

Dinamiche, possibilità e problematiche della mediazione interculturale

Le esperienze dei consultori
nelle città di Pisa e Napoli

Milena Greco

Abstract. This article intends to reflect on the complex role, on the dynamics and on the main issues of intercultural mediation, especially concerning the access to health services by female immigrants, focusing on the experience connected with clinics based in significantly different areas when health and social policies are concerned: Pisa and Naples. This paper arose from a research carried out between 2015 and 2017, during which difficulties, usually connected with political choices or health-related budget cuts, emerged, together with the worth of professionals in that sector.

Keywords. Intercultural mediation, female immigrants, womens health services, medical anthropology.

1. Introduzione: la ricerca e gli obiettivi

Ampio e complesso è il dibattito che fa riferimento al ruolo e alle dinamiche della mediazione interlinguistica e interculturale,¹ come si evince dai numerosi studi condotti a riguardo.² Dibattito che, in ambito sanitario

¹ In questo articolo si è deciso di utilizzare la denominazione di mediazione “inter-linguistica e interculturale” poiché, come ha evidenziato Luatti, essa include sia gli aspetti inerenti la facilitazione e l’interazione linguistica, che quelli relativi alla dimensione culturale e relazionale [Luatti 2011, 102]. Per brevità alle volte si farà riferimento solo al termine interculturale.

² Si rinvia a Aime 2012; Baraldi 2012, 2010; Baraldi, Barbieri, Giarelli 2008; Belpiede 2007; Beneduce 2003; de Filippo 2011; Favaro 2006; Luatti 2011; Luatti, Torre 2012; Morniroli 2009; Schirripa 2002.

rimanda ad aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei servizi,³ così come alle articolate problematiche che ineriscono la relazione medica in contesto migratorio, sulle quali hanno posto l'attenzione diversi ricercatori.⁴

Le attività di mediazione interculturale consentono, infatti, di facilitare il rapporto con un'utenza eterogenea, quale quella immigrata, afferente a tradizioni mediche o a concezioni del corpo, della malattia, della salute o dell'evento "biosociale" nascita [Ranisio 2012, 2014],⁵ che rinviano, fra continui processi di negoziazione, risemantizzazione e ibridazione agli universi simbolici delle località di provenienza [Massey, Jess 2001; Miranda, Signorelli 2011; Sayad 2002; Signorelli 2006].⁶

In questo articolo si intende riflettere, nella prospettiva dell'antropologia medica critica, su tali tematiche, focalizzando l'attenzione, in particolare, sulle esperienze realizzate presso alcuni servizi consultoriali ubicati in contesti considerevolmente diversi in termini di politiche sociali e sanitarie: le città di Pisa e Napoli.⁷

Esso nasce da una ricerca più ampia svolta, nell'arco di circa tre anni, fra il 2015 e il 2017, con l'intento di approfondire i percorsi di salute e maternità delle donne straniere,⁸ che ha previsto, assieme alla realizzazione di interviste rivolte a mediatrici interculturali,⁹ medici, operatori sanitari¹⁰ e

³ Per approfondimenti si rimanda a Padovan, Alietti 2008; Seppilli 2015, 2004, 2000; Schirripa 2002; Tognetti Bordogna 2004; Tognetti Bordogna, Rossi 2016.

⁴ Fra questi si rinvia a Bigot, Russo 2008; Colasanti, Geraci 1995; Falteri, Giacalone 2013; Fantauzzi 2010; Fassin 2004, 2001, 2000; Good 1999, 2006; Kleinman 2006, 1995, 1980; Lupo 1999; Masullo 2010; Mazzetti 2005; Padovan, Alietti 2008; Quaranta 2012; Schirripa 2002; Tognetti Bordogna 2008;

⁵ Per approfondimenti riguardo tale ambito, cruciale nella costruzione dell'identità femminile, si rinvia a Bonfanti 2012; Falteri 2013; Giacalone 2013; Lombardi 2005; Ranisio 2012, 2014; Sheper-Hughes, Lock 1987.

⁶ In riferimento ai concetti di risemantizzazione e rifunzionalizzazione si rimanda a Signorelli [2006]. La studiosa per interpretare le migrazioni ha ripreso inoltre, il concetto di Ernesto de Martino di "domesticità utilizzabile" [Signorelli 2006, 41].

⁷ Per approfondimenti riguardo le differenze fra i due territori ove l'indagine è stata svolta, in termini di politiche socio-sanitarie, si rinvia, fra gli altri a Cervia 2014; Dimasi 2012; Femiano Pelliccia 2017.

⁸ Nel corso dell'indagine sul campo, in particolare, sono state realizzate interviste semi-strutturate rivolte a informatori privilegiati (referenti sindacali, di servizi e progetti), medici e operatori sanitari e in profondità per donne di origine filippina e ucraina.

⁹ Sono state intervistate sette mediatrici interculturali a Napoli e cinque a Pisa di diverse nazionalità (russa – ucraina, albanese, cinese, iraniana, macedone), approfondendo aspetti formativi, inerenti le caratteristiche dei servizi, le difficoltà della loro attività, le reti di collaborazione e il riscontro di eventuali pregiudizi o episodi di discriminazione.

¹⁰ Le interviste agli operatori sanitari (dieci per ogni contesto territoriale) hanno coinvolto, in prevalenza, ginecologi e ginecologhe, ostetriche, assistenti sociali e psicologhe presso i servizi consultoriali di Pisa e Napoli ed inoltre, le loro responsabili, la Dott.ssa Papa (ASL Napoli 1) e la Dott.ssa Trimarchi (AUSL Toscana Nord Ovest, zona pisana).

immigrate,¹¹ periodi di osservazione¹² presso i consulenti caratterizzati da una più significativa utenza straniera.¹³

«Luoghi di frontiera fra istituzioni e società civile» e «fra convenzioni sociali ed individuali», come ha evidenziato Grandolfo [1994, 13], tali servizi possono essere considerati ambiti privilegiati di indagine in contesto migratorio.¹⁴ Hanno assunto, ad oggi, infatti, una nuova centralità, grazie alla presenza delle utenti immigrate [Censis 2015], le quali rivolgendosi, in prevalenza, alla sanità pubblica per questioni legate alla maternità e alla salute riproduttiva, fanno riferimento ad essi in proporzione maggiore rispetto alle italiane [Lombardi 2005; Tognetti Bordogna 2008].

Dopo aver ripercorso brevemente i termini del dibattito teorico inerente le attività di mediazione interculturale, nel corso dell'articolo, ci si soffermerà, a partire dalla pluralità di voci, esperienze, interpretazioni emerse in occasione delle interviste, sulle dinamiche più propriamente relazionali. Si andrà quindi, a focalizzare l'attenzione sulle specificità e sulle problematiche riscontrate presso i servizi consultoriali dei territori presi in esame, evidenziando, infine, come siano numerose, in riferimento a tale ambito, le questioni rimaste aperte.

2. Il dibattito teorico inerente la mediazione interlinguistica e interculturale

La figura del mediatore interculturale si è affermata, in Italia, sulla base di precedenti esperienze europee, dalla fine degli anni Ottanta e soprattutto agli inizi degli anni Novanta diffondendosi, inizialmente, come pratica spontanea, a macchia d'olio e dal basso. Solo successivamente sarà presa in considerazione nell'ambito delle normative regionali e nazionali [Luatti,

¹¹ Nelle interviste in profondità sono state coinvolte, nei due contesti di indagine, quaranta donne di origine filippina e ucraina, con un campionamento di tipo "snow-ball". In riferimento alle motivazioni della scelta di queste due collettività si rinvia a Greco 2017. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Caponio 2009; Conti Bonifazi Strozza 2016; Greco 2004, 2017; Vianello 2009; Zanfrini, Asis 2006.

¹² Le attività di osservazione sono state condotte a Napoli soprattutto presso il Consultorio del Distretto 31, che include alcuni quartieri del centro della città (Avvocata, Montecalvario, Pendino, Mercato, S. Giuseppe, Porto), mentre a Pisa in quello principale ubicato in Via Torino e nell'ambulatorio rivolto alle straniere. In tali occasioni sono stati svolti numerosi colloqui informali con operatori sanitari e immigrate.

¹³ Assistere alle visite, alle prenotazioni e alle interazioni nelle sale di attesa ha consentito di approfondire le problematiche per le quali le donne straniere si rivolgono a tali servizi, le dinamiche relative al rapporto fra le utenti, gli operatori sanitari e qualora presente, la mediatrice culturale e le specificità inerenti gli aspetti organizzativi dei servizi di mediazione.

¹⁴ In riferimento al dibattito organizzativo e gestionale inerente i consulenti familiari e al loro ruolo in ambito migratorio si rimanda fra gli altri a Censis, 2015; Grandolfo 1994, 2012; Lombardi 2005; Ministero della Salute 2010; Papa, Arsieri 2003.

Torre 2012, 29],¹⁵ sebbene permanga, ancor oggi, una considerevole eterogeneità territoriale in riferimento agli aspetti formativi e alla sua definizione [Balsamo 2006; Mauriello 2009; Luatti, Torre 2012].

Alcuni studi hanno messo in rilievo come, nel tempo, siano mutate le tematiche emergenti, le attenzioni, le prospettive relative a tale attività [Luatti, Torre 2012, 29]. Il dibattito ha riguardato, in particolare, questioni inerenti l'eterogeneità delle denominazioni in cui, come ha rilevato Luatti, si intrecciano e si confondono «il piano descrittivo (cosa è)» e quello «prescrittivo, normativo (cosa deve essere)» [Luatti 2011, 101]¹⁶, o ancora, controversie relative alla nazionalità,¹⁷ al genere [Baraldi, Barbieri, Giarelli 2008, 91]¹⁸ al ruolo e alla presunta neutralità e imparzialità dei mediatori [Cima 2009, 75; Luatti, Torre 2012, 31].¹⁹

Numerosi possono essere, poi, i rischi, gli equivoci e i fraintendimenti nell'ambito di questa professione.²⁰ Il mediatore interculturale, infatti, è visto, sovente, quale «incaricato della relazione con gli stranieri», «testimone di una certa cultura» e per descriverne l'attività, si fa spesso, riferimento alla metafora del «ponte» [Taft 1981, 53] teso a collegare due diversi e distinti orizzonti culturali. Tali visioni, tuttavia, possono dare origine ad approssimazioni di stampo culturalista e rafforzare gli stereotipi [Favaro 2006; Luatti, Torre 2012]. Si basano, infatti, su concezioni statiche e rigide delle culture o delle identità, da intendersi, invece, come è stato evidenziato in ambito antropologico e sociologico, quali ibride, dinamiche, relazionali e in continuo mutamento.²¹ Queste rappresentazioni, inoltre, possono produrre una sorta di “deresponsabilizzazione” degli operatori dei servizi, che andrebbero a delegare al mediatore interculturale tutti gli aspetti inerenti la relazione con l'utenza immigrata [Aime 2012, 40; Luatti 2011, 78-81; Schirripa 2002] rinunciando al confronto con la diversità culturale.

¹⁵ La mediazione culturale in Italia è stata riconosciuta per la prima volta da un punto di vista legislativo, nell'ambito della Legge 40 del '98 (art. 40), che ne ha ribadito l'importanza senza, tuttavia, definirne l'attività [Mauriello 2009, 15]. Si rinvia per approfondimenti a Balsamo 2006.

¹⁶ Le molteplici definizioni di mediazione (ad esempio culturale, linguistica, sociale) rispecchiano, come ha rilevato Luatti [2011, 102], i numerosi compiti e finalità attribuiti ad esse.

¹⁷ Tale attività, inizialmente era delegata soprattutto a immigrati, mentre attualmente, coinvolge anche persone italiane.

¹⁸ Diverse ricerche hanno riconosciuto che la presenza di una mediatrice sia più idonea a intervenire in riferimento a problematiche propriamente femminili, ad esempio, in ambito socio-sanitario [Baraldi, Barbieri, Giarelli 2008, 9; Luatti 2011, 113]. Nel contesto della ricerca svolta, pertanto, sono state intervistate esclusivamente “mediatrici” impiegate presso i servizi.

¹⁹ È stato evidenziato come, nella realtà, l'intervento non sempre riesca a eludere logiche assimilazioniste e strumentali [Cima 2009, 75; Luatti, Torre 2012, 31].

²⁰ Si rinvia a Beneduce 2003; Ciola, Rosenbaum 2003; Favaro 2006; Luatti 2011, 41; Schirripa 2002.

²¹ Si rimanda ad Amselle 1990; Canclini 2000; Clifford 1999; Gallisot, Rivera, Kilani 2001; Remotti 2017, 2007; Signorelli 2011, 2006.

Una prospettiva più recente, invece, fa riferimento ad una «idea forte» della mediazione [Luatti, Torre 2012: 35] intesa quale compito e competenza diffusa, ovvero considerata alla stregua di un processo corale e collettivo, che dovrebbe coinvolgere l'interazione di più soggetti e tutti gli operatori dei servizi [Belpiede 2007; Schirripa 2002]. Nell'ambito di tale concezione le attività di mediazione corrisponderebbero a un «dispositivo d'intervento», in quanto, a contribuire alla costruzione della relazione, dovrebbe essere l'insieme delle risorse professionali, organizzative e comunicative dei servizi [Luatti, Torre 2012, 35]. Il successo degli interventi, dipenderebbe, in tal senso, dal «contesto» e dalla realizzazione di uno «spazio» teso, per altro, a promuovere processi di *empowerment* degli operatori [Luatti, Torre 2012, 35].

Il mediatore interculturale, pertanto, metaforicamente, contribuirebbe a delineare l'arco del ponte comunicativo, che si reggerebbe grazie a una pluralità di contributi, ad una dinamica che esige l'apporto di più professionisti, in possesso di una formazione adeguata [Cima 2009, 75]. Bagaglio professionale diffuso, in tal senso, dovrebbe essere costituito dagli strumenti concettuali e metodologici propri delle discipline antropologiche [Aime 2012; Beneduce 2003; Luatti, Torre 2012, 31].

In tale prospettiva critica, dunque, i mediatori non dovrebbero essere considerati alla stregua di esperti di cultura, quanto piuttosto «persone capaci di mettere in discussione» e «decostruire» stereotipi o pregiudizi, di «ascoltare attivamente ed empaticamente» con la consapevolezza dell'assenza di ricette preconfezionate e del fatto che ogni migrante attiva le proprie strategie identitarie e culturali [Bastianini, Coppa 2007, 8-10; Luatti, Torre 2012, 34].

Ulteriori equivoci in riferimento a tale attività, inoltre, si ricollegano all'idea inerente la netta separazione fra la sfera linguistica e quella culturale che, invece, come hanno messo in evidenza numerosi studi, sono strettamente interconnesse e ricomprendono le dimensioni non verbali della comunicazione [Baraldi 2010].²² La mediazione, pertanto, non può essere concepita semplicemente come interpretariato. Implica, piuttosto, molteplici competenze²³ e necessita di un'adeguata formazione, al fine di facilitare il dialogo ed il confronto.²⁴

A partire da questi presupposti teorici, nel paragrafo successivo, si focalizzerà l'attenzione su opinioni, rappresentazioni e problematiche emerse, in

²² In ambito antropologico, d'altro canto, è ampiamente riconosciuto lo stretto legame fra la visione, la percezione del mondo e il linguaggio (Ipotesi di Sapir-Whorf).

²³ Morniroli ha evidenziato come tale attività necessiti di capacità di «decentramento» [Morniroli 2009, 25-26] e possa far riferimento a diverse aree: la «facilitazione dell'accesso ai servizi», la promozione di interventi informativi e culturali ed azioni volte a favorire la valorizzazione delle culture in termini di «*advocacy*», in difesa dei diritti dei migranti [Mauriello 2009, 20].

²⁴ Si rimanda a Aime 2012; Baraldi 2012; Baraldi, Barbieri, Giarelli 2008; Beneduce 2003; Favaro 2006; Luatti 2011; Luatti, Torre 2012; Morniroli 2009; Sasci 2015.

riferimento a tale settore, dalle interviste rivolte a mediatrici interculturali, medici, ostetriche ed immigrate, nei territori in cui l'indagine è stata svolta.

3. Il ruolo della mediazione interculturale nella relazione medico paziente: il punto di vista di operatori sanitari, mediatrici culturali e immigrate

Nel corso della ricerca è stato possibile constatare la considerevole valenza attribuita al ruolo svolto dalla mediazione interlinguistica e interculturale, sia da parte del personale sanitario che delle immigrate intervistate, quale ausilio nel far fronte a barriere comunicative, a problematiche relazionali o per migliorare la qualità dei servizi stessi.

Il contesto sanitario, per altro, può essere considerato uno dei «più delicati» e complessi in riferimento alle dinamiche della mediazione [de Filippo 2011].²⁵ Molteplici possono essere, infatti, le attività richieste, a diversi livelli, in questo settore, fra cui, l'orientamento, l'informazione, l'ausilio linguistico, comunicativo (ad esempio con la traduzione o la decodifica dei messaggi verbali e non verbali), relazionale (ponendo attenzione, all'insorgere di malintesi), la promozione della salute (attraverso la comprensione di aspettative e bisogni degli utenti), o la ricerca-azione [de Filippo 2011, 136]. Le stesse mediatrici intervistate, d'altro canto, hanno ribadito come sia fondamentale contribuire ad informare le immigrate in merito ai loro diritti di salute e al contempo, orientarle ai servizi del territorio.²⁶ La carenza di informazioni in riferimento alle normative o a questioni organizzative può rappresentare, infatti, una delle principali problematiche che ostacolano l'accesso e la fruizione ad essi.

La mediazione interculturale in questo settore, inoltre, è il più delle volte «triadica», ovvero caratterizzata dal triangolo comunicativo che coinvolge operatore sanitario, utente e mediatore [Ciola, Rosenbaum 2003; Luatti 2011, 88]. A quest'ultimo, pertanto, come ha evidenziato de Filippo, spetta il compito di supportare sia i pazienti, decodificandone i bisogni, informandoli, individuando gli elementi di disagio, che il personale medico, offrendo rassicurazioni in riferimento a un'adeguata comprensione della comunicazione [de Filippo 2011, 134]. Questa figura occupazionale va, pertanto, ad inserirsi nel rapporto medico-paziente, per il quale sono considerati di fondamentale importanza gli aspetti inerenti la fiducia e la

²⁵ È significativo come quello sanitario rappresenti il primo settore in cui, fin dai primi anni Novanta, è emerso il bisogno di mediazione interculturale [Luatti 2011, 133].

²⁶ Numerose sono, in ogni caso, le difficoltà e le barriere, in cui le immigrate possono incorrere, in riferimento all'accesso e la fruizione ai servizi sanitari. Per approfondimenti si invia fra gli altri a: Affronti, Baglio, Geraci, Marceca, Russo 2014; Geraci, Bonciani, Martinelli 2010; Schirripa 2014; Tognetti Bordogna, Rossi 2016.

collaborazione, ponendosi «al centro del colloquio» pur non essendone «protagonista» [de Filippo 2011, 137].²⁷

In occasione dell'indagine svolta a Pisa e Napoli è stato possibile riscontrare, analogamente a quanto rilevato in precedenti studi,²⁸ come l'ambito che attiene il rapporto fra le immigrate e i medici o gli operatori sanitari possa essere particolarmente complesso. Ciò a causa di gap comunicativi legati a difficoltà linguistiche, a differenze culturali, a diverse visioni della salute o della maternità, o a rappresentazioni stereotipate delle culture di origine delle migranti. «Un silenzio della paziente, la paura, la vergogna di mostrare il corpo», infatti, possono essere interpretati alla stregua di una «non collaborazione» ha sottolineato, a riguardo, una mediatrice interculturale [Intervista a O. Mediatrice culturale, Napoli 2015].

La relazione terapeutica, d'altro canto, è stata al centro di numerose riflessioni condotte nell'ambito dell'antropologia medica, che hanno messo in luce la possibile distanza fra *illness* e *disease* [Good, 1999, 2006; Kleinman 2006, 1995, 1980].²⁹ Essa, inoltre, ha ribadito Quaranta, andrebbe ripensata «nei termini di un contesto in cui si pone mano alla co – costruzione di significati» [Quaranta 2012, 271]. Lo studioso, infatti, ha evidenziato come, erroneamente le «dimensioni simboliche della cura» siano considerate pertinenti esclusivamente quando si fa riferimento ai pazienti stranieri, mentre ciò che caratterizza il rapporto con l'utenza immigrata, è la «necessità di riflettere» in maniera esplicita «su dinamiche che sono sempre in atto», «comunque presenti», seppure, il più delle volte, inconsapevoli [Quaranta 2012, 276]. Il rischio in contesto migratorio, piuttosto, ha ribadito Quaranta, può ricollegarsi al fatto che gli operatori sanitari basandosi sull' «ideologia scienziata della biomedicina», considerino «la differenza culturale» alla stregua di un errore, producendo una serie di dicotomie, quali «noi/altri», «scienza/credenza», «verità/errore» [Quaranta 2012, 276].³⁰

²⁷ Elena de Filippo, in particolare, ha ribadito, come sia importante, che il mediatore abbia una posizione, nei limiti del possibile, neutrale, che ottenga credito sia da parte dei migranti che della équipe con cui collabora, che offra garanzie di riservatezza o verifichi il consenso per la sua presenza [de Filippo 2011, 137].

²⁸ Fra gli studi, a riguardo, si rinvia a Bigot, Russo 2008; Colasanti, Geraci 1995; Falteri, Giacalone 2013; Fantauzzi 2010; Fassin 2004, 2001, 2000; Good 1999, 2006; Kleinman 2006, 1995, 1980; Masullo 2010; Mazzetti 2005; Padovan, Alietti 2008; Quaranta 2012; Tognetti Bordogna 2008; Schirripa 2002.

²⁹ Il concetto di *illness* fa riferimento alla percezione che il paziente ha dell'evento patologico, inteso come un'esperienza originale e culturalmente fondata, mentre *disease*, alla malattia intesa come entità oggettiva, secondo il paradigma biomedico, scientifico dell'operatore sanitario [Good 1999; Kleinman 1995; Young 2006]. Tali dimensioni non sempre corrispondono [Ranisio 2014; Quaranta 2006].

³⁰ Quaranta, inoltre, fa riferimento a il «diritto al significato», che dovrebbe essere inteso come «una dimensione fondamentale nella relazione fra medico e paziente». Per approfondimenti si rimanda a Quaranta 2012.

Gli studi antropologici, poi, hanno messo in evidenza come sia importante considerare che i pazienti stranieri possano essere portatori di diversi orizzonti e visioni culturali, senza cadere in un approccio culturalista, identificandoli essenzialmente con la loro cultura di appartenenza [Fassin 2004; Mazzetti 2005, 83³¹; Quaranta 2012; Schirripa 2002]. L'incontro fra medico e immigrato può essere considerato, così, una «zona di frontiera» [Caputo 2005, 99], uno spazio di mutamento culturale, di negoziazioni, riformulazioni e d'interpretazioni di significati.

In riferimento a tale complesso contesto, le ginecologhe, le ostetriche, gli operatori sanitari intervistati nel corso della ricerca, hanno, in gran parte, ribadito come la presenza di figure professionali specializzate nell'ambito della mediazione possa essere considerata fondamentale. Essa può essere d'ausilio, soprattutto, al fine di potersi rapportare con l'utenza immigrata considerata più problematica da un punto di vista relazionale,³² o per far fronte a situazioni complesse legate, ad esempio, alla tratta, alla mutilazione genitale femminile, alle problematiche psichiatriche, frequenti fra immigrate impiegate in attività di assistenza e cura "notte e giorno", a causa dell'isolamento lavorativo o dell'eccessivo impegno fisico ed emotivo.

L'ambito della comunicazione, in ogni caso, è considerato problematico, soprattutto, in riferimento alle difficoltà linguistiche delle donne straniere,³³ come si evince, ad esempio, dalle parole di un'ostetrica, che ha ribadito:

Il nostro problema è la lingua. Da due tre anni, non di più, ci hanno dato i mediatori [...] Per esempio, stamani sono venute due algerine [...], per noi è difficoltoso non avere un mediatore che ci traduce tutto quello che vogliono! [...] L'unica cosa sarebbe avere una persona fissa, una mediatrice. Noi anche con l'inglese cerchiamo di farci capire, ma resta il dubbio che lei abbia capito. Vai a spiegare ad una persona che non parla la nostra lingua, una terapia ... È complicato! [Intervista a ostetrica ASL Napoli 1, 2016]

Problemi relazionali, inoltre, per gli operatori sanitari, possono ricollegarsi ad una percezione di distanza culturale (come nel caso delle rom) o alle volte, religiosa, con le immigrate. Il rapporto con le donne di religione musulmana, in particolare, può essere considerato complesso qualora mediato da figure maschili (come il marito, il fratello) o nel caso in cui preferiscano essere visitate esclusivamente da medici di sesso femminile. Complicazioni comunicative possono verificarsi, poi, nella relazione con

³¹ Mazzetti, in particolare, distingue diversi livelli di difficoltà in ambito relazionale: quello prelinguistico, linguistico, metalinguistico, culturale o meta-culturale [Mazzetti 2005].

³² Nel corso della ricerca è emerso, che, alle volte, gli operatori sanitari sistematizzano cognitivamente i diversi gradi di difficoltà nel rapporto con pazienti stranieri, anche in base alle provenienze. Ciò come hanno riscontrato Padovan e Alietti, può enfatizzare stereotipi negativi o positivi [Padovan, Alietti 2008, 151].

³³ Barriere comunicative legate a questioni linguistiche sono considerate rilevanti, ad esempio, nel caso di immigrate cinesi o bengalesi, come si evince dalle interviste rivolte a medici, ostetriche, psicologhe o assistenti sociali.

richiedenti protezione internazionale giunte da poco tempo in Italia, provenienti soprattutto dai paesi africani. In tal caso, infatti, le barriere linguistiche possono intrecciarsi ad altre problematiche, come quelle legate a forme di sfruttamento, tratta o alle ripetute violenze subite durante il tragitto verso l'Italia, che possono costringere le migranti a ricorrere ad interruzioni volontarie di gravidanza. Donne dallo «sguardo perso», ricorda, a riguardo la ginecologa del consultorio immigrati pisano, evidenziando la drammaticità di tali situazioni [Intervista a ginecologa AUSL Toscana N.O., Pisa 2016]. L'attività di mediazione svolta, in questi casi, anche da operatrici di progettualità del privato sociale assume una particolare rilevanza.

L'importanza attribuita alla presenza di mediatrici interlinguistiche e interculturali nei servizi sanitari, in ogni caso, si evince anche nel corso delle interviste condotte alle immigrate di origine filippina e ucraina. Gran parte delle intervistate, tuttavia, dinanzi a barriere comunicative e linguistiche ha fatto ricorso, soprattutto nei primi tempi in Italia, all'ausilio delle reti familiari, amicali o, talora, associative³⁴. La centralità del ruolo svolto dall'associazionismo in questo ambito, ad esempio, è rilevante, nel caso delle immigrate di origine filippina.³⁵ Possono essere numerosi, comunque, gli interrogativi in riferimento a tale tipologia di mediazione "informale" che, pur non essendo qualificata, potrebbe presentare alcuni vantaggi, in riferimento agli aspetti legati alla fiducia, come hanno ribadito, alle volte, alcuni operatori sanitari.

Il ricorso a reti amicali o parentali da parte delle immigrate può ricollegarsi, d'altro canto, anche ai limiti della cosiddetta mediazione "a chiamata", attivata in seguito ad una specifica richiesta da parte del personale socio-sanitario. Le difficoltà, in tal caso, possono riguardare questioni logistiche o situazioni di urgenza, come ha evidenziato un'ostetrica nel corso della sua intervista, ribadendo: «Bisogna chiamare, programmare l'arrivo da noi [delle mediatrici culturali] ... Solo che qua [le immigrate] vengono così! Un po' di difficoltà ce l'abbiamo!» [Intervista a ostetrica ASL Napoli 1, 2016]. Questa specifica attività necessita, inoltre, di considerevoli competenze, alle volte sottovalutate, come ha messo in rilievo una mediatrice interculturale, sostenendo:

La mediazione a chiamata non è facile! [...] Per me è il massimo di professionalità, anche se spesso non viene valutata così, perché si considera molto frettolosa! Invece la mediazione, una buona mediazione a chiamata

³⁴ In riferimento all'importanza delle reti sociali relazionali femminili in contesto migratorio, si rinvia, fra gli altri a Decimo 2005 e Spanò, Zaccaria 2003.

³⁵ A Napoli, ad esempio, ove i servizi sanitari non prevedono una mediatrice madrelingua, la presidente di una delle associazioni organizza periodicamente, con l'ausilio dei datori di lavoro, visite mediche gratuite presso ambulatori convenzionati della città, accompagnando le connazionali, se necessario. Fra immigrate di questa nazionalità, la conoscenza dell'inglese può rappresentare una risorsa.

dipende da tante cose! Lì entri nel conflitto medico-paziente-mediatore, perché il medico vuole avere subito delle risposte, ma tu vai come se fossi cieco, non sai dove vai, non ti puoi preparare all'ultimo minuto [...] E poi c'è il problema del tempo, perché devi fare veloce, perché la mediazione è chiamata non puoi prolungarla tante ore e devi essere in grado di svolgere la tua attività correttamente per il paziente! [Intervista a O. Mediatrice culturale ucraina, Napoli 2015].

Dalle parole delle professioniste specializzate in questo settore, intervistate durante la ricerca, si evince la consapevolezza della complessità di tale attività lavorativa, della necessità di un'adeguata formazione, ma anche della precarietà e alle volte, dello scarso riconoscimento sociale. Emblematiche a riguardo le considerazioni di J., che ha ribadito:

Secondo me [la mediazione interculturale] non è molto riconosciuta come professione [...] non si conosce molto come figura. Spesso e volentieri quando mi chiedono "Che lavoro fai al C.E.P.?" "Mediatrice." "Che vuol dire?" ... Mi vien da pensare ai vicini di casa! Non sanno cosa vuol dire la mediazione! [Intervista a J., mediatrice culturale macedone, Asl Toscana N.O. Pisa 2015]

Traspare, d'altro canto, nelle interviste condotte alle mediatrici il riconoscimento degli aspetti positivi legati a questa professione, quali l'arricchimento emotivo, il confronto, la cognizione dell'utilità del proprio ruolo. J. ad esempio, a riguardo ha ribadito: «Gli aspetti positivi [di questa attività] sono sempre sicuramente quelli legati al confronto. Per le donne è molto bello trovare un ambiente accogliente, dove sono rassicurate, informate, seguite!» [Intervista a J., mediatrice culturale ucraina, Napoli 2016].³⁶

M., invece, impiegata presso i servizi consultoriali dell'ASL Napoli 1, ha evidenziato le questioni inerenti il coinvolgimento emotivo nel rapporto con le utenti, affermando:

Con le pazienti si instaura anche un rapporto che va un po' al di là. Non rappresenti solo chi traduce. L'apice è al consultorio. Là per esempio è venuta una ragazza che parla bene l'italiano e non aveva bisogno del mediatore in quanto interprete. Mi ha voluto con sé perché si sentiva più a suo agio [...] [Intervista a M., mediatrice culturale bielorusa, Asl Napoli 1 2016]

Durante la ricerca, inoltre, è stato possibile constatare come la presenza di mediatrici interculturali di una particolare nazionalità presso alcuni servizi, possa contribuire a "richiamare" le connazionali. Si può ipotizzare, pertanto, che la possibilità di un *turn-over* di figure specializzate in questo settore, di diversa provenienza, presso servizi consultoriali caratterizzati da una significativa utenza straniera, ne faciliterebbe la fruizione da parte di un'utenza eterogenea. Il rischio che tale approccio può sottendere, tuttavia,

³⁶ Il lavoro di équipe e la collaborazione con altri enti o servizi dell'ambito socio-sanitario, rappresentano, per le mediatrici intervistate, dimensioni considerate particolarmente significative, al fine di favorire la presa in carico integrata delle situazioni più complesse, la diffusione delle informazioni, la risoluzione di barriere di ordine burocratico amministrativo.

potrebbe essere quello di «costringere gli individui ad indossare la divisa della propria cultura senza concedere loro la possibilità di meticcarsi, contaminarsi, scegliere», o di rivendicare il diritto «all'opacità» come ha evidenziato Aime [2012, 44].³⁷ Sarebbe auspicabile, in tal senso, un intervento a più ampio raggio, teso anche alla realizzazione di politiche formative ed informative che coinvolgano gli operatori sanitari o le stesse immigrate.

A fronte dell'importanza attribuita alla presenza di personale qualificato nella mediazione interculturale, in ogni caso, è stato possibile riscontrare come alcune problematiche rilevate in questo settore siano da ricondurre a questioni inerenti la gestione politica ed economica dei servizi, sulle quali ci si soffermerà nei paragrafi successivi.

4. I servizi di mediazione interculturale presso i consultori delle città di Pisa e Napoli, fra possibilità e questioni aperte

Le modalità organizzative dei servizi di mediazione interculturale realizzati presso i consultori delle città di Napoli e Pisa si differenziano considerevolmente fra loro,³⁸ e ciò può, a sua volta, ricollegarsi alla diversa gestione delle politiche sanitarie territoriali.³⁹ In entrambi i contesti di indagine, in ogni caso, sono emerse alcune difficoltà legate alla continuità e alla stabilità degli interventi realizzati in questo ambito.⁴⁰

4.1. Le problematiche inerenti la continuità delle attività di mediazione interculturale a Napoli

I consultori dell'ASL Napoli 1, ubicati nei Distretti Sanitari del territorio e denominati "Unità Complesse Tutela Salute Donna" sono organizzati, al fine di rispondere alle esigenze delle immigrate, secondo una logica

³⁷ Questo concetto, che Aime riprende riferendosi al pensiero di Glissant e Amselle, rimanda all'idea che non esista una divisione, ma «una catena più o meno continua di culture e società», ovvero della «indefinitezza come matrice originaria». Per lo studioso la «trasparenza», contrapposta alla «opacità», potrebbe essere più rischiosa [Aime 2012, 46].

³⁸ Ulteriori divergenze attengono alle nazionalità delle utenti immigrate che si rivolgono ai consultori e riflettono le differenze inerenti la presenza femminile straniera sui territori. Non ci si soffermerà, tuttavia, su di esse in tale articolo, poiché ciò esula dai suoi specifici obiettivi.

³⁹ Non si intende qui approfondire tali differenze gestionali e organizzative, se non per alcuni aspetti inerenti le politiche sanitarie rivolte alle esigenze delle donne straniere, in quanto ciò non rientra fra gli obiettivi di questo articolo.

⁴⁰ Considerevoli sono stati, inoltre, i mutamenti legati ai tagli al welfare e alla spesa sanitaria riscontrati sia nel contesto pisano che in quello napoletano, nel corso della ricerca svolta.

di «accompagnamento» [Tognetti Bordogna 2004],⁴¹ prevedendo, pertanto, dispositivi di facilitazione all'accesso e alla fruizione, fra cui, la presenza di mediatrici interculturali.⁴²

Tali servizi collaborano, con alcuni ambulatori “dedicati”, pensati per rispondere alle esigenze specifiche degli immigrati, come quelli per Stranieri Temporaneamente Presenti (S.T.P.),⁴³ rivolti a coloro che versano in una situazione di irregolarità giuridica o il Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati,⁴⁴ ubicato presso l'Ospedale Ascalesi.⁴⁵

Le attività di mediazione interlinguistica e interculturale previste per i consultori della città, in particolare, negli anni, sono state realizzate facendo riferimento ad un servizio apposito attivato dall'Azienda Sanitaria Locale e inoltre, in collaborazione o in convenzione, con alcune progettualità attuate nel privato sociale, anche a livello regionale. Una delle principali problematiche riscontrate sul territorio nel corso della ricerca, tuttavia, attiene al fatto che i progetti inerenti le attività in questo settore, finanziati in gran parte da enti istituzionali e gestiti dal privato sociale, sono caratterizzati da una considerevole instabilità e dalla mancanza di continuità. Ciò, in un contesto gravato da tagli alla spesa socio-sanitaria e da una situazione difficile legata al commissariamento regionale,⁴⁶ può creare non poche difficoltà alle strutture sanitarie, nel tentativo di rispondere alle esigenze e alle richieste di interventi specifici rivolti agli stranieri.

L'ASL Napoli 1, in particolare, dal 2012, ha attivato un servizio coordinato dall'Unità Operativa S.A.S.C.I. (Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini

⁴¹ Si fa qui riferimento ad una delle tipologie organizzative dei servizi individuate da Tognetti Bordogna [2004], che corrispondono a diverse fasi delle politiche sociali e sanitarie rivolte agli immigrati. Si può ritenere, comunque, che le logiche organizzative possono travalicare i confini di tali categorie, mentre il dibattito, in tale ambito, resta aperto ed attuale.

⁴² I servizi basati sulla logica dell'accompagnamento, per Tognetti Bordogna, si distinguono da quelli “speciali o emergenziali” propri delle prime fasi, da quelli “dedicati”, volti invece ad individuare risposte particolaristiche e infine, da quelli “indifferenziati”, tesi a fornire prestazioni in maniera universalistica [Tognetti Bordogna, 2004].

⁴³ Ambulatori S.T.P. sono presenti in ogni distretto sanitario della città, ma solo per alcuni di essi, è prevista un'attività di mediazione interculturale stabile. Essi coinvolgono medici che svolgono, per gli immigrati irregolari, compiti analoghi a quelli dei dottori di famiglia e sono abilitati alle prescrizioni per visite specialistiche.

⁴⁴ Questo ambulatorio, sorto nella città nel 2002, per iniziativa di un medico particolarmente sensibile alla tematica della migrazione, il Dott. Gualdieri, rappresenta un importante riferimento sia per l'utenza straniera, che per alcuni enti del privato sociale impegnati in progettualità che coinvolgono le immigrate, fra cui donne vittime di tratta o richiedenti protezione internazionale.

⁴⁵ Vi sono inoltre, sul territorio, ambulatori ostetrico-ginecologici, rivolti all'utenza femminile immigrata, come quello gratuito, realizzato, nel 2010 dall'ospedale evangelico di Villa Betania. Fino alla metà del 2016 poi, era attivo presso il II Policlinico di Napoli un servizio che prevedeva una équipe inter – disciplinare attività di mediazione interculturale.

⁴⁶ La situazione della sanità nella Regione Campania, che rientra in un modello gestionale cosiddetto «residuale» [Dimasi 2013, 25], è problematica e dal 2009 è stato nominato un commissario.

Immigrati), che ha previsto un supporto qualificato, nell'ambito della mediazione, per i presidi sanitari caratterizzati da una maggiore utenza immigrata, assieme ad interventi specifici tesi a far fronte a «situazioni particolari, critiche o impreviste» [SASCI 2015, 52].⁴⁷ Esso, tuttavia, in seguito all'avvio del progetto di Mediazione Linguistico Culturale Yalla,⁴⁸ rivolto a enti e istituzioni del territorio regionale, è stato sottoposto, nel settembre del 2013, ad un riassetto «procedurale» e «organizzativo» [SASCI 2015, 52]. È stata, infatti, pianificata una presenza stabile di mediatori e mediatrici culturali per alcuni ambulatori “dedicati”, rivolti a stranieri irregolari (S.T.P. Stranieri Temporaneamente Presenti) ed inoltre, per il consultorio del Distretto 31, caratterizzato da una considerevole affluenza di immigrate [SASCI 2015, 52]. Quest'ultimo, pertanto, si avvale dell'ausilio di una mediatrice interculturale di origine bielorusa, per circa quattro ore, un giorno alla settimana,⁴⁹ che è impiegata anche presso l'ambulatorio dedicato S.T.P. dello stesso Distretto. Ciò, così, favorisce le attività di rete e la collaborazione fra le due strutture, in quanto la mediatrice può indirizzare, in caso di necessità, le utenti irregolari al consultorio, ove potrebbe rappresentare una figura di riferimento familiare.

L'Azienda Sanitaria, inoltre, accanto a tale attività ha previsto la possibilità di un intervento di mediazione “a chiamata”, ovvero su richiesta degli operatori sanitari, per tutti i servizi del territorio, in convenzione, nel periodo in cui è stato attivo, con il Servizio Regionale di Mediazione Culturale- YALLA.

Questo progetto, in particolare, finanziato dall'aprile del 2012 fino al mese di dicembre del 2015, era teso alla realizzazione di «percorsi di integrazione» per gli immigrati e di «interventi sistemici» rivolti alle loro comunità, alle Istituzioni e ai Servizi Pubblici [Yalla 2016].⁵⁰ Esso ha svolto un importante ruolo sul territorio campano anche per attività inerenti l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione in ambito migratorio, rivolgendo una particolare attenzione alla salute delle immigrate, in collaborazione con le ASL del territorio [Yalla 2016]. Sono state realizzate, infatti, iniziative che hanno coinvolto le donne straniere e al contempo, gli operatori socio-sanitari

⁴⁷ Il servizio è stato affidato ad una Cooperativa del territorio, Il Sol.co, con bando pubblico, prorogato fino ai primi mesi del 2019. Mediatori e mediatrici qualificate sono stati selezionati tenendo conto delle principali presenze immigrate, nei diversi distretti del territorio.

⁴⁸ Il Servizio Regionale di Mediazione Culturale – YALLA è stato finanziato dalla Regione Campania - POR Campania FSE 2007/2013 ed ha coinvolto enti del privato sociale (CIDIS Onlus quale capofila in ATI con il Consorzio GESCO, attraverso la Coop. Dedalus).

⁴⁹ La scelta di questa nazionalità si ricollega alla considerevole affluenza di donne provenienti da paesi dell'Est Europa presso il consultorio. Tale situazione, inoltre, dovrebbe restare invariata, fino all'erogazione del prossimo bando da parte dell'Azienda Sanitaria, previsto per il 2019.

⁵⁰ L'Agenzia di mediazione culturale “a chiamata” realizzata nell'ambito del progetto Yalla, si avvaleva di circa ottanta mediatori culturali, prevedendo prestazioni gratuite, ed era affiancata da tredici Centri Territoriali di Mediazione. Il progetto, inoltre, ha previsto la realizzazione di attività di ricerca e monitoraggio [Yalla 2016].

dei consultori, fra cui, ad esempio, seminari informativi (inerenti la salute sessuale e riproduttiva, quella materno-infantile, gli aspetti normativi a tutela della maternità, le interruzioni volontarie di gravidanza), o visite guidate presso i servizi.

Nel corso delle interviste realizzate durante la ricerca è emerso come tale progettualità fosse considerata un'esperienza valida ed efficiente. Significative appaiono, a riguardo, le parole della responsabile dell'Unità Operativa Tutela Salute Donna dell'ASL, che ha ribadito:⁵¹

Il progetto Yalla funziona! Quindi anche questo ha contribuito a far aumentare l'utenza straniera [...] Prima diciamo ci arrangiavamo e poteva capitare che non c'erano... alcune nazionalità non c'erano [...] Però c'era sempre l'amica che parlava italiano. Si capiva, insomma! Si riusciva comunque! [Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1 2015]

La partecipazione di medici e ostetriche dei servizi consultoriali agli eventi informativi, inoltre, poteva contribuire a creare un clima di fiducia e familiarità con le immigrate, teso a superare le barriere che ostacolano l'accesso e la fruizione ad essi, come ha ricordato una ginecologa che vi ha preso parte, raccontando:

L'esperienza di Yalla è stata significativa perché se uno riesce ad arrivare [alle immigrate] poi le coinvolge di più, sicuramente più facilmente rispetto al manifestino [...] Noi abbiamo organizzato cinque, sei incontri in via Torino in cui andavamo, noi operatori, a turno, ognuno con un proprio argomento, in maniera tale da farci conoscere e poi da offrire ciascuno qualcosa. Per esempio è andata l'ostetrica e ha parlato della preparazione al parto, io ho parlato della prevenzione per il tumore al seno e la mammografia [...]. Là raccoglievamo le prenotazioni direttamente e quindi per qualche mese, poi abbiamo visitato ... Se tu vedi la persona che poi ti accoglierà... Noi facciamo lo screening, prenotiamo la mammografia e poi la signora va e troverà la stessa persona" [Intervista a ginecologa, ASL Napoli 1 2016]

L'interruzione delle attività del progetto, dal primo gennaio 2016, tuttavia, ha creato difficoltà ai servizi del territorio, che facevano riferimento ad esso per l'attivazione della mediazione culturale "a chiamata", come nel caso dei consultori.

A partire dal mese di giugno del 2017 è stato realizzato, poi, grazie al Fondo Asilo Migrazione e Integrazione, un ulteriore progetto a carattere regionale nell'ambito della mediazione interlinguistica e interculturale, denominato S.I.R.C. (Sevizi Interculturali Regione Campania).⁵² Questo ha previsto

⁵¹ L'intervista alla Responsabile della U.O.C. Tutela salute donna è stata svolta nel 2015, quando il progetto Yalla era ancora attivo.

⁵² Il Progetto S.I.R.C. ha coinvolto, in particolare, l'Università Federico II di Napoli (CONOIR), in partenariato con un ente del privato sociale, CIDIS Onlus e con l'Istituto di Ricerca, Innovazione e Servizi per lo Sviluppo del C.N.R. (IRISS).

l'attuazione di percorsi di Alta formazione in comunicazione interculturale,⁵³ in tutte le province della regione, la realizzazione di una Agenzia di mediazione interculturale e consulenza giuridica e l'attivazione di interventi di mediazione su richiesta, la riprogettazione di alcuni servizi in chiave sperimentale, quali modelli da riproporre, sul territorio ed infine, alcune giornate tematiche di confronto e dibattito in ambito migratorio. Tale iniziativa, tuttavia, che si è conclusa nel marzo del 2018, analogamente al progetto Yalla, non è stato tramutato in servizio stabile sul territorio.

Nei periodi di sospensione di queste attività progettuali, pertanto, vi sono state alcune difficoltà per i servizi consultoriali, nel far riferimento ad attività di mediazione a "chiamata" gestite ed erogate dall'ASL Napoli 1.⁵⁴

La situazione in cui versa la sanità in Campania, in Piano di rientro, d'altro canto, influisce inevitabilmente sulle attività dei consultori, che come ha evidenziato la responsabile dell'Unità Complesse Tutela Salute Donna, andrebbero ulteriormente valorizzati e riconosciuti da un punto di vista organizzativo e della programmazione sanitaria [Intervista alla Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1 2015].

Una problematica riscontrata nel periodo in cui l'indagine è stata svolta, che poteva limitare, inoltre, le possibilità di accesso delle immigrate ai servizi consultoriali, si ricollegava al fatto che per questioni legate ai finanziamenti, essi restavano aperti, in gran parte, esclusivamente al mattino. Dal 2017, tuttavia, il consultorio del Distretto 31 ha avviato un'attività pomeridiana rivolta alle utenti straniere, il giovedì pomeriggio, giorno libero della maggior parte di coloro che sono impiegate nella collaborazione domestica o in attività di assistenza e cura, al fine di facilitarne l'accesso e la fruizione. Sono stati previsti, inoltre, particolari percorsi che includono anche attività di mediazione interculturale, in collaborazione con enti del privato sociale nell'ambito di progettualità rivolte a particolari fasce di utenza femminile.⁵⁵

Le questioni inerenti la stabilità di servizi di mediazione garantiti da una governance pubblica, in ogni caso, permangono sul territorio, sebbene siano

⁵³ Azioni formative che hanno coinvolto operatori dei consultori sono state realizzate anche dal Progetto Equità finanziato dalla Regione Campania dal 2013. Teso a facilitare l'accesso ai servizi sanitari degli stranieri, esso ha previsto anche iniziative informative e tavoli di lavoro inter-istituzionali [SASCI 2015]. È stato, tuttavia, temporaneamente sospeso per questioni amministrative.

⁵⁴ La mediazione a chiamata non è stata prevista quale servizio erogato direttamente dall'ASL. Si deve, invece, ad alcune iniziative di enti del privato sociale, il tentativo di garantire e fornire continuità a tale attività sul territorio. L'Agenzia di mediazione culturale gestita da CIDIS Onlus, ad esempio, fornisce tale servizio a titolo gratuito, assieme ad apposite azioni formative.

⁵⁵ Fra queste, ad esempio, il progetto IRIS gestito dalla Cooperativa Dedalus e finanziato dalla Chiesa Valdese, per il 2017 e il 2018, volto alla realizzazione di attività di mediazione, sostegno, orientamento e accompagnamento ai servizi sanitari di donne e madri straniere, che coinvolge anche il II Policlinico e l'A.O.P. Santobono Pausilipon di Napoli. Si rimanda al sito <http://www.coopededalus.it/iris>

considerevoli le competenze professionali impiegate e molteplici le iniziative attivate sia presso i consultori, che nell'ambito del privato sociale.

4.2. Le difficoltà dei servizi di mediazione interculturale nei consultori pisani

Il contesto toscano si differenzia considerevolmente da un punto di vista di *governance* socio-sanitaria da quello campano [Bottari, Foglietta, Vandelli 2013; Femiano, Pelliccia, 2017]. Attraverso un modello di sanità regionale caratterizzato da una istituzione “inedita”, quale la Società della Salute⁵⁶ [Cervia 2014, 234], infatti, è attribuita una particolare importanza alla dimensione della integrazione degli interventi socio-sanitari. Tutte le progettualità rivolte alla salute delle immigrate così, sono gestite ed organizzate in tale ambito istituzionale.⁵⁷ La Regione Toscana, inoltre, ha introdotto, un sistema di valutazione delle performance dei servizi che tiene conto anche della dimensione dell'equità attraverso specifici indicatori, alcuni dei quali fanno riferimento all'ambito materno-infantile e sono pensati appositamente per le donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria [Barsanti, Bonciani 2016].⁵⁸

Nel corso della ricerca svolta, tuttavia, è stato possibile rilevare alcune problematiche che riguardano i servizi di mediazione interculturale, anche sul territorio pisano.

Le “Unità Funzionali Consultoriali” della città di Pisa che a partire dal 2016 fanno parte dell'A.U.S.L. Toscana Area Nord Ovest,⁵⁹ si diversificano considerevolmente, in termini organizzativi, per quanto attiene alle modalità di accesso dell'utenza immigrata, rispetto alla realtà napoletana.

Sul territorio, infatti, ai cinque consultori, le cui attività si svolgono sia la mattina che il pomeriggio e che, analogamente a quelli della città di Napoli, sono organizzati secondo la logica dell'accompagnamento

⁵⁶ La Società della Salute è un consorzio sorto in via sperimentale agli inizi del 2000, con l'intento di individuare una soluzione organizzativa per la presa in carico integrata dei bisogni sociali e sanitari della persona. La sentenza n. 326 della Corte di Costituzionale del 2010, tuttavia, ne ha messo in discussione la legittimità e attorno a tale istituzione, ruota un ampio dibattito [Cervia 2014].

⁵⁷ L'integrazione fra gli ambiti del sociale e del sanitario sul territorio toscano, come hanno evidenziato Femiano e Pelliccia, è resa possibile anche dall'esistenza di un unico assessorato e di un'unica Direzione Regionale che presidiano i due diversi settori [Femiano, Pelliccia 2017].

⁵⁸ Alcuni studi hanno rilevato che la Toscana può essere considerata «una delle regioni più virtuose» [Barsanti, Bonciani 2016, 83] in riferimento all'attenzione prestata per la salute degli immigrati [Barsanti, Bonciani 2016; Geraci, Bonciani Martinelli 2010].

⁵⁹ L'assetto delle ASL toscane, per questioni legate ai tagli alla spesa sanitaria, è stato riorganizzato con la legge regionale n. 84/2015, in un processo attorno al quale ruota un ampio dibattito. Dal 2016 così, l'ASL 5 di Pisa ed i suoi consultori, ove la ricerca era stata avviata, sono stati inglobati nella più ampia Area Vasta Nord Ovest.

[Tognetti Bordogna 2004], si affianca l'attività del "consultorio immigrati", rivolto esclusivamente alle straniere. Situato presso il quartiere popolare del C.E.P e sorto come progetto sperimentale nel 1994, a tale servizio fa riferimento l'utenza più problematica rappresentata da immigrate con problemi comunicativi, che versano in una condizione di irregolarità giuridica, di marginalità economica, ma anche donne di etnia rom. Percorsi specifici, delineati nell'ambito della Società della Salute, sono riservati, poi, in collaborazione ad associazioni del terzo settore e del privato sociale, a donne vittime di violenza e tratta o richiedenti protezione internazionale, cosicché tale struttura rappresenta un punto di riferimento fondamentale sul territorio. Le attività dell'ambulatorio ostetrico ginecologico, in particolare, al fine favorire l'utenza femminile straniera, si svolgono il giovedì pomeriggio e si avvalgono di un'equipe interdisciplinare, appositamente formata, composta da una ginecologa, ostetriche, un'assistente sociale e una mediatrice interculturale. Quest'ultima per altro, è coinvolta in uno sportello infrasettimanale di orientamento e informazione.

Per i consultori pisani, inoltre, un momento di svolta e riqualificazione è stato rappresentato dalla Delibera di Giunta Regionale n. 259 del 2006. Questa, in particolare, ha previsto un ingente investimento finanziario, che assieme ai finanziamenti stanziati dalla Regione Toscana negli anni successivi, ha consentito di realizzare numerose attività formative o informative nell'ambito dell'immigrazione e progetti specifici rivolti alle donne straniere. Una particolare attenzione è stata riservata in questo ambito alla formazione di medici, ostetriche e operatori sanitari [Intervista alla Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa 2015]

Le attività di mediazione interculturale dell'A.U.S.L. Toscana Nord Ovest-zona pisana, che coinvolgono i servizi consultoriali, ma anche i presidi ospedalieri del territorio (gli ospedali di Santa Chiara e Cisanello), sono gestite nell'ambito della Società della Salute e sono state affidate, dal 2006, in seguito all'erogazione di un bando pubblico e alla stipulazione di apposite convenzioni, a una Cooperativa Sociale del territorio, l'Arnera.⁶⁰ Tale servizio coinvolge mediatori madre lingua che hanno conseguito una qualifica riconosciuta a livello regionale ed è svolto in collaborazione con l'A.M.I.C. (*Associazione dei Mediatori Linguistici e Socio-Interculturali*) sorta a Pisa nel 2003.⁶¹

⁶⁰ Il servizio attivo dal 2002, era gestito dall'associazione Il Ponte poi inglobata nella Cooperativa Sociale Arnera. Esso prevede, inoltre, la possibilità di mediazioni telefoniche [Intervista alla Coordinatrice dei servizi di mediazione interculturali della Coop. Arnera, Pisa 2015]. Si rinvia per approfondimenti al sito <http://www.arnera.org/>

⁶¹ L'A.M.I.C. (*Associazione dei Mediatori Linguistici e Socio-Interculturali*), nella quale sono confluiti mediatori provenienti da diversi paesi che hanno condiviso un iter formativo comune, è coinvolta in diverse progettualità e iniziative del territorio pisano.

Sul territorio, in tal modo, è prevista la possibilità di un servizio di mediazione “a chiamata” per tutti i consultori, da attivare, in caso di necessità, attraverso un’apposita richiesta alla Cooperativa Arnera. È stata programmata, poi, la presenza stabile di una mediatrice qualificata presso la struttura riservata alle immigrate,⁶² per dieci ore alla settimana, suddivise fra le attività ambulatoriali e quelle dello sportello informativo.⁶³

Nel corso delle interviste, tuttavia, è stato possibile riscontrare come, presso l’azienda sanitaria pisana, le attività di mediazione interculturale siano state, più di recente, moderate attraverso una riduzione dei finanziamenti, che ha comportato una diminuzione delle ore o della presenza “fissa” delle mediatrici impegnate in ambito sanitario.

Una situazione particolarmente problematica, per altro, si ricollega alla instabilità del servizio previsto presso il consultorio immigrati, che a causa delle disponibilità finanziarie, negli ultimi anni, non è stato continuativo. I lunghi periodi di sospensione dell’attività di mediazione, durati anche diversi mesi, infatti, hanno creato difficoltà organizzative ed hanno avuto ricadute, in termini di precarietà occupazionale, per la stessa mediatrice coinvolta.⁶⁴ Significative, a riguardo, le parole di J., che era impiegata presso l’ambulatorio e a riguardo, ha ribadito:

L’unico problema è che il servizio non è continuativo. Purtroppo non dipende da noi, se non c’è budget, non ci sono fondi purtroppo non ci puoi fare nulla, perché giusto il tempo che le persone si abituano che esiste questa figura, che possono contare ... poi finisce! E poi non ci sono più i fondi per rinnovarlo e quindi non ti trovano più. Allora quando ricominci di nuovo, devi farli abituare che oltre il giovedì ci sono anche altri giorni ... Quindi ecco le problematiche possono essere queste, la non continuità, la non conoscenza della figura del mediatore! [Intervista a J. Mediatrice culturale, Consultorio immigrati, Pisa 2015]

Sul territorio pisano, in conclusione, la situazione, sembra più delineata rispetto a quanto avviene a Napoli, dal momento che l’Azienda Sanitaria e i presidi ospedalieri possono far riferimento a servizi di mediazione “a chiamata” più stabili, erogati e gestiti nell’ambito della Società della Salute. Permangono, tuttavia, come si è visto, difficoltà che si ricollegano a tagli alla spesa sanitaria ed alla continuità di alcune attività.

⁶² Il ricorso a tale tipologia di mediazione, tuttavia, come si evince dalle interviste, fa riferimento soprattutto alle situazioni più difficili e complesse da un punto di vista relazionale.

⁶³ Tale servizio in particolare, dal 2013 al fine di facilitare il rapporto con l’utenza rom, particolarmente significativa, è stato affidato a una mediatrice di lingua macedone in possesso di una qualifica regionale. Questa dal 2017 è stata sostituita, da una mediatrice di origine albanese.

⁶⁴ Il monte ore previsto per le attività di mediazione presso il consultorio del CEP, è stato ridotto negli anni. Esso inizialmente era, infatti, di venti ore settimanali e nel consultorio era impiegata una mediatrice interculturale di origine somala, assunta direttamente dall’Azienda Sanitaria.

5. Riflessioni conclusive

Numerosi possono essere, in conclusione, gli interrogativi emersi nel corso della ricerca in riferimento alle dinamiche della mediazione interlinguistica e interculturale, come molteplici sono le contraddizioni riscontrate nei territori d'indagine.

La precarietà e la mancanza di continuità dei servizi destinati a tale ambito, rilevate, seppure con delle differenze, in entrambi i contesti considerati, infatti, possono creare difficoltà da un punto di vista organizzativo e nella gestione quotidiana del rapporto con l'utenza straniera. Ciò, nonostante la valenza riconosciuta alla presenza di figure professionali specializzate in questo settore, da parte dei medici, degli operatori socio-sanitari e delle immigrate intervistate. Ci si può chiedere, d'altro canto, fino a che punto tale situazione si ricollegli a questioni economiche e finanziarie, o sia da attribuire a scelte politiche ed organizzative.

Una considerevole problematica riscontrata, ad esempio, sul territorio napoletano, fa riferimento al fatto che le attività di mediazione interculturale siano state affidate, negli anni, a progetti gestiti dal privato sociale e basati su finanziamenti a termine. Questi, come si è visto, non sono stati, in seguito, istituzionalizzati, nell'ambito di politiche pubbliche, sebbene possano aver rappresentato esperienze positive, come nel caso di YALLA o S.I.R.C. Ci si può, così, domandare se tale circostanza sia generata esclusivamente dai tagli al welfare e dalla situazione complessa in cui versa la sanità campana, o se, piuttosto, possa essere attribuita, anche solo parzialmente, alla mancanza di una precisa volontà politica tesa a tramutare progettualità innovative in servizi stabili, fornendo loro continuità e magari, prevedendo altre possibilità di finanziamento. Significative sembrano, a riguardo, le riflessioni di Masullo in riferimento al fatto che, in alcuni contesti, sia prevalente «il carattere della emergenzialità» e «l'assenza di un'ottica complessiva che coinvolga tutti i settori di intervento, compresi quelli socio – assistenziali» [Masullo 2010, 119].

Può sembrare, poi, contraddittorio che gli spazi riservati alla mediazione interculturale siano ridotti in una situazione di aumento della presenza migratoria sui territori, legata, per altro, all'incremento dei flussi di richiedenti protezione internazionale, come è stato ribadito, nel corso delle interviste, dagli informatori privilegiati.

La diversa organizzazione e gestione delle attività rivolte alle immigrate, presso i consultori delle due realtà territoriali considerate, inoltre, rinvia al dibattito inerente i criteri organizzativi dei servizi rivolti agli stranieri [Fassin 2004; Schirripa 2002; Bonciani 2005; Padovan, Alietti 2008]. In riferimento, ad esempio, alla questione inerente l'appropriatezza di strutture "dedicate", nelle quali è prestata una particolare attenzione alla dimensione

della mediazione interculturale, ci si può interrogare, chiedendosi se siano da considerarsi “ghettizzanti” o se consentano, piuttosto, di favorire l’effettiva fruizione di un diritto e di far fronte alle situazioni più problematiche [Seppilli 2015, 241; Schirripa 2002].⁶⁵ Alcuni studi, a riguardo, hanno ribadito come, fra i due estremi organizzativi, l’uno volto alla scarsa considerazione delle differenze, con pratiche di assistenza modellate su criteri universalistici e l’altro basato su di un orientamento differenzialista,⁶⁶ sia importante attivare «forme negoziali nel rapporto fra gli operatori e l’utenza straniera» [Padovan, Alietti 2008, 150]. Le riflessioni condotte nell’ambito dell’antropologia medica, d’altro canto, hanno evidenziato come, seppure sia fondamentale tener conto delle specificità culturali, è comunque necessario fare attenzione a non enfatizzarle attraverso una concezione essenzialista e deterministica della cultura [Fassin 2004; Mangone, Masullo 2010; Signorelli 2006; Schirripa 2002]. Il riconoscimento del valore della diversità culturale, infatti, come ha evidenziato Schirripa, dovrebbe «andare di pari passo con l’ascolto delle specifiche esigenze e richieste» dei pazienti stranieri, senza «oscurare i problemi legati alle condizioni materiali» in cui vivono [Schirripa 2002, 100]. Nel corso di questa ricerca, in ogni caso, è stato possibile appurare, in entrambi i territori ove l’indagine è stata svolta, che servizi attenti alle esigenze delle immigrate, che si avvalgono di équipe inter-disciplinari costituite da personale in possesso di competenze, di una formazione specifica e da mediatrici interculturali, consentano di facilitare le possibilità di accesso ad essi e l’emersione di una utenza che rischierebbe di restare nel sommerso, come nel caso del consultorio immigrati a Pisa. Sembrano particolarmente appropriate, in tal senso, le parole di Sen, qualora sostiene che l’equità in salute non equivalga ad «uguali opportunità alle cure», ma al «grado di salute conseguito tenendo conto della diversità dei bisogni sanitari» [Sen 1999]. Ci si potrebbe augurare, in ogni caso, che soluzioni analoghe a tali interventi, possano essere estese, in maniera trasversale, a tutte le strutture sanitarie. Le questioni economico-finanziarie, tuttavia, sembrano rappresentare, come è emerso nel corso delle interviste, un ostacolo in tale direzione.

In riferimento, infine, al dibattito inerente il ruolo e la rappresentazione di mediatori e mediatrici interculturali, ci si può chiedere se la richiesta di maggiori interventi di figure professionali in tale ambito, da parte degli operatori sanitari, possa sottendere, anche solo parzialmente, il rischio di una rinuncia alla relazione con le pazienti straniere e dell’incontro con l’alterità

⁶⁵ Alcuni studi, per altro, hanno evidenziato come discriminazioni possono essere generate da criteri organizzativi universalistici, che rischiano di non prendere adeguatamente in considerazione le differenze culturali o le visioni diverse da quelle della bio – medicina occidentale [Padovan, Alietti 2008, 143].

⁶⁶ Tali esempi non fanno riferimento alle due realtà territoriali considerate nella ricerca, in quanto in entrambi i contesti i servizi consultoriali hanno previsto attività volte a favorire l’accesso ad essi dell’utenza immigrata. Le differenze fra i territori, possono riguardare, invece, questioni legate agli indirizzi politici, alla *governance* e alle possibilità finanziarie delle regioni.

[Schirripa 2002]. È possibile, così, auspicare che ulteriori investimenti in ambito formativo, volti a coinvolgere gli operatori dei servizi, in senso interculturale, possano contribuire ad evitare la deresponsabilizzazione e la delega della relazione con l'utenza immigrata. Un ruolo di primo piano, in tale direzione, non può che essere rivestito, per altro, dal bagaglio concettuale e dagli strumenti metodologici propri delle discipline antropologiche o che rientrano, più nello specifico, nel filone dell'antropologia medica [Luatti, 2011].

Si può ritenere, infatti, che l'attività svolta da mediatori o mediatrici interculturali possa facilitare le possibilità di accedere ai servizi da parte delle donne straniere, ma vada intesa nell'ambito di politiche più ampie, attente sia alla formazione del personale sanitario, che alle condizioni delle stesse immigrate.

Sarebbe auspicabile, infine, una politica impegnata, da un lato, a realizzare interventi complessivi volti alla riduzione delle diseguglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari e dall'altro, orientata ad implementare le attività di mediazione interlinguistica e interculturale prevedendo, al contempo, azioni formative "integrate", in ambito antropologico, che coinvolgano le diverse professionalità e ne riconoscano il valore, ad ogni livello.

Ciò, in una prospettiva tesa a superare le logiche emergenziali di gestione del quotidiano, con l'obiettivo di costruire spazi adeguati alla realizzazione di interventi "diffusi", stabili ed organici di mediazione, volti a smantellare gli stereotipi e a travalicare i culturalismi. Spazi estremamente rilevanti in un contesto caratterizzato, sempre più, dall'emersione, a diversi livelli, di nuove forme di razzismo e pregiudizio nei confronti degli stranieri.

Particolarmente significative e attuali possono essere considerate, pertanto, le riflessioni di Seppilli per il quale:

Una vera calibratura dei servizi sanitari alle eterogenee caratteristiche della utenza costituirà prima ancora che una buona risposta ai bisogni e alle richieste degli immigrati, un passo avanti decisivo per tutti coloro che in qualche modo a tali servizi fanno riferimento [Seppilli 2015, 241].

6. Bibliografia

Affronti M, Baglio G., Geraci S., Marceca M., Russo M.L. (a cura di) 2014, *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti*, Bologna: Pendagrone.

Aime M. 2012, *Dalla trasparenza all'opacità*, «Mondi Migranti. Sulla mediazione interculturale», 1: 39 – 47.

Aluffi Pentini A., 2009, *La testimonianza di Alexander Langer e le tesi sulla convivenza interetnica*, in «Padagogika.it», 3: 95-101.

Amselle J.L. 1990 *Logiques métisses: anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*, Paris: Peyot.

Andolfi M. (a cura di) 2003, *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Milano: Franco Angeli.

Balsamo F. 2006, *Autonomia e rischi della mediazione culturale* in Luatti L. (a cura di) 2006, *Atlante della mediazione linguistico culturale*, Milano: Franco Angeli, 70 -81.

Baraldi C. 2010, *Il significato della mediazione interculturale nell'interazione*, «Africa e Mediterraneo», n. 72-73: 23-26.

-- 2012, *Comprensione, empowerment e narrazione nella mediazione sanitaria*, «Mondi Migranti. Sulla mediazione interculturale», 1: 49-70.

Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G. (a cura di) 2008, *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Milano: Franco Angeli.

Barsanti S., Bonciani M. 2016, *L'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata: focus su ospedalizzazioni e percorso nascita*, in Tognetti Bordogna M., Rossi P. (a cura di) 2003, *Salute e inclusione sociale degli immigrati*, Milano: Franco Angeli, 82 – 114.

Bastianini B., Coppa M.T. 2007, *Prefazione. Una scommessa formativa* in Allegrini G. (a cura di) 2007, *Mediare tra chi e cosa?*, Milano: Unicopoli, 7-10.

Belpiede A. 2007, *Contestualizzazione del Report finale* in Allegrini G. (a cura di) 2007, *Professione mediatore: profili professionali, competenze e prospettive occupazionali*, Bolzano: Praxis, 58-63.

Beneduce R. 2003, *La terza sponda del fiume. Un approccio antropologico alla mediazione culturale* in Andolfi M. (a cura di) 2003, *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Milano: Franco Angeli, 39-72.

Bigot G., Russo M.L. 2008, *Esperienze di rete nella policy per la salute degli immigrati*, in Tognetti Bordogna M. (a cura di) 2008, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano: Franco Angeli, 135 – 162.

Bonciani M. 2005, *La salute come diritto di cittadinanza: un approccio socio - antropologico*, in Bracci F., Cardamone G. 2005, *Presenze, migranti e accesso ai servizi socio – sanitari*, Milano, Franco Angeli, 141 – 165.

Bonfanti S. 2012, *Farsi madri*, «Quaderni di Donne & Ricerca», n. 27.

Bottari C., Foglietta F., Vandelli L., (a cura di) 2013, *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rep. Di San Marino: Maggioli.

Bracci F., Cardamone G. 2005, *Presenze, migranti e accesso ai servizi socio – sanitari*, Milano: Franco Angeli, 141–165.

Canclini N. 2000, *Culture ibride. Strategie per entrare e uscire dalla modernità*, Milano: Guerini e Associati.

Caponio T. 2009, *Documenti, lavoro, casa: l'integrazione delle donne immigrate* in Catanzaro R., Colombo A. (a cura di) 2009, *Badanti e Co.*, Bologna: Il Mulino, 85-108.

Caputo B. 2005, *L'etnicizzazione della malattia in contesto migratorio. Una prospettiva antropologica* in Pasini N., Picozzi M., (a cura di) *Salute e immigrazione. Un modello teorico pratico per le aziende sanitarie*, Milano: Franco Angeli, 99 – 132.

Censis 2015, *I nuovi pellegrini*, Roma: Fondazione Farmafactoring, SanArtLab.

Cervia S. 2014, *La partecipazione dei cittadini in Sanità*, Milano: Franco Angeli.

Cima R. 2009, *Incontri possibili*, Roma: Carocci.

Ciola A., Rosenbaum F. 2003 *Guadi e ponti tra culture. Cantata a due voci e forme diverse di mediazione culturale* in Andolfi M. (a cura di) 2003, *La mediazione culturale*, Milano: Franco Angeli, 129-155.

Clifford J. 1999, *Strade. Viaggio e traduzione alla fine del secolo XX*, Torino: Bollati Boringhieri.

Colasanti R., Geraci S. 1995, *I livelli di incomprensione medico paziente immigrato*, in S. Geraci (a cura di) 1995, *Approcci transculturali per la promozione della salute*, Roma: Peri Tecnes, 213-220.

Conti C., Bonifazi C., Strozza S. 2016, *Le migrazioni dall' Europa - Centro Orientale all' Italia: una storia al femminile*, «Studi emigrazione International Journal of Migration Studies», LIII (202): 257 - 281.

de Filippo E. 2011, *Il mediatore in ambito socio – sanitario* in Luatti L. (a cura di) 2011, *Mediatori atleti dell'incontro*, Milano: Vannini, 129-143.

Decimo F. 2005, *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, Bologna: Il Mulino.

Dimasi L. 2013, *Il difficile panorama della sanità italiana* in Bottari C., Foglietta F., Vandelli L., (a cura di) 2013, *Welfare e servizio sanitario*, Rep. Di San Marino: Maggioli.

Falteri P. 2013, *La donna in attesa e il mistero svelato del feto*, «Voci», X: 230-254.

Falteri P., Giacalone F. 2013, *Percorsi di maternità e soggettività femminile*, «Voci», X: 225 – 229.

Fantauzzi A. 2010, *Il rapporto medico-paziente immigrato. (In)comprensione e pratiche di mediazione linguistica e culturale*, «Tendenze nuove » 1: 29 – 42.

Farmer P. 2003, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley: University of California Press.

Fassin D. 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris: Hautes études en Sciences Sociales.

-- 2001, *Culturalism as ideology*, in C.M. Obermeyer (a cura di) 2001, *Cultural perspectives on reproductive health*, Oxford: Oxford University Press, 300-317.

-- (a cura di) 2000, *Santé. Le traitement de la différence*, «Hommes & Migrations».

Favaro G. 2006, *I paradossi della mediazione*, in Luatti L. (a cura di) 2006, *Atlante della mediazione linguistico culturale*, Milano: Franco Angeli.

Femiano M., Pelliccia R. 2007, *Il percorso di integrazione socio-sanitaria: le esperienze della Campania, della Toscana e del Veneto* in Ranisio G., Fiore B., D'Antonio A. (a cura di) *Lea Liveas Diseguaglianze welfare sostenibile*, Napoli: Ed. ad est dell'equatore, 221-290.

Galliot R., Kilani M., Rivera A. 2001, *L'imbroglione etnico in quattordici parole chiave*, Bari: Dedalo.

Geraci S., Bonciani M., Martinelli B (a cura di) 2010, *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma: Caritas.

Giacalone F. 2013, *Il parto naturale fra medicalizzazione e nuove soggettività*, «Voci», X, pp. 255 – 284.

Good B. 1999, *Narrare la malattia*, Torino: Ed Comunità (I. ed. 1994).

-- 2006 *Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran* in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina: Milano, 31-74.

Grandolfo M. 2012, *Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita* in Lauria L., Lamberti A., Buoncristiano M., Bonciani M., Andreozzi S., (a cura di) 2012, *Rapporto Istisan, 12/39, Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi* Roma: Facciotti, 1 – 24.

-- 1994, *Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)* Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute.

Greco M. 2004, *Complessità e problematicità di una immigrazione silente: i Filippini a Napoli*, in *Adolescenti e donne nell'immigrazione: problematiche e conflitti*, Torino: L'Harmattan Italia, 58-100.

-- 2017, *Spazi di cura trans – nazionali, pluralismo medico e percorsi di accesso ai servizi sanitari, fra immigrate filippine e ucraine*, «EtnoAntropologia», 5 (2): 295-327.

Kleinman A. 2006, *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*, in Quaranta I. (a cura di) 2006, *Antropologia medica*, Milano: Raffaello Cortina (I ed. 1978).

-- 1995, *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*, Berkeley: University of California Press.

-- 1980, *Patients and healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press.

IDOS (a cura di) 2017, *Dossier Statistico Immigrazione 2017*, Roma: Centro Studi e Ricerche IDOS.

Lombardi L. 2005, *Società, culture e differenze di genere*, Milano: Franco Angeli.

Luatti L. 2011, *Mediatori atleti dell'incontro*, Milano: Vannini.

Luatti L., Torre A., (a cura di) 2012, *Introduzione*, «Mondi Migranti. Sulla mediazione interculturale», 1: 39 – 47.

Lupo A. 1999, *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente terapeuta fra dialogo e azione*, «AM Rivista della Società italiana di antropologia medica», 7-8: 53-92.

Mangone E., Masullo G. 2010, *Tra integrazione e particolarismi: gli immigrati e il ricorso ai servizi sanitari* in Ammaturo N., de Filippo E., Strozza S. (a cura di) 2010, *La vita degli immigrati a Napoli e nei paesi vesuviani*, Milano: Franco Angeli.

Masullo G. 2010, *Attraverso gli occhi dei medici*, Milano: Franco Angeli.

Mauriello R. 2009, *La mediazione linguistico culturale* in Morniroli A. (a cura di) 2009, *Me.li.cu*, Napoli: Gesco.

Massey D. Jess P. (a cura di) 2001, *Luoghi, culture e globalizzazione*, Torino: Utet.

Mazzetti M. 2005, *I livelli di incomprensione medico paziente straniero*, in Pasini N., Picozzi M., (a cura di) 2005, *Salute e immigrazione*, Milano: Franco Angeli, 77 – 97.

Ministero della Salute 2010, *Organizzazione e attività dei consultori familiari pubblici in Italia*, Ministero della salute Roma <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3642597.pdf>

Miranda A., Signorelli A. (a cura di) 2011, *Pensare e ripensare le migrazioni*, Sellerio: Palermo.

Morniroli A. (a cura di) 2009, *Me.li.cu. Metodologie e strumenti di mediazione linguistico culturale*, Napoli: Gesco.

Padovan D., Alietti A. 2008, *Disuguaglianze nelle minoranze etniche: una ricerca in due presidi ospedalieri della provincia torinese*, in Tognetti Bordogna M. (a cura di) 2008, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano: Franco Angeli, 135 – 162.

- Papa R., Arsieri R. 2003, *Stringo i denti e diranno che rido. La donna e l'accidentato percorso-nascita*, Napoli: Guida.
- Quaranta I. (a cura di) 2006, *Antropologia medica*, Milano: Raffaello Cortina.
- 2012, *La trasformazione dell'esperienza*, «Antropologia e teatro», 3: 264-290.
- Ranisio G. (a cura di) 2012, *Culture della nascita*, Napoli: Dante e Dacartes.
- 2014, *Il percorso nascita: dalle medicine popolari a "le culture del parto"*, «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica», 38: 247-264.
- Remotti F. 2017, *L'ossessione identitaria*, Bari: Laterza.
- Remotti F. 2007, *Contro l'identità*, Bari: Laterza.
- Yalla 2016, *Principali risultati e output*, <http://www.stranieriincampania.it/wp/clude-yalla-il-servizio-regionale-di-mediazione-culturale/>
- SASCI (a cura di) 2015, *Report SASCI*, Napoli: Asl Regione Campania Napoli 1.
- Sassen S. 1999, *Migranti, coloni, rifugiati*, Milano: Feltrinelli.
- Sayad A. 2002, *La doppia assenza*, Milano: Raffaello Cortina.
- Scheper Hughes N., Lock M. 1987, *The mindful Body*, «Medical Anthropology», 1(1): 6 - 41.
- Schirripa P. 2014, *Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza*, in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», 37: 59- 80.
- 2002, *Uguaglianza di diritti e cittadinanza plurale*, «l'Arco di Gianò» 31: 87 - 105.
- Sen A. 1999, *Uguali e diversi davanti alla salute*, «Keiron», 1.
- Seppilli T. 2015, *La pluralità dei sistemi medici ed eterogeneità dei modelli culturali di salute e malattia*, in SASCI (a cura di) 2015, *Report S.A.S.C.I.* Napoli: Asl Regione Campania Napoli 1, 233-241.
- 2014, *Antropologia medica e strategie per la salute*, «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», 37: 17-31.
- 2004, *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*, «Società della Salute», 3(2): 35-48.
- 2000, *Immigrants in Europe and health service strategies: an introductory outline*, in Vulpiani P., Comelles J. M., Van Dongen E. (a cura di) 2000, *Health for all, all in health. European experiences oh health care for migrants*, Perugia: Cidis/Alisei, 31-43.
- Signorelli A. 2006, *Migrazioni e incontri etnografici*, Palermo: Sellerio.
- 2011, *Antropologia culturale*, Milano: Mc- Graw Hill.
- Spanò, A., Zaccaria A.M. 2003, *Il mercato delle collaborazioni domestiche a Napoli: il caso delle ucraine e delle polacche* in La Rosa M., Zanfrini L.

(a cura di) 2003, *Percorsi migratori tra reti etniche, istituzioni e mercato del lavoro*, Milano: Franco Angeli, 193 – 224.

Taft R. 1981, *The role and Personality of Mediator* in Bochner S. 1981, *The Mediating Person*, Cambridge: Schenkman.

Tognetti Bordogna M. 2004, *I colori del welfare*, Milano: Franco Angeli.

-- 2012, *Donne e percorsi migratori*, Milano: Franco Angeli.

-- (a cura di) 2008, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano: Franco Angeli.

Tognetti Bordogna M., Rossi P. (a cura di) 2016, *Salute e inclusione sociale degli immigrati*, Milano: Franco Angeli.

Vianello A. 2009, *Migrando sole. Legami transnazionali tra Ucraina e Italia*, Milano: Franco Angeli.

Yalla 2016, *Yalla, Servizio di Mediazione Culturale della Regione Campania Stranieri in Campania* <http://www.stranieriincampania.it/wp>

Young A. 2006, *Antropologie della illness e della sickness*, in Quaranta (a cura di) 2006, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina: Milano, (I ed. 1982), 107 – 147.

Zanfrini L., Asis Maruja M.B., (a cura di) 2006, *Orgoglio e pregiudizio. Una ricerca tra Filippine e Italia sulla transizione all'età attiva dei figli di emigrati e dei figli di immigrati*, Milano: Franco Angeli.