleati", scrive Roberto Beneduce, ricordando il contributo di Lambo all'etnopsichiatria (2007, *Op. cit.*, p. 150).

7 L'espressione è di Garrigues, 2003, "Les villages noires en France et en Europe", *L'Ethnographie*, 2, pp. 13-51.

8 Questa formula sta qui a ricordare il lavoro di R. Lipsedge e M. Littlewood (1989, *Aliens and alienist. Ethnic minorities and psychiatry*, London, Unwin Hyman), il cui titolo opportunamente giocava sul doppio senso del termine "alien" nella lingua inglese (straniero e alieno, appunto), per sottolineare quanti problemi avessero scandito in passato l'incontro fra psichiatria e pazienti provenienti da altre culture.

diverse realtà europee coinvolte nel progetto venivano esplicitati questi profili della malattia e la conseguente *impasse* che caratterizza la relazione medico-paziente quando quest'ultimo è immigrato. Per queste ragioni in fase di progettazione della formazione e della supervisione delle équipes socio-sanitarie i diversi gruppi di lavoro hanno costruito dei percorsi di riflessione e apprendimento sulle seguenti quattro aree tematiche:

- 1) La nozione di “cultura” e di “lavoro della cultura”;
- 2) Il lavoro della traduzione e i rischi della “volgarizzazione” della cultura dell'Altro;
- 3) Le rappresentazioni della malattia e le “tecniche del corpo” implicate nel processo terapeutico;
- 4) Le etnopsicoterapie: modelli e pratiche a confronto.

### *La nozione di cultura e il “lavoro della cultura”*

Dal punto di vista antropologico, la nozione di “cultura” rappresenta il vero e proprio “nervo scoperto” (l'espressione è di Renato Rosaldo) della disciplina: tra tutti, è il termine che ha incontrato più difficoltà di definizione. È infatti quasi impossibile trovare un accordo tra i diversi autori (basti ricordare che Kroeber e Kluckhohn, più di cinquant'anni fa, riportavano più di duecentocinquanta definizioni del termine “cultura”)<sup>9</sup>. Più recentemente – dopo gli studi di genere, gli studi culturali e i cosiddetti studi post-coloniali – cultura, identità e appartenenza sono nozioni continuamente ripensate nel logos antropologico<sup>10</sup>.

Con la consapevolezza che il terreno è dunque molto impervio e che non esiste una condivisione unanime all'interno delle scienze antropologiche, riteniamo ciò nondimeno importante che nel corso di formazione per operatori socio-sanitari si propongano alcune prospettive teoriche rispetto alla definizione di ciò che la cultura è e fa. Riteniamo importante proporre definizioni che possano risultare efficaci nel contesto clinico, affinché operatori e pazienti possano arrivare ad una condivisione dei significati da attribuire alla malattia o alla sofferenza psichica. Ciò con lo scopo di migliorare *l'efficacia delle strategie di cura* (efficacia terapeutica, sociale e simbolica).

Ciascun partner del progetto ha cercato dunque di individuare nel suo contesto specifico di applicazione gli autori, i contributi (e le relative prospettive antropologiche) utili al proprio contesto di azione. Se la nozione di cultura rappresenta per eccellenza un territorio controverso l'operatore socio-sanitario che voglia adottare una prospettiva di lavoro transculturale avrà bisogno di *definizioni flessibili* per condividere con altri operatori sanitari, con i mediatori culturali e con il paziente le rappresentazioni della malattia e della cura.

Proponiamo qui a mo' di esempio una definizione tratta dal contributo di Jean Comaroff e John Comaroff (1992, pp. 27-30)<sup>11</sup> che ci sembra particolarmente efficace nel contesto di lavoro clinico. Scrivevano i due antropologi americani:

Noi concepiamo la cultura come uno spazio semantico, il campo di segni e di pratiche al cui interno gli esseri umani costruiscono e rappresentano se stessi e gli

9 Kroeber, A. L. and C. Kluckhohn, 1952. *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*. Cambridge, MA: Peabody Museum.

10 Si rimanda ai lavori degli antropologici americani, Clifford Geertz, James Clifford, Lila Abu-Lughod, Marshal Sahlins, Homi Bhabha; e per quanto concerne la letteratura europea: Jean Loup Amselle e Elikia M'Bokolo, Tim Ingold, Unni Wikan; infine in Italia si vedano i contributi di Francesco Remotti, Ugo Fabietti, Roberto Beneduce.

11 La traduzione dal testo originale è di Roberto Beneduce. Cfr. Versione originale: Comaroff, John, e Jean Comaroff, 1992, *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder Colo.: Westview Press.

altri, dunque le loro società e la loro storia. Non è soltanto un astratto ordine di segni o di relazioni fra segni, né la semplice somma di pratiche ordinarie. Né pura lingua, né semplice parola, la cultura non è mai un sistema chiuso o del tutto coerente. Al contrario, la cultura contiene sempre al suo interno messaggi, immagini e azioni polivalenti, potenzialmente contestabili. In breve: è un insieme storicamente situato, un complesso di **significanti-in-azione**, rilevantesi storicamente, di significanti che sono ad uno stesso tempo materiali e simboli, sociali e estetici.

[...]

Noi concepiamo la cultura come un campo semantico instabile, un campo di produzione simbolica e di pratiche materiali rese efficaci secondo modalità complesse.

[...]

In conclusione, lungi dall'essere riducibile a un sistema chiuso di segni e relazioni, il mondo dotato di senso è sempre fluido e ambiguo, un mosaico parzialmente integrato di racconti, immagini e pratiche significanti (generatrici di senso).

### *Il lavoro della traduzione e i rischi della “volgarizzazione” della cultura dell’Altro*

Partendo da queste premesse, ciò che è utile sottolineare – sia per gli operatori della salute che per i mediatori culturali – è un ulteriore rischio connesso al mal uso o all’abuso di questo termine: pensiamo alla progressiva “politicizzazione della cultura” (Wright, 1998)<sup>12</sup> e a ciò che Merry scriveva della cultura come di un “processo di sfida alla costruzione dei significati”. Nell’incontro quotidiano si ricorre a questo termine come se esso potesse essere un concetto *passerpartout*, capace di descrivere e circoscrivere immediatamente qualsivoglia atteggiamento, credenza, opinione o scelta individuale o sociale. Questi rischi avevano spinto Abdelmalek Sayad (2002)<sup>13</sup> a parlare, *ante-litteram*, di processi volti a “volgarizzare” la cultura del paziente e la sofferenza dell’Altro proprio negli ambulatori medici o nei reparti ospedalieri. Secondo l’autore, tanto i medici quanto gli interpreti (infermieri connazionali, mediatori culturali) quanto infine il paziente immigrato stesso potevano incorrere in questo errore metodologico (interessanti sono a riguardo le pagine che Sayad dedica a questa problematica nel capitolo sull’accesso alla razionalità medica). Nel contesto anglosassone, alcuni antropologi hanno parlato di “inscatolamento della cultura” (Kaufert, 1990)<sup>14</sup> per indicare la crescente reificazione di questa nozione e l’idea ingenua che sia possibile contare su degli “esperti” per trovare una soluzione ai molti problemi posti da immigrati malati o sofferenti, al cospetto di domande di cura rivolte al personale del servizio sanitario nazionale. Per le stesse ragioni, Stein proponeva l’espressione “libro di cucina etnica” per ironizzare sull’equazione “individuo/cultura” che un tale modello finirebbe col riprodurre e legittimare.

Di fronte ad una donna cingalese o a un bambino berbero, basterà leggere il “libro di ricette etniche” per capire come quella donna e quel bambino soffrono? Possiamo davvero sperare di trovare in questi libri la “corretta” risposta a domande di cura o a bisogni di assistenza così complessi come quelli portati dai *cittadini immigrati*? Pensiamo davvero che sarà in queste pagine che troveremo risposte ai dubbi posti dalle loro credenze e dai loro sintomi?

---

12 Wright, S. 1998, “Politicization of ‘culture’”. *Anthropology Today*, 14 (1), pp. 7-15.

13 Sayad, A. 2002, *LA doppia assenza. Dalle illusioni dell’emigrato alle sofferenze dell’immigrato*, Milano, Cortina Editore.

14 Kaufert, L. P., 1990, “The box-ification of Culture: The Role of the social scientist”, *Santé, Culture, Health*, VII, 2/3: pp. 139-148.

I continui riferimenti alle differenze culturali avrebbero, dunque, l'effetto paradossale di riprodurre forme di razzismo (un "razzismo senza razza", secondo l'espressione di Michael Taussig). Se Clifford Geertz ci ha mostrato per intero quanto le dicotomie natura/cultura, biologico/culturale siano del tutto fuorvianti, la *culturalizzazione delle differenze* potrebbe essere, secondo altri autori, non meno minacciosa dal concepire un "uomo senza differenze". Le metodologie di intervento costruite su simili modelli teorici non sarebbero poi così differenti dalle forme di razzismo più familiari, soprattutto negli effetti che produrrebbero sul paziente e sulla comunità.

Di fronte alla incomprendibilità dell'Altro, doppiamente alieno (folle e straniero), di fronte a lingue sconosciute, le persone solitamente adottano due strategie: il diniego della sua differenza linguistico-culturale riducendo la sua sofferenza psichica/fisica alle sole *nostre* categorie e *nostre* strategie, unico modello considerato valido; o immaginare che una differenza culturale sia il codice nascosto del comportamento osservato, il segreto che una volta rivelato farebbe svanire il sintomo patologico come per magia. Da qui ad un uso inappropriato della mediazione culturale, il passo è breve.

Dal momento che frequentemente, nella nostra esperienza, ciò che gli operatori della salute richiedono è esattamente quella sorta di "libro di ricette etniche" prima citato, questa trappola può essere evitata facendoli lavorare e riflettere sulle conseguenze di questi modi di pensare la cultura e la differenza, l'identità e l'alterità, la mimesi e l'appartenenza. Solo riformulando le loro richieste, si potrà accedere ad una teoria della cultura utile negli spazi della cura.

### ***Le rappresentazioni della malattia e le "tecniche del corpo" implicate nel processo terapeutico***

Due sono i profili della relazione tra operatori sanitari/mediatori culturali e paziente immigrato che devono essere analizzati con attenzione.

#### **1 . Problemi**

- a) Il primo potrebbe essere definita la "questione culturale". La mancanza di consuetudine con categorie, rappresentazioni e modelli interpretativi caratteristici di un particolare sistema di cura, la scarsa familiarità con altri registri eziologici e terapeutici, la mancanza di conoscenza relativamente ad altri *idiomi della sofferenza e della malattia*, sono all'origine di molte delle difficoltà comunemente riportate. Questa difficoltà concerne tanto gli utenti quanto gli operatori: entrambi avendo del sapere e delle pratiche dell'Altro una conoscenza spesso circoscritta o immaginaria.
- b) Il secondo fattore concerne la "questione linguistica": la difficoltà di tradurre in modo adeguato e sufficientemente articolato nella *lingua dell'operatore* preoccupazioni, inquietudini, paure o esperienze pone il paziente in una condizione di grande disagio, tanto più in quegli spazi di diagnosi e di cura dove, come nel caso della salute mentale, buona parte di ciò che accade sta nel territorio della parola. Reciprocamente, le interpretazioni e le prescrizioni dei terapeuti *non trovano appropriata risonanza* quando formulate in una lingua che il paziente ignora o gestisce male, e sono *sprovviste di pertinenza* se offerte in un linguaggio che ricalca presupposti epistemologici, psicologici, morali o religiosi potenzialmente lontani (o addirittura contraddittori) nei confronti di quelli del paziente o della sua famiglia. Tali presupposti, assunti in modo implicito

o irriflesso, partecipano così alla produzione di malintesi e rendono difficile la costruzione di una relazione di cura efficace e della necessaria alleanza. Quest'ultima spesso costituisce la risorsa più importante quando si tratta di vincere la diffidenza di tanti utenti e famiglie che percepiscono i soggetti della cura e attori del controllo sociale come indistinguibili fra loro.

- c) Reciprocamente, le interpretazioni e le prescrizioni dei terapeuti non trovano appropriata risonanza quando formulate in una lingua che il paziente ignora o gestisce male, e sono sprovviste di pertinenza se offerte in un linguaggio che ricalca presupposti epistemologici, psicologici, morali o religiosi potenzialmente lontani da quelli del paziente. Questi assunti contribuiscono a sviluppare incomprensioni e a disturbare il processo di costruzione di una strategia di cura efficace.

## 2. Possibili soluzioni

- a) Esplorare criticamente le categorie esplicative ed interpretative, le premesse teoriche e metodologiche, e metterle in discussione;
- b) Identificare il profilo sordo e ostinato di sintomi, che spesso rivelano una critica implicita dell'ordine sociale, dei rapporti di forza e delle forme di violenza presenti in ogni contesto e in ogni cultura (Beneduce, 2007, p. 14).
- c) Analizzare trasversalmente le variabili simboliche, sociali, psichiche e legali, attorno a cui si struttura la vita dell'immigrato.

Per concludere, l'invito non è quello di ridurre ogni variabile alla sola dimensione culturale dell'alterità, ma di esplorare a fondo la sofferenza dell'immigrato tra esclusione sociale e marginalità economica, precarietà giuridica e perdita di significato delle rappresentazioni che nutrivano il proprio mondo affettivo, simbolico, immaginario.

Ciò detto, una prospettiva transculturale dovrebbero riuscire a interrogare l'efficacia terapeutica e simbolica di conoscenze e pratiche emiche, locali<sup>15</sup>, per ristabilire il senso da attribuire all'esperienza della malattia e negoziare con il paziente le condizioni della cura (Tobie Nathan e Marie Rose Moro hanno parlato in Francia di discorso sul *livello terapeutico* facendo eco al concetto di *livello culturale* proposto da Georges Devereux). La conoscenza degli idiomi legati alla malattia e delle tecniche di cura consente all'interno di un dispositivo etnopsicoterapeutico di esplorare insieme al paziente immigrato l'insieme dei conflitti e dei drammi, negoziando poi la direzione di una cura possibile. Nominare ed evocare questi campi durante un colloquio, dar forma a questi legami, spesso recisi o sospesi, interagire con essi nelle loro molteplici dimensioni, significa curare dando significato a ciò che non ne aveva; e significa nello stesso tempo creare un tempo in cui sia permesso muoversi in una pluralità di mondi emotivi e relazionali.

Contribuire a costruire un dispositivo simile rientra negli obiettivi posti in essere dalla "mediazione etno-clinica": un'area connotata da un'ambivalenza strategica che può essere mantenuta sospesa, senza essere ridotta ad un dato logos o sapere; vero e proprio punto di incontro di rappresentazioni e azioni, tra peculiarità e universalità. La mediazione etno-clinica si presenta sotto le spoglie di un *passeur*, un traghettatore che

---

15 Termine di gran lunga preferibile a 'tradizionale'. L'uso del termine 'emico' è tratto invece dalla linguistica (opposizione fonemico/fonetico). In antropologia, i due termini hanno finito per indicare da un lato una rappresentazione o una pratica per come queste sono definite all'interno di una società o cultura (emica è la visione del mondo dei propri informatori, per esempio); dall'altro l'interpretazione che di tale rappresentazione o pratica ne danno persone estranee ed esterne a quella data società o cultura (etica è l'interpretazione che ne dà l'antropologo).



permette di passare da un tipo di legame a un altro. La sua attività contribuisce a curare perché promuove un potere originale e una relazione significante (generatrice di senso).

### *Le etno-psichoterapie: modelli e pratiche a confronto*

I modelli etnopsicoterapeutici sono oggi numerosi in Europa. In questo panorama caleidoscopico, che riserva anche profili conflittuali e frammentati, si può tentare una sintesi, condivisa dalle esperienze europee più significative in materia.

Ora, se l'elaborazione del Protocollo di formazione per gli operatori sanitari e i mediatori culturali implica la conoscenza approfondita di cosa e come si "traduca" nello spazio clinico, possiamo suddividere in tre differenti livelli il lavoro di "mediazione etno-clinica"<sup>16</sup>:

1. Il cosiddetto "livello elementare: lingua e uso della lingua-madre del paziente".

Il mediatore culturale può fornire un aiuto permettendo al paziente di esprimersi nella sua lingua materna. Ciò può aiutare il paziente a ricordare e a elaborare passate situazioni, emozioni, esperienze traumatiche con un vocabolario e con le espressioni linguistiche (metafore, metonimie, ecc.) che meglio padroneggia e con cui è più familiare. Il lavoro sul linguaggio del paziente e con il paziente significa soprattutto conoscere l'impatto che le parole dette nella lingua materna possono avere su di lui/lei. Nessuna rigidità dunque, ma un dispositivo che renda flessibile l'uso di diverse lingue, entro le quali il paziente può scegliere quale utilizzare per esprimere drammi, lacerazioni, conflitti, contraddizioni.

In alcuni casi [infatti] i pazienti preferiscono parlare nella lingua del terapeuta. Parlare una lingua diversa riduce l'inibizione che la lingua madre può generare quando parliamo di alcune particolari esperienze o conflitti. La lingua straniera attenua le ansie che sono molto più difficili da controllare nella lingua madre. Così, da un lato, cambiare lingua offre la possibilità di aumentare l'orizzonte metaforico della comunicazione, e, dall'altro lato, offre una maggiore possibilità di entrare nei problemi del paziente.

2. "Secondo livello: la mediazione culturale come luogo "abitato da un gruppo", come intreccio di legami.

Il dispositivo di mediazione etno-clinica dovrebbe riuscire a garantire per il paziente un gruppo reale che possa accompagnarlo nel ripensamento della sua malattia e, al contempo, aiutarlo a (ri)costruire legami sospesi o interrotti e riattivare la rete simbolica e materiale, sociale e culturale entro cui dare significato all'esperienza vissuta.

I terapeuti, il gruppo nel suo insieme, [funzionano così] come interpreti, facilitatori, esperti: essi ricevono immagini, parole, teorie e le traducono poi nuovamente nel proprio lessico, un po' appropriandosene, evocando altri modelli della sventura o della malattia, ricordando dispositivi terapeutici di cui sono stati testimoni, immaginando con il paziente il farsi concreto di scelte, sospetti, conflitti e ragioni nel suo contesto e nella sua famiglia d'origine. Ciò che essi fanno è ristabilire una possibilità di memoria laddove questa pareva cancellata: non una prassi nostalgica quanto piuttosto "l'induzione di nuove appartenenze [...], l'attivazione di ristrutturazioni familiari [...], lo spostamento del luogo del conflitto la creazione di mediazione con universi *altri* [...], lo stabilirsi di registri eterogenei" (Beneduce, 2004, p. 239).

3. Il "terzo livello: la mediazione come strategia evocativa di una "dimensione meta-empirica".

---

16 Per un approfondimento si rimanda a Beneduce, R. 2004, *Frontiere dell'identità e della memoria*, Milano, Franco Angeli, p. 233 e sgg.

Il mediatore culturale può aiutare l'équipe sanitaria a comprendere e ad utilizzare le rappresentazioni emiche della malattia e dei modelli di cura dei pazienti (*illness*).

Si tratta di un lavoro che si muove in buona parte all'interno di quella *sfera del sacro* alla quale più volte, e non solo per gioco, allude Nathan quando parla di psicoterapia. I terapeuti occidentali, formati in un contesto culturale di laicizzazione sistematica dei conflitti, delle relazioni, della malattia, sanno che esistono lingue sacre ed esoteriche? sanno che queste lingue rinviano a particolari forme di esperienza? e poi, come evocarle, come renderle veicolo di cura?

Soprattutto, in quale linguaggio può il mediatore restituire al gruppo questi aspetti che caratterizzano i discorsi dei nostri pazienti? Capita spesso che questi ultimi alludano soltanto, esitanti, a genii e dèmoni, che rievochino con fatica trasgressioni di interdetti o conflitti familiari (non si parla di simili cose ovunque e con chicchessia), incerti sulla capacità del gruppo di accogliere questi fatti, queste parole. Ecco allora che il mediatore assume un ulteriore profilo: se tutto è traducibile, come sostiene Nathan, che cosa deve poi essere tradotto? Se ciò a cui si fa riferimento qui non è più soltanto la lingua madre ma l'esistenza stessa di entità ed esperienze che quella lingua nomina e custodisce in sé, la dimensione quasi sacra della terapia irrompe con forza provocando non poco i nostri modelli terapeutici. La traduzione è davvero, in questo caso, *opera di trasmissione*: le teorie che vengono trasmesse e rese nuovamente vive operano come un "Il restauro" di legami inquieti e attualizzano vincoli la cui dimensione minacciosa viene gradualmente a dissolversi. Se questi passaggi possono aiutare il paziente a meglio dominare il senso della propria malattia, essi possono al tempo stesso suggerire le premesse della cura (Beneduce, 2004, p. 241).

A partire da queste premesse, è ancora utile sottolineare che:

- a) il terapeuta (o l'operatore sanitario coinvolto) deve mettere da parte la tipica relazione individuale (a due) e, così facendo, deve rinunciare alle dinamiche di potere che normalmente questa relazione vede applicate e rende familiari.
- b) il mediatore culturale in ambito sanitario deve acquisire, insieme agli altri professionisti coinvolti, una solida base teorica per comprendere cosa significhi e implichi "tradurre".
- c) il mediatore culturale in ambito sanitario deve essere aiutato a riconoscere, esplorare e trattare le dinamiche transferali e contro-transferali, così come i profili propriamente conflittuali della relazione con l'altro (paziente e/o operatore sanitario).
- d) il terapeuta deve accettare la difficoltà di un "tempo di non-comprensione", quando non riesce a capire la conversazione tra il paziente e il mediatore in una lingua che non padroneggia affatto. Dovrà trasformarsi, a volte e all'inizio suo malgrado, in un testimone silenzioso di un'interazione che non riesce a comprendere né interpretare; ciò nonostante, questa posizione silenziosa gli/le offre la possibilità di riflettere su ciò che accade, osservare i profili emotivi o non-verbali della comunicazione, valutare le reazioni del paziente e così via.
- e) tutti gli operatori coinvolti diventano gli attori di una scena che coinvolge progressivamente il paziente e la/lo trasforma prima in un testimone (di una malattia, di una sofferenza, di un disagio, di una paura, ecc.) e poi in un esperto (di differenti mondi culturali, espressioni della malattia, pratiche di cura: legami e vincoli che possono essere riattivati negli scenari della cura).
- f) il mediatore culturale, e più in generale l'intero dispositivo così costruito all'interno di un'équipe che adotti la prospettiva transculturale, diventa colui/

colei capace di occupare nello spazio clinico il posto del “terzo” (introducendo dunque la dimensione della “terzietà”, che consente di esplorare a fondo le dinamiche identità/alterità sempre poste in essere nella condizione dell’esilio e della migrazione).



## **SEZIONE 3**

### **STRUMENTI METODOLOGICI**



## ALLEGATO 3

### QUESTIONARIO - VALUTAZIONE DEI SISTEMI SANITARI E DEI SERVIZI DI CURA PER GLI IMMIGRATI

*di CRIA - Centro em Rede de Investigação em Antropologia*

#### I - Caratterizzazione della popolazione immigrata

1. Indicare tra la popolazione coloro che sono comunemente considerati “immigrati” nel vostro paese:

A	Stranieri legalmente presenti
B	Stranieri senza documenti
C	Rifugiati
D	Richiedenti asilo
E	Discendenti di migranti (indicare fino a che “generazione” _____)
F	Stranieri temporaneamente presenti (per esempio per ragioni mediche o di studio)
G	Altro

2. Descrivere brevemente le caratteristiche della popolazione immigrata nel vostro paese:

3. Secondo dati recenti, qual è la proporzione dei migranti sulla popolazione totale nel vostro paese (per nazionalità)?

1	0 – 5%			30 – 35%
2	5-10%			35 – 40%
3	10 – 15%			40 – 45%
4	15 – 20%			45 – 50%
5	20 – 25%			+ 50%
6	25 – 30%			

4. Qual è la percentuale stimata dei seguenti gruppi di popolazione?:

		%
A	Stranieri senza documenti	
B	Rifugiati	
C	Richiedenti asilo	
D	Altri	

5. Quali nazionalità sono numericamente significative nel vostro Paese? (enumerare in base al livello di rappresentanza sul territorio nazionale). Per favore, indicate la percentuale sulla popolazione immigrata generale

	Paesi	%
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
Totale		

6. Quanti immigrati sono minori? (percentuale)

1	0 – 5%		30 – 35%
2	5-10%		35 – 40%
3	10 – 15%		40 – 45%
4	15 – 20%		45 – 50%
5	20 – 25%		+ 50%
6	25 – 30%		

7. Quanti di questi minori sono non accompagnati (percentuale)?

1	0 – 5%		30 – 35%
2	5-10%		35 – 40%
3	10 – 15%		40 – 45%
4	15 – 20%		45 – 50%
5	20 – 25%		+ 50%
6	25 – 30%		

8. Ufficialmente, la popolazione immigrata è composta da? (percentuale)?

1	Uomini	
2	Donne	



9. Quali paesi di origine hanno la stessa lingua ufficiale del paese ospitante?

---

---

---

---

10. Quale è la percentuale stimata di immigrati che parlano la lingua del paese ospitante?

1	0 – 5%	7	30 – 35%
2	5-10%	8	35 – 40%
3	10 – 15%	9	40 – 45%
4	15 – 20%	10	45 – 50%
5	20 – 25%	11	+ 50%
6	25– 30%		

11. Qual è il livello generale di istruzione degli immigrati ? (indicare una percentuale approssimativa per ogni livello)

A	Non scolarizzato
B	Scuola elementare
C	Scuola secondaria
D	Laurea-Post-laurea
E	Dato non disponibile

12. Indicare le principali attività professionali che i migranti svolgono nel vostro paese secondo le loro origini. (ad esempio: indiani – commercio; brasiliani– ristorazione)

13. Quali sono le principali appartenenze religiose?

---

---

---

## II - Legislazione e operatività dei servizi

14. Descrivere brevemente la struttura del sistema sanitario (servizi pubblici, privati, sistemi congiunti, altro- istituzioni locali, Organizzazioni Non Governative ) nel vostro paese.

--

15. Se possibile, tracciare un organigramma che rappresenti graficamente il sistema sanitario

--

16. Esistono servizi sanitari di comunità?

A	Yes		
B	No		Vai alla domanda 18

17. Se sì, in quali specifici campi operano?

A	Medicina generale		
B	Prestazioni infermieristiche		
C	Malattie infettive		
D	Vaccinazione		
E	Salute materno-infantile		
F	Psicologia		
G	Psichiatria		
H	Dipendenza		
I	Altro (specificare)		

18. Qual è la legislazione attuale riguardo alla salute dei migranti nel vostro paese? Spiegare brevemente.

19. Qual è la legislazione corrente riguardo i richiedenti asilo nel vostro paese? Spiegare.

20. L'accesso al servizio sanitario pubblico è garantito ai seguenti gruppi?

		1	2
		Sì	No
A	Immigrati adulti senza documenti		
B	Bambini senza documenti		
C	Richiedenti asilo		
D	Rifugiati		

21. Se necessario, specificare gli altri gruppi esclusi formalmente o di fatto dall'accesso:

---

---

---

22. Descrivete le modalità principali di copertura medica nel vostro paese:

A	Accesso gratuito a tutti i servizi	<b>Procedere alla domanda 26</b>
B	Partecipazione parziale al costo con il pagamento di una piccola tassa	
C	I costi sono coperti da assicurazioni private sulla salute	
D	I costi sono pagati da un'assicurazione professionale sulla salute	
E	Altro _____ _____	

23. Indicare le procedure legali per accedere alla copertura medica:

--

24. Specificare quali servizi sono forniti dietro pagamento di una tassa e la corrispondente somma in euro:

		<b>Importo</b>
A	Medicina Generale	
B	Prestazioni infermieristiche	
C	Malattie infettive	
D	Vaccinazioni	
E	Salute materno-infantile	
F	Psicologia	
G	Psichiatria	
H	Dipendenze	
I	Altro (specificare) _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

25. Specificare per quali gruppi le spese mediche sono completamente coperte:

A	Donne in gravidanza	
B	Persone con malattie croniche	
C	Bambini	
D	Anziani	
E	Persone con difficoltà economiche	
F	Richiedenti asilo e/o rifugiati	
G	Altri, specificare	
H	Altri, specificare:	

26. Per quanto concerne esami, medicazioni, trattamenti costosi e continuativi, c'è una copertura oppure una condivisione dei costi per chi non è in grado di sostenere la spesa?

A	Sì	
B	No	

27. Fornire una valutazione sintetica della qualità del sistema sanitario:

1	Pessimo
2	Scarso
3	Ragionevole
4	Buono
5	Molto buono

28. Descrivere brevemente la legislazione, la struttura e il funzionamento del servizio di salute mentale:

--

29. Disegnare un diagramma che rappresenti graficamente il sistema della salute mentale:

--

30. Quali professionisti lavorano nei servizi di salute mentale ?

A	Psicologi	
B	Psichiatri	
C	Operatori Sociali	
D	Antropologi	
E	Infermieri	
F	Mediatori culturali	
G	Terapeuti specificare:	
H	Altri, specificare:	

31. Che tipo di interventi vengono offerti?

A	Terapia farmacologica	
B	Psicoterapia	
C	Lavoro sociale	
D	Servizio di cura domiciliare	
E	Attività di occupazione quotidiana	
F	Trattamenti di emergenza	
G	Altro, specificare:	

32. Fornire una valutazione sintetica della qualità del servizio di salute mentale:

1	Pessimo
2	Scarso
3	Ragionevole
4	Buono
5	Molto buono

### III - Accessibilità per gli immigrati

#### III.1 – Bisogni specifici

33. Ci sono dei servizi specificatamente dedicati agli immigrati?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 40</b>

34. Quali istituzioni li forniscono?

A		Sistema sanitario nazionale
B		Società private
C		Organizzazioni del privato sociale
D		Gruppi religiosi
E		Altro, specificare:

35. Quali sono i servizi forniti?

A		Fissare appuntamenti e informazioni
B		Medicina generale
C		Prestazioni infermieristiche
D		Malattie infettive
E		Vaccinazione
F		Salute della madre e del bambino
G		Salute mentale
H		Dipendenze
I		Altre consulenze specialistiche (specificare)
L		Altri servizi (specificare)

36. I trattamenti sono continui e strutturati?

	Sì	No	
A			Medicina generale
B			Prestazioni infermieristiche
C			Malattie infettive
D			Vaccinazione
E			Salute della madre e del bambino
F			Salute mentale
G			Altri consulti specialistici (specificare)
H			Altri servizi (specificare)

37. Ci sono altri specifici servizi per la salute dei rifugiati e dei richiedenti asilo?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 39</b>

38. Ci sono dei trattamenti continui e strutturati per i rifugiati e richiedenti asilo?

1	Sì		
2	No		

39. Classificare la qualità generale dei servizi specifici per gli immigrati:

1		Pessimo
2		Scarso
3		Ragionevole
4		Buono
5		Molto buono

### III.2 – Visibilità e informazione

40. È presente una politica proattiva di comunicazione, disseminazione e informazione sui servizi sanitari per immigrati?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 42</b>

41. Descrivere brevemente queste azioni:

--

42. È presente una politica proattiva di comunicazione, diffusione e informazione sui diritti, condizioni e bisogni di salute degli immigrati indirizzati agli addetti alla salute?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 44</b>

43. Descrivere brevemente queste azioni:

--



44. Stimate il livello di conoscenza dei diritti, delle condizioni e dei bisogni degli immigrati nel sistema sanitario pubblico:

A		Nessuno
B		Basso
C		Medio
D		Buono
E		Molto buono

45. Stimate il livello generale di conoscenza degli immigrati sul funzionamento del servizio sanitario pubblico e privato:

A		Nessuno
B		Basso
C		Medio
D		Buono
E		Molto buono

46. Ci sono campagne (informazioni) che riguardano i servizi di salute mentale?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 48</b>

47. Se sì, specificare in quali forme, media, messaggi, etc.

---

---

---

---

---

---

---

48. Ci sono campagne che riguardano la salute della madre e del bambino?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 50</b>

49. Se sì, specificare in quali forme (media, messaggi, etc.)

---

---

---

50. Come valuteresti globalmente l'accesso degli immigrati alle informazioni sui servizi della sanità pubblica?

A	Inesistente
B	Scarso
C	Discreto
D	Buono
E	Molto buono

### III.3 – Accessibilità linguistica

51. Le informazioni generali sui servizi sanitari (prestazioni, funzionamento, accesso, etc.) sono disponibili in traduzione?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 54</b>

52. Se sì, specificare in quali lingue:

---



---



---

53. Su quale tipo di supporto (per esempio: opuscoli, volantini, poster, internet, etc.)?

---



---



---

54. C'è una traduzione disponibile all'interno dei seguenti servizi (attraverso qualsiasi mezzo)?

		<b>Lingue</b>
A	Servizio di prenotazione e informazioni	
B	Medicina generale	
C	Prestazioni infermieristiche	
D	Malattie infettive	
E	Vaccinazioni	
F	Salute materno-infantile	
G	Salute mentale	
H	Dipendenze	

I	Altre consulenze specialistiche (specificare)	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
L	Altri servizi (specificare)	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

55. Ci sono specifiche attività di traduzione in contesti clinici?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 59</b>

56. In quali unità?

			<b>Lingue</b>
A		Medicina generale	
B		Prestazioni infermieristiche	
C		Malattie infettive	
D		Vaccinazioni	
E		Salute della materno-infantile	
F		Salute mentale	
G		Dipendenze	
H		Altre consulenze specialistiche (specificare)	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
I		Altri servizi (specificare)	_____
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

57. Le attività di traduzione che vanno incontro alle necessità dei migranti, sono realizzate da:

A	Volontari	
B	Professionisti	
C	Entrambi	
D	Altri:	

58. Sono ufficialmente riconosciuti dal sistema sanitario?

A	Sì	
B	No	

59. Come valutate globalmente l'accessibilità a livello linguistico?

A	Non esistente
B	Scarso
C	Ragionevole
D	Buono
E	Molto buono

#### III.4 – Accessibilità delle procedure

60. Sono richiesti documenti ufficiali per beneficiare dei servizi sanitari?

A	Sì	
B	No	<b>Procedere alla domanda 62</b>

61. Quali documenti e come si ottengono?

---

---

---

62. Le procedure prevedono la compilazione di moduli?

A	Sì	
B	No	<b>Procedere alla domanda 64</b>

63. Valutate sinteticamente il loro livello di complessità:

1	<input type="checkbox"/>	Non complesso– semplice
2	<input type="checkbox"/>	Leggermente complesso
3	<input type="checkbox"/>	Nè semplice, nè complesso
4	<input type="checkbox"/>	Mediamamente complesso
5	<input type="checkbox"/>	Molto complesso

64. Come valutate globalmente le procedure per l’accesso?

- 1  Non complesso- semplice
- 2  Leggermente complesso
- 3  Nè semplice, nè complesso
- 4  Abbastanza complesso
- 5  Molto complesso

### III.5 – Accessibilità economica

65. Ci sono gruppi di immigrati esenti dal pagamento del ticket?

A	Sì	<input type="checkbox"/>	
B	No	<input type="checkbox"/>	<b>Procedere alla domanda 67</b>

66. Quali gruppi beneficiano di copertura delle spese mediche?

- A  Immigrati disoccupati
- B  Donne in gravidanza
- C  Minori
- D  Persone con malattie infettive (TB, HIV-AIDS)
- E  Persone con malattie croniche
- F  Altri,specificare \_\_\_\_\_

67. In caso di necessità di trattamenti continui (per esempio malattie croniche), ci sono sussidi per le medicine?

A	Sì	<input type="checkbox"/>	
B	No	<input type="checkbox"/>	

68. Ci sono servizi gratuiti in salute mentale (per esempio farmaci, visite, counselling e psicoterapia, altro)?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 70</b>

69. Specificare i servizi gratuiti:

A		Terapia farmacologica	
B		Psicoterapia	
C		Assistenza sociale	
D		Cure domiciliari	
E		Attività occupazionali o diurne	
F		Trattamenti di emergenza	
G		Altro, specificare:	_____ _____

70. Nei servizi di salute materno-infantile è disponibile un supporto economico per sostenere le spese di cura al neonato?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 72</b>

71. Specificare il supporto economico esistente:

---



---

72. In pediatria , le vaccinazioni sono esenti da ticket?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 74</b>

73. Qual è l'età limite? \_\_\_\_\_

74. Che tipo di iniziative vengono intraprese per superare problemi riguardanti l'accessibilità economica degli immigrati ai servizi sanitari della vostra zona?

75. Come valutate globalmente l'accessibilità economica?

1	Molto gravosa
2	Gravosa
3	Ragionevole
4	Leggera
5	Molto leggera

### III.6 – Accessibilità culturale

76. I servizi sanitari si sforzano di comprendere il contesto sociale dei pazienti immigrati?

1	Sì		
2	No		<b>Procedere alla domanda 78</b>

77. Se sì, descrivere come:

---



---



---

78. Quanto comune è la presenza di professionisti di origine straniera nei servizi sanitari?

1	Molto comune – quasi sempre	
2	Comune – solitamente	
3	Poco comune – qualche volta	
4	Non comune – sporadic	
5	Mai	<b>Procedere alla domanda 80</b>

79. I professionisti stranieri solitamente sono:

A	Medici
B	Psicologi
C	Infermieri
D	Sociologi
E	Operatori sociali
F	Mediatori culturali
G	Altro specificare _____ _____

80. Ci sono attività di mediazione “culturale”?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 86</b>

81. Chi svolge attività di mediazione?

A		Un connazionale professionista, con una specifica formazione e qualifica formale
B		Un professionista appartenente alla comunità immigrata, con una specifica formazione e qualifica formale
C		Un connazionale con competenze linguistiche ma senza specifica formazione e qualifica formale
D		Una figura appartenente alla comunità immigrata, senza specifica formazione e qualifica formale
E		Un professionista del servizio (medico, infermiere etc.) con competenze linguistiche
F		Un professionista del servizio (medico, infermiere, etc.) proveniente dalla comunità immigrata
G		Un membro della famiglia del paziente
H		Altro (specificare):

82. Se sì, in quali unità?

A		Medicina generale
B		Prestazioni infermieristiche
C		Malattie infettive
D		Vaccinazioni
E		Salute materno-infantile
F		Salute mentale
G		Dipendenze
H		Altre consulenze specialistiche (specificare) _____
I		Altri servizi (specificare) _____



83. In quale regime di collaborazione il mediatore solitamente lavora:

A		Membro dello staff del servizio
B		Consulenza individuale esterna
C		Membro di uno specifico staff con subcontratto (aziende, cooperative etc.)
D		Membro di istituzioni esterne (università, consiglio cittadino, etc.)
E		Volontario di associazioni, gruppi sociali, etc.
F		Altro (specificare):

84. Che tipo di formazione è richiesta al mediatore culturale?

A		Un corso post-universitario (master, specializzazione, altro...)
B		Formazione professionale specifica
C		Esperienza nei servizi sanitari
D		Non è richiesta alcuna formazione specifica
E		Altro (specificare):

85. Quali qualifiche professionali e di formazione sono richieste al mediatore in un contesto clinico?

---



---



---



---

86. Il paziente può scegliere di essere accompagnato da una figura religiosa?

A	Sì		
B	No		

87. Il paziente può essere accompagnato da un membro della sua famiglia durante le visite e l'ospedalizzazione?

A	Sì		
B	No		

88. Il paziente può scegliere che tipo di dieta seguire durante l'ospedalizzazione?

A	Sì		
B	No		

89. Sono presenti negli ospedali spazi dedicati a culti religiosi differenti?

A	Sì		
B	No		

90. È possibile combinare formalmente pratiche terapeutiche tradizionali/culturali con i servizi istituzionali?

A	Sì		
B	No		<b>Procedere alla domanda 92</b>

91. Se sì, quali tipi di pratiche:

---

---

---

---

---

92. Come valutate nel complesso il livello di competenza culturale dei servizi?

1		Inesistente
2		Scarso
3		Ragionevole
4		Buono
5		Molto buono

#### **IV – Bisogni degli utenti migranti**

93. Sono state condotte ricerche sui bisogni di salute degli immigrati?

1	Sì		
2	No		<b>Procedere alla domanda 98</b>

94. Indicate i riferimenti bibliografici più significativi (max. 5) per gruppo:

	<b>Gruppi</b>	<b>Rifimenti bibliografici (max. 5)</b>
1	Immigrati di prima generazione	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____
2	Figli/discendenti di immigrati	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____
3	Bisogni di salute legati al genere	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____
4	Infanzia e gioventù	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____
5	Immigrati senza documenti	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____
6	Rifugiati e richiedenti asilo	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____

95. Quali sono i principali contributi scientifici sulla salute mentale dei migranti? (max. 5 referenze).

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

96. Quali sono i principali contributi scientifici sulla salute materno-infantile dei migranti? (max. 5 referenze)

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

97. Riassumere i risultati che evidenziano i principali punti di forza e di fragilità del sistema sanitario dal punto di vista del paziente:

98. Valutare sinteticamente la qualità degli interventi con gli immigrati nel settore della salute mentale:

1	Pessimo
2	Scarso
3	Discreto
4	Buono
5	Molto buono

99. Valutare sinteticamente la qualità degli interventi con gli immigrati nel settore della salute materno-infantile:

1	Pessimo
2	Scarso
3	Discreto
4	Buono
5	Molto buono

100. Valutare, in generale, la qualità della relazione tra pazienti immigrati e i seguenti professionisti della salute (lasciare vuoto se non presenti):

		1	2	3	4	5
		Pessimo	Scarso	Discreto	Buono	Molto buono
A	Medici					
B	Psicologi					
C	Infermieri					
D	Sociologi					
E	Operatori sociali					
F	Mediatori culturali					
G	Assistenti medici					
H	Altri, specificare: _____					
I	Altri, specificare: _____					

## V – Bisogni professionali

101. In base alla vostra esperienza di lavoro, quali sono i bisogni principali dei professionisti sanitari in relazione alla salute degli immigrati?

102. Qualui sono i bisogni formativi generalmente espressi dai seguenti professionisti?

		1	2	3	4	5
		Nessuna richiesta formativa specifica	Soltanto informazioni generali sulla migrazione	Informazioni sulle pratiche "culturali" e tradizioni	Riformulazione delle strutture e dell'organizzazione dei servizi	Altro _____
A	Medici					
B	Psicologi					
C	Infermieri					
D	Sociologi					
E	Operatori sociali					
F	Mediatori culturali					
G	Assistenti amministrativi					
H	Altri, specificare:					
I	Altri, specificare:					

103. Ci sono corsi di formazione per un approccio competente alla salute dei migranti?

1	Sì		
2	No		<b>Procedere alla domanda 106</b>

104. Quali istituzioni organizzano la formazione?

A	Università
B	Ospedali
C	Associazioni di professionisti
D	ONG
E	Municipalità
F	Altri, specificare? _____

105. I corsi sono:

A	Strutturati e continui
B	Sporadici
C	Altro, specificare? _____

106. Come valutate nel complesso i servizi sanitari dal punto di vista della discriminazione?

1	Non-discriminatorio
2	Poco discriminatorio
3	Neutrale
4	Discriminatorio
5	Fortemente discriminatorio

107. Fornite un esempio riportando un caso specifico:

--

108. Esiste una formazione specifica sulle questioni legate alla discriminazione istituzionale o al razzismo, diretti ai professionisti sanitari?

1	Sì		
2	No		

109. Ci sono progetti innovativi, pratiche, modelli di riferimento su salute e immigrazione che vale la pena segnalare?

--

## VI – Valutazione del sistema

110. Vengono effettuate valutazioni sul rapporto fra servizi sanitari e utenti immigrati?

1	Sì		
2	No		<b>Procedere alla domanda 112</b>

111. Se sì, specificare l'entità che le effettua e come viene condotta la valutazione:

--

112. I pazienti immigrati possono valutare la qualità e il gradimento del servizio usufruito?

1	Sì		
2	No		

113. Ci sono iniziative specifiche derivanti dal processo di valutazione?

---

---

---

---

---

---

*Grazie per la collaborazione!*



## ALLEGATO 4

### ANALISI DELLE RAPPRESENTAZIONI CULTURALI DELLE COMUNITÀ IMMIGRATE E DELLE MINORANZE ETNICHE LEGATE AL CAMPO DELLA SALUTE E DELLA CURA, NEI SETTORI CHIAVE.

*di Associazione culturale Centro Shen*

#### 1. CENNI SULLA METODOLOGIA

##### **Che cos'è un focus group**

“Il focus group è una tecnica di rilevazione per la ricerca sociale, basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità” (*Corrao 2002: 25*)

Per molto tempo è stato utilizzato con altri strumenti di indagine di tipo *survey* o per la formulazione di domande da questionario; questo gli dava una connotazione di scarsa efficienza come strumento, con il risultato di una non generalizzabilità. Oggi l'impossibilità della generalizzabilità, è superata grazie al fatto che l'obiettivo di molte ricerche è la conoscenza e la descrizione di un fenomeno, e il non interesse a produrre generalizzazioni. In virtù di questo il focus diventa strumento valido, anche da solo, che genera informazioni valide di per sé, sollevando domande e rispondendo a domande.

##### **Come formare un gruppo per un focus group**

I membri del gruppo, definiti “testimoni privilegiati” scelgono di partecipare perché sono indotti dalla soddisfazione di farlo, per dare un contributo alla ricerca scientifica o per vivere una esperienza nuova.

Sono scelti in base: alle competenze, in ambito medico/sanitario, perché medici nei paesi di appartenenza, collaboratori in centri di cura e massaggio; figure di riferimento all'interno della comunità di appartenenza; mediatori culturali; fruitori di cure di tradizione culturale e antropologica del proprio paese.

La dimensione del gruppo potrà variare da 4 a 12 persone. Il numero “ideale” per un buon esito del focus è 8. La differenza è quella che nel gruppo più piccolo maggiore sarà l'approfondimento dell'argomento; in quello più numeroso, più ampia sarà la gamma delle posizioni da valutare.

La durata del focus oscilla dalle 2 ore e 30, alle 3 ore.

##### **Vantaggi:**

- crea una dimensione relazionale nella formazione delle proprie opinioni;
- crea un dibattito, il parere di un partecipante può far scaturire l'opinione di un altro, attivare la ricerca delle motivazioni di quel parere e nuovi dettagli;
- crea una sorta di sinergia di gruppo;
- le persone si sentono a loro agio perché possono esprimere una loro emozione, un sentimento, un ricordo;
- la presenza di un partecipante che esprime con maggiore elasticità un proprio parere può sollecitare i partecipanti più timidi; c'è anche il rischio che si crei una conformità di opinione;
- la condizione di parità prevale all'interno del focus (ci si esprime con maggiore facilità all'interno del gruppo piuttosto che in una situazione di intervista individuale).

**Vantaggi economici:** costo zero; ci sono però stati casi in cui per incentivare le persone a partecipare è stato dato un compenso;

**Svantaggi:** trovare i partecipanti, e stabilire per tutti lo stesso giorno ed orario; Ci sono differenti tipi di focus, ma è individuabile uno standard che è più conosciuto e diffuso con caratteristiche: di omogeneità al suo interno (immigrati, operatori nell'ambito della salute e della cura...); con componenti che non devono conoscersi tra di loro; con un moderatore/conduuttore della discussione con una guida d'intervista, a domande prestabilite; con osservatori non partecipanti che seguono il focus con strumenti di registrazione.

### **Aspetti del focus**

*Omogeneità:* una condizione indispensabile per la riuscita del focus, in quanto le persone tra pari si sentono a proprio agio ed esprimono e condividono maggiormente esperienze e vissuti;

- omogeneità rispetto al **genere**: alcuni autori prediligono una separazione di gruppo rispetto al genere, altri una parità se l'interesse per l'argomento è per entrambi.
- omogeneità rispetto all'**età**: è sconsigliata la disparità generazionale, sia per la diversità di esperienze che di analisi; c'è chi ritiene che fasce di età diverse possano contrastare una conformità.
- omogeneità come caratteristica, consente un maggior approfondimento; una differenziazione all'interno del gruppo permette di far emergere le diverse posizioni dei partecipanti; tutto dipende dall'obbiettivo della ricerca.

*Moderatore:* non esistono regole di conduzione, molto è influenzato dall'indole del conduuttore. In un focus strutturato, sarà maggiore il controllo della discussione e delle dinamiche di gruppo da parte del conduuttore.

*Osservatori non partecipanti:* in genere due, con il compito di trascrivere l'intervista di gruppo.

*Struttura del focus:* il focus scorre attraverso una serie di domande (strutturato) guida. L'ordine delle domande, può non esser seguito rigidamente; accade che molti aspetti da trattare vengono affrontati spontaneamente dal gruppo durante la discussione, in tal caso il moderatore deve far fluire il discorso e rientrare al momento opportuno. Per i focus strutturati, la guida dovrebbe avere un numero di domande da 10 a 12 (molto dipende dall'obbiettivo della ricerca e dall'argomento da affrontare).

*Base dell'analisi:* l'analisi e l'elaborazione avverrà con la trascrizione integrale del focus, facilitata dalla registrazione audio (o visiva) e degli appunti presi.

La registrazione audio, completa gli appunti.

La trascrizione integrale risulta essere funzionale nei casi in cui il ricercatore è interessato: (Corrao 2002:70)

- a un confronto dettagliato fra le differenti categorie di popolazione;
- a utilizzare il dibattito di gruppo per la costruzione di strumenti di ricerca;
- a utilizzare in interventi nei confronti della popolazione.

Il processo di analisi dei dati inizia entro le 24 ore o comunque prima di un successivo focus; questa prima elaborazione serve per non perdere informazioni utili, per controllare se le informazioni raccolte corrispondono a quelle desiderate, per preparare la griglia d'intervista per il successivo focus, per individuare nuovi temi.

In questa fase è fondamentale il confronto tra osservatori non partecipanti e moderatore.

*Modalità di analisi:*

- leggere le trascrizioni ed ascoltare le registrazioni
- identificare le posizioni dei partecipanti al focus
- costruire una griglia (guida) di lettura da applicare all'intero materiale

La griglia di lettura è un riferimento ed è guidata già in precedenza dagli obiettivi della ricerca. Con focus strutturati, la costruzione della griglia è facilitata in quanto le domande dell'inchiesta, già possiedono i contenuti della griglia di lettura.

Possono essere evidenziati degli aspetti nuovi all'interno del dibattito che non riguardano la domanda posta, e utilizzati in futuro. Si procede con una descrizione dell'evento e la trascrizione delle citazioni o con un codifica sistemica, una analisi statistica.(va tenuto presente che in caso di analisi statistica, i dati hanno puro valore descrittivo in quanto sono riferibili solo ai gruppi che li hanno prodotti e non generalizzabili).

Il numero di focus da seguire è generalmente 3; in base ai risultati raggiunti è possibile condurne altri; se si volesse utilizzare il criterio della saturazione, nell'ambito della *grounded theory*, ci si fermerebbe quando l'ultimo focus non aggiunge nulla di nuovo, ma conferma i contenuti dei precedenti.

## **2. I FOCUS GROUP INTERCULTURALI DI T-SHaRE: LA SALUTE E LA CURA DAL PUNTO DI VISTA DEI TESTIMONI PRIVILEGIATI**

### **Obiettivi e metodologia**

L'obiettivo generale dei focus group e dell'intera fase sull'Analisi delle rappresentazioni culturali, delle competenze e dei bisogni di cui sono portatrici le comunità di immigrati sono l'individuazione e la descrizione, in chiave transculturale, di elementi di compatibilità, analogie, potenziali complementarità tra diverse culture terapeutiche.

L'obiettivo specifico è realizzare un'analisi comparativa di tipo qualitativo tra differenti visioni, rappresentazioni culturali, bisogni e pratiche terapeutiche, nei settori-chiave della salute mentale e della salute delle donne.

Si intende fare emergere e valorizzare il punto di vista di testimoni privilegiati provenienti da culture altre e presenti sui nostri territori: intendiamo come "testimoni privilegiati" persone consapevoli ed esperte rispetto al campo di ricerca e intervento del progetto.

I testimoni privilegiati in questo senso sono da considerarsi a tutti gli effetti non meri informatori, ma ricercatori, secondo l'approccio della ricerca-azione, e "portavoce" delle comunità e delle culture di origine.

Tale approccio, che va chiaramente esplicitato a tutti i partecipanti, faciliterà il conseguimento della condivisione degli obiettivi e dei risultati del progetto T-SHaRE con gli utenti finali nelle successive fasi della ricerca.

I ricercatori del team di progetto parteciperanno ai focus group con il ruolo di osservatori e/o moderatori.

In ogni Paese partner si svolgeranno 3 focus group, ogni volta con gli stessi partecipanti, della durata di circa 3 ore ciascuno, secondo le tracce indicate nel paragrafo successivo. (in Italia 6: 3 a Torino e 3 a Napoli).

Nella realizzazione dei focus group, vanno coinvolti almeno 10 testimoni privilegiati, provenienti da diversi paesi d'origine e garantendo la partecipazione sia di uomini che di donne. Ogni partner potrà naturalmente scegliere se realizzare ogni focus group con un numero minore di partecipanti, se lo riterrà più efficace. Ma in tal caso dovrà realizzare 2 focus utilizzando la stessa traccia, per coinvolgere almeno 10 partecipanti.

Sulla base dei risultati emersi dai focus group, ogni partner (esclusi ASL NA2, ARACNE, FU) realizzerà un report. Il report dovrà far emergere una descrizione, dal punto di vista dei testimoni privilegiati, di: rappresentazioni culturali, teorie e modelli di medicina, approcci alla salute e alla cura, competenze, pratiche, bisogni, in particolare nei campi della salute mentale e della salute delle donne. Vanno fatti emergere anche elementi per una comparazione valutativa con il modello della medicina occidentale, dal punto di vista dei testimoni privilegiati. I testimoni privilegiati si intendono quindi come "portavoce", su tali temi, delle comunità di immigrati presenti nei nostri territori.

Infine, Shen scriverà il report finale sull'Analisi delle rappresentazioni culturali, delle competenze e dei bisogni di cui sono portatrici le comunità di immigrati comparando i diversi report prodotti dai partner.

### **3. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA REALIZZAZIONE DEI FOCUS GROUP**

#### **Individuazione delle comunità di immigrati rilevanti ai fini della ricerca**

I team di progetto individueranno le comunità di immigrati più rilevanti presenti sul proprio territorio tenendo conto:

- del quadro generale emerso dalla fase di Comparazione dei sistemi sanitari nei paesi partner, e in particolare dai report nazionali e dai risultati del Questionario relativo ai bacini di utenza immigrata dei servizi sanitari nel proprio Paese;
- dei dati disponibili relativi alla provenienza delle comunità di immigrati di prima/seconda/ terza generazione e di irregolari nel proprio territorio specifico (provincia/area metropolitana) più rilevanti dal punto di vista delle tradizioni medico-terapeutiche.

#### **Individuazione e coinvolgimento dei testimoni privilegiati**

I team di progetto individueranno i testimoni privilegiati tenendo conto:

- della loro rappresentatività rispetto alle comunità-chiave territoriali individuate
- dell'essere indicati come figure di riferimento autorevoli nel campo della salute e della cura all'interno della comunità di appartenenza;
- delle loro competenze in ambito medico/sanitario, perché medici o infermieri nei paesi di origine;
- delle loro competenze pratiche e/o conoscenze teoriche riguardo alle culture medico-terapeutiche dei propri paesi di origine ed altre rispetto alla medicina occidentale;
- delle attività che svolgono in campo socio-sanitario in qualità di mediatori culturali nei paesi europei di accoglienza;
- delle attività che svolgono nel campo delle medicine e dei metodi terapeutici complementari nei paesi europei di accoglienza.

I membri del gruppo, “testimoni privilegiati” potranno essere motivati a partecipare ai focus group:

- perché esperti di un sapere e di una pratica che desiderano condividere;
- per partecipare e dare un contributo alla ricerca;
- perché incuriositi da una nuova esperienza;
- per confrontarsi con testimoni privilegiati provenienti da diverse culture e/o percorsi ed esperienze;
- per contribuire alla comprensione reciproca tra operatori della salute dei paesi europei e persone provenienti da altre culture, sgombrando il campo da pregiudizi ed equivoci che sono tuttora diffusi;
- perché interessati a partecipare come “portavoce” di rappresentazioni culturali e approcci alla salute e alla cura diversi da quelli occidentali;
- perché interessati ai contenuti dei focus che possono generare un sapere valido di per sé, sollevando domande e rispondendo a domande;

Una volta coinvolti nel processo, ed esplicitati e condivisi gli obiettivi generali del progetto T-SHaRE e gli obiettivi specifici dei focus group, si valuterà con i partecipanti se preferiscono rimanere anonimi o se invece siano interessati ad essere citati nei report che saranno pubblicati sul sito di T-SHaRE.

Laddove possibile ed opportuno, a chi fosse interessato potrà essere rilasciato un attestato di partecipazione ai 3 focus ed alla fase dell’Analisi delle rappresentazioni culturali, delle competenze e dei bisogni di cui sono portatrici le comunità di immigrati del progetto T-SHaRE in qualità di ricercatori volontari.

Sarà importante, a conclusione dell’Analisi delle rappresentazioni culturali, condividere i risultati emersi con i partecipanti, ed aggiornarli anche sui successivi sviluppi del progetto T-SHaRE, coinvolgendoli nelle attività di disseminazione e utilizzo dei risultati intermedi e finali.

### **Tracce per stimolare la discussione nei focus group**

La metodologia che si utilizzerà sarà quella dei focus group semi-strutturati, con temi-chiave indicati come tracce da seguire per tutti i partner di T-SHaRE, ma lasciando spazio ad ulteriori temi che potrebbero emergere durante la discussione. Ciò al fine di rendere confrontabili i risultati, e allo stesso tempo valorizzare le specificità di ogni situazione.

I temi-chiave che proponiamo come tracce per condurre la discussione sono stati individuati dal gruppo di progetto del Centro Shen grazie al lungo e intenso lavoro svolto nel campo della salute, della cura con medicine di altre culture, insieme alle comunità di immigrati maggiormente presenti a Napoli. Naturalmente tali temi da noi proposti potranno essere integrati da ulteriori temi da parte dei altri gruppi di progetto.

I focus realizzati dovranno essere integralmente trascritti dagli osservatori. È utile avvalersi di registrazioni audio (o video) oltre che degli appunti presi.

### **Temi-chiave per il 1° focus group**

1. *La cura*: sollecitare una riflessione su: viene curata la persona o la malattia? Si agisce con la cura solo in presenza della malattia?
2. *Il dolore*: quanto e perché è sopportabile?
3. *Energia ed emozione*: come reagisce il corpo alle emozioni ?
4. *Per curare bisogna essere necessariamente medici?*
5. *La medicina specialistica e la ricerca diagnostica di laboratorio*: quanto servono?

6. *Il cibo*: può curare?
7. *Il massaggio*: può curare? Sollecitare una riflessione su: il contatto che si crea nel massaggio; la relazione al di là delle parole; uso del massaggio nel proprio paese di origine.
8. *La pazzia*: cos'è la pazzia? Cos'è l'equilibrio?
9. *Le donne*: sono più predisposte alla cura? Se sì, in che senso? A curare o a curarsi?
10. *Il parto*: ha una sacralità?
11. *La donna*: è più forte o più debole?
12. *La relazione di cura*: una buona relazione di cura su che cosa si basa?

Alcune domande nel focus, possono sembrare di tipo filosofico, astratto, come ad esempio: ***si cura solo in presenza della malattia, energia, il massaggio puo' curare.***

Il senso è quello di poter cogliere attraverso la discussione:

- il punto di vista differente, il differente significato, esempio: la pazzia per il mediatore culturale dello Sri Lanka o per la riflessologa Russa o per....;
- la soddisfazione e la preferenza di una pratica di cura rispetto ad un'altra (vedi la domanda: è usato il massaggio nella propria comunità di appartenenza?; la medicina specialistica e la ricerca diagnostica di laboratorio, quanto servono?);
- le diverse pratiche di cura utilizzate da persone di altra cultura;
- l'efficacia e l'efficienza della cura.

I testimoni privilegiati risponderanno e si confronteranno nel gruppo sulla base dei propri riferimenti culturali, filosofici, medici, metodologici e pratici su come curano, se è opportuno intervenire, sulla visione della malattia, sull'energia, sulla relazione di cura.

## ALLEGATO 5

### **ANALISI DELLE COMPETENZE DI MEDIAZIONE CULTURALE CHE I MEDIATORI E GLI OPERATORI SANITARI DEVONO POSSEDERE/ ACQUISIRE/MIGLIORARE SECONDO GLI IMMIGRATI**

*di Kulturno Drustvo Gmajna*

#### **L'accesso dei migranti all'assistenza sanitaria in ogni paese partner**

- Identificare e descrivere gli enti del sistema sanitario che forniscono servizi di assistenza sanitaria ai migranti che non vi hanno accesso regolare. Ci sono dei servizi del sistema sanitario specializzati nel lavoro con i migranti che non hanno regolare accesso al sistema sanitario?
- Identificare e descrivere gruppi auto-organizzati di migranti o immigrati con pratica e / o competenza nel campo della salute dei migranti.
- Descrivere il livello minimo di assistenza medica, per esempio le cure d'emergenza, finanziato e fornito dallo Stato alle persone, indipendentemente dallo status ufficiale. La mediazione culturale e la traduzione sono inclusi?

#### **I. Esperienze con gli operatori sanitari dal punto di vista dei migranti**

- Breve descrizione delle esperienze dei migranti con gli operatori sanitari.
- Difficoltà percepite nel contatto con i professionisti della salute.
- Strumenti utili ai migranti per superare gli ostacoli incontrati.

#### **II. Capacità di mediazione dei mediatori interculturali della salute secondo il punto di vista dei migranti**

- Descrivere le competenze di mediazione che i mediatori dovrebbero possedere/acquisire.
- Descrivere le capacità di mediazione che i mediatori dovrebbero incrementare.

#### **III. La necessità di formazione per i mediatori interculturali della salute secondo il punto di vista dei migranti**

- Descrivere le esigenze di formazione dei mediatori interculturali della salute
- Descrivere le esigenze di formazione degli operatori sanitari

#### **IV. L'esigenza dei migranti di nuovi strumenti**

- Descrivere le esigenze di formazione personale e di informazione sul sistema sanitario
- Descrivere la necessità della figura dell'interprete
- Descrivere le necessità di ulteriori strumenti

#### **V. Requisiti del mediatore interculturale della salute**

- Descrivere quali dovrebbero essere i requisiti del mediatore interculturale della salute secondo i migranti.

#### **VI. Proposte operative sulla mediazione interculturale della salute**

- Proposte relative ai requisiti formali o informali

- Proposte di formazione del mediatore
- Proposte sulla formazione degli operatori sanitari
- Proposte sull'informazione ai migranti
- Proposte relative all'organizzazione della mediazione clinica
- Proposte di altri strumenti

## **VII. Organizzazioni non-formali di Mediazione culturale secondo il punto di vista dei migranti**

- Descrivere le organizzazioni non formali e le pratiche di mediazione culturale (gruppi di solidarietà, il sostegno di familiari e amici, pratiche non-formali portate avanti da operatori del sociale, ecc.)
- Gli utenti avvertono una differenza tra mediatori formali e non formali?
- I mediatori culturali possono essere mediatori non solo dalla cultura d'origine a quella ospitante ma anche nella direzione opposta (gli utenti apprezzerrebbero che il mediatore condividesse con il paziente alcune riflessioni sulle idee di malattia anche della cultura ospitante? )



## ALLEGATO 6

### **ANALISI DELLE CAPACITÀ DI MEDIAZIONE CULTURALE CHE I PROFESSIONISTI DEVONO POSSEDERE/ACQUISIRE/POTENZIARE SECONDO I MEDIATORI (INTER) CULTURALI E GLI OPERATORI SANITARI**

*di Nasjonal Kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)*

#### **1. Campo di indagine**

- Identificare le istituzioni più importanti in ambito di salute e cura e di migrazione (inclusi i centri di ospitalità, i centri di detenzione, ecc.) per l'individuazione di figure professionali<sup>1</sup> che lavorano con i migranti.
- Identificare le figure professionali che lavorano con i migranti in ambito sanitario sia nei servizi di assistenza generica che specialistica.

#### **2. Contatto e comunicazione**

- Identificare le figure professionali (operatori sanitari e mediatori) che lavorano con i migranti che possano e vogliano partecipare attivamente alla ricerca T-SHaRE.
- Intercettare gli operatori sanitari e i mediatori culturali sanitari e coinvolgerli nella ricerca, con il consenso informato.

#### **3. Strumenti per raccogliere dati comparativi**

Raccogliere dati significativi usando le metodologie e i metodi più appropriati, anche combinandoli tra loro, secondo i differenti contesti dei partner. I dati finali si otterranno mettendo insieme i diversi metodi utilizzati, focus groups, e / o interviste individuali, con tutti i professionisti, sia operatori sanitari che mediatori. Per una migliore comparazione dei dati raccomandiamo fortemente ad ogni partner di realizzare dei focus groups, formando due gruppi separati: uno di operatori sanitari e uno di mediatori (formali / informali).

Ogni gruppo sarà composto da non più di dieci partecipanti, possibilmente di diverso genere, età, professione, esperienza e luogo di lavoro.

Ogni gruppo dovrà riunirsi una o due volte, per 2 ½ - 3 ore.

Tutti gli argomenti, delineati sopra, saranno discussi fino ad ottenere i dati di interesse, i partecipanti devono essere stimolati e invitati ad una partecipazione attiva. Si inizia con una domanda principale e si procede, quando e se necessario, con delle sotto-domande. Questa strategia vi permetterà di ottenere dati ulteriori. Il focus group inizierà con una breve descrizione del progetto T-SHaRE e dell'obiettivo dell'incontro, una breve presentazione di tutti i partecipanti e delle loro esperienze con i pazienti migranti.

Se occorre, si possono realizzare, in aggiunta ai focus group, delle interviste individuali, in tal caso si raccomanda di porre le stesse domande e affrontare gli stessi argomenti del focus group.

---

<sup>1</sup> Dove per "professionisti" intendiamo medici, infermieri e, in generale, figure professionali in ambito sanitario, inclusi i mediatori.

#### **4. Argomenti per i focus groups / interviste**

##### ***Qual è la vostra esperienza con I pazienti migranti?***

- Quanti tra i pazienti che incontrate sono migranti / hanno un'esperienza migratoria alle loro spalle?
- “Tipi” di pazienti migranti (età, sesso, motivi della migrazione, stato legale)
- Avete avuto delle esperienze difficili nel vostro lavoro con i migranti?
- Se sì, in quale contesto / situazione / problema medico, con quale categoria di paziente migrante?
- Che tipo di strumento può esservi d'aiuto nell'affrontare queste difficoltà?

##### ***Mediazione interculturale sanitaria; questo tipo di servizio è utilizzato? ce n'è bisogno in ambito sanitario?***

- Perché? Quanto è importante?
- In quale contesto / situazione / problema medico / tipo di pazienti?
- È opportuna la cooperazione tra operatore della salute e mediatore?
- La mediazione può essere supportata da altri strumenti, quali un interprete, materiale tradotto, formazione, e altro?

##### ***Quali capacità dovrebbe possedere / acquisire un mediatore interculturale in campo medico?***

- Attitudine personale / informale
- Abilità professionale / formale

Riguardo a:

- Sistema sanitario
- Diagnosi / trattamento
- Comunicazione
- Lingua
- Concettualizzazione interculturale / comprensione della salute
- Relazione/ comunicazione con la famiglia / parenti

##### ***Quali sono i bisogni formativi dei mediatori interculturali in ambito sanitario?***

Che tipo di formazione dovrebbero possedere?

Riguardo a:

- Sistema sanitario
- Diagnosi / trattamento
- Comunicazione
- Lingua
- Concettualizzazione interculturale / comprensione della salute
- Relazione/ comunicazione con la famiglia / parenti

##### ***Quali capacità dovrebbero possedere / acquisire gli operatori sanitari?***

Riguardo a :

- Diritto alla Salute dei migranti
- Situazioni specifiche e bisogni dei migranti
- Comunicazione interculturale
- Concettualizzazione interculturale / comprensione della salute
- Relazione/ comunicazione con la famiglia / parenti

***Quali sono le proposte relative alla mediazione interculturale nel campo della Salute?***

- Requisiti<sup>2</sup> (formali e informali) per diventare mediatore?
- Formazione (sia per operatori sanitari che mediatori)?
- Organizzazione della mediazione interculturale in ambito sanitario?
- Altri strumenti?

**5. Analisi dei dati emersi dai focus group / interviste**

- Identificare e descrivere le capacità di mediazione che i mediatori interculturali, in ambito sanitario, dovrebbero possedere/ acquisire/ incrementare
- Identificare e descrivere le capacità che gli operatori sanitari dovrebbero possedere / acquisire /incrementare
- Identificare e descrivere le esigenze di formazione per i mediatori interculturali della salute secondo gli operatori sanitari e i mediatori stessi.
- Identificare e descrivere la necessità degli operatori sanitari di ricorrere ad altri strumenti (formazione personale, interprete, altro)
- Identificare e descrivere i requisiti per diventare mediatore interculturale nel campo della Salute.
- Individuare le implicazioni della vostra ricerca e proporre possibili provvedimenti per soddisfare le esigenze dei mediatori e degli operatori della Salute.
- Se possibile, condividere le vostre analisi e proposte con i partecipanti alla ricerca per un confronto.

---

<sup>2</sup> Per requisiti si intendono tipo di formazione, competenza linguistica, esperienze professionali, capacità comunicativa etc.



## ALLEGATO 7

### I PROTOCOLLI DI FORMAZIONE SPERIMENTATI di Centro Françoise Minkowska

I contenuti dei moduli sono stati organizzati nel seguente modo:

#### **Modulo centrale**

Prima settimana:

Perché formare alla mediazione culturale? Introduzione sulle diverse funzioni della relazione sanitaria (giochi di ruolo, discussione di casi clinici, video).

Storia della mediazione (e delle sue variazioni nei diversi contesti nazionali) e introduzione ai concetti chiave (empatia, neutralità, la differenza tra la funzione del mediatore e quella dell'interprete, etc).

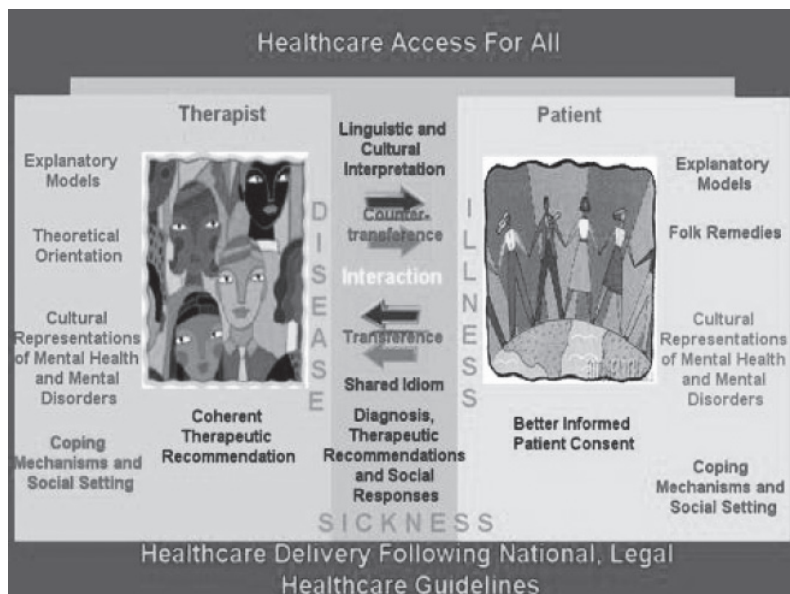
Seconda settimana:

Storia dell'immigrazione e delle strutture sanitarie locali. Introduzione al contesto normativo (secondo i diversi contesti nazionali) e le condizioni di accesso all'assistenza sanitaria per gli immigrati e rifugiati.

Introduzione all'approccio dell'Antropologia Medica. Il ruolo delle determinanti sociali nel contesto delle migrazioni. La mediazione all'interno di un approccio medico-psico-sociale (discussione di casi clinici).

Terza Settimana:

L'Antropologia Medica nel contesto clinico: Introduzione al concetto di *explanatory models* e ai concetti di *illness/sickness/disease*. Definizione di "cultura" e del suo significato nel contesto sanitario (AMECLIN, strumento interattivo prodotto dal Centro F.Minkowska).



Pluralismo medico e variazioni in termini di efficacia terapeutica. Il ruolo del mediatore nel contesto sanitario biomedico. La biomedicina intesa come sistema culturale.

Quarta settimana:

Brainstorming con i partecipanti. Relazione tra concetti teorici e le competenze professionali. Che cos'è la "competenza culturale"? (Discussione di casi clinici)

Discussione e valutazione del modulo comune.

### ***Modulo sulla salute mentale***

Quinta settimana :

Genealogia del rapporto tra salute mentale e cultura (il colonialismo e la nascita dell'etnopsichiatria, le sue evoluzioni postcoloniali).

Storia ed evoluzione delle strutture sanitarie e di salute mentale che si rivolgono ai migranti nei contesti nazionali locali. Il difficile compito di bilanciare il rischio di ridurre la domanda portata dal soggetto unicamente alla sua cultura e quello di tralasciare l'influenza delle determinanti sociali sulla malattia e sulla salute mentale.

Sesta Settimana :

La mediazione nel contesto terapeutico della salute mentale: proiezione di film, casi clinici, giochi di ruolo.

Testimonianze di professionisti della salute mentale e mediatori.

### ***Modulo sulla salute delle donne***

Settima Settimana :

Antropologia della maternità, della genitorialità e del parto (proiezione video). Il confronto con le teorie occidentali relative all'educazione, all'attaccamento e all'interazione madre / bambino.

La mediazione nel contesto sanitario materno-infantile: discussione di casi clinici.

Ottava Settimana :

La mediazione nel contesto sanitario della salute materno-infantile: identificazione delle istituzioni coinvolte negli interventi correlati (strutture per la nascita, scuole, associazioni, ecc), casi clinici, video.

Testimonianze di professionisti sanitari del settore materno-infantile e di mediatori.

Discussione e valutazione dei moduli specifici trattati.

### **Temi di formazione**

*Storia e stato di fatto in ogni paese di:*

- Migrazione, sistemi sanitari locali, mediazione culturale;
- Diritto e accessibilità dei servizi sanitari per gli immigrati e richiedenti asilo in ogni paese;
- Politiche nazionali e locali in materia di esclusione sociale.

*Migrazione, Salute e Antropologia:*

- Il ruolo dei determinanti sociali della migrazione;

- Pluralismo medico;
- Biomedicina come sistema culturale;
- Definizione del concetto di “cultura”;
- Stereotipi, pregiudizi e incomprensioni legati alla cultura;
- Migrazione e famiglia;
- Analisi critica dei concetti di corpo, identità e genere.

*Antropologia della maternità, della paternità e della nascita:*

- Confronto tra diversi modelli educativi, dell’attaccamento e della maternità;
- La mediazione Culturale nel contesto materno-infantile e nell’ assistenza sanitaria per l’infanzia;
- La pratica delle mutilazioni genitali e la costruzione culturale del genere.

*Antropologia della salute mentale:*

- Antropologia Medica, sofferenza sociale e la malattia. Malattia e narrazioni;
- Relazione tra salute mentale e cultura
- Mediazione Culturale e salute mentale





## ALLEGATO 8

### QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE GENERALE DELL'ESPERIENZA PILOTA DI FORMAZIONE T-SHaRE

*di Cria - Centro em Rede de Investigação em Antropologia*

- 1) Segnalare da 3 a 5 degli aspetti più positivi della formazione
- 2) Segnalare da 3 a 5 degli aspetti meno positivi della formazione, che dovrebbero essere migliorati.
- 3) Per favore, indicare in ordine di importanza, massimo fino a 6, quali sono gli ostacoli nell'accesso alla salute da parte dei migranti e dei membri delle minoranze etniche nel vostro paese.
- 4) Per favore, descrivere 3 concetti principali emersi dal corso di formazione relativi alla mediazione culturale nei servizi per la salute della donna e del bambino, che vi sono sembrati utili, e spiegate il perché.
- 5) Per favore, descrivere 3 concetti principali emersi dal corso di formazione relativi alla mediazione culturale nei servizi per la salute mentale, che vi sono sembrati utili, e spiegate il perché.



## ALLEGATO 9

### QUESTIONARI DI VALUTAZIONE IN INGRESSO E IN USCITA L'ESPERIENZA PILOTA DI FORMAZIONE

*Centre médico-psycho-social Françoise MINKOWSKA*

#### Questionario di valutazione in ingresso

**PROFESSIONE:** .....

**FORMAZIONE SUCCESSIVA :** .....

#### DOMANDE RISERVATE AI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

1) Il servizio presso cui lavorate si rivolge ad una popolazione di immigrati?

Si  No

2) Sulla totalità dei pazienti, qual è la proporzione di pazienti immigrati (approssimativamente) che hanno avuto accesso al vostro servizio l'anno scorso?

25%  75%   
50%  100%

3) Avete già lavorato con dei mediatori culturali?

Mai  Spesso  Sempre

4) Nella relazione di cura, utilizzate la lingua madre degli immigrati?

Mai  Spesso  Sempre

#### DOMANDE RISERVATE AI MEDIATORI CULTURALI

1) All'interno di quanti servizi lavorate? .....

Potete precisare il contesto nel quale lavorate (contesto giuridico, sociale, clinico, educativo) :

.....  
.....  
.....

2) Potete fornire una breve descrizione del vostro lavoro?

.....  
.....  
.....

3) Utilizzate la vostra lingua madre con le persone che si rivolgono al vostro servizio?

Si       Qualche volta       Mai

4) Che formazione avete seguito per essere riconosciuti oggi come mediatori culturali?

.....  
.....  
.....

**DOMANDE RISERVATE A TUTTI I PROFESSIONISTI**

1) Quali sono le altre categorie professionali rappresentate nel vostro servizio?

Psichiatri <input type="checkbox"/>	Psicologi <input type="checkbox"/>	Medici generici <input type="checkbox"/>
Assistenti sociali <input type="checkbox"/>	Antropologi <input type="checkbox"/>	Infermieri <input type="checkbox"/>
Ginecologhe <input type="checkbox"/>	Ostetriche <input type="checkbox"/>	Educatori <input type="checkbox"/>
Mediatori culturali <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>	_____

2) Lavorate in squadra?

Si       Qualche volta       Mai

3) Avete colleghi provenienti da un paese diverso e/o di origini culturali differenti?

Si  (Potete precisare la loro professione)

.....

No

4) Avete letto libri e/o partecipato a conferenze sugli immigrati e sulla mediazione culturale durante quest'ultimo anno?

Si       No

5) Qual è la vostra definizione di mediatore culturale?

.....  
.....  
.....

6) Qual è la vostra definizione di interprete?

.....  
.....  
.....

7) Qual è la vostra definizione del concetto di cultura?

.....  
.....  
.....

8) Se voi non foste mediatori culturali, quali sarebbero per voi le condizioni necessarie per lavorare con un mediatore culturale nel vostro servizio?

.....  
.....  
.....

9) Secondo voi, un mediatore culturale può operare in un contesto clinico ? Se si, quali competenze e risorse dovrebbe avere? Se no, potete spiegarne il perché ?

.....  
.....  
.....

10) Pensate che la vostra cultura possa influenzare la vostra pratica professionale?

.....  
.....  
.....

11) In quali situazioni pensate che possa essere utile lavorare con un mediatore culturale?

.....  
.....  
.....

12) Secondo voi, quali sono i problemi più gravi che gli immigrati incontrano quando si rivolgono ai servizi di assistenza sanitaria pubblici?

.....  
.....  
.....

13) Quali sono le vostre aspettative rispetto alla formazione proposta (Formazione per la mediazione culturale nel campo della cura: Progetto europeo T- Share)?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Grazie per il tempo speso nel rispondere al nostro questionario.*

## Questionario di valutazione in uscita

**PROFESSIONE:** .....

**FORMAZIONE SUCCESSIVA :** .....

1) Lavori in team?

Sì       Qualche volta       Mai

2) Avete letto libri e/o partecipato a conferenze sugli immigrati e sulla mediazione culturale durante quest'ultimo anno?

Sì       No

3) Qual è la vostra definizione di mediatore culturale?

.....  
.....  
.....

4) Qual è la vostra definizione di interprete?

.....  
.....  
.....

5) Qual è la vostra definizione del concetto di cultura?

.....  
.....  
.....

6) Se voi non foste mediatori culturali, quali sarebbero per voi le condizioni necessarie per lavorare con un mediatore culturale nel vostro servizio?

.....

.....

.....

7) Secondo voi, un mediatore culturale può operare in un contesto clinico ? Se si, quali competenze e risorse dovrebbe avere? Se no, potete spiegarne il perché ?

.....

.....

.....

8) Pensate che la vostra cultura possa influenzare la vostra pratica professionale?

.....

.....

.....

9) In quali situazioni pensate che possa essere utile lavorare con un mediatore culturale?

.....

.....

.....

10) Secondo voi, quali sono i problemi più gravi che gli immigrati incontrano quando si rivolgono ai servizi di assistenza sanitaria pubblici?

.....

.....

.....



11) Quali sono le vostre aspettative rispetto alla formazione proposta (Formazione per la mediazione culturale nel campo della cura: Progetto europeo T- Share)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Grazie per il tempo speso per rispondere al nostro questionario.*



## ALLEGATO 10

### VALUTAZIONE DEI SISTEMI SANITARI E DEI SERVIZI SANITARI PER GLI IMMIGRATI

*A cura di Kulturno Drustvo Gmajna*

Il questionario è progettato per ricevere un feedback da parte degli utenti immigrati sul trattamento sanitario ricevuto.

#### *Metodologia*

Il questionario suggerisce come impostare il colloquio con i pazienti immigrati per ottenere una valutazione del trattamento. Il ricercatore che conduce l'intervista non deve essere un membro del gruppo interdisciplinare (operatore sanitario, mediatore, traduttore) che ha effettuato il trattamento al paziente migrante. Si presenta come un ricercatore indipendente che vuole ottenere un feedback dall'utente per migliorare i servizi di assistenza sanitaria rivolti ai migranti.

È importante che il ricercatore dia l'impressione di essere neutrale, che si preoccupa per il bene dei pazienti migranti.

Questa metodologia favorisce un approccio personale, una breve conversazione con il paziente migrante sulle sue percezioni durante il trattamento, le sue osservazioni, lamentele, opinioni e suggerimenti. L'obiettivo dell'intervista è ottenere una valutazione qualitativa da parte dell'utente migrante sul sistema sanitario e i suoi servizi, tra cui quelli di traduzione e mediazione.

Il ricercatore rassicura il paziente sull'anonimato dell'intervista, i dati personali non saranno forniti né verbalmente né per iscritto, pertanto non saranno resi noti né agli operatori sanitari e né agli altri responsabili del trattamento ricevuto. Il luogo dove si svolge l'intervista deve essere comodo, e sicuro, non visibile ai dipendenti sanitari e ad altri che potrebbero dissuadere il paziente dal parlare e lontano da possibili interruzioni.

Il ricercatore avvisa il paziente migrante che l'intervista durerà circa 15 minuti.

Alcuni pazienti non sono emotivamente ben disposti dopo il trattamento sanitario. In tali casi, il ricercatore cerca di tranquillizzare il migrante.

All'inizio della conversazione il ricercatore spiega brevemente che l'intervista mira al miglioramento dei servizi sanitari per i migranti.

Dopo la presentazione il ricercatore inizia l'intervista. Egli o ella è l'unico a fare domande e a scrivere le risposte, ma non si limita a fornire il questionario al paziente e ad attendere che venga compilato. Il questionario è uno strumento per l'intervista, una traccia su cui sviluppare la conversazione: non è necessario porre tutte le domande previste ma spiegare e coprire tutti gli argomenti e i punti fondamentali del colloquio.

Se il ricercatore e l'intervistato non si capiscono e non parlano la stessa lingua, il ricercatore può ricorrere ad un traduttore informale (o un mediatore), per esempio un familiare che accompagna il paziente migrante.

È importante, che non siano membri del team interdisciplinare che ha trattato quel migrante in particolare.

## *Domande*

### 1. Dati personali di base del paziente migrante:

- Paese di origine;
- Status residenziale (cioè senza documenti, richiedente asilo, con residenza temporanea, con residenza permanente, ecc);
- Il migrante ha una assicurazione sanitaria? Se sì, è totale o parziale?;
- Da quanto tempo il migrante vive nel paese ospitante? Qual è il livello di comprensione della lingua ufficiale del paese ospitante?

### 2. Le informazioni sulle difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria sono raccolte in maniera descrittiva seguendo più o meno i seguenti punti:

- Puoi spiegare le varie difficoltà che hai incontrato nell'accedere ai servizi di assistenza sanitaria (fissare un appuntamento, la prima accoglienza, o durante il trattamento stesso)?
- Che tipo di difficoltà hai incontrato? Ostacoli nella comunicazione, barriere culturali o burocratiche, mancanza di informazioni, etc?
- Qualcuno ti ha aiutato a superare queste difficoltà? Se sì, chi ti ha aiutato e che tipo di supporto ti ha fornito?

### 3. Sensazioni e osservazioni durante il trattamento:

- Il medico e il personale sanitario ti hanno ascoltato? Erano interessati ai tuoi problemi e hanno mostrato empatia? Hanno dedicato a te e al tuo trattamento il tempo necessario? Quali erano le tue sensazioni durante il trattamento? Ti sei sentito a tuo agio? Ti sentivi al sicuro con il medico e con l'altro personale sanitario? Avevi fiducia in loro? Hai provato ansia, vergogna, o qualsiasi altra emozione negativa durante il trattamento?
- Hai compreso il trattamento/la terapia? In quale lingua avete comunicato (la tua lingua o nella lingua ufficiale)? Avete avuto bisogno di un traduttore? Qualcuno vi ha offerto un traduttore? Hai suggerito un traduttore tu stesso?
- La comunicazione è stata chiara ed efficace? In caso contrario, si è trattato di un problema linguistico o di eccessivo ricorso al gergo medico?
- Hai avuto altri tipi di difficoltà non dovute a ragioni linguistiche, ma legate al sesso, religione, stile di vita, aspetto o cultura?
- Se tu fossi nel tuo paese di provenienza (paese di origine), avresti ricevuto lo stesso trattamento? In caso contrario, quali sarebbero state le principali differenze?

### 4. Presenza del mediatore (descrittiva):

- C'era un mediatore presente durante il trattamento? Se sì, tu o l'operatore sanitario avete pensato fosse necessaria la sua presenza? Il mediatore è venuto con te (cioè si tratta di un mediatore informale, come ad esempio un membro della famiglia, un amico, un collega) o il servizio sanitario te ne ha assegnato uno? Se c'erano entrambi i mediatori (quello informale e il mediatore assegnato dal servizio), chi ha effettivamente fornito l'assistenza durante il trattamento?
- Chi era il tuo mediatore? Da dove proveniva (paese di origine), che lingua parlava, quale era la sua cultura di appartenenza? Qual era il genere del mediatore? Perché è stata necessaria la presenza del mediatore? Hai

trovato nel mediatore un sostegno? Come descriveresti il suo atteggiamento: neutrale, orientato al paziente, orientato al medico (era schierato?) Sei stato soddisfatto della presenza e dell'assistenza del mediatore?

- Quali sono stati gli aspetti positivi del trattamento sanitario e della mediazione? Quali quelli negativi? Hai dei suggerimenti per il miglioramento dei servizi sanitari? Conosci altre buone pratiche (per esempio del tuo paese d'origine, dalla medicina alternativa, ecc) che potrebbero essere attuate nei servizi di assistenza sanitaria per gli immigrati?

5. Altri commenti o osservazioni?



## **SEZIONE 4**

**PROTOCOLLI LOCALI  
PER LA CREAZIONE E LA FORMAZIONE  
DI GRUPPI INTERPROFESSIONALI  
E INTERCULTURALI NEL CAMPO  
DELLA SALUTE MENTALE  
E DELLA SALUTE DELLA DONNA**





## ALLEGATO 11

### PROTOCOLLO T-SHARE TORINO (IT)

*di Associazione Frantz Fanon*

#### ***1. Proposta progettuale operativa e organizzativa***

##### *1.1 Introduzione*

Cosa significa lavorare con la mediazione culturale in ambito sanitario? Quali questioni pone il ricorso a questa strategia nella cura della sofferenza psichica di persone immigrate e con le donne migranti e i loro bambini? Se la mediazione linguistica-culturale ed etnoclinica ha rappresentato in questi ultimi anni la vera sfida per chiunque volesse lavorare nell'ambito della psichiatria transculturale e, più genericamente, della cura di pazienti immigrati. Tanto in Italia quanto in Europa o negli Stati Uniti, così come in Canada o in Australia, diversi esperimenti di mediazione culturale e linguistica sono stati realizzati all'interno dei servizi di etnopsichiatria o psichiatria transculturale per rispondere ai problemi della cura e, più in generale, dell'accesso ai servizi dei cittadini stranieri e dei membri di minoranze. Poiché problemi di *accessibilità culturale* potevano aggiungersi a quelli di natura economica, giuridica o istituzionale (cittadini senza permesso di soggiorno, rigidità degli orari di accoglienza ecc.), questi vanno considerati responsabili nel diminuire l'accesso, rendere più fragile la relazione terapeutica, incrementare il rischio di insuccesso terapeutico o di drop out. Possiamo così sintetizzare le questioni sollevate dagli operatori e dai ricercatori: 1. Che cosa accade quando un cittadino straniero o una famiglia immigrata entrano in contatto con i servizi sanitari? 2. I suoi sintomi, le sue esperienze, trovano sempre un ascolto e una interpretazione adeguati? 3. Possiamo ridurre il rischio di malintesi nel processo diagnostico e in quello terapeutico? 4. Quali sono le difficoltà che sperimentano gli operatori? 5. E quali sono le "competenze culturali" di cui questi ultimi devono essere dotati per rispondere in modo efficace alla domanda di cura?

##### *1.2. Analisi dei dati nazionali e locali*

Una ricerca sul rapporto salute/migrazione nella città di Torino aveva dimostrato come anche i cittadini stranieri aventi diritti (ossia con permesso di soggiorno e regolarizzazione avvenuta già da tempo) non facessero ricorso al Servizio Sanitario Nazionale che nel 50% dei casi (AA.VV., 1994)<sup>1</sup>. Un'analoga conclusione si trovava nello studio condotto quattro anni dopo dalla Provincia di Torino (1998). Per ciò che concerne l'accesso ai servizi di salute mentale, un'indagine limitata ad alcuni centri di salute mentale della città di Torino (sette, per l'esattezza) dimostrava inoltre la scarsissima presenza di cittadini stranieri e l'elevata incidenza di drop out già dopo uno o due incontri.

Al contrario, al Centro Frantz Fanon – Servizio di counselling, psicoterapia e supporto psicosociale per gli immigrati, i rifugiati e le vittime di tortura<sup>2</sup> - il flusso di

---

1 AA.VV., 1994. *La salute straniera*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

2 Il Centro Frantz Fanon è un servizio operante dal 1996 (già presso la sede dell'allora ASL 1 con sede in via Bertola 56, presso il Dipartimento di Educazione Sanitaria e poi presso il Dipartimento di salute mentale della suddetta ASL). L'Associazione Frantz Fanon ha successivamente stipulato una convenzione in data 10.12.2002 (delibera n. 27/DS/01/2002) con l'ASL TO 2 – attualmente ASL TO1 – per l'espletamento delle attività cliniche e di mediazione culturale rivolte a cittadini stranieri presso la sede del DSM di Via Vassalli Eandi 18. Tale convenzione consente l'uso dei locali e dei servizi per l'espletamento di dette attività, e insieme prevede attività di consulenza e di supervisione per gli operatori

utenti era stato, nello stesso periodo di tempo, e benché l'orario di apertura settimanale di quest'ultimo limitato a soli due pomeriggi, sette volte più alto di quello del totale di utenti accolti dai sette servizi nel loro insieme (AA.VV., 1999)<sup>3</sup>.

Gli stessi risultati sarebbero stati documentati e confermati da un'ulteriore ricerca condotta alcuni anni dopo, sempre a Torino (Ponzio, 2003; Visintin, 2003)<sup>4</sup>. Che cosa indicavano nell'insieme questi dati? Che cosa mostravano queste *assenze*? E perché spesso ci si ostinava a negare che qualcosa doveva essere fatto per accrescere la qualità delle cure e la soddisfazione di utenti stranieri e operatori?

Alla prima domanda è facile rispondere con i modelli dell'antropologia medica critica e dell'etnopsichiatria. Michele Risso e Wolfgang Böker avevano mostrato – già negli anni '60 – i limiti della psichiatria occidentale e delle sue categorie diagnostiche al cospetto del disagio e della sofferenza di pazienti che pure di questo Occidente erano a pieno titolo “cittadini” (gli immigrati erano in quel caso provenienti dal meridione d'Italia) (Risso e Böker, 1992)<sup>5</sup>.

È evidente che la presenza dell'Altro, dello straniero, ha sempre rappresentato una leva in grado di rivelare le faglie delle società ospiti e mostrare zone d'ombra in quelle che sembravano certezze acquisite. La presenza dell'Altro è di per sé un vero e proprio “rivelatore epistemologico”<sup>6</sup>, svelando debolezze di diverso genere. Operatori ed esperti spesso falliscono nel comprendere tale situazione perché non riconoscono le carenze delle proprie pratiche e dei propri modelli interpretativi al cospetto di domande e conflitti nuovi o diversi. Una certa psichiatria preferisce così parlare di “drop out”, “bassa compliance” del paziente, “scarsa collaborazione” della famiglia: ma ciascuno di questi concetti potrebbe essere rovesciato e indicare in buona parte dei casi la “cattiva qualità dell'accoglienza e della relazione”, l'“insostenibilità delle terapia farmacologia” (economica, connessa ad effetti collaterali spesso non comunicati al paziente, ecc.), l'incapacità di governare dinamiche relazionali complesse. L'incontro fra *alienisti* e *stranieri*<sup>7</sup> ha visto amplificati questi problemi e l'abuso di simili pseudo-concetti.

In queste difficoltà giocano però non meno di due fattori, spesso intrecciati. Conviene esaminare separatamente benché essi siano spesso connessi l'uno all'altro.

- a) Il primo potrebbe essere definita la “questione culturale”. La mancanza di consuetudine con categorie, rappresentazioni e modelli interpretativi caratteristici di un particolare sistema di cura, la scarsa familiarità con altri registri eziologici e terapeutici, la mancanza di conoscenza relativamente ad altri *idiomi della sofferenza e della malattia*, sono all'origine di molte delle difficoltà

---

dei servizi afferenti al DSM dell'ASL che ne facciano richiesta. La sede attuale del Centro è via Vassalli Eandi 18.

3 AA.VV., 1999. “Etnopsichiatria clinica e migrazione: l'esperienza del Centro Frantz Fanon”, in Morosini, de Girolamo, Picardo, Polidori (a cura di), *La ricerca in salute mentale: risultati, implicazioni, ricadute*, Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Roma, pp. 50-56.

4 Ponzio, E. 2003. *Psichiatria e immigrazione: assistenza erogata dal SSN a persone immigrate dall'area balcanica*, Tesi di laurea in Medicina e Chirurgia, Dattiloscritto non pubblicato.

Visintin, A. 2003. *Psichiatria transculturale: problematiche psichiatriche in soggetto immigrati dai paesi del Maghreb ed assistenti da strutture pubbliche ambulatoriali*, Tesi di laurea in Medicina e Chirurgia, Dattiloscritto non pubblicato.

5 Risso M. e Böker W., 1992. *Sortilegio e delirio*, Napoli, Liguori Editore. Cfr., relativamente al rapporto fra malattia mentale, cultura e risposte istituzionali in Italia anche Tavolaccini L., Verrua G., Corino U, *Modelli di malattia mentale*, Firenze, La Nuova Italia, 1976.

6 L'espressione è di Garrigues (2003, “Les villages noires en France et en Europe”, *L'Ethnographie*, 2, pp. 13-51).

7 Questa formula sta qui a ricordare il lavoro di R. Lipsedge e M. Littlewood (1989, *Aliens and alienist. Etnic minorities and psychiatry*, London, Unwin Hyman), il cui titolo opportunamente giocava sul doppio senso del termine “alien” nella lingua inglese (straniero e alieno, appunto), per sottolineare quanti problemi avessero scandito in passato l'incontro fra psichiatria e pazienti provenienti da altre culture.

comunemente riportate. Questa difficoltà concerne tanto gli utenti quanto gli operatori: entrambi avendo del sapere e delle pratiche dell'Altro una conoscenza spesso circoscritta o immaginaria.

- b) Il secondo fattore concerne la “questione linguistica”: la difficoltà di tradurre in modo adeguato e sufficientemente articolato nella *lingua dell'operatore* preoccupazioni, inquietudini, paure o esperienze pone il paziente in una condizione di grande disagio, tanto più in quegli spazi di diagnosi e di cura dove, come nel caso della salute mentale, buona parte di ciò che accade sta nel territorio della parola. Reciprocamente, le interpretazioni e le prescrizioni dei terapeuti *non trovano appropriata risonanza* quando formulate in una lingua che il paziente ignora o gestisce male, e sono *sprovviste di pertinenza* se offerte in un linguaggio che ricalca presupposti epistemologici, psicologici, morali o religiosi potenzialmente lontani (o addirittura contraddittori) nei confronti di quelli del paziente o della sua famiglia. Tali presupposti partecipano così alla produzione di malintesi e rendono difficile la costruzione di una relazione di cura efficace e della necessaria alleanza. Quest'ultima spesso costituisce la risorsa più importante quando si tratta di vincere la diffidenza di tanti utenti e famiglie che percepiscono i soggetti della cura e attori del controllo sociale come indistinguibili fra loro.

Quali sono le conseguenze di questi fattori nei Servizi di salute mentale e nei Servizi per la Salute delle Donne? Benché si conosca poco o nulla della storia del paziente, della sua biografia, dei suoi nomi, delle vicende del suo paese, una diagnosi viene tuttavia proposta anche dopo qualche frammentario “incontro”: una diagnosi che pretende legittimità sulla base di una sua presunta oggettività metodologica. Formule come *psicosi reattiva*, *bouffée delirante*, *delirio religioso* sono quanto mai ricorrenti, e spesso si giunge a coniare vere e proprie pseudodiagnosi che nell'insieme tradiscono l'incertezza degli operatori.

Di fronte alla “incomprensibilità” dell'Altro, doppiamente alieno (folle e straniero), di fronte a lingue spesso sconosciute, le strategie solitamente adottate sono due: a) il *diniego della differenza linguistico-culturale* e il ricondurre la sofferenza psichica al letto di Prometeo delle nostre categorie e strategie senza alcuna opportuna traduzione, o, alternativamente, b) l'immaginare che una *differenza culturale* sia la cifra nascosta del comportamento osservato, il segreto che – una volta conosciuto – farebbe sparire per incanto il sintomo psicopatologico. Da qui ad una cattiva utilizzazione della mediazione culturale il passo è breve. Molta della confusione che caratterizza l'attuale dibattito sul significato della mediazione nasce inoltre dalla pretesa di parlare di questa pratica ignorando la peculiarità dei differenti contesti di applicazione (ben diverso è il suo ruolo, ad esempio, in psicoterapia, in un reparto di ostetricia o nella scuola, e ben diversa dovrebbe essere in questi casi la formazione prevista) (de Pury Toumi, 1998)<sup>8</sup>. L'erronea idea che essa non sia che un'altra maniera di ricondurre ostinatamente il paziente entro i confini del suo mondo culturale o etnico come strategia di cura ha contribuito a generare ulteriori equivoci, tanto più rischiosi nell'assenza di un'appropriata formazione sui significati e sul ruolo della traduzione in ambito clinico nella quasi totalità delle scuole che rilasciano il titolo di mediatore culturale.

Entrambi i rischi prima menzionati (*falsa positività* e, rispettivamente, *falsa*

---

8 De Pury Toumi, 1998. *Traité du malentendu*, Odile Jacob, Paris.

*negatività*, li si potrebbe definire), sono quanto mai ricorrenti, e già Devereux ne aveva scritto negli anni '70: essi conducono a non fare un uso efficace della differenza linguistico-culturale o, all'opposto, non giungere a riconoscere disturbi rilevanti dietro un idioma della sofferenza a noi poco familiare. Kleinman aveva oltre trent'anni fa proposto la nozione di *category fallacy* proprio per indicare questo genere di problemi, e soprattutto per mettere in risalto i rischi derivanti dalla pretesa di adottare come tali, senza il necessario approfondimento critico, categorie diagnostiche della psichiatria occidentale in altri contesti culturali.

## **2. Obiettivi generali**

Le attività cliniche all'interno dei servizi sanitari sono oggi rivolte principalmente ad un'utenza immigrata esposta ad un cumulo di rischi (marginalità economica, esclusione sociale e sofferenza psichica).

La formazione ha pertanto le seguenti finalità:

- a) supportare l'acquisizione di strumenti per realizzare interventi di assistenza e cura per pazienti immigrati;
- b) promuovere la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari al fine di ridurre il rischio di dropout e di errori diagnostici, per favorire la continuità terapeutica e per mediare la conflittualità nel contesto sociale e familiare.

## **3. Descrizione dei servizi coinvolti nel progetto pilota e dei beneficiari**

Il dipartimento di salute mentale dell'ASL TO1 (Azienda Sanitaria Locale Torino1, SSN) è un servizio rivolto al trattamento clinico dei disturbi mentali, alla riabilitazione sociale dei pazienti e alla costruzione di una rete di servizi capaci di rispondere alle esigenze di ogni singolo paziente. Il territorio di competenza dell'ASL TO1 è la parte sud della città.

All'interno dell'ASL TO1 ci sono **2 S.P.D.C.** ( Servizio psichiatrico di diagnosi e cura)<sup>9</sup> - presso l'Ospedale Mauriziano e l'Ospedale Martini - per un totale di 25 letti; 6 C.S.M. (Centri di salute mentale) per il trattamento territoriale dei pazienti (1. ambulatorio per attività cliniche; 2. Centri Diurni per le attività di riabilitazione; 3. residenze, in cui operatori sociali accompagnano e sostengono le persone con disturbi mentali che vivono nei Gruppi-appartamento per promuovere la loro autonomia, autodeterminazione e l'inclusione sociale). Dal 2002, il **Centro Frantz Fanon** (Servizio di counseling, psicoterapia e sostegno psicologico per le persone migranti, rifugiati e vittime di tortura) lavora all'interno di uno dei CSM della ASL TO1 (Circoscrizione 3) con un team composto da psichiatri, psicologi e mediatori culturali.

Nello stesso contesto (ASL TO1) è presente un centro per donne e bambini chiamato **Centro Multiculturale**. Questo centro offre alle madri cure mediche durante la gravidanza, la nascita, i primi mesi di vita del neonato. Il servizio è indirizzato in modo particolare alle donne immigrate in gravidanza, e il suo personale vede coinvolte le seguenti figure professionali: infermieri, medici (specializzati in pediatria e ginecologia) e mediatori culturali.

Infine, nella stessa ASL, è presente un servizio denominato Centro MST (Centro per le Malattie Sessualmente Trasmissibili), la cui utenza è composta per lo più da donne migranti (coinvolte nella tratta). L'équipe di questo servizio è composta da medici

---

<sup>9</sup> S.P.D.C. è organizzata per offrire una breve ospedalizzazione dei pazienti, nella fase acuta della sofferenza psichica.

specializzati in malattie sessualmente trasmissibili, biologi, psicologi, operatori sociali e mediatori culturali.

I beneficiari del corso saranno:

- 6 Operatori della salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, medici, infermieri, etc. impiegati presso C.S.M., S.P.D.C., Centro Frantz Fanon, facenti capo all'ASL TO1);
- 4 Operatori facenti parte del Dipartimento di Salute materno infantile (ostetriche, medici, psicologi, infermieri, etc. impiegati presso il Centro MST<sup>10</sup>);
- 10 mediatori culturali che lavorano all'interno dell'ASL TO1 globalmente considerata (CSM, Centro Frantz Fanon, Centro multiculturale, etc.).

#### ***4. Metodologia e obiettivi specifici***

Per la formazione è prevista una durata complessiva di 40 ore, di cui 20 destinate sia alla presentazione/discussione di specifici casi clinici, rispetto ai quali gli operatori e il team etno-clinico saranno invitati a fare ipotesi, esplorare difficoltà, analizzare le dinamiche di transfert e controtransfert; sia alla valutazione delle interazioni con gli altri servizi interessati e a valutare l'impatto del trattamento sulla problematica clinica.

I protocolli verranno divisi in due parti.

**Parte 1:** prima sessione comune di 20 ore, finalizzata all'acquisizione da parte di tutti i partecipanti di un vocabolario e un linguaggio comune, per esempio rispetto alla nozione di cultura; al lavoro di traduzione; ai diversi significati della nozione di malattia, ecc.;

**Parte 2:** in questa sessione verranno distinti due livelli affinché possano essere affrontate separatamente le tipologie di intervento specifiche relative ai servizi di salute mentale e ai Servizi dell'Area materno-infantile:

**Salute mentale** (10 ore): verranno analizzate problematiche concernenti la salute mentale (concentrandosi per lo più sull'etnopsichiatria e su tematiche di antropologia medica intorno alle questioni concernenti l'eziologia, l'efficacia terapeutica, il transfert e il contro-transfert, ecc.)

**Salute delle donne** (10 ore): saranno analizzate tematiche relative alla salute materno-infantile, la nozione di corpo, la costruzione del genere (il femminile e il maschile), la sessualità, la gravidanza, la costruzione sociale del bambino, le etno-pedagogie nei primi anni di vita, ecc.)

##### *4.1 competenze dell'équipe interculturale e interprofessionale*

I membri dell'équipe interculturale dovranno sviluppare nel corso della formazione le seguenti competenze concernenti diversi livelli:

- 1. Competenze giuridiche:** conoscenza delle leggi in materia di migrazione, rifugiati politici e richiedenti asilo;
- 2. Competenze linguistiche:** porre attenzione al proprio stile comunicativo, al modo in cui viene gestita la comunicazione e alle parole che vengono scelte

quando si dialoga con un utente straniero (così come con altri professionisti); porre attenzione all'effetto delle parole usate nei pazienti, avendo presente la loro storia e il background; acquisire consapevolezza rispetto alle diverse rappresentazioni simboliche legate a diversi linguaggi; essere capaci di aumentare il numero di interpretazioni possibili rispetto alla malattia. Gli operatori dovranno apprendere a tollerare la frustrazione di non comprendere immediatamente ciò che il paziente intende dire, sia per ragioni linguistiche che di significato; allo stesso tempo dovranno imparare a tollerare la presenza di un altro operatore sanitario all'interno dello stesso setting clinico (questo problema assume un ruolo particolarmente importante nella psicoterapia);

- 3. Competenze relative al campo dell'antropologia medica:** capacità critica rispetto alle proprie premesse teoriche e metodologiche; conoscenze relative a categorie, rappresentazioni e modelli interpretativi esistenti in altre società e sistemi di cura; conoscenza di altri registri eziologici, diagnostici e terapeutici, e dei differenti aspetti della sofferenza e della malattia; capacità di riflettere relativamente alle relazioni di potere insite nelle pratiche della cura; capacità di stare e muoversi all'interno/esterno della dialettica esistente tra il concetto di uguaglianza e quello di differenza.

I professionisti della salute materno infantile dovranno poi approfondire le loro conoscenze relativamente alle nozioni di corpo femminile, sessualità, gravidanza, costruzione sociale del nuovo nato, esistenza di diverse pedagogie, etc.

Nel campo della salute mentale gli operatori lavoreranno sui concetti di eziologia, problematiche legate all'efficacia degli atti di cura e più in generale rispetto all'etnopsichiatria e altre nozioni di antropologia medica.

- 4. Competenze relative alle problematiche di genere in diversi contesti culturali:** comprendere l'esistenza di diversi modelli di maternità, la costruzione del corpo della donna, l'esistenza di diverse forme di espressione del genere; nei servizi per la salute delle donne, gli operatori dovranno acquisire la capacità di valutare l'impatto delle problematiche di genere rispetto a tematiche riguardanti la coppia, la vita familiare, la manipolazione e il trattamento del corpo, la gravidanza, etc.;
- 5. Competenze del gruppo di lavoro:** attitudine al lavoro d'èquipe e all'integrazione delle competenze dei diversi membri del gruppo di lavoro, affinché sia possibile dare vita ad un intervento complesso; nei servizi relativi alla salute mentale il ruolo del mediatore culturale è centrale: tutto il team deve riconoscere, beneficiare e sottolineare le competenze di questa figura professionale.

Gli operatori dovranno imparare a gestire il processo di triangolazione, che consiste in un continuo coinvolgimento del mediatore culturale nel dialogo tra operatore e paziente; l'èquipe dovrà inoltre imparare a tollerare la frustrazione data dal non capire immediatamente cosa il paziente stia dicendo;

- 6. Risorse della rete:** l'èquipe dovrà collaborare con altre organizzazioni formali e non formali che lavorano sul territorio (servizio sociale, ONG, Centri ISI, etc.); gli operatori dovranno orientare gli utenti tenendo a mente non soltanto l'assessment terapeutico, ma anche la loro situazione sociale;
- 7. Competenze relazionali:** gli operatori dovranno essere capaci di instaurare una solida relazione terapeutica con l'utente; questo dovrà sentirsi sicuro e accolto per poter condividere la ragione della propria sofferenza con l'operatore. Ogni operatore è chiamato a chiedersi quale sia la propria attitudine verso gli immigrati,

gli stranieri, etc., e a riflettere sul processo di cura considerando quest'ultimo come un processo interpersonale e in continuo evolvere e non soltanto come un semplice atto.

#### 4.2. Competenze specifiche del mediatore culturale nel campo della salute

Il mediatore culturale deve acquisire:

- una solida base teorica rispetto al processo di traduzione, anche se il suo ruolo sarà molto diverso da quello di un traduttore;
- competenze relative al come gestire i rischi legati alla triangolazione, i.e., saper far fronte al coinvolgimento continuo del mediatore culturale nel dialogo e nella dinamica tra operatore e utente;
- l'abilità di lavorare su un livello ipotetico e di agire come ponte tra diversi mondi simbolici e semantici, muovendosi tra diverse rappresentazioni della malattia e della cura proposte dai pazienti e dai loro contesti culturali e sociali;
- conoscenze del gergo medico e delle categorie psicologiche e psichiatriche.

#### 4.3 Proposta formativa

Il corso di formazione per operatori del Sistema Sanitario Nazionale è ispirato ai risultati del processo di ricerca svolto nella fasi preliminari del progetto T-SHaRE.

Ogni modulo è composto da 5 ore e il corso completo comprende 40 ore. Le lezioni saranno otto, si terranno una volta alla settimana (il venerdì dalle 9:00 alle 14:00).

Il corso proposto è suddiviso come segue:

##### PRIMA PARTE

- Modulo comune, 5 ore: nozione di cultura (identità, essere parte di, appartenenza etnica);
- Modulo comune, 5 ore: nozione di salute, malattia, cura (la cura come strumento terapeutico);
- Modulo comune, 5 ore: nozione di immigrazione: il migrante come *atopos* o ponte tra culture. Metafore e giochi linguistici relativi a dimensioni esistenziali paradossali; conoscenze giuridiche al fine di comprendere lo status del migrante, del richiedente asilo, del rifugiato; il permesso di soggiorno per cure mediche;
- Modulo comune, 5 ore: nozioni di mediazione e problematiche legate alla traduzione (la presenza di un "terzo" nella cura, comunicazione tra medico - mediatore - paziente), i diversi livelli della mediazione linguistico-culturale.

##### SECONDA PARTE

Per la seconda parte del corso sono previste 2 sessioni separate:

##### 1) Salute mentale

- Modulo relativo alla salute mentale, 5 ore: storia di una "disciplina controversa" (etnopsichiatria); la "Sindrome nordafricana" e il "complesso di dipendenza"; "stregoneria e delirio": ritorno alle origini dell'etnopsichiatria italiana; l'esperienza di Dakar-Fann in Senegal e Abekeuta in Nigeria.
- Modulo relativo alla salute mentale, 5 ore: Transfert and Controtransfert (Devereux) degli operatori socio sanitari e del mediatore; Destorificazione istituzionale (Ernesto de Martino): il problema dell'efficacia terapeutica; efficacia sociale e simbolica.

## 2) Salute materno infantile

- Modulo relativo alla Salute delle Donne, 5 ore: maschile e femminile; sessualità e gineco-poiesi; concepimento e parto (rappresentazioni dell'infanzia, rituali legati alla nascita del bambino e ai primi mesi di vita: rituali legati alla cura, rituali legati al trattamento del corpo (massaggi e bendaggi); costruzione sociale del bambino in contesti migratori;
- Modulo relativo alla Salute delle Donne, 5 ore: parentela e genitorialità nei contesti migratori (essere madre e padre, una buona madre e un buon padre, etc.), comparazione tra diversi modelli pedagogici e strategie di cura durante la prima infanzia; salute delle donne (per esempio: interrogativi intorno alle MGF in una prospettiva antropologica e psicologica).

Nella seconda parte del corso saranno offerte:

una specifica sessione per gli operatori sanitari e un'altra per i mediatori culturali operanti nel campo della salute.

Rispetto alla metodologia saranno usate lezioni frontali, seminari con non più di 20 persone, di cui 10 mediatori culturali già operanti nel servizio di salute pubblico. Durante i seminari verrà favorita la discussione, partendo anche da materiali multimediali (antropologia visuale e video documentazioni etnografiche).

Verrà rilasciato un certificato finale, ma soltanto alle persone che avranno frequentato il 90% del corso. Le presenze verranno registrate.

Un test finale permetterà di valutare l'acquisizione delle conoscenze e delle competenze.

### 4.4 Curriculum dei formatori

- Roberto Beneduce, Psichiatra e Antropologo, Dottore di Ricerca, Psicoterapeuta in Terapia Sistemica, Università di Torino, Facoltà di Psicologia e Dipartimento di Scienze Antropologiche, Associazione Frantz Fanon.
- Simona Taliani, Psicologa e Antropologa, Dottore di Ricerca, Psicoterapeuta Psicoanalitico, Università di Torino, Facoltà di Psicologia e Dipartimento di Scienze Antropologiche, Associazione Frantz Fanon.
- Roberto Bertolino, Psicologo e Psicoterapeuta Psicoanalitico, Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Torino, Associazione Frantz Fanon .
- Michela Borile, Psicologa e Psicoterapeuta, Associazione Frantz Fanon.
- Lahcen Aalla, Mediatore Culturale, Associazione Frantz Fanon.
- Gianluca Vitale, Avvocato, ASGI (Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione).

Il programma potrà subire alcune variazioni, in accordo con il dirigente dei servizi sanitari e secondo gli standard di qualità qui menzionati.

## ***5. Standard qualitativi***

Per assicurare una formazione di alto livello, il team del progetto T-SHaRE ha stabilito degli standard qualitativi cui ogni partner deve attenersi, pur adattandoli al proprio contesto. Inoltre, è importante sottolineare che la formazione sarà svolta da docenti qualificati, con competenze specifiche negli ambiti oggetto del Progetto T-SHaRE. Nel caso in cui uno dei partner non possieda queste risorse umane al suo interno, è importante che coinvolga personale qualificato.

Vengono inoltre proposte, sulla base delle esigenze emerse durante la ricerca sul territorio, delle linee guida cui gli operatori dei servizi sanitari possono fare riferimento



per sviluppare ed incrementare le loro competenze in ambito multiculturale durante lo svolgimento della loro attività professionale.

La formazione sarà effettuata da formatori che abbiano nel loro curriculum:

#### *Standard qualitativi per il curriculum dei formatori*

1. laurea;
2. specializzazione in psicoterapia, master o dottorato;
3. almeno 3 anni di esperienza nell'ambito della migrazione, dell'etnopsichiatria e/o dell'antropologia medica e/o nel lavoro clinico in servizi per pazienti immigrati.

#### *Standard qualitativi per i servizi:*

- Sviluppare un codice etico di condotta;
- Formare i propri operatori alle “competenze culturali” e all'utilizzo del dispositivo di mediazione culturale nei contesti sanitari;
- Favorire la creazione di gruppi di lavoro multilingue e multidisciplinari. Questi gruppi di lavoro permetteranno ai pazienti (adulti, bambini e famiglie) di accedere alla consulenza, qualora necessario, nella propria lingua madre, prendendo in considerazione le loro rappresentazioni culturali della salute e della cura, del corpo, della sofferenza. Spetta ai professionisti rispondere alla specifica richiesta di cura: prospettiva diagnostica e terapeutica, mediazione, collaborazione con altre équipe (soprattutto nell'ottica di terapie congiunte), maggiore consapevolezza nell'approccio con le popolazioni interessate.
- Promuovere la multidisciplinarietà favorendo il coinvolgimento dei servizi sociali, affinché garantiscano/assistano l'accesso alle cure sanitarie.
- Coordinare l'intervento di cura con le istituzioni e i partner di riferimento (legati o meno all'ambito sanitario).
- Focus sulla promozione della salute e sulla prevenzione (strumenti interculturali per l'educazione sanitaria).
- Servizi che vengano incontro alle esigenze e alle preferenze dei pazienti (cornice culturalmente competente).
- Proposte utili per la collettività.
- Documentazione modellata sui bisogni, la lingua, le metafore, gli idiomi, le necessità e il livello di alfabetizzazione del paziente.
- I dati sulle prestazioni dovrebbero essere resi disponibili per gli utenti.
- Formazione continua in ambito transculturale per lo staff.
- Stabilire un legame con le comunità locali, al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi di salute mentale e salute delle donne.
- Coinvolgimento e formazione di personale proveniente dalle comunità locali.

### **6. Codice di condotta**

Per acquisire e rinforzare queste competenze, gli operatori coinvolti devono conoscere e rispettare alcune norme fondamentali, una sorta di codice di condotta che varrà come regolamento professionale.

## 6.1 Principi generali

**Consapevolezza etica** - codici deontologici professionali e altre linee guida sono utili, ma non sufficienti a garantire che i professionisti siano sensibili ai temi della diversità nella loro pratica e ricerca. La consapevolezza etica professionale è un processo continuo e attivo che implica un interrogarsi costante e responsabilità personale.

**Il rispetto per i diritti e la dignità delle persone** - Differenti culture, etnie, religioni, lingue, età, sesso, orientamento sessuale, e altre caratteristiche simili sono parte integrante della propria identità e danno senso alla propria vita. Un reale rispetto tra i professionisti del sociale e della sanità e le persone con cui essi interagiscono è fondamentale per una relazione etica e per il rispetto dell'autonomia e della dignità delle persone.

**Promuovere il benessere** - Il ruolo dei professionisti del sociale e della sanità è la promozione della salute e del benessere quali facilitatori nel chiarire, comprendere, incoraggiare e aiutare gli altri nel loro percorso di self-empowerment esistenziale.

**Evitare di causare sofferenza** - I professionisti del settore sociale e della sanità del settore sociale e della sanità non dovrebbero permettere che i loro rapporti professionali con i pazienti possano essere pregiudicati dai propri punti di vista personali circa stile di vita, sesso, età, disabilità, razza, orientamento sessuale, religione o cultura. Come tali, essi sono responsabili nel non arrecare danno ai loro utenti.

**Responsabilità** - Professionisti del settore sociale e della sanità devono tenere standard di condotta professionale elevati, chiarire ruoli e obblighi professionali e accettare la responsabilità del proprio comportamento professionale. Inoltre, essi sono consapevoli delle loro responsabilità professionali e scientifiche rispetto alla società e alle specifiche comunità nelle quali operano.

**Giustizia** - Questo aspetto si riferisce al fatto che, in base ad un principio di uguaglianza, tutte le persone hanno il diritto ad accedere e beneficiare del contributo del proprio lavoro e ad un trattamento equo relativamente alle procedure e alle prestazioni fornite dai professionisti dei settori sociale e sanitario. Così, i professionisti sociali e sanitari cercano attivamente di comprendere il diverso background culturale degli utenti con cui lavorano e non discriminano in base a età, cultura, etnia, disabilità, sesso, religione, orientamento sessuale, stato civile o status socio-economico

**Competenza** - La competenza consiste in un atteggiamento (*consapevolezza*), conoscenza (*che cosa*), abilità (*come*), giudizio (*quando*), e diligenza (*impegno*) al servizio del benessere degli altri diversi, all'interno di uno specifico campo scientifico in cui ci si è formati. Il continuo aggiornamento sull'evoluzione della ricerca e della teoria nella letteratura scientifica e professionale è un aspetto importante della competenza etica.

**Le pratiche centrate sul contesto** - Nelle pratiche centrate sul contesto, gli operatori della sanità e del sociale riconoscono che tutti gli individui (compresi loro stessi) sono influenzati dai diversi background, tenendo conto della varietà delle esperienze umane e personali. Essi si sforzano di comprendere e rispettare la diversità dei loro utenti, tra

cui le differenze correlate a età, etnia, cultura, genere, disabilità, religione, orientamento sessuale e condizione socio-economica, considerando anche le differenze dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità.

**La consapevolezza delle dimensioni complesse della differenza** – I professionisti del sociale e della sanità sono consapevoli che la “differenza” non è un attributo naturale di individui o gruppi, ma una specifica costruzione sociale e politica. Nel loro approccio riconoscono le proprie responsabilità nel determinare la rappresentazione comune di queste differenze e le conseguenze sulla loro pratica.

### *6.2 Linee guida specifiche per operatori del sociale e della sanità*

**Consapevolezza di sé** - Gli operatori della sanità e del sociale sono invitati a riconoscere che, in quanto esseri culturali<sup>11</sup>, possono assumere atteggiamenti e convinzioni che influenzano negativamente le loro percezioni e interazioni con individui diversi da loro per età, etnia, cultura, religione, sesso, orientamento sessuale, disabilità e status socio-economico.

**La sensibilità culturale verso l'Altro** - Gli operatori della sanità e del sociale sono invitati a riconoscere l'importanza della sensibilità culturale, della conoscenza e comprensione di tutti gli individui, nel corso del loro lavoro con gli utenti.

**Conoscenza di sé** - Gli operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti hanno conoscenze specifiche dei loro background e di come questi influenzino professionalmente sia dal punto di vista personale che professionale le loro definizioni e i loro pregiudizi su normalità, anormalità e processo di cura.

**Conoscenza** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti conoscono e comprendono come i problemi di immigrazione, povertà, oppressione, impotenza, razzismo, sessismo, discriminazione e stereotipi hanno influenzato e influenzano la vita delle persone con cui lavorano.

**Conoscenza dell'altro** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti possiedono conoscenze e informazioni specifiche sul gruppo particolare (o i gruppi) con il quale stanno lavorando. Sono consapevoli delle esperienze di vita, dell'eredità culturale e della storia dei loro utenti e di come questi si ripercuotano sulla manifestazione del disagio psicologico, sulla ricerca di aiuto e sull'adeguatezza o inadeguatezza dell'approccio di intervento.

**Relazione di aiuto** - Gli operatori della sanità e del sociale affrontano le “esigenze di benessere” del paziente in relazione all'interprete riguardo a fattori quali età, sesso, provenienza etnica, e altre potenziali aree di disagio. Quando il problema emerge, queste potenziali aree di disagio sono discusse con il paziente e affrontate in modo appropriato.

**Riservatezza** - Gli operatori della sanità e del sociale spiegano i confini e il significato della riservatezza, le sue implicazioni e conseguenze per i pazienti e rispettano la loro privacy fisica e personale/ emotiva, a seconda delle necessità.

---

11 Poiché loro stessi si situano all'interno di un peculiare universo culturale.

**Visioni Salute / Malattia** - Operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti rispettano la religione degli utenti e/o le convinzioni spirituali e i valori sul funzionamento del corpo e della mente. Di conseguenza, rispettano le pratiche di aiuto locali e l'aiuto delle reti intrinseche alla comunità.

**Mediazione** - i professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti sono in grado di collaborare con i mediatori culturali e cercano di consultarsi con altri guaritori o leader religiosi e spirituali, professionisti, quando necessario.

**Lingua** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti valorizzano il pluralismo linguistico e non considerano l'altra lingua come ostacolo all'intervento. Si assumono la responsabilità di interagire nella lingua richiesta dall'utente, quindi, potrebbe essere necessario (a) cercare un interprete con conoscenze culturali e opportuno background professionale o (b) riferirsi ad un professionista bilingue esperto e competente.

**Limiti di competenza** - Gli operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti ricercano istruzione, consulenze, formazione ed esperienze per una maggiore comprensione ed efficacia nel lavoro con i diversi gruppi sociali. Riconoscendo i limiti delle proprie competenze (a) richiedono una consulenza, (b) chiedono ulteriore formazione o istruzione, (c) si rivolgono a soggetti e risorse maggiormente qualificati, o (d) optano per una combinazione di queste possibilità

**Supervisione** - La supervisione culturalmente sensibile è vista come strumento indispensabile per sviluppare un processo continuo e attivo di discussione e di auto-consapevolezza, così come la sensibilità relazionale nel lavoro con gli altri.

**Organizzazioni** - Gli operatori della sanità e del sociale sono incoraggiati a sostenere lo sviluppo organizzativo di politiche e pratiche culturalmente consapevoli.

**Formazione** - in qualità di formatori, gli operatori del sociale e della sanità sono incoraggiati ad impiegare i costrutti elaborati attraverso riflessioni critiche e nelle più recenti ricerche che affrontano il tema della diversità nella formazione di altri professionisti del sociale e della sanità,

**Ricerca** - I ricercatori culturalmente sensibili sono incoraggiati a riconoscere l'importanza di condurre una ricerca etica e centrata sul contesto, in riferimento all'ambiente in cui le persone e le loro relazioni, sono (trans)formate, vale a dire fattori di contesto culturale, sociale, politico e altri.  
Itri.

Torino, \_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario

\_\_\_\_\_

Prof. Roberto Beneduce  
(Presidente Associazione Frantz Fanon)  
Promotore

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 12

### PROTOCOLLO T-SHARE NAPOLI (IT)

*di ASL Napoli 2 Nord*

#### **1. Introduzione**

##### **1.1 Il contesto italiano**

Benché l'Italia, rispetto ad altri paesi europei, sia un paese di recente immigrazione, si è registrato un incremento molto rapido che ha portato l'Italia a diventare una delle principali nazioni di primo ingresso; ciò si deve all'estensione della sua linea costiera e alla posizione che essa occupa nel mar Mediterraneo.

Nell'anno 2009 si stima una presenza di 4.300.000 immigrati nel Paese, più bassa di quella di altri Paesi ma superiore alla media europea. La maggior parte della popolazione immigrata proviene da nazioni europee: il 53,6%, più della metà, appartiene alle nazioni dell'Unione Europea; il 22,4% proviene dal continente africano, mentre il 15,8% ha origini asiatiche. La presenza di emigrazione femminile è in costante aumento, specie se si considerano determinate comunità. Gli anni più recenti hanno visto un costante aumento di lavoratori dell'Est Europeo, specie Rumeni (più del 21% delle presenze) e Ucraini.

I lavoratori migranti rappresentano il 15,5% della forza lavoro italiana.

Un altro importante fattore è costituito dalla presenza delle donne, specie tra gli europei, mentre le Comunità Africane continuano ad avere una maggioranza maschile tra i lavoratori. I maschi rappresentano il 48% degli immigrati, rispetto al 52% delle donne. È in aumento la presenza dei bambini: il 22,8% della popolazione migrante è composta da bambini. Rispetto a un campione di popolazione italiana valutato per media di età, i migranti sono più giovani, la loro media è di 31 anni a testa, rispetto ai 43 anni di un campione di popolazione italiana. Solo il 2% della popolazione migrante è al di sopra dei 65 anni.

Rilievo interessante: il 12,6% dei bimbi nati di recente in Italia è nato da genitori stranieri, in una Nazione dove il tasso di natalità è in diminuzione.

La distribuzione dei migranti regolari cambia da Nord a Sud; per le opportunità di lavoro, il 62,1% dei lavoratori risiedono nel nord Italia, il 25,1% nel centro, il 12,8% nel sud e la restante quota nelle isole. Si stima comunque che nel Sud dell'Italia ci sia una presenza più ampia di migranti "non ufficiali" che in tutte le altre zone del paese e ciò si deve al fatto che il sud è il principale punto di ingresso. Va sottolineata la presenza in molte zone del sud Italia di un mercato locale del lavoro con un alto tasso di inoccupazione e il ricorso al lavoro nero, che assorbe sia i migranti che i disoccupati locali. Va considerata la condizione di questo mercato del lavoro, in cui la povertà e la disoccupazione, come le attività illegali, sono diventate un fattore di incremento del numero di immigrati irregolari, forzati al lavoro nero dalle condizioni di povertà.

##### **1.2 Organizzazione dell'assistenza in italia**

Il Servizio Sanitario è strutturato a diversi livelli di governo.

- Stato Centrale. Il governo centrale ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute, attraverso un sistema di garanzia denominato "livelli essenziali di assistenza"
- Livello Regionale. Alle Regioni è accordata la responsabilità di regolare il piano dei costi e la realizzazione degli obiettivi di salute.

In Italia il governo sviluppa le sue politiche attraverso il Ministero della Salute. Tali politiche, adattate a quelle di altre aree della programmazione (come nel caso dei migranti le misure di sicurezza, che sono state emesse dal Ministero dell'Interno, dell'Impiego e dell'Immigrazione) vengono amministrare e orientate a livello delle Autorità Regionali. Tutte le Regioni hanno un livello organizzativo locale presso le autorità locali dell'organizzazione sanitaria, chiamate ASL, ente di natura strettamente pubblica. Tutte le ASL hanno una delimitazione geografica nella loro Regione di appartenenza. Una ASL si compone di distretti Sanitari, aree che coprono spesso un aggregato di più municipalità (in relazione al numero di abitanti). I Presidi Ospedalieri dipendono dalle ASL del territorio in cui sono presenti. L'iscrizione ai servizi sanitari è pubblica. La copertura sanitaria è necessaria in ogni caso, ed aperta a tutti. Un ruolo di base nell'organizzazione sanitaria è quello del "medico di famiglia" che viene assegnato tramite iscrizione, ed è responsabile per la pratica della medicina generale e per l'attività prescrittiva.

I distretti sanitari amministrano servizi a base territoriale, comprensivi dei trattamenti specialistici della pratica sanitaria e si coordinano con altre attività territoriali, secondo le linee-guida centrali delle ASL. In ogni distretto è organizzata l'Assistenza alla Maternità e al Bambino (attività consultoriale), il Servizio di Igiene Mentale, Servizi per la Tossicodipendenza, Riabilitazione, Cura degli Anziani e Servizi di Prevenzione. Altra importante organizzazione territoriale è il Servizio Integrato socio-sanitario, che collega le attività sanitarie con quelle locali e integra gli aspetti sociali con quelli strettamente connessi alla salute. In questa area gran parte dei progetti territoriali sono considerati in modo misto. Con questi principi organizzativi è possibile il coinvolgimento di altri attori, come gli Enti di Volontariato.

### **1.3 Cura della salute e politiche della migrazione in Italia**

La legislazione in atto sull'immigrazione, anche dopo le ultime misure di sicurezza, garantisce il diritto umano alla Salute per tutti. È un principio adattato alle differenti condizioni di permanenza in Italia. Un principio di parità di trattamento e di uguaglianza di tutti i cittadini per l'accesso alle cure, nell'interesse degli individui e della Comunità è il principio base percepito da ogni Legislazione. Ciò che è disagiata è l'accesso reale di larghi settori di utenti migranti, ove essi si trovino in condizioni di illegalità o sprovvisti di documenti. Misure speciali sono state previste per coloro che non siano in grado di pagare, o che versino in particolari situazioni, come le vittime del traffico di esseri umani, i richiedenti asilo, i rifugiati, e questo con un accento particolare alle cure del Bambino e della Donna, in accordo alla Legislazione internazionale.

### **1.4 Contesti ed evoluzione della mediazione culturale in Italia e nei servizi di cura**

Al rapporto che esiste tra la mediazione culturale e le politiche dell'immigrazione si fa cenno, per la prima volta, nella Legge nazionale 40/6/98 "Disciplina dell'Immigrazione e norme relative alla condizione degli stranieri", art 36 e 40, e nei Decreti DL 286 del 25 luglio 98 "testo finale di disposizioni legislative riguardanti l'immigrazione" art 38 e 42. In tali disposizioni l'attività professionale del Mediatore Culturale è menzionata come necessaria nel campo educativo e ai fini dell'integrazione dei migranti. Nello schema della Legge 2976 e della XV legislatura "disciplina dell'immigrazione" art. 1 lettera o anno 2007, tale rapporto tra le politiche dell'immigrazione e l'attività del Mediatore è sottolineata, al fine di giungere all'integrazione dei migranti, specialmente di quelli di seconda generazione e delle donne.

Nell'art. 45, che riguarda l'ambito educativo, la necessità dello scambio tra gli insegnanti e la famiglia dei migranti è trattata anche in relazione al possibile rapporto dei migranti con autorità locali, come le Municipalità, mediante l'opera di qualificati mediatori culturali. In tale caso viene data particolare importanza alla conoscenza linguistica, e alla conoscenza della cultura del paese di origine. Anche nei curricula universitari la necessità della mediazione linguistica e culturale è prevista.

La Commissione "Salute e Immigrazione" menziona come una "priorità" la verifica del grado di abilità nella mediazione culturale.

Il piano Nazionale 2006/207(punto 5,7) sottolinea il ruolo del mediatore culturale nella rimozione delle barriere all'accesso e all'adeguamento dei servizi di cura rivolti ai migranti. In particolare per le azioni rivolte ai giovani, ove i soggetti di giovane età sono soggetti a misure giuridiche ( CM 6 /2012 Ministero di Giustizia, per linee-guida di mediazione culturale nei Servizi Giudiziari). In queste linee-guida vengono menzionate le prime indicazioni e i primi requisiti sulla deontologia dei mediatori.

A livello Regionale , tramite disposizioni legislative locali e protocolli locali, le linee-guida della mediazione culturale sono menzionate in ambiti specifici come la Salute, la Scuola, la Giustizia prese come principali aree di intervento.

Attualmente solo alcune Regioni definiscono, in via legislativa, il ruolo specifico, la capacità formativa e professionale richiesta per la mediazione culturale e per le relative aree di intervento. I principali ostacoli all'utilizzo del mediatore professionale in Italia vanno considerati a vari livelli: un approfondimento formale e una definizione delle figure professionali è ancora indefinito. In Italia, molte altre professioni di nuova tipologia, specie quelle afferenti al campo delle relazioni umane, sono ancora in cerca di un riconoscimento formale. Questo impone quindi non solo una chiara definizione dei criteri di preparazione del mediatore, ma anche una capacità del mediatore di associarsi in gruppi professionali in grado di rappresentarli a livello Nazionale. Grande lavoro, negli ultimi tempi è stato svolto in tal senso e ha permesso al mediatore di trovarsi allo stesso livello di altre professioni operanti in campo sociale, come ad esempio gli operatori di counselling. Un ostacolo notevole è costituito dal fatto che tra gli altri operatori socio-sanitarie è diffusa una certa ignoranza rispetto a queste professioni. La confusione con un certo tipo di lavoro volontario, poco qualificato, crea un impedimento alla valorizzazione professionale del mediatore. Il Ministero del Lavoro sta prendendo in esame questa nuova professione e sta preparando le linee-guida che definiscano la mediazione a livello nazionale.

### **1.5 Preparazione corrente del mediatore**

Molti corsi, soprattutto negli ultimi dieci anni, si sono sviluppati a livello Regionale, con l'autorizzazione delle Agenzie dell'Educazione, con il riconoscimento formale di Autorità Locali (mediante disposizioni che riconoscevano le Agenzie Educative autorizzate a svolgere i corsi). Di solito tali Corsi si fondano su progetti specifici realizzati con partners interessati a sviluppare politiche sulla migrazione.

### **1.6 Competenze interculturali e preparazione dei lavoratori della salute. Formazione di gruppi interprofessionali nel contesto delle politiche per la salute in italia**

Questo protocollo è delineato grazie alla Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord della Campania, con l'obiettivo di ottenere un protocollo innovativo che guidi gruppi interprofessionali e interculturali operanti nei servizi sanitari basati su modelli operativi aperti agli utenti immigrati nei campi chiave della salute mentale e delle cure materno infantili. Questa

ASL ha dato rilevanza frequentemente durante i corsi ECM, alla competenza culturale come qualità necessaria al personale sanitario che opera con l'utenza immigrata.

Queste capacità sono state elencate come importanti, nella considerazione che:

- L'immigrazione è in costante aumento nella Regione Campania come in Italia
- I servizi di cura hanno bisogno di un accesso migliore, di una migliore accoglienza, per dare una risposta alle necessità dei nuovi utenti (a un livello non solo sanitario ma anche socioculturale)
- I mediatori culturali che lavorano nei servizi di cura non hanno sempre competenze culturali sufficienti, nè strumenti per la loro professione
- Il progetto T-SHaRE, progetto transnazionale approvato nel luglio 2009, ha operato per promuovere:
- Il diritto alla salute dei migranti, con attenzione particolare alle donne, in relazione alla condizione di genere
- La facilitazione della comunicazione interculturale
- Una definizione nuova della condizione sociale e sanitaria del migrante nel sistema pubblico, attraverso la ricerca e la verifica delle possibilità di un approccio interculturale alla Cura e alla Salute
- Lo sviluppo delle competenze per la mediazione culturale
- La valorizzazione delle idee e degli approcci terapeutici provenienti dalle realtà di origine dei migranti
- la metodologia prevista per il coinvolgimento attivo degli utenti

### **1.7 Beneficiari e risultati della formazione**

Ricerche sono state portate avanti con un certo numero di domande relative a questi punti e che possono essere riassunti nei seguenti quesiti:

Cosa accade quando un cittadino straniero, o una famiglia migrante incontra i servizi sanitari?

1. I suoi sintomi e le sue esperienze sono ascoltati in maniera appropriata?
2. Possiamo ridurre il rischio di fraintendimento nel processo diagnostico e terapeutico?
3. Quale tipo specifico di difficoltà si originano nella relazione clinica col paziente straniero?
4. Che tipo di "competenza culturale" è richiesta perché sia strutturato in modo appropriato un aiuto psicoterapeutico interculturale o un'adeguata presa in carico?

I beneficiari della formazione saranno: gli operatori dei servizi di salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, medici, infermieri), operatori della salute della donna (ostetriche, medici, psicologi, infermieri), mediatori culturali che operano nei servizi di cura, minimo 10 figure professionali, minimo 10 mediatori.

### **1.8 Metodologia e obiettivi specifici**

Le attività di formazione dei gruppi si strutturano in 40 ore, suddivise come segue:

- una introduzione di 10 ore di apprendimento dedicato ai mediatori culturali su specifici argomenti della salute e della cura
- 10 ore dedicate agli operatori sanitari e alle loro conoscenze interculturali di specifici argomenti che riguardano gli utenti stranieri
- 20 ore dedicate alla formazione con lavoro di un gruppo interprofessionale, che include il mediatore

Il fine è di costituirsi e interagire come un gruppo interculturale operante con gli utenti stranieri



- 10 ore dedicate a un gruppo interculturale che valuti i risultati della formazione del gruppo interculturale e il beneficio che potrà ricadere sugli utenti immigrati

Una formazione generale di mediatori sanitari interculturali necessita di:

- ottima conoscenza della legislazione in materia di immigrazione e sua influenza sullo stato dei migranti e sulle condizioni di accesso alla sanità
- conoscenza del funzionamento del Servizio Sanitario
- capacità di definire e di decodificare le esigenze dei migranti
- capacità linguistica, considerata di minore importanza rispetto a una conoscenza del retroterra culturale tale da mettere il personale in grado di “capire” il migrante.

È importante, in ordine alle competenze del mediatore, raggiungere un livello minimo di conoscenza relativo ai seguenti punti:

- Mettere in evidenza, quando è presente, la cultura sanitaria di origine di una comunità
- )ottenere un minimo livello di conoscenza nel campo delle medicine tradizionali, come la medicina Cinese, la Ajurveda, la Fitoterapia africana e mediterranea
- determinare in che misura, nell’esperienza dell’emigrazione, ci si riferisce ancora a queste tradizioni terapeutiche, e le modalità con cui ciò avviene.
- il ricorso al Sistema Sanitario Regionale e, allo stesso tempo, a orientamenti dietetici, a pratiche e a semplici rimedi di cura dei paesi di origine
- il ricorso esclusivo alle pratiche terapeutiche e ai tradizionali guaritori, con modalità sommerse e fuori dal controllo del Sistema Sanitario Nazionale.

Quanto alle Medicine Tradizionali, alcune ore della formazione sono dedicate alla filosofia sottostante il sistema medico, ai criteri che guidano la diagnosi, alle principali tecniche terapeutiche usate. Data la presenza di medici e di medici tradizionali tra gli immigrati, va incoraggiato, a vari livelli dei corsi di formazione, il loro coinvolgimento.

Una migliore strumentazione informativa necessita di:

- materiale informativo redatto in varie lingue (opuscoli, manuali, pamphlet), in particolare riguardanti argomenti “cardine” dei corsi, come la nutrizione, le vaccinazioni, la gravidanza
- un’area dedicata sui siti Web ai migranti, che sia utile anche agli operatori sanitari, che nutrono dubbi sulle procedure da adottare.

Al giorno d’oggi le attività di cura sanitaria dovrebbero prevalentemente rivolgersi ai migranti che sono esposti al rischio di marginalità, rifiuto e difficoltà connesse al ricorrere di fattori di rischio.

Gli obiettivi nella formazione sono per tanto i seguenti:

- a) sostenere l’apprendimento con strumenti validi per realizzare interventi di assistenza e di supporto rivolto a pazienti stranieri
- b) promuovere la definizione di un lavoro di gruppo multidisciplinare finalizzato a ridurre il rischio di abbandono delle cure o di errore diagnostico, facilitare la continuità terapeutica e mediare il conflitto nella dimensione familiare e sociale.

Questo protocollo verrà sottoscritto identificando i servizi di cura e gli operatori da coinvolgere nella formazione. Nel caso specifico dell’ASL NA 2 Nord, le attività principali verranno espletate in servizi di cura dedicati alla donna e in un Servizio di urgenza ospedaliero di Ostetricia.

I punti relativi alla salute mentale verranno gestiti in collaborazione e tramite i servizi distrettuali preposti. Per la definizione del processo di formazione e il riconoscimento dell'avvenuto percorso formativo ai fini del lavoro, il protocollo sarà sottoscritto da una Facoltà Universitaria Pubblica.

Quanto al mediatore culturale impegnato nell'ambito delle cure, per il riconoscimento del loro percorso formativo ai fini dell'esperienza di lavoro, il protocollo sarà sottoscritto da una scuola di formazione riconosciuta a livello regionale. Una migliore valutazione e diffusione dei risultati e delle criticità, nell'assistenza sanitaria dei migranti sarà realizzata attraverso:

- la diffusione di linee-guida
- la formazione e la promozione degli operatori della salute a una competenza interculturale, con il sistema della educazione continua in medicina (ECM)

### **1.9 Allocazione organizzativa della formazione**

La formazione al lavoro sarà condotta nei seguenti ambienti:

- Pronto soccorso ginecologico dell'Ospedale San Giuliano di Giugliano
- "Ambulatorio dedicato alla pratica di Medicina Generale con i migranti" presente in Ospedale e nei distretti sanitari locali di Marano e Giugliano
- Le Unità di Consultazione Sanitaria delle donne (Consultori) presenti nei Distretti Sanitari di Giugliano, Lago Patria, Marano e Quarto, che sono coordinati nel dipartimento Materno Infantile della ASL NA 2 Nord. Fine dell'esperienza, a livello organizzativo, sarà quello di incrementare la quantità e la qualità dell'accesso degli utenti migranti, mediante la semplificazione delle procedure, l'umanizzazione dei Servizi, e la adeguata garanzia di una continuità nella cura degli utenti.

### **1.10 Qualità della pratica generale dei professionisti della salute in un gruppo interculturale**

Una competenza di base non concerne solo il terreno interculturale, ma ha importanza per l'attività di cura in senso lato. Di conseguenza noi possiamo considerare questi aspetti della pratica di formazione come facenti parte della "presa in carico dell'individuo e approccio centrato sulla persona".

Occorre sviluppare qualità come "la pazienza, il rispetto, grande sensibilità, discrezione, simpatia, calma, autorevolezza, capacità di accoglienza e di ascolto, il riconoscimento della persona nel suo soffrire, abilità nel dare aiuto, empatia, una capacità di muoversi dentro la dialettica tra l'idea di uguaglianza e la realtà della diversità delle effettive situazioni reali e la comprensione di come questi fattori, nel loro insieme, possono influenzare le cure sanitarie". La forte enfasi che viene data a questi aspetti suggerisce, per ogni operatore, la necessità di una sua personale attitudine e di una riflessione sulle cure come su un aspetto del processo di relazione, piuttosto che come semplici atti tecnici.

I profili professionali coinvolti devono acquisire una discreta conoscenza in materie giuridiche relative alle questioni dell'immigrazione (legislazione specifica vigente in Italia e in Europa), i servizi di rete dell'area, concetti fondamentali di antropologia (cultura, corpo, identità, malattia, disagio, sofferenza).

I profili professionali coinvolti devono ricevere una pratica di alta qualità culturale, realizzata tanto nella formazione generica, che su quella specifica e sul miglioramento professionale.

L'attenzione al fondamento storico-sociale del concetto di salute e di malattia va considerato come un punto cardine della terapia, e della formazione.

Realizzare una competenza culturale nei servizi sanitari è un processo complesso, che comporta a vari livelli non solo l'interazione con il sistema delle cure, ma anche uno scambio efficace tanto con la comunità, quanto con vari soggetti specifici.

All'interno del sistema di cure sanitarie, un'area importante di competenze è rappresentata dall'attività di programmazione politica. Un alto livello qualitativo di intervento, nell'ambito della Salute e della cura, può raggiungersi quando la "competenza culturale" è sistematicamente considerata come una meta degli operatori, degli enti coinvolti e dei decisori politici.

### **1.11 Le abilità nella pratica generica della mediazione in un gruppo interculturale**

Nel dettaglio, i requisiti generali per il profilo professionale dei mediatori sono:

- la capacità di rappresentare la cultura di origine, incrementando la comprensione tra questa cultura originaria e un punto di vista occidentale
- la possibilità di prendere in considerazione la conoscenza tradizionale della cura e della Salute, garantendo un reciproco rispetto degli approcci di cura
- la facilitazione nello scambio dei messaggi, da un punto di vista non meramente linguistico

Un profilo di mediatore di mediatore culturale nella Salute, nel contesto italiano, necessità dei seguenti requisiti:

- età al di sopra dei diciotto anni
- abilità nel parlare e nel leggere la lingua madre
- una buona conoscenza della lingua italiana garantita da un test di livello
- una personale esperienza nel campo della migrazione e delle materie sociali, che può facilitare la comprensione delle condizioni del paziente (come ha scritto Gmajna nella sua relazione finale *"l'esperienza del viaggio, della separazione, dell'arrivo in una terra sconosciuta, aiutano il mediatore a tradurre al medico la sofferenza del migrante, nonché la sua storia"*)
- un training in terminologia medica, specie riguardo a una conoscenza di base dell'approccio occidentale ai compiti di Cura e Salute
- sviluppo di qualità nella lettura "del linguaggio non verbale", ai fini dello stabilirsi già al primo incontro di una relazione tra il medico e il paziente. Ciò che ha importanza preminente non è il linguaggio, quanto il ruolo assunto dal mediatore nella rappresentazione del paziente
- capacità di comunicazione, da non intendersi come semplici capacità linguistiche, bensì come capacità di agire nella relazione

I medici, a tal riguardo, riferiscono di essere in grado di diagnosticare un problema di salute tramite la sola visita medica, anche se sussistono problemi di comprensione linguistica. Essi possono, comunque, accorgersi che non si produce una migliore accettazione della prescrizione, se non c'è la sicurezza che il paziente abbia capito, o se non c'è un approccio fondato sulla fiducia, in grado di realizzare una relazione terapeutica. Gli operatori sanitari, infatti, tendono a dare più importanza a una comprensione puntuale del sistema occidentale di assistenza (legislazione, procedure etc, necessarie alla conquista della fiducia dell'utente), mentre i mediatori mirano a valutare la necessità di assistenza da un punto di vista culturale, che metta in chiaro come il migrante si trovi in una condizione di fragilità.

- Speciali caratteristiche personali da sviluppare con l'esperienza, come ad esempio la capacità di ascolto, la sensibilità, la calma, l'abilità nel dare sostegno, la capacità di relazione.

Durante lo svolgimento delle azioni “pilota” sarà importante:

- Incrementare la propria competenza in materia di sanità, nel linguaggio medico e nel modo di spiegare semplicemente le prescrizioni ed il gergo specifico dei medici ( questa necessità è stata espressa direttamente dai mediatori, perché il linguaggio dei medici è spesso lontano dalle condizioni percettive dei pazienti)
- La possibilità di essere un promotore di educazione alla salute, che acquisti competenza in ambiti come le vaccinazioni, le malattie infettive, le dipendenze, la salute della madre e del bambino
- La produzione di strumenti di “know how”(opuscoli, manuali, pamphlet, aree specifiche di siti Web), con la finalità di rivolgersi all'operatore sanitario per orientarlo nella relazione con il migrante
- Opuscoli in lingua rivolti ai migranti, per promuovere la conoscenza dei temi della salute

### **1.12 Principi generali**

In questa sezione accenneremo ad alcune condizioni che si sviluppano durante un approccio integrato di cura. Il fine è di giungere a riflettere su queste condizioni tramite un codice di classificazione e giungere a creare un vocabolario comune:

#### *Il concetto di cultura*

Nel suo significato antropologico (l'abbigliamento tradizionale, le religioni, le tradizioni, l'esperienza), il concetto di cultura considera il linguaggio come un fattore primario, che si rivela nei linguaggi e nei metalinguaggi del corpo e dei gesti.

Secondo la definizione di Comaroff del 1992 *“la cultura è un ambito semantico, il campo dei segni e delle pratiche, in cui gli esseri umani si realizzano e rappresentano sé stessi e, quindi, la loro storia e la loro società. La cultura è un terreno storicamente definito e collocato di significazione in atto, significazione materiale e simbolica, sociale ed estetica. La cultura è un ambito semantico che si fa mutevole, campo di produzione simbolica e di pratiche materiali, che si rinforza con modalità complesse. Il mondo da comprendere è sempre fluido e ambiguo, un mosaico parzialmente integrato di narrazioni, immagini e pratiche di significazione”*.

#### *Il concetto di corpo*

Non si tratta di una semplice nozione biomedica. Il corpo veicola diversi significati connessi al concetto di cura. I corpi esprimono qualcosa che va oltre “i sintomi”, esprimono anche significati e ricordi, persi in gran parte durante l'iter delle cure sanitarie. Si tratta di corpi vivi, che continuano a esprimere messaggi differenti da quelli della biomedicina, corpi somiglianti a storie, legami emotivi, conflitti che da una parte si vogliono rimuovere, da un'altra c'è necessità di rievocare. Ci sono grandi rischi per gli operatori professionali, di considerare solo il “corpo biomedico”. Leggere i sintomi di questi pazienti come qualcosa che va al di là dell'affezione da diagnosticare, ma piuttosto come qualcosa da riportare alla cultura del paziente, significa pensare al modo con cui si può curare, adottando un approccio interdisciplinare. Significa fare un quadro degli aspetti culturali della sofferenza insieme a quelli storici e politici.

### *Mediazione linguistica critica*

Le difficoltà nel tradurre in modo appropriato agli operatori sanitari gli interessi, le difficoltà, le paure, le inquietudini e le esperienze fatte, , mette il paziente migrante in una condizione di difficoltà. D'altra parte, le interpretazioni del terapeuta e le prescrizioni, non sempre ottengono una risposta adeguata, se vengono poste in un linguaggio che il paziente non può controllare e non hanno capacità di incidere, se vengono date in un linguaggio che suggerisca assunti epistemologici, psicologici, morali e religiosi potenzialmente lontani ( o anche solo contraddittori), rispetto a quelli del paziente e della sua famiglia.

Informazione sui diritti e sulle possibilità d'utilizzo dei servizi dei paesi d'accoglienza.

- La mancanza di informazione può condurre la donna immigrata o il paziente psichiatrico o i membri della loro famiglia, a domandare il minimo possibile, o ciò che essi ritengono il minimo che si può ricevere dal Servizio (la disponibilità determina la domanda).
- Valori culturali, spirituali o religiosi connessi alla storia dell'oppressione femminile, alla dipendenza socio-economica della donna, agli stereotipi del potere maschile e al ruolo patriarcale degli uomini nei paesi di origine, possono ostacolare la donna o anche l'uomo, a mettere in relazione il proprio disturbo, il proprio sintomo alle sue cause, e possono quindi rendere difficile la ricerca di aiuto per specifici problemi, o incoraggiare a chiedere interventi sbagliati o non necessari , o anche dannosi come le mutilazioni genitali (necessità non espressa, o domanda imposta). Il concetto di salute peculiare della terra di origine può togliere rilievo alle esigenze di profilassi o alle pratiche di prevenzione e impedire, quindi, la messa in pratica del diritto alla prevenzione.

### *Cure palliative*

Il termine "palliativo" intende la cura del sofferente, la protezione del paziente dallo sconforto e dal disagio che sono connessi alla malattia. La cura palliativa è la cura praticata ad ampio raggio a un paziente la cui situazione clinica non risponde alla terapia preventivata all'atto del ricovero. Il controllo del dolore e di altri sintomi, dei problemi psicologici, delle esigenze sociali e spirituali connesse alla sofferenza ed alla morte, assumono un'importanza primaria. In questo campo la mediazione linguistica e culturale si rivela anche molto utile nel trattare l'impatto emozionale che il sopraggiungere della morte produce, tanto nella famiglia del paziente quanto nel gruppo degli operatori. La cura palliativa rispetta la vita e considera la morte come un processo naturale. Il fine non è accelerare, né rimandare la morte, ma rispettare il più possibile la qualità della vita fino al suo termine. Ma il gruppo degli operatori sanitari deve prendere in considerazione la possibile esistenza di una posizione specifica, differente, del migrante rispetto all'atteggiamento da avere verso la sofferenza e la morte.

La cura palliativa è per sua natura interdisciplinare, e per il suo espletamento è diretta al soggetto migrante, alla sua famiglia e alla sua Comunità.

### *Livelli d'autonomia*

Indipendenza. Capacità di mettere in pratica un processo di crescita individuale, usando il proprio potenziale e le proprie risorse. La mediazione culturale collabora alla relazione tra il gruppo degli operatori e il paziente, al fine di incrementare la reciproca attenzione ai limiti posti dall'esterno all'autonomia di entrambi, e alle influenze culturali che condizionano le esigenze e lo stile di vita dei migranti rispetto alla cura e alla salute

(contraccezione, aborto, maternità, mutilazioni genitali, adulterio maschile o femminile, impotenza, frigidità, separazione, etc).

Identità culturale. Indipendenza è la capacità di agire e provvedere a un processo di crescita individuale, usando il proprio potenziale disponibile e le proprie risorse.

Mediatori culturali. I ruoli:

- Facilitazione
- Gestione delle situazioni
- Attività di cambiamento

Mediatori culturali. Area d' intervento:

- Attività di *ponte*. Comunicazione, informazione, guida, gestione del conflitto, accompagnamento, sostegno.
- Ruolo dell'istituzione di sostegno, formazione, consultazione e programmazione, ricerca.

Mediatori culturali. Azioni d' intervento:

- Accoglienza e sostegno nella facilitazione della cura ed eventuale servizio di accompagnamento (facilitazione nell'accessibilità e nell'utilizzabilità dei servizi e dei percorsi di cura)
- Assistenza nella comunicazione (comprendendo la decodificazione dei significati culturalmente specifici di malattia e di cura e dei disturbi individuali)
- Sostegno nella relazione tra istituzione e famiglia (anche per facilitare l'emergere di atteggiamenti problematici e di pratiche rischiose, come le mutilazioni genitali, o connesse ad aborto, contraccezione, etc)
- Informazione e sensibilizzazione alla Prevenzione
- Formazione interculturale degli operatori sanitari

La rappresentazione del disturbo e della malattia

Per avere la rappresentazione complessiva del senso che hanno i comportamenti e le credenze dei migranti circa la salute della donna e del bambino, dovremmo indagare come una particolare donna ha vissuto i passi critici del suo ciclo di vita, i momenti delicati della trasformazione personale, quando sono potenzialmente vulnerabili la costruzione e il rafforzamento dell'identità e del ruolo sociale.

Cicli di vita: raggiungere una maturità riproduttiva, diventare donna, madre, amante, vedova, perdere la capacità di riproduzione con la menopausa per essere ripudiata o abbandonata. Tutti i passi critici da affrontare nel paese di accoglienza, spesso da sola, senza referenze identitarie o il supporto organizzato della propria famiglia, il più delle volte rimasta nel paese di origine.

Dobbiamo anche verificare l'esperienza dei progetti migratori. Le aspettative, i successi o il fallimento che condizionano spesso il successo o il fallimento del ruolo sociale che la donna desiderava per sé.

Appropriatezza delle decisioni professionali relative alla salute

Gli operatori devono rapportare il comportamento e i disordini riscontrati, alle condizioni attuali e alle condizioni di vita quotidiana.

Episodi di "cattiva pratica medica" derivano da valutazioni e scelte mediche adatte per

“utenti non fragili”, ma destinate a rivelarsi sbagliate o anche dannose, se usate per dei soggetti migranti.

Per esempio, la dimissione dall’ospedale di bambini con affezioni respiratorie di origine virale, ai quali sarebbe sufficiente una prescrizione farmacologica, se il rientro a casa avvenisse in abitazioni idonee e non in vani privi di ogni comfort, e anche in qualche caso di luce elettrica o di acqua. Tali condizioni di vita sono potenzialmente fatali per questi bambini, malgrado i farmaci.

Anche le certificazioni cliniche e psicologiche che vengono richieste ai Servizi di salute della donna, per attestare la ”maturità al matrimonio” nel caso di minori, oppure la “adeguatezza alle funzioni parentali”, nel sospetto di negligenza o maltrattamento di minori, devono essere rilasciate con grande accuratezza, riadattando e rivedendo le proprie valutazioni, come i propri parametri circa l’appropriatezza e la maturità, in rapporto ai parametri della donna o della famiglia migrante e i loro modelli di comportamento rispetto alla cura del bambino in modo da preservare i diritti fondamentali del soggetto debole, della donna, del minore, del bambino.

### **1.13 Gli standard di qualità**

Linee-guida per un modello transculturale nella salute mentale e nei servizi per la salute

### **1.14 Codice etico di condotta**

Consulta il capitolo Linee-guida per un modello transculturale di salute mentale e di servizi per la salute della donna

## ***2. Interventi nei servizi sanitari***

### **2.1 Interventi nei servizi sanitari. servizi di cura della salute mentale**

Contesto dell’organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia

Le strutture mediche lavorano su un principio di trattamento sanitario di urgenza fornito in stretta collaborazione con Servizi di Emergenza operanti 24 ore su 24 presso ospedali e strutture locali aventi aree apposite per la salute mentale.

In ogni distretto locale ci sono servizi centrali che coordinano attività unificate in un dipartimento di Igiene Mentale.

Su base territoriale sono situate Unità Operative di salute mentale, che possono coprire più aree municipali. Tali Unità sono articolate in Centri di salute mentale, luoghi di ricovero notturni e diurni, day Hospital, case residenziali o semiresidenziali. Le persone sono aiutate a confrontarsi con quelle situazioni patologiche che ostacolano la relazione personale ed il benessere, anche mediante l’uso di approcci di metodologia sociale.

In questi centri un’assistenza immediata può essere fornita da gruppi multiprofessionali, composti da medici, psichiatri, psicologi, sociologi, operatori sociali, infermieri ed educatori socioculturali.

Questa sezione contiene informazioni riguardanti differenti aspetti sul rapporto dei migranti con i servizi sanitari, un focus sulla dimensione e sulla possibilità di una reale accessibilità linguistica e procedurale e sugli ostacoli culturali, con cui i migranti si scontrano nel relazionarsi con i servizi sanitari e nello svolgimento dei trattamenti. È in questo contesto che i modelli che riguardano la “competenza culturale” potranno emergere, e fornire un’idea di ciò che accade tra le differenti città che prendono parte al “T-SHaRE Project”.

I profili professionali devono operare a tre livelli: livello del linguaggio, mediazione culturale, dimensione meta-empirica.

Al primo livello, il mediatore culturale può fornire alcune traduzioni linguistiche.

Al secondo livello, la mediazione culturale diventa un “*gruppo vivo*”, un luogo in cui è possibile rievocare e rielaborare vecchie situazioni, emozioni, esperienze traumatiche, parlando nella madrelingua del paziente.

Al terzo livello, la mediazione è una strategia atta ad evocare, in una dimensione meta-empirica. Se questi passaggi possono mettere il paziente in condizione di comprendere meglio il senso della sua malattia, essi possono anche aiutare su dove va iniziato il percorso di cura. I mediatori culturali prestano la loro opera ogni giorno in un contesto pieno di entità sacre ed invisibili.

È opportuno, quanto ai compiti della salute mentale, sottolineare che ( come dice Fanon step 1).

- “lo psicoterapeuta o l’operatore sanitario coinvolto, devono incrementare la tranquillità della relazione a due e l’efficacia che essa può avere in condizioni di normalità”.
- Il mediatore culturale impegnato nell’ambito della cura deve acquisire, insieme ai terapeuti, una forte base teoretica nella teoria della comunicazione.
- il mediatore deve essere supportato nel riconoscere, esplorare e gestire le dinamiche del transfert e del controtransfert, con i propri personali conflitti.
- Il terapeuta deve accettare la possibilità di un “*tempo della non comprensione*”, quando non gli è possibile capire la conversazione tra il paziente e il mediatore, perché svolta in una lingua che non comprende. Egli deve farsi testimone silenzioso di un’interazione che non può comprendere né interpretare; nondimeno questa interazione gli dà la possibilità di riflettere a ciò che accade, di osservare i profili emozionali della comunicazione e di valutare le reazioni del paziente.
- Gli operatori diventano attori di una scena che include il paziente e lo trasforma in un testimone e, poi, in un esperto di differenti mondi culturali. L’aspetto da noi evocato può essere definito come una sorta di “*terzietà*”. I mediatori e i terapeuti devono costruire una relazione basata sulla fiducia e sul rispetto, che saranno importanti lungo i successivi passaggi del lavoro.

Nel processo di apprendimento questa metodologia fornirà la possibilità di riservare la giusta attenzione alla persona cui si dedica il trattamento.

Descriviamo, sinteticamente, alcuni elementi chiave per una individuazione culturalmente valida degli standard da adottare.

- a) Creare un gruppo terapeutico interdisciplinare, che integra le proprie competenze in un intervento complesso (per la salute mentale psicoterapeuti e psichiatri, antropologi, mediatori culturali, operatori sociali e psicologi clinici. Per la Salute e gli ambiti familiari: medici di base e pediatri, mediatori culturali, psicologi, operatori sociali, infermieri).
- b) L’Unità di mediazione culturale è parte del gruppo terapeutico, e si compone di professionisti che preferibilmente condividono linguaggio ed origini delle principali popolazioni migranti e prevedono la possibilità di attivare interventi “a richiesta” per specifiche necessità. Secondo lo standard generale, la famiglia e gli amici non dovrebbero fornire un ruolo di interpretazione. Ma in caso di richiesta specifica rivolta in questo senso dal paziente, il nuovo ospite verrà considerato un interlocutore nel processo terapeutico e non un *surrogato* del mediatore.
- c) Il gruppo lavora in una relazione continua con la rete di servizi utilizzabile nelle Comunità, offrendo interventi che si rivolgono a esigenze cliniche e



sociali. Inoltre il gruppo dovrebbe rappresentare una risorsa utilizzabile da altre Istituzioni, per attività di consultazione sui pazienti, di supervisione, o di consultazione istituzionale.

- d) L'accesso ai servizi è garantito a tutti i pazienti, indipendentemente dal loro status amministrativo: la condizione di regolarità non dovrebbe essere un fattore di discriminazione e, in nessun caso, i dati relativi a un paziente possono essere trasmessi alle autorità per l'immigrazione.
- e) Gli spazi di lavoro e di ricezione dovranno essere accessibili e confortevoli, garantire l'intimità della consultazione clinica e anche l'organizzazione di eventi pubblici.
- f) Il gruppo deve mantenere relazione stretta con le istituzioni della didattica e della ricerca, come mezzi per produrre e promuovere conoscenza, stimolare ulteriori ricerche, supervisioni e consultazioni.
- g) Incontri, seminari ed altri eventi aperti dovranno essere organizzati con la finalità di promuovere il dibattito all'interno delle Comunità, circa pratiche appropriati destinate dalle Istituzioni agli migranti.

La competenza culturale è rivolta più al cambiamento degli interventi e delle Istituzioni, piuttosto che al cambiamento degli utenti.

Una pratica di alto livello culturale è costruttiva sia per un miglioramento del training generico e specialistico, sia per lo sviluppo professionale. Un'attenzione alla matrice socio-storica della salute e della malattia è considerata come un dovere essenziale in relazione alla terapia e alla formazione. La pratica della competenza culturale, all'interno dei servizi di cura, è un complesso processo multiculturale e pretende non solo interazioni all'interno del sistema, ma anche scambi con la comunità e con altri agenti.

All'interno del sistema sanitario, aree importanti di competenza culturale sono rappresentate dal momento della decisione programmatica politica. Un livello qualitativamente alto di intervento sulla Salute e sulla Cura può essere raggiunto solo se la "competenza culturale" è sistematicamente considerata come una meta, per i professionisti, i soggetti impegnati, i soggetti coinvolti e per i decisori politici.

Nei servizi di salute mentale è opportuno tenere presente:

- **Il terreno sociale.** Un servizio di salute mentale culturalmente competente riconosce che gli utenti sono diversi per genere, età, capacità di adattamento, orientamento sessuale, religione, e che tali differenze si strutturano in un campo complesso di forze sociali.
- **I condizionamenti politici.**
- **Gli strumenti critici.** Come mettere in discussione e sottoporre a critica le procedure diagnostiche e gli strumenti utilizzati, in modo da esplorare i domini semantici e gli usi linguistici dei concetti e delle categorie applicate in contesto clinico; come ripensare le nozioni, gli aspetti interpretativi e terapeutici del lavoro e situarli quali prodotti aventi dimensione storica, economica, politica.
- **Il processo clinico.** Lo sviluppo di questo modello comporta un progetto terapeutico che deve essere necessariamente interdisciplinare e transculturale, dove i differenti attori, i mediatori culturali, gli psicologi clinici, gli psichiatri, gli studiosi sociali, così come i pazienti, le famiglie, le reti di relazioni, possono confrontarsi e discutere sui modelli organizzativi, le teorie, le interpretazioni, le pratiche e le strategie utili alla guarigione.
- **La mediazione culturale.** Il mediatore culturale, preferibilmente una persona della stessa origine, o almeno vicina a quella del paziente, non è né un semplice traduttore, né una sorta di pseudo "esperto culturale; con la sua presenza,

critica e attiva, il mediatore introduce nella pratica del lavoro una “differenza” rappresentante la possibilità di riformulare il senso della storia, delle esperienze e dei sintomi in una forma produttiva di nuova significazione.

L'identità non è un attributo fisso e stereotipato, ma la rappresentazione di un “se” e dell’ “altro” costantemente riadattato e riformulato in rapporto alle situazioni.

La mediazione culturale è così “produttiva” di una nuova possibile “identità comune”, che permette la comunicazione, la reciproca riformulazione e l'efficacia.

In nessun caso si avrà, lungo il corso del lavoro, l'imposizione di questa presenza, ma essa sarà sempre rinegoziata, come un momento specifico del processo terapeutico. Allo stesso tempo, gli operatori sociali e sanitari sono coscienti che la mediazione non è semplicemente uno strumento strategico atto ad ottenere disponibilità ed acquiescenza, bensì un progetto critico introdotto nel sistema di cura, con il fine di interrogare, mettere in discussione le sue premesse, la sua organizzazione e la sua pratica.

Nei servizi di salute mentale, la questione della comunicazione è quella più importante, in quanto, come è già stato sottolineato, nel campo della psichiatria è la comunicazione che fa da protagonista. Tutti i significati delle parole devono essere ben compresi e, di conseguenza, ritornare in modo efficace al paziente.

Fondamentale, per questo genere di scambio, è lo stabilirsi di un contesto di fiducia, dove il paziente si sente invitato a condividere con gli operatori sanitari le ragioni che muovono la sua sofferenza.

Un qualunque equivoco può causare seri problemi agli utenti. Per una buona comprensione tra gli attori in causa, è spesso necessario che gli operatori assumano un atteggiamento aperto agli scambi culturali. E questo, da parte loro, implica una disposizione autoriflessiva nei confronti dei propri modelli di analisi, in modo che, per ritorno, sia possibile all'operatore comprendere e far proprio ciò che il paziente intende trasmettergli.

La presenza del mediatore culturale della Salute è essenziale. Non va ridotta alla semplice traduzione. Un uso della mediazione ridotto alla semplice traduzione va scoraggiato in un contesto come un servizio di salute mentale e durante un qualsiasi intervento psichiatrico o psicoterapeutico.

Il rischio di ridurre l'intervento del mediatore culturale a una mera attività tecnica di traduzione è alto. Facendo a meno di considerare il complesso delle dimensioni relazionali, l'ambito della comunicazione non verbale, i sentimenti di vergogna, di sospetto, di fiducia o di sfiducia, etc., va a detrimento della qualità dell'intervento terapeutico.

Durante lo svolgersi di questo processo, il terapeuta deve dal canto suo, imparare a tollerare la frustrazione connessa al non comprendere immediatamente la spiegazione del discorso del paziente, a causa di fattori che sono sia linguistici che semantici.

Durante la conversazione tra il mediatore culturale e il paziente, il terapeuta dovrebbe mantenersi sereno, ascoltare e accettare di ridursi a essere un terzo.

Possiamo affermare che nella stanza della consultazione va a realizzarsi una reale costruzione in comune della diagnosi, che ha il fine di fare in modo che essa venga più facilmente fatta propria dal paziente. Fa parte della finalità anche l'integrazione, dentro la diagnosi, di alcuni importanti aspetti culturali.

#### **Competenze specialistiche:**

- Concetti di base di psicopatologia clinica
- Analisi del bisogno espresso e interpretazione dei problemi
- Struttura dei servizi di salute mentale e problematiche connesse
- Categorie diagnostiche principali

- Psicogenesi
- Aspetti genetici ed epigenetici

## **2.2 Interventi nei servizi di salute. servizi di cura alla donna e al bambino.**

In relazione alla salute della donna, i nostri concetti di sessualità, di libertà, piacere, così come l'importanza della riproduzione, sono in continua evoluzione, a volte con tendenze peggiorative.

Anche quelli della donna migrante tendono a modificarsi con l'arrivo in un paese di accoglienza e il suo stato di donna immigrata si modifica insieme con la sua capacità di contrattazione economica. Gli operatori sanitari possono riflettere sulla specificità delle categorie concettuali del migrante e sulle strategie richieste da trattamenti terapeutici rivolti alla donna ed al bambino, riguardanti ad esempio l'aborto, la verginità, la libertà di comportamento, l'età del matrimonio.

Le difficoltà di comprensione dei modelli altrui, di fatto, conduce all'alienazione ed all'ostilità e, agendo insieme, questi fattori influenzano la relazione instaurata, anche laddove la sua qualità, o per lo meno il tentativo rivolto alla comunicazione, potrebbero creare un ambiente favorevole al dialogo.

Un concetto autentico di dialogo deve essere parte di una visione più ampia del nostro concetto di salute, se noi riteniamo la salute un concetto sia psicologico che sociale e somatico e i contesti umani, in cui il disagio si realizza, sono caratterizzati da rigidità e unilateralità dei modelli di pensiero e di comportamento, piuttosto che da un'apertura reale a un confronto col mondo esterno.

I metodi operativi, e i modelli flessibili, che includono l'osservazione e la comparazione di esperienze critiche utili alla costruzione di un'identità sociale della donna e alla sua esistenza individuale, come sono le esperienze di gravidanza e di allevamento dei figli, è opportuno che si realizzino in contesti di transculturalità.

Centrare l'attenzione sulla salute riproduttiva è utile per almeno due ragioni: in primo luogo, perché, come già riconosciuto da vari organismi internazionali (UN, WHO, UNFPA, etc), si tratta di un indicatore dei livelli di salute di una popolazione, e del suo livello di sviluppo.

In secondo luogo, è più facile oggi organizzare delle analisi, delle discussioni sulla salute riproduttiva della donna immigrata, piuttosto che sulla salute del migrante in senso lato, dal momento che esistono ragioni fisiologiche come gravidanza, parto, cura dei piccoli, che sortiscono un accesso ai servizi sanitari più frequente di quanto avvenga per l'uomo, il quale vi ricorre solo per affezioni serie, o comunque considerate tali. Va inoltre aggiunto che secondo la normativa di legge che regola la protezione della maternità, la donna migrante ha, al pari di quella italiana, garanzie di cura e salute maggiori di quelle vigenti per i soggetti di sesso maschile, malgrado alcune contraddizioni ed alcune difficoltà.

Per tanto possiamo dire che, per queste ragioni, le donne sono più presenti dal momento che colloquiano e interagiscono con i servizi sanitari e con gli operatori che vi lavorano, così come con le scuole che scelgono per i loro figli.

Uno sguardo finale va dedicato alla necessità per il mediatore culturale di usare le narrazioni dei migranti nello spazio terapeutico di "ascolto e cura" a contatto con la madre e con il bambino.

*"Gli esseri umani pensano, sentono, immaginano e sognano, secondo una struttura narrativa. Dati due o tre impulsi sensoriali, un essere umano li organizzerà in una storia, o per lo meno dentro un accenno di storia"* (Mancuso e Sabin, pag 234) In altre parole, "l'individuo tende a dare agli eventi un ordine e uno schema, su cui scorrono le fondamenta di una descrizione narrata della realtà che viene illuminata dalle intenzioni dell'attore-

narratore” (Bianchera e Cavicchioli 1998). “I termini della narrazione derivano dalla necessità individuale di comprendere e interiorizzare l’ambiente circostante, tramite un lavoro interpretativo che fa diventare gli aspetti della storia una parte della realtà, in grado di esprimere e raccontare” (Grepp, Ornaghi, Graziani e Carrubba, 1999 pag. 23 e 24)

La struttura di una storia, di conseguenza, si caratterizza grazie a una componente individuale (la scelta di cosa raccontare, le attribuzioni di significato, i processi cognitivi: la memoria, le emozioni, i progetti) e a una componente culturale (scelta del modo di raccontare, condivisione dei significati, processi storici e sociali). Il livello individuale e quello culturale si incontrano e il prodotto di questo incontro si rivela come la narrazione di un evento personale.

Il lavoro professionale nel campo della salute della donna deve quindi approfondire la conoscenza, da parte delle donne, della nozione di corporeità femminile, di sessualità, gravidanza, immagine sociale del nuovo nato, etc..

Mai, come nel caso dei Servizi dedicati alla salute della donna, la chiarezza sul percorso da seguire si rivela come una priorità, tanto nella fase diagnostica che in quella prescrittiva. Gli operatori devono essere in grado di descrivere in modo chiaro quanto sta succedendo (ad esempio la causa determinante un’infezione) e cosa può fare il paziente per affrontare il sintomo, rendendosi conto se c’è stata da parte della donna una reale comprensione, ripetendo e scandendo nei dettagli quando si ritenga necessario.

Da un punto di vista linguistico, i termini che si useranno, agiranno su differenti livelli e registri, in relazione alla particolarità del paziente e si dovrà tener sempre presente che ogni persona dà dei differenti significati a una stessa parola. Una buona comprensione reciproca, tra l’altro, migliora l’adesione del paziente al trattamento proposto. Tutti gli operatori interessati (medici, levatrici, mediatori culturali) devono considerare quale effetto avranno le loro parole, come nel caso della comunicazione di un’affezione sessualmente trasmissibile a una donna che è oggetto di tratta, sulla paziente, in relazione alla sua storia e al suo retroterra.

Nell’interazione tra gli operatori e le utenti, ciò che prende la scena non è un semplice scambio di informazioni, ma si realizza la costruzione di una diagnosi. La donna lascerà la stanza della consultazione, con un’etichetta nuova, che avrà un grosso effetto sulla sua rappresentazione di sé e sul suo benessere.

Dentro alcuni Servizi dedicati alla salute della donna, l’assenza della figura del mediatore culturale costringe molti operatori a “utilizzare” alcuni membri della famiglia o della parentela, al fine di tradurre o anche per gestire la comunicazione della diagnosi, della prognosi e del trattamento. Non accade di rado che anche un figlio minore della paziente sia implicato in questo processo di comunicazione (questo è il motivo per cui alcuni autori parlano di esposizione al rischio dei cosiddetti immigrati di “seconda generazione”: bambini che devono sopportare l’esperienza di conoscere qualcosa che i parenti vorrebbero tener segreta, o comunque confinata a una sfera privata. Tali pratiche di intervento vanno evitate con la presenza di un gruppo professionale.

Anche quando il mediatore culturale è presente, ci saranno casi in cui non si riuscirà a garantire la riuscita del processo di comunicazione. Un esempio è il caso di donne vittime di tratta e del loro rapporto con mediatori che provengono dallo stesso paese: sentimenti di vergogna, o condizioni evidenti di esclusione sociale possono introdurre nella comunicazione un livello implicito di sfiducia e di sospetto. In casi del genere il mediatore culturale deve possedere specifiche qualità nella comunicazione, che lo aiutino a tener conto della specificità della condizione di migrante.

I mediatori culturali che sono stati sottoposti a intervista, a tal riguardo hanno sottolineato la esigenza di incrementare la loro competenza e conoscenza delle categorie sanitarie e del gergo medico, “in modo da porsi nella condizione non di tradurre soltanto, ma anche di spiegare”, in consonanza alla relazione finale WP5 dell’Analisi delle competenze che l’operatore della mediazione culturale e terapeutica (si consultino anche le relazioni WP5 Shen/ASL NA 2 Nord e Minkowska team): esprimono la esigenza di un training specifico, dal momento che in certi casi viene loro chiesto di spiegare ai pazienti aspetti scientifici, richiedenti una specifica conoscenza senza la quale si può contribuire a generare fraintendimenti.

### **Competenze specializzate**

- Concetti di base relativi alla salute del bambino e della donna e all’educazione
- Nozioni sul concetto di genere e di salute riproduttiva
- Nozioni di base sulla salute nell’età evolutiva
- Analisi del disagio e interpretazione dei problemi
- Struttura dei Servizi per la Salute della madre e del bambino e loro problematiche
- Diversi modi di intendere la corporeità femminile, la sessualità, la gravidanza, la costruzione dell’immagine sociale del nuovo nato, gli aspetti pratici dell’allevamento del bambino

La nostra proposta consiste nell’adattamento della mediazione al contesto, riconoscendo il mediatore come un agente attivo, che ha un ruolo chiave nell’attività, dal momento che la sua collocazione effettiva dentro il gruppo di intervento riflette questo aspetto.

Ciò si basa sull’idea che *“è importante far sentire a proprio agio il mediatore ed assicurare che egli abbia tutta l’opportunità di usare la sua capacità linguistica e la sua capacità di comprensione al servizio degli utenti”* (Tribe 2005). Occorre che ciò vada in una direzione che assicuri che ognuno abbia la responsabilità clinica nelle decisioni riguardanti la cura, ma che riceva nello stesso tempo altre forme di stimolo.

Un’atmosfera cordiale e favorevole tra il clinico e il mediatore a buon ragione facilita la relazione terapeutica per il bene dell’utente e del lavoro comune”.

Coloro che soprassedono all’erogazione del servizio dovrebbero aver sottoscritto le linee-guida ed un accordo al quale deve essere richiesto al mediatore di aderire idealmente e che concerna aspetti come confidenzialità, ruoli, responsabilità e principi etici.

Quanto al processo di “training e apprendimento sul lavoro”, sarà dato spazio al lavoro di elaborazione. Dopo la consultazione, gli operatori si tratteranno per qualche minuto con il mediatore, per stilare un resoconto, che consideri le modalità del loro lavoro in comune, insieme ad ogni fattore che abbia rilevanza. Questo tempo deve essere usato al fine di:

- Permettere ai mediatori di domandarsi quali sono le proprie impressioni sulla cura ed informare il medico circa ogni fattore culturale che potrebbe avere un peso nella relazione o che potrebbe essere stato trascurato. Una pratica del genere permette anche ai mediatori di confrontarsi con gli operatori sanitari su qualche elemento che potrebbe non essere stato notato, qualcosa, per esempio, proveniente dall’ambito della comunicazione non verbale
- Permettere che ci si interroghi sui compiti sui quali non c’è chiarezza nei confronti del paziente-utente, o nei quali sussistano, nei confronti della cultura di provenienza, scarsi livelli di conoscenza che potrebbero impedire la chiarificazione
- Chiedere al mediatore come procede il lavoro con il medico e, viceversa, se è possibile a riguardo praticare un cambiamento fruttuoso nella pratica di lavoro

( per esempio sul modo di parlare, veloce o lento, il tono della voce, la chiarezza nell'esposizione, etc..).

## Segue la Legislazione relativa all'attività di Mediazione Culturale in Italia

- *Linee-guida per il riconoscimento della figura del mediatore interculturale*  
Redatte dal Gruppo di Lavoro Interculturale per la Promozione della Mediazione Interculturale presso il Ministero dell'Interno, Dipartimento per le Libertà Civili e le Politiche per l'Immigrazione. Direzione Centrale per l'Immigrazione e le Politiche di Asilo dell'U.E Fondo Europeo per l'Integrazione del cittadino 2007-2013.
- Riconoscimento di alcune qualifiche professionali regionali tra cui il Mediatore Culturale. Regione Campania, DGR 8 ottobre 2003 n. 2843; (Allegato A) "Approvazione delle figure professionali sociali della Regione Campania"; DGR 3 dicembre 2004 n. 2209 (Allegato B) "Certificazione dei percorsi formativi e delle competenze professionali". Figura del Mediatore Culturale e relativo Percorso Formativo.
- Regione Abruzzo, DGR 29 novembre 2006, n. 1386/P; (Allegato A) "Mediatore Culturale. Approvazione della qualifica professionale e dei relativi percorsi formativi".
- Regione Lazio, DGR 24 aprile 2008, n. 321; (Allegato 1) "Approvazione del profilo professionale e formativo del Mediatore Interculturale. Istituzione della Commissione per la definizione dei criteri per il riconoscimento dei crediti formativi".
- Regione Liguria, DGR 4 agosto 2006 n. 874 "Definizione della figura professionale di "Mediatore Interculturale" e approvazione degli indirizzi per i contenuti minimi dei percorsi formativi di 1° livello (qualifica) e di 2° livello (specializzazione)"; DGR 6 ottobre 2006 n. 1027 "Inserimento nel repertorio degli attestati di qualifica o specializzazione, di cui alla D.G.R. n. 2409 del 27/06/1997, della qualifica di "Mediatore Interculturale"; DGR 22 dicembre 2006 1517/2006 "Definizione delle modalità di riconoscimento di crediti formativi per la figura professionale di "Mediatore Interculturale", ai sensi della D.G.R. n. 874 del 04/08/2006".
- Regione Friuli Venezia Giulia, DPR 22 dicembre 2006 n. 0412/Pres. "Regolamento per la tenuta e la revisione dell'Elenco regionale dei mediatori culturali previsto dall'art. 25, commi 6 e 7, e dell'articolo 30 delle legge regionale 4 marzo 2005, n. 5 (Norme per l'accoglienza e l'integrazione sociale delle cittadini e dei cittadini stranieri immigrati)".
- Regione Valle d'Aosta, Delibera n. 483 del 18 febbraio 2002 "Approvazione dell'accordo di collaborazione sottoscritto tra enti diversi per la realizzazione del progetto "Cavanh – fase 2" e del trasferimento di fondi all'I.R.R.E. – VDA quale soggetto coordinatore. Finanziamento di spesa"; Direttiva n. 2671 del 22 luglio 2002 "Approvazione della Direttiva regionale sulle attività di mediazione interculturale previste dall'accordo di collaborazione sottoscritto tra enti diversi per la realizzazione del progetto "Cavanh – fase 2", di cui alla D.G.R. n. 483/2002"; DGR del 1 settembre 2006 n. 2531; (Allegato) "Nuove disposizioni regionali in materia di attività di mediazione interculturale ai sensi della legge regionale 20 giugno 2006, n. 13".
- Percorso Formativo per Mediatore Culturale. Provincia Autonoma di Bolzano,

DGP 26 novembre 2001 n. 4266 “Approvazione del programma del corso annuale a tempo pieno per la qualifica di Mediatore/trice Interculturale (art. 5, comma 2 della LP 12.11.1992, n. 40 Ordinamento della formazione professionale)”.

- Regione Emilia Romagna, DGR 14 febbraio 2005 n. 265 177/2003 “Approvazione degli standard e dell’offerta formativa a qualifica e revisione di alcune tipologie di azione di cui alla delibera di G.R. n. 177/2003”; DGR 10 novembre 2004 n. 2212, (Allegato A e B) “Approvazione delle qualifiche professionale in attuazione dell’art. 32 comma 1, lett. C della L.R. 12/2003 – primo provvedimento”; DGR 30 luglio 2004 n. 1576 “Prime disposizioni inerenti la figura professionale del Mediatore Interculturale”; GPG/2009/171 “Approvazione di nuove qualifiche professionali, ai sensi della Del. G.R. n. 2166/2005 e modifiche agli standard professionali e formativi per la qualifica per Mediatore Interculturale, di cui alle Del. G.R. 2212/2004 e 265/2005”; (Allegato B).
- Regione Piemonte, Determinazione n. 399 del 19 maggio 2000 “Nuove denominazioni standard” della Direzione regionale Formazione professionale lavoro.
- Settore Standard formativi Regione Toscana, DGR 12 settembre 2005 n. 903 (Allegato) “Approvazione del disciplinare per la gestione del repertorio regionale dei profili professionali”; DGR 30 giugno 1997 n. 754 “Approvazione del nuovo repertorio dei profili professionali regionali finalizzato alla progettazione didattica delle attività formative”.

Pozzuoli, 14/07/2011

Firma del Promotore  
Direttore Sanitario- p.t- ASL NA 2  
Dr. Carlo Bruno

---

Beneficiari  
Direttore Dipartimento di salute materno infantile - ASL NA 2 Nord  
Dr.ssa M.Teresa Pini

---

Direttore dipartimento Ostetricia e Ginecologia - ASL NA 2 Nord  
Dr. Salvatore Sciorio

---

Presidente Cooperativa sociale DEDALUS - Presidente  
Dr.ssa Elena De Filippo

---

Presidente Centro Life longLearning - Università Orientale  
Prof.ssa Luigia Melillo

---

Direttore Dipartimento di salute mentale - ASL NA 2 Nord  
Dott. Gennaro Perrino

---





## ALLEGATO 13

### PROTOCOLLO T-SHaRE PARIGI (FR)

di Centre médico-psycho-social Françoise MINKOWSKA

#### *La mediazione culturale nel contesto francese*

Non esiste un'unica definizione della mediazione culturale nel contesto francese; tuttavia sembra esserci un consenso intorno alle due funzioni centrali del mediatore culturale:

- a) La funzione di interprete (traduzione linguistica)
- b) La funzione "ponte" (quando con questo termine si indica la costruzione di un ponte tra due mondi, tra le diverse rappresentazioni culturali degli individui in relazione)

Nell'attuale panorama istituzionale, i mediatori sono richiesti nei sistemi sanitari pubblici e, fra gli altri, nel settore dell'istruzione e in quello giudiziario. Nel 1996 la Carta di mediazione sociale e culturale (FIA-ISM) afferma che la mediazione culturale è una risposta a:

una crisi economica e ideologica in Francia

l'evoluzione del flusso migratorio dall'Africa occidentale verso la Francia

l'esclusione sociale e la rottura dei legami familiari tra i migranti.

A parte la dipendenza statale e locale dei mediatori, la mediazione è un servizio fondamentale fornito da numerose associazioni, nate in conformità con le leggi del 1901 e il 1981, che hanno prodotto il "associatif mouvement". Una Guida del 2002 alla Mediazione Interculturale elenca più di 150 risorse suddivise per tipo di attività e missione.

Pertanto, non esiste un quadro giuridico unico per la pratica della mediazione culturale in Francia; alcune associazioni hanno elaborato dei propri riferimenti giuridici concernenti la pratica della mediazione culturale (vedi, ad esempio: [http://fia-ism.fr/Page-88-La\\_Charte\\_de\\_FIA\\_ISM.html](http://fia-ism.fr/Page-88-La_Charte_de_FIA_ISM.html)).

#### **1. Contesto ed evoluzioni**

La mediazione culturale in Francia, è emersa nel 1980 con le politiche di ricongiungimento familiare. Queste politiche hanno innescato problemi sociali, economici e giuridici che fino ad allora non erano mai stati così rilevanti, nell'epoca in cui i migranti erano lavoratori di sesso maschile che risiedevano nel territorio senza le rispettive famiglie. Le difficoltà menzionate includevano problemi come gli alloggi, la documentazione, l'impiego lavorativo, l'educazione dei figli, il sistema educativo e le controversie coniugali. Molte di queste problematiche sono giunte all'attenzione degli assistenti sociali associati con numerose istituzioni statali, scuole, ospedali, amministrazioni locali, sistemi giudiziari e penali e così via. In risposta ai problemi emersi, percepiti come culturali in origine, il sistema sanitario pubblico, in particolare, si rivolse agli interpreti e successivamente ai "mediatori culturali" con l'obiettivo di comunicare efficacemente con i migranti non francofoni. Inizialmente, questi sforzi erano rivolti in particolare alle donne, che erano in frequente contatto con le istituzioni statali per problemi concernenti la salute materno-infantile. La mediazione culturale come professione formale è emersa proprio dopo il 1976, in una fase esplorativa degli interventi sanitari rivolti ai migranti dell'Africa occidentale. Gli antropologi, sociologi e psicologi hanno contribuito a plasmare il concetto di "mediatore" come distinto da quello di "interprete". Verso la metà degli anni

1980, strutture ospedaliere per il parto, per la salute materno-infantile ed altre istituzioni analoghe hanno iniziato a rivolgersi ai mediatori culturali che, in questa fase, erano principalmente donne dei paesi d'origine dei migranti.

La funzione del mediatore era letteralmente quella di tradurre da un lato, ma anche (e forse in modo più significativo) quella di mettere in comunicazione mondi sociali diversi tra loro. In questo modo il suo ruolo era quello di tradurre concettualmente il discorso delle istituzioni statali ai migranti e contemporaneamente trasmettere al personale medico e agli operatori sociali i significati e le pratiche locali degli utenti migranti. I mediatori hanno quindi la funzione di sostenere l'autonomia del cliente, di assistere gli assistenti sociali e altri professionisti impegnati nel contesto della salute pubblica, in quello dell'istruzione e per altri obiettivi istituzionali.

## **2. Formazione**

Dal momento che non esiste un quadro generale per la mediazione culturale in Francia, diverse istituzioni culturali propongono programmi di formazione alla mediazione; tali programmi variano a seconda dell'approccio professionale specifico delle singole istituzioni. In altre parole, alcuni programmi offriranno una formazione alla mediazione culturale nel contesto sanitario

(<http://www.ipaos-culture-et-sante.com/les-formations/medecine/>) o nel contesto scolastico

([http://fia-ism.fr/Page-855-Formation\\_specifique\\_\\_Mediation\\_Scolaire\\_.html](http://fia-ism.fr/Page-855-Formation_specifique__Mediation_Scolaire_.html)).

## **3. I programmi attuali per la mediazione culturale nei servizi sanitari**

In Francia la mediazione culturale si sviluppa in contesti esterni ai servizi sanitari (le iniziative sono indipendenti dal Ministero della Salute), con l'eccezione di alcune istituzioni di salute mentale che si rivolgono ai migranti che integrano approcci di mediazione culturale nei loro rispettivi servizi sanitari, offrendo anche una formazione alla mediazione culturale ad istituzioni esterne/professionali nel contesto di programmi universitari. Ad esempio, il Centro Minkowska, offre un approccio clinico medico antropologico alla mediazione culturale (programma universitario: [http://www.minkowska.com/rubrique.php3?id\\_rubrique=159~~HEAD=NNS](http://www.minkowska.com/rubrique.php3?id_rubrique=159~~HEAD=NNS) e sessioni indipendenti di formazione:

[http://www.minkowska.com/article.php3?id\\_article=3047~~HEAD=NNS](http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=3047~~HEAD=NNS)), l'ospedale Avicenne (programma universitario :[http://www.smbh.univ-paris13.fr/smbh/enseig/enseig\\_diu\\_du/dupsytranscult\\_.html](http://www.smbh.univ-paris13.fr/smbh/enseig/enseig_diu_du/dupsytranscult_.html)) offre un approccio di psichiatria transculturale alla mediazione culturale, il Centro George Devereux offre un approccio etnopsichiatrico alla mediazione culturale (programma universitario: [http://www.ethnopsychiatrie.net/Attivita\\_/DESU.htm](http://www.ethnopsychiatrie.net/Attivita_/DESU.htm)).

Al di fuori dei programmi di formazione universitari offerti dalle suddette istituzioni sanitarie, vi sono numerosi programmi indipendenti che si occupano della formazione alla mediazione culturale nel contesto sanitario. Tra questi, citandone solo alcuni, troviamo ad esempio IPAOS (<http://www.ipaos-culture-et-sante.com/les-formations/medecine/>), o URACA (<http://www.uraca.org/action-france/index.htm>). I suddetti programmi di formazione hanno sede a Parigi, ma vi sono molte altre associazioni di altre regioni che offrono programmi di formazione a livello locale.

La diversificata esistenza di programmi di formazione alla mediazione culturale implica che non vi sia alcuna omogeneità o norme per una comune definizione e pratica della mediazione culturale nel contesto sanitario.

### *Standard per la pratica in Francia*

(Adattato sul report di modello europeo redatto da Associazione Franz Fanon)

Come è stato ripetutamente sottolineato nei report T-SHaRE e nella maggior parte dei programmi di formazione alla mediazione culturale, i professionisti impegnati in attività di mediazione culturale devono possedere abilità relazionali: la capacità di essere solidale e sensibile garantendo allo stesso tempo la serietà e la disponibilità necessaria nelle relazioni cliniche, la capacità di empatia e di ascolto al fine di permettere “un rapporto basato sulla fiducia” (Cria: WP5 Report).

#### **Conoscenze e competenze richieste**

Conoscenza dei principali concetti antropologici (cultura, corpo, identità, malattia, modelli esplicativi di salute, malattia e sofferenza) (cfr. report AFF per la definizione dettagliata nel WP7-Step 1). Come indicato nel report WP7, Step 2 “i professionisti che operano nel campo della salute delle donne devono approfondire le loro conoscenze intorno alle nozioni di corpi femminili, sessualità, gravidanza, costruzione sociale del neonato, ecc. Nei servizi di salute mentale si lavorerà sui concetti di eziologia, la questione dell’efficacia degli atti di guarigione e più in generale intorno a concetti di antropologia medica e di etnopsichiatria”.

La conoscenza della rete dei servizi e del suo funzionamento: capacità di identificare le istituzioni locali che forniscono servizi e assistenza sociale agli immigrati e ai rifugiati. Questo include le associazioni di immigrati che fungono da collegamento o ponte tra le istituzioni locali, l’individuo e la sua comunità (comprese le attività di socializzazione). La conoscenza della normativa in materia di immigrazione: la conoscenza della normativa in materia di immigrazione in Francia, in particolare per quello che attiene alle problematiche sanitarie (es. visto per motivi di salute, le condizioni di accesso all’assistenza medica statale), nonché la capacità di individuare le istituzioni locali che forniscono assistenza legale agli immigrati e ai rifugiati.

#### **Competenze cliniche**

Decentramento o l’abilità di riconoscere e gestire il confronto tra rappresentazioni e modelli esplicativi della malattia in gioco: con un background di formazione all’approccio clinico dell’Antropologia Medica, il professionista sanitario dovrebbe imparare a riconoscere e padroneggiare i vari modelli esplicativi della malattia (*explanatory models*) in gioco nell’interazione clinica ( quello del clinico, quello del paziente e quello del sistema – *disease, illness, and sickness*) per stimolare la reciproca comprensione e rispetto da un lato, e per rendere possibile la costruzione di una diagnosi affidabile dall’altro.

Triangolazione: oltre le capacità relazionali di base menzionate prima nell’introduzione a questa sezione, va considerata l’abilità di posizionarsi come terza persona nell’interazione e di sostenere il dialogo tra il clinico e il paziente. Può essere quindi necessario dedicare uno spazio di condivisione e preparazione alla relazione prima dell’intervista clinica, specie se il clinico o il paziente non hanno mai lavorato con un mediatore: devono essere condivisi il ruolo del mediatore e le dinamiche della mediazione (come sottolineato nel report di AFF WP7 step 2, ciò richiede una preparazione del clinico “a tollerare la

frustrazione di non comprendere immediatamente il discorso del paziente, per ragioni sia linguistiche che semantiche”).

Interpretazione: come indicato prima, i mediatori culturali non sono meri traduttori. La loro funzione è quella di fare da ponte tra modelli esplicativi della malattia diversi. Il che richiede un’abilità a muoversi da un sistema simbolico e semantico a un altro (come sottolineato nella definizione di “decentramento” ) ma anche di padroneggiare interazioni non-verbali che, senza buone abilità di mediazione, potrebbero subito generare fraintendimenti. Elementi non-verbali possono essere legati alla dinamica della relazione clinica ma anche al posizionamento sociale dei suoi partecipanti (specialmente in riferimento al genere e all’età).

Neutralità e confidenzialità:

- Competenze speciali per la salute mentale
- Principali categorie diagnostiche
- Sociogenesi
- Psicogenesi
- Aspetti genetici/epigenetici

Per la salute della donna e del bambino: differenti rappresentazioni del corpo femminile, dellq sessualità, della gravidanza, la costruzione sociale del neonato, le pratiche educative etc.

### *Metodologia per la validazione delle competenze acquisite*

Se consideriamo l’evoluzione delle pratiche di mediazione culturale nel contesto francese, fino ad oggi, molti individui si considerano - e lavorano come - mediatori culturali nel contesto sanitario.

Se il nostro obiettivo è quello di rendere omogenee le pratiche della mediazione culturale a livello europeo - sulla base del modello transculturale fornito dal progetto T-SHARE - e di uniformarne gli standard, dobbiamo valutare gli standard di competenze in mediazione culturale che i professionisti possono già aver acquisito durante la loro carriera professionale. Per fare questo, dobbiamo: 1) identificare il processo istituzionale formale che garantisce il riconoscimento dell’ “acquisizione di competenze attraverso l’esperienza”, e 2) identificare le competenze professionali da accertare nel processo di certificazione delle capacità acquisite, al fine di ottenere crediti professionali per la mediazione culturale e crediti per gli specialisti nel campo della salute mentale e di quella materno-infantile.

#### **1. Leggi nazionali sul riconoscimento delle competenze apprese attraverso l’esperienza**

In Francia c’è un procedimento nazionale che consente ad una persona di ottenere una certificazione totale o parziale (diploma, certificato a fini professionali o di qualificazione professionale) della sua esperienza professionale, come ad esempio un attestato delle capacità acquisite attraverso l’esperienza. Questo processo si chiama VAE, acronimo francese di Validazione dell’Apprendimento Esperienziale (*Validation des Acquis de l’Expérience*).

Sono considerate come esperienze qualsiasi attività retribuita o non retribuita (attività di mercato, collaboratore in un attività commerciale, attività autonoma, contadino, artigiano ...) o volontaria (all’interno di un sindacato o un’associazione): questo vale per tutti gli individui a prescindere dalla loro età, nazionalità, status e istruzione che

possano attestare almeno tre anni di lavoro salariato, non retribuito o di esperienza di volontariato.

Ottenendo tale certificato si acquisiscono l'equivalente dei crediti formativi necessari per accedere ad un programma di livello universitario.

Se prevediamo l'introduzione in Francia di un diploma/certificato in "mediazione clinica interculturale", dovremmo immaginarlo gestito dal Ministero della Salute e degli Affari Sociali e più specificamente dal DRASS (Direzione Regionale della Sanità e degli Affari Sociali). La certificazione "Mediatore clinico interculturale" dovrebbe quindi essere registrata al Repertorio Nazionale delle Certificazioni professionali (in francese RNCP: Répertoire National des Certifications Professionnelles, che enumera tutte le certificazioni ottenibili attraverso il VAE).

## 2. Mappa nazionale delle competenze dei professionisti previsti nel team interprofessionale ed interculturale nel campo della salute mentale

	Conoscenze	Capacità
1. Competenza giuridica e di rete	<p>Tipi di visto e iter amministrativi per ottenerli. (per esempio: <i>regroupement familial, travail, études, asile, raisons médicales</i>)</p> <p>Istituzioni che assistono nei passaggi burocratici. (per esempio <i>Cimade, MSF</i>)</p> <p>Istituzioni che forniscono supporto sociale e sanitario. (per esempio <i>Comede, Primo Lévi</i>)</p> <p>Istituzioni che supportano in generale i migranti i rifugiati nello specifico</p>	<p>Migliore valutazione della situazione sociale e del suo impatto sulla salute mentale</p> <p>Migliore valutazione clinica</p> <p>Orientamenti adeguati alle domande degli utenti</p>
1. Concetti antropologici fondamentali	Conoscenza di concetti antropologici generali (cultura, corpo, identità) e del quadro di riferimento dell'Antropologia Medica (illness/sickness/disease)	Comprensione dei modelli esplicativi della salute e dell'assistenza sanitaria
2. Etiologia della salute mentale	Principali categorie diagnostiche. Sociogenesi. Psicogenesi. Aspetti genetici/epigenetici	Chiarezza esplicativa. Abilità a "decostruire il gergo" dei contesti sanitari
3. Capacità comunicative e relazionali	Molteplicità dei registri comunicativi, attitudini	Stabilire rispetto e fiducia

### 3. Mappa nazionale delle competenze dei professionisti previsti nel team interprofessionale ed interculturale nel campo della Salute Materno-Infantile

	Conoscenze	Capacità
1. Competenza giuridica e di rete	<p>Tipi di visto e iter amministrativi per ottenerli. (per esempio: <i>regroupement familial, travail, études, asile, raisons médicales</i>)</p> <p>Istituzioni che assistono nei passaggi burocratici. (per esempio <i>Cimade, MSF</i>)</p> <p>Istituzioni che forniscono supporto sociale e sanitario. (per esempio <i>Comede, Primo Lévi</i>)</p> <p>Istituzioni a sostegno della salute della donna e del bambino (per esempio: <i>la rete PMIs</i>)</p>	<p>Migliore valutazione della situazione sociale e del suo impatto sulla salute mentale.</p> <p>Migliore valutazione clinica.</p> <p>Orientamenti adeguati alle domande degli utenti</p>
2. Concetti antropologici fondamentali	Conoscenza di concetti antropologici generali (cultura, corpo, identità) e del quadro di riferimento dell'Antropologia Medica ( <i>illness/sickness/disease</i> )	Comprensione dei modelli esplicativi della salute e dell'assistenza sanitaria
3. Concetti sulla salute delle donne	Variazioni nella comprensione del corpo femminile, sessualità, gravidanza, costruzione sociale del neonato, pratiche di accudimento etc	Chiarezza esplicativa. Abilità a “decostruire il gergo” dei contesti sanitari
4. Capacità comunicative e relazionali	Variazioni nei registri comunicativi, attitudini, specialmente in riferimento al genere	Stabilire rispetto e fiducia

### 4. Metodologia nazionale per la valutazione delle competenze apprese tramite l'esperienza

Sulla base del quadro di riferimento standard identificato a livello Europeo dai partner T-SHARE, e tenendo conto dell'adattamento nazionale/regionale in termini di applicabilità istituzionale, identifichiamo le seguenti istituzioni come competenti nel valutare le competenze dei mediatori clinici interculturali. Sugeriamo che queste istituzioni avviino una collaborazione formale con le università e le infrastrutture sanitarie:

- Centro Françoise Minkowska e Università di Parigi Descartes  
Diploma Universitario “Salute, malattia, cure e culture”
- Consulenza transculturale Avicenne e Università di Parigi 13  
Diploma universitario “Psichiatria transculturale”

- Centro George Devereux e Università Parigi 8  
Diploma universitario “Pratiche cliniche con famiglie migranti, Intervento e Prevenzione”.

Ci sono inoltre dei programmi di formazione strettamente universitari:

- Università Bordeaux 2  
Master professionale “Antropologia specialità Salute, Migrazione, Mediazione”
- Università Lione 2  
Master Interculturale 2 “Psicologia delle pratiche e delle relazioni interculturali”
- Università Parigi 7  
Diploma universitario “pratiche professionali in situazioni interculturali”

Per finire INTER SERVICE MIGRANTS, una ONG che fu fondata nel 1970 e opera, oggi, soltanto come servizio di interpretariato professionale, dovrebbe essere partner nella valutazione delle competenze apprese dai diversi professionisti. Le loro sessioni formative considerano l’approccio alla mediazione interculturale, e molti dei loro professionisti lavorano anche come mediatori interculturali.





## ALLEGATO 14

### PROTOCOLLO T-SHaRE LISBONA (PT) *di Centro em Rede de Investigação em Antropologia CRIA*

#### *1. Introduzione*

##### **1.1. Premessa**

T-SHaRE è un progetto pilota che mira a promuovere la mediazione culturale nei servizi sanitari (in particolare nelle unità di salute mentale e di Salute Materno-Infantile). Il progetto è implementato da una rete internazionale formata da Enti pubblici e privati che operano in cinque paesi diversi (Italia, Francia, Portogallo, Slovenia e Norvegia) nel campo della salute delle persone migranti. Obiettivi del progetto sono: il miglioramento della capacità di accoglienza dei sistemi sanitari nei confronti di utenti immigrati, la formazione di mediatori culturali e di operatori sanitari che con essi operano, la promozione di una prospettiva interdisciplinare e interculturale nei servizi di cura, la valorizzazione di visioni, approcci, conoscenze e competenze differenti legate alla salute e alla cura.

Attraverso l'elaborazione di originali protocolli di formazione e di intervento e l'accompagnamento nella pratica di gruppi selezionati di professionisti, il progetto intende affrontare le specifiche esigenze di salute dei pazienti migranti, nonché le esigenze di formazione degli operatori sanitari nel campo della salute mentale e della salute Materno-Infantile.

Il progetto è finanziato dalla Commissione Europea e rientra nel programma di Formazione Continua (Lifelong Learning Programme).

##### **1.2. L'immigrazione in Portogallo**

Il Portogallo è un paese che conta poco più di 10 milioni di abitanti, con una percentuale di circa 4,3% di migranti regolari e un numero significativo di persone prive di documenti. Sebbene l'immigrazione in Portogallo appaia come fenomeno rilevante già a partire dagli anni Settanta, dalla fine degli anni Novanta il paese ha visto un aumento della popolazione immigrata pari al 200% (Machado, Machaqueiro & Pereira, 2010). Secondo l'International Immigration Outlook 2011 (OCSE)<sup>1</sup>, la popolazione immigrata è di circa 457.000 unità. Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica portoghese (INE) le nazionalità maggiormente rappresentate sono Brasile, Romania, Moldavia, Guinea-Bissau, seguiti da Angola, Capo Verde e Ucraina. La percentuale di stranieri classificati come privi di documenti nel 2009 è del 6,1% sul totale degli stranieri presenti. Gli immigrati di origine cinese rappresentano il 6,3% del totale<sup>2</sup>.

Il numero di richiedenti asilo è diminuito da 161 unità nel 2008 a 139 nel 2009. Con tale dato il Portogallo si configura come uno dei paesi con il numero minore di richiedenti asilo in Europa.

##### **1.3. Salute e immigrazione: profili**

Il governo centrale è responsabile dello sviluppo della politica sanitaria, della sua gestione e attuazione attraverso il Servizio Sanitario Nazionale. Le amministrazioni sanitarie regionali (RHAs), dipendenti dal Ministero della Salute, sono responsabili per

1 [http://www.oecd.org/document/40/0,3343,en\\_2649\\_37415\\_48303528\\_1\\_1\\_1\\_37415,00.html](http://www.oecd.org/document/40/0,3343,en_2649_37415_48303528_1_1_1_37415,00.html)

2 IN: [http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2009.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2009.pdf)

l'attuazione della politica sanitaria a livello regionale. In Portogallo, coesistono tre sistemi di copertura sanitaria: il Servizio Sanitario Nazionale, regimi speciali di assicurazione socio-sanitaria per talune professioni (sottosistemi sanitari) e l'assicurazione sanitaria privata volontaria.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria dei migranti, dal 2002, l'Ufficio dell'Alto Commissario per l'Immigrazione e le Minoranze Etniche (ora nominato Alto Commissario per l'Immigrazione e il Dialogo Interculturale - ACIDI) ha sviluppato un programma per l'integrazione dei migranti prevedendo diverse aree di intervento, che includono: lavoro e formazione professionale, alloggio, istruzione, sanità. Nel 2007, il Piano per l'integrazione dei Migranti (Plano de Integração para os Imigrantes: resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, legge del 3 maggio) stabilisce le linee guida e le pratiche da adottare a livello nazionale. Nonostante ciò, le pratiche variano in relazione ai contesti locali. Va peraltro segnalato che la maggior parte dei migranti si trova nelle città di Lisbona, Amadora, Cascais, Setúbal, Porto e Faro.

I dati di ricerca sul rapporto tra salute e migrazione in Portogallo sono stati recentemente sintetizzati in un report locale (Portogallo) del MIGHEALTHNET-*Information Network sulle buone pratiche in sanità per i migranti e le minoranze in Europa* (Fonseca et al., 2009). Questo report stabilisce che sono pochissimi i servizi sanitari o le istituzioni che raccolgono i dati sui migranti e la salute in modo sistematico. Tuttavia, recentemente sono stati condotti studi specifici sulle aree di accesso alle cure primarie, salute materno-infantile, trattamento per HIV/AIDS, salute riproduttiva e sessuale e salute mentale; su popolazioni speciali come bambini e adolescenti, immigrati irregolari, rifugiati e richiedenti asilo, e su questioni quali le rappresentazioni sociali dei problemi di salute e sulle patologie più diffuse tra gli immigrati come il diabete, problemi cardiaci e vascolari, igiene orale e problemi di salute mentale.

Per quanto riguarda la salute materno-infantile, il report, basato sul lavoro di Machado et al (2006), osserva che i discendenti di immigrati hanno tassi di mortalità neonatale e fetale più elevati, che le donne hanno problemi maggiori durante la gravidanza, tra cui la contrazione di malattie infettive. Le donne migranti e le famiglie si rivolgono in misura maggiore agli ospedali che ai Centri di Salute, poiché raramente in questi centri viene loro garantita la disponibilità di un medico di famiglia. Per quanto riguarda i problemi di salute mentale, secondo i dati del report, tra un quarto a un terzo dei migranti possono mostrare segni di disagio psicologico (Godinho et al, 2008).

#### **1.4. La mediazione nei servizi sanitari**

In Portogallo, la mediazione è in genere praticata da un cittadino portoghese con competenze linguistiche, che non possiede necessariamente una formazione specifica o una qualifica formale. Il "mediatore" può essere un interprete designato dalle comunità di origine, un professionista del servizio sanitario (medico, infermiere, ecc.) con competenze linguistiche, una persona con una breve formazione in un'associazione, o un familiare del paziente. Si osserva pertanto una variabilità di profili, che vanno dal personale tecnico, ai consulenti esterni, ai volontari appartenenti alle associazioni che lavorano alla causa dei migranti, ai familiari stessi.

Nonostante tutto, sono stati fatti degli sforzi in Portogallo relativamente alle pratiche di mediazione. L'Alto Commissariato per il Dialogo Interculturale (ACIDI) ha promosso e

realizzato, a partire dal 2009, corsi di mediazione, in cui la maggior parte dei partecipanti è immigrato o proviene da contesti di immigrazione. Il corso ha una durata di due anni: nel primo anno, a carattere teorico, si affrontano questioni relative alla struttura del sistema sanitario e agli aspetti culturali e sociali della salute. Il secondo anno, a carattere pratico (sul campo) si svolge sotto la supervisione di un sociologo. Il requisito per partecipare al corso è il possesso di una laurea (in qualsiasi area).

Tale iniziativa è stata promossa all'interno del progetto MISP (*Mediação Intercultural em serviços Públicos*), volto a fornire mediatori culturali ai servizi sanitari, con la finalità di sostenere i pazienti immigrati e stranieri. Questo piano è stato realizzato in due specifici contesti (Amadora e Setúbal), in collaborazione con l' "Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (AJPAS)" e il Centro Nazionale di Sostegno all'Immigrato – CNAI dell'ACIDI).

La legislazione che inquadra status giuridico del "mediatore culturale" è la Legge n.105/2001, in cui si stabilisce che la mediazione può essere praticata nelle scuole e in contesti legati alla salute attraverso lo sviluppo di protocolli, singoli contratti di lavoro o contratti di consulenza, seguendo le leggi vigenti di diritto del lavoro sulle occupazioni nel settore pubblico. La legge stabilisce anche che sono da preferire le persone provenienti dai gruppi etnici di origine delle comunità e che tali operatori dovrebbero avere una formazione specifica (senza che ne venga specificata la natura). Si sottolinea inoltre che il mediatore culturale ha la funzione di collaborare all'integrazione degli immigrati e delle minoranze etniche, in una prospettiva di promozione del dialogo interculturale e di coesione sociale.

La stessa legge, tuttavia, stabilisce che *non esiste ancora una normativa specifica per la professione in termini di status, professione e formazione*. La mancanza di un quadro di riferimento è, a nostro avviso, una delle cause che alimenta l'instabilità in materia di lavoro / identità professionale e la mancanza di investimenti nella formazione, aspetti ancora insufficienti a garantire un cambiamento nella pratica (Machado, Pereira e Machaqueiro, 2010).

Il campo di attività è difficile da delimitare poiché non vi è ancora una definizione coerente del ruolo del mediatore in termini di aree di intervento, formazione, istruzione richiesta o status di lavoro. È assai comune nella pratica la situazione di un mediatore "poliedrico", a cui vengono assegnati compiti vari di ordine non sempre professionale.

## ***2. Scopo generale del programma di formazione pilota***

Considerando gli obiettivi<sup>3</sup> del Progetto T-SHaRE e in relazione ai risultati della ricerca raccolti nelle fasi precedenti del progetto, riteniamo che la formazione in mediazione culturale debba essere adattata ai contesti sociali, politici e ai bisogni di ciascun paese. Per quanto riguarda il Portogallo, un corso di formazione sulla mediazione culturale dovrebbe essere l'occasione per ripensare le pratiche, le rappresentazioni e le interpretazioni, per promuovere un miglioramento del sistema di accoglienza delle

---

3 Formare operatori sanitari per collaborare con nuovi profili professionali – cioè mediatori della salute -, per acquisire competenze culturali e lavorare in una prospettiva interdisciplinare.

domande di cura dei pazienti immigrati attraverso:

- una migliore qualità della comunicazione tra operatori sanitari e pazienti stranieri, finalizzata a una maggiore efficacia terapeutica;
- la riduzione del rischio di drop-out;
- l'aumento della visibilità e accessibilità dei servizi.

Le fasi preliminari di ricerca del Progetto T-SHaRE hanno permesso di indagare alcuni aspetti di base, che il processo formativo deve affrontare:

- identificare le barriere socio-culturali che ostacolano l'accesso alle cure per i migranti in generale e per le specifiche comunità in particolare, focalizzando l'attenzione su specifici fattori sociali e culturali, su comportamenti, valori e valutazioni di pazienti e operatori in grado di influire sul livello dell'assistenza;
- esplorare il rapporto fra i vari livelli del problema per individuare i fattori più significativi (a livello di organizzazione, di incontro clinico, di rappresentazioni del corpo e della cura, di comunicazione, ecc.);
- individuare interventi competenti in grado di superare i limiti individuati;
- progettare interventi competenti in grado di eliminare le disparità di accesso e di fruizione dell'assistenza sanitaria.

### *3. Descrizione del servizio pilota e dei beneficiari*

La prima fase è consistita nel contatto con destinatari e possibili partner (ACIDI, associazioni di migranti, Ospedale di Amadora-Sintra) con i quali identificare le esigenze e i bisogni formativi principali. Si tratta di un processo preliminare effettuato attraverso incontri con le istituzioni e i potenziali partner.

Essendo CRIA il promotore, il protocollo prefigura una interessante sinergia fra Università, istituzioni e mondo associativo. Il protocollo è stato proposto a due istituzioni principali:

- Maternidade Dr. Alfredo da Costa, l'ospedale pubblico specializzato in ostetricia e nella cura della madre e del bambino;
- ACIDI (Alto Commissariato all'Immigrazione e al Dialogo Interculturale), un ente pubblico che ha la missione di collaborare all'ideazione, esecuzione e valutazione di politiche pubbliche rivolte agli immigrati e alle minoranze, che ha sviluppato un progetto sulla mediazione culturale nei servizi sanitari pubblici (MISP).

I beneficiari istituzionali sono stati selezionati tra i Servizi contattati per le attività di ricerca. I beneficiari della formazione saranno:

- Operatori della salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, medici, infermieri etc.);
- Gli operatori della Salute Materno-Infantile (ostetriche, medici, psicologi, infermieri);
- Mediatori culturali che operano nei servizi sanitari.

La formazione ha come obiettivo di coinvolgere un minimo di 10 operatori sanitari e un minimo di 10 mediatori culturali.

## ***4. Metodologia e obiettivi specifici***

### **4.1. Quadro generale**

Un sistema di assistenza sanitario è “culturalmente competente” quando riconosce e comprende – a tutti i livelli – l’importanza dei contesti e dei valori di riferimento, legge le relazioni sociali riflettendo sulle dinamiche che producono le differenze e i conflitti, e si attrezza per risolvere i problemi. Un sistema culturalmente competente riconosce l’importanza di integrare convinzioni e comportamenti differenti in merito a cura e salute e si dispone ad affrontare la differente prevalenza e incidenza della malattia per diverse popolazioni di pazienti. Inoltre, la competenza culturale riconosce le sfide insite nel tentativo di districare i fattori “sociali” (ad esempio, lo status socioeconomico, fattori di stress e rischi ambientali), da quelli “culturali” tenendo conto della loro influenza sul singolo paziente. In tal senso, comprendere e affrontare il “contesto sociale” costituisce una componente fondamentale della competenza culturale: parleremo pertanto di “barriere socio-culturali” per sottolineare tale connessione e per integrare questa idea nella nostra definizione operativa di competenza culturale.

### **4.2. Le competenze di un team di lavoro interculturale interprofessionale**

La pratica di un team interdisciplinare e interprofessionale che lavora con migranti o cittadini di differente lingua, religione o appartenenza, si basa sull’acquisizione di 1) competenze generali (capacità organizzative e relazionali, strumenti teorici per comprendere i processi migratori, nozioni critiche sui concetti di uso comune); 2) competenze specialistiche, secondo le caratteristiche del servizio sanitario in questione.

#### *1. Competenze generali*

- Organizzazione dei servizi pubblici
- Diritto alla Salute e concetti di base della salute della comunità
- Comunicazione e relazione
- La costruzione del rapporto clinico
- Approccio critico ai concetti di uso comune: cultura, etnia, identità etnica
- Nozioni di base di antropologia medica (corpo, salute, malattia come significanti sociali)
- Dinamiche migratorie, Diritti umani e Cittadinanza

#### *2. Competenze specialistiche*

Salute mentale:

- Concetti di base sulla psicopatologia critica
- Analisi della domanda e interpretazione del problema
- Strutture e problematica dei servizi di salute mentale
- Etno-psichiatria clinica

Salute Materno-Infantile:

- Concetti di base nel campo della salute materna e infantile e dell’istruzione
- Nozioni sui concetti di genere e salute riproduttiva
- Nozioni di base sulla salute e l’età evolutiva
- Analisi delle lamentele dei destinatari e interpretazione del problema
- Strutture e problematiche dei servizi Materno Infantile

*Possibili profili coinvolti:*

- Nei servizi di salute mentale: psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, terapeuti ed altri;
- Nei servizi di salute materno-infantile: ginecologi, ostetriche, psicologi, pediatri, infermieri, assistenti sociali, ecc.;
- Mediatori con esperienza nel settore e formazione specifica.

#### **4.3. Competenze specifiche del mediatore culturale nel settore della salute**

Il “mediatore culturale” dovrebbe parlare la lingua principale del paziente, e, se necessario, il suo eventuale dialetto. Tuttavia, non è sempre verificato che un mediatore dello stesso paese / gruppo di origine del paziente costituisca la soluzione migliore. In alcuni casi, risultano di importanza maggiore fattori quali il genere, l’età o la religione (Nijad, 2003), soprattutto in situazioni in cui il trattamento riguarda problemi associati a tabù culturali o questioni di confidenzialità (violenza domestica, sessualità, ecc.). È comunque importante poter effettuare una valutazione competente delle differenti necessità attraverso la possibilità di utilizzare la lingua principale dell’utente.

Il mediatore culturale è pertanto chiamato a parlare fluentemente almeno due lingue, maneggiare criticamente l’appartenenza a diversi contesti culturali e simbolici, riconoscere contenuti ed importanza di rappresentazioni differenti e promuoverne l’interazione. Ella/egli deve essere in grado di gestire il flusso di comunicazione con accuratezza e completezza, al fine di costruire un buon rapporto tra chi fornisce il servizio e il paziente. Suo compito specifico è assicurare che le preoccupazioni emerse durante o dopo un colloquio siano affrontate in modo appropriato.

#### **4.4. Proposta di formazione**

Il corso di formazione per gli operatori sanitari e mediatori culturali si ispira ai risultati delle fasi precedenti (di ricerca) del progetto T-SHaRE. Il corso sarà rivolto ai professionisti con differente background che lavorano nelle unità di salute mentale e di salute materno-infantile, e ai mediatori culturali che operano con loro in una struttura funzionale. Il numero dei beneficiari atteso è di 20 partecipanti.

Sono previste 40 ore di formazione, suddivise come segue:

- 10 ore, modulo di “competenza generale” per mediatori culturali e operatori sanitari in congiunto;
- 10 ore, modulo comune per l’acquisizione di “specifiche competenze” e supervisione.

L’obiettivo è quello di costruire e interagire come un team di lavoro interdisciplinare e interculturale con gli utenti immigrati.

La metodologia didattica comprenderà lezioni interattive/seminari, casi studio, formazione e supervisione sul lavoro effettivo.

Un questionario valuterà l’acquisizione delle conoscenze e competenze.

Le persone che frequentano l’80% del corso otterranno la certificazione finale.

#### **4.5 Curriculum dei formatori**

Chiara Pussetti (Ph.D. Antropologia Culturale, Università di Torino, 2003) è attualmente

ricercatore senior associato del Centro di Ricerca in Antropologia (CRIA/ISCTE/IUL) e Professore Associato in Antropologia Medica all'Università di Lisbona. Ha svolto lavoro etnografico sul campo sull'isola di Bubaque, Arcipelago delle Bijagó, Guinea Bissau, dal 1993, concentrandosi sui discorsi locali relativi a emozioni e afflizione. Dal 2003 ha svolto ricerche sull'esperienza emotiva della migrazione, oltre che sulle modalità della sofferenza e della cura degli immigrati africani in Portogallo. Le sue pubblicazioni includono numerosi libri e articoli pubblicati in Italia, Portogallo e Brasile

Francesco Vacchiano è Psicologo clinico e PhD in Antropologia Culturale. È attualmente ricercatore post-doc presso il CRIA / ISCTE-IUL e membro del Centro Frantz Fanon di Torino (Italia). Ha partecipato a esperienze cliniche e di ricerca in materia di migrazione e salute, rifugiati, trauma e antropologia psicologica. Lavora come formatore di operatori sanitari e sociali in Portogallo, Spagna, Italia, Svizzera e Marocco. Ha pubblicato diversi articoli in materia di migrazione, soggettività, istituzioni e un libro sull'etnopsicologia della migrazione.

Carla Moleiro è Professore Assistente presso il Dipartimento di Psicologia sociale e organizzativa (DEPSO) dell'ISCTE-IUL e un ricercatore di CIS. Ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Psicologia Clinica presso l'Università della California, Santa Barbara, USA, nel 2003. Si è specializzata in Psicologia Clinica presso l'Università di Lisbona e come psicoterapeuta presso l'Associazione portoghese per le terapie comportamentali e cognitive (APTCC). Ha sviluppato il lavoro clinico sui disturbi complessi, doppia diagnosi e disturbi di personalità. Attualmente lavora su temi di salute mentale e migrazione e con clienti appartenenti a minoranze etniche e sessuali (LGBT).

Elizabeth Challinor è il ricercatore associato senior presso il Centro di Ricerca in Antropologia - UM Portogallo. Le sue aree di ricerca includono l'antropologia medica e l'antropologia dello sviluppo (partecipazione, sessualità, società e istituzioni). Ha svolto lavoro sul campo a Capo Verde (1996-7, 2005 e 2007) e sta attualmente lavorando fra Porto e Capo Verde (2008-2010) su questioni di identità e potere, nascita, paternità e cittadinanza nelle esperienze dei migranti capoverdiani.

Maria Cristina Santinho ha conseguito un Master in Antropologia (1985-1989), con specializzazione in Culture e Ideologie presso la *Escuela Nacional de Antropologia e Historia* (Scuola Nazionale di Antropologia e Storia) di Città del Messico. Ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Antropologia Medica con una tesi sui richiedenti asilo e rifugiati in Portogallo. Ha frequentato un Corso di perfezionamento "*Trauma dei Rifugiati: salute mentale globale*" presso l'Università di Harvard (2008/2009). Attualmente è ricercatore presso il CRIA (Centro em Rede de Investigação em Antropologia) e il CEA (Centro Studi Africani) - ISCTE di Lisbona, Portogallo, e insegna Antropologia presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università Lusofona. È Presidente della ONG "GIS – Gruppo Migrazione e Salute".

Silvia Olivença è dottoranda presso il Dipartimento di Antropologia ISCTE-Istituto Universitario di Lisbona e psicologo clinico (ISPA - Lisbona). Ha una formazione in Psichiatria Transculturale effettuata presso l'Università Paris 13 e in Mediazione in setting transculturali presso l'Ospedale Cochin di Parigi. È membro dell'Associazione Internazionale Etnopsicoanalisi.

Joana Santos ha una laurea in Sociologia conseguita presso l'Università di Minho, un Master in Antropologia presso ISCTE / IUL e sta svolgendo un dottorato di ricerca in Antropologia all'Istituto per le Scienze Sociali dell'Università di Lisbona. Ha partecipato a vari progetti di ricerca dal 2008 e ha collaborato con due diversi centri di ricerca in Portogallo: CIES-ISCTE/IUL e CRIA-ISCTE / IUL. Approfondendo le sue ricerche e i suoi studi ha condotto attività di ricerca su questioni attinenti sessualità, religione, migrazione, salute e infanzia.

### ***5. Standard di qualità***

Al fine di garantire la qualità della formazione, il team T-SHaRE ha elaborato degli standard generali che dovranno essere adattati ai diversi paesi in cui si svilupperà il corso pilota.

Standard di qualità per i formatori :

- Laurea;
- Dottorato di ricerca, master o specializzazione;
- Almeno 3 anni di esperienza di lavoro o ricerca su migrazione, etnopsichiatria e / o antropologia medica e / o sulle attività cliniche nei servizi per gli immigrati.

Ai servizi implicati dal Progetto si richiede in particolare:

- Sviluppare un codice etico di condotta comune;
- Formare i professionisti dei servizi alla “competenza culturale” e alla mediazione culturale nel contesto della sanità;
- Favorire team multilingue e multidisciplinari. Tali team consentono ai pazienti (adulti, bambini e famiglie) di accedere alle consultazioni, se necessario, nella loro lingua d'origine e con un'attenzione per le loro rappresentazioni della salute, del corpo e della sofferenza.
- Favorire la multidisciplinarietà includendo i diversi attori del percorso di ricerca di salute del paziente;
- Coordinare gli interventi con istituzioni partner (anche al di fuori dell'ambito specifico della salute);
- Concentrarsi sulla promozione della salute e prevenzione delle malattie (strumenti interculturali di educazione alla salute);
- Condividere opinioni e suggerimenti con gli utenti e le comunità;
- Produrre documenti e informazioni adeguati ai pazienti, al loro linguaggio e agli idiomi familiari della sofferenza;
- Produrre dati sulle prestazioni offerte per gli utenti e per le parti interessate;
- Favorire la formazione continua del personale;
- Collaborare con le comunità al fine di facilitare la circolazione delle informazioni e dei materiali;
- Valutare l'impatto della formazione sul campo a un anno di distanza, sia nei servizi sanitari (operatori sanitari, mediatori socio-culturali) sia con gli utenti (gli immigrati), al fine di individuare eventuali deviazioni e correzioni;
- Promuovere la creazione di una piattaforma virtuale per la condivisione di esperienze e riflessioni;
- Promuovere tra le istituzioni (Ministero della Salute, Ministero del Lavoro, Ministero della Sicurezza Sociale) la creazione di un quadro giuridico per la professione del mediatore socio-culturale della salute.



## 6. Codice etico

Per acquisire e rafforzare queste competenze, gli operatori coinvolti dovrebbero riconoscere e rispettare alcuni principi fondamentali, un codice ETICO di condotta che servirà da regolamento professionale.

### 6.1 Principi generali

**Consapevolezza etica** - codici deontologici professionali e altre linee guida sono utili, ma non sufficienti a garantire che i professionisti siano sensibili ai temi della diversità nella loro pratica e ricerca. La consapevolezza etica professionale è un processo continuo e attivo che implica un interrogarsi costante e responsabilità personale.

**Il rispetto per i diritti e la dignità delle persone** - Differenti culture, etnie, religioni, lingue, età, sesso, orientamento sessuale, e altre caratteristiche simili sono parte integrante della propria identità e danno senso alla propria vita. Un reale rispetto tra i professionisti del sociale e della sanità e le persone con cui essi interagiscono è fondamentale per una relazione etica e per il rispetto dell'autonomia e della dignità delle persone.

**Promuovere il benessere** - Il ruolo dei professionisti del sociale e della sanità è la promozione della salute e del benessere quali facilitatori nel chiarire, comprendere, incoraggiare e aiutare gli altri nel loro percorso di self-empowerment esistenziale.

**Evitare di causare sofferenza** - I professionisti del settore sociale e della sanità del settore sociale e della sanità non dovrebbero permettere che i loro rapporti professionali con i pazienti possano essere pregiudicati dai propri punti di vista personali circa stile di vita, sesso, età, disabilità, razza, orientamento sessuale, religione o cultura. Come tali, essi sono responsabili nel non arrecare danno ai loro utenti.

**Responsabilità** - Professionisti del settore sociale e della sanità devono tenere standard di condotta professionale elevati, chiarire ruoli e obblighi professionali e accettare la responsabilità del proprio comportamento professionale. Inoltre, essi sono consapevoli delle loro responsabilità professionali e scientifiche rispetto alla società e alle specifiche comunità nelle quali operano.

**Giustizia** - Questo aspetto si riferisce al fatto che, in base ad un principio di uguaglianza, tutte le persone hanno il diritto ad accedere e beneficiare del contributo del proprio lavoro e ad un trattamento equo relativamente alle procedure e alle prestazioni fornite dai professionisti dei settori sociale e sanitario. Così, i professionisti sociali e sanitari cercano attivamente di comprendere il diverso background culturale degli utenti con cui lavorano e non discriminano in base a età, cultura, etnia, disabilità, sesso, religione, orientamento sessuale, stato civile o status socio-economico

**Competenza** - La competenza consiste in un atteggiamento (*consapevolezza*), conoscenza (*che cosa*), abilità (*come*), giudizio (*quando*), e diligenza (*impegno*) al servizio del benessere degli altri diversi, all'interno di uno specifico campo scientifico in cui ci si è formati. Il continuo aggiornamento sull'evoluzione della ricerca e della teoria nella letteratura scientifica e professionale è un aspetto importante della competenza etica.

**Le pratiche centrate sul contesto** - Nelle pratiche centrate sul contesto, gli operatori della sanità e del sociale riconoscono che tutti gli individui (compresi loro stessi) sono

influenzati dai diversi background, tenendo conto della varietà delle esperienze umane e personali. Essi si sforzano di comprendere e rispettare la diversità dei loro utenti, tra cui le differenze correlate a età, etnia, cultura, genere, disabilità, religione, orientamento sessuale e condizione socio-economica, considerando anche le differenze dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità.

**La consapevolezza delle dimensioni complesse della differenza** – I professionisti del sociale e della sanità sono consapevoli che la “differenza” non è un attributo naturale di individui o gruppi, ma una specifica costruzione sociale e politica. Nel loro approccio riconoscono le proprie responsabilità nel determinare la rappresentazione comune di queste differenze e le conseguenze sulla loro pratica.

## **6.2 Linee guida specifiche per operatori del sociale e della sanità**

**Consapevolezza di sé** - Gli operatori della sanità e del sociale sono invitati a riconoscere che, in quanto esseri culturali<sup>4</sup>, possono assumere atteggiamenti e convinzioni che influenzano negativamente le loro percezioni e interazioni con individui diversi da loro per età, etnia, cultura, religione, sesso, orientamento sessuale, disabilità e status socio-economico.

**La sensibilità culturale verso l'Altro** - Gli operatori della sanità e del sociale sono invitati a riconoscere l'importanza della sensibilità culturale, della conoscenza e comprensione di tutti gli individui, nel corso del loro lavoro con gli utenti.

**Conoscenza di sé** - Gli operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti hanno conoscenze specifiche dei loro background e di come questi influenzino professionalmente sia dal punto di vista personale che professionale le loro definizioni e i loro pregiudizi su normalità, anormalità e processo di cura.

**Conoscenza** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti conoscono e comprendono come i problemi di immigrazione, povertà, oppressione, impotenza, razzismo, sessismo, discriminazione e stereotipi hanno influenzato e influenzano la vita delle persone con cui lavorano.

**Conoscenza dell'altro** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti possiedono conoscenze e informazioni specifiche sul gruppo particolare (o i gruppi) con il quale stanno lavorando. Sono consapevoli delle esperienze di vita, dell'eredità culturale e della storia dei loro utenti e di come questi si ripercuotano sulla manifestazione del disagio psicologico, sulla ricerca di aiuto e sull'adeguatezza o inadeguatezza dell'approccio di intervento.

**Relazione di aiuto** - Gli operatori della sanità e del sociale affrontano le “esigenze di benessere” del paziente in relazione all'interprete riguardo a fattori quali età, sesso, provenienza etnica, e altre potenziali aree di disagio. Quando il problema emerge, queste potenziali aree di disagio sono discusse con il paziente e affrontate in modo appropriato.

**Riservatezza** - Gli operatori della sanità e del sociale spiegano i confini e il significato della riservatezza, le sue implicazioni e conseguenze per i pazienti e rispettano la loro privacy fisica e personale/ emotiva, a seconda delle necessità.

---

4 Poiché loro stessi si situano all'interno di un peculiare universo culturale.

**Visioni Salute / Malattia** - Operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti rispettano la religione degli utenti e/o le convinzioni spirituali e i valori sul funzionamento del corpo e della mente. Di conseguenza, rispettano le pratiche di aiuto locali e l'aiuto delle reti intrinseche alla comunità.

**Mediazione** - i professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti sono in grado di collaborare con i mediatori culturali e cercano di consultarsi con altri guaritori o leader religiosi e spirituali, professionisti, quando necessario.

**Lingua** - I professionisti del sociale e della sanità culturalmente competenti valorizzano il pluralismo linguistico e non considerano l'altra lingua come ostacolo all'intervento. Si assumono la responsabilità di interagire nella lingua richiesta dall'utente, quindi, potrebbe essere necessario (a) cercare un interprete con conoscenze culturali e opportuno background professionale o (b) riferirsi ad un professionista bilingue esperto e competente.

**Limiti di competenza** - Gli operatori del sociale e della sanità culturalmente competenti ricercano istruzione, consulenze, formazione ed esperienze per una maggiore comprensione ed efficacia nel lavoro con i diversi gruppi sociali. Riconoscendo i limiti delle proprie competenze (a) richiedono una consulenza, (b) chiedono ulteriore formazione o istruzione, (c) si rivolgono a soggetti e risorse maggiormente qualificati, o (d) optano per una combinazione di queste possibilità

**Supervisione** - La supervisione culturalmente sensibile è vista come strumento indispensabile per sviluppare un processo continuo e attivo di discussione e di auto-consapevolezza, così come la sensibilità relazionale nel lavoro con gli altri.

**Organizzazioni** - Gli operatori della sanità e del sociale sono incoraggiati a sostenere lo sviluppo organizzativo di politiche e pratiche culturalmente consapevoli.

**Formazione** - in qualità di formatori, gli operatori del sociale e della sanità sono incoraggiati ad impiegare i costrutti elaborati attraverso riflessioni critiche e nelle più recenti ricerche che affrontano il tema della diversità nella formazione di altri professionisti del sociale e della sanità,

**Ricerca** - I ricercatori culturalmente sensibili sono incoraggiati a riconoscere l'importanza di condurre una ricerca etica e centrata sul contesto, in riferimento all'ambiente in cui le persone e le loro relazioni, sono (trans)formate, vale a dire fattori di contesto culturale, sociale, politico e altri.

Il presente protocollo impegna le parti nei confronti del risultato comune.

Lisbona, \_\_\_\_\_

Firmato da  
Beneficiario

Firmato da  
Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Promotore

\_\_\_\_\_  
Promotore



## ALLEGATO 15

### PROTOCOLLO T-SHaRE LUBIANA (SI)

*di Kulturno Drustvo Gmajna GMAJNA*

#### INTRODUZIONE

Ogni qualvolta discutiamo la costruzione e l'applicazione di nuovi servizi per migliorare posizioni sociali o favorire la partecipazione di un dato segmento della popolazione, dobbiamo essere consapevoli del fatto che le strutture sociali sono fissate da diversi processi e dalle relazioni che intercorrono al loro interno. Perciò, quando discutiamo dell'accesso al sistema sanitario da parte degli immigrati, del loro trattamento, o della costruzione di una figura di Mediatore Interculturale in ambito sanitario (IHM), dobbiamo prendere in considerazione diversi processi che nascono nell'incontro tra ampi campi del sociale come la migrazione, la cura e l'esclusione sociale. Questi crocevia producono effetti sociali distinti, che noi dobbiamo tenere in considerazione quando proponiamo la creazione di nuove istituzioni, istituzioni che mirino a mitigare o a eliminare gli ostacoli che impediscono agli individui di partecipare pienamente nella società e allo stesso tempo mantengono il loro ruolo sociale di subordinati. Vale a dire che per alcune popolazioni, tali ostacoli hanno come risultato una bassa qualità di vita e minori possibilità di sviluppare i loro potenziali. Perciò, le istituzioni dovrebbero necessariamente indirizzarsi ai reali bisogni della gente, migliorare le posizioni sociali di popolazioni emarginate e riequilibrare le esistenti relazioni di potere.

Il problema che stiamo discutendo in questo protocollo - possibilità di mediazione sanitaria interculturale, suoi contenuti e integrazione all'interno del sistema sanitario - richiede la considerazione della specificità locale, così come quella dei contesti migratori europei e globali, l'inclusione o l'esclusione degli immigrati dalle istituzioni sociali esistenti, specialmente quelle del sistema sanitario, gli effetti che questi processi hanno sulla salute degli immigrati, e le possibilità di migliorare la loro condizione di salute.

#### MIGRAZIONI IN SLOVENIA E COMPOSIZIONE DEGLI IMMIGRATI

L'immigrazione non è un fenomeno nuovo in Slovenia. I meccanismi di gestione e di amministrazione dell'immigrazione dalla seconda metà del 20° secolo possono essere divisi in due fasi storiche distinte. Come membro della Federazione Jugoslava, la Slovenia ha fatto esperienza di un numero di flussi migratori continui, ma che sono sensibilmente aumentati dal 1975 in poi. Questo era il periodo in cui assistemmo al declino del "modello del lavoratore straniero" nei paesi occidentali, che erano la principale destinazione degli immigrati che arrivavano dalla Jugoslavia. La gestione dell'immigrazione in quel periodo fu modificata nella direzione di una chiusura dei confini e di una più rigida regolazione dei flussi migratori. *"Con la chiusura dei mercati del lavoro in Europa la migrazione interna verso la Slovenia, che in quanto parte più sviluppata di un comune stato rimpiazzò i mercati del lavoro chiusi, aumentò da parte delle altre repubbliche della Jugoslavia. Il primo flusso migratorio dalla metà degli anni sessanta fu seguito da un secondo flusso più forte dalla seconda metà degli anni settanta"*. (Kobolt 2002: 21). La maggior parte degli immigrati in Slovenia arrivavano

dalla Bosnia Herzegovina. Questi flussi migratori erano considerati come flussi interni (alla Jugoslavia), perciò gli immigrati stessi a quel tempo non erano esposti a procedure rigorose che ufficializzassero lo stato di residenti in Slovenia.

Questa pratica cambiò drammaticamente negli anni prima del collasso della Jugoslavia e durante il periodo di formazione dei nuovi stati sul territorio. Negli ultimi vent'anni abbiamo assistito a terribili scontri e disordini nel trattamento delle persone (*i nuovi stranieri*) che vivevano in quei territori. Questi scontri sono il risultato di vari processi, ma noi ricorderemo solo quelli che hanno afflitto grandi aree della popolazione.

Il primo processo fu la creazione di nuove categorie di residenti (non cittadini) della Slovenia, che arrivavano dalle repubbliche di Jugoslavia e che erano nel 1991, in seguito all'indipendenza della Slovenia, registrati in Slovenia solo come residenti temporanei o che avevano un lavoro stabile, ma senza alcun status di residenti (approssimativamente 100.000 persone (Mekina 2007: 50) o che erano stati registrati come residenti permanenti in Slovenia (approssimativamente 200.000 persone). In accordo con le nuove leggi post-indipendenza, tutti quelli registrati con residenze temporanee ebbero la possibilità di aggiornare il loro status in Slovenia solo come residenti temporanei ed esclusivamente attraverso il lavoro o il ricongiungimento familiare. Tutti gli altri, che non riuscirono ad aggiornare il loro status, dovettero affrontare grandi difficoltà, se volevano restare in Slovenia. Dal dicembre 1991, quelli con un permesso di residenza permanente registrato, ebbero la possibilità di fare domanda per diventare cittadini sloveni, ma quelli che non fecero domanda o quelli le cui domande furono rifiutate, furono cancellati dal registro di residenza permanente e in seguito a questo, persero ogni diritto accumulato negli anni precedenti in Slovenia. La cancellazione fu dichiarata illegale dalla Corte Costituzionale Slovena; i diritti dei cancellati ancora oggi non sono stati pienamente ripristinati. Il numero dei residenti cancellati secondo i dati ufficiali è di 25.671 persone.

Il secondo processo riguarda l'arrivo dei rifugiati dalle Repubbliche della ex-Jugoslavia (Croazia 1991, Bosnia Herzegovina 1992, Kosovo 1999) toccate dalla guerra. Il numero preciso di rifugiati per molte ragioni è abbastanza difficile da definire. *“Decine di migliaia di rifugiati arrivarono in Slovenia. Secondo i dati forniti dalla Immigration and Refugee Board nella primavera 1992 quasi 45 mila rifugiati furono costretti ad emigrare dalla Croazia e dalla Bosnia Herzegovina.”* Immediatamente dopo l'arrivo alcuni rifugiati emigrarono verso i paesi dell'Unione Europea, Canada, Stati Uniti e Scandinavia. La prima stima ufficiale risale al settembre 1993. In quel momento in Slovenia c'erano 31 mila rifugiati (...). (Vrečer 2007: 9). Comunque, nel 1992 c'erano approssimativamente 25.000 rifugiati non registrati, che trovarono sistemazione presso famiglie Slovene (Donlić e Črnivec 2003: 16). A queste cifre vanno aggiunte le migliaia di rifugiati provenienti dal Kosovo che stavano in Slovenia dal 1999. Anche loro avevano ottenuto lo status temporaneo di rifugiati, proprio come quelli arrivati dalla Croazia e dalla Bosnia Herzegovina. Oltre a questi numeri, dal 1992 ad oggi, va aggiunta anche una piccola parte di persone provenienti da molti diversi paesi che avevano ottenuto lo status di rifugiati.

Dal 1992 in Slovenia c'è anche stata la migrazione di persone che si erano spostate e avevano regolarizzato il proprio status di residenti, sulla base del nuovo *Employment and Work of Aliens Act*. Questo significa che avevano o hanno un lavoro o un permesso

di lavoro. In questa categoria spesso ritroviamo persone che arrivavano dalla Slovenia in uno di questi flussi sopra menzionati, ma questa base legale (lavoro o occupazione) rappresenta le fondamenta di molti nuovi arrivi in Slovenia, con il suo picco tra il 2004 e il 2009. Il numero di lavoratori immigrati è drasticamente crollato con le nuove condizioni causate dalla crisi economica. Secondo i dati disponibili nel 2009, c'erano 92.078 permessi di lavoro validi, quasi la metà di questi erano stati emessi per i cittadini della Bosnia Herzegovina (Beznec 2010: 22), mentre nel 2011 il numero dei permessi di lavoro concessi è significativamente diminuito.

In aggiunta a questi andamenti di immigrazione nello stesso tempo seguiamo anche l'andamento dell'emigrazione. Alenka Kobolt scrive che i primi movimenti dell'emigrazione sono avvenuti già negli anni ottanta, in risposta ai vari sviluppi che portarono al collasso della Jugoslavia. *“E il risultato è che il contesto dell'emigrazione fin dal 1987 è in costante calo e che la Slovenia nel 1991 per la prima volta in 35 anni, si confronta con una migrazione in calo (...). La ragione è che l'emigrazione riguardava la popolazione essenzialmente non originaria del paese, che era impiegata nell'esercito e nell'amministrazione Jugoslava”*. (Trnovšek 1996: 14) (2002: 23). La più vasta emigrazione in tempi recenti (spesso involontaria) era motivata dalla crisi economica, dal momento che moltissimi lavoratori migranti abbandonarono la Slovenia. L'impatto della crisi economica nella sua totalità nel contesto migratorio sloveno non è ancora del tutto noto, così come il processo dell'emigrazione e la crisi economica.

Possiamo concludere che oggi, la maggioranza dei migranti in Slovenia sono persone che arrivano dalle repubbliche della ex Jugoslavia, indipendentemente dall'anno di arrivo o dalle ragioni della loro migrazione. I meccanismi per riconoscere il loro status legale sul territorio variano moltissimo. I movimenti delle persone che erano considerati come migrazione interna fino al 1991, divennero migrazione internazionale dopo quell'anno. Dopo l'indipendenza della Slovenia fu introdotto un modello qualitativamente diverso nella gestione della migrazione, in accordo con i cambiamenti nel sistema politico ed economico. Questi cambiamenti si radicarono immediatamente nella legislazione slovena, ma l'emigrazione divenne *“un importante tema solo nel 1999-2000, quando la legislazione slovena sulla migrazione si adattò alle politiche sulla migrazione europee, un adeguamento che fu parallelo al processo di ingresso della Slovenia nell'Unione Europea. In pratica questo significava una gestione più rigida delle procedure di asilo, procedure di detenzione e deportazione e, allo stesso tempo, la prima seria regolazione della migrazione economica”* (Beznec 2010: 17). Il trattamento ufficiale (gestione) della migrazione è cambiato drasticamente, strappando via ai migranti ogni opportunità di partecipare equamente alla società e di sviluppare pienamente il loro potenziale. E i migranti che arrivano dai paesi della ex Jugoslavia sono formalmente (in termini legali e amministrativi) stranieri, sebbene spesso percepiti come “nostri” migranti, dal momento che hanno fatto esperienza della stessa storia e la loro lingua e cultura non sono avvertiti come veramente distanti dalla cultura del paese ospitante.

## ACCESSO AL SISTEMA SANITARIO

### a) Esclusione sociale e problema di “accesso”

La necessità dell'establishment di creare nuovi servizi per facilitare l'accesso alle varie istituzioni implica che alcuni segmenti della popolazione si trovino ad affrontare, per vari motivi, diverse difficoltà nella fruizione di strutture già definite. Nei decenni passati il concetto di esclusione sociale è stato usato sempre di più per descrivere la posizione sociale di questi segmenti. Questo concetto estremamente ampio e non definito potrebbe essere uno strumento, dal momento che prende in considerazione la complessità e l'intrecciarsi di campi sociali differenti e dei loro effetti sulla posizione degli individui nella società.

Una delle definizioni coniate da Graham Room afferma: „*(Gli individui)... soffrono per l'esclusione sociale quando a) soffrono di uno svantaggio generalizzato in termini di educazione, formazione, occupazione, casa, risorse finanziarie, etc. b) le loro possibilità di accedere alle maggiori istituzioni sociali che danno accesso a queste opportunità di vita sono sostanzialmente minori di quelle del resto della popolazione; c) questi svantaggi persistono nel tempo*“ (Abrahamson 1995: 124). La definizione rivela che l'esclusione sociale è una conseguenza dell'incapacità delle istituzioni sociali di trattare con tutti gli individui, sebbene il loro obiettivo sia quello di prevenire o quanto meno di minimizzare gli effetti derivanti da quelle privazioni. Ma non racconta nulla delle ragioni di questa condizione. Dall'altro lato la definizione che Bhala e Lapeyre danno della esclusione sociale include le molteplici dimensioni di questo fenomeno e per usare le loro stesse parole si compone di: 1) aspetto economico, che si riferisce all'esclusione dal mercato del lavoro e dalla distribuzione delle risorse; 2) aspetto sociale, che si concentra sui problemi relazionali ed enfatizza la carenza di partecipazione di alcuni gruppi sociali nel processo decisionale, nel processo di emarginazione dei gruppi svantaggiati e la nozione di eguali opportunità; 3) aspetto politico, che si riferisce all'uguaglianza sui diritti umani e politici. Questa dimensione, tra le altre cose, rende problematico il fatto che lo stato, come garante presunto dei diritti elementari e delle libertà, non è un agente neutrale e può addirittura diventare un importante fattore di esclusione (Zavratnik & Zimic 2000: 834). Entrambe le definizioni rivelano che l'esclusione sociale porta come conseguenza l'abbandono durevole di uno o più sistemi sociali da parte di individui o gruppi ufficiali (come servizi e istituzioni). E che, per svariate ragioni, non possono essere rimpiazzati in modo soddisfacente da meccanismi sociali costituiti (informali e ufficiali) di solidarietà e assistenza, quantomeno non per l'entità che è percepita come lo standard minimo in una certa area. I motivi di questi abbandoni sono da cercare in tutti i campi dell'organizzazione della società ufficiali e informali; dunque nei fattori determinanti oggettivi, che, combinati ai fattori soggettivi, spingono gli individui ai margini. Ovvero, gli individui emarginati socialmente sono esposti spesso a diversi fattori contemporaneamente e di conseguenza, le condizioni che si trovano ad affrontare sono il risultato di questa interazione.

Dal momento che l'esclusione sociale non è condizionata solo dalle caratteristiche soggettive degli individui emarginati, noi abbiamo enfatizzato le sue cause strutturali. *“Da quando noi siamo consapevoli che la discriminazione e l'esclusione non sono mai eventi contingenti, ma sono insiti nel funzionamento delle autorità e dei sistemi politici, dall'analisi degli elementi dell'emarginazione (...) noi possiamo osservare il sottile*



*funzionamento dei meccanismi di potere diretti al mantenimento delle relazioni di potere di alcuni gruppi sociali in relazione ad altri. Queste relazioni sono permanenti, ripetibili e si stanno riproducendo*” (Zaviršek, Škerjanc 1998: 387-388). Il fatto che l’esclusione sociale è causata da molteplici fattori e che molti di loro sono strutturali, è supportato anche dalla ricerca fatta nelle strade tra i senza tetto in Slovenia. La ricerca è focalizzata sulla popolazione, che soffre della più estrema e visibile forma di esclusione. Dekleva e Razpotnik hanno identificato i seguenti aspetti tra i senza tetto di strada: 1) povertà, indebitamento; 2) solitudine e carenza di reti sociali; 3) assenza di status, mancanza di potere sociale; 4) disoccupazione durevole, esclusione dal mercato del lavoro; 5) esperienze di ricovero; 6) abuso nell’infanzia, eventi traumatici; 7) persistenza tra generazioni di esclusione e/o mancanza di dimora; 8) demoralizzazione; 9) problemi di salute (malattie croniche, handicap, problemi con la salute mentale, dipendenze, doppie diagnosi); 10) conseguenze secondarie diverse, derivanti dall’essere senza dimora (cattivo stato di salute, difficoltà nell’accesso al sistema sanitario e altri servizi, vittimizzazione, criminalizzazione, assenza di un punto di partenza nell’acquisire uno status, ...) (2009: 22). Insieme con il riconoscimento che l’esclusione sociale è causata da vari fattori, dobbiamo anche considerare la sua natura dinamica. L’esclusione sociale è un processo in continuo movimento, in cui i vecchi meccanismi di esclusione sono modificati, ma allo stesso tempo nuove forme vengono aggiunte. Per concludere, quando ci interroghiamo sulle possibili soluzioni per superare l’esclusione sociale, dobbiamo essere consapevoli riguardo ai fatti sopra menzionati.

Tuttavia, parallelamente, dobbiamo stare molto attenti ai possibili esiti delle soluzioni. L’obiettivo “dell’integrazione” (come opposta all’esclusione sociale) come mera mitigazione dell’angoscia attuale o come miglioramento dell’accesso ai beni primari, che in nessun caso interviene nelle relazioni di potere istituzionali e dunque conserva la subordinazione di alcune popolazioni, non è chiaramente sufficiente. In modo simile, un approccio individuale che non intenda cambiare i meccanismi sistemici dell’esclusione sta soltanto curando i sintomi e non le cause del problema.

### **b) l’accesso dei migranti al sistema sanitario**

Mentre discutiamo del trattamento degli immigrati da parte del sistema, dobbiamo essere consapevoli di due livelli di interconnessione. Il primo livello pone una domanda: chi ha il diritto di utilizzare i servizi sanitari e perché alcune categorie di immigrati incontrano difficoltà nell’accesso alle istituzioni sanitarie; e la seconda questione è rendere accessibili i costi ed efficace il trattamento degli immigrati, dopo che sono riusciti ad accedere al sistema sanitario nazionale. Oltre a questo, dobbiamo considerare anche il fatto che gli immigrati sono “(...) una popolazione la cui salute è molto più in pericolo rispetto ai residenti dello stato in cui sono immigrati. Affrontano molti più fattori di rischio, usano molto meno il servizio sanitario. Gli immigrati, sono privati maggiormente a livello sociale, sono disoccupati o occupati in lavori che ledono la loro salute e vivono in circostanze sfavorevoli” (Mikuš Kos 1996: 74-75). Il fatto che gli immigrati siano riconosciuti come popolazione maggiormente esposta a rischi, ma che utilizzino molto meno rispetto agli altri il sistema sanitario ci porta a concludere che esistano alcune circostanze oggettive e soggettive, che rendono incapaci queste persone di prendersi cura della propria salute all’interno delle istituzioni ufficiali. Porsi domande su queste circostanze è perciò necessario per sviluppare proposte atte a rimuovere quegli ostacoli dal sistema sanitario.

A questo punto dobbiamo sottolineare che l'accesso ai servizi del sistema sanitario dipende da molti diversi fattori. Cioè comprende vari aspetti oggettivi e soggettivi. Ma allo stesso tempo dobbiamo anche essere consapevoli della sua natura dinamica, dal momento che si tratta di un processo realizzato in cooperazione tra singole parti del sistema sanitario e coloro che utilizzano quei servizi. In quel modo i motivi della difficoltà di accesso al sistema sanitario sono connessi solo al funzionamento del sistema sanitario (come funziona, il dislocamento dei servizi sul territorio, quanto è accogliente o flessibile etc.) ma anche rispetto all'organizzazione a livello sistemico (chi ha diritto di accesso al sistema sanitario, il costo del sistema sanitario etc.) e gli ostacoli completamente oggettivi (carenza di informazione, sentimento di discriminazione etc.). (Dekleva, Razpotnik 2009: 97) Tra queste ragioni chiave delle difficoltà nella relazione tra immigrati e sistema sanitario, potremmo elencare le differenze nel background culturale, i problemi di comunicazione e la carenza di risorse economiche, ma soprattutto il tema dello *status*.

Lo *status* è un fattore essenziale nell'accesso al sistema sanitario, perché definisce i diritti delle diverse categorie di immigrati e determina le possibilità di partecipazione alle istituzioni del *welfare*. Il diritto alla salute è strettamente correlato ai regolamenti in materia di migrazione nei diversi paesi. Ovvero, il pieno accesso al sistema sanitario è in modi diversi negato a quegli individui, che non hanno la cittadinanza (e anche ai cittadini senza assicurazione medica totale).

Gli immigrati non sono una categoria omogenea dal punto di vista legale. Potremmo concludere che esiste una relazione tra la lunghezza del periodo di residenza in un paese e la totalità dei diritti ottenuti. Lo *status* di un immigrato precario pone ostacoli all'accesso effettivo al sistema sanitario. Rispetto a questo, una maggiore attenzione dovrebbe essere prestata alla difesa dei diritti degli immigrati. Ma quando un immigrato finalmente acquisisce uno *status* legale più stabile e durevole (per esempio un permesso di soggiorno permanente o un permesso di lavoro permanente), all'interno del contesto interculturale gli verrà prestata maggiore attenzione per un trattamento sanitario appropriato. Le tendenze generali nella gestione dell'immigrazione oggi - vedi l'introduzione delle migrazioni circolari - sono formulate per prevenire tale processo di acquisizione dei diritti. Le norme sull'inclusione degli immigrati secondo una gerarchia e l'esclusione degli immigrati non integrati all'interno del mercato del lavoro mirano all'accettazione degli immigrati, solo se lavoratori e non in quanto individui, pazienti, appartenenti a delle famiglie etc. Queste norme sono sempre di più presenti a livello ufficiale, quando gli immigrati con problematiche di salute non hanno diritto all'assicurazione sanitaria, ma anche a un livello informale, di prassi. La ricerca di T-SHARE e altri riferimenti mostrano chiaramente il fatto che molti immigrati vengono sistematicamente scoraggiati nell'uso del pronto soccorso, nonostante ne abbiano diritto. I non cittadini dunque definiscono i contorni della lotta per l'accesso al sistema sanitario.

Gli *status* sono importanti, anche perché definiscono le possibilità di mobilità e dunque determinano la qualità di vita e le possibilità di vita per alcune categorie di immigrati. Questo processo influenza anche fortemente la salute degli immigrati. Ovvero, le circostanze che gli immigrati individualmente affrontano a causa delle classificazioni delle persone (per esempio se vivono in dormitori, in centri di accoglienza o in condizioni di vita precarie e senza documenti), in definitiva hanno un importante effetto sulla

qualità di vita. Allo stesso tempo, generano una serie di ostacoli informali nell'accesso ai servizi del sistema sanitario (mancanza di tempo o di soldi, distanza geografica dai centri, carenza di informazioni dovute a una vita segregata etc.). In situazioni in cui gli immigrati hanno diritti limitati nell'accesso ai servizi sanitari, soprattutto la mancanza di soldi rappresenta un ostacolo importantissimo. Le enormi somme di denaro che devono essere pagate nei casi in cui non si vada in pronto soccorso è uno dei motivi chiave per cui gli immigrati non utilizzano i servizi del sistema sanitario.

Dall'altro lato, i diversi background culturali dei pazienti e degli staff del sistema sanitario stanno diventando sempre più una caratteristica comune del sistema sanitario di oggi. Comunque, questo potrebbe essere un problema, quando per esempio un individuo non usa i servizi del sistema sanitario perché non è capace di comunicare (differenze linguistiche, differenze nei modelli interpretativi) o per paura di essere discriminati. Tuttavia, le differenze culturali non possono essere considerate un ostacolo alla qualità del sistema sanitario di per sé, ma piuttosto ascritto agli status di alcune "culture" nella società, che le rendono un fattore sistemico cruciale nell'esclusione e nel mantenimento delle relazioni di potere istituzionalizzato.

Per concludere, la Slovenia ha una composizione di immigrati specifica. La maggior parte degli immigrati arriva da paesi nati recentemente dalla ex Jugoslavia. Rispetto a questo particolare gruppo, a causa di un passato politico comune e delle similitudini culturali e linguistiche, il bisogno di una mediazione culturale specifica non è così esplicitamente in prima linea. Dall'altra parte gli immigrati che arrivano da altre parti del mondo mettono in evidenza le loro difficoltà nell'incontro con le barriere burocratiche e del sistema, soprattutto dello stato. I vari status legali degli immigrati influenzano moltissimo il loro accesso ai servizi sanitari e ai trattamenti. Gli immigrati che hanno una copertura sanitaria totale sono solitamente soddisfatti dei servizi sanitari. Gli immigrati (e altre persone) che non hanno alcuna copertura assicurativa o ne hanno una parziale, incontrano molti problemi nell'accesso al trattamento sanitario, nonostante ne abbiano diritto. Le persone senza documenti che non hanno abbastanza soldi, sperimentano l'esclusione dalle istituzioni sanitarie, anche qualora le loro condizioni di salute siano critiche.

## **MEDIAZIONE INTERCULTURALE NEL CAMPO DELLA SALUTE IN SLOVENIA (MEDIAZIONE INFORMALE)**

La mediazione informale viene già praticata in diverse istituzioni sociali e a diversi livelli. Non è solo legata alle problematiche della salute e della cura, ma include anche molte tematiche strettamente connesse come: l'assistenza, il piano legale, assistenza sociale, educazione, il problema della casa e del lavoro etc...

Nonostante l'impatto positivo della mediazione informale, come praticata nel sistema sanitario e nei servizi in Slovenia, sia veramente enorme, essa implica anche una serie di effetti collaterali che non possono essere sottostimati. Relegato ad un livello informale, alla sola responsabilità dei volontari non-professionisti da un lato, e ad uno scambio informale e sporadico di informazioni e a consigli tra operatori sanitari dall'altro, possono venire a mancare quegli standard professionali minimi necessari per un trattamento

appropriato, efficiente, olistico e onesto del paziente. Lo scambio di informazioni tra professionisti e utenti, cruciale nel raggiungimento di questo obiettivo, è in molti casi parzialmente o completamente sbagliato (a causa dei problemi linguistici), imperfetto (a causa di una mancanza di comprensione della terminologia specifica) o insufficiente (a causa della crescente mancanza di tempo). Queste carenze sono particolarmente evidenti e pericolose nel campo della salute mentale, dove il mediatore professionista con competenze linguistiche e culturali dovrebbe essere di vitale importanza, dal momento che anche piccoli dettagli e sfumature nelle espressioni del paziente e nella percezione dei medici così come la comprensione del background culturale del paziente, permettono una diagnosi molto precisa e di conseguenza la prescrizione di un trattamento farmacologico e terapeutico altrettanto preciso.

E infine, dovuto al fatto che la mediazione informale non è percepita ed esercitata come un diritto primario ma è attualmente una specie di favore personale o sacrificio di un'altra persona, può facilmente generare sentimenti di gratitudine e di debito, che in ultima analisi producono e riproducono alcune delle vecchie relazioni di potere informali e ufficiali: tra medico e paziente, tra marito e moglie, tra genitori e figli, tra cittadini e immigrati, tra associazioni e singoli.

Perciò, in accordo con le passate esperienze e opinioni degli utenti immigrati rispetto ai servizi sanitari, un'istituzione di mediazione culturale dovrebbe essere riconosciuta e formalizzata come un servizio professionale specializzato. Dovrebbe non solo offrire la traduzione tra i concetti linguistici e culturali, ma – se necessario – anche una sorta di sostegno per l'immigrato. Ovvero, una persona immigrata si trova spesso in una posizione vulnerabile, non tanto a causa delle differenze linguistiche o culturali, ma anche perché non conosce i propri diritti né come integrarli nel sistema. La mediazione dovrebbe perciò non essere intesa come un processo passivo, oggettivo nella risoluzione di un conflitto tra due parti opposte, come viene praticata nel campo della mediazione giuridica. Dovrebbe spingersi nella direzione di una difesa attiva dell'utente e in un'informazione di base attiva per i professionisti. Dovrebbe fare uno sforzo particolare nell'includere gli stessi immigrati, nel rispetto delle soggettività individuali e collettive ed evitare la costruzione e conseguente segregazione, vittimizzazione, alienazione di gruppi particolari (in termini di etica, religione, cultura, genere, classe o etnia).

Per questi motivi, gli utenti immigrati avrebbero bisogno e accoglierebbero favorevolmente una mediazione, a più livelli e sfaccettata, di assistenza e consulenza. L'istituzione della mediazione dovrebbe prendere in considerazione l'approccio olistico nel campo della cura e della salute e preferibilmente avere un carattere universale (dovrebbe offrire servizi agli immigrati così come ai cittadini in difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari). Le comunità di immigrati hanno dunque sviluppato e articolato una proposta di mediazione tra utenti e operatori sanitari che dovrebbe assumere la forma di una vera istituzione professionale e interdisciplinare, che comprenda professionisti e specialisti nel campo giuridico, sociale, medico, sociologico e antropologico etc.

Nell'opinione e nell'esperienza degli utenti immigrati, professionisti e personale delle istituzioni sanitarie in generale dovrebbero ricevere una formazione aggiuntiva circa le principali informazioni di base sui diritti degli immigrati, in relazione al loro accesso ai servizi sanitari. Sulla base delle critiche e delle numerose esperienze negative o positive degli immigrati, sono da considerarsi auspicabili le seguenti abilità per eventuali (e

già esistenti a livello informale) mediatori interculturali della salute: la conoscenza di diverse lingue, di una terminologia medica, delle regole e delle leggi di base riguardanti i diritti degli immigrati con diversi status all'interno del sistema sanitario, competenze culturali, sensibilità, pazienza, discrezione, ricettività.

Rispetto alla formazione di competenze culturali, gli utenti immigrati esprimono considerazioni contraddittorie circa il significato differente e a volte conflittuale di "cultura". Primo, c'è un rischio di una rappresentazione stereotipata e oggettivizzata delle differenti culture. Secondo, una formazione in "altre culture" può velocemente portare alla costruzione forzata di un "Altro", soggetto differente e passivo, che è in uno stato di bisogno di cura e assistenza e incapace di prendere da sé decisioni e responsabilità. E terzo, è ovviamente impossibile che i professionisti imparino molte lingue diverse e che familiarizzino con diverse culture.

Il primo passo necessario nell'acquisizione di competenze culturali dovrebbe dunque essere una sensibilizzazione dei professionisti nel senso di un rafforzamento della loro consapevolezza circa gli stereotipi dominati, barriere linguistiche, razzismo implicito ed esplicito, xenofobia e discriminazione. Un'attenzione particolare, uno sforzo e una formazione sul fenomeno della migrazione, diritti dei migranti e competenze culturali dovrebbero essere fornite nelle aree a grande concentrazione di immigrati, specialmente nel facilitare la salute in Ljubljana Vič, che ha in carico la salute e la cura dei richiedenti asilo.

## ADVOCACY - MEDIAZIONE - TRANSCULTURALITÀ

### a) Difesa del diritto alla salute

Nel suo classico lavoro *Passing: On The social organization of dying* (1967) David Sudnow spiegò in che modo il presunto valore sociale dei pazienti influenza lo staff medico che si prenderà cura di loro. Questo spiega come l'ineguaglianza sociale si riveli nel funzionamento del sistema sanitario. Sudnow afferma che le decisioni dello staff medico su come amministrare le cure, si basano sul valore sociale del paziente: i pazienti con una percezione bassa della loro dignità sociale avevano minori possibilità di essere recuperati, di quelli con una maggiore percezione del loro valore sociale. Dallo studio di Sudnow il campo della salute ha subito vari cambiamenti. Comunque, le rivendicazioni circa le disuguaglianze sociali sono ancora rilevanti nei contesti sanitari di oggi (Timmermans 1998). Le barriere riguardo l'accesso alla qualità nel sistema sanitario toccano in modo sproporzionato le minoranze di razza e di etnia. L'accesso limitato a un sistema sanitario di qualità è una delle principali barriere all'ottenimento di risultati positivi nel campo della salute.

Gli immigrati spesso percepiscono il sistema sanitario come qualcosa che usurpa i loro diritti e i loro bisogni o addirittura percepiscono il sistema sanitario come oppressivo. L'ineguaglianza sociale degli immigrati all'interno dei sistemi sanitari invoca un'istituzione in loro difesa, che rappresenti gli interessi e i diritti degli immigrati all'interno del sistema sanitario. Finché ci sarà un potere del sistema sbilanciato tra pazienti immigrati e coloro che offrono la cura, una difesa dei diritti è necessaria per aiutare i pazienti immigrati a rafforzare il loro diritto alla salute e alla cura. Il ruolo del

difensore<sup>1</sup> è di ottenere l'accesso degli immigrati al sistema sanitario e ad una giusta qualità dei servizi.

Nel contesto di un sistema sanitario che rifiuti di offrire servizi ai pazienti immigrati, un forte ruolo di difesa è necessario. Tale difensore deve indiscutibilmente stare dalla parte dell'immigrato. Perciò, non potrà mai essere un membro del cosiddetto staff interprofessionale; il difensore non potrà essere un (operatore) collega dello staff del sistema sanitario.

Comunque, accanto ai problemi che si creano nell'incontro tra immigrati e sistema sanitario, esistono molte condizioni strutturali dell'ineguaglianza degli immigrati che non possono essere risolte semplicemente con un patrocinio del diritto alla salute o con la mediazione interculturale sanitaria. Per esempio, gli immigrati senza documenti e in altre condizioni di precarietà non hanno il diritto al permesso di malattia remunerato. Se non lavorano a causa di problemi di salute, rischiano non solo di non essere pagati, ma addirittura di perdere il lavoro. Non avere ingiustamente diritto al permesso di malattia remunerato, influenza l'accesso loro (o dei loro figli) all'assistenza sanitaria.

### **b) Mediazione interculturale**

L'assistenza sanitaria riguarda l'autonomia del paziente. Il paziente non deve essere considerato un oggetto del paternalismo da parte degli operatori sanitari; le procedure dell'assistenza sanitaria non dovrebbero essere imposte al paziente senza il suo consenso, che dovrebbe anche basarsi su un'adeguata informazione circa la natura, i possibili risultati e altri importanti aspetti della procedura di assistenza sanitaria. I pazienti devono essere percepiti come soggetti autonomi la cui volontà e i cui interessi vanno rispettati durante le procedure mediche. Perciò, chi lavora nell'assistenza sanitaria dovrebbe ascoltare i pazienti e rispettare i loro punti di vista, offrire loro informazioni in modo che essi possano comprenderle, e rispettare il loro diritto ad essere pienamente coinvolti nelle decisioni che li riguardano. L'autonomia del paziente è la base (legale) per concetti come consenso informato e altre regole etiche, che richiedono una accurata informazione e una appropriata comunicazione tra paziente e staff medico, inclusa l'interpretazione della lingua e la traduzione dei modelli esplicativi culturali.

È chiaro che la lingua e la cultura sono materia di assistenza sanitaria. Sono cruciali nella diagnosi, nel trattamento e nella cura. Il sistema di assistenza sanitario e il suo personale deve rispondere alle diverse rappresentazioni del paziente, valori e principi riguardanti la salute e il benessere. Non riuscire a comprendere e a saper trattare con le differenze culturali potrebbe avere importanti conseguenze nel rispetto dell'autonomia del paziente immigrato. Nel rispetto di questa, strategie di consenso culturalmente informate renderebbero il personale del sistema sanitario capace di affrontare le sfide emerse dalla crescente complessità della società globalizzata.

Discutere dell'applicazione della mediazione interculturale nel sistema sanitario può essere recepito come un tentativo di introdurre alcune strategie culturalmente informate all'interno del sistema di assistenza sanitaria. Ma quando comincia la comunicazione interculturale? Ogni qualvolta che le parti che si confrontano, portano con sé diversi background esperienziali, che riflettono dunque un deposito di esperienze pregresse

---

1 Nel testo originale "advocate"

e di gruppo, conoscenze e valori, noi ci troviamo di fronte ad una comunicazione interculturale (Samovar 1991). Il mediatore interculturale nel campo della salute è percepito come un terzo attore imparziale in un contesto sanitario caratterizzato da tale comunicazione interculturale. I mediatori culturali si suppone che facciano da ponte tra i gruppi di immigrati o le comunità di immigrati e le organizzazioni culturali e sanitarie ospitanti. Cioè, possiedono una serie di capacità ed esperienze che dovrebbero aiutare il personale sanitario a entrare veramente in relazione con gli immigrati. Queste abilità ed esperienze spesso richiedono al mediatore interculturale di essere qualcosa di più di un semplice interprete linguistico, quanto piuttosto un traduttore dei diversi modelli esplicativi.<sup>2</sup>

Tra i medici, gli infermieri e altro personale da un lato e i pazienti immigrati dall'altro, esiste la possibilità di sostanziali differenze culturali. L'interazione tra il personale sanitario e i pazienti potrebbe perciò essere frustrante su entrambi i fronti, a causa delle differenze culturali (diversi modelli esplicativi) e delle difficoltà nella comunicazione e nella lingua. Il mediatore interculturale può in alcune occasioni fungere da organizzatore interculturale per qualcuno in particolare del personale sanitario. A questo proposito, la mediazione interculturale può essere utile come strumento del sistema sanitario per aiutare le diversità culturali del sistema stesso a fronteggiare le complesse società globalizzate. Per questo, i mediatori inter-culturali sono spesso impiegati nel personale del sistema sanitario ospitante o nelle istituzioni di assistenza sanitaria, per migliorare la qualità che i servizi sanitari della società ospitante offrono agli stranieri (Davis 2009).

I mediatori inter-culturali possono offrire servizi di traduzione, facilitare una migliore comunicazione grazie al superamento delle barriere e aiutare una maggiore confidenza, evitare fraintendimenti quando vengono spiegate le diagnosi e prescritti i trattamenti, promuovere il rispetto reciproco e le buone relazioni tra operatori sanitari e immigrati, e così via. Il ruolo del mediatore è dunque quello di migliorare l'autonomia del paziente immigrato rispetto a contesti sanitari bilinguistici e multiculturali. Affronta il problema dell'abilità da parte del sistema di assistenza sanitario contemporaneo di offrire le giuste cure al paziente che sia portatore di valori, principi e tradizioni diverse e di andare incontro ai bisogni sociali, culturali e linguistici del paziente. Per sintetizzare, la mediazione interculturale discute di come migliorare l'accesso ad un'assistenza di qualità, ma non ancora di come far accedere all'assistenza sanitaria anche i gruppi socialmente svantaggiati. Il ruolo del mediatore non presuppone che ci sia uno scontro di interessi tra il paziente immigrato e il personale di assistenza sanitario ad un livello sistemico. Un tale approccio di mediazione interculturale può offrire molteplici benefici al personale di assistenza sanitario e agli immigrati che non hanno problemi di accesso ai servizi sanitari. Ciò nonostante, per gli immigrati che affrontano serie difficoltà nell'accedere all'assistenza sanitaria, la mediazione interculturale non può produrre alcun beneficio.

---

2 Alcune definizioni di mediatore interculturale: il mediatore interculturale è considerato qualcuno con eccellenti capacità da entrambe le culture che "costruisce un ponte nella comunicazione in particolare tra i professionisti della cultura ospitante e i nuovi arrivati attraverso la consapevolezza e la sensibilità delle differenze etno-culturali."(Vargas 2000). Un mediatore considerato un "contatto fidato" (Healthlinks 2000) tra la loro comunità etnica e il personale medico. Il mediatore culturale è sempre più chiamato laddove all'istituzione ospitante è richiesto di stabilire un contatto significativo con la comunità di immigrati (Richter-Malebotta 2000). Ci si aspetta da loro che "creino punti di convergenza tra la cultura autoctona e quella straniera" (Richter-Malebotta 2000). (Davis 2009: 76).

L'idea di una mediazione interculturale deriva dai concetti di interculturalità e multiculturalità. Questi concetti considerano le culture come sfere distinte che coesistono. Così, si cercano vie in cui tali culture possono andare d'accordo, comprendersi e riconoscersi una con l'altra. Si cercano opportunità per la tolleranza e la comprensione e per evitare o gestire il conflitto. Sebbene, come afferma Welsch, questi concetti implicano e affermano una comprensione tradizionale di culture come sfere autonome. Se le culture fossero infatti ancora costituite secondo questo modello, in tale forma, allora un individuo non potrebbe né liberare se stesso (dalla sua cultura), né risolvere il problema della loro coesistenza e della loro cooperazione. Tuttavia, la descrizione delle culture di oggi come sfere è di fatto erranea e ingannevole da un punto di vista normativo. Le condizioni culturali odierne sono in gran parte caratterizzate da mescolanze e penetrazioni (Welsch 1999).

Alcuni dilemmi che saltano fuori quando si pensa alla mediazione interculturale sono:

(a) Può l'interpretazione o la mediazione essere imparziale e neutrale, o può un mediatore sempre interpretare o mediare per qualcuno? Il paziente immigrato potrebbe recepire come "imparziale" i mediatori culturali in quanto agenti del sistema sanitario che li aiuta solo per risolvere problemi di sistema dell'apparato. I mediatori culturali possono essere percepiti come agenti del personale sanitario del paese ospitante se spiegano che non possono svolgere un ruolo di difesa ma devono restare neutrali (Davis 2009).<sup>3</sup> Nel pesante contesto dell'immigrazione, la neutralità di un mediatore può essere recepita come fedeltà all'istituzione sanitaria e agli obiettivi di politica migratoria.

(b) Chi decide che una particolare situazione richiede il coinvolgimento di un mediatore culturale? Quand'è che un contesto sanitario cessa di essere intra-culturale e comincia ad essere interculturale e in virtù di questo richiede un mediatore interculturale? Questa non è una domanda facile. La descrizione fatta sopra di mediatore interculturale implica che sia il personale sanitario a prendere tale decisione ma che possa essere anche il paziente immigrato a suggerire di coinvolgere un mediatore interculturale nel processo.

(c) Quando uno specifico contesto sanitario viene riconosciuto come interculturale, dovremmo stare attenti a non preoccuparci eccessivamente delle differenze culturali e del fare continui paragoni tra i modelli esplicativi?

(d) Quando un mediatore interculturale è membro di un team inter-professionale, ci si aspetta che lavori come membro del team nello staff dell'assistenza sanitaria. Lavorare in un gruppo può avere dei vantaggi, ma funziona anche come meccanismo di controllo e come prevenzione del fatto che il mediatore possa passare da un ruolo neutrale ad una posizione di difesa dell'immigrato, quando necessario e giusto.

(e) Il concetto di mediazione interculturale presuppone una separazione culturale tra il personale del servizio e gli immigrati. Nonostante la cultura non sia omogenea né

---

3 "Lempp e Mansbrugge (1999) nella valutazione del progetto TAMPEP per lo sviluppo della mediazione culturale, in un servizio per la salute sessuale ad Amburgo, descrivono i mediatori culturali come degli agenti dei servizi sanitari che hanno vissuto con grande angoscia la questione delle loro identità all'interno dell'organizzazione che fornisce i servizi. I mediatori culturali sono descritti nel report come gli agenti della cultura organizzativa ospitante, ed era chiaro che essi avevano necessità sia di evitare atteggiamenti di difesa e sia di rimanere neutrali. Tuttavia, la neutralità in questo caso, sembrava significare fedeltà all'istituzione da cui dipendevano e distanza professionale dagli utenti. "(Davis 2009)"



statica. Perciò la cultura non può essere ridotta ad abilità tecniche per le quali i mediatori possano essere formati completamente e diventare degli esperti. Rispetto a questo, la cultura non deve essere identificata con l'etnia, la nazionalità e la lingua, dal momento che oggi è ibridata.

(f) Ignorare lo squilibrio sistemico e strutturale del potere nel contatto e nella comunicazione interculturale non fornisce una giustificazione all'esclusione culturale attraverso una comunicazione non-interculturale. Quando le differenze di potere culturale vengono ridotte a mere differenze semantiche o di conoscenza o di differenze individuali, le fondamentali disuguaglianza, dominazione e discriminazione culturali che giacciono alla base della contemporanea comunicazione interculturale (inclusa quella internazionale) possono essere smussate o giustificate (Shi-xu 2005). Di conseguenza, è appropriato sostenere una mediazione interculturale nel campo dell'assistenza sanitaria senza istituzionalizzare la difesa all'assistenza?

(g) Il concetto di "Interculturale" non riesce a resistere alla stringente "visione territoriale", della cultura (Streeck, 1994:286)– ovvero che essa possa veramente sempre essere posizionata tra sistemi culturali. Come tale, la definizione continua a convincerci che è il sistema culturale, non gli individui ad essere in comunicazione reciproca (Scollon & Wong Scollon, 1995:125).

(h) Fino a quando la cultura sarà vista come qualcosa di statico e fisso in questo discorso, la capacità dei membri di creare un sapere culturale e un'esperienza attraverso la comunicazione, potrebbe essere ignorata (Shi-xu 2005).<sup>4</sup>

(i) Come affrontare la sfida per cui sempre più individui si sentono "esterni" ad una particolare cultura, "esterni" alle sue limitazioni nazionali, razziali, sessuali, ideologiche e altro? (Epstein 1999).

(l) A riguardo del *Explanatory Models Approach* – una tecnica di intervista che cerca di comprendere come il mondo sociale influisca e sia influenzato dalla malattia – Kleinman & Benson mettono in guardia contro la sventura di medici e studenti di medicina che utilizzano modelli esplicativi. Essi materializzano i modelli come, ad esempio, un tipo di sostanza o di misura (come l'emoglobina, la pressione sanguigna, o i raggi X), e li usano per chiudere una conversazione piuttosto che per iniziare una conversazione. Nel momento in cui l'esperienza umana della malattia è riformulata per categorie tecniche di disturbi qualcosa di cruciale per l'esperienza va perso, perché non è stata riconosciuta come una preoccupazione clinica appropriata. Piuttosto, i modelli esplicativi dovrebbero aprire i medici alla comunicazione umana e mettere accanto alla propria conoscenza la spiegazione e il punto di vista del paziente. Utilizzando questo approccio, i medici possono mettere in atto una "mini-etnografia," organizzata in sei fasi e sviluppata dagli autori (Kleinman, Benson 2006).

---

4 Si veda ad esempio come le ragazze e i ragazzi che incarnano contemporaneamente le identità sociali di Musulmani e Francesi (re)interpretano attivamente queste identità attraverso pratiche culturali e linguistiche innovative in contesti di interazione con i loro coetanei. I modelli di produzione culturale siano essi innovativi o tradizionali sono simultanei, essi selettivamente si appropriano e adattano una forma comunicativa del loro background e la trasformano in un mezzo per esprimere la loro posizione sociale. (Tetreault 2009).

### c) Transculturalità

Dal punto di vista degli immigrati, sarebbe necessario: advocacy sanitaria e della mediazione interculturale. Comunque, finché questi due ruoli saranno basati su una differente interpretazione della posizione degli immigrati all'interno del sistema di assistenza sanitaria, sarà impossibile per una sola persona esercitare entrambi i ruoli. Mentre il mediatore interculturale "neutrale" che lavora per le istituzioni può portare numerosi benefici al personale sanitario, un difensore efficiente può portare benefici sostanziali per gli immigrati che affrontano difficoltà sistemiche nell'accesso al sistema di assistenza sanitario.

Shi-xu mette in evidenza come, all'interno degli studi interculturali, circoli un discorso generale che attribuisce grande rilevanza alle conoscenze inter-linguistiche e interculturali, alle abilità di traduzione linguistica e alle differenze culturali e, quindi, alla "competenza interculturale". Sottolineare questo discorso significa accettare il fatto che membri di differenti culture abbiano differenti campi di conoscenze e capacità culturali e linguistiche. Di conseguenza, questo discorso è spesso usato per spiegare le "incomprensioni" o le "rotture della comunicazione". Il problema centrale di questa posizione è che essa offusca la natura saturata di potere del contatto e della comunicazione interculturale. Cioè, si presume che le differenti culture siano in una relazione di eguaglianza (Shi-xu 2005:). Shi-xu spiega che molta parte della ricerca e della comunicazione interculturale ha poggato sulla presunzione che la chiave per la comunicazione e la comprensione interculturale siano le conoscenze e le competenze relativamente alla specifica lingua e cultura. Egli sostiene che ciò che si va perdendo in questa prospettiva sono, cosa fondamentale, le relazioni di potere e (importante!) la forza di volontà per superarle. Procedendo da questa istanza politica e etica, lui suggerisce che la ricerca, l'educazione e la formazione accettino il ruolo di agenti istituzionali morali e, da un lato spostando la loro attenzione verso la critica delle pratiche di potere e dall'altro coltivando la motivazione etica nella costruzione di obiettivi comuni.

Riguardo a questo, la nozione di transculturalità sembra essere più avanzata e più adatta alla vita sociale contemporanea che la nozione di inter-culturalità. La vita sociale contemporanea non è solo interculturale ma completamente transculturale. È un luogo in cui le "culture" e i suoi concetti sono costantemente contestualizzati e riconcettualizzati; è postmoderno, postcoloniale, post-transizionale, un mondo in costante divenire. Inoltre, la vita culturale è fatta di potere, da qui il dominio, il pregiudizio e l'esclusione. Dunque, dovrebbe essere approcciato e analizzato in termini pratiche e relazioni di potere differenziale, dove un gruppo è dominato da un altro, attraverso risorse di potere differenziale disponibili per alcuni gruppi o individui, ma non per altri. Eppure, le pratiche culturali non possono essere ridotte a relazioni di potere in questo modo e non dovrebbe essere viste come formate e determinate esclusivamente da queste (Epstein 1999). Un tale riduzionismo non è corretto. La transcultura è un modo per superare la nostra cultura "data" e applicare le nuove forze culturali alla cultura stessa. La transcultura è una trasformazione della cultura stessa, la totalità delle teorie e delle pratiche che riscatta la cultura dai suoi stessi meccanismi repressivi (Epstein 1999). La transcultura può essere definita come un sistema aperto di alternative simboliche alle culture esistenti e ai loro sistemi di segni convenzionali.

Se adottiamo il principio di un cambiamento costante e di una *contesting culture*, la domanda resta: è possibile migliorare questa comprensione nella pratica quotidiana

dell'assistenza sanitaria? Da questa domanda nasce per esempio una preoccupazione su come evitare la competenza culturale come un "approccio ad un elenco di categorie" che guarda alla cultura come un insieme di fattori già noti. Ancora, la transculturalità enfatizza anche l'incontro con gli altri e con le pratiche che le persone portano avanti nei loro mondi. Tiene conto dell'empowerment e dei processi trasformativi degli attori coinvolti (nel nostro caso gli immigrati e lo staff sanitario). È possibile istituzionalizzare all'interno del sistema di assistenza sanitaria una costante sensibilità per il nostro posizionarci nelle dinamiche di potere globale e locale come prassi di emancipazione?

## **CAPACITÀ E CONOSCENZE DEI TEAM INTERCULTURALI E INTER-PROFESSIONALI**

Dall'analisi del contesto sloveno riguardo gli immigrati e il sistema di assistenza, è difficile identificare chiaramente le capacità che i mediatori interculturali o i mediatori sanitari dovrebbero acquisire o migliorare. Nel sistema di assistenza sanitario sloveno non esiste una mediazione interculturale ufficiale. Inoltre, le esistenti pratiche legali e di mediazione informali – ancora estremamente frammentate e arbitrarie – non sono retroattivamente riconosciute dal sistema sanitario. A causa della composizione degli immigrati in Slovenia (la maggioranza arriva da paesi che facevano parte della ex Jugoslavia e parlano una lingua che è più o meno compresa dagli sloveni), le strutture ufficiali del sistema di assistenza sanitario, generalmente rigide, mantengono la posizione secondo cui non c'è alcun bisogno per il personale sanitario di familiarizzare con i background culturali, le identità e linguaggi dei pazienti immigrati e neppure di accrescere le proprie competenze culturali o di migliorare la mediazione interculturale sanitaria. In generale, la competenza culturale non è considerata necessaria per fornire ai pazienti un'assistenza sanitaria appropriata e accettabile. Sebbene nessuno stia esplicitamente rifiutandola, sfortunatamente non appare ancora nei discorsi pubblici o professionali, come qualcosa che sia urgente o anche necessaria per migliorare il sistema di assistenza sanitaria.

Comunque, in pratica, esistono alcuni frammenti di un'informale *advocacy* dell'accesso degli immigrati al sistema di assistenza sanitaria e di una *advocacy* dalla parte dei pazienti detenuti in istituti per la salute mentale. Quest'ultimo, potrebbe essere importante per gli immigrati, siccome le differenze socio-culturali tra gli immigrati e la società ospitante, come anche la carenza di consapevolezza di queste differenze da parte degli operatori della salute mentale, può influenzare i tassi e gli schemi dell'ospedalizzazione psichiatrica degli immigrati.

La *advocacy* per l'accesso degli immigrati al sistema di assistenza sanitario arriva da collettivi di attivisti, organizzazioni di base di immigrati, o da alcune organizzazioni non governative. In genere chi agisce a favore dell'accesso degli immigrati al sistema di assistenza sanitario non ha buona padronanza della terminologia medica e di assistenza sanitaria. Chi invece possiede una certa esperienza e conoscenza riguardo ai diritti per l'accesso degli immigrati al sistema di assistenza sanitario, ancora non ha alcuna competenza interculturale. Quando si interviene per aiutare a realizzare l'accesso degli immigrati al sistema sanitario, di solito non si prende parte al processo successivo dell'erogazione del servizio. Un difensore, perciò non gioca un ruolo di mediatore o di interprete. Spesso questi difensori non ricevono ancora alcun tipo di informazione riguardo al destino dell'immigrato all'interno del sistema sanitario. Dopo aver raggiunto

l'accesso all'assistenza sanitaria, una *advocacy* informale deve auto-sospendersi dalla relazione tra un paziente immigrato e il personale sanitario. Inoltre questi difensori non praticano una pressione costante, ma solo di tanto in tanto, più o meno casualmente e soprattutto solo nei casi più urgenti. Essi raramente poi manifestano il loro ruolo di difensori.

Una sorta di interpretazione informale e frammentaria e anche di la mediazione interculturale è presente all'interno del sistema sanitario sloveno, particolarmente nel campo della salute delle donne. Tuttavia, il diritto del paziente ad un'interpretazione giusta e professionale manca di una sufficiente organizzazione giuridica. Al momento, l'interpretazione nell'assistenza sanitaria dipende dalla buona volontà e da una certa dose di improvvisazione da parte di individui che lavorano come interpreti per alcune lingue (per esempio il cinese). In altri casi, piuttosto che interpreti professionisti, ad aiutare la comunicazione tra pazienti immigrati e personale sanitario intervengono non professionisti che si improvvisano interpreti. Non esistono linee-guida ufficiali per il personale sanitario che mostrino loro come agire, quando incontrano una situazione multi-linguistica o multi-culturale. Perciò, alcuni suggerimenti per una migliore organizzazione giuridica nell'interpretazione nel sistema di assistenza sanitaria stanno giungendo dalla Faculty of Arts dell'Università di Ljubljana (dipartimento per l'interpretazione). Tali scoperte vengono applicate alla mediazione interculturale nell'assistenza sanitaria.

## FORMAZIONE

### a) Obiettivi

In generale l'obiettivo della formazione è acquisire e migliorare le conoscenze per un buon approccio interculturale e transculturale nell'assistenza sanitaria e per delineare visioni, idee e possibilmente anche una proposta, che renda effettiva la mediazione interculturale ufficiale nel sistema di assistenza sanitario sloveno.

La formazione dovrebbe avere i seguenti obiettivi:

- Promuovere l'apprendimento di conoscenze utili a realizzare una difesa informale, un'interpretazione e una mediazione nell'assistenza sanitaria;
- Promuovere un'auto-organizzazione e un auto-apprendimento delle abilità e dello scambio di esperienze necessari a praticare la difesa informale, l'interpretazione e la mediazione nell'assistenza sanitaria;
- Stabilire una comunicazione efficace (network creativo di relazioni) e un sostegno tra i diversi protagonisti (non solo per promuovere i singoli punti di vista, ma anche per aiutare gli altri a trasmettere i propri).

### b) Partecipanti

I beneficiari della formazione (corso di formazione pilota) dovrebbero includere:

- *Advocate* informali per l'accesso degli immigrati all'assistenza sanitaria;
- Interpreti e mediatori inter-culturali informali;
- Attivisti per i diritti degli immigrati
- Studenti;
- Personale sanitario.

### c) Curriculum

La formazione sarà divisa in due parti. Includerà letture e – ancora più importante –

workshop, presentazioni e riflessioni su casi concreti. Sarà usata una metodologia di auto-apprendimento per incoraggiare i partecipanti a condividere le loro conoscenze e le loro esperienze pratiche.

- 1) **Parte generale** (20 ore): emarginazione sociale; sistema di assistenza sanitaria; immigrazione; diritti degli immigrati nell'assistenza sanitaria; cultura, inter-cultura, trans-cultura; competenza culturale; *advocacy*, mediazione, traduzione; potenziamento e miglioramento dello squilibrio del potere (pratiche di auto-organizzazione degli immigrati nel campo dell'assistenza sanitaria); relazioni nel campo dell'assistenza sanitaria (relazione terapeutica, squilibrio del potere).
- 2) **Parte speciale sul protocollo** (20 ore) che sarà divisa in due aree di interesse, salute mentale e salute delle donne. Comunque, nel contesto sloveno non è saggio strutturare la seconda parte delle attività di formazione in aree strettamente separate. La parte speciale della formazione sarà molto più focalizzata su casi concreti ed esempi pratici, in particolare salute mentale e delle donne. Si materializzerà in termini di impressioni, intuizioni, impressioni, osservazioni, oltre che nuove parole e concetti. Questa parte dipenderà molto dai processi interpersonali. Come tale non potrà essere soggetta ad una pianificazione troppo rigorosa, le problematiche saranno affrontate in base alla volontà che emergerà e in accordo con le sue stesse dinamiche. Appare inoltre saggio scambiare le esperienze esistenti, seppure rare e poco strutturate, delle donne con le esperienze provenienti dal campo della salute mentale e viceversa. In questa fase i partecipanti condivideranno le loro conoscenze ed esperienze sui diritti degli immigrati nel sistema di assistenza sanitaria, sulle nozioni di cultura e competenza culturale, così come sulle buone pratiche per superare le difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria, di sbilanciamento di potere, del processo di trattamento e di traduzione linguistica e terminologica.

Non verrà rilasciato ai partecipanti alcun certificato. Comunque, un questionario finale raccoglierà le opinioni dei partecipanti riguardo alla formazione e ai loro suggerimenti.

## SPERIMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO

Per la sperimentazione del protocollo, il contesto dell'assistenza sanitaria richiede un ambiente "on the job" e la costruzione di "teams multidisciplinari". Non esiste un tale contesto facilmente disponibile in Slovenia in cui sperimentare il protocollo. Mentre, se potessimo dirigere i nostri sforzi verso uno specifico luogo di lavoro, potremmo ottenere un impatto molto più esteso, promuovere uno sviluppo organizzativo in un'ampia gamma di strutture, dove, del resto, non c'è quasi alcuna riflessione riguardo alle situazioni multilinguistiche e multiculturali in campo di assistenza sanitaria e riguardo all'*advocacy*, alla traduzione e alla mediazione in campo sanitario.

Perciò, creeremo uno spazio autonomo per la sperimentazione del protocollo. Per spazio autonomo si intende un metodo di partecipazione che permetta agli *advocate*, ai traduttori e ai mediatori, agli operatori sanitari, agli assistenti sociali, agli avvocati, alle organizzazioni non-governative, agli studenti, ai ricercatori, agli attivisti e ai gruppi di immigrati e alle comunità, di raggiungere realmente quel il gruppo target (di pazienti

immigrati) e condividere con loro una serie di aree di interessi, inclusa la mediazione interculturale. Questo metodo permette un ruolo di partecipazione attiva all'interno di un gruppo multi-professionale e multidisciplinare di protagonisti, che condividano esperienze e interessi significativi e che siano preparati a lavorare insieme con gli immigrati, su un ordine del giorno dettato dagli immigrati stessi. Questo approccio può essere progressivo ed emancipatorio, siccome incoraggia la ricerca e la riflessione, avvicina la teoria alla pratica e crea punti di contatto tra pratiche informali e istituzioni ufficiali dell'assistenza sanitaria. Nello stesso tempo darà come risultato un approccio interdisciplinare.

Un'arena comune sociale è un sistema di interazione tra universi sociali portatori di specifici interessi, ognuno di loro definito da un discorso e da visioni e investimenti all'interno di particolari fenomeni. Può funzionare come un incubatore di nuovi significati, rappresentazioni e linguaggi e come luogo di produzione di una teoria locale particolare o di un 'sapere ben collocato' riguardo al fenomeno in questione. Come tale, non si tratta solamente di pluralità culturali e multi-disciplinari, ma di fatto anche transculturali e transdisciplinari.

Un tale spazio autonomo potrebbe inoltre fungere come struttura di supporto esterna per promuovere cambiamenti organizzativi nel campo dell'assistenza sanitaria. In questo modo, potremmo interrompere gli attuali schemi e sviluppare qualcosa di nuovo e differente, usando, comunque, la pratica esistente e costruendo a partire dalle esperienze passate. Ci si muove su di un terreno molto delicato, quando un nuovo concetto e istituzione (nel nostro caso l'istituzione di un mediatore interculturale) viene proposto in un sistema vasto e contestato, come quello dell'assistenza sanitaria. La comprensione di certi temi dovrebbe andare oltre la crisi economica e le tendenze delle politiche attuali sull'immigrazione. Inoltre, l'applicazione di tale istituzione implica anche un cambiamento di mentalità. Stiamo dunque affrontando un problema complesso che è quello di capire come contribuire alla trasformazione della società e del relativo funzionamento del sistema di sanitario nel campo della salute degli immigrati, e in particolare della salute mentale e della salute delle donne.

Abbiamo deciso di scegliere una strategia di sviluppo sociale e non un'argomentazione costo-beneficio per promuovere cambiamenti sistemici nell'assistenza sanitaria. Le strategie di sviluppo sociale si distinguono dagli approcci economici ortodossi, perché enfatizzano il bisogno di tradurre i processi economici in beni per gli emarginati dal punto di vista sociale, economico, culturale e politico. Le strategie di sviluppo sociale tentano di realizzare guadagni dallo sviluppo – economico e altro - attraverso la capacità di costruzione, mediazione e partecipazione di coloro che sono ai margini. Se da un lato è importante portare i socialmente esclusi a prendere parte al processo di *governance*, migliorare la mediazione e realizzare un incontro civile sostenibile, dobbiamo stare attenti a non ignorare il ruolo delle politiche sociali e pubbliche e a coinvolgere il personale delle istituzioni che hanno formulato e attuato queste politiche. La nostra tesi è che il contributo dei progetti nella trasformazione delle attuali situazioni sociali, dipenderà da quanto saremo capaci di far interagire stakeholder diversi in modo da imparare a conoscere meglio se stessi e gli altri e a identificare e trovare nuove strade per trasformare le barriere implicite in una offerta efficace di assistenza sanitaria agli immigrati.

Sebbene T-SHaRE faccia una distinzione tra salute mentale e salute delle donne, noi utilizziamo un'idea di inter-attività tra aree tematiche. La situazione rispetto all'*advocacy* e alla mediazione in campo di assistenza sanitaria in Slovenia comincia ora ad essere discussa. Perciò, potrebbe essere inappropriato fare un taglio netto tra questi due campi dell'assistenza sanitaria. I partecipanti si muoveranno insieme e in parallelo usandosi a vicenda nel processo di interazione e scambio, al di là dei campi sanitari specifici (salute mentale o salute delle donne). Comunque, un'attenzione speciale sarà data ad entrambe, salute mentale e salute delle donne. L'obiettivo è costruire le basi per la cooperazione (network) tra i diversi frammenti dell'*advocacy* e della mediazione nel campo dell'assistenza sanitaria, piuttosto che focalizzarsi su un singolo campo. Il focus è perciò un incontro strutturato dialetticamente, per iniziare a sviluppare attività nel campo dell'assistenza sanitaria.

Ljubljana,

---

Firmato da: KD Gmajna

## RIFERIMENTI

- Abrahamson, P. (1995), Social Exclusion in Europe: Old Wine in New Bottles? In: Družboslovne razprave, Vol. 11, No. 19/20, pp. 119-136.
- Bez nec, B. (2009), Migracije in lateralni prostori državljanstva. In: Bez nec, B., ed., Horizont bojev: na lateralah, mejah in marginah. Ljubljana: Študentska založba, pp. 13-28.
- Davis, J. (2009), 'My Name Is Not Natasha' How Albanian Women in France Use Trafficking to Overcome Social Exclusion (1998-2001). Amsterdam University Press.
- Đonlić, H., & Črnivec, V. (2003), Deset let samote: Izkušnje bosansko-hercegovskih begunk in beguncev v Sloveniji. Ljubljana: Društvo Kulturni vikend.
- Epstein, M. (1999): Transcultural Experiments: Russian and American Models of Creative Communication. New York: St. Martin's Press.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006), Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLoS Medicine (www.plosmedicine.org), Vol. 3, Issue 10, pp. 1673-1676.
- Kobolt, A. (2002), Zdaj smo od tu – a smo še čefurji? Ljubljana: i2.
- Mekina, I. (2007), Izbris izbrisa. In: Lipoveč Čebren, U., & Zorn, J., eds., Zgodba nekega izbrisa. Ljubljana: Študentska založba, 2007, pp. 157-170.
- Mikuš Kos, A. (1996), Promocija zdravja migrantov in beguncev. In: Kraševc Ravnik, E., ed., Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Slovenska fundacija.
- Razpotnik, Š., & Dekleva, B., eds. (2009), Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev; Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Samovar, L. A., & Porter, R. E., eds. (1991), Intercultural Communication: A Reader. Belmont, CA: Wadsworth.
- Shi-xu (2005): A Cultural Approach to Discourse. Palgrave Macmillan.
- Tetreault, C. (2009), Transcultural communicative practices of Muslim French youth. Pragmatics, Vol. 19, No. 1, pp. 65-83.
- Timmermans, S. (1998), Social Death as a Self-Fulfilling Prophecy: David Sudnow's 'Passing On' Revisited. The Sociological Quarterly, Vol. 39, Issue 3, pp. 453-472.
- Vrečer, N. (2007), Integracija kot človekova pravica: prisilni priseljenci iz Bosne in Hercegovine v Sloveniji, Ljubljana: Založba ZRC, Andragoški center Republike Slovenije.



Welsch, W. (1999), Transculturality - the Puzzling Form of Cultures Today. In: Featherstone, M., & Lash, S. (eds.), Spaces of Culture: City, Nation, World. London: Sage, pp. 194-213.

Zaviršek, D., & Škerjanc, J. (1998), Analiza položaja izključenih skupin v Sloveniji in predlogi za zmanjšanje njihove izključenosti v sistemu socialnega varstva: raziskovalna naloga, Ljubljana: Inštitut za socialno varstvo.

Zavratnik Zimic, S. (2002), Koncept "družbene izključenosti" v analizi marginalnih etničnih skupin: primer začasnih beguncev in avtohtonih Romov. In: Teorija in praksa: družboslovna revija, Vol. 37, No. 5, pp. 832-848.



## ALLEGATO 16

### PROTOCOLLO T-SHARE OSLO (NO)

*di Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse NAKMI*

#### **L'Immigrazione in Norvegia**

Secondo Statistics Norway (SSB) in Norvegia ci sono circa 600.000 persone che sono immigrate (500.000) o che sono nate in Norvegia da genitori immigrati (100 000). Messi insieme, questi gruppi rappresentano il 12,2 per cento della popolazione. Circa 287.000 persone provengono dall'Europa, 210.000 persone provengono dall'Asia, 74.000 dall'Africa e 19.000 dal Sud e Centro America. In più ci sono 11.000 persone che vengono dal Nord America e dall'Oceania.

La maggior parte degli immigrati proviene da Polonia, Svezia, Pakistan e Iraq, seguiti da Somalia, Germania, Vietnam, Danimarca e Iran. (NB: gli immigrati svedesi e danesi hanno lingua e cultura molto simili a quelle norvegesi). Il 34 % degli immigrati hanno cittadinanza norvegese. Il 40% ha vissuto in Norvegia meno di 4 anni. La stima del numero di stranieri classificati come privi di documenti è di circa 18.000 persone.

#### *Leggi e regolamentazioni nazionali*

I servizi sanitari sono regolati da molteplici leggi, tra queste La legge dei Diritti del Malato, e l'Atto del personale sanitario.

#### **La legge dei Diritti del Malato<sup>1</sup>**

*Ai sensi della legge dei diritti del malato § 3-5. Informazioni: "Le informazioni devono essere adattate alle condizioni individuali, quali l'età, la maturità, l'esperienza e il background culturale e linguistico. Le informazioni saranno fornite con attenzione e cura. Gli operatori sanitari dovrebbero, per quanto possibile, assicurarsi che il paziente abbia compreso il contenuto e il significato delle informazioni."*

Se necessario, occorre utilizzare interpreti professionisti. Tuttavia, ci sono numerosi esempi in cui sono invece stati utilizzati parenti, talvolta persino bambini, per motivi pratici o economici.

#### **Immigrati senza documenti**

Regolamenti molto recenti (giugno 2011)<sup>2</sup> affermano che tutti i residenti in Norvegia hanno diritto alle cure d'emergenza, indipendentemente dal fatto se siano legalmente o illegalmente presenti nel paese. Tutti dovrebbero avere lo stesso diritto di essere esaminati da uno specialista e di accedere alle informazioni necessarie per salvaguardare il proprio diritto alle cure sanitarie. Gli adulti che risiedono illegalmente nel paese hanno diritto alle cure mediche urgenti; ovvero alle cure necessarie ad evitare che il paziente debba ricorrere al pronto soccorso a breve.

Il diritto alle cure sanitarie vale sia nell'ambito della salute mentale, sia quando si tratta di disturbi fisici. Anche persone che sono mentalmente instabili e sono ritenute pericolose, hanno diritto all'assistenza sanitaria. Il governo ritiene che i bambini e le donne in gravidanza, per quanto possibile, debbano possedere gli stessi diritti dei residenti legali.

---

1 [http://www.lovdato.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettigh\\*&&](http://www.lovdato.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettigh*&&)

2 [www.regjeringen.no/upload/HOD/forskrift-prioriteringsforskriften.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/forskrift-prioriteringsforskriften.pdf)

Le donne senza residenza legale hanno anch'esse diritto ad abortire. Coloro che non hanno la residenza legale devono generalmente pagare per le cure mediche ricevute. Tuttavia, non è previsto il pagamento anticipato per l'assistenza di emergenza e l'assistenza medica specialistica, in caso di urgenza.

### **La legge del personale sanitario**<sup>3</sup>

Ai sensi del § 3 della legge del personale sanitario, *le persone che svolgono un lavoro di prevenzione o diagnostico o terapeutico in campo sanitario o riabilitativo devono ottenere una autorizzazione o una licenza in base agli articoli §§ 48 and 49.* (ad essi vanno aggiunti il personale dei servizi sanitari, i farmacisti, gli studenti i cui tirocini professionali lo richiedano)

§ 4: *“Il personale sanitario dovrebbe svolgere la sua attività in conformità con i requisiti della responsabilità professionale e di aiuto premuroso che ci si attende dalle loro qualifiche, dalla natura e dalla situazione in generale. Gli operatori sanitari dovrebbero attenersi alle loro qualifiche professionali, e ottenere assistenza o indirizzare i pazienti ad altri, quando necessario o possibile. Se necessario al soddisfacimento delle esigenze del paziente, il trattamento deve essere effettuato attraverso la cooperazione e l'interazione con altro personale qualificato.*

### **Gli Interpreti**

Il ruolo dell'interprete è molto limitato: non gli è consentito aggiungere / spiegare o interferire nella comunicazione *in alcun modo*<sup>4</sup>.

### ***Gruppi di lavoro interprofessionali***

### **Salute mentale**

I distretti sanitari dei servizi di salute mentale sono interprofessionali, ma di certo non sono ancora organizzati in gruppi di lavoro interprofessionali.

### **La salute delle donne e dei bambini**

Le donne generalmente si recano dal medico generico che può, poi, inviarle agli specialisti della salute della donna (ginecologi). Questi specialisti sono medici privati,

3 [http://www.lovddata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/n1-19990702-064.html&emne=helsepersonellov\\*&&](http://www.lovddata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/n1-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&&)

4 From Ethical codes for interpreters

[http://www.google.no/#hl=no&source=hp&q=YRKESETISKE+REGLER+FOR+TOLKER&oq=YRKESETISKE+REGLER+FOR+TOLKER&aq=f&aqi=&aql=f&gs\\_sm=e&gs\\_upl=17061170610111101010117217210.111&bav=on.2,or\\_r\\_gc\\_r\\_pw.&fp=b53cfd975a84ad1&biw=1280&bih=837](http://www.google.no/#hl=no&source=hp&q=YRKESETISKE+REGLER+FOR+TOLKER&oq=YRKESETISKE+REGLER+FOR+TOLKER&aq=f&aqi=&aql=f&gs_sm=e&gs_upl=17061170610111101010117217210.111&bav=on.2,or_r_gc_r_pw.&fp=b53cfd975a84ad1&biw=1280&bih=837)

§ 3 L'interprete deve essere imparziale e non deve permettere che i suoi comportamenti e le sue opinioni influenzino il suo lavoro. L'interprete non deve impegnarsi in favore di una o dell'altra parte nella conversazione, deve assumere una posizione neutrale, non deve lasciare che le credenze o opinioni sulle parti o su ciò che viene detto, emergano o influenzino l'interpretazione. L'interprete non è responsabile del contenuto di ciò che deve essere interpretato. Tale responsabilità appartiene allo speaker. Il compito dell'interprete è solo quello di interpretare ciò che si dice nella conversazione tra le parti, senza valutare o giudicare la morale o la veridicità del messaggio. Gli interpreti non devono soffermarsi sulle incongruenze o inesattezze che sono espresse, ma tradurle.

§ 4 L'interprete deve tradurre il contenuto di tutto ciò che viene detto, senza nascondere nulla, senza commenti o modifiche. Ciò che viene detto deve essere tradotto con precisione, senza alcuna modifica. Ciò significa che l'interprete non traslascia soggetti o aspetti stilistici e non aggiunge nulla, ma sceglie informazioni ed espressioni simili il più possibile.

Quando ci sono parole e frasi che sono impossibili o difficili da trasmettere, l'interprete deve chiedere alla persona che utilizza il termine di riformulare o di dettagliarne maggiormente il contenuto. Se l'interprete scopre poi, che ha tradotto qualcosa in modo errato o ha ommesso qualcosa, durante la traduzione, le parti devono esserne informate immediatamente.

normalmente c'è un accordo tra loro e il Comune che copre la maggior parte dei costi. Gli specialisti di norma non lavorano in un team interprofessionale.

Le donne incinte possono andare dal loro medico di famiglia durante l'intera gravidanza, oppure possono essere indirizzate ad uno specialista del tipo descritto precedentemente. Durante la gravidanza prendono contatto con l'ospedale in cui partoriranno. (Un team interprofessionale con levatrici, ostetriche, infermieri, ecc.). Salvo complicazioni, prima della nascita, il contatto con l'ospedale dove avverrà il parto è alquanto limitato.

**I distretti sanitari locali** forniscono assistenza prenatale e assistenza clinica da 0 a 5 anni, dai 6 ai 20 anni garantiscono salute nelle scuole, si occupano della salute dei giovani. I progetti rivolti alle donne appartenenti a minoranze culturali si svolgono presso altri distretti sanitari <sup>5</sup>.

### **Il mediatore interculturale della salute**

Al momento non esiste alcuna professione all'interno del sistema sanitario norvegese simile a quella del mediatore interculturale nel campo della sanità, come descritto nel programma T-SHaRE. (Quelli che più si avvicinano sono i Consiglieri delle Minoranze in alcuni dei distretti e i *Natural Helpers / Link Workers* che lavorano per diverse organizzazioni di volontariato.)

### **Consiglieri delle minoranze**

In Norvegia alcune municipalità locali hanno assunto consulenti "culturali", in alcune scuole e quartieri, e alcuni distretti hanno anche sviluppato il concetto di "consigliere per le Minoranze" nell'ambito dell'assistenza sociale e in pochi presidi Sanitari. Questi consulenti sono essi stessi immigrati e sono ben inseriti e integrati nella comunità. Lavorano fornendo informazioni e orientamento sui servizi sanitari e sociali. Essi fungono da coordinatori per gli individui e le famiglie e focalizzano il loro lavoro su un'azione preventiva e di problem solving. Sono inoltre impegnati in attività di gruppo in modo da realizzare reti e luoghi di incontro per promuovere e agevolare la partecipazione della comunità. I consiglieri per le minoranze assistono sia gli abitanti, sia gli operatori in campo sociale e sanitario. Dal 2005 fanno parte dei servizi ordinari del distretto di Alna. Non si tratta di posti di lavoro regolari, sono infatti pagati a ore. Altri quartieri di Oslo e di altri comuni hanno mostrato grande interesse al lavoro di Alna, e alcuni hanno istituito servizi simili. In un report sul progetto in merito i Cconsiglieri per le Mminoranze sono descritti come segue:

### **Competenze di base**

- L'esperienza comune (l'incontro con la Norvegia, l'adattamento, le aspettative e la realtà)
- I quadri comuni di riferimento (la società di emigrazione e le sue istituzioni, gli atteggiamenti e le tradizioni, le relazioni tra sessi, tra genitori e figli, tra generazioni, tra vicini, gli ideali estetici ed etici, l'arte e la cultura, ecc.)
- Altre lingue (forme di comunicazione, i codici, gli automatismi nella comunicazione)
- Le questioni transnazionali (appartenenze, ambiente, rete, conflitti)

---

<sup>5</sup> <http://www.hiak.no/somah>, [http://www.google.com/#hl=en&sa=X&ei=MXQVTp7CM8nSsga8spnODw&ved=0CBQQvwUoAQ&q=stork+groruddalen&spell=1&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.&fp=c488823cce0a6f39&biw=1680&bih=881](http://www.google.com/#hl=en&sa=X&ei=MXQVTp7CM8nSsga8spnODw&ved=0CBQQvwUoAQ&q=stork+groruddalen&spell=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.&fp=c488823cce0a6f39&biw=1680&bih=881),

- Competenze linguistiche di norvegese, essere ben orientati nella società e nella vita quotidiana norvegese, come genitori, come lavoratore, ecc.

### **Ulteriori competenze**

- Competenze pedagogiche, lavorare con la gente con piacere, pazienza, capacità di ascoltare, serietà, professionalità, orientare alle risorse, non giudicare gli altri, cortesia, rispetto
- Riflessione e conoscenza dei meccanismi di integrazione
- Impegno personale per uno sviluppo positivo dell'ambiente locale e della società in generale
- Interesse a favorire l'apprendimento e lo sviluppo
- Competenze individuali che si sviluppano attraverso la pratica, quali l'indipendenza nel lavoro
- Competenze personali

### **Natural Helper**

Vi è un centro, di volontariato, chiamato Laboratorio Medicina Primaria, a Oslo, con i cosiddetti "Natural Helper", cioè non specialisti della sanità, con capacità e interesse a collaborare con i professionisti per promuovere le questioni legate alla salute. Hanno esperienza nel processo migratorio e spesso hanno offerto aiuto e svolto il ruolo di mediatori nel proprio ambiente.

I Natural Helper agiscono come contatto e guida all'interno dell'ambiente della loro comunità, rendendo possibile ai professionisti di ottenere la fiducia in questi ambienti. Agiscono come mediatori culturali, in quanto informano la propria comunità sulla cultura e tradizioni norvegesi, sul sistema di supporto e sulle leggi e regolamenti norvegesi - e informano le varie figure professionali sulla cultura degli immigrati, le tradizioni e le strategie per affrontare e risolvere i conflitti.

D'altro canto i professionisti agiscono in qualità di partner e mentori dei "Natural Helper", raccogliendo e sistematizzando le informazioni rilevanti che vengono utilizzate per sviluppare e perfezionare metodi e modelli per poi poter fornire la necessaria qualità sul lavoro.

### **Conclusione**

Nonostante le buone esperienze dei distretti con i consulenti culturali e per le Minoranze, la mediazione culturale non è né definita né riconosciuta come pratica ufficiale e quella del mediatore culturale non è considerata di per sé una figura professionale. La ragione di questo risiede (in parte) nelle norme severe che stabiliscono chi può lavorare come personale sanitario. Questo rende difficile creare una formazione in mediazione interculturale in campo sanitario, salvo che il mediatore non sia già in possesso di una licenza / autorizzazione ai sensi della Legge sul Personale Sanitario.

In Norvegia dovremo lavorare sui sistemi esistenti, in cui è richiesta la licenza/ autorizzazione, e concentrarci su un protocollo rivolto a operatori sanitari, preferibilmente che lavorino già in team interprofessionali, e transculturali (vale a dire operatori sanitari con differenti background culturali che lavorano totalmente o in larga misura con i pazienti immigrati).

Se i luoghi di lavoro dove la sperimentazione si svolgerà prevedono anche Consulenti per le Minoranze essi saranno invitati a partecipare.

## *Competenze e profili suggeriti in base al contesto norvegese*

### **La caratteristica generale riguardante l'operatore sanitario è che ella / egli deve:**

- disporre di una licenza / autorizzazione ai sensi della Legge del Personale Sanitario;
- parlare almeno due lingue correntemente;
- essere in grado di identificare i vari modelli esplicativi, che sono in gioco nell'interazione clinica;
- essere in grado di collaborare bene con l'interprete (e / o con il *link worker*) se l'operatore non parla la stessa lingua o il dialetto del paziente, e se il paziente non parla norvegese, per una buona comunicazione e assicurarsi che i problemi dei pazienti vengano individuati e affrontati, condividendo l'interpretazione con il paziente prima di proporre qualsiasi tipo di programma o intervento;
- conoscere i diritti umani, i diritti alla salute dei richiedenti asilo, dei rifugiati e degli stranieri irregolari;
- conoscere altre parti del sistema sanitario e sociale, che potrebbero essere coinvolti oltre al servizio in cui si esercita il proprio lavoro, ed avere la volontà di farlo

### **I programmi esistenti**

Ci sono diversi programmi di formazione continua a livello universitario sulla competenza interculturale (soprattutto per le persone che lavorano nel settore pubblico). Uno dei programmi (15 crediti, presso l'University College di Oslo) si rivolge in particolare a coloro che hanno già una formazione accademica in ambito sanitario e due anni di pratica.

Crediamo che la sperimentazione debba rivolgersi a operatori sanitari, comprese quelle professioni sanitarie *non accademiche*, come infermieri ausiliari (e operatori del settore della cura) tenendo conto del programma del college dell'Università di Oslo in combinazione con i risultati di alcuni WP di T-SHaRE. Questo può anche servire da buon punto di partenza per ottenere il riconoscimento delle competenze apprese sul posto di lavoro, per chi vuole conseguire un diploma formale da parte dell'University College, o da un istituto di alta formazione professionale nel caso degli infermieri e degli operatori ausiliari.

In generale, può risultare difficile limitare un programma formale ai soli immigrati, potrebbe infatti essere considerato come una discriminazione. D'altra parte un collegio può decidere dei requisiti particolari di accesso al programma (ad esempio un background di appartenenza a delle minoranze) o di scegliere deliberatamente (una quota di) studenti con diverso background.

## *La formazione*

### **Destinatari: Operatori Sanitari e Consulenti delle Minoranze**

- Nei servizi di salute mentale: psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, terapeuti professionisti, infermieri, altri ausiliari.
- Nei servizi di salute materno - infantile: (In Norvegia queste saranno le postazioni sanitarie e / o centri di salute per gli immigrati privi di documenti) medici generici, ginecologi, ostetriche, psicologi, pediatri, infermieri, infermieri ausiliari, assistenti sociali, Consulenti per le Minoranze, altri.

## **Luoghi di lavoro:**

a) Il centro di salute per gli immigrati senza documenti:

Gli Immigrati senza documenti - indipendentemente dalla loro nazionalità, religione, etnia, appartenenza politica, orientamento sessuale, sesso o età - in tutte le fasi del loro soggiorno in Norvegia:

- gli ex richiedenti asilo, coloro che hanno ricevuto un rifiuto definitivo della loro richiesta;
- coloro che hanno ricevuto un visto o permesso di soggiorno in modo erraneo;
- coloro che hanno un visto non più valido, il permesso di soggiorno scaduto e le persone che hanno perso il loro permesso di soggiorno e sono state espulse dalla Norvegia;
- coloro che sono entrati in Norvegia senza potersi registrare alle autorità - come le vittime di tratta.

L'obiettivo del centro di salute è quello di raggiungere le persone particolarmente vulnerabili all'interno del gruppo, *come i bambini e le donne*.

b) Un servizio distrettuale di salute mentale, e una postazione sanitaria (in uno dei quartieri di Oslo a più alta popolazione immigrata).

## **Il corso**

I partecipanti provenienti da entrambi i centri menzionati sopra saranno insieme nel modulo di introduzione di 20 ore, poi si separeranno, ma i discendenti di entrambi i gruppi potranno partecipare sia ai moduli sulla salute delle donne sia a quelli sulla salute mentale. L'introduzione (preliminare) di 20 ore mira a:

1. Promuovere competenze per la pratica professionale in una società multiculturale e contribuire allo sviluppo delle conoscenze teoriche / analitiche dei professionisti per una maggiore prontezza d'azione in un ambiente multiculturale
2. Conoscere, comprendere e acquisire competenze su:
  - le responsabilità ed i ruoli come professionisti in una società multiculturale - parole chiave: sensibilità culturale, consapevolezza di sé, assistenza centrata sulla persona;
  - l'incontro tra culture - che aspettative abbiamo dall'altro? Risorse, opportunità e sfide in un incontro multiculturale (vale a dire gruppi di discussione su esperienze, esperienze personali dei partecipanti);
  - i fattori che influenzano il processo di socializzazione personale (sia dell'operatore sanitario che del paziente)
  - la comunicazione e le relazioni, le strategie di comunicazione: come possiamo assicurarci di aver ottenuto una comprensione reciproca?
  - come si costruiscono le diverse concezioni della realtà
  - la conoscenza di diverse rappresentazioni di corpo, salute, malattia e trattamento, e differenti modelli esplicativi sulla salute, la malattia e la sofferenza
  - il ciclo della vita e il processo migratorio
  - la conoscenza dei diritti umani, del diritto alla salute dei richiedenti asilo, rifugiati e degli stranieri irregolari
  - il potenziamento della capacità di utilizzare e riflettere sulla propria pratica e di cooperare



- nell'incontro; il paziente, i colleghi, interpreti, i *Link-Worker*
- altre parti del sistema sanitario e sociale, che andrebbero coinvolte oltre al servizio in cui si esercita il proprio lavoro.

### **Questioni di salute mentale (10 ore)**

La formazione si concentrerà su nozioni di etno-psichiatria e di antropologia, quali i problemi di eziologia, la questione dell'efficacia degli atti di guarigione, la dimensione del transfert e del contro-transfert, ecc. (Associazione Frantz Fanon).

*Salute mentale (da CRIA)*

- Concetti di base sulla psicopatologia critica
- Etno-psichiatria clinica: storia critica della differenza e del potere medico
- Analisi della domanda e interpretazione del problema
- Strutture e problematica dei servizi di salute mentale

### **La salute delle Donne e dei bambini (10 ore)**

Nozioni sul corpo femminile, la sessualità, la gravidanza, la costruzione sociale del neonato, etno-pedagogie dei primi anni di vita, ecc.). (Associazione Frantz Fanon)

Nozioni sui concetti di genere e salute riproduttiva

- Analisi dei reclami degli utenti e interpretazione del problema
- Strutture e problematiche dei servizi di salute Materno-Infantile (CRIA)

### **Metodologia suggerita (parole-chiave, da completare in seguito):**

- Conferenze,
- Casi / esempi pratici di esperienze personali dei partecipanti,
- Discussioni, giochi di ruolo e di osservazione,
- Note di riflessione

### **Curriculum consigliati**

Ci si baserà sulle esperienze con i curricula del corso che si tiene presso l'University College di Oslo.

### **Riconoscimento di competenze apprese sul lavoro/ validazione dell'apprendimento acquisito**

In Norvegia ogni università / college universitario decide se e in che misura l'apprendimento acquisito possa essere riconosciuto. Il programma di formazione T-SHaRE per gli operatori sanitari, in combinazione con la documentazione fornita dalla struttura in cui si presta servizio possono:

- fornire agli operatori sanitari il riconoscimento di *una parte delle competenze o il titolo completo all'interno di un programma di formazione esistente*, preferibilmente quello finalizzato a formare gli operatori sanitari, che si tiene presso l'Oslo University College;
- consentire *l'accesso all'istruzione / formazione*, senza una prequalifica formale (vale a dire gli infermieri ausiliari e altri operatori sanitari con una formazione non accademica);
- offrire la possibilità di sostenere direttamente gli esami, senza essere presente (per l'intera durata) in classe.

Questo deve essere negoziato con il collegio pertinente, i luoghi di lavoro e NAKMI, che realizza la sperimentazione pilota prevista dal progetto T-SHaRE.

### **Mappatura delle competenze**

Per la mappatura delle competenze occorre un accordo tra le strutture in cui si presta servizio, le università / i college -università che hanno collaborato e chi ha proposto il programma formativo.

Il suggerimento del Centro Françoise Minkowska sarà il nostro punto di partenza in questa negoziazione.



