

Implementare il servizio di mediazione linguistico-culturale in ambito sanitario. Uno studio di caso in Alto Adige

di Franca Zadra*

Riassunto: Questo contributo esplora il processo d'implementazione del servizio di mediazione linguistico-culturale nel principale ospedale di Bolzano, documentando i fattori che hanno contribuito all'incremento nelle modalità delle prestazioni e nell'utilizzo del servizio. Oltre alla diffusa percezione dell'impatto positivo del servizio sulla qualità ed efficienza della prestazione sanitaria con pazienti immigrati, la crescita è stata favorita dai programmi di formazione congiunta tra operatori sanitari e mediatori, le forme di incorporazione stabile di mediatori nel contesto sanitario e l'adattamento del loro ruolo alle necessità specifiche dei vari contesti.

Parole-chiave: mediazione; servizi sanitari; migrazione; innovazione sociale; operatori sanitari.

Implementing intercultural mediation services in the healthcare field. A case study in South Tyrol

Abstract: This paper explores the implementation of linguistic and cultural mediation services in Bolzano's main hospital, documenting contributing factors to its increased performance and usage. Beyond the spread perception of the service's positive impact on the quality and efficiency of healthcare performance towards minority patients, the use and quality of the service has been favored by joint training programs between health practitioners and mediators, by forms of stable embeddedness of mediators in the healthcare context and by the adaptation of their role according to the specific needs of the various contexts.

Keywords: mediation; healthcare services; migration; social innovation; healthcare practitioners.

Ricevuto: 06 Novembre 2019

Accettato: 06 Marzo 2020

* Franca Zadra, Libera Università di Bolzano (Italia); Franca.Zadra@unibz.it.

Introduzione

L'obiettivo di questo contributo è quello di esplorare il processo di implementazione del servizio di mediazione linguistica e culturale nel principale ospedale di Bolzano e, specificamente, di fare chiarezza sui fattori di attivazione e sulle modalità di incorporazione dei mediatori nel contesto sanitario. Sebbene il loro impiego non sia l'unica strategia applicata in sanità ai fini della rimozione delle barriere linguistiche, sembrerebbe ad oggi essere quella più efficace nella presa in cura di pazienti con limitata padronanza delle lingue locali, concorrendo spesso anche alla diminuzione di tensioni e conflittualità insorgenti a causa di differenze culturali. Le barriere linguistiche acquiscono in maniera significativa la difficoltà d'accesso dei pazienti di origine straniera ai servizi di salute (Lebrun, 2012), causano interazioni inefficaci tra medico e paziente (Deumert, 2010), creano rischi per la sicurezza del paziente (van Rosse, de Bruijne, Suurmond *et al.*, 2016; Gadon, Balch e Jacobs, 2007), sono associabili inoltre a diagnosi e decisioni terapeutiche errate, alla mancata adesione alla terapia, ad una minore comprensione delle istruzioni farmacologiche e loro eventuali effetti collaterali, alla mancata adesione a iniziative di prevenzione, e a una minore soddisfazione rispetto alla cura (cfr. Lavizzo-Mourey, 2007: 279 e Saha e Fernandez, 2007).

1. Il contesto nazionale: la mediazione interculturale in sanità

A livello nazionale è stato documentato che i pazienti di origine straniera presentano inferiori livelli di utilizzo dei servizi di salute rispetto ai pazienti autoctoni, anche a causa di una scarsa accessibilità (Tognetti Bordogna e Rossi, 2016). Ricerche basate sui dati ISTAT rivelano che «tenendo conto delle caratteristiche socioeconomiche, degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati, gli stranieri hanno una probabilità inferiore rispetto agli italiani di ricorrere a una visita medica» (Petrelli *et al.*, 2017: 41). Risulta fondamentale uno sguardo strutturale alle disuguaglianze di salute (Marmot 2015; Redini e Vianello 2020), riconoscendo la migrazione come una determinante sociale della salute (Castañeda *et al.*, 2015) dato che il noto *effetto migrante sano* al momento dell'arrivo declina progressivamente nel paese d'accoglienza a causa della prevalente collocazione degli immigrati negli strati della società esposti a maggiori fattori di rischio (Petrelli *et al.*, 2017: 11). Va anche considerato che le barriere di accesso alla sanità si generano nella interazione tra le organizzazioni e la loro utenza (cfr. Bruni, Fasiol e Gherardi, 2007), perciò risulta fondamentale, non solo lo studio degli esclusi, ma anche la mappatura delle strategie che le organizzazioni sanitarie mettono

in atto per rendere i propri servizi più accessibili: «Si è dimostrato che una efficace capacità di presa in carico e di risposta del sistema sanitario già al primo contatto è in grado di ridurre le disuguaglianze di salute» (Petrelli *et al.*, 2017: 48). Nel documentare l'implementazione dei servizi di mediazione, questo studio contribuisce allo studio delle forme concrete che tale capacità di risposta sanitaria può assumere.

L'utilizzo di mediatori linguistici professionali è stato associato ad una maggiore qualità percepita dei servizi e a un minore rischio per la sicurezza del paziente (Van Rosse *et al.*, 2016; Schyve, 2007). La letteratura segnala anche il vantaggio dell'uso della mediazione linguistica professionale nell'efficienza del sistema sanitario, in quanto «i servizi d'interpretariato conducono a cure sanitarie più mirate, concentrando un utilizzo più alto dei servizi di salute in un minor numero di visite» (Bischoff e Denhaerynck, 2010).

La figura del mediatore interculturale è stata introdotta con l'art. 42 del D.lgs. 286/1998, e incorporata nelle normative locali in più di dieci regioni, nonché riconosciuta come figura professionale da un apposito documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (09/030/CR/C9). In Italia le prime esperienze di mediazione in sanità risalgono agli anni Novanta, nel contesto milanese. Tuttavia, la mancanza di una standardizzazione dei percorsi formativi e di un albo professionale ostacola la creazione di meccanismi di controllo della qualità delle prestazioni, così come porre rimedio a condizioni precarie di lavoro. Risulta perciò necessario lo studio dei processi di professionalizzazione e di implementazione dei mediatori in sanità.

Il dibattito sulle differenze tra la figura dell'interprete e quella del mediatore interculturale¹ è forse meno rilevante che l'analisi delle funzioni che essi svolgono nel campo sanitario. Per esempio, Roat e Creeze (2015) hanno concettualizzato quattro funzioni di crescente intensità nella iniziativa a favore dell'utente dei servizi:

1. tramite (*conduit*);
2. chiarificatore (*clarifier*);
3. intermediario culturale (*cultural broker*) e
4. sostenitore (*advocate*).

Sebbene gli interpreti vengano solitamente associati alle prime due funzioni e i mediatori a quelle di maggiore intensità, ai mediatori interculturali

1. Roberts (1997) include entrambi nella nozione di "interpreti di comunità" e Russo (2014) nella "interpretazione di trattativa", mentre Martin e Phelan (2010) preferiscono differenziare gli interventi delle due figure in sanità.

in Italia sembrerebbe essere richiesto il competente svolgimento di tutte queste funzioni. Il mediatore è considerato «un agente di promozione dei processi partecipativi e di cittadinanza, nonché un facilitatore del processo di cittadinanza degli stranieri» (Luatti, 2011). Queste aspettative di ruolo richiederebbero un investimento nei percorsi formativi e condizioni di stabilità lavorativa. Inoltre, in Italia, le differenze nel percorso formativo tra mediatori e interpreti sono profonde, differenziando molto il costo delle prestazioni. Tuttavia, Pittarello (2009: 85) conclude che «invece di focalizzarsi sulle loro differenze, sarebbe di maggior profitto indagare le aspettative e le necessità di coloro che lavorano nel campo, al fine di pianificare corsi di formazione mirati a promuovere maggiore consapevolezza di esse».

2. Il contesto locale: i mediatori nella sanità altoatesina

L'Alto Adige, territorio con tre lingue ufficiali e una regolamentazione del loro uso all'interno delle istituzioni pubbliche² e in virtù di una forte autonomia amministrativa, ha attivato già nel 2001 un primo corso di formazione per mediatori³, preparando così il terreno alla costituzione di una cooperativa locale, che ha vinto consecutivi appalti triennali di servizi di mediazione in ospedale, ed è stata recentemente sostituita da un fornitore di rilevanza nazionale. Se nel corso dei primi anni però, l'utilizzo dei mediatori da parte delle strutture sanitarie era sporadico, successivamente il monte ore annuale è andato aumentando in maniera rilevante, passando da poche richieste al mese a un minimo di dieci richieste al giorno, estendendo l'utilizzo di queste figure a vari reparti ospedalieri. Il focus di questo contributo è quello di comprendere questo passaggio, non scontato, dalla disponibilità all'utilizzo del servizio, studiando i processi della sua implementazione in sanità.

2. In Alto Adige, a causa della presenza di minoranze linguistiche, vige l'obbligo del bilinguismo. Ogni impiegato pubblico, anche in sanità, deve attestare la conoscenza dell'italiano e del tedesco.

3. Con Deliberazione della Giunta Provinciale di Bolzano, n.4266, 26.11.2001, si definivano requisiti di accesso, processi di selezione e struttura del corso e prove per la qualifica professionale di "mediatore/trice interculturale". Aluffi Pentini (2004) documenta il processo di professionalizzazione del primo gruppo di mediatori in Provincia. La tesi di Lintner (2006) è incentrata sul lavoro dei mediatori interculturali presso il reparto di Ginecologia dell'Ospedale di Bressanone.

3. Metodologia della ricerca

Il presente contributo si basa su uno studio più ampio condotto tra il 2016 e il 2019 presso l'Ospedale San Maurizio di Bolzano (che serve il più ampio bacino di popolazione di origine straniera in Alto Adige⁴) che ha avuto come oggetto l'erogazione dei servizi sanitari ai pazienti di origine straniera e i molteplici sforzi compiuti dall'amministrazione sanitaria per migliorare l'accessibilità agli stessi, in particolare a quelli del reparto di Neonatologia e dell'ambulatorio STP per immigrati in situazione irregolare. La prospettiva di questa ricerca si basa sul modello della innovazione sociale (Moulaert e MacCallum, 2019). Partendo dal concetto di *bottom-linked governance*, questo approccio propone di considerare l'azione integrata dei vari livelli decisionali ed operativi nella interpretazione e soluzione dei problemi, mobilitando in modo nuovo attori, reti, conoscenza e risorse, al fine di includere gruppi precedentemente esclusi. Nel caso di sistemi complessi come quello ospedaliero (cfr. Greenhalgh e Papoutsis, 2018), l'innovazione sociale risulta un approccio promettente per analizzare e potenziare gli sforzi d'innovazione a scopo inclusivo.

Lo studio, autorizzato dalla direzione ospedaliera, si focalizza sulla prospettiva degli operatori, e non prevede il contatto con i pazienti. La metodologia partecipativa e iterativa dello studio (cfr. Kirby, Greaves e Reid, 2006) e l'utilizzo di metodi etnografici hanno prodotto una ricca base empirica. Essa è costituita da 62 interviste semi-strutturate a professionisti che lavorano presso l'ospedale San Maurizio, da istanze di dialogo con singoli e gruppi di operatori sanitari, da documentazione ospedaliera, nonché da osservazione partecipata in diverse attività di formazione e coordinamento. Gli intervistati per professione sono medici (18), infermieri (32), mediatori (7), assistenti sociali (2), e operatori di ONG (3). Le interviste sono state articolate nelle seguenti tematiche:

- le barriere e difficoltà nella cura dei pazienti di origine straniera;
- i cambiamenti implementati per migliorare l'accessibilità e le conoscenze emerse nel percorso;
- i fattori strutturali e le condizioni del sistema che influiscono positivamente o negativamente sull'accessibilità.

4. Nel 2017, il numero maggiore di cittadini stranieri in Alto Adige era concentrato nel comune di Bolzano, totalizzando 15,161 abitanti, che rappresentano nel capoluogo il 14,1% della popolazione. (Astat Info n.32, 06/2018:5).

4. Lo studio di caso: mediatori interculturali in ospedale

A partire dai dati emersi nello studio di caso, questo contributo si propone di analizzare il processo di implementazione del servizio di mediazione interculturale e di identificare i fattori che appaiono maggiormente associati ad un incremento di utilizzo del servizio di mediazione negli ultimi anni, e al suo progressivo incorporamento nelle strutture ospedaliere. Tale analisi si articolerà nei seguenti aspetti:

- A. il ruolo dei programmi di formazione congiunta nell'attivazione del servizio;
- B. l'impatto positivo dell'uso dei mediatori sulla qualità ed efficienza delle prestazioni sanitarie;
- C. le forme sperimentate di incorporazione stabile dei mediatori nel contesto ospedaliero in risposta alle criticità emerse;
- D. la negoziazione del ruolo dei mediatori in funzione delle diverse necessità contestuali dei reparti.

A. Il ruolo della formazione congiunta nell'attivazione del servizio

Secondo molti operatori, un elemento chiave nell'attivazione dei servizi di mediazione interculturale è stato l'introduzione di percorsi formativi congiunti tra operatori sanitari e mediatori. Non a caso questi sono iniziati nel contesto della Neonatologia. Dei circa 5.600 neonati all'anno che vengono al mondo presso l'Ospedale San Maurizio, circa uno su quattro ha almeno un genitore straniero⁵. L'aumento progressivo di genitori immigrati nel contesto neonatale ha presto confrontato gli operatori sanitari con la diversità linguistica e culturale che ha condotto a incomprensioni tra operatori e pazienti, intaccando così la qualità della cura. Un gruppo di medici ed infermiere del reparto ha dapprima trovato opportunità di formazione in questo ambito esternamente alla struttura ospedaliera, per poi attivare dei corsi attraverso il sistema di aggiornamento interno dell'Azienda Sanitaria. Da allora, organizzano tre giornate annuali di formazione in collaborazione con una cooperativa milanese di mediazione, aperte a tutto il personale sanitario e obbligatorie per i mediatori attivi in ospedale. Anche l'ambulatorio STP, dal 2017, ha organizzato ripetutamente convegni internazionali *Medizin und Migration*, con centinaia di

5. Il tasso di natalità in Alto Adige è superiore alla media italiana, e quello delle donne di cittadinanza straniera (di cui gran parte in età riproduttiva) è superiore a quello delle donne locali (cfr. ASTAT Info 32, 06/2018).

partecipanti, dando visibilità al tema della salute dei migranti e motivando gli operatori ad iscriversi ai percorsi formativi.

Gli obiettivi principali dei percorsi sono: costruire competenze di comunicazione interculturale, facilitare la sinergia interprofessionale tra mediatori e operatori di salute e favorire un decentramento culturale. Quest'ultimo aspetto, descritto in letteratura come il passaggio da un paradigma *etnocentrico* a uno *etnorelativo* (Hammer *et al.*, 2003), porta a evitare di costruire giudizi sui comportamenti altrui a partire dalla propria cornice culturale. Gli operatori descrivono l'esito dei corsi in termini di un aumento nell'utilizzo dei mediatori, una migliore comunicazione con i pazienti di origine straniera, una minore conflittualità nei percorsi terapeutici e organizzativi, e un maggior senso di autoefficacia nel lavoro di cura.

B. *Impatto positivo dei mediatori sulla qualità ed efficienza dei servizi sanitari*

I mediatori non vengono chiamati ad ogni interazione con i pazienti di altra lingua. Ci sono molteplici risorse che vengono attivate a seconda delle circostanze, in un *bricolage* di strategie per l'inclusione linguistica. Tale repertorio include: materiale stampato o digitale per contenuti relativamente stabili, gestualità per dimostrazioni pratiche, traduttori digitali per la scelta tra i menu, o interpreti informali per concordare orari di visita. Tuttavia, nelle interazioni a contenuto sensibile, e in particolare nel corso delle visite mediche, gli intervistati sono unanimi nel preferire il servizio di mediazione interculturale. Molti lo trovano più efficace rispetto ai mediatori informali per vari motivi: la maggiore affidabilità sulla precisione e completezza delle informazioni tradotte, il minore impatto sulle dinamiche familiari, la maggiore trasparenza nell'emersione dei bisogni del paziente e l'indispensabile tutela dei dati sensibili. Il vantaggio del servizio di mediazione più citato dai medici è l'accesso a un flusso più abbondante, dettagliato e profondo d'informazioni riguardo alla storia clinica e alle condizioni e abitudini sanitarie del paziente. Il personale infermieristico tende ad accentuare la maggiore libertà del paziente nell'esprimere bisogni e domande, nonché la creazione di un rapporto di fiducia.

È diffusa la percezione che i mediatori contribuiscano alla qualità dell'assistenza fornita, alla maggiore *compliance*, o collaborazione terapeutica dei pazienti e alla loro soddisfazione con la cura. La collaborazione con i mediatori ha anche propiziato in alcuni casi una revisione critica degli atteggiamenti e delle pratiche, in termini di inclusione culturale. I mediatori intervistati hanno spiegato che il loro lavoro non si limita all'incontro

medico, ma include anche attività di orientamento, accompagnamento ed istruzione del paziente in vista a una efficace navigazione del sistema sanitario.

C. Criticità e nuove forme d'inserimento del servizio

Sebbene quasi tutti gli operatori sanitari considerano la mediazione un servizio necessario e utile, esso è in continuo adeguamento e miglioramento, in risposta alle criticità emergenti. Ad esempio, un medico lamentava l'assenza di meccanismi di controllo di qualità sulla performance dei mediatori, dato che aveva l'impressione che certi mediatori fossero poco accurati nella traduzione e che intervenissero sul contenuto comunicato al paziente, ad esempio, minimizzando la gravità delle diagnosi. Considerando gli ostacoli strutturali e le scarse risorse disponibili ai fornitori di mediazione per una preparazione professionale specializzata dei mediatori e per forme efficaci di controllo di qualità, suggeriva all'ospedale di dare un maggior contributo. In questo caso, la qualità è stata favorita dalla stabilizzazione di alcuni mediatori in aree di alto utilizzo, dai programmi formativi congiunti e dal peso crescente attribuito nelle gare di appalto ai criteri di qualità al di sopra di quelli economici.

Un secondo elemento di criticità risultava essere il costo del servizio in termini di tempi organizzativi, sia nel processo di richiesta che nei tempi di risposta. La velocizzazione dei processi ha contribuito a una più frequente attivazione del servizio. I tempi non coperti dal servizio hanno anche sollevato obiezioni. Nel contesto della maternità, la naturale imprevedibilità delle nascite non consente l'attivazione del servizio con sufficiente preavviso, e non tutte le domande emergono durante la visita con il mediatore. Risulta piuttosto condivisa l'opinione che sia opportuna la creazione di un servizio di mediazione interno all'ospedale.

Sebbene un incorporamento completo del servizio di mediazione in sanità risulta difficile sotto vari punti di vista (non per ultimo il problema della diversificazione d'offerta di lingue mediate), si sono sperimentate alcune forme di presenza alternative alla mediazione a chiamata.

In primo luogo, la rotazione settimanale in maternità di mediatrici per le lingue più rappresentate: una per la lingua araba, una per l'urdu e una mediatrice nigeriana competente in igbo. La loro presenza ricorrente in ospedale ha consentito la creazione di sinergie fra il personale sanitario e i mediatori: una percezione dei mediatori come "parte del team sanitario", un continuo scambio e trasferimento di conoscenze e buone pratiche, nonché progetti collaborativi quali la traduzione dei libretti di reparto o la discussione di casi specifici.

In secondo luogo, per risolvere il problema delle emergenze, presso l'Ospedale San Maurizio si è implementato anche un interpretariato remoto ad attivazione immediata (RSMI - *Remote Simultaneous Medical Interpreting*, la cui efficacia è stata confermata in letteratura: Gany *et al.* 2007a, 2007b; Jones *et al.*, 2003). Questo tipo di servizio è stato testato inizialmente per il servizio telefonico di emergenza, per poi essere reso disponibile anche ai vari reparti ospedalieri.

La sperimentazione di nuove forme di intervento dei mediatori nell'organizzazione ospedaliera non mostra solamente la versatilità del servizio, ma le sue possibilità di adattamento alle necessità emergenti nel sistema sanitario. La differenziazione dei modelli di servizio rende ipotizzabile un incorporamento differenziato dei mediatori in sanità, che porti ad acquisire una capacità di risposta in alcune modalità, specialità, e lingue di prestazione ad uso frequente, mentre altre meno utilizzate restino disponibili in subappalto.

D. Negoziare competenze e ruoli alla luce delle specifiche necessità dei reparti

Un elemento chiave per la valutazione della *performance* dei mediatori riguarda l'adeguatezza delle loro competenze in relazione alle priorità dei vari reparti. In questa sezione trarremo alcuni esempi da contesti sanitari diversi, al fine di evidenziare quanto cambino le aspettative di ruolo dei mediatori rispetto al contesto.

In emergenza, la priorità viene data all'immediatezza e all'accuratezza, avvicinando il mediatore al modello della traduzione simultanea. L'arrivo in pronto soccorso richiede un adeguato e veloce *triage*, il che non può essere realizzato in assenza di una lingua comune. Un malinteso all'accettazione può avere esiti nefasti per la diagnosi e il contenimento dei problemi di salute, e alcuni interventi non possono essere posticipati in attesa del mediatore. Se la pratica di interventi medici senza un dovuto consenso informato è illegale e poco etico, lo è anche l'omissione di soccorso. La disponibilità del servizio di interpretariato remoto immediato è risultata perciò essenziale in questo contesto.

Nel reparto maternità risulta invece prioritario stabilire una comunicazione diretta ed empatica con le madri, che le diverse cornici linguistico-culturali possono rendere maggiormente difficile. Il servizio mediazione favorisce una comunicazione tra diversi vissuti della maternità, della famiglia e della posizione della donna, nel contesto di pratiche cariche di significati simbolici situate nel corpo femminile (il trattamento delle conseguenze del parto, l'avviamento dell'allattamento al seno etc.). Non tutte le madri desiderano condividere queste esperienze intime con il proprio

partner, e non solo per motivi culturali o religiosi. L'attivazione del servizio di mediazione in questo contesto acquisisce una connotazione di alleanza al femminile, e per gli operatori risulta preferibile avere mediatrici donne in rotazione.

Se la continuità favorisce tutti i mediatori, nei servizi psichiatrici questo è particolarmente importante. Qui i mediatori devono sostenere un dialogo in profondità sui significati simbolici impliciti nella visione del mondo del paziente, fungendo da intermediari culturali. Dato che la relazione terapeutica è lo strumento principale di diagnosi e cura, le competenze relazionali acquisiscono priorità rispetto alle competenze linguistiche, per favorire il "trialogo" tra operatore sanitario, mediatore e paziente. Presso l'ambulatorio STP, il plurilinguismo è consolidato tra gli operatori, ma quando non c'è una lingua in comune si attiva il servizio di mediazione. Sussiste nella normativa (L. 40/1998, a.34) il divieto di segnalazione degli immigrati in situazione irregolare alle autorità durante le cure mediche. Dunque, il rispetto della confidenzialità nel trattamento dei dati sensibili, fondamentale in ogni servizio di salute, in questo contesto acquisisce priorità aggiuntiva, anche nel contesto strutturalmente promiscuo dei centri di accoglienza. I mediatori incontrano qui anche persone in circostanze di particolare vulnerabilità, quali i minori non accompagnati, le vittime di tortura o di tratta, rispetto alle quali devono agire consapevolmente a sostegno di azioni di tutela, evitando la rievocazione di esperienze traumatiche e contribuendo alla creazione di uno spazio protetto.

Conclusioni e prospettive

La mediazione interculturale non è una risorsa univoca. Si articola in varie modalità di intervento, nel vasto arco di funzioni concettualizzate da Roat e Creeze (2015) che vanno dalla sola traduzione alle forme impegnate di *advocacy*. Esse si negoziano e ridefiniscono in modi complessi (Riccio, 2010), in una doppia alleanza non sempre priva di ambiguità e conflitti (Hsieh, 2007; Seale *et al.*, 2013). La varietà di funzioni può essere una ricchezza, se si adegua alle priorità del contesto e viene eseguita con professionalità.

A questo riguardo è stata rilevata la richiesta da parte delle strutture sanitarie di operare seri processi di selezione, formazione continua e controllo della qualità delle prestazioni dei mediatori, evidenziando l'importanza di studi approfonditi in proposito, come quello di Baraldi e Gavioli (2019). La

definizione dei criteri di qualità non può prescindere dalle percezioni e necessità del personale sanitario. Dal discorso degli operatori si estrapolano alcuni indicatori:

- ✓ la professionalità mostrata nella conoscenza e nel rispetto dei protocolli sanitari, specialmente riguardo al mandato di confidenzialità;
- ✓ la competenza nella lingua specialistica del settore medico-sanitario e l'adesione al contenuto dei messaggi;
- ✓ le capacità relazionali nella collaborazione con l'equipe sanitaria e nell'*advocacy* verso i pazienti;
- ✓ la riflessione meta-culturale che sostenga il dialogo tra pazienti e operatori, nella diversità dei loro presupposti culturali, sociali e sanitari, al fine di superare vicendevoli malintesi o pregiudizi;
- ✓ la semplicità e tempestività nella gestione della richiesta di intervento.

Questi criteri acquisiscono comunque priorità ed espressioni diverse nei vari servizi, rendendo difficile pervenire ad una definizione omogenea di standard di qualità. Ciò rende complesso il compito dei fornitori di servizi di mediazione, non solo per questioni organizzative, ma anche per lo sforzo legato alla formazione specializzata dei mediatori e la loro capacità di adattamento ai bisogni specifici del richiedente. Le frequenti condizioni di precarietà lavorativa di queste figure professionali aggravano ulteriormente la loro capacità di risposta. L'ubiquità della richiesta di mediatori "stabili" ed "interni" al sistema sanitario nasce anche dal bisogno di creare una maggior sinergia interprofessionale, che consenta di condividere aspettative di ruolo e di performance.

La letteratura riscontra che sebbene la disponibilità del servizio in sanità sia un passo avanti, esso non garantisce il suo utilizzo (Blay, Ioannou, Sere-metkoska *et. al.*, 2018; Bischoff e Hudelson, 2010). Tra gli elementi suggeriti nella letteratura per favorire una crescita nell'utilizzo dei servizi si citano: lo sviluppo di procedure di controllo per assicurare che i pazienti che necessitano di assistenza linguistica possano ottenere interpreti qualificati in tutte le comunicazioni di rilevanza medica, l'incremento delle ore di formazione per interpreti e operatori (Kale e Syed, 2010), gli stimoli sistemici per il reclutamento di più operatori plurilingui, il monitoraggio della qualità degli interpreti e nuove modalità di rimborso per l'utilizzo dei mediatori nel sistema di finanziamento della sanità. Nel caso studiato si è riscontrata una crescita sostenuta nell'uso del servizio, anche se non si hanno i dati per misurare l'effettiva copertura del fabbisogno linguistico. L'analisi presentata mette in luce ulteriori fattori attivanti: il ruolo della formazione congiunta tra mediatori e operatori di salute, la sperimentazione di forme di incorporamento del

servizio nell'organizzazione ospedaliera, la percezione del contributo dei mediatori alla qualità ed efficacia delle prestazioni e l'adattamento del loro ruolo alle priorità dei vari reparti.

Oltre a contribuire alla riflessione sui fattori sistemici, il presente studio mette in luce l'*agency* degli operatori sanitari nel processo di attivazione del servizio e il peso delle loro scelte discrezionali nel contesto dei servizi, illustrando le dinamiche di gestione della discrezionalità degli operatori⁶.

Abbiamo documentato tali spazi di autonomia decisionale: l'attivazione dei mediatori a chiamata tra altre risorse disponibili, la possibilità di configurare specifici corsi d'aggiornamento, la negoziazione di rotazioni stabili di mediatori in reparto o il loro coinvolgimento in progetti congiunti, la partecipazione nella definizione dei criteri di qualità nella gara d'appalto, ed altri spazi d'iniziativa previsti da una direzione sanitaria che in questo da mostra di operare una forma efficace di *bottom-linked governance* (cfr. Moulaert e MacCallum, 2019), ovvero una collaborazione multilivello che propizia la creazione di connessioni utili alla circolazione di linguaggi, conoscenze e risorse, al fine di includere i gruppi precedentemente esclusi dai servizi. Sebbene gli spazi di autonomia siano un'arma a doppio taglio, nel caso studiato essi hanno consentito agli operatori di creare alleanze e combinare strategie di innovazione sociale, che mirano a creare nell'organizzazioni sanitaria una capacità di risposta ai bisogni dei pazienti di origine straniera e contribuire al contrasto delle barriere di accesso ai servizi di salute.

Bibliografia

- Aluffi Pentini A., a cura di (2004). *La mediazione interculturale. Dalla biografia alla professione*. Milano: FrancoAngeli.
- ASTAT. (2018). *Ausländische Wohnbevölkerung – Popolazione straniera residente 2017*. *Astat Info*, 32, 06: 1-12.
- Baraldi C., Barbieri V. e Giarelli G., a cura di (2008). *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Baraldi C. e Gavioli L. (2019). *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari. Interazione ed efficacia comunicativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Bischoff A. e Denhaerynck K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 10, 248-255; <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/248>.
- Bischoff A. e Hudelson P. (2010). Access to healthcare interpreter services: Where are we and where do we need to go? *International Journal of Environmental*

6. Cfr. lo studio sulla *street-level bureaucracy* in Lipsky, 2010.

- Research and Public Health*, 7, 7: 2838-2844; <https://doi.org/10.3390/ijerph7072838>.
- Blay N., Ioannou S., Seremetkoska M., Morris J., Holters G., Thomas V. e Bronwyn E. (2018). Healthcare interpreter utilisation: Analysis of health administrative data. *BMC Health Services Research*, 18, 1: 1-6; <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3135-5>.
- Bruni A., Fasiol R. e Gherardi S. (2007). *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*. Roma: Carocci.
- Castañeda H., Holmes S.M. Madrigal D.S., Young M.-E.D., Beyeler N. e Quesada J. (2015). Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36, 1: 375-392; <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>.
- Deumert A. (2010). "It would be nice if they could give us more language" –Serving South Africa's multilingual patient base. *Social Science and Medicine*, 71, 1: 53-61; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.036>.
- Gadon M., Balch G. e Jacobs E. (2007) Caring for patients with limited English proficiency. The perspectives of small group practitioners. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 2: 341-346.
- Gany F., Leng J., Shapiro E., Abramson D., Motola I., Shield D.C. e Changrani J. (2007a). Patient satisfaction with different interpreting methods: A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 2: 312-318; <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0360-8>.
- Gany F., Kapelusznik L., Prakash K., Gonzalez J., Orta L.Y., Tseng C.H. e Changrani J. (2007b). The impact of medical interpretation method on time and errors. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 2: 319-323. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0361-7>.
- Greenhalgh T. e Papoutsi C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16, 1: 95-100; <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>.
- Hsieh E. (2007). Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science and Medicine*, 64, 4: 924-937; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.10.015>.
- Hammer M.R., Bennett M.J. e Wiseman R. (2003). Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations*, 27, 4: 421-443; [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(03\)00032-4](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(03)00032-4).
- Jones D., Gil P., Harrison *et al.* (2003). An exploratory study of language interpretation services provided by videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 1: 51-56; <https://doi.org/10.1258/135763303321159701>.
- Kale E. e Syed H.R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling*, 81: 187-191; <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.002>.
- Kirby S.L., Greaves L. e Reid C. (2006). *Experience research and social change. Methods beyond the mainstream*. Ontario: Broadview Press.

- Lavizzo-Mourey R. (2007). Improving quality of us health care hinges on improving language services. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 2: 279-280; <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0382-2>.
- Lebrun L.A. (2012). Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in Canada and the United States. *Social Science and Medicine*, 74, 7: 1062-1072; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.031>.
- Lintner C. (2006). *Interkulturelle Mediation im Spannungsfeld zwischen den Kulturen: eine empirische Untersuchung am Beispiel der Gynäkologie im Krankenhaus Brixen*. Tesi di Laurea in Servizio Sociale. Libera Università di Bolzano.
- Lipsky M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service*. New York: Sage.
- Luatti L. (2011). *Mediatori, atleti dell'incontro. Luoghi, modi e nodi della mediazione interculturale*. Brescia: Vannini.
- Marmot M. (2015). *The health gap: the challenge of an unequal world*. Bloomsbury.
- Martin M.C. e Phelan M. (2010). Interpreters and Cultural Mediators – different but complementary roles. *Translocations: Migration and Social Change*, 6, 1; <https://doi.org/10.1285/i22390359v16p365>.
- Moulaert F. e MacCallum D. (2019). *Advanced Introduction to Social Innovation*. Cheltenham; Northampton: Edward Elgar.
- Petrelli A., Di Napoli A., Perez M. e Gargiulo L. (2017). Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT. *Epidemiologia e Prevenzione. Rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia*, 4, 3/4 suppl.1: 1-68.
- Pittarello S. (2009). Interpreter Mediated Medical Encounters in North Italy: Expectations, Perceptions and Practice. *The Interpreter's Newsletter*, 14: 59-90.
- Redini V. e Vianello F.A. (2020) Il dibattito socio-antropologico sulla salute delle e dei migranti. *Mondi Migranti*, 3/2020: 23-34; <https://doi.org/10.3280/MM2020-003002>.
- Riccio B. (2010) Rappresentare, mediare e negoziare. In: Carlini G. e Vecchia M., *Nuovi orizzonti per la mediazione interculturale. Riflessioni per il futuro* (pp. 35-48). Genova: Provincia di Genova.
- Roat C.E. e Creeze I.H.M. (2015). Healthcare interpreting. In: Mikkelsen H. e Jourdenais R., eds. *The Routledge Handbook of Interpreting* (pp. 236-253). London; New York: Routledge.
- Russo M. (2014). Al di là delle denominazioni: Limiti e orizzonti di ruoli e funzioni del mediatore linguistico-culturale. *Languages Cultures Mediation*, 1, 1-2: 81-100; <https://doi.org/10.7358/lcm-2014-0102-russ>.
- Roberts R.P. (1997). Community interpreting today and tomorrow. In: Carr S.E., Roberts R., Dufour A. e Steyn D., a cura di, *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.
- Saha S. e Fernandez A. (2007). Language barriers in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 2: 281-282; <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0373-3>.

- Schuyve P.M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: The joint commission perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 2: 360-361; <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0365-3>.
- Seale C., Rivas C., Al-Sarraj H., Webb S. e Kelly M. (2013). Moral mediation in interpreted health care consultations. *Social Science and Medicine*, 98, 141-148; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.014>.
- Tognetti Bordogna M. e Rossi P. (2016). *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Van Rosse F., de Bruijne M., Suurmond J., Essink-Bot M. e Wagner C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54: 45-53.