



SOCIETÀ E DIRITTI - RIVISTA ELETTRONICA 2025 ANNO X N. 19.

La violenza culturale nell'attuale contesto sociale nei confronti del paziente straniero. Quali le nuove sfide in sanità in un'ottica di interculturalità?



2025 ANNO X NUMERO 19 – DOSSIER VIOLENZA A CURA DI ALBERTO PESCE

di Barbara Baccarini - <https://doi.org/10.54103/2531-6710/29417>



LA VIOLENZA CULTURALE NELL'ATTUALE CONTESTO SOCIALE NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE STRANIERO. QUALI LE NUOVE SFIDE IN SANITÀ IN UN'OTTICA DI INTERCULTURALITÀ?

Barbara Baccarini

CULTURAL VIOLENCE IN THE CURRENT SOCIAL CONTEXT TOWARDS THE FOREIGN PATIENT. WHAT ARE THE NEW CHALLENGES IN HEALTHCARE FROM AN INTERCULTURAL PERSPECTIVE?

Riassunto

Il lavoro focalizza l'attenzione sul fatto che in una società multiculturale e multietnica, nella quale è sempre più evidente la vittimizzazione e la violenza culturale nei confronti dello straniero, è assolutamente necessaria, specie nel contesto sanitario, una decisa azione di recupero della componente umanitaria e culturale. Pertanto risulta prioritaria una comunicazione empatica medico-paziente straniero al fine di conoscere il vissuto personale e il background culturale del malato. Nel pieno rispetto dello straniero come persona, è doveroso promuovere una attenta e capillare opera di educazione per formare mediatori culturali competenti, figure filtro tra il migrante e la società in cui viene inserito e in grado di decodificare esattamente la comunicazione interculturale medico-paziente straniero. Particolare attenzione poi merita nel contesto sanitario la donna straniera, che spesso vive nel nuovo paese una situazione di isolamento, disagio, vulnerabilità e che si trova in una condizione di subordinazione rispetto all'uomo. Parole chiave: vittimizzazione, violenza culturale, mediazione linguistica-culturale, comunicazione empatica medico-paziente straniero, storie di malattia.

Parole chiave: vittimizzazione; violenza culturale; mediazione linguistica culturale; comunicazione empatica medico-paziente straniero, narrazioni di malattia.

Abstract

The paper focuses attention on the fact that in a multicultural and multiethnic society, in which victimization and cultural violence towards foreigners is increasingly evident, a decisive action to recover the humanitarian component is absolutely necessary, especially in the healthcare context and cultural. Therefore, empathic doctor-foreign patient communication is a priority in order to understand

the patient's personal experience and cultural background. In full respect of the foreigner as a person, it is necessary to promote a careful and widespread educational work to train competent cultural mediators, filter figures between the migrant and the society in which he is inserted and able to exactly decode the intercultural communication between doctor and foreign patient. Particular attention then deserves in the healthcare context the foreign woman, who often experiences a situation of isolation, discomfort, vulnerability in the new country and who finds herself in a condition of subordination compared to man.

Keywords: victimization; cultural violence; cultural linguistic mediation; empathic communication doctor-foreign patient, illness narratives

Autore: Barbara Baccarini, PhD in Scienze Sociali, Professoressa a contratto di Discipline Demo-etno-antropologiche, Facoltà di Psicologia, Università e-Campus .

Articolo soggetto a revisione tra pari a doppio cieco.

Articolo ricevuto il 15.12.24 approvato il 17.06.25.

1. Verso una comunicazione medico-paziente straniero empatica che tenga conto del vissuto personale del paziente e del suo background culturale

La realtà dell'immigrazione in un contesto sociale, connotato da multiculturalità e multietnicità, ci fa riflettere sulla vittimizzazione e sulla violenza culturale nei confronti del paziente straniero, che si evidenzia anche in ambito sanitario. (Morrone 2004)

Jaspers (1991) pone all'attenzione che è necessaria una decisa azione di recupero della componente umanitaria, basata sulla comunicazione "empatica" tra medico e paziente in merito al vissuto personale e al background culturale del malato non autoctono e su una sempre più efficace mediazione culturale.

È doveroso poi sottolineare, in particolare, che il paziente straniero percepisce, interpreta e affronta la malattia e la salute in relazione al vissuto personale, all'ambiente sociale da cui proviene e alla sua cultura. (ibidem 1991)

Per quanto concerne il concetto di cultura, si evince in Bartholini: cultura si riferisce sia al puro "sapere" che alle espressioni più concrete del "fare" e, in entrambi i casi, essa è in relazione biunivoca con l'ordine e il disordine sociale. Ora la risorsa sotterranea della vita di una collettività, ora l'ordine delle regole che presiedono dall'alto gli stessi comportamenti interindividuali [...] la parola cultura deriva dal latino colere e indica un'attività manuale, la più umile e insieme la più necessaria, quella di coltivare la terra [...]. Nel corso del tempo colere indicò, per metafora, la coltivazione dello spirito, la crescita interiore [...]. La cultura si lega perciò, per la prima volta, ai valori intesi come principi morali, che determinano l'oggetto del nostro interesse e i motivi del proprio impegno [...]. Già il filosofo ateniese Platone aveva inteso il colere, non come mera conoscenza delle cose, bensì come conoscenza sapienziale di noi stessi secondo l'antico motto delfico del "conosci te stesso", tanto amato da Socrate, suo maestro (Bartholini 2000: 80-81).

Come si evince in Byron J. Good, è necessario ricordare che: la malattia appartiene alla cultura, in particolare alla cultura specializzata della medicina e la cultura non è solo un mezzo per rappresentare la malattia: è essenziale nella sua stessa costituzione in quanto realtà umana. (Good 2006:83)

Perciò si può dedurre che la malattia, come la cultura, viene percepita diversamente dalle persone che la vivono.

In sociologia della salute la malattia può essere analizzata secondo diverse dimensioni, se si prende in esame la NBM (Narrative Based Medicine). (ibidem 2006)

Facendo un breve excursus, per quanto concerne le basi teoriche della NBM, è necessario evidenziare che questa ha avuto origine negli USA negli anni Ottanta, in particolare ad opera della Harvard Medical School e dell'approccio fenomenologico ed ermeneutico in essa dominante nell'ambito dell'antropologia medica.

Si deve poi ritenere ispiratore e punto di riferimento fondamentale dell'approccio, di cui sopra, lo psichiatra e antropologo Arthur Kleinmann¹. Egli, infatti, considera la medicina quale sistema culturale in quanto la decodifica come un insieme di significati simbolici, i quali da una parte modellano la realtà clinica, dall'altra la realtà esperita dal paziente.

Maturo (2024) focalizza l'attenzione sull'approccio culturale alla malattia e, in particolare, prende in esame la triade DIS (disease, illness, sickness), uno degli strumenti euristici più utilizzati in sociologia e antropologia medica.

Si evince in Maturo: la triade DIS nella sociologia della salute si deve soprattutto a Twaddle, che la applicò, nella sua tesi dottorale, nel 1968, e successivamente la divulgò attraverso saggi teorici e ricerche empiriche [...]. Con disease possiamo intendere la malattia come viene rappresentata nel modello biomedico, ovvero un guasto organico "oggettivamente misurabile". L'illness è il senso di sofferenza che sotto diversi aspetti può attanagliare un individuo. La sickness, invece, riguarda il modo attraverso cui gli altri interpretano la malattia dell'individuo. (Maturo 2007: 111-112)

Sottolinea Twaddle: ogni qualvolta una persona venga definita dagli altri come avente disease o illness, possiamo parlare di una sickness, un'etichetta sociale che sta per non sano (unwell). (Twaddle 1979: 18).

E' degno di nota, poi, il fatto che, grazie alla narrazione, la malattia diviene esperienza sensata di illness ed è a questo punto che prende vita il ruolo della narrazione della malattia esperita dal soggetto.

Così le illness narratives sono "storie di malattia", la cui trama è costituita da "frammenti di storie di vita": si tratta di una vera e propria ricostruzione della malattia, in forma di trama, all'interno della cornice di una struttura narrativa, la quale le attribuisce un senso sulla base di una specifica rete semantica, culturalmente definita che opera in interconnessione tra i singoli significati soggettivi. (Maturo 2024)

Kleinmann, individuando nella decodifica dei significati delle narrazioni del vissuto del paziente uno dei compiti prioritari del medico, afferma: la malattia ha un significato e comprendere come acquisisce significato significa comprendere qualcosa di fondamentale: la cura e, forse, la vita in generale. Inoltre l'interpretazione della malattia è qualcosa che i pazienti, i familiari e gli operatori sanitari debbono intraprendere insieme. Ciò in quanto vi è una dialettica al cuore della guarigione, che porta l'operatore sanitario nel mondo incerto e pieno di paura del dolore e della disabilità e che reciprocamente introduce il paziente e la famiglia dentro l'altrettanto incerto mondo delle azioni terapeutiche. (Kleinmann 1988: XIV).

¹ Arthur Kleinman è uno psichiatra americano, antropologo sociale e professore di antropologia medica, psichiatria, salute globale e medicina sociale alla Harvard Medical School. Tra le sue innumerevoli e illuminanti pubblicazioni ricordiamo Kleinman, A. (1988), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley

In Simmel, a proposito del “cerchio sacro del paziente”, si evince: un cerchio siffatto [...] circonda l'uomo, occupato dalle sue faccende e dalle sue qualità, l'intrusione in questo, mediante una presa di coscienza, comporta una violazione della sua personalità [...]. Come la proprietà [...] lo è il corpo, che costituisce il nostro primo possesso [...] ogni attacco al possesso viene avvertito come un violentamento alla personalità [...]. (Simmel 1998: 332-333)

Così la consapevolezza co-istituita da parte del paziente che i luoghi della sua malattia sono vissuti anche attraverso il corpo del medico, fa sì che si instauri un rapporto di fiducia medico-paziente; la co-sofferenza dà più immediatezza alla comprensione empatica e in tal modo la narrazione diviene condizione intersoggettiva della malattia.

La NBM stimola i processi di anamnesi medica, psicologica, sociale e relazionale del vissuto del paziente, inoltre porta avanti la ricerca sui processi di produzione di significato da parte del medico e del malato sulla salute e sulla malattia. Infatti il significato co-costruito nella relazione può diffondere elementi nuovi ed essenziali ai fini diagnostici. Per quanto riguarda le malattie croniche² poi, ambito in cui le illness narratives hanno trovato attualmente una prevalente applicazione, si può fare riferimento al lavoro di Bury M. (1982): Cronic Illness as biographical disruption.

Nel lavoro di cui sopra il sociologo focalizza l'attenzione sui pazienti affetti da malattie croniche, quali, ad esempio, l'artrite reumatoide, evidenziando il fatto che la malattia cronica rappresenta un esempio di forte perturbazione e disgregazione nella vita di un individuo. Bury sottolinea che le sofferenze, causate dall'artrite reumatoide, possono portare ad acquisire una nuova consapevolezza del proprio corpo e della propria esistenza.

Al contempo il sopraggiungere di una malattia cronica imprevista, specie per i giovani, può mandare in frantumi speranze e piani per il futuro e creare una crescente dipendenza fisica dagli altri, provocando in tal modo, gravi disagi interiori e una profonda lacerazione del sé, facendoli sentire, “non persone”.

Come si evince in Goffman: ci sono altre categorie generiche di persone che, pur presenti, vengono considerate come se non ci fossero; gli esempi più comuni sono i giovanissimi, i vecchi e i malati. (Goffman 1969: 177)

Good B.J., che può essere ritenuto tra gli interpreti principali dell'approccio NBM, afferma che la narrazione è una forma nella quale l'esperienza è rappresentata e raccontata, nella quale gli eventi sono presentati come aventi significato e coerenza e nella quale le attività e le esperienze associate agli eventi sono descritte lungo il significato che dona loro un senso per le persone coinvolte. (Good 1999).

Ne consegue che la NBM, sottolineando la differenza tra i codici comunicativi medico-paziente, focalizza l'attenzione sul fatto che la cultura del paziente influenza la sua esperienza e le modalità di espressione dei sintomi. (ibidem)

² Uno dei punti prioritari del programma di salute pubblica dell'Ufficio Europeo dell'OMS “Health 2020: the European Policy for Wealth an Well Being” è proprio quello di mettere al centro la cura delle patologie croniche. Fonte: <https://www.euro.who.net/eu/health-topics-health-policy/health-2020/the-european-policy-for-health-and-well-being>.

In un'ottica interculturale le rappresentazioni di salute e malattia assumono spesso, per i non autoctoni, connotazioni "altre" rispetto a quelle della bio-medicina, ne deriva che i pazienti stranieri si pongono in maniera diversa rispetto ai pazienti autoctoni di fronte a esperienze come quelle della malattia, del dolore e della morte.

Nell'ambito della comunicazione medico-paziente straniero, si può notare, da parte di questo ultimo, nel momento in cui egli parla dei suoi "disturbi fisici", un uso frequente di metafore somatiche, al fine di trasmettere in modo più diretto e spontaneo, emozioni e sentimenti non diversamente comunicabili.

È necessario tener presente che, come sottolinea Byron J. Good: tutte le specialità della medicina clinica condividono una particolare ermeneutica medica, una conoscenza implicita dell'interpretazione medica. Laddove i sintomi dei pazienti possono essere codificati in un linguaggio culturale, il compito interpretativo del medico è quello di decodificare le espressioni simboliche del paziente nei termini dei rispettivi referenti somatici soggiacenti. L'esperienza del disagio, comunicata nel linguaggio della cultura è interpretata alla luce di una fisiologia alterata e implica una diagnosi medica. (Good 1999: 14)

Quanto sopra evidenzia che è necessario, da parte del medico, andare "oltre le metafore somatiche", ponendosi in un'ottica di comprensione del contesto socio-culturale del paziente straniero.

Risulta pertanto prioritario, al fine di attuare una comunicazione comprensiva ed empatica medico-paziente straniero, tener presente la biculturalità di quest'ultimo, che si affida al medico occidentale in quanto ritiene valida la medicina ipertecnologica del paese straniero, ma che al contempo è ancora legato alla propria cultura sanitaria e a pratiche della medicina tradizionale del Paese di origine.

Inoltre il background culturale del medico spesso non consente di instaurare un'efficace relazione e comunicazione con il paziente; il medico occidentale, infatti, non riesce a interpretare a volte quanto cerca di comunicare il paziente, non solo a causa di difficoltà linguistiche, ma soprattutto perché egli fatica ad acquisire una "forma mentis" che gli consenta di "mettere tra parentesi" la propria cultura, al fine di comprendere i reali bisogni e le aspettative di chi cerca di recuperare una nuova identità.

In Nord Africa Fanon e la sua equipe sottoposero il test TAT³ a un numero discretamente elevato di donne musulmane ricoverate presso il reparto aperto dell'ospedale psichiatrico di Blida.

Fanon scrive: abbiamo registrato una dozzina di osservazioni. Si tratta di persone affette da lievi ipocondrie a sfumatura ansiosa, di pazienti caratteriali evolutive che vivono nella propria famiglia senza gravi disturbi del comportamento, e di un caso di una mania insorta in età giovanile, guarita senza postumi. Quale atteggiamento generale possiamo riscontrare in questo caso? Come reagisce al TAT la donna musulmana? Come vive il test? In quale modo lo comprende? Nella donna europea, la percezione è totalmente e immediatamente soddisfatta. L'europea si integra immediatamente sulla scena. La musulmana adotta invece, a questo riguardo, un atteggiamento radicalmente diverso. La vediamo così consacrarsi a uno sforzo paziente, laborioso, tenace, di decifrazione, di analisi. [...] La spiegazione proposta dalla donna musulmana, la sua necessità di fare appello a interdizioni coraniche,

³ Il TAT (*Thematic Apperception Test*), è un test proiettivo, consistente nel sottoporre a un soggetto una serie di situazioni, di panorami percettivi, all'interno dei quali emergono spontaneamente delle linee di forza che permettono una ristrutturazione per l'Io di questo campo

è un atteggiamento al di là del quale è necessario vedere quel che si cela. In realtà, tale atteggiamento si spiega attraverso la logica stessa dell'immaginario. La vita immaginaria non può essere isolata da quella reale: sono il concreto, il mondo oggettivo, a nutrire costantemente, a permettere, legittimare e fondare l'immaginario e per curare una persona bisogna comprendere in profondità la sua cultura di provenienza. (Fanon: 2020: 177-181)

Concludendo, secondo Fanon, il fallimento del test TAT sulle donne mussulmane è dovuto al fatto che gli psichiatri occidentali non capiscono che i modelli di domande sono tarati per gli occidentali e quindi non nell'universo di senso delle donne mussulmane; Fanon sottolinea come il test sia risultato un fallimento perché la vita immaginaria della donna mussulmana non può essere slegata da quella reale e la risposta all'insuccesso di questa indagine va cercata fra le modalità con le quali si organizza l'immaginario nelle pazienti musulmane e nella società algerina.

Così l'attenzione alle diverse esperienze di vita di uomini e donne migranti e la capacità del medico di ascoltare le loro storie di vita, a volte possono risultare ancora più importanti dei moderni strumenti diagnostici e portare il medico a formulare diagnosi corrette e a proporre terapie adeguate.

La relazione terapeutica diviene in tal modo un punto focale, in cui convergono le competenze di chi cura e di chi chiede di essere curato e in cui le diverse culture, tradizioni, riferimenti valoriali, legislativi, economici, influenzano il rapporto.

La relazione medico paziente non può quindi essere compresa pienamente se non viene collocata entro un determinato contesto sociale in cui i due protagonisti medico e paziente interagiscono tra loro portando all'interno della relazione i loro mondi della vita e in tal modo il paziente potrà fornire preziose informazioni al medico, il quale le terrà presenti per formulare una corretta diagnosi. (Borgna 2015)

Per quanto concerne la comunicazione medico paziente, lo psichiatra Borgna ci fa riflettere sul significato etimologico del termine comunicare: rendere comune, per cui la comunicazione essendo dialogo, relazione, ci aiuta ad entrare in relazione con la nostra interiorità e con quella degli altri, nella convinzione che la comunicazione sia sinonimo di cura.

Si evince in Borgna: sono le parole dei pazienti ad aiutare a diagnosticare l'origine e la natura dei loro disturbi e delle loro ferite dell'anima. Il senso delle parole di un paziente riemerge solo se egli si sente accolto nella sua fragilità e non giudicato, riconosciuto nella sua interiorità, nella sua fragilità, nella sua soggettività, nella sua libertà assediata e non considerato come semplice corpo malato [...]. Così e non solo in psichiatria, è necessario, rivolgere grande attenzione alle parole dei pazienti [...] nel cuore di una comunicazione interpersonale, di una relazione nutrita di fiducia. (ibidem:21-23)

Indubbiamente spetta al medico fare il primo passo di avvicinamento al paziente, creando per lui una condizione di completo agio e mostrando interesse per quanto gli viene comunicato, al fine di guadagnare gradualmente la fiducia della persona che gli sta di fronte e creare così un rapporto di compliance, che è la condizione imprescindibile per il buon esito della cura.

Come afferma Goffman: il vero senso di un messaggio [...] dipende dalla nostra abilità di dire se è, per esempio, trasmesso seriamente, sarcasticamente, a titolo di esperimento oppure come citazione riportata e nella

comunicazione “faccia a faccia” queste informazioni “comuni” derivano per definizione dagli indizi paralinguistici quali l’intonazione della voce, l’atteggiarsi della faccia e simili indicazioni, che hanno un carattere espressivo e non semantico (Goffman 1988: 17).

Nel caso del paziente straniero, il medico dovrà in particolare vagliare e decodificare gli elementi comunicativi legati alla tradizione dell’altro, che possono apparirgli ad una prima valutazione “irrazionali” in quanto lontani da suo mondo culturale.

È compito del medico, pertanto, cercare di decodificare il punto di vista del paziente, tenendo conto del fatto che questo può possedere una propria razionalità e motivazione anche se contiene elementi apparentemente irrazionali, retaggio del suo ambiente di provenienza e del suo background culturale.

Lo stesso discorso è valido per il malato non autoctono che, deluso dal medico occidentale, il quale non sa ascoltare la sua voce, decide di rivolgersi alla medicina tradizionale.

In questo caso non si può parlare di pratiche irrazionali rispetto a uno scopo, ma di pratiche razionali che entrano più facilmente in sintonia con il mondo valoriale del paziente migrante, con le pratiche terapeutiche non professionali e le pratiche specialistiche non professionali, quali, ad esempio, le pratiche di tipo magico rituale a cui la sua famiglia e la comunità da cui proviene hanno fatto ricorso da sempre per far fronte alla malattia.

Le pratiche terapeutiche e i saperi sopra citati appartengono sia a quella sfera che l’antropologo e psichiatra Kleinmann (1980), proponendo una divisione del sistema sanitario in tre sfere principali, definisce “sfera popolare” sia a quella, da lui denominata “sfera folk” in quanto appartenente a tradizioni culturali endogene.

Completando poi la definizione di Kleinmann, alla sfera popolare e alla sfera folk segue “la sfera professionale” in cui è inclusa la biomedicina per le società occidentali, mentre per le società orientali, cinese e indiana, essa include i sistemi di medicina indigena professionalizzata come la medicina tradizionale cinese e la medicina ayurvedica (Giarelli 2005).

In una società multiculturale e multietnica in cui è entrata un crisi la connessione fenomenologica di correlazione tra i sistemi sanitari e i soggetti nella relazione di mondo vitale è venuta meno la relazione empatica tra medici e pazienti per cui il paziente ha perso la fiducia nei confronti di un medico, il quale poco ascolta e poco decodifica il suo vissuto.

Pertanto, in un’ottica di pluralismo sanitario, oggi è più che mai necessario cercare nuove forme di integrazione tra i vissuti esperienziali di salute/malattia e l’ambito istituzionale sanitario, al fine di re-instaurare una comunicazione empatica medico-paziente, intendendo per empatia il mettersi dalla parte di chi soffre. (Ardigò 1988).

In una società in cui l’immigrazione assume sempre più un posto prioritario, il paziente straniero ha bisogno di un medico a misura d'uomo, che gli offra un percorso di cura olistico, facendosi carico non solo della malattia, ma soprattutto della persona che soffre. Del resto le aspettative spesso deluse del paziente straniero, lo portano a vivere in modo ambiguo la situazione di distacco da un passato che non riesce del tutto ad abbandonare e per cui prova nostalgia (intesa come desiderio del nostos, ritorno) e un desiderio di integrazione nella società occidentale da cui non si sente del tutto accettato.

Infatti si vede spesso considerato come una “non persona”, secondo l’accezione goffmaniana e al contempo come una vittima nei confronti della quale viene spesso attuata una violenza culturale che lo priva della sua dignità.

E’ quindi necessario aiutare il paziente migrante ad abbattere le numerose barriere burocratiche e culturali che egli deve superare prima di avvicinarsi al Servizio Sanitario.

La nostra società, inoltre, non accetta l’immigrato in quanto malato non solo perché portatore di contagio reale o simbolico, ma anche perché non è utile in quanto non lavora. (Tognetti Bordogna 2004).

Tale considerazione fa ulteriormente riflettere sulla disuguaglianza di trattamento tra cittadini italiani e cittadini stranieri, disuguaglianza che, come afferma Dal Lago, è potenzialmente l’inizio di un processo riduttivo di alcuni esseri umani da persone a non persone. Secondo tale processo discriminatorio, infatti, solo l’autoctono è visto come persona in altri termini la persona è il risultato di processi culturali e sociali, che modificano, pur presupponendola variamente, l’immagine dell’uomo come essere generico e come singolo [...] (Dal Lago 2005: 214).

Si deve poi tener presente che il migrante, in base alla sua cultura, ha opinioni relative alle concezioni di salute e malattia che non collimano con quelle della medicina scientifica occidentale, la quale comunque con il suo apparato tecnologico gli appare importante e salvifica e in questo contesto egli vede il medico come colui che può ridargli la salute quindi anche il lavoro e il benessere.

Infatti, prendendo in esame il bisogno di salute degli immigrati, si può riscontrare spesso che la condizione di straniero si associa alle condizioni di precarietà lavorativa, di povertà, di disoccupazione e a quelle di cattiva condizione di salute. Come afferma Marmot (2016) in merito al binomio salute e povertà, si deve tenere presente che la precarietà lavorativa e la disoccupazione incidono sullo stato di salute.

Si evince, infatti, in Marmot: ho presentato le prove che [...] i lavoratori in occupazioni precarie avevano un rischio maggiore di avere disturbi mentali rispetto a quelli con lavori sicuri [...]. Io ho una risposta che viene dalla European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide, che ho diretto per conto dell’Ufficio Regionale della WHO. Tra i gruppi di lavoro che abbiamo istituito per esaminare le prove sui determinanti sociali della salute uno riguardava l’occupazione e le condizioni di lavoro. Questo gruppo ha riassunto 65 studi con prove schiaccianti che la precarietà sul lavoro danneggia la salute e in particolare la salute mentale. (ibidem:199)

Precisa Saraceno, in merito al contesto italiano, evidenziando la maggiore vulnerabilità della popolazione straniera: gli stranieri [...] soffrono non solo perché come i giovani autoctoni sono entrati di recente nel mercato del lavoro, ma anche perché si trovano nei gradini più bassi della stratificazione occupazionale (Fullin e Reyner 2013; Fullin, Ghetto e Reyner 2018, ISTAT 2019), andando ad alimentare così il numero dei lavoratori poveri sia a livello individuale sia a livello familiare. In genere hanno anche meno risorse familiari sui cui contare rispetto ai poveri italiani perché la loro rete familiare estesa è altrove e spesso conta sul loro sostegno invece di poterne offrire. (Saraceno 2022: 198).

Come afferma Enzesberger: “gli stranieri sono tanto più stranieri, quanto più sono poveri” (Enzesberger 1993:26) perché, quanto più si è malati, tanto più si viene percepiti e ci si percepisce stranieri. La malattia comporta, infatti, maggior interferenza al progetto integrativo e assume forti connotazioni negative per il migrante in quanto lo costringe a venire meno al patto che egli ha stretto sia con il Paese di provenienza sia con quello di accoglienza e

soprattutto fa sì che egli non riesca a raggiungere l'obiettivo di migliorare come lavoratore valido ed efficiente le condizioni proprie e della propria famiglia.

Tale situazione si acuisce in particolar modo quando il migrante si trova da solo in un paese straniero e, non avendo una rete familiare o amicale che lo sostiene, si sente particolarmente vulnerabile dal punto di vista psicologico e sociale per cui tende a rinviare il più possibile il riconoscimento della malattia e si rivolge al medico solo quando questa è in fase avanzata. (Tognetti Bordogna 2004).

Del resto le persone in condizioni di povertà non possono permettersi di adottare buone abitudini di vita, che possano prevenire malattie future, ad esempio, non possono permettersi di seguire una sana ed equilibrata alimentazione, perché troppo costosa.

Fa presente Garattini che la povertà è anche il più rilevante fattore di rischio per essere esposti a malattie soprattutto croniche, inoltre l'ictus cerebrale raddoppia nei poveri rispetto ai benestanti. (Garattini 2023).

2. Verso una comunicazione medico-paziente straniero culturalmente mediata nel pieno rispetto della cultura dell'altro.

La rilevanza degli studi socio-antropologici dimostra come, nel contesto dell'immigrazione, il significato attribuito a salute e malattia dipenda in gran parte da dimensioni culturali. (Martinelli 1977)

Il tema immigrazione-salute ci porta poi a riflettere in termini di medicina transculturale nel senso che determinati comportamenti, patologie, pratiche mediche vengono ritenuti come fenomeni socialmente e culturalmente condizionati. (Illich 1976)

Per quanto concerne, ad esempio, le difficoltà di accesso per l'immigrato alle strutture sanitarie del paese che lo ospita, questo, prima ancora di essere un problema di carattere etico-giuridico in merito alla legittimità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria, è un problema di carattere culturale e psicologico, che rischia di peggiorare il disagio esistenziale (fragilità, insicurezza, precarietà) che l'immigrato porta con sé in terra straniera, causato dallo sradicamento dai propri valori, tradizioni e comunità di riferimento (Pasini 2000).

In merito al disagio del migrante in un paese straniero, questo può causare disturbi psicosomatici e vari malesseri dovuti al fatto di sentirsi lontano dalle proprie origini insieme all'incertezza del futuro e all'instabilità di una nuova forma di vita.

Indubbiamente quando l'immigrato fa ricorso alle strutture sanitarie, presenti nelle società occidentali, si profilano per lui ulteriori ostacoli, in quanto il sapere scientifico e le tecnologie diagnostiche utilizzate dai medici e dagli operatori nei suddetti servizi non fanno parte del sistema di riferimento a lui familiare, infatti il sistema di credenze sul significato di salute e malattia, non appartiene alla cultura occidentale e tutto ciò può creare spesso incomprensioni da parte degli operatori sanitari a causa della incompatibilità tra specificità culturali diverse. (ibidem 2000).

In merito poi all'atteggiamento di rifiuto da parte di molti migranti nei confronti dell'ospedale e il fatto che questi si rassegnino alla degenza in ospedale di un congiunto solo se ciò risulta strettamente necessario, come nel caso di un parto o di un intervento chirurgico, questo rimanda a un chiaro fattore culturale. Infatti molte famiglie di immigrati vedono l'accudimento dei malati come una responsabilità dei componenti della famiglia e pertanto questo non può essere delegato ad altre persone esterne al nucleo familiare. (Fernandez de la Hoz, Pflegerl J. 1999).

Inoltre, di fronte al medico e all'operatore sanitario, il migrante in nosocomio manifesta sovente uno stato di disagio, derivato dal sentirsi incapace di comunicare correttamente a causa delle differenze linguistiche e culturali e anche in quanto si sente, in un'ottica goffmaniana, un "portatore di stigma". (Goffman 1983)

In riferimento all'opera di Goffman "Stigma", dal titolo si evince il contenuto. Infatti, come il termine stigma indicava, presso i Greci, il marchio che si poteva vedere nel corpo di chi veniva emarginato a livello sociale (schiavo, criminale, traditore)⁴, così nell'odierna società lo stigma è la macchia che contrassegna le persone, le quali sono portatrici di diversità socialmente indesiderabili e tra questi i malati, gli stranieri. Un individuo portatore di stigma è visto, secondo Goffman, come un perturbatore dell'ordine dell'interazione, come un deviante, un diverso, un emarginato e nella relazione sociale la sua devianza è foriera di reazioni che non si sarebbero verificate se nella relazione tutti fossero stati "normali".

È da sottolineare, comunque, il fatto che Goffman, pur presentando varie categorie di stigmatizzati e pur fornendo vari esempi di episodi e situazioni in cui sono coinvolti sia stigmatizzati sia normali, mette bene in evidenza che il "normale" e lo "stigmatizzato", non si devono intendere come persone, ma come prospettive, in quanto lo stigma deve essere visto come un "prodotto sociale", pertanto la sua esistenza o la sua inesistenza dipende dal contesto sociale: in alcuni lo si lascia attecchire, in altri no.

Per quanto concerne poi le incomprensioni linguistico-culturali tra medico e paziente migrante e che purtroppo possono sfociare in gravi errori diagnostici, è significativo l'esempio di una diagnosi errata, che ha portato alla morte un paziente migrante, proveniente dalla Malesia, a causa del mal di parole.

Si evince in Quaranta, Ricca: la Malesia è lontana dall'Europa. Ma il vento dei processi migratori è poderoso. Ormai è in Italia da alcuni anni. Ha imparato la lingua del luogo. Soprattutto ha appreso a inghiottire le difficoltà dell'essere stranieri in terra d'altri. Ma si è fatto forza, ha il fegato forte lui proprio come suo padre, continua a ripetersi [...]. Hati questo è il nome che si dà al fegato in Malesia e nella lingua nazionale, il malay. Il luogo del coraggio, la sede della rabbia, del livore e di altri sentimenti. In italiano parlato si sente in gamba, ma la vita è dura lo stesso. Non va d'accordo sul posto di lavoro e ha grosse difficoltà anche in famiglia. È stanco, affaticato, talvolta pensa che vorrebbe tornare indietro, a casa, ma non sa più dove è casa sua. Così, ogni primavera la depressione si riacutizza, come capita a tutti. Lui diventa instabile, nervoso, diventa irascibile. Del resto l'occasione per uno scontro, per una contrarietà di troppo, è perennemente dietro l'angolo per chi è immigrato. Ed è accaduto anche questa volta. Una volta di troppo. [...] Adesso sta male. Avverte un peso allo stomaco. Il suo Hati soffre, pensa [...]. Gli manca il respiro

⁴ Il termine stigma deriva dal greco "stizo" che significa pungere, imprimere segni

[...]. Sollecitato dalla moglie si convince a recarsi in ospedale. Giunto al pronto soccorso, incontra un'infermiera, le spiega di sentire male al fegato. Lo spiega in buono italiano.

L'infermiere lo prende sul serio, si affida alla proprietà di linguaggio del nuovo paziente [...]. Dopo poco sopraggiunge il medico e il malese gli ripete di avere male al fegato. Il dottore gli pone alcune domande sulle sue abitudini alimentari, poi chiede di indicargli dove sente dolore quindi procede a una palpazione dell'addome.

Il medico anche lui non sa di non sapere nulla delle differenze tra la cultura malese e quella italiana. E non sa che neanche il suo paziente malese ha idea di quanto lui non sappia. Nell'intrico di questa doppia ignoranza sfugge così a entrambi la possibilità di spiegarsi. Il malese ha tradotto Hati con "fegato". Ed è giusto, ma non completamente. Ha dimenticato di dire che la mondializzazione della cultura medica occidentale ha spinto gli Indonesiani a distinguere tra fegato e "fegato". Ormai, quando bisogna riferirsi all'organo che produce bile, cioè al fegato non metaforico degli scienziati, in Indonesia si dice liver. Ma lui stesso non è ben consapevole di questo fatto. Sa che "hati" si dice "fegato" in italiano [...] ed ha usato quella parola [...]. Non è venuto in mente al Malese che avrebbe dovuto dire di sentirsi oppresso, di avere un senso di ansia, di avvertire fiacchezza, mancanza di respiro. Non ha pensato di raccontare al medico di aver avuto un alterco. Del resto cosa importa al dottore della mia vita? Non mi ascolterebbe nemmeno si è detto. Così con il fegato tra le labbra e il cuore squassato si è sottoposto a un'ecografia addominale.

Il medico ha riscontrato un po' di sabbia a livello epatico (sabbia biliare) insieme a un po' di ingrossamento (una lieve hepatomegalia). Anche il colon sembra alquanto espanso. Necessiterebbe, forse, di una colonscopia, ma per il momento, che la sofferenza abbia un'origine addominale, digestiva, tutto sommato ci sta. Sulla base di questi dati clinici e diagnostici il dottore presenta una cura adeguata al caso e dimette il paziente malese.

Cuore traditore. Non è venuto sino alle labbra del malese mentre veniva visitato. Eppure picchiava forte. Il silenzio, la timidezza, l'autosegregazione psicologica di lui come di molti migranti, ha fatto il resto. Così il medico è rimasto all'oscuro di tutto, abbagliato da "un'epatite culturale". Torna a casa un po' sollevato il nostro malese [...]. è ormai sera quando si sdraia sul letto. Ha il farmaco prescritto. Ma "il peso sullo stomaco" quasi sotto il diaframma, si fa più forte. È il suo hati a fargli male, continua a pensare. Ma invece ha una sofferenza retrosternale. C'è un'angina in corso. Non dura molto. Purtroppo si scatena un infarto. Il "mal di parole" ha colpito. Il referto sarà preciso, limpido, laconico. Arresto cardiaco [...]. Se invece di accusare il fegato, il malese gli avesse detto di avere mal di stomaco, di sentirsi depresso, ansioso, di avere avuto un alterco [...] tutto sarebbe andato per un altro verso. Il malese non sarebbe uscito dall'ospedale senza un elettrocardiogramma che avrebbe svelato un cuore hati gravemente sofferente. [Quaranta, Ricca: 14-17].

Quanto sopra esposto focalizza l'attenzione sul fatto che, al fine di migliorare e potenziare il rapporto comunicativo medico-paziente straniero, è necessario attuare una comunicazione a più livelli: da quella di carattere empatico, tra medico e paziente a quella che tende a superare ogni forma di etnocentrismo e che si avvale, come figura di supporto, del mediatore linguistico-culturale, il quale ha un ruolo specifico, in quanto fa da filtro tra il migrante e la società in cui questi viene inserito.

Infatti i mediatori linguistico-culturali svolgono un ruolo di mediazione tra le istituzioni territoriali (ad esempio enti locali, nazionali, pubblici, privati, sistema sanitario, scuole, pubblica amministrazione, etc...) e i cittadini immigrati residenti con l'obiettivo di accoglierli e di facilitare loro la comunicazione verbale e al contempo la conoscenza, l'accesso e l'uso dei servizi sanitari sul territorio. (Morrone 2004). Ne consegue che ai mediatori linguistico culturali spetta l'importante compito di avvicinarsi con rispetto al migrante, fornendo risposte chiare ed esaurienti alle sue domande e ai suoi bisogni.

Si evince in Morrone: grazie alla loro capacità di comprendere e dialogare con i cittadini immigrati, essendo loro stessi immigrati, dal paese d'origine degli utenti, che a loro si rivolgono, i mediatori prevengono anche le potenziali occasioni di conflitto e favoriscono le condizioni per l'integrazione sociale e per le pari opportunità nel godimento dei loro diritti (ibidem:72). In sintesi si può affermare che l'intervento di mediazione interessa fondamentalmente tre livelli. Il primo livello concerne il piano linguistico comunicativo (mediazione linguistico culturale), in riferimento alla traduzione e/o alla facilitazione nella comunicazione verbale, servizio di interpretariato, traduzione dei testi. Il secondo poi riguarda il piano orientativo-informativo in riferimento all'orientamento per la fruizione dei servizi, accompagnamento, consulenza. Infine il terzo livello concerne il piano psicosociale e culturale in merito all'ascolto, al sostegno, alla facilitazione delle relazioni, dell'animazione interculturale, della promozione e valorizzazione della cultura d'origine e della gestione dei conflitti. (ibidem 2004). Ne deriva che la funzione del mediatore culturale, in ambito sanitario, consiste, in via prioritaria, nel fornire una traduzione chiara ed esauriente al medico, il quale, in tal modo può venire a conoscenza della reale identità dei disturbi accusati dal paziente, in secondo luogo, essendo il mediatore in possesso di metodi e strumenti socio-antropologici, egli dovrebbe saper decodificare i bisogni di salute del paziente e soprattutto saper comunicare i disagi del malato migrante. Inoltre, ponendosi come attore competente nel processo di integrazione, dovrebbe fornire informazioni utili sulle caratteristiche del sistema sanitario nazionale, al fine di orientare i pazienti stranieri alla risoluzione delle tematiche di salute. (Rudvin 2005). Purtroppo, come sottolinea Rudvin (2005), in Italia, in ambito sanitario, si rileva una carentza di figure professionali competenti, nel contesto della mediazione culturale. In altri paesi europei, in particolare nei paesi Scandinavi, Gran Bretagna, Belgio, Austria e nei paesi extraeuropei, quali Canada, USA, si sta affermando la figura dell'interprete sociale (community interpreter) sia come ambito di specializzazione professionale, sia come disciplina accademica. La ricerca in questo settore verte sia sugli aspetti tecnici dell'interpretazione della formazione, sia sugli aspetti sociali, umani e culturali (ad esempio aspetti interculturali nella diagnosi, descrizione della sintomatologia). (ibidem 2005). Negli ospedali anglosassoni poi operano delle associazioni di interpreti specializzati in ambito medico, mentre in Italia solo in pochi ospedali si può trovare un team fisso di mediatori culturali e il reclutamento spesso non tiene conto delle reali competenze nel settore della medicina.

Pertanto, essendo assunti per brevi periodi, i mediatori culturali non riescono ad acquisire un'adeguata padronanza del lessico specifico e non approfondiscono le conoscenze delle strutture del sistema sanitario italiano. Inoltre, in alcuni nosocomi si utilizzano mediatori culturali come interpreti o interpreti, le cui competenze linguistico-culturali non sono state verificate e tale discrasia può far sì che il mediatore culturale decodifichi in maniera errata la

comunicazione medico-migrante. (Rudvin 2005). Quindi si auspica che nel contesto italiano, nel pieno rispetto della dignità del migrante, venga attuata una attenta opera di educazione e formazione dei mediatori culturali per far sì che questi possano decodificare con competenza la comunicazione medico-paziente straniero e per far sì che quest'ultimo, nella consapevolezza dei propri diritti, acquisisca sempre più fiducia nelle istituzioni sanitarie. Come afferma Habermas: i processi di comprensione dipendenti dal linguaggio si svolgono sullo sfondo di una tradizione condivisa intersoggettivamente, soprattutto di valori accettati in comune. (Habermas 1986: 883).

3. La comunicazione medico-paziente straniera

La figura della donna migrante non è ancora ritenuta come un soggetto autonomo per quanto concerne la dimensione migratoria, ma è considerata come una figura secondaria, subordinata alla migrazione maschile, pertanto è vista in primis come moglie-madre. (Morrone 2004).

Secondo l'OIM (Organizzazione internazionale delle migrazioni) "la differenza di genere è forse il fattore singolo più importante nella formazione dell'esperienza di migrazione" (UNFPA 2006: 10) in quanto i disagi, gli ostacoli e le opportunità per i migranti si rivelano diversi per uomini e donne e per queste ultime è necessario sottolineare che spesso sono soggette a violenze, vittimizzazioni e discriminazioni e, purtroppo i lavori peggiori vengono riservati a loro: si tratta di lavori precari e intermittenti che sostituiscono il lavoro regolare.

Inoltre è da evidenziare che nei Paesi poveri da cui provengono e da cui sono fuggite per sottrarsi a fame, guerre, miseria estrema e tradizioni patriarcali, che limitano fortemente la loro libertà, esiste un notevole divario nel modo in cui vengono allevati bambini e bambine in riferimento all'istruzione, alla cura della salute e perfino alla nutrizione. La differenza, di cui sopra, che si palesa sin dalla prima infanzia, deriva dal fatto che i genitori investono molto di più nell'educazione e nella cura dei figli rispetto a quella delle figlie. Inoltre il tasso di mortalità infantile, che nei primi 5 anni di età è più alto per le bambine che per i bambini, rappresenta un indice evidente delle disuguaglianze di genere. (Human Development Indices and Indicators: 2018, Statistical Update; Cellule de Planification et de Statistique CPS/SSDSPF, Institut National de la Statistique INSTAT/MPATP, INFO-STAT, and ICF International 2014, UNICEF 2013).

La donna migrante poi, vive nel paese straniero, in una condizione di vulnerabilità, isolamento, è facilmente soggetta a discriminazioni, sfruttamento ed esposta a forme di emarginazione e violenza. (Morrone 2004)

Indubbiamente le donne non autoctone, quando si insediano nel Paese straniero, subiscono un forte trauma in quanto si sentono abbandonate a se stesse, sradicate dai loro riferimenti culturali concernenti, ad esempio, la maternità. Infatti nel Paese di origine potevano usufruire dell'ausilio delle donne della comunità prima e dopo il parto, mentre nel Paese straniero sono costrette a partorire in ospedale dove non riescono nemmeno a comunicare con medici e operatori sanitari e tutto ciò contribuisce a incrementare il loro disagio e la loro paura. (Lombardi 2005). Pertanto, mentre nei paesi d'origine, il parto costituiva un momento di comunicazione, vicinanza, solidarietà tra donne, in quanto l'uomo ne era escluso, nel paese straniero, per quanto concerne la maternità e il parto, la donna è sola. Così i ritmi naturali vengono alterati e la maternità e il parto sono vissuti, specie se la donna partorisce

in ospedale, come una malattia. Infatti il parto in ospedale e l'alto numero di cesarei confermano ulteriormente lo stato di malattia. (Morrone 2004: 77). Ne consegue che, in ambito sanitario, risulta più che mai necessario che i medici e gli operatori sanitari prendano in esame le problematiche connesse alla funzione riproduttiva e alla maternità delle donne straniere. Un altro grave problema è il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili (FGM) che costituisce una forma di violenza basata sul genere e una grave violazione dei diritti umani a danno di milioni di donne e bambine in tutto il mondo.

Women and Girls, aged 15-49, who have undergone some form of FGM

UGANDA	1%
YEMEN	19%
KENYA	21%
NIGERIA	25%
SENEGAL	26%
GUINEA-BISSAU	45%
MAURITANIA	69%
ETHIOPIA	74%
GAMBIA	75%
BURKINA FASO	76%
SUDAN	88%
ERITREA	89%
EGYPT	91%
MALI	91%
DJIBOUTI	93%
ERITREA	97%
SOMALIA	98%

Tab. 1. Fonte, United Nations Population Fund. Source Demographic and Health Surveys, Maggio 2024

Dalla tabella sopra esposta, in riferimento ai 17 paesi africani, si può dedurre che, per quanto concerne le (FGM), nonostante siano state formulate leggi che le vietano, tuttora queste sono presenti in molti paesi. (Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern 2019; An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM), 2011; World Health Organization, Female Genital Mutilation: Evidence Brief, 2021; World Health Organization: Eliminating Female Genital Mutilation: an Interagency Statement, 2008).

Come si evince in Morrone (2004): considerando che, secondo l'OMS e altre agenzie internazionali, dalle donne dipende lo stato di salute delle loro famiglie, lo stato delle donne richiede un'attenzione particolare in sé e per sé anche per questo importante ruolo di promozione a tutela della salute di altri individui. (Morrone 2004: 77)

Pertanto, al fine di attuare una valida comunicazione medico-paziente straniera e al fine di stare dalla parte della migrante e offrirle un valido supporto, le figure professionali che lavorano nelle strutture sanitarie, specie nei reparti materno infantili, dovrebbero essere preferibilmente donne: ginecologhe, ostetriche, assistenti sanitarie, mediatici culturali.

Infatti, solo se la donna migrante acquisirà fiducia nei confronti del medico e della sua equipe, si potrà realizzare una valida comunicazione interculturale, intesa come processo dinamico e dialettico, foriero di nuovi equilibri.

Attuare un dialogo, fondato su una comunicazione interpersonale ed empatica, può costituire un mezzo per migliorare la conoscenza reciproca e superare le barriere e le differenze culturali.

In tale contesto, infatti, il medico, ponendosi dalla parte della paziente, non si limita solo a chiedere i sintomi dei suoi disturbi, ma, in modo amichevole, fa domande concernenti le relazioni interpersonali, i legami familiari e le sue condizioni di vita, al fine di dedurre “dalla sua storia di vita” se il disturbo si deve ricondurre a una vera e propria patologia o è dovuto a difficoltà di inserimento sociale o allo stato di disagio che la paziente incontra, giorno dopo giorno, nel Paese straniero e che può sfociare in una malattia.

Pertanto è prioritario, come si evince nella Costituzione Italiana, tutelare il diritto alla salute e il diritto al rispetto della dignità della persona.

Infatti è doveroso ricordare che l'articolo 32 della Costituzione Italiana afferma: la Repubblica tutela la Salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti [...] nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti dal rispetto della dignità umana.

Nell'articolo 3 poi si evince: tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di condizioni personali e sociali. [...] E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Ne consegue che, come afferma Jaspers (1991), la figura del medico dovrebbe caratterizzarsi “da un lato per la conoscenza scientifica e abilità tecnica, dall'altro per l'ethos umanitario” (*ibidem*: VIII).

4. Conclusioni

Il lavoro ha focalizzato l'attenzione sul fatto che in una Società, connotata da multiculturalità e multietnicità, si evidenzia sempre più una vittimizzazione e una violenza culturale nei confronti dello straniero e purtroppo ciò si verifica anche in ambito sanitario.

Così è necessario porsi, quale obiettivo prioritario, l'aiuto nei confronti del paziente straniero a superare le numerose barriere burocratiche e soprattutto culturali prima di avvicinarsi al servizio sanitario, in quanto sia il cittadino italiano sia il cittadino straniero deve essere trattato come una "persona".

Infatti spesso solo l'autoctono è visto come "persona", facendo riferimento a un risultato di processi culturali e sociali, mentre lo straniero viene considerato una "non persona", perché socialmente, in seguito a un processo di esclusione sociale, è ritenuto tale.

Come si evince in Dal Lago: una non persona non è tale per qualche caratteristica intrinseca o naturale, ma perché socialmente considerata come tale in seguito ad un processo di esclusione o di vera e propria rimozione sociale. (ibidem: 214)

Pertanto il paper ha posto particolare enfasi sul fatto che i sistemi sanitari, se vogliono rispondere in maniera equa e competente ai bisogni di un'utenza multietnica, devono fornire validi servizi e attività di cura, adottando strategie operative finalizzate a debellare le disuguaglianze e le discriminazioni nel doveroso rispetto della salute della persona e della sua dignità.

Al contempo il lavoro ha cercato di evidenziare il fatto che, nel pieno rispetto dello straniero come persona, è necessario avvalersi di una capillare opera di mediazione linguistica culturale per formare mediatori culturali competenti.

Ne deriva che la figura del mediatore linguistico culturale deve essere vista come "figura ponte" tra culture diverse, al fine di sottolineare la necessità di effettuare investimenti nel contesto della comunicazione interculturale e al fine di ridurre le difficoltà di relazione medico-paziente straniero, in quanto il medico deve comprendere non solo i sintomi del paziente, ma anche la cultura e la storia di vita dello stesso.

Particolare attenzione è stata rivolta poi alla figura della paziente straniera, che vive nel nuovo Paese una situazione di isolamento, disagio, vulnerabilità, tenendo conto che è stata spesso vittima di violenze tra cui le MFG (Mutilazioni Genitali Femminili), di abusi e discriminazioni. Inoltre in ambito lavorativo le vengono spesso assegnati lavori precari e faticosi che possono danneggiare la sua salute e al contempo si sente spesso sola, emarginata in quanto le mancano i riferimenti culturali del paese di origine. (Morrone 2004)

Ne consegue che risulta rilevante l'apporto del mediatore linguistico culturale, il quale può prendersi cura della paziente, comunicando con lei, mettendola a proprio agio per esserne di aiuto soprattutto nella comunicazione con il medico, il quale terrà poi conto dei sintomi della paziente e del suo vissuto, al fine di evitare l'errore diagnostico. Il paper, pertanto, ha sottolineato con enfasi la responsabilità dei soggetti che devono adoperarsi per garantire il diritto alla salute e per garantire il pari accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini: stranieri e non.

5. Riferimenti Bibliografici

- Ardigò, A. (1988), Per una sociologia oltre il post moderno, Laterza, Bari.
Baccarini B. (2012), "Malattia", in Cipolla C. (a cura di), La devianza come sociologia, Franco Angeli, Milano.

- Bartholini, I. (2000), "La cultura come semantica della mediazione" in Cipolla C. (a cura di), *Principi di sociologia*, Franco Angeli, Milano.
- Borgna E. (2015), *Parlarsi. La comunicazione perduta*, Giulio Einaudi, Torino.
- Bury M. (2001), Illness narratives: fact or fiction? "Sociology of Health and Illness", 23: 263-285.
- Cellule de Planification et de Statistique CPS/SSDSPF, Institut National de la Statistique INSTAT/MPATP, INFO-STAT, and ICF International. 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012–2013*. Calverton, MD: CPS, INSTAST, INFO-STAT, and ICF International.
- Dal Lago A. (2005), *Non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.
- Enzesberger, H. M. (1993), *La grande migrazione*, Einaudi, Torino.
- Fernandez de la Hoz P., Plegerl J (1999), "Migrantinnen im Spital. Workshop fur Mitarbeiterinnen in Gesundheitseinrichtungen der Stadt Wien", Kompendium der Familienforschung in
- Frantz Fanon (2020), *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona
- Fullin, Guetto, Reyner (2018), Poor Returns to origin country Education for non western immigrants in Italy: an analysis of occupational status on arrival and mobility, in "Social inclusion", 6 (3), pp. 34-37.
- Fullin, Reyner (2013), Gli immigrati in un mercato del lavoro in crisi: il caso italiano in prospettiva comparata, in "Mondi migranti", 1, pp.21-34.
- Garattini, S. (2023), *Prevenzione è rivoluzione. Per vivere meglio e più a lungo*, Il Mulino, Bologna.
- Giarelli, G. (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Franco Angeli, Milano.
- Goffman E. (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna.
- Goffman E. (1983), *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè Ed., Milano.
- Goffman, E. (1988), *L'interazione strategica*, Il Mulino, Bologna [ed. orig. Strategic Interaction, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1969].
- Good, B.J. (1999), *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Good, B.J. (2006), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino.
- Habermas, J. (1986), *Teoria dell'agire comunicativo*, Il Mulino, Bologna. [ed. orig. Strategic interaction, University od Pennsylvania Press., Philadelphia, 1969].

Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update.

http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018 _human_development_statistical_update.pdf.

Illich I. (2005), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Boroli Editore, Milano.

Jaspers, K. (1991), *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano.

Kleinman, A. (1988), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.

Lombardi L. (2005), *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli, Milano.

- Marmot, M. (2016), *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero Scientifico, Editore.
- Martinelli A. (1977), Introduzione in Maccaro G.A., Martinelli A. (a cura di), *Sociologia della medicina*, Feltrinelli, Milano.
- Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano.
- Maturo, A. (2024), *Il primo libro di sociologia della salute*, Piccola Biblioteca Einaudi. Mappe, Torino.
- Morrone A. (2004), *Le famiglie immigrate: integrazione, mediazione e tutela della salute in Osterreich 1999*, Osterreichisches Institut fur Familiensforschung (OIF), Wien: 31.
- Pasini N. (2000), I consumi sanitari, "Migrazioni, Mercato del lavoro e Sviluppo economico, Dossier e Ricerca", vol II, Ismu, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, Comune di Milano, 1-22.
- Quaranta, I. e Ricca, M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rudvin, M. (2005), "Interprete medico, interprete sociale o mediatore culturale linguistico? Le esigenze di comunicazione interculturale in ambito sociosanitario", in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*. Vol. III. Spendibilità, Franco Angeli, Milano.
- Saraceno, C. (2022), *La povertà in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Simmel, G. (1998), *Sociologia, Comunità*, Torino.
- Tognetti Bordogna, M., (2004), "Differenze culturali e servizi sanitari nella società multietnica", in Società italiana di Sociologia della Salute (a cura di), *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità, "Salute e Società"*, a. III, n. 3: 137-56.
- Twaddle, A. (1993), "Disease, illness and sickness revisited", in Twaddle A., Nordenfelt L. (a cura di), *Disease, Illness and Sickness. Three central concepts in the theory of Health*, Linkoping University Press, Linkoping.
- UNFPA, Lo stato della popolazione nel mondo 2006. In movimento verso il futuro. Donne e migrazioni internazionali, AIDOS, Roma.
- UNICEF (2019), *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*.
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*. https://www.unicef.org/publications/index_69875.html.
- United Nations Population Fund, Women and girls (aged 15-49) who have undergone some form of FGM (Female Genital Mutilations), maggio 2024.
- World Health Organization (2008) *Eliminating Female Genital Mutilation: an Interagency Statement*. Geneve. 10665/43839.
- World Health Organization (WHO)(2011). An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM): Progress report. Department of Reproductive Health and Research.
- World Health Organization (WHO)(2019). *Female Genital Mutilation: Evidence Brief*. Retrieved April 16, 2021, from file:///N:/Downloads/WHO-RHR-19.19-eng.pdf.