



Centro di Riferimento per l'Epidemiologia  
e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

# IMMIGRATI E SCREENING IN ITALIA



**prima parte**

**IMMIGRATI IN ITALIA:  
PRESENZA, CARATTERISTICHE, DISUGUAGLIANZE  
DI SALUTE E COMUNICAZIONE**



**seconda parte**

**DOPO LE RIFLESSIONI, I NUMERI**

**A cura di:**

Gessica Martello<sup>1</sup>, Carla Cogo<sup>2</sup>, Livia Giordano<sup>3</sup>, Roberta Castagno<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro Screening Oncologico Azienda U.L.S.S. 22 - Regione Veneto, Bussolengo (VR)

<sup>2</sup> Istituto Oncologico Veneto (IOV) - I.R.C.C.S. di Padova (fino a gennaio 2014)

<sup>3</sup> CPO Piemonte - S.C. Epidemiologia dei tumori - A.O.U. Città della salute e della scienza di Torino

**Contatti:**

Livia Giordano, [livia.giordano@cpo.it](mailto:livia.giordano@cpo.it)

Roberta Castagno, [roberta.castagno@cpo.it](mailto:roberta.castagno@cpo.it)

Si ringraziano:

**Per le interviste a testimoni chiave:**

- ❖ Elisabetta Confaloni, bioeticista, esperta di politiche della migrazione e transcultura, Albero della salute, Regione Toscana
- ❖ Rosa Costantino, Staff Direzione Sanitaria, U.O.S. Innovazione per l'Equità nei servizi sanitari - AUSL Bologna
- ❖ Livia Giordano, medico-epidemiologo, CPO Piemonte - S.C. Epidemiologia dei tumori - A.O.U. Città della salute e della scienza di Torino
- ❖ Maria Cristina Manca, antropologa, Università degli studi di Firenze
- ❖ Mauro Palazzi, medico, Epidemiologia e Comunicazione Azienda USL di Cesena
- ❖ Marco Petrella, medico, Ausl 2 Umbria (ultima affiliazione)
- ❖ Paola Polselli, linguista, Università degli studi di Bologna
- ❖ Maria Rosa Russo, medico, ASL 6 di Palermo
- ❖ Daniela Zorzi\*, linguista, già Università di Bologna

**Per il contributo alla discussione nella giornata pregressuale del Convegno GISCI 2011 - Seminario "Immigrati e screening in Italia". Viterbo, 15 giugno 2011:**

- ❖ Marcela Bulcu\*, mediatrice linguistico culturale, già Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma
- ❖ Salvatore Geraci, Responsabile Area sanitaria della Caritas di Roma
- ❖ Paolo Giorgi Rossi, biologo, Azienda USL di Reggio Emilia
- ❖ Maurizio Marceca, medico-epidemiologo, Università "La Sapienza" di Roma
- ❖ Igiaba Scego, scrittrice, Roma

**Per la survey sulle migranti nei programmi di screening cervicale in Italia:**

- ❖ Cinzia Campari, Staff Programmazione e Controllo, Azienda USL di Reggio Emilia
- ❖ Paolo Giorgi Rossi, biologo, Azienda USL di Reggio Emilia

**e tutto il GISCI - Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma****Per la compilazione delle schede per l'indagine qualitativa e l'indagine quantitativa nell'ambito del progetto P.I.O.:**

tutti gli operatori dei programmi di screening cervicale, mammografico e coloretale italiani che hanno fornito i numeri degli immigrati negli screening oncologici e la descrizione dei progetti realizzati in loro favore.

Il documento in formato .pdf sarà consultabile sui siti: [www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it), [www.gisci.it](http://www.gisci.it), [www.gisma.it](http://www.gisma.it), [www.giscor.it](http://www.giscor.it), [www.cpo.it](http://www.cpo.it).

Finito di stampare: Aprile 2016

## Indice

Introduzione .....	4
<b>PRIMA PARTE: Immigrati in Italia: presenza, caratteristiche, disuguaglianze di salute e comunicazione</b>	
<b>1. Il documento .....</b>	<b>5</b>
1.1 Obiettivi .....	5
1.2 Metodi .....	5
1.3 Precisazioni lessicali .....	6
1.4 Bibliografia .....	7
<b>2. Chiave di lettura 1. Immigrati in Italia: quanti, quali, dove, quando .....</b>	<b>8</b>
2.1 "Questione immigrati" e screening .....	8
2.2 Punto di partenza: la conoscenza del fenomeno .....	8
2.3 Bibliografia .....	10
<b>3. Chiave di lettura 2. Le disuguaglianze di salute .....</b>	<b>11</b>
3.1 L'uguaglianza che fa diseguali .....	11
3.2 Barriere normative e burocratiche .....	13
3.3 Barriere di accesso alle informazioni .....	14
3.3.1 La health literacy .....	14
3.3.2 Health literacy, salute e servizi sanitari .....	15
3.3.3 La health literacy dipende dalla literacy .....	15
3.3.4 La health literacy dipende dalla literacy, anche da quella degli operatori .....	16
3.3.5 Dalla literacy alla health literacy .....	16
3.3.6 La health literacy dipende da fattori individuali e da fattori di sistema .....	17
3.3.7 Una health literacy che cambia .....	18
3.4 Barriere culturali .....	19
3.4.1 La cultura: una, nessuna, centomila .....	19
3.4.2 Ma quanto pesa la cultura? .....	19
3.4.3 Progetti culturalmente orientati .....	20
3.4.4 Organizzazioni culturalmente competenti .....	21
3.5 Bibliografia .....	23
<b>4. Chiave di lettura 3. La mediazione interculturale sulla salute .....</b>	<b>29</b>
4.1 Tra competenze linguistiche e relazionali .....	29
4.2 Da una relazione a due .....	29
4.3 ... a una relazione a tre .....	30
4.4 Il rischio del "paziente invisibile" .....	31
4.5 Barriere linguistiche e qualità delle cure .....	32
4.6 Formazione per chi? .....	32
4.7 Il caso degli ESC: gli Educatori di Salute di Comunità .....	33
4.8 Mediatori culturali o mediazione di sistema? .....	34
4.9 Bibliografia .....	35
<b>5. Chiave di lettura 4. Comunicazione istituzionale e traduzioni .....</b>	<b>38</b>
5.1 Che lingua è questa? .....	38
5.2 Tradurre: più che parole .....	39

5.3 Tradurre: "dire quasi la stessa cosa" .....	40
5.4 Questa è una traduzione? .....	41
5.5 Tradurre l'italiano in italiano .....	42
5.5.1 Dalla parte del ricevente .....	42
5.5.2 La coerenza delle parole chiave .....	43
5.5.3 Quello che diamo per scontato .....	44
5.5.4 Confrontarsi con la complessità .....	44
5.5.5 Perché puntare sull'italiano .....	45
5.6 Tradurre l'italiano in altre lingue .....	46
5.6.1 Tradurre o non tradurre? .....	46
5.6.2 Chi deve tradurre? .....	46
5.6.3 Tradurre: un lavoro a più mani .....	47
5.7 Orientare le traduzioni .....	48
5.7.1 Analizzare il testo fonte .....	48
5.7.2 Confrontare il testo fonte e il testo di arrivo .....	50
5.7.3 Il bilinguismo delle parole chiave .....	52
5.7.4 Memorie traduttive .....	57
5.7.5 Manuali di stile .....	57
5.8 Valutare la qualità delle traduzioni .....	57
5.8.1 Testi equivalenti o risposte equivalenti? .....	57
5.8.2 Revisori .....	58
5.8.3 Altri metodi .....	59
5.8.4 Il ruolo dei committenti .....	60
5.9 Tradurre senza parole .....	60
5.10 Organizzazioni linguisticamente competenti .....	66
5.11 Bibliografia .....	67

## SECONDA PARTE: Dopo le riflessioni, i numeri

<b>6. Immigrati e screening oncologici: problemi di identificazione, monitoraggio ed accesso .....</b>	<b>71</b>
6.1 Un sistema informativo complesso .....	71
6.1.1 La chiave di identificazione più corretta .....	71
6.1.2 Cittadinanza: quali alternative? .....	74
6.1.3 Gestione informatica dello straniero: alcune criticità .....	74
6.1.4 Essere uno straniero irregolare complica la faccenda .....	75
6.2 Usiamo i numeri per capire meglio .....	75
6.2.1 La dimensione del fenomeno .....	75
6.2.2 Riflessioni sui primi tentativi di quantificare questa realtà .....	75
6.3 Immigrati ma non solo: cosa è stato messo in campo? .....	80
6.4 L'indagine P.I.O.: i progetti per gli immigrati negli screening oncologici .....	82
6.5 Conclusioni .....	83
6.6 Bibliografia .....	84
<b>7. Conclusioni finali .....</b>	<b>85</b>
Note .....	88

## Introduzione

Questo documento si inserisce nell'ambito di P.I.O. - Programma Integrato Oncologia<sup>1</sup>, un progetto bandito nel 2006 dal Ministero della Salute con l'obiettivo di sviluppare le principali esperienze italiane nel campo della prevenzione primaria e secondaria dei tumori.

Il Programma includeva 7 aree tematiche di ricerca realizzate presso strutture distribuite sul territorio nazionale:

1. Sperimentazione di modelli di intervento di prevenzione primaria e secondaria
2. Diagnostica molecolare avanzata
3. Strategie terapeutiche innovative
4. Sperimentazioni cliniche di fase I (in collaborazione con AIFA)
5. Valutazione di nuove tecnologie ed interventi nella rete assistenziale del SSN
6. Valutazione e sperimentazione di terapie di supporto e di modelli assistenziali integrati
7. Interventi riabilitativi (fisica, psico-sociale, ecc...)

All'interno della prima area, nell'ambito del progetto "La prevenzione del cancro: sviluppo di modelli di intervento basati sull'evidenza", si è sviluppato il sottoprogetto "Interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening, incrementare la partecipazione nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici", che ha avuto l'obiettivo di sviluppare modelli per migliorare l'equità nell'accesso, l'informazione e l'efficienza degli screening. Questo sottoprogetto ha coinvolto le regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio, Toscana, Umbria e Veneto.

"**Immigrati e screening in Italia**" è una delle linee di lavoro su cui si è focalizzato questo sottoprogetto.

1. P.I.O. Programma Integrato Oncologia <http://www.pio-prevenzione-tumori.ispo.toscana.it>

## Immigrati in Italia: presenza, caratteristiche, disuguaglianze di salute e comunicazione.

### 1. IL DOCUMENTO

#### 1.1 OBIETTIVI

I programmi organizzati di screening per la prevenzione del tumore della cervice, della mammella e del colon-retto producono equità riducendo le differenze di accesso per livello d'istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza<sup>1-3</sup>. L'uso dei test eseguiti al di fuori dei programmi di screening risulta infatti più elevato nella popolazione italiana, in quella con maggiore istruzione e senza rilevanti difficoltà economiche. Vi sono inoltre evidenze crescenti che gli screening producono equità riducendo anche le differenze di sopravvivenza per stato socio-economico<sup>4-5</sup>. Tra le fasce svantaggiate della popolazione si possono annoverare anche le persone immigrate, per lo meno quelle di recente immigrazione, che per ora, ne costituiscono la maggioranza.

È sufficiente quello che abbiamo appena detto per concludere che gli screening sono di per sé un esempio virtuoso di medicina di iniziativa e quindi non necessitano di attivare ulteriori iniziative per promuovere l'adesione degli immigrati? Ed è poi vero che gli immigrati partecipano agli screening sempre e comunque meno degli italiani? E dove invece la partecipazione è soddisfacente, è sempre perché sono stati attivati dei progetti specifici? E questi progetti come sono stati pianificati, realizzati e valutati?

Per rispondere a tali domande abbiamo prodotto questo documento dopo avere:

- effettuato una ricognizione per valutare se e come viene misurata la partecipazione agli screening da parte della popolazione immigrata;
- effettuato una ricognizione sui progetti specifici realizzati dai programmi italiani per promuovere la partecipazione agli screening da parte della popolazione immigrata;
- approfondito quattro temi che, anche se non specifici di screening, aiutano ad analizzare i risultati delle due ricognizioni:
  - i numeri e la normativa
  - le disuguaglianze di salute
  - la mediazione linguistico-culturale
  - le traduzioni e la comunicazione istituzionale.

L'obiettivo è stato quello di offrire a chi si occupa di screening degli strumenti per analizzare la partecipazione da parte della popolazione immigrata e prendere decisioni su eventuali interventi da intraprendere o non intraprendere nei propri programmi.

#### 1.2 METODI

Per quanto riguarda le due ricognizioni, abbiamo prodotto due schede di rilevazione: una per valutare se e come viene misurata la partecipazione agli screening da parte della popolazione immigrata e una sui progetti specifici per promuoverne la partecipazione.

I destinatari di entrambe le schede erano i responsabili dei programmi di screening. Per raggiungerli si sono utilizzati la rete dei referenti regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), quella del Gruppo interscreening sulla comunicazione (interno all'ONS) e altre reti informali.

La ricognizione è stata effettuata nel 2009 e ripetuta nel 2012. Sono state raccolte 13 schede dati e 34 schede progetti.

Nel 2013 il Gruppo Italiano Screening Cervicale (GISCI) ha effettuato la prima survey, i cui aspetti principali sono riportati in questo documento<sup>6</sup>.

Per quanto riguarda l'approfondimento delle quattro aree tematiche (numeri e normativa, diseguglianze di salute, mediazione linguistico-culturale, traduzioni e comunicazione istituzionale), abbiamo effettuato un'analisi della letteratura, soprattutto italiana ma non solo, per sintetizzare il contesto teorico di riferimento.

Abbiamo inoltre condotto 9 interviste a testimoni chiave che, per la loro esperienza, potevano portare un punto di osservazione privilegiato sui diversi temi. Si tratta di responsabili di programmi di screening o di strutture che da anni si occupano della salute degli immigrati, esperti di comunicazione istituzionale e traduzioni, mediazione linguistico-culturale e antropologia.

I risultati preliminari del lavoro sono poi stati presentati in diversi seminari, di cui alcuni dedicati alla tematica immigrati e screening<sup>7-9</sup>. Vi è stata anche la partecipazione ad altri eventi imperniati sul tema immigrazione<sup>10-11</sup>. Il dibattito avvenuto in tali occasioni ci ha permesso di aggiungere altri elementi ai diversi aspetti trattati nel documento.

### 1.3 PRECISAZIONI LESSICALI

#### **Immigrati o migranti?**

*Immigrati*, *immigranti*, *emigrati*, *emigranti*, *migranti* e *migratori* sono i termini con cui nei dizionari di lingua italiana ci si riferisce alle persone che si stabiliscono temporaneamente o definitivamente in un luogo diverso da quello d'origine<sup>12-14</sup>.

*Migranti* è quello che ultimamente ha avuto più fortuna, forse per l'assonanza con l'inglese (*migrant workers*), o per il suono dolce ed evocativo che lo fa sembrare più "politicamente corretto".

In questo documento, però, abbiamo usato la parola immigrati perché condividiamo la posizione di chi sottolinea come "il participio presente serve a rappresentarli in uno stato di transito continuo, di necessità permanente, come dire che non si integreranno mai in nessun luogo, non hanno una meta"<sup>15</sup>.

#### **Immigrati e immigrate**

I termini maschili che usiamo in questo documento si riferiscono sia agli uomini sia alle donne. Abbiamo usato cioè il cosiddetto *maschile inclusivo*. Usare in un testo lungo come questo la forma estesa *mediatori e mediatrici*, *immigrati e immigrate*, *operatori e operatrici* avrebbe significato appesantirlo e avrebbe reso "difficile governare l'accordo di participi, aggettivi, pronomi"<sup>16</sup>. Quando possibile, abbiamo cercato usare perifrasi (*le persone immigrate*) o riformulazioni con nomi collettivi (*la mediazione culturale*).

Le donne vengono rappresentate anche attraverso le parole e la necessità di usare un linguaggio non discriminatorio è stata più volte sottolineata negli ultimi anni<sup>15,17</sup>. La sfida è quella di "conciliare un linguaggio rispettoso dell'identità di genere con la leggibilità e trasparenza dei testi"<sup>15</sup>, soprattutto in quelli lunghi e complessi.

#### **Mediatori culturali, linguistico-culturali, interculturali?**

Nel capitolo *Chiave di lettura 3. La mediazione interculturale sulla salute* spieghiamo perché abbiamo preferito utilizzare il termine interculturale.

#### **Relazione medico-paziente o utente-operatore?**

In questo documento utilizziamo le due espressioni come intercambiabili. La maggior parte degli studi e delle riflessioni che citiamo nel testo si rifà alla classica relazione *medico-paziente*. Negli screening oncologici, però, chiamiamo relazione operatore-utente il rapporto tra i professionisti della salute e le persone invitate a fare i test. Nella stragrande maggioranza dei casi, infatti, le persone che fanno il test non diventano mai *pazienti*, perché il loro test ha un esito normale. Questo comporta che, nella maggioranza dei casi, i professionisti che le persone incontrano non sono medici ma altre tipologie di operatori della salute.

#### 1.4

#### BIBLIOGRAFIA

1. La sorveglianza PASSI. Screening mammografico. Dati nazionali 2013. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico.asp>
2. La sorveglianza PASSI. Screening cervicale. Dati nazionali 2013. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale.asp>
3. La sorveglianza PASSI. Screening coloretale. Dati nazionali 2013. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningColoretale.asp>
4. Pacelli B, Carretta E, Spadea T et al. Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region. *Eur J Public Health*. 2013 Sep 5.
5. Puliti D, Miccinesi G, Manneschi G et al. Does an organised screening programme reduce the inequalities in breast cancer survival? *Ann Oncol*. 2012;23(2):319-23.
6. Survey GISCI sulle migranti nei programmi di screening cervicale. [http://www.gisci.it/documenti/documenti\\_gisci/GISCI-documenti-migranti-2014.pdf](http://www.gisci.it/documenti/documenti_gisci/GISCI-documenti-migranti-2014.pdf)
7. 5° Seminario sulla comunicazione nei programmi di screening "Comunicare con tutti". Osservatorio Nazionale Screening. Verona, 13-14 dicembre 2010. <http://www.osservatorionazionale screening.it/node/71>
8. Workshop congiunto Osservatorio Nazionale Screening, Gisci e P.I.O. "Immigrati e screening in Italia". Viterbo, 15 giugno 2011. <http://www.osservatorionazionale screening.it/node/71>
9. Sessione "Immigrati e screening" in: La salute degli immigrati nel Veneto. IOV-IRCCS Padova, 5 dicembre 2012. <https://www.registrotumori-veneto.it/screening/2012/dettagli.php>
10. ARTEMIS: Associazionismo & reti territoriali per la mediazione interculturale sulla salute. Roma 30 giugno 2011. <http://www.alberodel- lasalute.org/progetti/progetto-artemis/progetto-artemis-risultati>
11. PROGETTO AURORA: Strategie di comunicazione e advocacy per promuovere lo screening della cervice uterina presso le fasce di popolazione più svantaggiate. Cesena 15 e 16 ottobre 2013.
12. Devoto G, Oli G. *Il Devoto - Oli vocabolario della lingua italiana 2008*, a cura di Serianni, L. e Trifone, M, Firenze, Le Monnier, 2007.
13. *Il Sabatini-Coletti dizionario della lingua italiana 2008*. Rizzoli Larousse 2007.
14. *Migrant Workers: migratori o migranti?* <http://www.biblit.it>
15. *Migranti, non emigranti o immigranti* <http://forum.corriere.it/scioglilingua/11-05-2011/migranti-non-emigranti-o-immigranti-1789944.html>
16. Robustelli Cecilia. *Linee guida per l'uso del genere nel linguaggio amministrativo*. Progetto Genere e Linguaggio. Parole e immagini della comunicazione, svolto in collaborazione con l'Accademia della Crusca. Progetto realizzato con il finanziamento della Regione Toscana.R. 16/09 Cittadinanza di Genere, 2012. [http://www.accademiadellacrusca.it/sites/www.accademiadellacrusca.it/files/page/2013/03/08/2012\\_linee\\_guida\\_per\\_luso\\_del\\_genere\\_nel\\_linguaggio\\_amministrativo.pdf](http://www.accademiadellacrusca.it/sites/www.accademiadellacrusca.it/files/page/2013/03/08/2012_linee_guida_per_luso_del_genere_nel_linguaggio_amministrativo.pdf)
17. Sabatini Alma, 1987, *Il sessismo nella lingua italiana*. Commissione Nazionale per la realizzazione della parità tra uomo e donna. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nota: l'estratto "Raccomandazioni per un uso non sessista della lingua italiana" è scaricabile dal link [http://www.funzionepubblica.gov.it/media/277361/linguaggio\\_non\\_sessista.pdf](http://www.funzionepubblica.gov.it/media/277361/linguaggio_non_sessista.pdf)

## 2. CHIAVE DI LETTURA 1. IMMIGRATI IN ITALIA: QUANTI, QUALI, DOVE E QUANDO

### 2.1 "QUESTIONE IMMIGRATI" E SCREENING

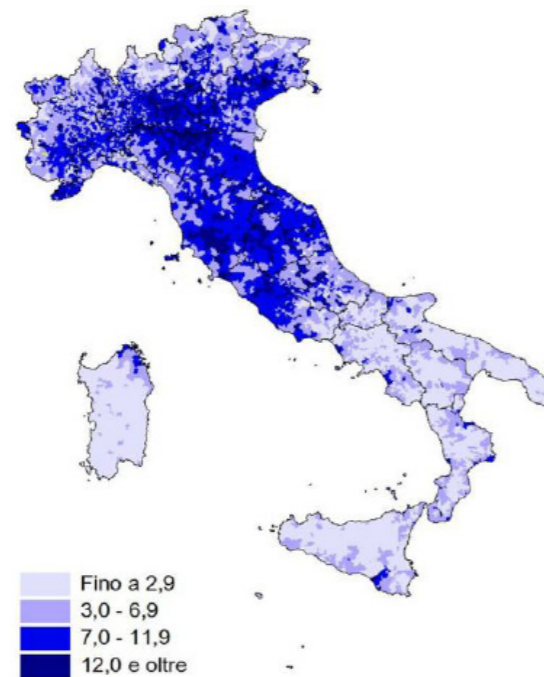
Ammesso che una "questione" esista, perché se ne parla sempre più spesso? Riteniamo che sia per due ragioni: perché, numericamente, negli screening quella immigrata non può più essere considerata una popolazione residua e perché, in genere, vi partecipa in misura inferiore a quella della popolazione italiana.

### 2.2 PUNTO DI PARTENZA: LA CONOSCENZA DEL FENOMENO

Nel 2014 in Italia risultavano residenti (cioè iscritti all'anagrafe di un comune) più di 4 milioni 922 mila stranieri, l'8,1% della popolazione residente totale<sup>1</sup>. Considerando anche gli immigrati non residenti e quelli in condizioni di irregolarità giuridica, la presenza di stranieri in Italia è stimata in oltre 5 milioni e mezzo<sup>2</sup>. La maggior parte di essi proviene da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>3</sup>.

Gli immigrati si distribuiscono in modo disomogeneo tra le diverse regioni italiane: il 60% risiedono al Nord (35% nel Nord-Ovest e 25% nel Nord-Est), dove costituiscono l'11% della popolazione. Nel Centro gli stranieri rappresentano il 10% della popolazione, invece nel Mezzogiorno i valori sono poco superiori al 3%<sup>4</sup>.

FIGURA 1. STRANIERI RESIDENTI OGNI CENTO RESIDENTI NEI COMUNI ITALIANI AL 1° GENNAIO 2013<sup>5</sup>



2. Sono definiti Paesi a Forte Pressione Migratoria i Paesi appartenenti all'Europa centro-orientale, all'Africa, all'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) e all'America centro-meridionale; per estensione anche gli apolidi sono inclusi in questo gruppo.

Per quanto riguarda la **provenienza**, l'immigrazione in Italia ha subito un sostanziale mutamento negli anni: i flussi più consistenti provengono ora dai paesi dell'Unione Europea (UE), mentre nei primi anni Novanta la popolazione più rappresentata era quella proveniente dal Marocco, e nei primi anni 2000, quella proveniente dall'Albania.

Nel 2007, con l'ingresso della Romania nell'UE, i rumeni hanno superato gli albanesi<sup>2</sup>.

Attualmente il 41% degli stranieri residenti proviene da Romania, Albania e Marocco, cui seguono quelli da Cina e Ucraina<sup>7</sup>.

TABELLA 1. CITTADINI STRANIERI: POPOLAZIONE RESIDENTE PER SESSO E CITTADINANZA AL 31 DICEMBRE 2013. PRIMI 20 PAESI<sup>6</sup>

	Maschi	Femmine	Totale
Romania	467.630	613.770	1.081.400
Albania	258.702	237.007	495.709
Marocco	247.583	207.190	454.773
Cina Rep. Popolare	130.658	126.188	256'846
Ucraina	45.936	173.114	219.050
Filippine	70.365	92.290	162.655
Moldova	50.971	98.463	149.434
India	85.678	56.775	142.453
Bangladesh	77.750	33.473	111.223
Perù	45.125	64.726	109.851
Polonia	26.051	71.515	97.566
Tunisia	60.528	36.789	97.317
Egitto	64.839	31.169	96.008
Sri Lanka	52.196	42.811	95.007
Ecuador	38.974	52.887	91.861
Senegal	66.153	24.710	90.863
Pakistan	58.340	32.275	90.615
Macedonia	42.320	36.104	78.424
Nigeria	32.773	34.060	66.833
Bulgaria	20.563	34.369	54.932

Diversa da quella italiana è la composizione per **età** della popolazione immigrata, che è mediamente molto più giovane. L'età media degli stranieri residenti in Italia è 32 anni: oltre tre quarti ha meno di 45 anni, i minori sono il 22% e solo il 2,7% ha più di 64 anni<sup>7</sup>. L'elevata presenza di minori è il risultato di due fattori: le nascite e i ricongiungimenti familiari. Nel 2013 si è osservato un ulteriore aumento delle nascite di bambini stranieri (il 15% sul complesso delle nascite in Italia<sup>8</sup>).

Pur essendo così recente, l'immigrazione nel nostro Paese ha già subito significative **trasformazioni**: a livello complessivo lo scarto di **genere** a favore degli uomini, che ha caratterizzato il periodo iniziale, si è notevolmente ridotto. Questo è accaduto non solo come effetto dei ricongiungimenti familiari, ma anche perché sono sempre di più le donne che emigrano da sole e per prime. Si tratta soprattutto di donne che provengono dall'Europa Orientale e che trovano lavoro nei servizi di assistenza (le "badanti").

Un'altra grande trasformazione è quella che ha portato a una progressiva **stabilizzazione** dei flussi migratori: il costante aumento delle richieste di ricongiungimento familiare e la quota che queste rappresentano sul totale dei permessi di soggiorno ne sono un segno evidente. Nel 2011 i cittadini non comunitari regolarmente presenti per motivi familiari erano 691 mila, pari al 36% del totale, contro il 26,5% del 2001. La crescita dei ricongiungimenti familiari è molto rilevante sia per gli uomini (per i quali prevale ancora il lavoro come motivo principale) sia per le donne, per le quali rappresenta il principale motivo della presenza in Italia<sup>10</sup>. Tra il 1993 e il 2013 si è registrato un aumento dei permessi di soggiorno per motivi familiari pari al 1.328%, mentre per quelli di lavoro l'incremento è stato del 488%. È evidente quindi che negli ultimi venti anni l'immigrazione in Italia è divenuta un fenomeno stabile e strutturale<sup>2</sup>.

Un altro aspetto che segnala una crescente **stabilità** delle comunità straniere riguarda il numero di immigrati che hanno una carta di soggiorno o un permesso a tempo indeterminato. Nel 2011 i soggiornanti di lungo periodo sono oltre 1 milione e 600 mila e rappresentano il 46% della presenza regolare<sup>10</sup>.

In riferimento alle fasce d'età target dei programmi di **screening**, le donne straniere tra i 25 e i 64 anni residenti nel territorio italiano sono 1.776.362, cioè il 10,5% della popolazione bersaglio dei programmi di screening cervicale in Italia.

Essendo la popolazione immigrata una popolazione mediamente più giovane, è inferiore la percentuale di stranieri sulla popolazione bersaglio dei programmi di screening coloretale (4,5%), cioè uomini e donne tra i 50 e i 69 anni, e dei programmi di screening mammografico (5,5%), cioè donne tra i 50 e i 69 anni<sup>4</sup>.

Quella che abbiamo descritto è una visione complessiva, ma la situazione a livello regionale e locale è estremamente variabile.

## 2.3

### BIBLIOGRAFIA

1. Popolazione straniera residente e Popolazione residente totale al 1 gennaio 2014. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
2. XX Rapporto sulle migrazioni 2014, Fondazione ISMU.
3. La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche. ISTAT Informazioni n. 10 - 2007. [http://www.istat.it/dati/catalogo/20070828\\_01/inf\\_0710\\_presenza\\_straniera\\_0305%20.pdf](http://www.istat.it/dati/catalogo/20070828_01/inf_0710_presenza_straniera_0305%20.pdf)
4. Popolazione straniera residente e Popolazione residente totale al 1 gennaio 2014. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
5. La popolazione straniera residente in Italia. 1° gennaio 2013. Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
6. Bilancio Demografico e popolazione residente straniera al 31 dicembre per sesso e cittadinanza - Anno 2013. Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
7. Elaborazione su dati Istat, Popolazione straniera residente al 1 gennaio 2014. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
8. Elaborazioni su dati Istat, Bilancio Demografico e popolazione residente e straniera residente per sesso al 31 dicembre. Anno 2013. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
9. Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione (a cura di), Ministero delle Lavoro e delle Politiche Sociali, Secondo Rapporto annuale sul mercato del lavoro degli immigrati - Sintesi, 2012 [www.governo.it/backoffice/allegati/68685-7839.pdf](http://www.governo.it/backoffice/allegati/68685-7839.pdf)
10. [demo.istat.it/altridati/noncomunitari/index.html](http://demo.istat.it/altridati/noncomunitari/index.html)

## 3. CHIAVE DI LETTURA 2. LE DISEGUAGLIANZE DI SALUTE

### 3.1 L'UGUAGLIANZA CHE FA DISEGUALI



*Esistono almeno due "uguaglianze". Una che tratta gli uomini "come se fossero uguali" e una che li tratta con equità a partire dalle loro effettive differenze<sup>1</sup>.*

"Le motivazioni per studiare le disuguaglianze nella salute si collegano agli insuccessi delle politiche sanitarie universalistiche e alla persistenza delle differenze sociali nella salute. [...] Le persone con basso reddito, socialmente emarginate, con scarse informazioni, hanno una vita più difficile, una salute più precaria e muoiono più precocemente. [...] Le persone in situazione di svantaggio non utilizzano i servizi di base e preventivi, si rivolgono più frequentemente ai servizi di emergenza, e quindi usano in modo meno efficiente e con risultati di ridotta efficacia le risorse del sistema sanitario"<sup>2</sup>.

A partire dai Rapporti Black<sup>3</sup> (1980) ed Acheson<sup>4</sup> (1998) le ricerche sulle disuguaglianze sociali e la salute hanno messo in luce come i gruppi vulnerabili della popolazione, immigrati e non, abbiano uno svantaggio che riguarda tutte le dimensioni della salute: l'incidenza (a parte pochissime eccezioni), la prevalenza, la mortalità<sup>5-8</sup>.

Altri tipi di studi considerano come la situazione economica complessiva di una società condizioni la salute dei suoi membri e come il livello di disuguaglianza socio-economica interna a una società influenzi il livello di salute<sup>9</sup>. Se nei paesi poveri il reddito medio pro-capite è correlato con le condizioni di salute, nei paesi con maggiori risorse questa relazione si affievolisce e lo stato di salute è correlato piuttosto alle disuguaglianze sociali presenti al loro interno. Per esempio, negli USA milioni di persone, di cui una gran parte bambini, risulta scoperto da qualsiasi forma di assicurazione privata e non rientra fra coloro che sono destinatari di programmi pubblici di assistenza sanitaria<sup>10</sup>.

Diversi studi<sup>9,11-12</sup> hanno anche messo in luce l'impatto sulla salute del "**capitale sociale**", cioè di quelle caratteristiche (reti informative, norme condivise, supporto sociale e fiducia) di cui una persona dispone se vive in una rete sociale stabile. Gli squilibri nel capitale sociale, cioè l'assenza di una rete di supporto, costituiscono un fattore di rischio per la salute. "Gli immigrati, proprio perché tali, hanno una rete relazionale limitata e su base etnica, in quanto molto del loro capitale sociale ascrivito è rimasto nel paese di origine"<sup>13</sup>.

Nella maggior parte dei Paesi europei i sistemi informativi non sono disegnati per identificare la popolazione con lo status di 'immigrato', e questo si riflette anche negli studi sulle disuguaglianze di salute<sup>14</sup>. Ciò nonostante, è ormai dato per assodato che **la popolazione immigrata** rappresenti **una fascia di popolazione "debole"**, un termine poco appropriato (dal momento che tende ad imputare ai "deboli" la responsabilità della propria condizione) con cui si indicano le persone più svantaggiate in termini di rischi per la salute e di accesso alle cure. Il percorso stesso di migrazione comporta ricadute negative sulla salute, e non solo per gli immigrati in condizione di irregolarità giuridica<sup>15-18</sup>.

In Italia i dati disponibili<sup>19</sup> sono coerenti nell'indicare la persistenza del cosiddetto "**effetto migrante sano**", cioè quella sorta di autoselezione che porta a migrare solo le persone in buona salute, atte al lavoro e mediamente più istruite. Tale effetto, però, sembra persistere soltanto per i primi 10 anni dall'arrivo nel paese ospite<sup>20-21</sup>, per poi attenuarsi e svanire nelle generazioni successive. Esso inoltre non è sempre riscontrabile in chi arriva con progetti migratori di ricongiungimento e tende ad affievolirsi a mano a mano che il fenomeno migratorio si stabilizza. Il profilo di salute, infatti, cambia con il modificarsi del profilo demografico delle persone che immigrano (nuove generazioni, anziani, ecc...).

Comunque, anche se il "patrimonio di salute in dotazione" è buono, esso viene dissipato più o meno rapidamen-

te a causa dei fattori di rischio che spesso porta con sé l'esperienza migratoria: stress psicologico, disoccupazione, occupazioni rischiose e non tutelate, disagio abitativo, assenza del supporto familiare e sociale, alimentazione inadeguata, ecc...<sup>22</sup>. L'effetto migrante sano viene quindi spesso soppiantato dall'"**effetto migrante esausto**"<sup>23</sup>, dovuto all'esposizione ai fattori di rischio presenti nel paese ospite, quelli propri di una condizione socio-economica svantaggiata. Inoltre, "la presenza di barriere giuridiche, burocratiche, organizzative [...] fa sì che il rischio di non ricevere dal sistema sanitario gli stessi servizi di prevenzione, di diagnosi e di cura di cui la media della popolazione beneficia sia più elevato"<sup>24</sup>.

In Italia i tassi dei ricoveri ospedalieri degli immigrati PFPM si mantengono costantemente al di sotto di quegli degli italiani, sia per gli uomini che per le donne, con l'eccezione dei ricoveri per cause ostetriche<sup>25</sup>. Superiori a quelli degli italiani (e in maggior misura impropri) sono invece gli accessi al pronto soccorso<sup>26</sup> e quelli per interruzione volontarie di gravidanza<sup>25</sup>. Minore è il ricorso all'assistenza al percorso nascita<sup>27</sup> e ai servizi di prevenzione.

Per quanto riguarda le malattie infettive (tubercolosi, AIDS, epatiti), ancorché presenti, mostrano tra gli immigrati (come tra gli italiani) tassi in diminuzione. Certo gli immigrati rimangono una popolazione esposta a rischi più elevati rispetto agli autoctoni, per motivi legati alla provenienza da aree endemiche, alle condizioni di vita ed al minore accesso alle misure di prevenzione e di cura"<sup>25</sup>. Ma non esiste nessuna "Sindrome di Salgari", espressione coniata negli anni Novanta per indicare quel pregiudizio diffuso che vedeva negli immigrati i nuovi untori della popolazione autoctona.

L'uso dei test preventivi per il tumore della cervice, della mammella e del colon-retto eseguiti sia al di fuori che nel contesto dei programmi di screening risulta generalmente inferiore tra la popolazione immigrata rispetto a quella italiana<sup>28</sup>, pur con importanti differenze che analizzeremo in altre sezioni di questo documento (vedi paragrafo 3.4.2 e capitolo 6).

TABELLA 2. GLI STRANIERI NEL POOL PASSI 2008-2011<sup>28</sup>

Pool di ASL Passi 2008-11	Italiani	Stranieri
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
<b>Programmi di prevenzione individuale</b>		
Test di screening per neoplasia cervicale (in donne 25-64enni, eseguito negli ultimi 3 anni)	75,7 (75,2-76,1)	68,1 (66,0-70,2)
Mammografia (in donne 50-69enni, eseguita negli ultimi 2 anni)	70,0 (69,3-70,7)	58,5 (53,2-63,6)
Ricerca del sangue occulto nelle feci (in persone 50-69enni, eseguita negli ultimi 2 anni)	27,8 (27,4-28,2)	20,7 (17,5-24,3)

In sostanza, "**la presenza degli immigrati ci aiuta a riflettere [...] sulle disuguaglianze di salute** che non riguardano però solo loro, ma loro in particolar modo, al pari **di tutti i soggetti deboli**; disuguaglianze che si presentano nella duplice veste di nuove e vecchie"<sup>13</sup>. Come ripetutamente sottolineato dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), la presenza degli immigrati ci porta cioè a riflettere sui **determinanti sociali della salute**: istruzione, occupazione, reddito, alloggio, coesione sociale<sup>29</sup>.

Ma se la salute delle persone è largamente influenzata da fattori esterni al sistema salute, allora per essere efficace la politica sanitaria deve coinvolgere anche altre politiche, quelle che riguardano l'ambiente, l'istruzione, la ricerca, i trasporti, l'agricoltura, la fiscalità ecc... Questo approccio intersettoriale alla salute, chiamato dal 2006 "**Salute in tutte le politiche**" (**Health in all Policies**)<sup>30-31</sup>, trae le sue origini dalle dichiarazioni di Alma Ata<sup>32</sup> del 1978 e

di Ottawa<sup>33</sup> del 1986. Il trattato dell'Unione Europea impone di adottarlo<sup>34</sup>, ma per essere pienamente efficace, deve essere integrato nelle politiche nazionali, regionali e locali. E qui naturalmente sta il problema.

### 3.2 BARRIERE NORMATIVE E BUROCRATICHE

La situazione italiana si caratterizza per possibilità di accesso al nostro territorio diverse a seconda delle tipologie normative della condizione di immigrato: i "regolari", gli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), gli "irregolari", cioè gli immigrati in condizioni di irregolarità giuridica, ecc...

In generale, anche nei Paesi in cui il sistema sanitario pubblico è di qualità medio-alta, l'accesso alle cure non è completo o garantito a tutti. Anche in Italia, il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza sanitaria per i cittadini immigrati non basta sempre a garantirne l'accesso effettivo.

La **legge quadro 328/2000** ha posto la sussidiarietà e la cooperazione tra Regioni e Stato alla base della programmazione socio-sanitaria, e la riforma del titolo V della Costituzione ha reso le politiche sociali tra le materie a competenza concorrente tra Stato e Regioni. Le **Regioni** sono quindi direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sulla base delle esigenze specifiche del territorio. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria agli immigrati, questa erogazione è estremamente disomogenea: un'indagine nazionale del 2008 ha rilevato differenti interpretazioni delle norme di accesso nell'ambito della stessa Regione e tra le diverse Regioni<sup>35</sup>.

A ciò si deve aggiungere che le differenze normative talvolta sono poco conosciute a livello delle singole realtà dei servizi. Molto spesso operatori e organizzatori sostengono che i programmi di screening si rivolgono solo ai residenti, come ciò fosse un assioma degli screening. In realtà **fin dal 1998 è previsto che anche gli STP siano inseriti nei programmi di prevenzione** (art. 35 D.lgs 286/1998 e art. 33 L. 40/1998). Ma quanti riescono a mettere in atto strategie per raggiungere questi destinatari?<sup>36</sup> L'impressione che emerge anche dalla nostra indagine è che molti programmi di screening invitino solo i residenti, alcuni invitino anche i domiciliati e pochi si rivolgano agli immigrati in condizione di irregolarità giuridica (vedi capitolo 6). Anche un'indagine realizzata in Toscana tra il 2010 e il 2011 ha evidenziato lo stato di confusione relativo alla presa in carico degli stranieri in condizione di irregolarità giuridica: divergenze di opinione, anche all'interno della stessa ASL, sulle prestazioni da erogare, difformità nelle modalità di rilascio della tessera STP, incertezza rispetto al ruolo dei medici di base<sup>37</sup>.

Proviamo ora a chiarire alcuni **punti chiave** basandoci sull'**Accordo Stato-Regioni n. 255 del 20/12/2012**<sup>38</sup>.

Per quanto riguarda la condizione amministrativa, gli stranieri:

- se provenienti da Paesi extra-europei possono essere regolarmente presenti in quanto in possesso di permesso di soggiorno, o essere presenti ma non avere un permesso di soggiorno. In quest'ultimo caso si distinguono in a) irregolari, che in precedenza avevano un permesso di soggiorno che non hanno potuto rinnovare; b) clandestini, se non hanno e non hanno mai avuto un permesso di soggiorno;
- se provenienti da paesi appartenenti all'Unione Europea non sono più tenuti a richiedere alcun titolo di soggiorno presso le Questure. Il cittadino comunitario in possesso dei requisiti che determinano il diritto di soggiorno per periodi superiori ai tre mesi, è tenuto a provvedere all'iscrizione all'anagrafe della popolazione residente o nei casi in cui viene mantenuta la residenza all'estero, allo schedario della popolazione temporanea;
- in particolare, gli STP sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono di norma iscrivibili al SSR.

Il **Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286**<sup>39</sup> prevede che: "Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere



urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e **sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva**".

Inoltre, le prestazioni sanitarie sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

In particolare, lo **straniero STP** è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa (ticket), in analogia con il cittadino italiano, per:

- le prestazioni sanitarie di primo livello, ad accesso diretto senza prenotazione e impegnativa (quali ad esempio quelle di medicina generale, SERT, DSM, consultori familiari);
- le prestazioni di urgenza erogate presso il pronto soccorso secondo i criteri di esenzione già definiti per i cittadini italiani;
- le prestazioni erogate a tutela della gravidanza e della maternità;
- le prestazioni di prevenzione erogabili attraverso le articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione (piano nazionale e regionale dei vaccini, screening, prevenzione HIV);
- le prestazioni erogabili in esenzione, secondo i criteri e i limiti previsti dalla normativa in atto per i cittadini italiani, in presenza di patologie croniche, patologie rare e stati invalidanti (con conseguente rilascio di attestato di esenzione);
- età/condizione anagrafica (inferiore ai 6 o superiore ai 65 anni), alle stesse condizioni con i cittadini italiani.

Per tutte le altre situazioni si applicano le condizioni previste per il cittadino italiano.

**L'Accordo Stato-Regioni n. 255/2012** fornisce, in base alla legislazione vigente, **indirizzi operativi per l'applicazione omogenea** della normativa relativa all'assistenza sanitaria della popolazione straniera, in particolare:

- sistematizzando le indicazioni emanate negli anni,
- rendendo omogenee nei vari territori regionali le modalità di erogazione,
- riducendo le difficoltà di accesso e la discrezionalità interpretativa delle regole per l'accesso,
- migliorando la circolazione delle corrette informazioni tra gli operatori sanitari.

Tuttavia, per quanto riguarda il recepimento dell'Accordo, si registra una situazione estremamente variabile: alcune Regioni l'hanno recepito formalmente, altre non lo hanno ancora fatto, altre ancora hanno emanato solo qualche atto di allineamento. Il sito della SIMM, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, aggiorna costantemente il recepimento dell'Accordo<sup>40</sup>.

Nel 2013 **l'Istituto Superiore di Sanità ha prodotto una guida** sulle principali disposizioni normative riguardanti l'accesso delle persone immigrate ai servizi socio-sanitari<sup>41</sup>. La guida riguarda: l'accesso ai servizi socio-sanitari e di assistenza della persona straniera regolarmente soggiornante e non, l'accesso alle cure in base agli accordi bilaterali tra l'Italia e i singoli Paesi, l'accesso ai servizi socio-sanitari e di assistenza dei cittadini europei, la protezione internazionale e le informazioni su Aids e infezioni sessualmente trasmesse. La guida è online e gli autori prevedono revisioni periodiche per fornire uno strumento sempre aggiornato e accessibile.

### 3.3 BARRIERE DI ACCESSO ALLE INFORMAZIONI

#### 3.3.1 LA HEALTH LITERACY

Leggere la lettera che ci invita a fare un Pap test, localizzare il centro dove si fa la mammografia all'interno dell'ospedale, diluire il preparato che dobbiamo assumere prima della colonscopia: sono azioni apparentemente banali. Ma perché una persona possa compierle, occorre che sappia leggere, che comprenda quello che legge, che sia in grado di seguire un percorso segnaletico, che sia capace di eseguire semplici calcoli.

Deve anche sapere che per alcuni tumori è possibile una diagnosi precoce e che la propria azienda sanitaria può invitarla a fare degli esami anche se lei non è ammalata. Se qualcosa non le è chiaro, dovrebbe riuscire a chiedere informazione al proprio medico, al servizio che le ha proposto l'esame o cercarle su internet. Idealmente, se la sua azienda non la invita, questa persona dovrebbe domandarsi il perché e potrebbe organizzarsi con altre persone per far sì che questo avvenga. A questo complesso insieme di conoscenze e competenze viene dato il nome di *health literacy*, cioè quelle **"abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute"**<sup>42-43</sup>. Sono state formulate diverse altre definizioni, non ve ne è ancora una universalmente accettata e nel 2012 è stato proposto un modello teorico che integri i diversi approcci concettuali e le diverse definizioni esistenti<sup>44</sup>.

#### 3.3.2 HEALTH LITERACY, SALUTE E SERVIZI SANITARI

Da una revisione sistematica del 2011<sup>45</sup>, le persone con bassa *health literacy* hanno una maggiore probabilità di:

- usare i servizi ospedalieri e di emergenza,
- non utilizzare lo screening mammografico e il vaccino anti-influenzale,
- non assumere correttamente i farmaci,
- non comprendere le istruzioni sui farmaci e le informazioni sulla salute,
- avere un peggiore stato di salute e una maggiore mortalità, se sono anziane.

Inoltre, le persone con bassa *health literacy* presentano<sup>46</sup>:

- minore capacità di comunicare i sintomi della malattia,
- minore capacità di comprendere le spiegazioni del medico,
- un ruolo passivo nel processo decisionale.

**Una bassa *health literacy* è quindi associata a peggiori esiti di salute e ad un uso meno appropriato dei servizi sanitari.** È anche probabile che questo si traduca in maggiori costi per il sistema stesso<sup>47-48</sup>, anche se le evidenze a riguardo non sono ancora solide<sup>49-50</sup>. Una bassa *health literacy*, inoltre, spiega almeno in parte le disparità negli esiti di salute tra alcuni sottogruppi di popolazione, per esempio tra quelli con diverso background etnico<sup>45</sup>.

#### 3.3.3 LA HEALTH LITERACY DIPENDE DALLA LITERACY

In Italia, nell'ottobre 2013, hanno fatto scalpore i risultati di un'indagine internazionale che valutava le competenze alfabetiche (*literacy*) e matematiche (*numeracy*) funzionali dei 16-65enni, cioè la capacità di utilizzare strumenti linguistici e matematici minimi indispensabili per leggere, scrivere e far di conto per orientarsi nella società contemporanea<sup>50-52</sup>. Dall'indagine il 70% della popolazione italiana risulta avere competenze ritenute al di sotto del minimo indispensabile. Questo in realtà era stato ripetutamente segnalato anche in passato, senza suscitare particolari reazioni<sup>53</sup>.

Quello che è importante sottolineare è che in ogni contesto, non soltanto in quello italiano, le competenze alfabetiche e matematiche funzionali (*literacy* e *numeracy*) non corrispondono al grado di istruzione formale. Le capacità di leggere, scrivere e far di conto acquisite a scuola, se non vengono utilizzate, regrediscono. Un **analfabeta funzionale** è in grado di leggere, di scrivere, di fare dei calcoli elementari, ma ha difficoltà a compilare un modulo per una domanda d'impiego, comprendere l'orario di un autobus, leggere i segnali stradali, intuire quale è il significato di un grafico, trovare la stanza dove si tiene una riunione seguendo una mappa. Gli analfabeti funzionali, inoltre, tendono a vergognarsi della loro condizione, anche con i loro familiari, e ad elaborare strategie per nascondere la (*mi sono dimenticato a casa gli occhiali*)<sup>54-56</sup>. Vergognandosi, tendono a non chiedere spiegazioni, per cui è difficile rendersi conto di averli di fronte. Per questo è particolarmente importante che gli operatori della sanità siano almeno coscienti dell'esistenza del problema, e del fatto che l'analfabetismo funzionale "non si vede" ad occhio nudo.

Va precisato che l'analfabetismo funzionale "è una condizione che tutti possiamo sfiorare: in un tribunale quando ci 'impappiniamo' dinanzi alla controinterrogazione di un abile avvocato, agli esami e, soprattutto, quando siamo esposti alla necessità di un salto di norma linguistica, dobbiamo scrivere aulico e non sappiamo farlo, dobbiamo parlare a un bimbetto e ci accorgiamo che non sappiamo farlo o, peggio ancora, dobbiamo servirci di una lingua diversa dalla nostra"<sup>56</sup>. Anche l'evoluzione informatica può limitare l'accesso alle informazioni da parte di persone con un buon livello di literacy ma non abituate ad usare un computer o un cellulare di ultima generazione. **La literacy, insomma, non è un qualcosa di statico, ma un insieme di competenze dinamiche, che possono essere acquisite con l'uso ma anche perdute se mai praticate.**

Per quanto riguarda gli immigrati in Italia, nell'indagine del 2013, le medie dei punteggi sulle scale di *literacy* e *numeracy* dei nativi, degli immigrati cosiddetti "recenti" (residenti da meno di cinque anni) e di quelli "stabili" (residenti da cinque anni o più) seguono lo stesso andamento degli altri Paesi OCSE: i punteggi medi sono inferiori a quelli dei nativi, e tra gli immigrati quelli occupati, "stabili" e le donne ottengono punteggi medi superiori<sup>57</sup>. Il campione intervistato non presenta una numerosità tale da renderlo pienamente significativo a livello statistico.

### 3.3.4 LA HEALTH LITERACY DIPENDE DALLA LITERACY, ANCHE DA QUELLA DEGLI OPERATORI

La necessità di usare, nella comunicazione istituzionale, un linguaggio chiaro e semplice, comprensibile per la maggior parte possibile di persone, è consolidata da decenni nei paesi di lingua inglese e del Nord Europa. Negli anni 70' si è costituito anche un movimento chiamato *plain language*<sup>58</sup> con applicazioni in diversi contesti della comunicazione pubblica: leggi, banche, amministrazioni assicurazioni, trasporti, sanità e, ultimamente, *health literacy*<sup>59</sup>.

Per diverse ragioni storiche, sociali e religiose il valore di una lingua comprensibile per tutti è emerso più lentamente nei paesi del Sud Europa, in particolare in Italia. Nonostante importanti pubblicazioni<sup>60-62</sup> e una serie di atti normativi tesi a semplificare il linguaggio amministrativo<sup>63-64</sup>, la scrittura istituzionale, in Italia, ancora non "fa sistema". Nelle comunicazioni con il pubblico le nostre istituzioni, incluse quelle sanitarie, spesso prediligono quella che Calvino negli anni 80' ha definito *antilingua*<sup>65</sup>. Usano cioè frasi lunghe e complesse, concetti astratti "che non dicono niente o dicono solo qualcosa di vago"<sup>60</sup>. La maggior parte delle volte questa *antilingua* non è legata a effettive necessità comunicative<sup>66</sup>. **Spesso le istituzioni usano "parole difficili per esprimere idee banali"<sup>67</sup> a causa della scarsa competenza linguistica, cioè della scarsa literacy, di chi scrive.** Scrivere per farsi capire, infatti, è "una meta che si conquista con fatica e che richiede notevole abilità scrittoria"<sup>67</sup>. Di base, quello che ancora è carente nella maggior parte delle istituzioni pubbliche è la consapevolezza che la comunicazione deve essere orientata ai destinatari. Affronteremo questo tema nel capitolo dedicato alle traduzioni.

### 3.3.5 DALLA LITERACY ALLA HEALTH LITERACY

A partire dagli anni 90' una serie di indagini internazionali hanno iniziato a rilevare periodicamente la *literacy* delle popolazioni in diversi paesi. Nel 2003 una di queste indagini ha incluso un set specifico di domande sulla salute<sup>68</sup>, affiancandosi a diversi studi che già avevano cominciato ad indicare una associazione fra bassa *literacy*, utilizzo dei servizi sanitari e esiti di salute<sup>54</sup>. I risultati dell'indagine del 2003 suscitarono un particolare scalpore negli Stati Uniti, dove si parlò di "*health literacy epidemic*"<sup>69</sup>. Quello che colpiva non era solo l'impatto della literacy sulla salute e sull'utilizzo dei servizi sanitari, ma la mancanza di consapevolezza di questo collegamento tra gli operatori e nei servizi. E il fatto che i livelli più bassi di *health literacy* si registravano proprio fra le fasce più fragili: i meno istruiti, i poveri, gli anziani, gli emarginati. Questa nuova consapevolezza ha spinto a cercare risposte concrete<sup>48,70</sup>, come linee guida che migliorassero la comunicazione in ambito sanitario<sup>59</sup>, e ha dato anche ulteriore impulso alla ricerca, fino

agli anni 90' confinata soprattutto in Canada e negli Stati Uniti. Dal 2005 gli studi sulla *health literacy* sono aumentati esponenzialmente, anche in Europa<sup>44</sup>, e la *health literacy* è ora riconosciuta come un'area prioritaria nelle strategie della Commissione Europea<sup>71-72</sup>.

### 3.3.6 LA HEALTH LITERACY DIPENDE DA FATTORI INDIVIDUALI E DA FATTORI DI SISTEMA

Oltre che dalla *literacy*, la *health literacy* è influenzata da altri fattori individuali: dalle conoscenze (del proprio corpo, delle cause e dei sintomi di malattia, dei servizi sanitari, della lingua), dai valori, credenze, opinioni ed esperienze, dalle disponibilità economiche. Quindi "l'istruzione, la lingua, la cultura, l'accesso alle risorse e l'età sono tutti fattori che influiscono sul grado di *health literacy* delle persone"<sup>73</sup>.

Ma la *health literacy* è influenzata anche dal modo in cui i servizi sanitari sono organizzati e offerti, quindi dipende anche dalle istituzioni e dagli operatori, non solo da coloro che si rivolgono ad essi. Per aumentare la *health literacy* i servizi sanitari possono agire su due versanti<sup>73</sup>:

- in primo luogo, riconoscendo che le persone posseggono livelli di *health literacy* differenti, e che una bassa *health literacy* ha ripercussioni sul lavoro degli operatori in quanto influisce su quanto e come le persone utilizzano i servizi e le cure, e sugli esiti di salute;
  - in secondo luogo, aumentando le possibilità degli utenti di ottenere e capire le informazioni, cioè aumentando l'utilizzabilità delle informazioni stesse.
- Le istituzioni sanitarie possono aumentare l'utilizzabilità delle informazioni operando a più livelli.
- Agendo sulle **competenze relazionali degli operatori**: le persone con bassa *health literacy* tendono a comprendere meglio le informazioni se gli operatori ascoltano più di quanto parlano, osservano i segnali non verbali, non anticipano le risposte, fanno domande aperte, parlano lentamente, usano parole comuni, spiegano i termini specialistici, danno poche informazioni, le ripetono più volte, si assicurano che l'interlocutore le abbia comprese (*può ripetermi quello che ho detto - o rifare quello che ho fatto - così posso capire se mi sono spiegato chiaramente?*), utilizzano sussidi non verbali come immagini, disegni, video<sup>54</sup>. Gli operatori, inoltre, dovrebbero essere consapevoli del problema dell'analfabetismo funzionale<sup>74</sup> e proporre, in alcuni casi, la presenza di un familiare o di un amico che faciliti la comprensione delle informazioni dopo il colloquio.
  - Agendo sulle **informazioni per gli utenti**: qualsiasi sia il supporto utilizzato (cartaceo, elettronico, video, audio) le persone con bassa *health literacy* tendono a comprendere meglio le informazioni se i testi sono brevi, semplici e concreti, forniscono poche informazioni, quella principale viene data per prima, rischi e benefici vengono presentati utilizzando numeri assoluti e non percentuali, denominatori piccoli e costanti, pittogrammi invece che grafici, le immagini sono usate a fini descrittivi e non a semplice scopo decorativo<sup>49,75-80</sup>. I testi, cioè, fin dal loro sviluppo devono essere orientati ai riceventi seguendo i principi di una buona comunicazione istituzionale. Solo dopo, eventualmente, si può procedere ad eventuali traduzioni (vedi capitolo 5). Inoltre, qualsiasi sia il supporto utilizzato, le informazioni devono essere aggiornate, quelle obsolete non dovrebbero più essere accessibili, e i messaggi dovrebbero essere coerenti tra loro e con quanto detto a voce.
  - Agendo sulla **segnaletica**: "percorsi colore, mappe e istruzioni di vario genere a volte risultano di difficile comprensione nelle persone con una bassa *health literacy*. In alcuni casi diviene quindi auspicabile un ripensamento di come vadano individuati e segnalati i percorsi uniformando la segnaletica ed introducendo simboli universalmente riconoscibili"<sup>81-83</sup>.
  - Agendo sulle **barriere fisiche e organizzative**, come la prossimità di mezzi pubblici, gli orari di apertura, il numero di operatori, il genere, maschile o femminile degli operatori, l'uso di ambienti e di indumenti che favoriscano la riservatezza, la possibilità di amici o parenti di essere presenti.
  - Attivando servizi di **mediazione interculturale** (vedi capitolo 4).
  - Stringendo **alleanze**, infatti "sviluppare alleanze con le organizzazioni di comunità locali e i gruppi di

tutela, che conoscono le problematiche dei migranti e dei gruppi di minoranza etnica, è una strategia importante per facilitare lo sviluppo di sistemi di erogazione dei servizi più appropriati sotto il profilo culturale e linguistico<sup>84</sup>.

- Promuovendo l'**empowerment** delle persone immigrate, infatti "i rappresentanti delle comunità dovrebbero svolgere un ruolo attivo nello sviluppo di una maggiore *health literacy*", in quanto "investendo nel miglioramento della propria *health literacy*, ogni membro delle comunità [...] può contribuire al miglioramento della propria salute e di un uso migliore dei servizi sanitari"<sup>84</sup>.
- Inserendo la *health literacy* all'interno delle **politiche aziendali**: è chiaro infatti che per fare quanto detto sopra è necessario investire nella formazione (vedi paragrafo 4.6) e nella pianificazione, organizzazione, monitoraggio e valutazione dei servizi, è necessario, cioè che le istituzioni divengano "culturalmente competenti"<sup>85</sup> (vedi paragrafo 5.10).

Ma la *health literacy* non è influenzata soltanto da fattori inerenti al sistema sanitario: la salute dipende infatti anche dalle politiche sociali, ambientali, urbanistiche, economiche e culturali. Il miglioramento della *health literacy*, quindi, ha bisogno di essere sostenuto da **strategie intersettoriali** "che aumentino le conoscenze e le abilità sia individuali che collettive e che forniscano ambienti di supporto alle scelte di salute"<sup>72-73</sup>. Proprio quest'ultimo concetto, centrale nella teoria della promozione della salute<sup>33</sup>, ha portato qualcuno a parlare della *health literacy* come di "vino vecchio in botte nuova"<sup>86</sup>.

### 3.3.7 UNA HEALTH LITERACY CHE CAMBIA

Negli anni 90' per *health literacy* si intendevano essenzialmente le competenze alfabetiche e matematiche necessarie per capire le informazioni sulla propria salute. Ora ci si riferisce alla *health literacy* come a un insieme di competenze sia cognitive sia comportamentali, sia del singolo sia della collettività, necessarie per effettuare decisioni nell'ambito della salute individuale, della salute pubblica, nel contesto sociale e in quello politico<sup>44,87</sup>. I cambiamenti che abbiamo descritto sono andati di pari passo con l'evoluzione nella **ricerca**.

Recenti revisioni sistematiche<sup>45,49,88-92</sup> hanno sottolineato i limiti metodologici di molti studi condotti finora, e hanno evidenziato diversi indirizzi da perseguire nei prossimi anni, tra i quali:

- l'adozione di indicatori e standard di *health literacy* che permettano la comparabilità tra i diversi studi;
- l'efficacia e l'accettabilità degli interventi per aumentare la *health literacy*, incluse le misure politiche;
- l'effetto di una bassa *health literacy* sui costi dei servizi sanitari;
- l'effetto della *health literacy* su diversi sottogruppi di popolazione, ad es. anziani vs non anziani, maschi vs femmine, nativi di diversa origine etnica, diverse tipologie di immigrati;
- la relazione tra *numeracy* e *literacy* orale (le competenze nel parlare e nell'ascoltare) e l'utilizzo dei servizi e gli esiti di salute.

C'è anche chi ha sottolineato che sia la maggiore attenzione al coinvolgimento dei cittadini nelle scelte riguardanti la propria salute sia la crescente complessità delle tecnologie e dei sistemi sanitari rischiano di creare **un sistema "a doppio binario"**, in cui le persone con una *health literacy* adeguata hanno sempre più possibilità di scelta, mentre le altre, i poveri, i meno istruiti, gli anziani, gli emarginati, semplicemente rimangono indietro<sup>74,93</sup>.

Ma al di là dei limiti che ha evidenziato, la ricerca corrente ha anche chiarito che è molto probabile che una bassa *health literacy* giochi un ruolo sostanziale nella complessa relazione che esiste tra le caratteristiche delle singole persone, l'uso che fanno dei servizi sanitari e i loro esiti di salute. **Promuovere la *health literacy* è sempre più considerato un obiettivo di salute pubblica e un determinante della salute**<sup>44</sup>.

## 3.4 BARRIERE CULTURALI

### 3.4.1 LA CULTURA: UNA NESSUNA CENTOMILA

Uno dei motivi più spesso chiamati in causa per la bassa partecipazione degli immigrati ai programmi di screening sono le barriere culturali. Certamente, se per cultura intendiamo "il modo di pensare, di comunicare, di agire, le tradizioni, le credenze, i valori e le istituzioni di un gruppo sociale"<sup>94</sup> la cultura influisce sulle rappresentazioni di salute e malattia che le diverse persone possiedono<sup>95</sup>. Dobbiamo però essere consapevoli che non sono solo gli immigrati ad avere "culture". Anche all'interno della stessa lingua e dello stesso Paese persone diverse per età, per condizione sociale, per livello di istruzione, posseggono culture e linguaggi dissimili<sup>61</sup>. Un medico e un paziente, ad esempio, instaurano una relazione che coinvolge sfere culturali diverse (comunicazione asimmetrica), e la comprensione diventa spesso difficile, anche se essi condividono la stessa lingua (vedi paragrafo 4.2). E le **"barriere culturali"**, in questo caso come in altri, **riguardano entrambe le parti in gioco**.

### 3.4.2 MA QUANTO PESA LA CULTURA?

La cultura delle persone provenienti da altri Paesi è generalmente percepita come più omogenea e più stabile di quanto sia in realtà. Negli ultimi decenni la sociologia e l'antropologia hanno sottolineato come la compenetrazione con altre culture sia altrettanto centrale al concetto di cultura quanto la trasmissione di tradizioni, credenze e valori.

Inoltre, gli appelli alla cultura possono offrire solo una spiegazione parziale del perché le persone pensano e agiscono in un certo modo. **Il contesto politico, economico e sociale non può essere ignorato o etichettato semplicisticamente come "cultura"**<sup>96</sup>. Tragedie come quella di Prato in cui alla fine del 2013 cinque uomini e due donne cinesi sono morti bruciati nella fabbrica in cui lavoravano e vivevano sono ascrivibili alla cultura o alle condizioni di schiavitù in cui essi erano asserviti? Una delle due donne era in condizioni di regolarità giuridica e in età di screening: se fosse stata invitata e risultasse non aderente la motivazione sarebbe davvero "culturale"? Nel campo della salute, il ruolo dei determinanti sociali è emerso con forza negli ultimi anni (vedi paragrafo 3.1), evidenziando come più che le caratteristiche culturali tipiche degli immigrati "siano i processi sociali discriminanti ad influenzare la differente incidenza e gravità delle malattie e l'accessibilità ai servizi sanitari"<sup>15</sup>.

La dichiarazione di Amsterdam, frutto del progetto europeo *Migrant-friendly hospitals*, sottolinea come **fo- calizzare l'attenzione sulla diversità etno-culturale comporti il rischio di creare stereotipi**, mentre "lo status di migrante, l'origine etnica, il background culturale e l'appartenenza religiosa sono solo alcune delle molte dimensioni che caratterizzano la complessità degli esseri umani"<sup>84</sup>. Lo stesso rischio è stato rimarcato anche nelle interviste che abbiamo condotto nella nostra indagine.



*La cultura: questa è la grossa scusa. Le differenze di adesione allo screening che abbiamo trovato nella nostra azienda sono difficoltà legate al contesto sociale, del non saper usare i servizi e della difficoltà della lingua.*

Gli stereotipi legati a una concezione "esotica" dell'immigrato a volte rischiano di oscurare motivazioni più banali ma legate, appunto, al contesto. Non necessariamente la signora di origine marocchina che si presenta a fare il Pap test assieme al marito lo fa perché è "sottomessa": a volte non conosce l'italiano e non ha la patente. E il fatto che non ce l'abbia è inevitabilmente ascrivibile a fattori culturali o piuttosto un solo stipendio non è sufficiente per acquistare una seconda auto? Inoltre, va da sé, è difficile parlare di cultura "marocchina" perché anche in Marocco (come in Italia) la cultura dipende dalla zona di provenienza, dal

livello di istruzione, ecc... "Evitare un atteggiamento "culturalizzante" è oggi estremamente importante poiché nella pratica dei servizi spesso si tende a stereotipare i migranti e a giudicare le situazioni sulla base di pregiudizi e costrutti culturali generici"<sup>81,97</sup>.

Per le istituzioni tali **stereotipi culturali rischiano di diventare un alibi per non riflettere su altri aspetti** che spesso sono la causa dello scarso utilizzo dei servizi: la vicinanza di mezzi pubblici, gli orari, la comprensibilità delle informazioni fornite, il numero, il genere e le capacità relazionali degli operatori. Questi fattori, organizzativi e non, sono **penalizzanti per tutti gli utenti che si trovano in situazioni di fragilità, non solo per gli immigrati**. In altre parole, gli aspetti culturali costituiscono solo una componente del complesso sistema di barriere all'accesso, una componente che però viene spesso chiamata in causa per giustificare le differenze nell'utilizzo dei servizi. In realtà quello che il dibattito sulle "barriere culturali" mette in evidenza, il più delle volte, sono le difficoltà che hanno i servizi a rendersi davvero accessibili.

In alcune regioni italiane gli immigrati partecipano ai programmi di screening in misura sì inferiore a quella degli italiani, ma maggiore alla partecipazione media nazionale e molto superiore, a volte più del doppio, della partecipazione media di alcune regioni del Sud<sup>98-100</sup>. Eppure nessuno ha ancora proposto specifici progetti mirati alla "cultura" delle donne e degli uomini del sud per aumentare la partecipazione ai programmi di screening. Forse perché, parlando di Italia, è chiaro a tutti che quello che fa la differenza non è la "cultura" del sud ma il suo contesto organizzativo e politico.

### 3.4.3 PROGETTI CULTURALMENTE ORIENTATI

Non si intende qui sottovalutare l'importanza "della conoscenza e della valorizzazione delle culture di appartenenza"<sup>15</sup>. Sicuramente, l'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata è influenzato anche da fattori ascrivibili alla sfera culturale: ma il fattore culturale è proprio quello che risulta più difficile da esplorare e da conoscere. E con decine di comunità etniche presenti in Italia e più di 130 lingue parlate attualmente nel nostro Paese<sup>101</sup> risulta anche quello su cui è più difficile incidere con interventi mirati.

Nel caso degli screening alcuni dei progetti presentati nella nostra rilevazione hanno indagato con ricerche qualitative comunità specifiche di immigrati<sup>3</sup>. Alcuni aspetti che potremmo definire "culturali" sono emersi come trasversali a più comunità, ad esempio:

- la scarsa familiarità con il concetto di prevenzione (la malattia è un qualcosa che si "vede", perché devo fare il Pap test se non sono malata?) è stata segnalata da donne provenienti sia da paesi asiatici sia da Paesi africani;
- il timore di essere stigmatizzata come persona malata, se si viene vista in ospedale, anche per un test preventivo;
- la credenza che il Pap test non preservi la verginità nelle donne giovani;
- la credenza che il Pap test possa "contaminare" provocando infezioni;
- il pudore di scoprire alcune parti del corpo, e quindi la preferenza che sia una donna ad eseguire il Pap test;
- la percezione positiva della figura dell'ostetrica, vista come una persona autorevole, disponibile e degna di fiducia.

Diversi di questi aspetti sono emersi anche in ricerche qualitative condotte con donne italiane<sup>102</sup>. Inoltre, sia in queste indagini sia in quelle con donne straniere è emersa con forza l'importanza di aspetti organizzativi come la gratuità del test, e gli orari dei servizi. Tali elementi lasciano intravedere la possibilità di intervenire sulle informazioni (*de visu*, telefoniche, cartacee, via web) che vengono fornite a tutte le utenti dei programmi.

Altri elementi "culturali" sembrano invece più problematici: il fatto che lo screening cervicale possa proteggere la fertilità è sembrato attrarre le donne nordafricane ma molto meno quelle est-europee. Per alcune donne rumene è sembrato più rilevante puntare sulla donna come sostegno (economico ma non solo) della famiglia. Tali considerazioni sembrano meno utilizzabili per i materiali informativi volti a tutte le utenti di un programma e più applicabili, invece, nel contesto di progetti specifici.

In alcune situazioni, quando un programma di screening ha un'estensione ottimale e una specifica comunità si distingue sia per numerosità sia per scarsa partecipazione agli screening, è certamente plausibile pensare a **progetti mirati** che prendano in considerazione particolari aspetti culturali. Ma nella nostra rilevazione tali progetti hanno sempre incluso anche aspetti organizzativi:

- quelli dei servizi (ad es. orari, disponibilità di mediatori culturali),
- quelli legati al coinvolgimento delle comunità locali per la circolazione delle informazioni in luoghi di aggregazione e lo sviluppo di reti informali di supporto (vedi paragrafo 4.7).

Infine, nei progetti mirati, i punti cruciali rimangono sempre la **valutazione** di efficacia e la **sostenibilità** all'interno di un sistema, come quello di screening, rivolto a grandi numeri di popolazione. Molti dei progetti da noi rilevati sono stati aperti e chiusi nel giro di pochi anni. Un numero ancora maggiore non è riuscito ad effettuare nessuna valutazione delle attività svolte.

### 3.4.4 ORGANIZZAZIONI CULTURALMENTE COMPETENTI

All'interno del progetto europeo *Migrant-friendly hospitals*<sup>24</sup> si è cercato di "superare l'approccio esclusivamente culturale alle questioni connesse con l'immigrazione, in quanto si ritiene che non sia tanto la cultura che debba essere messa in primo piano, quanto l'esperienza di migrazione come tale e l'interazione nel contesto di migrazione". In questa direzione vanno molte delle riflessioni attuali<sup>29,103-108</sup>, orientate a non affrontare il tema della salute degli immigrati con interventi frammentari e di emergenza, ma nell'ottica più generale "delle differenze che caratterizzano la società [...] e della loro connessione con le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi"<sup>15</sup>. Per questo sono necessarie, a livello di macrosistema, quelle politiche intersettoriali sulla salute di cui abbiamo parlato all'inizio di questo capitolo. A livello specificatamente sanitario, però, questo si può ottenere solo con risposte globali, inserite nelle politiche e nel sistema qualità delle aziende. È necessario, cioè, che le aziende diventino "culturalmente competenti".

La **competenza culturale**<sup>109</sup> è quell'insieme di "comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio comune di un sistema, di un'agenzia o fra professionisti e che mette in grado quel sistema, quell'agenzia o quei professionisti di lavorare efficacemente in un contesto interculturale [...]. La parola competenza è usata perché implica la capacità di operare in modo efficace"<sup>94</sup>.

Diventare organizzazioni culturalmente competenti "non è un percorso semplice e richiede il coinvolgimento di più soggetti: i decisori delle politiche sanitarie, le direzioni aziendali, i professionisti sanitari, i rappresentanti dei pazienti e delle comunità etniche ed infine i responsabili della ricerca in ambito sanitario. È però fattibile e oggi quanto mai necessario"<sup>24</sup>. In pratica, esattamente come abbiamo visto per la *health literacy* (vedi paragrafo 3.3.6), significa agire:

- sulle competenze relazionali degli operatori,
- sulle informazioni per gli utenti,
- sulla segnaletica,
- sulle barriere fisiche e organizzative,
- sui servizi di mediazione interculturale,
- sulla creazione di alleanze con le organizzazioni di comunità locali e i gruppi di tutela,
- sull'*empowerment* delle persone immigrate,
- sulla ricerca (per l'identificazione di specifici indicatori) e sui sistemi informativi delle aziende affinché li utilizzino,
- sulle politiche aziendali.

3. Vedi L'indagine PIO: i progetti per gli immigrati negli screening oncologici - Schede n. 3, 4, 6, 7, 8, 19, 22. [www.osservatorionazionalecancer.it](http://www.osservatorionazionalecancer.it)

Ad alcuni di questi aspetti abbiamo dedicato sezioni specifiche di questo documento: il capitolo 4 per la mediazione interculturale sulla salute e la formazione comune di mediatori e operatori, il capitolo 5 per la comunicazione istituzionale e le traduzioni. Qui vogliamo sottolineare che la formazione interculturale degli **operatori** è essenziale anche a prescindere dalla mediazione (per la cui efficacia rimane comunque un requisito essenziale). La formazione degli operatori, infatti, è cruciale **per superare quelle barriere "culturali" che sia gli utenti sia gli operatori hanno, anche quando parlano la stessa lingua**. Anche per la formazione, l'orientamento attuale non va nella direzione di indicare "ricette culturali" e consulenze e terapie alle cosiddette "culture straniere"<sup>15,105</sup>. Piuttosto, gli studi sottolineano come essere competenti da un punto di vista "interculturale" significa mettere al centro la persona e la sua storia. Di qui l'importanza di condurre anamnesi con domande aperte, che indagano il contesto di vita personale, lavorativo e sociale<sup>97</sup>. "Cercare di capire la prospettiva del paziente, al di là di quanto sia distante e al di là di quanto poco il medico conosca la sua cultura, è allo stesso tempo realistico ed essenziale per la qualità della prestazione"<sup>110</sup>.

Questo approccio aiuta anche a identificare quei casi in cui il background culturale del paziente può influire sul modo in cui percepisce la propria malattia e in cui utilizza i servizi diagnostici e le cure. Bishoff<sup>110</sup> presenta diversi casi di anamnesi "culturalmente competente", dei quali riportiamo alcuni esempi<sup>110-112</sup>.

- Come chiama il suo problema? Che cosa lo causa, secondo lei?
- Perché pensa che sia iniziato?
- Che cosa pensa che stia succedendo nel suo corpo?
- Quale sarebbe la cura che secondo lei funzionerebbe meglio?
- Che conseguenze ha avuto questo problema sulla sua vita?
- Che cosa la preoccupa di più di questo problema e della cura?

Inoltre, alcuni autori sottolineano l'importanza che nel corso della formazione **gli operatori** possano **estrinsecare liberamente anche i propri eventuali pregiudizi** nei confronti dell'utenza immigrata e il proprio disagio nell'interagire con essa<sup>113</sup>. Infatti, "per interagire efficacemente nella nostra società multiculturali, abbiamo bisogno anche di saper accettare il disagio creato dall'incertezza e dall'estraneità"<sup>114</sup>.

In conclusione, ragionare in termini di organizzazioni culturalmente competenti implica che le aziende abbandonino l'idea di una cultura costituita da un'insieme di sistemi chiusi e separati, e adottino invece un approccio che sappia orientarsi alle "diversità" in maniera aperta e flessibile<sup>115</sup>.

**Ragionare in termini di organizzazioni culturalmente competenti significa cioè ragionare in termini di servizi orientati ai riceventi.** Questo può aiutare le aziende a contrastare le diverse barriere (linguistiche, organizzative e "culturali") che mettono a rischio l'appropriatezza delle cure e la qualità dei servizi **per tutti gli utenti, non solo per i gruppi minoritari e gli immigrati**.

### 3.5 BIBLIOGRAFIA

#### L'uguaglianza che fa diseguali

1. Ronald Dworkin, Virtù sovrana. Teoria dell'uguaglianza. Tratto da E. Benelli, "L'uguaglianza che fa diseguali" Janusonline.it, 9 settembre 2011 [www.janusonline.it](http://www.janusonline.it)
2. S. Lolli jr (2004), Salute e disuguaglianze sociali, in C. Cipolla (a cura di), Manuale di sociologia della salute. Vol. I Teoria, FrancoAngeli, Milano.
3. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. Inequalities in health. Department of Health and Social Services, 1980.
4. Acheson D. Independent inquiry into inequality in health. The Stationery Office, London 1998.
5. Commission on Social Determinants of Health. (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on social determinants of health. [www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_final-report\\_2008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_final-report_2008.pdf)
6. Marmot M, Allen J, Bell R et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide Lancet. 2012;380(9846):1011-29.
7. The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health. ©World Health Organization 2014. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/equity-action-spectrum-taking-a-comprehensive-approach-the-guidance-for-addressing-inequities-in-health>. Nota: vedi anche la traduzione in italiano di alcune sezioni in: Lo spettro d'azione per l'equità: adottare un approccio integrato. Guida per affrontare le disuguaglianze di salute". [http://www.dors.it/alleg/newcms/201502/Disuguaglianze\\_PolicyBrief\\_24Febb.pdf](http://www.dors.it/alleg/newcms/201502/Disuguaglianze_PolicyBrief_24Febb.pdf).
8. Costa G., Bassi M., Marra M. et al (a cura di). L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014. Nota: vedi anche l'intervista a Giuseppe Costa di Luisella Gilardi, DoRS in: <http://www.dors.it/pag.php?idcm=5454>
9. Maturò A. (2007), Sociologia della malattia. Un'introduzione, "Salute e Società", Franco-Angeli, Milano.
10. Lombi (2004), Salute senza salute: Nord e Sud del mondo, in C. Cipolla (a cura di), Manuale di sociologia della salute. Vol. I Teoria, FrancoAngeli, Milano.
11. Massimiliano Minelli (a cura di), Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata. I quaderni, Studi e Ricerche, n. 10 Settembre 2007, Regione Umbria-Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali.
12. Cohen S., Gottlieb B. H., Underwood L.G. (2000), Social Relationship and Health, in S. Cohen et al. (2000, eds), Social Support Measurement and Intervention: a Guide for Health and Social Scientists, New York: Oxford University Press.
13. Tognetti Bordogna M. Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati. Cambio Anno III, Numero 5/Giugno 2013.
14. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet. 2013;381:1235-45.
15. M. Marceca. Migrazioni e salute. Saluteinternazionale.it <http://www.saluteinternazionale.info/aree/migrazioni-e-salute/>
16. Migration and health in the European Union. Eurohealth Volume 16 Number 1, 2010 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0013/122710/Eurohealth\\_Vol-16-No-1.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/122710/Eurohealth_Vol-16-No-1.pdf)
17. WHO. Health of migrants Report by the Secretariat " Sixty-First World Health Assembly. 7 April 2008 [apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61.../A61\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61.../A61_REC1-en.pdf)
18. Nazroo J., Williams D. R. (2005), The social Determination of Ethnic/Racial Inequalities in Health, in M. Marmot, R.G. Wilkinson (2005,

eds), Social Determinant of Health, Second Editions, Oxford: Oxford University Press.

19. Fedeli U, Marinacci C. Disuguaglianze di salute: descrizioni e meccanismi legati alla deprivazione relativa e assoluta *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6): 257-258.
20. Gee EM, Kobayashi KM, Prus SG. Examining the healthy immigrant effect in mid- to later life: findings from the Canadian Community Health Survey. *Can J Aging*. 2004;23 Suppl 1:S61-9.
21. Pacelli B, Bonvicini L, Ventura C., Candela S. La popolazione immigrata in età 45-64 anni e l'effetto "migrante sano": è ancora presente o è già in atto la transizione epidemiologica? alcune considerazioni sulla popolazione immigrata a Reggio Emilia, a partire dai ricoveri ospedalieri. in XXXIII Congresso annuale AIE, Modena, 22-24 ottobre 2009.
22. S. Geraci. Migrazione e salute in Italia. in La salute degli immigrati. Caritas Diocesana di Roma [http://www.cestim.it/argomenti/31italia/rapporti-papers/dossier\\_migrazioni/parte\\_3/salute.htm](http://www.cestim.it/argomenti/31italia/rapporti-papers/dossier_migrazioni/parte_3/salute.htm)
23. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000, *Soc Sci Med*. 1995 Sep;41(6):819-28.
24. Campinoti M, Santomauro F. Verso un ospedale amico dei migranti. *Saluteinternazionale.info* 5 luglio 2010 <http://www.saluteinternazionale.info/2010/07/verso-un-ospedale-amico-dei-migranti/>
25. La salute degli immigrati. In Rapporto Osservasalute 2012. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane [http://www.simmweb.it/index.php?id=324&no\\_cache=1](http://www.simmweb.it/index.php?id=324&no_cache=1)
26. Bonvicini L., Broccoli S, D'Angelo S, Cancela S. L'accesso al Pronto Soccorso nella provincia di Reggio Emilia: un confronto tra la popolazione immigrata e italiana *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6): 259-266.
27. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. (Anno 2005). Roma: Istat 11 dicembre 2008. [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20081211\\_00/testointegrale20081211.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081211_00/testointegrale20081211.pdf)

28. Gli stranieri nel pool Passi 2008-2011. A cura dello Staff Centrale Passi, Cnesps-Iss <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/Passi-Intro.asp>
29. Raccomandazioni finali dell'XI Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). Palermo, 19 - 21 maggio 2011 [http://www.simmweb.it/index.php?id=299&no\\_cache=1](http://www.simmweb.it/index.php?id=299&no_cache=1)
30. Health in All Policies. Prospects and potentials. Finnish Ministry of Social Affairs and Health, under the auspices of the European Observatory on Health Systems and Policies 2006 [ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/health\\_in\\_all\\_policies.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf).
31. Adelaide Statement on Health in All Policies. WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599726\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599726_eng.pdf)
32. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [www.unicef.org/about/Alma\\_Ata\\_conference\\_1978\\_report.pdf](http://www.unicef.org/about/Alma_Ata_conference_1978_report.pdf)
33. Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion. Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/>
34. Commissione Europea. La salute in tutte le politiche. [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/policy/index\\_it.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_it.htm)

#### Barriere normative e burocratiche

35. Indagine condotta nell'ambito dell'Accordo Ministero della Salute/CCM - Regione Marche (Uff. I, n. D.G. Prev/i/3488/P/F 3 a.d., 6 febbraio 2007, progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", realizzato dall'Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze/ARS Marche).

36. Osservatorio epidemiologico delle disuguaglianze/ARS Marche, Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali, 2008. [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_Immigrati\\_report.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_report.pdf)
37. Immigrati e salute. Percorsi di integrazione sociale. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/01/nessuno-sia-escluso-ma-per-davvero/> Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" Rep. Atti n. 2557CSR del 20/12/2012.
38. Art. 35 del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, recante "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" e successive modificazioni; art. 33 della Legge 6 marzo 1998, n. 40.
39. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" Rep. Atti n. 2557CSR del 20/12/2012
40. Dossier Accordo Stato Regioni e P.A. SIMM - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni [www.simmweb.it/index.php?id=397](http://www.simmweb.it/index.php?id=397)
41. Luzi AM, Pasqualino GM, Pugliese L, et al. L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. *Not Ist Super Sanità* 2013;26(3, Suppl. 1):3-58. [www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_opuscoliposter\\_199\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_opuscoliposter_199_allegato.pdf)

#### Barriere di accesso alle informazioni

42. WHO Health Promotion Glossary, 1999 WHO Health Promotion Glossary, 1999.
43. E. Barbera, E. Ferro (a cura di), Health Literacy,

DoRS - Regione Piemonte [www.dors.it/allegnewcms/201201/health%20literacydef.pdf](http://www.dors.it/allegnewcms/201201/health%20literacydef.pdf)

44. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12:80.
45. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:97-107.
46. U.S. Department of Health and Human Services. Health literacy <http://www.health.gov/communication/literacy/Default.asp>
47. Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54:313-24.
48. Institute of Medicine. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washinton DC. The National Academies 2004 [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10883&page=1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10883&page=1)
49. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment No. 199. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2011.
50. Le competenze per vivere e lavorare oggi - Principali evidenze dall'Indagine PIAAC, Research Paper, 9, 2013 (a cura di G. Di Francesco) [www.isfol.it](http://www.isfol.it)
51. Lettere e numeri: quanto poco ne sanno gli italiani. *Epicentro* 7 novembre 2013 [http://www.epicentro.iss.it/focus/salute\\_italiani/Isfol-2013piaccOcse.asp](http://www.epicentro.iss.it/focus/salute_italiani/Isfol-2013piaccOcse.asp)
52. L'Italia appesa nel vuoto delle competenze di base. <http://nuovoutile.it/litalia-vuoto-delle-competenze>
53. De Mauro T, Analfabeti d'Italia, Internazionale 743, 7 marzo 2008.
54. Parker R: Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int* 2000, 15(4):277-283.

55. Wolf MS, Williams MV, Parker RM, et al. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *J Health Commun.* 2007 Dec;12(8):721-32.
56. De Mauro T. Se un mattino di primavera un governante... <http://nuovoeutile.it/istruzione-tullio-de-mauro-se-un-mattino-di-primavera-un-governante/>
57. Le competenze dei migranti in Italia: inclusione socio-culturale e riconoscimento come risorsa per lo sviluppo. ISFOL-Piaac, 2013 <http://www.isfol.it/pubblicazioni/highlights/Isfol-Piaac%202013/migranti>
58. The Plain Language Association International. <http://www.plainlanguagenetwork.org/>
59. Health Literacy Innovations: The Health Literacy & Plain Language Resource Guide. Health Literacy Innovations 2008 [http://www.healthliteracyinnovations.com/resources/hli\\_publications/](http://www.healthliteracyinnovations.com/resources/hli_publications/)
60. ME Piemontese. Capire e farsi capire. Teorie e tecniche della scrittura controllata. Tecnodid, 1996.
61. De Mauro T. Guida all'uso delle parole. Parlare e scrivere semplice e preciso per capire e farsi capire (12° ed). Editori Riuniti, Roma 2003.
62. Cortellazzo MA, Pellegrino F. Guida alla scrittura istituzionale. Laterza, Bari 2003 Vedi anche il sito: Semplificazione del linguaggio amministrativo. [www.maldura.unipd.it/buro](http://www.maldura.unipd.it/buro)
63. Dipartimento della Funzione pubblica, Codice di stile delle comunicazioni scritte ad uso delle pubbliche amministrazioni, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma 1993.
64. Dipartimento della Funzione pubblica. Manuale di stile. Strumenti per semplificare il linguaggio delle amministrazioni pubbliche. A cura di Alfredo Fioritto. Il Mulino, Bologna 1997.
65. Calvino. Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio. Mondadori 1988.
66. Serianni, L. (2005), Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente, Milano: Garzanti.
67. Fortis D. Il Plain Language: quando le istituzioni

- si fanno capire. I quaderni del Mestiere di Scrivere. Maggio 2003 <http://www.mestierediscrivere.com/quaderni/>
68. Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C., White S. - The Health Literacy of America's Adults - Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy- NAAL, 2003- Report of U.S. Department of Education. - NCEs 2006-483.
69. Davis T, Wolf MS: Health literacy: implications for family medicine. *Fam Med* 2004, 36(8):595-598.
70. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2010.
71. European Commission: Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. Com(2007) 630 final 2007.
72. Kickbusch, I. e Maag, D. (2007) Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute in M. Ingrosso (a cura di) Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute, "Salute e società", a. VI - n.1, FrancoAngeli, Milano.
73. Chiarenza A. (2007), Il ruolo dei servizi sanitari nello sviluppo della Health Literacy, in M. Ingrosso (a cura di), Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute, "Salute e società", FrancoAngeli, Milano.
74. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res.* 2013 Aug 16;13:319.
75. Edwards A, Elwyn g, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *British Medical Journal*, 2002, 324(7341): 827-830.
76. Timmermans DR, Ockhuysen-Vermeij CF, Hennemann L. Presenting health risk information in different formats: the effect on participants' cognitive and emotional evaluation and deci-

- sions. *Patient Educ Couns.* 2008 Dec;73(3):443-7. Epub 2008 Aug 21.
77. Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychological Science in the Public Interest* 2007;8(2):53-96.
78. Covey J. A meta-analysis of the effects of presenting treatment benefits in different formats. *Med Decis Making* 2007;27:638-654.
79. Kristiansen IS, Gyrd-Hansen D, Nexoe J, et al. Number needed to treat: Easily understood and intuitively meaningful? Theoretical considerations and a randomized trial. *J Clin Epidemiol* 2002;55:888-892.
80. Segnan N, Senore C, Giordano L, Ponti A, Ronco G. Promoting participation in a population screening program for breast and cervical cancer: a randomized trial of different invitation strategies. *Tumori.* 1998;84:348-53.
81. Chiarenza, Servizi sanitari migrant-friendly ed aperti alle diverse culture: l'esperienza dell'Azienda USL di Reggio Emilia in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), Immigrazione, mediazione culturale e salute, FrancoAngeli, Milano.
82. Hablamos Juntos. Language policy and practice in health care. Signs that work. <http://www.hablamosjuntos.org/signage/default.index.asp>
83. Foster JJ. Graphical symbols. Test methods for judged comprehensibility and for comprehension. *ISO Bulletin* December 2001. <http://www.hablamosjuntos.org/signage/PDF/graphicsymbols0112.pdf>
84. La Dichiarazione di Amsterdam verso ospedali "migrant-friendly" in una Europa diversa sul piano etno-culturale [http://www.mfh-eu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_italienisch.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_italienisch.pdf)
85. Campinoti M, Santomauro F. Verso un ospedale amico dei migranti. *Saluteinternazionale.info* 5 luglio 2010 <http://www.saluteinternazionale.info/2010/07/verso-un-ospedale-amico-dei-migranti/>

86. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles. *Health Educ Res* 2002,17:187-189.
87. Nutbeam D: The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008,67:2072-2078.
88. Geller J, Swetter SM, Leyson J, et al. Crafting a melanoma educational campaign to reach middle-aged and older men. *J Cutan Med Surg.* 2006;10:259-68.
89. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163:131-40.
90. Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust.* 2007;187:S26-30.
91. Easton P, Entwistle VA, Williams B. Health in the "hidden population" of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health.* 2010;10:459.
92. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, et al. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *J Health Commun.* 2011;16 Suppl 3:30-54.
93. Kickbusch I, Wait S, Maag, D. Navigating Health - The Role of Health Literacy, Bad Gastein 2005 <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/NavigatingHealth.pdf>

#### Barriere culturali

94. Cross T, Bazron B, Dennis K, & Isaacs M, (1989). Towards A Culturally Competent System of Care, Volume I. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center. (Traduzione: Chiarenza A. (2007), Il ruolo dei servizi sanitari nello sviluppo della Health Literacy, in M. Ingrosso (a cura di), Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute, "Salute e società", FrancoAngeli, Milano).
95. M. Tognetti Bordogna (2004), Cultural differences and health service in multi-ethnic society, in Salute e Società, Anno III - 3, FrancoAngeli.

96. Kuper, A. (1999). Culture. The Anthropologists' Account. London, Harvard University Press.
97. Domenig D. (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Verlag Hans Huber: Bern u.a.
98. Survey GISCI sulle migranti nei programmi di screening cervicale. [http://www.gisci.it/documenti/documenti\\_gisci/GISCI-documenti-migranti-2014.pdf](http://www.gisci.it/documenti/documenti_gisci/GISCI-documenti-migranti-2014.pdf) Osservatorio nazionale Screening.
99. I programmi di screening in Italia 2014. [http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Screening\\_2014\\_web.pdf](http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Screening_2014_web.pdf)
100. Visioli CB1, Crocetti E, Zappa M, et al. Participation and risk of high grade cytological lesions among immigrants and italian-born women in an organized cervical cancer screening program in central Italy. J Immigr Minor Health. 2015 Jun;17(3):670-8.
101. Vedovelli M. Le lingue degli altri in Italia: lingua italiana, lingue immigrate, diritti linguistici. Quinta giornata REI -Rete di eccellenza dell'italiano istituzionale. Roma, 16 giugno 2008.
102. Cogo C, Grazzini G, Iossa A. Analisi degli strumenti informativi all'interno dei programmi di screening per la cervice uterina. Osservatorio Nazionale Screening, Terzo Rapporto. [ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/3\\_Rapporto\\_ONS.pdf](http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/3_Rapporto_ONS.pdf)
103. Per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità. In: Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni". Progetto finanziato dal Ministero della Salute - CCM coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. 2010. [http://www.simmweb.it/file-admin/documenti/Simm\\_x\\_news/2011/5-documento\\_finale\\_mod30ago2010.pdf](http://www.simmweb.it/file-admin/documenti/Simm_x_news/2011/5-documento_finale_mod30ago2010.pdf)
104. Raccomandazioni finali del XII Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) 2012. Viterbo, 10-12 Ottobre 2012. [http://www.simmweb.it/index.php?id=299&no\\_cache=1](http://www.simmweb.it/index.php?id=299&no_cache=1)
105. Bishoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. Swiss forum for migration and population studies (SFM) 2006 <http://www.migration-population.ch/sfm/publications>
106. Chin, J. (2000). Culturally competent health care. Public Health Rep 115: 25-33. Chin, J. (2000).
107. Gaddini A. Migliori pratiche nei servizi sanitari per gli immigrati in Europa. (EUGATE Summary) <http://www.eugate.org.uk/>
108. Devillé W, Greacen T, Bogic M, et al. Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. BMC Public Health 2011; 11: 699.
109. Definitions of cultural competence. Curricula Enhancement Module Series. A project of the national Center for Cultural Competence. Georgetown University. <http://ncccurricula.info/culturalcompetence.html>
110. Zweifler, J. and A. Gonzalez (1998). Teaching residents to care for culturally diverse populations. Academic Medicine(73): 1056-1061.
111. Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med 12: 85-93.
112. Kleinman, A. (1978). Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med 88: 251-258.
113. Canales M. (2000). Othering: Toward an understanding of difference. Advanced Nursing Science 22(4): 16-31.
114. Kai J. and Spencer J. (1999). Learning to value ethnic diversity - what, why, how? Medical Education(33): 616-623.
115. Soner T. (2001). Die Bedeutung von Familienzentriertheit und Individuumzentriertheit im Migrationskontext. In: Transkulturelle kompetente Pflege. D. Domenig. Bern, Verlag Hans Huber.

## 4. CHIAVE DI LETTURA 3. LA MEDIAZIONE INTERCULTURALE SULLA SALUTE

### 4.1 TRA COMPETENZE LINGUISTICHE E RELAZIONALI

Tra le strategie più utilizzate per migliorare l'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione immigrata c'è la mediazione. Anche nella nostra indagine tra i programmi di screening italiani, 21 progetti su 34 hanno coinvolto i mediatori (vedi paragrafo 6.7).

Il discorso sulla mediazione è però estremamente complesso, in quanto si compone di realtà e approcci teorici molto diversi: il fatto che la si definisca anche con aggettivi composti (linguistico-culturale, interculturale) ne è emblema. In letteratura si è ormai raggiunto un concetto condiviso di mediazione, nei termini di un processo che "facilita la comunicazione e la comprensione tra persone di culture diverse"<sup>1</sup>, e che lo fa tramite una "figura che fa da ponte tra le due culture"<sup>2</sup>.

Se abbracciamo queste definizioni, in realtà molto ampie, la mediazione è intesa principalmente come **un'azione comunicativa che passa necessariamente attraverso la traduzione ma non si riduce ad essa**. Infatti, una funzione della mediazione è anche quella di facilitare la relazione interculturale, e questo non può essere fatto senza intervenire nella relazione stessa, con le opportunità ed i rischi che ne conseguono.

### 4.2 DA UNA RELAZIONE A DUE...

La classica relazione a due tra operatore della salute e utente implica già di per sé una **comunicazione asimmetrica**<sup>3</sup>, in quanto l'operatore conosce più dell'utente il tema su cui avviene lo scambio comunicativo. L'asimmetria comunicativa non dipende dal livello di istruzione delle due persone che comunicano, ma proprio dalla disparità delle conoscenze sul tema oggetto della comunicazione. Questa relazione, già di per sé complessa, ha come sfondo alcuni presupposti analizzati dalla sociologia della salute:

- la differenza di posizione fra chi mette in gioco se stesso e la propria corporeità (il paziente) e chi gioca in casa d'altri (l'operatore);
- la continuità progettuale del ruolo dell'operatore rispetto alla situazione imprevista e imprevedibile del malato o dell'utente;
- la responsabilità sociale del ruolo sanitario rispetto a quella personale del ruolo del paziente<sup>4</sup>.

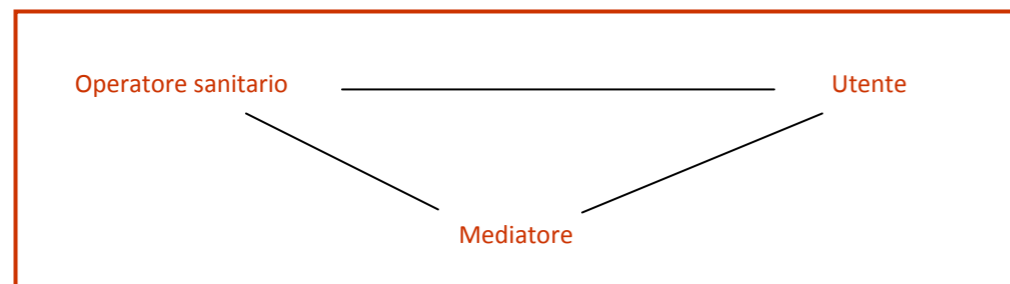
Il paradigma biomedico tradizionale che fa da sfondo a questa relazione è quello **disease-centered**, che si manifesta in una comunicazione centrata sul medico in cui l'unica cosa che conta sono la malattia e i sintomi oggettivamente intesi. Tale paradigma è da tempo entrato in crisi, per diverse ragioni storiche e politiche che hanno alla base la richiesta di un maggiore coinvolgimento delle persone nelle decisioni che le riguardano. Questa crisi sta portando dei cambiamenti importanti nella cultura medica che, almeno nelle intenzioni, si sta orientando verso il paradigma **patient-centered**, che si esplica in una comunicazione centrata sul paziente e non più solo sulla malattia. Ad ogni modo, qualunque sia il contesto in cui agiscono, gli operatori sanitari dovrebbero essere coscienti del fatto che tutte le persone che vengono coinvolte in una storia che riguarda la loro salute si ritrovano in una **situazione di fragilità, che aggrava l'asimmetria comunicativa**. Per rendere la relazione meno asimmetrica, l'operatore dovrebbe sviluppare competenze relazionali tali da trovare la giusta mediazione tra le esigenze del sapere biomedico e le necessità derivanti dal modo in cui l'utente vive soggettivamente la propria situazione. Quello che vogliamo sottolineare è che comunque, **anche nella classica relazione a due, l'operatore si trova spesso ad agire, più o meno consapevolmente, come "mediatore"**, cioè a riformulare quello che deve dire per renderlo più comprensibile e più adeguato alle esigenze del destinatario. Questo implica che l'operatore agisca anche come "traduttore", di un tipo di traduzione che nel capitolo 5 chiameremo "intralinguistica", cioè



quella che riformula i concetti utilizzando altre parole della stessa lingua. In altre parole, per rendere efficace anche la tradizionale relazione a due, noi operatori della salute dobbiamo prendere atto delle tante culture e dei tanti linguaggi diversi che persone diverse per età, per condizione sociale, per livello di istruzione utilizzano anche all'interno della stessa lingua e dello stesso paese<sup>5</sup>.

#### 4.3 ... A UNA RELAZIONE A TRE

Le dinamiche relazionali che abbiamo descritto, già di per sé complesse, si complicano ulteriormente quando i due comunicanti appartengono a due culture ancora più lontane, parlano lingue diverse e la comunicazione diventa anche *macroscopicamente* interculturale. Ed è qui che entra in scena la mediazione linguistico-culturale, in cui i poli della relazione diventano tre:



È nel suo essere mediata che si concentrano le opportunità ed i rischi di tale relazione.

La prima competenza del mediatore è quella di attivare una **“mediazione interculturale”**, cioè assumere una posizione terza, evitando di schierarsi con una delle due parti, e attuando quello che viene definito decentramento culturale. Quindi non una mediazione “culturale”, con una condivisione di uno dei due modelli culturali in gioco (quello dell’utente o quello dell’operatore), bensì una mediazione che coordina la partecipazione reciproca e mette in contatto e dà voce a entrambi creando **un terzo spazio comune**. “Una comunicazione è interculturale se e quando al suo interno emerge una diversità culturale”, cioè quando vengono messi in discussione i predefiniti presupposti culturali di una comunicazione. Ciò **non significa che con gli immigrati si creino sempre le condizioni di una comunicazione interculturale**, in quanto non è detto che emergano differenze culturali rilevanti<sup>6</sup>. Inoltre, come abbiamo visto, **condizioni di comunicazione interculturale si verificano anche con persone non immigrate**.

La mediazione interculturale è particolarmente evidente in situazioni interlinguistiche, cioè in situazioni che richiedono una traduzione in un’altra lingua. L’attività di traduzione del mediatore non deve essere considerata secondaria, come invece accade talvolta in letteratura<sup>6</sup>. Infatti, se è vero che la mediazione culturale non si riduce alla sola traduzione, è pur vero che la mediazione passa necessariamente attraverso la traduzione, che forse ne costituisce la parte fondamentale. **La traduzione è fondamentale nella mediazione interculturale: tuttavia, di per sé non facilita necessariamente la mediazione interculturale**. Il significato della traduzione dipende dalla sua collocazione nel quadro complessivo dell’interazione. Dunque, la traduzione “è insieme fondamentale e particolarmente delicata”<sup>1</sup>.

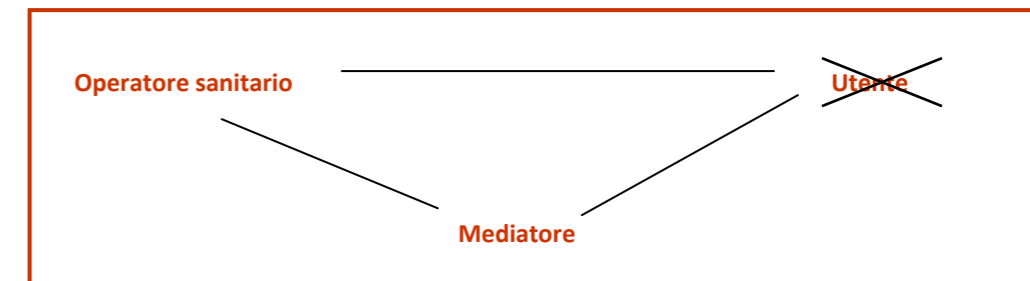
La strategia più adatta per attivare la mediazione interculturale è rappresentata dal **dialogo interculturale**, cioè “una forma di comunicazione che richiede espressione e riconoscimento della diversità, ossia l’osservazione di ciascun partecipante come soggetto in grado di esprimersi e di cui è opportuno prendere in considerazione la

prospettiva”<sup>7</sup>. Quindi, “la mediazione assume [...] una forma dialogica quando si manifesta come comunicazione tra mediatore e paziente, ma anche tra mediatore e medico [...] attivando una sensibilità per la persona anche nel terzo interlocutore, in particolare come invito rivolto al medico a prestare attenzione al paziente. In tal modo, la comunicazione medico-paziente viene ricontestualizzata come centrata sulla persona”<sup>1</sup>.

**Che si tratti di una relazione mediata oppure no, quello che è importante è che il paziente rimanga protagonista**<sup>6</sup>. Per questo il ruolo del mediatore è estremamente delicato. E anche per niente facile.

#### 4.4 IL RISCHIO DEL “PAZIENTE INVISIBILE”

Alcune indagini evidenziano che **la mediazione a volte può complicare la relazione**. “L’introduzione di una terza figura [...] pone, infatti, problemi legati proprio ad un cambiamento delle modalità di svolgimento e del setting del rapporto di cura, creando tre piani di comunicazione [...]. In questo triangolo può celarsi il rischio di uno sbilanciamento verso una o l’altra posizione: identificandosi con il paziente il mediatore può tendere ad escludere l’operatore; sentendosi portavoce del servizio può imporre all’utente modalità omologanti”<sup>8</sup>. Il rischio più frequente è proprio quello che il più debole dei protagonisti della relazione, l’immigrato, perda completamente il suo ruolo diventando una semplice comparsa.



In uno studio videoregistrato è stato osservato che frequentemente il mediatore:

- attiva il diritto di iniziativa del discorso, facendo domande spontaneamente, aggiungendo informazioni, commentando terapie o comportamenti;
- risponde direttamente alle domande dell’operatore o del paziente senza tradurre;
- seleziona autonomamente ciò che deve essere tradotto e cosa no<sup>9,10</sup>.

È stato anche osservato che spesso l’operatore si rivolge solo all’interprete, non incoraggia il paziente a fare domande e non cerca di aiutarlo rivolgendosi a lui con frasi semplici e brevi.

**I rischi sono che il medico, soprattutto il medico, si disinteressa totalmente del paziente e abbia come unico e vero interlocutore il mediatore**. Il mediatore talvolta ne è contento, perché la sua identità professionale viene valorizzata.

Per esempio il mediatore decide cosa tradurre. Ci sono dei casi in cui il medico parla per 10 minuti di una lista di esami da fare per il controllo al fegato e quindi c’è tutto un elenco di esami, il mediatore dice “ti fanno degli esami per vedere se il tuo fegato funziona” e basta. Quindi, si perde tutta una serie di informazioni e a proposito di empowerment questo seriamente te lo rende sempre più debole. Quando lo facevo notare al mediatore, il mediatore a un certo punto mi diceva si hai ragione ma io non ci posso essere sempre<sup>11</sup>.

La relazione mediata è dunque soggetta a diversi rischi che possono ostacolare il raggiungimento di un’alleanza terapeutica”<sup>1</sup>. Due sono le condizioni perché questo non avvenga: che la possibilità di partecipare alla comunica-

zione sia distribuita equamente tra i partecipanti, e che vi sia empatia, cioè la capacità di porsi dal punto di vista dell'altro. **L'efficacia della mediazione, quindi, non dipende solo dal mediatore**, ma anche dalle competenze comunicative, culturali e linguistiche dell'**operatore**, e dal livello di *literacy* e di *empowerment* dell'**immigrato**. Tutto l'opposto, cioè, di un automatismo che si identifica e si esaurisce con la traduzione, a prescindere dal contesto in cui ha luogo e dalla relazione che crea.

#### 4.5 BARRIERE LINGUISTICHE E QUALITÀ DELLE CURE

Le barriere linguistiche condizionano non solo l'accesso alle cure e ai programmi di prevenzione, ma anche l'efficacia delle cure stesse<sup>12-16</sup> (vedi paragrafo 3.3). Una revisione sistematica di studi sull'impatto dei servizi di **mediazione linguistica** sulla qualità delle cure ha messo in evidenza come una comunicazione **inadeguata può condurre a conseguenze avverse sulla salute dei pazienti** non solo quando manchi del tutto un interprete, ma anche quando questo ruolo viene affidato ad **interpreti occasionali**, come membri della famiglia, amici, personale non formato, altri pazienti<sup>17</sup>. È più probabile, infatti, che gli interpreti occasionali commettano errori perché non hanno dimestichezza con il linguaggio medico ma anche perché, a volte, la loro stessa presenza diventa disfunzionale rispetto al colloquio clinico.

Anche se i rischi si ridimensionano quando parliamo di servizi di prevenzione, quelli che abbiamo descritto sono aspetti da non sottovalutare. Ad esempio, in Italia sono frequenti i casi riportati dagli operatori degli screening in cui sono i bambini a tradurre per le madri, anche su argomenti inerenti alla sfera privata e alla sessualità.

Emerge quindi la necessità di utilizzare, quando una presenza importante di immigrati lo richiama, un servizio di interpreti competenti e formati. "Chiarezza sul ruolo del mediatore ed esigenze formative sono sentite sia dalle strutture sanitarie, sia dai mediatori stessi"<sup>18</sup>.

#### 4.6 FORMAZIONE PER CHI?

Se la necessità di formare i mediatori è ormai condivisa, gli orientamenti teorici invece si dividono. In Italia si possono individuare due approcci, che si declinano nelle due tipologie di strutture preposte alla formazione: le **università e i centri di formazione professionale**. Le prime "si rivolgono prevalentemente a studenti italiani, con scarse o nulle esperienze di mediazione sul campo". I secondi, a cui di solito fanno riferimenti gli enti locali, "sono rivolti per lo più a esponenti delle comunità immigrate che a vari livelli di professionalità già sostengono i nuovi immigrati nel rapporto con le istituzioni pubbliche"<sup>18</sup>.

Diversi sono gli obiettivi formativi: di competenza linguistica nel primo caso, con particolare attenzione alla traduzione e all'interpretazione, più informativa e integrata da elementi socio-psicologici nel secondo. Nella nostra indagine tra i programmi di screening, le aziende sanitarie sembrano utilizzare principalmente i mediatori usciti dai centri di formazione professionale.

Per entrambi i percorsi formativi è stata segnalata un'**insufficiente attenzione alla gestione dell'interazione che si crea nel concreto episodio di mediazione**: "In nessun caso si fa menzione all'analisi linguistica di incontri mediati, e in particolare non viene affrontata la gestione dell'interazione verbale fra operatori sanitari, mediatori e pazienti"<sup>18</sup>.

L'attenzione a questo aspetto sembra maggiore nella **formazione** post-laurea o post-diploma, spesso organizzata dalle aziende sanitarie. Sarebbe fondamentale che questa formazione fosse **rivolta simultaneamente agli operatori sanitari e ai mediatori**, magari con l'utilizzo di strumenti che rendano evidenti le dinamiche che si innescano nella relazione, come i dvd di incontri videoregistrati. Oppure lavorando "su trascrizioni di incontri reali e non su simulazioni di mediazioni possibili", una proposta che ha il vantaggio di dare maggiore consapevolezza

del proprio ruolo (non solo al mediatore ma anche all'operatore) e della necessità di una collaborazione da parte di tutti i partecipanti<sup>18</sup>.

Infatti, a detta di chi lavora nel campo da diversi anni, i corsi di formazione più efficaci sono quelli che utilizzano metodologie attive che coinvolgono gli operatori e favoriscono l'applicazione delle conoscenze alle situazioni concrete. Per esempio nel progetto *Mum Health* (scheda 5) la formazione dei mediatori si è interconnessa con quella degli operatori, delle associazioni e delle comunità immigrate. In tale maniera è stato possibile sperimentare direttamente la comunicazione interculturale fra i partecipanti, anche con il supporto di materiali multimediali<sup>19</sup>. Proprio con lo scopo di essere utilizzato e discusso nella formazione comune di operatori e utenti è stato sviluppato anche il DVD "Lingue e linguaggi della prevenzione"<sup>20</sup>.

Una formazione comune per mediatori e **operatori** consente anche di **promuovere la competenza culturale di questi ultimi**, determinante, come abbiamo visto, per rendere efficace la relazione mediata a tre. Spesso, infatti, gli operatori percepiscono gli immigrati "senza passato o con un passato solo di bisogno e di disagio che non può rappresentare una risorsa"<sup>21</sup>. I mediatori, con la loro funzione "ponte" possono aiutare a ridefinire tale immagine. Un altro aspetto che è stato evidenziato è che una formazione comune può aumentare negli operatori **la consapevolezza della complessità dell'atto traduttivo**. "La mediazione, di per sé, non è garanzia di buona comunicazione operatore-utente: per questo è importante che il professionista sanitario possieda le competenze per utilizzarla al meglio e sia consapevole delle abilità che sono necessarie nelle traduzioni mediche"<sup>22</sup>. L'esigenza di prestare attenzione allo sviluppo delle competenze linguistiche e culturali degli operatori sanitari è ribadita a livello europeo<sup>23</sup>. Sono inoltre disponibili diverse risorse che forniscono indicazioni sui contenuti e le metodologie delle iniziative di formazione<sup>21,24-27</sup>.

La necessità di un approccio globale è sottolineata anche in diversi documenti di indirizzo che sottolineano come **una formazione "culturalmente competente"** dovrebbe essere proposta **agli operatori di tutti i servizi rivolti ai cittadini** fin dalle scuole professionali e universitarie<sup>26,28,29</sup>.

La formazione, inoltre, diventa essenziale in un contesto come l'attuale, con risorse sempre più scarse, tempi sempre più ristretti, in cui l'operatore spesso si trova solo nel gestire la relazione interculturale, senza la possibilità di usufruire dei servizi di mediazione.

Infine, se nella relazione mediata i poli sono tre, sarebbe essenziale **allargare il percorso formativo anche al terzo polo, cioè agli immigrati**, potenziando le loro competenze linguistiche e la loro capacità di utilizzare le informazioni. Alcune realtà territoriali hanno cercato di lavorare in tal senso, coinvolgendo le scuole di lingua, i mediatori, o gli ESC, cioè gli educatori di salute di comunità. È di loro che ci occupiamo nella prossima sezione.



*È tutto un grande problema di formazione. Di tutti, non dei soli mediatori: dei pazienti, che hanno diritto di parlare ma non lo sanno, e degli operatori<sup>11</sup>.*

#### 4.7 IL CASO DEGLI ESC: GLI EDUCATORI DI SALUTE DI COMUNITÀ

Nella nostra indagine tra i programmi di screening (vedi paragrafo 6.1), alcuni dei progetti rivolti agli immigrati hanno utilizzato figure chiamate ESC - Educatori di Salute di Comunità. Essi sono stati utilizzati anche nel progetto ARTEMIS, un'esperienza molto articolata rivolta agli immigrati sul territorio, in particolare nell'ambito della prevenzione di HIV/AIDS, tubercolosi, malattie trasmissibili sessualmente<sup>21</sup>.

Gli ESC si ispirano al *Community Health Educator Model* sviluppato nel Regno Unito negli anni 90' da una ricercatrice dell'Università di Leeds, Lai Fong Chiu, per promuovere la partecipazione agli screening tra le fasce svantaggiate<sup>30-33</sup>. Gli ESC sono persone appartenenti alla comunità immigrata, formate affinché divengano essi stessi

educatori al suo interno. **Gli ESC non si identificano con i mediatori culturali**, i quali lavorano principalmente nelle strutture, sanitarie o non. Essi **operano soprattutto fuori dalle istituzioni**, e sono “figure carismatiche delle comunità di migranti in grado di rilevare il bisogno di salute, trasmettere conoscenze e indirizzare i migranti ai servizi sanitari”<sup>21</sup>.

Nella loro accezione più ampia, gli ESC sono inseriti in **progetti di ricerca-azione** che coinvolgono i destinatari degli interventi dalla fase di pianificazione fino alla realizzazione e alla valutazione<sup>27,34</sup>. Tali metodologie partecipative consentono di comprendere il punto di vista dei destinatari, di trarne indicazioni utili e, allo stesso tempo, di innescare le potenzialità insite nella comunità.

“Soprattutto questo aspetto appare degno di nota: la capacità di innestare dentro ai gruppi a rischio di marginalità sanitaria e sociale i germi della partecipazione, della consapevolezza sul proprio stato di salute, dell'utilizzo appropriato degli strumenti che la sanità pubblica mette a disposizione. Una vera sanità di iniziativa. Ovviamente chi ne esce rafforzato è anche il sistema sanitario che, nella collaborazione con i promotori di salute, aumenta le proprie conoscenze e modifica i comportamenti organizzativi nel senso di una maggiore accessibilità”<sup>30</sup>.

Il contesto teorico di riferimento di tali strategie può essere ricondotto agli enunciati di Alma Ata del 1978<sup>35</sup>, di Ottawa del 1986<sup>36</sup>, e dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1998<sup>37</sup>, cioè ai principi ispiratori della *primary health care*<sup>38,39</sup>, della promozione della salute e della *health for all strategy*. In tutte queste dichiarazioni, infatti, è sottolineata l'importanza della partecipazione delle comunità alle decisioni riguardanti la propria salute. Sulla scia di tali principi tutta una serie di figure analoghe agli ESC, con un profilo “ponte” tra le comunità ed i servizi, hanno operato negli ultimi decenni nei sistemi sanitari, soprattutto in quelli dei paesi a basso reddito.

Gli ESC rappresentano sicuramente un promettente modello di intervento. Le sfide sono costituite dalla complessità della valutazione della loro efficacia, dalle risorse necessarie per attivare gli interventi, e dal fatto di attuarli in un'ottica di sistema, cioè di renderli sostenibili.

34

#### 4.8 MEDIATORI CULTURALI O MEDIAZIONE DI SISTEMA?

L'utilizzo dei mediatori può rischiare di far trasparire una **multiculturalità esclusivamente di facciata**. Questo accade quando l'istituzione delega al mediatore tutta la responsabilità della relazione con gli utenti, confinando il ruolo dell'operatore sanitario al solo aspetto tecnico della prestazione, e il proprio ruolo al solo fatto di mettere a disposizione il mediatore<sup>8</sup>.



*I mediatori sono fondamentali per rendere decente la vita della persona immigrata, diventano un rischio infinito quando tutto viene delegato a loro: la cura, la prevenzione, la persuasione<sup>11</sup>.*

Troppo spesso, infatti, i servizi si rivolgono agli immigrati inseguendo un'ottica di emergenza anziché un approccio che li trasformi in organizzazioni “culturalmente competenti”. Come abbiamo visto, questo significa investire in interventi globali, inseriti nelle politiche e nel sistema qualità delle aziende<sup>40</sup> (vedi paragrafi 3.3.6 e 3.4.4).

Per i programmi di screening un'opportunità in tal senso è rappresentata dal **lavorare in sinergia con altri servizi** come consultori, ambulatori per le malattie sessualmente trasmesse, o gestiti da organizzazioni no-profit, religiose o laiche. Tali servizi rappresentano in genere un punto di accesso consolidato per gli immigrati, e consentono tempi e spazi più adatti ad una relazione mediata. Spesso la sinergia tra servizi consente di sfruttare al meglio risorse che sono già a disposizione e di trarre profitto dall'esperienza di chi da molto si occupa di salute della popolazione immigrata.

Un'altra possibilità di collaborare con i mediatori in un'ottica di sistema è quella di **promuovere l'empowerment degli immigrati**<sup>41</sup>. “L'insegnamento della lingua italiana, l'informazione sui servizi disponibili e sulle modalità di accesso possono migliorare la comunicazione, l'appropriatezza e la capacità delle persone di compiere scelte consapevoli per tutelare la propria e l'altrui salute. In questa ottica il mediatore dovrebbe lavorare per [...] aiutare gli operatori e i nuovi cittadini a rendersi sempre meno dipendenti dalla sua presenza”<sup>8</sup>. Un medico di medicina generale inglese<sup>42</sup> si è chiesto se non ci dovrebbe essere, accanto al diritto a uno standard nelle cure che metta a disposizione un interprete, un corrispondente dovere per gli immigrati di imparare la lingua del paese ospite. “*If doctors can prescribe gym classes for depression, is it really so far fetched to suggest that we should also be prescribing English classes?*”.

In sintesi, i servizi di mediazione sono molto utili, ma è necessario investire anche su altro, per potersi svincolare dalla logica dell'emergenza e poter approdare a una logica di mediazione di sistema. Le strategie più promettenti sembrano essere quelle che lavorano sui quattro versanti: gli immigrati, i mediatori, gli operatori e i servizi (vedi paragrafo 3.3.6).

#### 4.9 BIBLIOGRAFIA

1. V. Barbieri, Forme di comunicazione interculturale nell'incontro medico mediato in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
2. R. Costantino (2001), *Mediatrici interculturali in ambito sociale e sanitario*, in F. Campagnoni, F. D'Agostino, “Bioetica diritti umani e multietnicità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale”, San Paolo Edizioni, Milano.
3. P. Watlawick et al. *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1971.
4. V. Agnoletti, *Rapporto medico-paziente in Cippolla C. (a cura di) (2004), Manuale di sociologia della salute. Vol. I Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
5. De Mauro T. *Guida all'uso delle parole. Parlare e scrivere semplice e preciso per capire e farsi capire (12° ed)*. Editori Riuniti, Roma 2003.
6. C. Baraldi, *Il significato sociologico della mediazione interculturale nei servizi per la salute* in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
7. F. Todd (1994), *Gruppi interculturali, apprendimento e dialogo polizia-comunità: un piano di lavoro teorico*, “Teoria sociologica”, II, 3.
8. M. Palazzi, C. Reali, *Il buono e il cattivo uso dei mediatori culturali*, in *Janus* pag.59-65 n. 32 inverno 2008.
9. L. Gavioli, D. Zorzi, *La partecipazione del paziente nell'interazione mediata con il medico: note linguistiche sulla dimensione informativa e sulla dimensione interpersonale* in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
10. Daniela Zorzi, *I mediatori culturali: tra com-*

35

petenze linguistiche e relazionali. Viterbo, 15 giugno 2011 [http://www.gisci.it/documenti/convegni/viterbo2011/20110615/zorzi\\_gisci\\_20110615.pdf](http://www.gisci.it/documenti/convegni/viterbo2011/20110615/zorzi_gisci_20110615.pdf)

11. C. Divi, R.G. Koss, S.P. Schmaltz, J.M. Loeb, Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, n. 2, pp. 60-67, 2007.
12. Cohen AL, Rivara F, Marcuse EK, McPhillips H, Davis R. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*. 2005 Sep;116(3):575-9.
13. Flores G., Language barriers to health care in United States, *N Engl J Med* 2006, 355;3:229-231.
14. Jacobs, E. A., D. S. Lauderdale, D. O. Meltzer, J. M. Shorey, W. Levinson and R. A. Thisted (2001). The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients. *J Gen Intern Med* 16: 468-474.
15. Bischoff, Alexander (2003): Caring for migrant and minority patients in European hospitals - A review of effective intervention. *Swiss Forum for Migration and Population Studies*, Neuchatel and Basel [http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh\\_literature\\_review.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf)
16. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2005; 62:255-299.
17. D. Zorzi, La formazione dei mediatori sanitari: fra esperienza e consapevolezza, in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
18. M. Bonciani, B. Cangioli, E. Confaloni, Mum Health: un intervento per la promozione della salute globale delle donne migranti in Toscana, in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano (Vedi anche L'indagine PIO: i progetti per gli immigrati negli screening

oncologici, Scheda n. 5).

19. Il DVD "Lingue e linguaggi della prevenzione" (Vedi L'indagine PIO: i progetti per gli immigrati negli screening oncologici, Scheda n. 7).
20. ARTEMIS - Associazionismo & reti territoriali per la mediazione interculturale sulla salute. Linee guida per l'applicazione del modello di intervento. <http://www.alberodellasalute.org/progetti/progetto-artemis>
21. M. D. Vezzani, Indicatori di buona pratica nell'utilizzo dei mediatori interculturali da parte degli operatori sanitari nell'AUSL di Modena in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
22. La Dichiarazione di Amsterdam verso ospedali "migrant-friendly" in una Europa diversa sul piano etno-culturale [http://www.mfh-eu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_italienisch.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_italienisch.pdf)
23. Migrant friendly hospitals. Cultural competence training [http://www.mfh-eu.net/public/experiences\\_results\\_tools/cultural\\_competence\\_training.htm](http://www.mfh-eu.net/public/experiences_results_tools/cultural_competence_training.htm)
24. Selected references on cultural competence training [http://www.mfh-eu.net/public/files/experiences\\_results\\_tools/spc\\_training/SPC\\_supporting\\_tools.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/experiences_results_tools/spc_training/SPC_supporting_tools.pdf)
25. Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate. In: *Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitarie verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni*. Progetto finanziato dal Ministero della Salute - CCM coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. 2010 [http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm\\_x\\_news/2011/5-documento\\_finale\\_mod30ago2010.pdf](http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2011/5-documento_finale_mod30ago2010.pdf)
26. "La comunità e il prendersi cura. Come facilitare l'accesso agli screening oncologici" <http://www.ausl.bologna.it/partecipazione/laboratorio-dei-cittadini-per-la-salute/eventi-e-notizie/cartella/la-comunita-e-il-prendersi-cura> (Vedi anche L'indagine PIO: i progetti per gli immigrati negli screening oncologici, Scheda n. 8).

27. Per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità. In 26, Op. cit.
28. Raccomandazioni finali del XII Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) 2012. Viterbo, 10-12 Ottobre 2012 [http://www.simmweb.it/index.php?id=299&no\\_cache=1](http://www.simmweb.it/index.php?id=299&no_cache=1)
29. G. Capitani "Community health educators a Leeds". *Saluteinternazionale.it* <http://www.saluteinternazionale.info/2013/06/community-health-educators-a-leeds/>
30. Chiu LF. Straight talking: communicating breast screening information to minority ethnic and low income groups. A research report. Leeds: Nuffield Institutes of Health, 2002. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breast-screen/publications/pc-06.html>
31. Chiu LF. Communicating risk information about breast and cervical cancer screening to women from minority ethnic and low income groups. A participatory action research project. *NHS Cancer Screening Programmes*, 2009 (Cancer Screening Series No 5). <http://www.cancerscreening.nhs.uk/publications/cs5.html>
32. Chiu LF. Promoting informed choices on cancer screening in a diverse community: guidance for service providers and health promoters *NHS Cancer Screening Programmes* 2009 (Cancer Screening Series No 6). <http://www.cancerscreening.nhs.uk/publications/cs6.pdf>
33. Lai Fong Chiu. Improving patient and community empowerment: participatory action research/learning as an alternative approach. 12 march 2011. [http://www2.warwick.ac.uk/fac/arts/history/chm/research\\_teaching/research/idea/ws1/improving\\_patient\\_and\\_community\\_empowerment.ppt#268,13,Debate\\_&Discussion\\_welcome](http://www2.warwick.ac.uk/fac/arts/history/chm/research_teaching/research/idea/ws1/improving_patient_and_community_empowerment.ppt#268,13,Debate_&Discussion_welcome)

34. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
35. Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion. Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/>
36. Global health declarations <http://www.who.int/trade/glossary/story039/en/index.html>
37. Tagliaferri E. La Primary Health Care funziona. *Saluteinternazionale.info*, 5 maggio 2010 <http://www.saluteinternazionale.info/2010/05/la-primary-health-care-funziona/>
38. Matera E. Primary health care. Ora più che mai. *Saluteinternazionale.info*, 26 gennaio 2009 <http://www.saluteinternazionale.info/2009/01/primary-health-care-ora-piu-che-mai/>
39. Chiarenza, Servizi sanitari migrant-friendly ed aperti alle diverse culture: l'esperienza dell'Azienda USL di Reggio Emilia in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
40. Passerini A. Il progetto dell'Azienda Provinciale per i Servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento per l'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata, in C. Baraldi, V. Barbieri, G. Girelli (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
41. K. Adams (2009), Should the NHS curb spending on translation services?, "British Medical Journal", vol. 334.

## 5. CHIAVE DI LETTURA 4. COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE E TRADUZIONI

### 5.1 CHE LINGUA È QUESTA?

#### Caso 1

*Ang Pap-test kada tatlong taon ay naglalayon na pababain ang posibleng cervix cancer hanggang 88% at ang panganib na mamatay sa sakit na tulad nito ay maaaring mala*

Che lingua è quella di questo opuscolo di screening tradotto in diverse lingue? Se siete un operatore, e lo state leggendo sulla carta o sul web, non troverete nel testo il più piccolo indizio che vi faccia sospettare in che lingua è stato scritto. “Ma chi parla quella lingua saprà riconoscerla”, si può ribattere. Certo, ma come faranno gli operatori a promuovere questi opuscoli se non sanno in quali lingue sono stati tradotti?

#### Caso 2

##### Video Messaggi in altre lingue

- Pensa alla salute (lingua araba)
- Brasiliano - Brazilian
- Pensa alla salute (lingua cinese)
- Pense que la santé
- Think about health
- Think about health - Nigerian
- Pomysl o zdrowie
- Pense sobre saúde
- Cred despre sanatate
- Think about health - Sinhalese
- Pensa alla salute (lingua slovacca)
- Piense en la salud
- Pensa alla salute (Lingua Ucraina)

In quali lingue è stato tradotto il video sullo screening cervicale accessibile da questa pagina web? In quattro dei 13 link sono in italiano sia la lingua in cui è stato tradotto il video (e questo aiuta per gli operatori), sia il suo titolo (e questo non aiuta gli utenti). In due casi (*Pomysl o zdrowie* e *Cred despre sanatate*) gli utenti sono facilitati, ma gli operatori no, dal momento che neanche nel video è specificata la lingua che si parla. E perché per sinhalese, arabo e cinese non sono stati utilizzati anche i rispettivi alfabeti? Perché si parla di *brasiliano* e *nigeriano*, come se si trattasse di due lingue, invece che di portoghese e di inglese? Perché, infine, se si clicca su *Pense sobre saude* compare solo il messaggio *Siamo spiacenti. Questo video è un duplicato di un video precedentemente caricato?*

#### Caso 3

*Per avere informazioni sullo screening cervicale, mammografico e coloretale telefonate allo 099 889988  
If you want information about screening and cervical screening treatment please call 099 889988  
Si vous souhaitez des informations telefonéz au numero 099 889988*

Questo video-messaggio a scorrimento è stato utilizzato nella sala di attesa di un poliambulatorio. Peccato che l'italiano invitasse a chiedere informazioni su tutti e tre gli screening, l'inglese sullo screening in generale e sul “trattamento” di quello cervicale, il francese a chiedere informazioni e basta, cioè non senza specificare su cosa. Questa disparità di informazioni fornite ai parlanti di lingue diverse era presente già nel testo originale in italiano? Oppure è stata decisa dai traduttori?

#### Caso 4

*The mammography is conducted by qualified radiologists  
The pap test is performed by a trained obstetrician*

Queste traduzioni di lettere di invito allo screening affermano che i test di 1° livello sono effettuati da medici. Malgrado l'assonanza, infatti, in inglese i tecnici di radiologia non sono radiologists, e le ostetriche non sono obstetricians. In pratica, la stessa azienda afferma che lo screening viene effettuato con due modalità diverse, a seconda che si legga l'invito in italiano o quello in inglese. Trascurando così un elemento essenziale del proprio mandato, quello di fornire informazioni corrette.

### 5.2 TRADURRE: PIÙ CHE PAROLE

Nella comunicazione istituzionale sono due i destinatari dei testi tradotti: gli utenti cui sono rivolti e gli operatori che li devono promuovere. I testi, inoltre, dovrebbero servire ad uno scopo: gli utenti dovrebbero poterli individuare, leggere, comprendere e utilizzare. Questa consapevolezza sembra mancare negli esempi che abbiamo riportato: i limiti di questi testi sono solo in parte ascrivibili a limiti delle traduzioni stesse, cioè alle componenti linguistiche in senso stretto. Quello che traspare è la scarsa consapevolezza da parte dei committenti della complessità che si cela dietro alla decisione di “fare” delle traduzioni. **Tradurre**, infatti, *it's more than words*<sup>1</sup>, non si limita alle parole, ma comprende componenti pragmatiche, operative, come la definizione dei destinatari, degli obiettivi, del contesto d'uso, di chi deve decidere in caso di incertezze, di chi deve controllare quanto è stato fatto. È cioè **un atto complesso che va pianificato e verificato tra più attori**. Altrimenti si rischia di usare risorse per avere dei materiali si tradotti ma scarsamente utilizzabili. Anche in testi relativamente semplici e in lingue facilmente verificabili come l'inglese e il francese (casi 3 e 4), è come se i committenti avessero operato una delega totale al traduttore, rinunciando a porsi qualsiasi tipo di domanda.

*Viene delegata ai traduttori una parte del lavoro che spetta alle istituzioni con delle ricadute estremamente diseguali da lingua a lingua, da traduttore a traduttore, quindi con uno spreco di risorse notevole. È evidente che non possiamo più ridurre il discorso a ‘il traduttore è bravo o non è bravo’. Stiamo sovraccaricando il traduttore di un compito che non gli spetta. Molto spesso le traduzioni sono usate come un alibi, quindi viene saltato un passaggio, quello della pianificazione.*

C'è nelle ASL una tendenza alla compartimentalizzazione dei settori: c'è il settore traduzione e mediazione e il settore produzione dei testi. Se poi la traduzione viene data esternamente all'azienda, questi settori non comunicano<sup>4</sup>.

La politica linguistica "non consapevole" che abbiamo descritto non può non avere delle conseguenze. Polselli le riassume così<sup>2</sup>:

- si separa la comunicazione in italiano da quella in altre lingue;
- si tende a delegare all'opera dei traduttori il compito di rendere socialmente accessibili e funzionali i contenuti espressi;
- si ignora la maggiore complessità del compito traduttivo (che è visto come una "operazione di servizio")

Di questa complessità ci occuperemo nella prossima sezione.

### 5.3 TRADURRE: "DIRE QUASI LA STESSA COSA"

Che cosa vuol dire tradurre? "Dire quasi la stessa cosa" in un'altra lingua, afferma Umberto Eco. Ma "quanto deve essere elastico quel quasi? Dipende dal punto di vista: la Terra è quasi come Marte, in quanto entrambi ruotano intorno al sole e hanno forma sferica [...], ed è quasi come il sole, poiché entrambi sono corpi celesti, è quasi come la sfera di cristallo di un indovino, o quasi come un pallone, o quasi come un'arancia. Stabilire la flessibilità, l'estensione del *quasi* dipende da alcuni criteri che vanno negoziati preliminarmente. **Dire quasi la stessa cosa è un procedimento che si pone [...] all'insegna della negoziazione**"<sup>3</sup>.

**I traduttori, aggiunge Eco, "possono spiegare i problemi che insorgono nella loro lingua persino a un autore che non la conosce, e anche in quei casi l'autore può collaborare suggerendo [...] quali soluzioni si possono prendere con il suo testo per aggirare l'ostacolo"**.

Eco si riferisce alle traduzioni letterarie, ma quanto afferma è rilevante per ogni tipo di traduzione: gli "autori", nella comunicazione pubblica, a volte non sono più identificabili, ma la negoziazione è comunque necessaria, e deve essere portata avanti dai committenti, cioè da coloro che hanno deciso che di intraprendere la traduzione. Dobbiamo anche essere consapevoli che le parole "si sono create e si creano e si alterano continuamente in modo libero e spontaneo, e il loro contenuto semantico varia nel tempo, nello spazio, negli individui, nelle culture. Vano è perciò qualsiasi tentativo di rinchiuderle in schemi rigidi di significato"<sup>4</sup>.

"La lingua dell'originale e la lingua della traduzione non sono immediatamente commensurabili. **Le possibilità linguistiche di due lingue non sono "equivalenti"**, e per questo non è possibile tradurre in modo meccanico. I significati precisi e le qualità estetiche delle parole non si corrispondono reciprocamente"<sup>5</sup>.

Ne consegue che "qualsiasi forma di comunicazione - e quindi anche la traduzione - è soggetta alla legge semiotica del **residuo**"<sup>6</sup>: **è inevitabile, cioè, che una parte del messaggio non arrivi a destinazione**. Nida afferma che "se si dovesse insistere che la traduzione non deve comportare alcuna perdita d'informazione, ovviamente non solo la traduzione ma tutta la comunicazione sarebbe impossibile"<sup>7</sup>.

Invece comunichiamo continuamente, sia nella nostra lingua sia tra lingue diverse, pur con ambiguità, limiti e fraintendimenti. Quando parliamo possiamo aggiustare il nostro messaggio grazie al feedback, cioè alle reazioni dei nostri interlocutori, esplicite o meno. Quando scriviamo, il feedback non è immediato<sup>8</sup>, e quindi la possibilità di essere ambigui è ancora maggiore. Il punto non è eliminare tale ambiguità, ma essere consapevoli che esiste. Ed essere consapevoli che "capire", anche quello che è scritto nella nostra lingua, non è un automatismo, ma un

procedere per approssimazioni, un "processo probabilistico a esito incerto"<sup>9</sup>. E quindi essere coscienti che anche **tradurre non è un automatismo**, il semplice spostamento di parole da una lingua all'altra: tradurre, in qualche modo, **"è sempre frutto di un compromesso"**<sup>5</sup>.

Questo implica che quando scriviamo dobbiamo controllare la stesura dei testi, sia i testi "fonte" (in italiano) sia quelli "di arrivo" (nelle altre lingue), coscienti delle complessità che dobbiamo affrontare e dei limiti di quanto otterremo. È quello di cui ci occuperemo nelle prossime sezioni.

Chiudiamo la sezione con una citazione di Calvino, che nel 1965 scriveva: "La nostra epoca è caratterizzata da questa contraddizione: da una parte abbiamo bisogno che tutto quel che viene detto sia immediatamente traducibile in altre lingue; dall'altra abbiamo la coscienza che ogni lingua è un sistema di pensiero a sé stante, intraducibile per definizione [...]. Le mie previsioni sono queste: ogni lingua si concentrerà attorno a due poli: un polo di immediata traducibilità nelle altre lingue con cui sarà indispensabile comunicare [...]; e un polo in cui si distillerà l'essenza più peculiare e segreta della lingua, intraducibile per eccellenza"<sup>10</sup>.

### 5.4 QUESTA È UNA TRADUZIONE?

La risposta di Annalora alla domanda di Lali<sup>2</sup> è una traduzione? Se avete risposto "sì" avete riconosciuto la **traduzione intralinguistica**, cioè il primo dei tre modelli teorici della traduzione<sup>11</sup>. Nell'esempio che abbiamo riportato, infatti, il testo in italiano è stato "tradotto" riformulandolo con altre parole, sempre in italiano.

4. Considerazioni tratte dalle interviste effettuate nella preparazione di questo documento (Vedi paragrafo 1.2).

## 5.5 TRADURRE L'ITALIANO IN ITALIANO

### 5.5.1 DALLA PARTE DEL RICEVENTE

Nel nostro quotidiano, quando parliamo, ricorriamo continuamente alla traduzione intralinguistica, in maniera più o meno consapevole, soprattutto quando siamo in situazioni di "asimmetria comunicativa" (vedi paragrafi 3.3.3 e 4.2). Il punto è che dovremmo ricorrerci sempre e con assoluta consapevolezza quando, come istituzioni, ci rivolgiamo ai cittadini in forma scritta.

#### Caso 5

*Tutte le Donne possono chiedere di sottoporsi al Pap test anche al di fuori delle citate fasce d'età e cadenze (su indicazione motivata del medico di famiglia o di altro specialista). I Consultori Familiari soddisferanno anche queste richieste - in questo caso, con il pagamento di un concorso alla spesa (Ticket) pari a Euro 15,09 - subordinandole all'avvenuta soddisfazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Linee Guida e "buone prassi"), nei limiti di programmazione e tempi medi registrati presso i Consultori Familiari. Consultorio Familiare, informativa su Pap test, 2010, traduzione in russo*

Quando scriviamo testi come questo, noi operatori dimentichiamo che viviamo in un Paese in cui soltanto il 30% della popolazione risulta in grado di leggere, scrivere e far di conto in maniera sufficiente per orientarsi nella società contemporanea (vedi paragrafo 3.3). Per diverse ragioni, ancora troppo spesso in Italia le istituzioni pubbliche si rivolgono ai cittadini senza analizzare gli scopi del loro messaggio, le esigenze dei destinatari e il modo in cui le informazioni saranno utilizzate (vedi paragrafo 3.3). Al massimo, sembra che le istituzioni arrivino a pensare che scrivere chiaro sia una questione lessicale, legata cioè soltanto alla scelta delle parole. Invece l'analisi degli obiettivi, dei destinatari e del contesto d'uso incide profondamente sul **livello macrolinguistico**, cioè sull'organizzazione del testo nel suo insieme (la selezione, la sequenza, la connessione delle informazioni, le scelte grafiche), e sul **livello microlinguistico**, cioè sulla costruzione delle frasi e sulla scelta delle parole. Scrivere per farsi capire, cioè, "ha un vero potere trasformativo"<sup>9</sup>.

Nell'esempio che abbiamo riportato la citazione dei Livelli essenziali di assistenza e delle Linee guida e "buone prassi" è davvero essenziale per informare le donne che il Pap test si può fare al di fuori di certe età e di una certa frequenza? O queste sono invece informazioni che servono agli operatori per mostrare alla loro azienda che l'iniziativa è stata presa all'interno di un certo ambito normativo? Se è così (e noi riteniamo che sia così), tali informazioni diventano superflue (mentre ovviamente sarebbero legittime in una relazione aziendale, o anche in un testo per utenti ma con diversi obiettivi).

#### Caso 5 riformulato

*Anche le donne di età diverse o che devono fare il Pap test più spesso possono fare l'esame nei Consultori Familiari. In questo caso, però, dovranno avere la richiesta del medico, prenotare l'esame e pagare 15,09 Euro.*

Una volta chiariti i destinatari e gli obiettivi del nostro messaggio, ci diventa più facile riformulare il testo. Nel caso 5 questo ci ha consentito di intervenire sulla costruzione delle frasi (cioè sulla sintassi):

- essendo più brevi (67 parole invece di 145),
- non usando incisi,
- scrivendo meno informazioni in ciascuna frase.

Abbiamo anche potuto intervenire sulla scelta delle parole (cioè sul lessico):

- usando parole comuni invece di parole non presenti nel vocabolario di base della lingua italiana<sup>12</sup> come: *subordinandole, cadenze, attestante*;
- evitando di usare parole comuni in un'accezione non comune come: *soddisfare* (le richieste), *soddisfazione* (dei LEA);
- evitando circonlocuzioni verbali astratte, cioè catene di parole che potrebbero essere sostituite da termini più concreti o da verbi come *avvenuta soddisfazione, limiti di programmazione, tempi medi registrati, concorso alla spesa*;
- evitando tecnicismi non necessari, cioè termini caratteristici del linguaggio istituzionale, non legati a effettive necessità comunicative, come MMG;
- evitando forme burocratiche come *indicazione motivata* (è possibile un'indicazione non motivata?)

**Gli interventi** che abbiamo descritto sono importanti perché la ricerca linguistica ha evidenziato che essi **rendono i testi più comprensibili per le persone con scarse competenze alfabetiche**<sup>9</sup>.

Ma questi interventi sono importanti anche per eventuali traduzioni.

Ad esempio, nel Caso 5, essi hanno evitato di lasciare al traduttore la scelta di tradurre o non tradurre frasi come "subordinandole all'avvenuta soddisfazione dei Livelli Essenziali di Assistenza". Non occorre, infatti, conoscere il russo per chiederci, nel caso il traduttore abbia deciso di tradurre questa espressione (che noi per primi non siamo sicuri di comprendere fino in fondo), che significato e soprattutto che rilevanza essa possa avere per utenti russe che vengano informate della possibilità di fare il Pap test nei consultori.

Nelle prossime sezioni analizzeremo due ulteriori elementi di complessità di cui tenere conto nei testi di comunicazione pubblica: 'la coerenza delle parole chiave' e 'quello che diamo per scontato'.

### 5.5.2 LA COERENZA DELLE PAROLE CHIAVE

#### Caso 6

*Screening, programma di prevenzione oncologica, periodici accertamenti, iniziativa*

Questi termini possono sembrare quattro cose diverse per persone con scarsa competenza linguistica quando li leggono all'interno dello stesso testo o in testi complementari (ad esempio invito allo screening e opuscolo informativo spediti nella stessa lettera).

Così come gli esempi successivi, tutti tratti, come il caso 6, da materiali di screening:

- *carcinoma della cervice uterina,*
  - *tumori del collo dell'utero, patologie tumorali, cancro, tumore,*
  - *raccolta delle feci, campione fecale,*
  - *flacone, apposito flaconcino, provetta, tubo,*
  - *polipi, adenomi, lesioni, escrescenza, protuberanze, tumori benigni, malattia,*
  - *cittadino, soggetti, popolazione,*
  - *impegnativa, prescrizione medica, le donne, l'interessata.*
- Ovviamente, la variazione lessicale in italiano funziona da **traino** per un'analogia variazione **nelle traduzioni**, come in questi esempi tratti da materiali di screening:
- *bottle, tube, sample,*
  - *exams, checks, test, mammogram, mammography,*
  - *additional test, in-depth exams, in-depth test.*

Contrariamente a quanto si pensa, **nella comunicazione pubblica è importante ripetere** in modo coerente e continuo le espressioni chiave (cioè quei termini che sono il cardine di un determinato messaggio).

Le parole chiave, infatti<sup>13</sup>:

- sono un elemento fondamentale per comprendere il contenuto di una frase,
- legano le diverse parti del testo in modo sostanziale,
- forniscono un ancoraggio che aiuta a interpretare tutto il testo.

### 5.5.3 QUELLO CHE DIAMO PER SCONTATO

#### Caso 7

*Orario di riconsegna dei flaconcini: tutti i giorni dalle 8 alle 11*

Davvero in questo programma di screening colorettaie gli utenti possono riconsegnare i flaconcini con le feci "tutti i giorni"? Potrebbe anche essere, dal momento che sempre più spesso alcuni servizi sono operativi anche il sabato e la domenica. Oppure chi ha scritto questo testo dà per scontato che gli utenti sappiano che gli sportelli aziendali sono chiusi nel fine settimana?

Chiunque di noi scriva su un argomento di cui si occupa da molto tempo tende a dare per scontate alcune informazioni. È inevitabile che questo accada, e a questo fenomeno è stato dato il nome di *knowledge effect*: effetto conoscenza<sup>14-15</sup>. Esso comporta nei testi **l'assenza di informazioni** superflue per chi scrive ma essenziali per chi le legge.

Ricordarci della sua esistenza è la prima cosa che possiamo fare per limitarne l'impatto negativo. Chiederci chi sono i destinatari, metterci nei loro panni per cercare di capire le loro esigenze è la seconda. Chiederlo direttamente a loro, se è possibile, è la terza.

Quanto abbiamo scritto è cruciale anche per le traduzioni, e dobbiamo tenerne conto quando scriviamo testi in italiano che poi verranno tradotti.

#### Caso 8

宫颈癌和乳腺癌筛查计划  
- 免费电话: 800.334.900  
- 星期一至星期五: 8.00-17.00

Al numero verde specificato in questo opuscolo di screening risponderanno operatori che parlano la lingua in cui è stato scritto? È una domanda che potrebbero porsi gli utenti in grado di leggere questa informazione. Eppure, essa non viene fornita nel testo originale in italiano né in quelli tradotti in una decina di altre lingue.

### 5.5.4 CONFRONTARSI CON LA COMPLESSITÀ

Siamo consapevoli che scrivere per farsi capire da un pubblico vasto e indifferenziato non è facile. Soprattutto, nessuno ci ha insegnato a farlo, dal momento che richiede competenze e conoscenze provenienti da discipline non incluse negli studi che noi operatori sanitari abbiamo seguito.

Siamo anche consapevoli che capire quello che è scritto non dipende solo da come lo scriviamo. La com-

preensione, infatti, si basa sulla "elaborazione delle informazioni esplicitate dal testo, integrate con altre conoscenze non fornite direttamente dal testo ma essenziali per la sua comprensione"<sup>9</sup>. **La chiarezza di un testo**, cioè, **è un concetto relativo**, e dipende anche dai destinatari, dal contesto, e dal motivo per cui il testo è stato scritto. In altre parole, la comprensione **dipende sia dal messaggio prodotto sia da chi lo riceve**. Questo comporta che "una volta assunta la maggiore complessità del capire, anche il produrre - con l'obiettivo esplicito di farsi capire - diventa molto più che parlare o scrivere"<sup>9</sup>.

Perciò, quando come istituzioni pubbliche scriviamo ai cittadini, diventa cruciale "perdere" tempo per le fasi di progettazione, stesura e revisione dei testi, possibilmente con il coinvolgimento di più persone. Coscienti che non ci sono regole rigide, che non troveremo la risposta esatta, ma solo quella che in quel momento ci sembrerà la più convincente tra diverse opzioni possibili, e che comunque sarà sempre migliorabile.

Solo scrivendo riusciremo a comprendere quanto sia complesso il "mestiere di scrivere"<sup>16</sup>, tutto l'opposto di quel semplicismo di cui a volte è tacciata la scrittura istituzionale.

"Quando le cose non sono semplici [...] pretendere [...] la semplificazione a tutti i costi è faciloneria, e proprio questa pretesa obbliga i discorsi a diventare generici, cioè menzogneri. Invece lo sforzo di cercare di pensare e di esprimersi con la massima precisione possibile proprio di fronte alle cose più complesse è l'unico atteggiamento onesto e utile"<sup>10</sup>.

"Perdere" un po' di tempo per produrre testi efficaci, però, può fare la differenza tra ottenere informazioni che poi saranno effettivamente comprese e utilizzate dai destinatari oppure no<sup>17</sup>. E quindi, alla fine, significa utilizzare meglio le risorse disponibili. E può fare la differenza anche per eventuali traduzioni. Troppo spesso, infatti, le istituzioni sembrano affidare esclusivamente ad esse il compito di rendere accessibile quello che vogliono comunicare alle persone immigrate, lasciando così trasparire un malinteso senso di "multiculturalismo". Invece, **"l'impegno verso un'utenza multilingue e multiculturale deve verificarsi già nelle comunicazioni in italiano"**<sup>13</sup>.

In questa sezione abbiamo fornito solo alcuni elementi di quel tema complesso che è "scrivere per farsi capire". È possibile approfondirlo attraverso diversi lavori specifici<sup>9,12,16,18-21</sup>.

### 5.5.5 PERCHÉ PUNTARE SULL'ITALIANO

In sintesi, ci sono diverse ragioni perché le istituzioni, quando si rivolgono ai cittadini in forma scritta, devono innanzitutto puntare su un italiano efficace:

- perché così i testi diventano più chiari per gli utenti italiani, molti dei quali hanno una limitata capacità di comprendere le informazioni scritte;
- perché così i testi diventano più chiari per gli utenti immigrati, molti dei quali hanno una certa capacità di comprendere le informazioni scritte in italiano;
- perché così eventuali traduzioni troveranno in materiali efficaci già in italiano un adeguato punto di partenza;
- perché, con più di un centinaio di lingue parlate attualmente nel nostro paese, non è fattibile che le istituzioni traducano in "tutte" le lingue.





## 5.6 TRADURRE L'ITALIANO IN ALTRE LINGUE

La **traduzione interlinguistica** rappresenta il secondo dei tre modelli teorici della traduzione<sup>11</sup>, quello in cui il testo è riformulato usando parole di un'altra lingua.

### 5.6.1 TRADURRE O NON TRADURRE?

Paradossalmente, è proprio questa la prima domanda che dobbiamo porci quando progettiamo di tradurre un testo nell'ambito della comunicazione istituzionale<sup>22-23</sup>. Se da un lato, infatti, è importante rendere accessibili le informazioni traducendole in lingue diverse, dall'altro è necessario essere consapevoli che **in alcuni casi la traduzione può non essere la soluzione più appropriata**. Questo può accadere:

- quando il testo originale in italiano non è adeguato (vedi paragrafo 5.7.1);
- quando non è un testo scritto la scelta migliore. Quando, cioè, un servizio di mediazione interculturale oppure un audio, un video, un grafico, una mappa o altre soluzioni possono rappresentare la scelta più adeguata per l'obiettivo che ci poniamo;
- quando possiamo fare a meno di tradurre in una determinata lingua. Non è detto che dobbiamo sempre tradurre nelle lingue delle comunità più rappresentate: spesso queste sono anche quelle presenti nel territorio da più tempo e con maggiore competenza linguistica (ad es. i Rumeni). In genere sono le comunità di più recente immigrazione, anche se meno rappresentate, ad avere più bisogno di informazioni nella propria lingua. Oppure possiamo fare delle scelte di genere (le donne nordafricane o del subcontinente indiano tendono a parlare l'italiano meno dei loro mariti), o in base all'età (ad es. politiche di ricongiungimento familiare potrebbero fare emergere bisogni per le fasce più anziane), o alla zona geografica (se nella nostra realtà gli immigrati etiopici provengono prevalentemente dal Tigray non ha molto senso tradurre in amarico);
- quando non abbiamo risorse adeguate: non solo per la traduzione in sé, ma per pianificarla (vedi paragrafo 5.7), per verificarne la qualità (vedi paragrafo 5.8), per apportare eventuali modifiche, e per stampare (se è il caso), distribuire e promuovere l'utilizzo dei materiali tradotti.



*È ovvio che se si tratta semplicemente di tradurre un opuscolo e poi lasciarlo su uno scaffale in una struttura all'interno dell'azienda, allora sarebbe il caso di interrogarsi se ha senso fare la traduzione.*

In sintesi, non rispondiamo alle esigenze dei cittadini stranieri con "molte" traduzioni se queste risultano poco chiare, poco necessarie, o poco accessibili. Ma l'enfasi sul numero delle traduzioni è molto forte. Ad esempio, in un'indagine del 2006 sulla comunicazione istituzionale per la popolazione immigrata<sup>24</sup> "i descrittori delle iniziative informative utilizzati sono: l'ampiezza, la specificità e le lingue rappresentate nelle traduzioni. L'attenzione si sofferma quindi sulla presenza di testi in lingua straniera e sulla produzione quantitativa in lingua franca/etnica, tralasciando di indagare la qualità dei testi in italiano rivolti ai cittadini stranieri e delle relative traduzioni"<sup>13</sup>.

### 5.6.2 CHI DEVE TRADURRE?

I traduttori:

- dovrebbero essere professionisti qualificati nel campo della traduzione, la cui lingua madre è quella della traduzione, con la maggior parte degli studi compiuti in quella lingua, con la maggior parte della loro carriera svoltasi in un paese in cui si parla quella lingua. In altre parole, la lingua in cui essi traducono deve essere la loro lingua principale (*native speakers*);

- dovrebbero essere completamente bilingui per la lingua di origine, cioè avere un'ottima conoscenza della lingua in cui è scritto il testo che dovrà essere tradotto;
- dovrebbero saper scrivere: "solo il saper scrivere bene è, di per sé, difficile. Saper scrivere bene e saper anche trasmettere il messaggio desiderato in un'altra lingua è ancora più difficile<sup>25</sup>";
- dovrebbero avere familiarità con il settore trattato del testo: "i testi non sono tutti uguali. Nessuno è in grado di tradurre bene tutti i tipi di testo e tutti gli argomenti<sup>25</sup>";
- i traduttori (o l'agenzia di traduzioni) dovrebbero anche essere in grado di precisare se intendono utilizzare sistemi di controllo della qualità del testo tradotto.

Bisognerebbe invece resistere alla tentazione di assegnare le traduzioni:

- alle persone bilingui che hanno imparato la lingua da bambini dai genitori, ma che sono cresciuti e hanno frequentato le scuole in un paese in cui si parla un'altra lingua (*heritage speakers*). L'apprendimento di una lingua in percorsi formali, infatti, è fondamentale per la padronanza della lingua scritta. Molti mediatori linguistico-culturali e molti dei cosiddetti immigrati di seconda generazione appartengono alla categoria di persone che abbiamo descritto. Essi possono dare un contributo fondamentale alla pianificazione e alla verifica delle traduzioni, ma bisognerebbe essere cauti nell'affidare loro il compito di tradurre<sup>22-23,26-27</sup>;
- agli interpreti, cioè alle persone che hanno una qualifica per tradurre la lingua parlata. Interpretare e tradurre, infatti, richiedono competenze diverse, che devono essere apprese e non sono necessariamente intercambiabili<sup>23</sup>.

In sintesi, **"uno dei miti più comuni che deve essere sfatato è che tutti i madrelingua siano per definizione in grado di tradurre bene"**<sup>23</sup>: le competenze linguistiche costituiscono un requisito essenziale ma non sono sufficienti per lavorare come traduttori o come interpreti.

### 5.6.1 TRADURRE: UN LAVORO A PIÙ MANI

Chiunque scriva, qualunque cosa scriva, una fiaba per bambini o le istruzioni di una macchina del pane, deve fare i conti con dei fattori extra-testuali: chi sono i destinatari del suo testo, come verrà usato, per quale scopo. Che li prenda in considerazione o meno, quei fattori avranno un impatto sul livello macrolinguistico e microlinguistico di quanto scriverà, come abbiamo visto nel Caso 5 (vedi paragrafo 5.5.1).

Se il testo viene tradotto, vi è un ulteriore elemento di complessità: i destinatari sono sicuramente diversi, e spesso lo sono anche il contesto d'uso e lo scopo. Il traduttore, non essendo l'autore del testo originale, può solo supporre quali ne siano i destinatari, il contesto e lo scopo; ma deve fare uno sforzo di immaginazione ancora maggiore per supporre quali essi siano per il testo di arrivo. Eppure deve farlo, perché è da essi che dipenderà l'impostazione della sua strategia traduttiva. Se il traduttore viene lasciato solo, se non vi è alcun contatto tra lui e il committente, aumenteranno la variabilità e la soggettività delle sue scelte<sup>23</sup>. Probabilmente, quanto scritto sopra non ci sembrerà particolarmente rilevante se non abbiamo familiarità con qualche lingua straniera o con la complessità del processo traduttivo. Cioè se siamo convinti che tradurre sia un atto meccanico, la semplice trasposizione di parole da una lingua a un'altra. In questo caso, se dobbiamo affidare una traduzione, è possibile che ci rivolgiamo a traduttori poco qualificati. Il risultato saranno traduzioni letterali, degli "equivalenti lessicali" del testo fonte, che saranno scarsamente comprensibili per i destinatari<sup>17</sup>.

Una lingua, però, è "più che parole" (vedi paragrafo 5.2), e sia gli aspetti verbali (lessico, sintassi, punteggiatura, priorità, tono ecc.) sia gli aspetti non verbali (immagini, scelte grafiche ecc.) sono governati da norme e convenzioni culturali. Norme e convenzioni che non hanno sempre lo stesso significato in ogni lingua e che non sono sempre automaticamente trasferibili da una lingua ad un'altra.

Pertanto, per far sì che la traduzione crei dei testi che i nuovi riceventi comprendano "quasi" nella stessa maniera in cui i riceventi comprendono i testi originali<sup>28-29</sup> (vedi paragrafo 5.3), è necessario che il tradutto-

6. Considerazioni tratte dalle interviste effettuate nella preparazione di questo documento (Vedi paragrafo 1.2).

re tratti il testo come se fosse composto da "unità linguistiche" (verbal e non verbal) invece che da singole parole. Come conseguenza, i traduttori devono prima disaggregare il testo fonte, e poi ristrutturarlo come se esso fosse stato originariamente prodotto nella lingua di destinazione. Non più legato al testo originale, vi è il rischio che il traduttore crei testi che "funzionano" per i nuovi destinatari, ma che sono lontani dall'intento comunicativo che si erano posti i committenti. Di qui la necessità che i committenti rendano espliciti al traduttore quanti più possibili aspetti del testo fonte e anche di quello di arrivo, se questo differirà dal precedente per alcuni di quegli aspetti<sup>30</sup>.

La traduzione, quindi, è un processo che va gestito da parte dell'istituzione e non delegato al traduttore. Perché la traduzione non si riduca a solo alibi e non avvenga per sola delega è necessario che sia il risultato di un processo di negoziazione. È quello di cui parleremo nelle prossime sezioni.

## 5.7 ORIENTARE LE TRADUZIONI

### 5.7.1 ANALIZZARE IL TESTO FONTE

Quando pensiamo di tradurre un testo, la prima cosa che dobbiamo fare è analizzarne la qualità a livello globale per capire per chi è stato scritto, per quale scopo, e in quale contesto viene usato.

Questa analisi dovrebbe essere fatta da noi **committenti prima di contattare il traduttore**.

Quello che dobbiamo cercare di capire è quanto quel testo sia efficace nel raggiungere il suo scopo, cioè quanto sia comprensibile per i destinatari *italiani*.

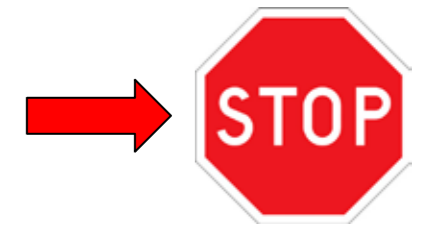
La Tabella 1, adattata dal progetto statunitense *Hablamos Juntos*<sup>23</sup>, può aiutarci nel nostro compito.

Tabella 1: Griglia per analizzare il testo fonte

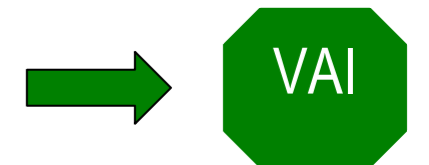
Testo fonte	
a) Scopo	Quale è l'intenzione comunicativa del testo? Perché è stato scritto? Quale è la risposta che ci attendiamo dai destinatari?
b) Destinatari	A chi è rivolto il testo? (per quanto possibile analizzare: età, genere, provenienza geografica, etnia, istruzione, lingua madre, competenze linguistiche in italiano e in eventuali altre lingue, status socio-economico)
c) Tempi	Quando i destinatari vengono a contatto con il testo e tramite quale canale comunicativo (cartaceo, web, video, ecc...)? Da chi viene fornito o segnalato il testo?
d) Luoghi	Dove i destinatari vengono a contatto con il testo? Il testo è consegnato da qualcuno e se sì da chi? Viene spedito per posta? Oppure il testo è disponibile in luoghi pubblici o privati (quali?) in maniera che i destinatari possano prenderne una copia? Vi sono altre modalità con cui i destinatari vengono a contatto con il testo? Se il testo è disponibile sul Web come i destinatari ne sono informati?
e) Qualità dei contenuti (da valutare dopo aver analizzato i punti a, b, c, d)	Il testo può risultare comprensibile, aggiornato e accurato per l'obiettivo che si pone, la tipologia di destinatari e il contesto in cui viene utilizzato? - Analizzare le componenti macrolinguistiche: selezione, sequenza, connessione delle informazioni, immagini, scelte grafiche - Analizzare le componenti microlinguistiche: costruzione delle frasi (sintassi) e scelta delle parole (lessico) (vedi paragrafo 5.5)

Solo **dopo** avere analizzato destinatari, scopo e contesto (punti a, b, c, d), proviamo ad analizzare la qualità dei **contenuti** (punto e) e chiediamoci: questo testo "funziona" per destinatari cui è attualmente rivolto?

Se la risposta è "no", non procediamo con la traduzione. Andare avanti significherebbe con ogni probabilità sprecare le nostre risorse. Le traduzioni, infatti, tendono a seguire il testo fonte sia nell'organizzazione testuale sia nelle scelte linguistiche. Nella maggior parte dei casi, testi inadeguati conducono a traduzioni inadeguate. L'analisi del testo fonte potrà guidarci, se lo riteniamo, a formulare un nuovo materiale informativo più adeguato sia ai destinatari sia alla traduzione. Oppure potrà portarci a scrivere un testo in italiano destinato fin dall'inizio ad essere tradotto per gli utenti immigrati.



Se la risposta è "sì", possiamo procedere a pianificare la traduzione. (Vedi paragrafo 5.7.2)



Comunque sarà andata, l'analisi del testo fonte ci sarà servita a comprendere meglio il modo in cui un testo può raggiungere l'obiettivo comunicativo che si pone. Infatti, le caratteristiche dei destinatari (competenze linguistiche, conoscenze di fondo, ecc.) e il modo in cui essi vengono a contatto con il testo (dove, quando, con la presenza o meno di qualcuno) sono collegati con la comprensibilità del testo stesso<sup>31</sup>.

### Esercizio 1

Tornate al Caso 5, ipotizzate i destinatari per cui è stato scritto e lo scenario in cui può essere usato. Provate ad applicare la Tabella 1, e a descrivere in poche righe i risultati della vostra analisi e le vostre conclusioni:



### 5.7.2 CONFRONTARE IL TESTO FONTE E IL TESTO DI ARRIVO

Una volta valutato il testo fonte (Tabella 1), procediamo in maniera analoga con il testo di arrivo, usando la Tabella 2 per analizzare lo scopo, i destinatari e il contesto in cui verrà usato<sup>23</sup>. Per fare questo, sarebbe importante che potessimo collaborare con dei mediatori linguistici culturali. Potrebbe anche esserci utile raccogliere informazioni derivanti da progetti o studi rivolti alla stessa tipologia di destinatari.

Tabella 2: Griglia per confrontare il testo fonte e il testo di arrivo

	Testo fonte	Testo di arrivo
<b>a) Scopo</b>	Quale è l'intenzione comunicativa del testo? Perché è stato scritto? Quale è la risposta che ci attendiamo dai destinatari?	Il testo sarà usato per lo stesso scopo?
<b>b) Destinatari</b>	A chi è rivolto il testo? (per quanto possibile analizzare: età, genere, provenienza geografica, istruzione, lingua madre, competenze linguistiche in italiano e in eventuali altre lingue, status socio-economico)	Analizzare anche etnia, lingua madre ed eventuali lingue franche parlate nel paese di origine, competenze linguistiche in italiano e in eventuali altre lingue, eventuale anzianità di immigrazione. Le caratteristiche dei destinatari sono le stesse di quelle dei destinatari del testo fonte?
<b>c) Tempi</b>	Quando i destinatari vengono a contatto con il testo e tramite quale canale comunicativo (cartaceo, web, video, ecc ...)? Da chi viene fornito o segnalato il testo?	I destinatari incontrano il testo negli stessi tempi e tramite lo stesso canale comunicativo del testo fonte? Il testo viene fornito o segnalato dalle stesse persone?
<b>d) Luoghi</b>	Dove i destinatari vengono a contatto con il testo? Il testo è consegnato da qualcuno e se sì da chi? Viene spedito per posta? Oppure il testo è disponibile in luoghi pubblici o privati (quali?) in maniera che i destinatari possano prenderne una copia? Vi sono altre modalità con cui i destinatari vengono a contatto con il testo? Se il testo è disponibile sul Web, come ne sono informati i destinatari?	I destinatari vengono a contatto con il testo negli stessi luoghi e con le stesse modalità del testo fonte?
<b>e) Qualità dei contenuti</b> (da valutare dopo aver analizzato i punti a, b, c, d)	Il testo può risultare comprensibile, aggiornato e accurato per l'obiettivo che si pone, la tipologia di destinatari e il contesto in cui viene utilizzato? - Analizzare le componenti macrolinguistiche: selezione, sequenza, connessione delle informazioni, immagini, scelte grafiche - Analizzare le componenti microlinguistiche: costruzione delle frasi (sintassi) e scelta delle parole (lessico) (vedi paragrafo 5.5)	Analizzare le implicazioni per l'ipotetico testo di arrivo. Quali aspetti del testo fonte potrebbero risultare scarsamente comprensibili in un diverso contesto culturale? Quali aspetti potrebbero essere soggetti a norme e convenzioni diverse da lingua a lingua?

Dopo aver completato la Tabella 2, rileggiamola **paragonando** per ciascun punto (a, b, c, d, e), il testo fonte e l'ipotetico testo di arrivo. Questo ci consentirà di individuare similarità e differenze che potranno essere prese in considerazione nella traduzione. Maggiori saranno le differenze, maggiore sarà la difficoltà di produrre un testo d'arrivo che abbia lo stesso obiettivo comunicativo del testo fonte. Addirittura, po-

trebbe accadere che l'analisi che abbiamo fatto ci porti a modificare l'obiettivo del testo di arrivo (ad esempio, "aumentare la consapevolezza che il tumore del colon esiste e che può essere prevenuto tramite lo screening" invece che "aumentare l'adesione allo screening coloretale"). Qui sotto approfondiamo alcuni aspetti di cui tenere conto nel processo di confronto che abbiamo descritto.

- ❖ **Destinatari:** se quelli del testo di arrivo sono molto più circoscritti di quelli del testo fonte (ad esempio per età o provenienza geografica o altro), nella traduzione potremo essere più specifici (sia a livello verbale che nelle immagini) e quindi più efficaci.
- ❖ **Contesto:** l'opuscolo di screening inviato con l'invito potrebbe aver bisogno di qualche modifica se viene tradotto per essere usato da solo e in un contesto diverso, ad esempio dai mediatori nel corso di incontri pubblici. Infatti, spesso lettera e opuscolo sono complementari, e non tutte le informazioni della lettera compaiono anche nell'opuscolo. E anche un opuscolo consegnato da un operatore può essere percepito come più rilevante di uno raccolto da un espositore; può anche consentire all'operatore di indicare alcuni passaggi che riassumono quanto ha appena detto. Un testo consegnato in sala d'attesa prima di un esame diagnostico o di una visita può permettere all'utente di porre domande mirate (vedi paragrafo 3.3.6).
- ❖ **Tecnicismi specifici propri del linguaggio medico:** vanno ovviamente mantenuti quando sono essenziali per il nostro obiettivo (es. mammografia e Pap test nello screening). Mentre a volte possono essere dati per acquisiti per i destinatari italiani, in genere devono essere spiegati per altri destinatari. Così come il concetto di "prevenzione" (vedi paragrafo 3.4.3).
- ❖ **Tecnicismi collaterali,** cioè termini comunemente usati in ambito sanitario, ma che possono essere sostituiti da parole comuni (ad es. rialzo termico e cefalea invece che febbre e mal di testa<sup>20,32</sup>).
- ❖ **Attenzione alle parole della "comunicazione oscura":** già in italiano, ad esempio: *triage*, *intra-moenia*, *extra-moenia*<sup>33</sup>. Attenzione ai **nomi propri**, che possono comparire in racconti esemplificativi contenuti nel testo da tradurre.
- ❖ **Attenzione anche alle metafore,** che non hanno in genere equivalenti in altre lingue. Attenzione ai **titoli**, che a volte possono alludere ad aspetti o circostanze scontati per noi italiani ma non comprensibili in un diverso contesto culturale.
- ❖ **Ricordiamo che anche gli aspetti non verbali di un testo,** come le **immagini** e altre **scelte grafiche** (elenchi puntati, check-list, box, uso degli spazi bianchi, grassetti, corsivi) sono soggetti a norme e convenzioni che possono non essere le stesse in tutte le lingue<sup>34</sup>.
- ❖ **Anche il tono** con cui ci rivolgiamo ai destinatari (formale, informale) è un aspetto non verbale del testo che può renderlo più o meno comprensibile. Anche se nella comunicazione pubblica si sottolinea l'importanza di usare un tono personale, che accorci la distanza tra cittadini e istituzioni, ricordiamoci che il tono è soggetto a norme e convenzioni diverse da lingua a lingua<sup>35</sup>.  
In pratica, il confronto tra i diversi aspetti del testo fonte e del testo di arrivo può permettere a noi **committenti** di capire quale sarà il livello di traduzione letterale accettabile per quel testo, e fino a che punto la traduzione potrà invece allontanarsi dai contenuti originali. Ci aiuta cioè a capire quali parti del testo saranno "negoziabili", e quali invece sono da spiegare, da riformulare o da eliminare.

Il **traduttore**, naturalmente, conosce bene la lingua di partenza e la lingua di destinazione (che in genere noi non conosciamo), ma può non conoscere altrettanto bene i contenuti tecnici del testo (ad esempio per lo screening a che fasce di età esso è rivolto, il fatto che i test di 1° livello non siano effettuati da medici). Inoltre, anche un traduttore molto esperto può non riuscire a creare un nuovo testo con la stessa intenzione comunicativa di quello originale se non comprende le circostanze in cui esso viene usato<sup>30</sup>. Su questi aspetti noi committenti possiamo in qualche maniera "orientare" il traduttore.

Dall'analisi che abbiamo effettuato con la Tabella 2 possiamo ricavare un breve compendio, una **"nota per la traduzione"** che potrà servirgli a ridurre il numero delle ipotesi sui destinatari e sullo scopo del testo, e la maniera in cui sarà usato. La nota potrà anche orientarlo nelle scelte che farà a livello lessicale e sintattico (le parole e le frasi) e nell'ordine da dare alle informazioni. Tali scelte ovviamente cadono nell'ambito della sua professionalità, e saranno sue e soltanto sue.

**L'ideale sarebbe che i committenti e il traduttore potessero incontrarsi** per discutere la bozza della nota prima della sua versione finale. Il più delle volte questo non è possibile: committenti, traduttori e agenzie di traduzioni spesso lavorano in località diverse e lavorano da remoto. L'importante, comunque è che vi sia un contatto, telefonico o via mail. È essenziale anche che il fatto che la traduzione possa avere bisogno di alcune modifiche rispetto al testo fonte sia chiarito prima che il lavoro sia assegnato. Alcune agenzie e alcuni traduttori, infatti, richiedono un compenso maggiore per gli adattamenti da apportare al testo. Quando, invece, il testo fonte ha bisogno di essere profondamente modificato per rispondere alle esigenze dei destinatari (ad es. adattamenti nella tipologia di alimenti), sono necessari progetti specifici che vanno ben al di là della traduzione<sup>36</sup>.

Infine, è anche necessario aggiungere che **a volte le scelte traduttive possono migliorare la comprensibilità del testo**<sup>13</sup>, adattandolo al ricevente: per esempio spiegando concetti chiave, sintetizzando frasi troppo lunghe, utilizzando lo stesso termine per diversi sinonimi, evitando i termini rari e tecnicismi inutili. La migliore comprensibilità ottenuta in questi casi è però frutto di una delega dell'istituzione al traduttore, ed è quindi legata alla scelta contingente del traduttore.

52

### Esercizio 2

Rileggete i casi 4, 5, 6 e 7: in quali sezioni della Tabella 2 potrebbero essere stati "intercettati"? Quale potrebbe essere in mezza pagina la nota per la traduzione?

## 5.7.3 IL BILINGUISMO DELLE PAROLE CHIAVE

### Caso 9

*Potete restituire le provette nei punti prelievo presso i distretti.  
Take samples to the sampling points.*

Nella versione inglese di questo foglio consegnato dai farmacisti assieme alle provette dello screening coloretale è saltata la parola "distretti". Sono rimasti i *sampling points*, cioè i punti prelievo. Come farà un utente che non parla la nostra lingua a chiedere aiuto per individuarli se non può citare o mostrare il testo corrispondente in italiano?

Il testo italiano può aiutare a trovare soluzioni logistiche (nel caso si stia cercando dove è collocato un servizio), informative (ad esempio altri materiali che siano stati tradotti), o umane (persone che parlino la lingua). Infatti "[...] determinate espressioni, diffuse nella cultura dei servizi offerti in Italia, a volte non trovano precisi riscontri lessicali o semantici nelle lingue di altri Paesi, dove gli stessi servizi non sono offerti o hanno un'organizzazione diversa"<sup>24</sup>. Pensiamo solo ad espressioni comuni come medici di medicina generale, distretti, consultori, ma anche a termini come unità operativa complessa, dipartimento, ecc...

Di conseguenza, quando le istituzioni effettuano delle traduzioni è necessario che mantengano **la compresenza del testo italiano e di quello in lingua in alcune espressioni "chiave"**. Non solo perché in alcuni casi non esiste il termine equivalente in un'altra lingua, ma anche perché non è detto che una persona immigrata non abbia una certa competenza linguistica in italiano. A volte questa competenza può essere addirittura maggiore rispetto a quella della lingua di origine, come nel caso dei cosiddetti immigrati di seconda generazione (ad esempio molti ragazzi di origine cinese cresciuti in Italia non sono in grado di leggere e scrivere nella lingua di origine delle loro famiglie).

Ma il bilinguismo delle espressioni chiave è **importante non solo per quegli utenti che non parlano la nostra lingua ma anche per gli operatori italiani**. È essenziale, infatti, che gli operatori possano identificare rapidamente quali testi sono stati tradotti, e in quali lingue (vedi Caso 1).

Per questo motivo i testi dovrebbero sempre specificare la lingua in cui sono stati tradotti sia nella lingua di origine sia in quella di arrivo. Questo sia nei formati cartacei che in quelli elettronici.


Ovviamente, le soluzioni possono essere diverse.

Nel primo esempio<sup>37</sup>, l'opuscolo informativo sullo screening cervicale del Regno Unito è tradotto in italiano, e nell'intestazione:

- il titolo dell'opuscolo e la lingua di destinazione sono specificati sia nella lingua di origine (inglese) sia in quella di destinazione (italiano),
- viene data la precedenza alla lingua di origine,
- il logo viene mantenuto nella lingua di origine.

Primo esempio: l'opuscolo del programma di screening cervicale inglese.

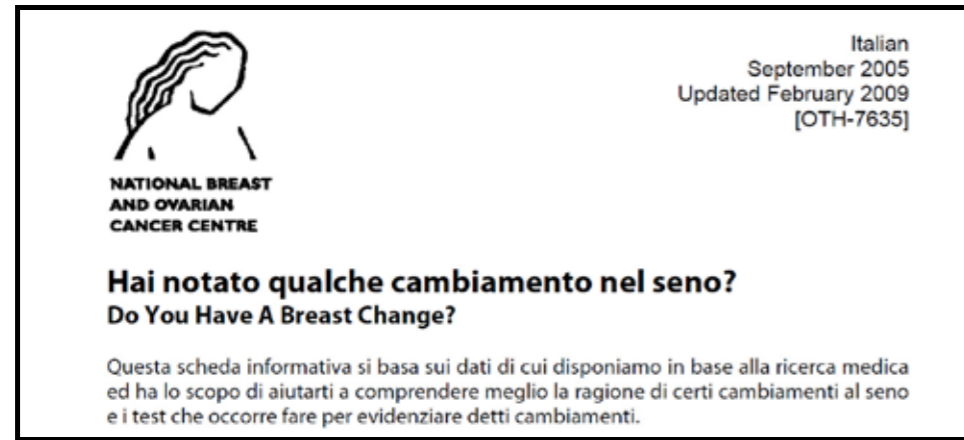
53

 Cancer Screening Programmes	
CERVICAL SCREENING	ITALIAN
The Facts	
SCREENING CERVICALE	ITALIANO
I fatti	

Nel secondo esempio<sup>38</sup> un opuscolo informativo australiano sul tumore al seno è stato anch'esso tradotto in italiano, e nell'intestazione:

- la lingua di destinazione (italiano) è specificata nell'intestazione solo nella lingua di origine (inglese), accanto alla data dell'aggiornamento e al codice identificativo dell'opuscolo;
- il titolo dell'opuscolo è specificato sia nella lingua di origine sia in quella di destinazione;
- viene data la precedenza alla lingua di destinazione;
- il logo viene mantenuto nella lingua di origine.

Secondo esempio: l'opuscolo del programma di screening mammografico australiano.



Nel terzo esempio proveniente dal programma di screening di Reggio Emilia l'opuscolo informativo sullo screening coloretale è stato tradotto in urdu, e:

- il titolo dell'opuscolo è specificato nell'intestazione solo nella lingua di destinazione (urdu);
- la lingua di destinazione è specificata nella nota a piè pagina nella lingua di origine (italiano), accanto alla data dell'aggiornamento e alle modalità di contatto del Centro Screening;
- il logo viene mantenuto nella lingua di origine.

54

Terzo esempio: l'opuscolo del programma di screening coloretale di Reggio Emilia.



Gli esempi che abbiamo riportato riflettono la consapevolezza che i **destinatari dei materiali tradotti** sono anche gli operatori che li devono promuovere.

I testi rispondono a tale esigenza con soluzioni diverse che però hanno in comune il fatto di non separare per alcune espressioni chiave la comunicazione nella lingua di origine da quella in altre lingue.

Per facilitare gli operatori, è anche importante che le istituzioni mantengano la coerenza delle scelte espressive in tutti i materiali da essa prodotti.

In altre parole, se un'azienda decide di specificare la lingua della traduzione in prima pagina a destra dell'intestazione, dovrà mantenere tale scelta in tutti i materiali che verranno tradotti.

Esercizio 3

Qui sotto abbiamo riportato la pagina di un sito australiano da cui si possono accedere materiali sulla salute tradotti in diverse lingue<sup>39</sup>. Andate al Caso 2 e analizzate analogie e differenze tra le due pagine. In ciascuna di esse secondo quale criterio sono stati organizzati gli elementi presenti? Questo criterio è stato usato in maniera coerente in ciascuna delle due pagine? Sarebbero possibili alternative? Quali alfabeti sono stati usati? Quali tipologie di destinatari hanno queste due pagine web? In che modo queste due pagine rispondono o non rispondono alle loro esigenze?

Albanian	Gjuha shqipe	Amharic	አማርኛ	Arabic	عربي	Armenian	Հայերեն
Assyrian	ܐܘܪܝܝܢܐ	Bengali	বাংলা	Bosnian	Bosanski	Burmese	မြန်မာ
Chinese Simplified	中文简体	Chinese Traditional	中文繁體	Dinka	Jiɛŋ	Croatian	Hrvatski
Czech	Cesky	Dari	دري	Fijian	Vakaviti	Dutch	Nederlands
English		Farsi	فارسی	Greek	Ελληνικά	Filipino	Tagalog
French	Français	German	Deutsch	Indonesian	Indonesia	Hindi	हिन्दी
Japanese	日本語	Hungarian	Magyar	Khmer	ខ្មែរ	Italian	Italiano
Macedonian	Македонски	Karen	ԳՂԵԾԷ	Kurdish	Kurmancî	Kirundi	Kirundi
Nepalese	नेपाली	Korean	한국어	Maltese	Malti	Lao	ລາວ
Punjabi	ਪੰਜਾਬੀ	Malay	Bahasa Malay	Polish	Jez. Polsk	Maori	
Samoan	Fa'a Samoa	Oromo		Sinhalese	සිංහල	Portuguese	Português
Sorani		Pushto	پښتو	Sudanese		Russian	Русский
Tamil	தமிழ்	Serbian	Српски	Thai	ไทย	Somali	Somali
Tongan	Faka Tonga	Spanish	Español	Ukrainian	Українська	Swahili	Kiswahili
Vietnamese	Việt ngữ	Tetum	Tetun			Tigrigna	ትግርኛ
		Turkish	Türkçe			Urdu	اُردو

55

In alcuni contesti, la comunicazione tra operatori e utenti può essere avvantaggiata dall'utilizzo di **frasari bilingue**. Essi consentono agli operatori di porre alcune domande, a voce o indicandole sul cartaceo, e consentono agli utenti di indicare le risposte sul cartaceo. Nell'esempio australiano riportato qui sopra, ancora una volta, è l'italiano ad essere la lingua di destinazione<sup>40</sup>.

**Esercizio 4**

Leggete il testo riportato qui sotto: trovate qualche indizio che vi faccia capire a quale tipologia di italiani residenti in Australia esso può essere rivolto?

**ITALIAN COMMUNICATION CHART**

**PRONUNCIATION TIPS:** *the Italian pronunciation of the letters g and c, in some words, has been provided and is found under the word in italics. In Italian every letter in the word is pronounced and it is important to say the vowel sounds A, E, I, O, U correctly. Here is a guide:*  
*A - sounds like a in park*      *I - sounds like i in pin*      *U - sounds like u in book*  
*E - sounds like e in fed*      *O - sounds like o in hospital*

<p style="text-align: center;"><b>GREETINGS</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Good Morning</td><td><b>Buongiorno</b></td></tr> <tr><td>Good Evening</td><td><b>Buonasera</b></td></tr> <tr><td>Good night</td><td><b>Buonanotte</b></td></tr> <tr><td>Good bye</td><td><b>Arrivederci</b> <i>(chi)</i></td></tr> <tr><td>Hi/Bye</td><td><b>Ciao</b> <i>(chi)</i></td></tr> <tr><td>See you later</td><td><b>A dopo</b></td></tr> </table>	Good Morning	<b>Buongiorno</b>	Good Evening	<b>Buonasera</b>	Good night	<b>Buonanotte</b>	Good bye	<b>Arrivederci</b> <i>(chi)</i>	Hi/Bye	<b>Ciao</b> <i>(chi)</i>	See you later	<b>A dopo</b>	<p style="text-align: center;"><b>DAYS</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Monday</td><td><b>Lunedì</b></td></tr> <tr><td>Tuesday</td><td><b>Martedì</b></td></tr> <tr><td>Wednesday</td><td><b>Mercoledì</b></td></tr> <tr><td>Thursday</td><td><b>Giovedì</b></td></tr> <tr><td>Friday</td><td><b>Venerdì</b></td></tr> <tr><td>Saturday</td><td><b>Sabato</b></td></tr> <tr><td>Sunday</td><td><b>Domenica</b></td></tr> <tr><td>Today is...</td><td><b>Oggi è ....</b> <i>(i)</i></td></tr> </table>	Monday	<b>Lunedì</b>	Tuesday	<b>Martedì</b>	Wednesday	<b>Mercoledì</b>	Thursday	<b>Giovedì</b>	Friday	<b>Venerdì</b>	Saturday	<b>Sabato</b>	Sunday	<b>Domenica</b>	Today is...	<b>Oggi è ....</b> <i>(i)</i>																																						
Good Morning	<b>Buongiorno</b>																																																																		
Good Evening	<b>Buonasera</b>																																																																		
Good night	<b>Buonanotte</b>																																																																		
Good bye	<b>Arrivederci</b> <i>(chi)</i>																																																																		
Hi/Bye	<b>Ciao</b> <i>(chi)</i>																																																																		
See you later	<b>A dopo</b>																																																																		
Monday	<b>Lunedì</b>																																																																		
Tuesday	<b>Martedì</b>																																																																		
Wednesday	<b>Mercoledì</b>																																																																		
Thursday	<b>Giovedì</b>																																																																		
Friday	<b>Venerdì</b>																																																																		
Saturday	<b>Sabato</b>																																																																		
Sunday	<b>Domenica</b>																																																																		
Today is...	<b>Oggi è ....</b> <i>(i)</i>																																																																		
<p style="text-align: center;"><b>GIVING INSTRUCTIONS</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Come</td><td><b>Venga</b></td></tr> <tr><td>Get up please</td><td><b>Si alzi per favore.</b></td></tr> <tr><td>Sit down</td><td><b>Si sieda.</b></td></tr> <tr><td>Let's go now</td><td><b>Andiamo adesso.</b></td></tr> <tr><td>Be careful.</td><td><b>Attenzione</b></td></tr> <tr><td>Slowly</td><td><b>Piano piano</b></td></tr> <tr><td>Take your medicine.</td><td><b>Prenda la medicina.</b> <i>(chi)</i></td></tr> <tr><td>It's important</td><td><b>È importante</b></td></tr> <tr><td>Now</td><td><b>Adesso</b></td></tr> <tr><td>It's time for...</td><td><b>È ora di .....</b></td></tr> <tr><td>Breakfast</td><td><b>Colazione</b></td></tr> <tr><td>Lunch</td><td><b>pranzo</b></td></tr> <tr><td>Dinner</td><td><b>cena</b> <i>(che)</i></td></tr> <tr><td>Shower</td><td><b>fare la doccia</b> <i>(chi)</i></td></tr> <tr><td>Brush your teeth</td><td><b>Si spazzoli i denti</b></td></tr> <tr><td>Let's go to your room.</td><td><b>Ritorniamo in camera</b></td></tr> <tr><td>Do you need to go to the toilet?</td><td><b>Deve andare in gabinetto?</b></td></tr> </table>	Come	<b>Venga</b>	Get up please	<b>Si alzi per favore.</b>	Sit down	<b>Si sieda.</b>	Let's go now	<b>Andiamo adesso.</b>	Be careful.	<b>Attenzione</b>	Slowly	<b>Piano piano</b>	Take your medicine.	<b>Prenda la medicina.</b> <i>(chi)</i>	It's important	<b>È importante</b>	Now	<b>Adesso</b>	It's time for...	<b>È ora di .....</b>	Breakfast	<b>Colazione</b>	Lunch	<b>pranzo</b>	Dinner	<b>cena</b> <i>(che)</i>	Shower	<b>fare la doccia</b> <i>(chi)</i>	Brush your teeth	<b>Si spazzoli i denti</b>	Let's go to your room.	<b>Ritorniamo in camera</b>	Do you need to go to the toilet?	<b>Deve andare in gabinetto?</b>	<p style="text-align: center;"><b>NUMBERS</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>1 uno</td><td>6 sei</td></tr> <tr><td>2 due</td><td>7 sette</td></tr> <tr><td>3 tre</td><td>8 otto</td></tr> <tr><td>4 quattro</td><td>9 nove</td></tr> <tr><td>5 cinque</td><td>10 dieci</td></tr> <tr><td><i>(chi)</i></td><td><i>(chi)</i></td></tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>FEELINGS/PAIN</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>How are you?</td><td><b>Come sta?</b></td></tr> <tr><td>Well thanks.</td><td><b>Bene grazie.</b></td></tr> <tr><td>Are you in pain?</td><td><b>Ha male?</b></td></tr> <tr><td>Where?</td><td><b>Dove?</b></td></tr> <tr><td>Here?</td><td><b>Qui?</b></td></tr> <tr><td>A lot?</td><td><b>Molto?</b></td></tr> <tr><td>A little?</td><td><b>Poco?</b></td></tr> <tr><td>Do you want a doctor?</td><td><b>Vuole un Dottore?</b></td></tr> <tr><td>Do you want your daughter?</td><td><b>Vuole sua figlia?</b></td></tr> <tr><td>Do you want your son?</td><td><b>Vuole suo figlio?</b></td></tr> </table>	1 uno	6 sei	2 due	7 sette	3 tre	8 otto	4 quattro	9 nove	5 cinque	10 dieci	<i>(chi)</i>	<i>(chi)</i>	How are you?	<b>Come sta?</b>	Well thanks.	<b>Bene grazie.</b>	Are you in pain?	<b>Ha male?</b>	Where?	<b>Dove?</b>	Here?	<b>Qui?</b>	A lot?	<b>Molto?</b>	A little?	<b>Poco?</b>	Do you want a doctor?	<b>Vuole un Dottore?</b>	Do you want your daughter?	<b>Vuole sua figlia?</b>	Do you want your son?	<b>Vuole suo figlio?</b>
Come	<b>Venga</b>																																																																		
Get up please	<b>Si alzi per favore.</b>																																																																		
Sit down	<b>Si sieda.</b>																																																																		
Let's go now	<b>Andiamo adesso.</b>																																																																		
Be careful.	<b>Attenzione</b>																																																																		
Slowly	<b>Piano piano</b>																																																																		
Take your medicine.	<b>Prenda la medicina.</b> <i>(chi)</i>																																																																		
It's important	<b>È importante</b>																																																																		
Now	<b>Adesso</b>																																																																		
It's time for...	<b>È ora di .....</b>																																																																		
Breakfast	<b>Colazione</b>																																																																		
Lunch	<b>pranzo</b>																																																																		
Dinner	<b>cena</b> <i>(che)</i>																																																																		
Shower	<b>fare la doccia</b> <i>(chi)</i>																																																																		
Brush your teeth	<b>Si spazzoli i denti</b>																																																																		
Let's go to your room.	<b>Ritorniamo in camera</b>																																																																		
Do you need to go to the toilet?	<b>Deve andare in gabinetto?</b>																																																																		
1 uno	6 sei																																																																		
2 due	7 sette																																																																		
3 tre	8 otto																																																																		
4 quattro	9 nove																																																																		
5 cinque	10 dieci																																																																		
<i>(chi)</i>	<i>(chi)</i>																																																																		
How are you?	<b>Come sta?</b>																																																																		
Well thanks.	<b>Bene grazie.</b>																																																																		
Are you in pain?	<b>Ha male?</b>																																																																		
Where?	<b>Dove?</b>																																																																		
Here?	<b>Qui?</b>																																																																		
A lot?	<b>Molto?</b>																																																																		
A little?	<b>Poco?</b>																																																																		
Do you want a doctor?	<b>Vuole un Dottore?</b>																																																																		
Do you want your daughter?	<b>Vuole sua figlia?</b>																																																																		
Do you want your son?	<b>Vuole suo figlio?</b>																																																																		
<p style="text-align: center;"><b>THE BODY</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>Head - <b>Testa</b></td><td>Teeth - <b>Denti</b></td><td>Shoulder - <b>Spalla</b></td><td>Bottom - <b>Sedere</b></td></tr> <tr><td>Eyes - <b>Occhi</b></td><td>Dentures - <b>Dentiera</b></td><td>Arm - <b>Braccio</b></td><td>Leg - <b>Gamba</b></td></tr> <tr><td></td><td><i>(k)</i></td><td><i>(chi)</i></td><td>Feet - <b>Piedi</b></td></tr> <tr><td>Ear - <b>Orecchie</b></td><td>Chest - <b>Petto</b></td><td><i>(k)</i></td><td>Muscles - <b>Muscoli</b></td></tr> <tr><td><i>(k)</i></td><td>Back - <b>Schiena</b></td><td>Stomach - <b>Stomaco</b></td><td><i>(sk)</i></td></tr> <tr><td></td><td><i>(k)</i></td><td>Belly - <b>Pancia</b></td><td><i>(chi)</i></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><i>(chi)</i></td><td></td></tr> </table>		Head - <b>Testa</b>	Teeth - <b>Denti</b>	Shoulder - <b>Spalla</b>	Bottom - <b>Sedere</b>	Eyes - <b>Occhi</b>	Dentures - <b>Dentiera</b>	Arm - <b>Braccio</b>	Leg - <b>Gamba</b>		<i>(k)</i>	<i>(chi)</i>	Feet - <b>Piedi</b>	Ear - <b>Orecchie</b>	Chest - <b>Petto</b>	<i>(k)</i>	Muscles - <b>Muscoli</b>	<i>(k)</i>	Back - <b>Schiena</b>	Stomach - <b>Stomaco</b>	<i>(sk)</i>		<i>(k)</i>	Belly - <b>Pancia</b>	<i>(chi)</i>			<i>(chi)</i>																																							
Head - <b>Testa</b>	Teeth - <b>Denti</b>	Shoulder - <b>Spalla</b>	Bottom - <b>Sedere</b>																																																																
Eyes - <b>Occhi</b>	Dentures - <b>Dentiera</b>	Arm - <b>Braccio</b>	Leg - <b>Gamba</b>																																																																
	<i>(k)</i>	<i>(chi)</i>	Feet - <b>Piedi</b>																																																																
Ear - <b>Orecchie</b>	Chest - <b>Petto</b>	<i>(k)</i>	Muscles - <b>Muscoli</b>																																																																
<i>(k)</i>	Back - <b>Schiena</b>	Stomach - <b>Stomaco</b>	<i>(sk)</i>																																																																
	<i>(k)</i>	Belly - <b>Pancia</b>	<i>(chi)</i>																																																																
		<i>(chi)</i>																																																																	

**5.7.4 MEMORIE TRADUTTIVE**

Dopo che i materiali sono stati tradotti (con consapevolezza e multidisciplinarietà, come abbiamo descritto nelle sezioni precedenti), può risultare utile che i committenti costruiscano delle "memorie traduttive", cioè dei piccoli database terminologici delle espressioni chiave (ad esempio per gli screening Pap test, mammografia, ostetrica, tecnico radiologo, ma anche consultorio, distretto, azienda sanitaria, ecc). Questo consentirà allo stesso servizio o ad altri servizi di utilizzare le parole chiave in maniera coerente in diverse traduzioni, senza delegare completamente dalla scelta al "traduttore di turno".

**5.7.5 MANUALI DI STILE**

Ormai è prassi per molte organizzazioni, sanitarie e non, attenersi nelle comunicazioni scritte a manuali di stile da esse prodotti. Si tratta di manuali di "identità visiva", che forniscono istruzioni per l'immediata riconoscibilità delle comunicazioni di una determinata azienda a partire da aspetti grafici come marchio/logo, intestazioni, caratteri, evidenziazioni, colori, uso degli spazi. I manuali di stile possono contemplare anche altri aspetti come precisazioni sugli autori, su eventuali copyright, sulle date di produzione e di aggiornamento, sull'uso delle maiuscole, degli acronimi, ecc ...  
 Alcuni aspetti delle traduzioni che abbiamo esaminato (vedi paragrafo 5.7.3) dovrebbero essere inclusi nei manuali di stile delle aziende: quali termini vanno mantenuti solo in italiano (in genere il nome dell'organizzazione, il logo), quali termini vanno specificati in entrambe le lingue (titoli, sottotitoli, autori?) dove specificare la lingua della traduzione (intestazione, nota a piè pagina, destra o sinistra?), in quali pagine specificarla (iniziale, ultima, tutte?), quali alfabeti utilizzare, quale lingua specificare per prima, che dimensione di caratteri utilizzare (uguale per le due lingue? maggiore in una di esse?). Quello che è importante, al di là delle scelte specifiche fatte nei singoli manuali di stile, è che tali scelte danno coerenza a tutti i materiali della stessa azienda, e quindi consentono agli operatori che parlano solo l'italiano di riconoscere velocemente in quali lingue sono stati tradotti i materiali che devono promuovere.

**5.8 VALUTARE LA QUALITÀ DELLE TRADUZIONI**

**5.8.1 TESTI EQUIVALENTI O RISPOSTE EQUIVALENTI?**

La valutazione delle traduzioni è stata per molto tempo un'operazione estremamente soggettiva, confinata all'ambito accademico e alle traduzioni letterarie. Solo in epoca relativamente recente si è cominciato a elaborare metodi più sistematici<sup>41</sup> e ad applicarli alle traduzioni di tipo pragmatico, extraletterario, come manuali di istruzione, documenti istituzionali, testi di comunicazione pubblica, ecc... Sono stati proposti numerosi modelli, spesso molto complessi, che hanno alle spalle concezioni diverse dell'idea stessa di traduzione.  
 Per alcuni modelli la qualità della traduzione è intesa come **equivalenza** fra testo fonte e testo di arrivo, cioè come traduzioni che siano ortograficamente, lessicalmente e sintatticamente corrette, senza omissioni, aggiunte, o distorsioni rispetto al testo fonte. Per altri la qualità è intesa non come equivalenza fra i due testi ma come equivalenza fra le risposte che essi evocano: il testo di arrivo cioè deve svolgere la stessa **funzione** del testo fonte. In altre parole, il testo di arrivo deve evocare nei suoi destinatari una risposta analoga a quella che il testo fonte evoca nei destinatari originali. In questo caso il traduttore "potrà intervenire sul testo fonte con un elevato margine di libertà"<sup>41</sup>.  
 Proviamo a fare un esempio.  
 Un testo come "Ti invitiamo a fare un Pap test per prevenire il tumore del collo dell'utero" può dare legittimamente per scontato il concetto di prevenzione se è rivolto a donne italiane. Ma una traduzione

equivalente in urdu svolgerà per le donne pakistane la stessa *funzione* che il testo fonte svolge per le donne italiane? Sarà cioè in grado di informarle del fatto che il tumore del collo dell'utero esiste, che può essere prevenuto, e che questo può avvenire tramite l'esecuzione di un test? Oppure, dato che il concetto di prevenzione non è scontato per molte popolazioni (vedi paragrafo 3.4.3) il traduttore dovrà in qualche maniera chiarirlo, alterando così il testo fonte? Se lo farà, avrà preso in considerazione quei fattori extratestuali (destinatari, obiettivi, contesto d'uso) che abbiamo illustrato precedentemente (vedi paragrafo 5.7.2). I testi tradotti, infatti, non sono entità indipendenti o oggettive: **lo stesso testo può essere tradotto in modi diversi a seconda della "intenzione comunicativa" che gli si attribuisce**: in base cioè alle idee che il traduttore si farà sui destinatari e sull'utilizzo del testo di arrivo<sup>23</sup>.

Ma quel traduttore come vedrà valutata la sua traduzione? Un revisore che utilizzi come parametro di qualità l'equivalenza tra testo fonte e testo di arrivo potrebbe giudicarla inadeguata in quanto non abbastanza fedele al testo di partenza. Un revisore *funzionalista* "puro" potrebbe voler verificare se i testi in italiano e in urdu abbiano prodotto una risposta equivalente in termini di conoscenze e comportamenti da parte delle destinatarie. Il che, naturalmente, non è fattibile al di fuori di contesti di studio.

In sintesi, la standardizzazione della qualità delle traduzioni di tipo pragmatico, extraletterario è un campo complesso e in evoluzione. Non sono stati ancora elaborati parametri di qualità univoci ma diversi settori hanno fornito contributi importanti nella ricerca di metodi più sistematici, meno legati alla soggettività dei singoli revisori, e con un accettabile grado di concordanza fra essi:

- il mondo accademico, di cui abbiamo già parlato;
- i sistemi di assicurazione della qualità, che identificano standard per la qualità del processo di traduzione, non dei contenuti (ad esempio la norma europea di qualità UNI EN-15038:2006<sup>42</sup>, o la qualifica professionale dei traduttori<sup>36</sup> negli Stati Uniti);
- specifici settori come l'industria automobilistica<sup>43</sup> o l'American Translators Association che hanno sviluppato dei sistemi metrici "a punti" per le diverse categorie di errore.

Nel mondo globalizzato in cui viviamo, la qualità delle traduzioni è di primaria importanza anche per il mercato. I modelli teorici sulla qualità delle traduzioni, infatti, trascurano spesso due fattori rilevanti come "la puntualità nella consegna e il costo della traduzione. [...] Sia gli acquirenti di una traduzione che i traduttori professionisti definiscono sempre più la qualità come il fornire la traduzione giusta al momento giusto, nel posto giusto e al costo giusto. [...] Da una parte vi è la ricerca di esaurività dell'accademico, dall'altra gli imperativi di ordine economico di chi si trova a gestire il controllo di qualità in ambito professionale. [...] Il problema del controllo di qualità è che vuole chiarezza e ordine dove vi è solo complessità nell'interazione tra le parole, la traduzione, la cultura e la coscienza del singolo. La novità rispetto al passato è che forse non si avanzano più pretese di obiettività assoluta e si ammette l'elemento soggettivo"<sup>41</sup>.

### 5.8.2 REVISORI

Tradurre non è facile. Anche un traduttore competente ed esperto può commettere degli errori. Se questi sono gravi e vengono scoperti troppo tardi, cioè quando i materiali sono già stati stampati, un video è già stato girato o uno studio è già iniziato, sarà costoso porvi rimedio. Per questo è importante valutare la qualità delle traduzioni, non solo effettuarle e basta. Quello che viene generalmente raccomandato in ambito istituzionale (ma non solo), è avvalersi dell'intervento di un revisore<sup>23,42,44-45</sup>.

Il revisore dovrebbe verificare:

- la lingua, cioè che il testo non contenga errori ortografici, lessicali e sintattici, ma anche che sia comprensibile nel suo insieme;
- il contenuto non specialistico, cioè che il testo non presenti omissioni, aggiunte o distorsioni ingiustificate (Caso 3);
- il contenuto tecnico, cioè il fatto che i termini specialistici siano stati tradotti con accuratezza (Caso 4);

- l'adeguatezza "funzionale", cioè che il testo sia coerente con gli obiettivi, i destinatari, e il contesto in cui verrà utilizzato (vedi paragrafo 5.7.2). Andranno considerati anche aspetti culturali e il tono, cioè il registro, alto o basso con cui ci si rivolge ai destinatari (Casi 5, 7 e 8).

Quello del revisore è quindi un ruolo complesso, che va al di là della semplice verifica lessicale (questa parola è stata tradotta correttamente?) o ortografica (questa parola è stata scritta correttamente?).

Il compito del revisore è quello di analizzare i quattro aspetti che abbiamo appena descritto, che costituiscono gli **elementi chiave della qualità delle traduzioni** e che sono, lo sottolineiamo ancora una volta, **sia testuali sia extra testuali**.

Alla fine, il revisore produrrà un breve rapporto sull'adeguatezza globale della traduzione. In questo, potrà essere facilitato da indicazioni fornite dal committente<sup>23,44</sup>. Ad esempio, la griglia preparata del progetto statunitense *Hablamos Juntos* elabora quattro categorie di giudizio molto dettagliate per ciascuno dei parametri di qualità sopradescritti. Nel caso della lingua le valutazioni vanno dal grado 1A (testo quasi incomprensibile, la struttura della lingua di origine lo permea al punto che non può essere considerato un esempio della lingua di destinazione, non è possibile correggerlo con la revisione) al grado 1D (testo che si legge come se fosse stato originariamente scritto nella lingua di destinazione, rilievi minimi o inesistenti).

**Ma chi è o chi dovrebbe essere il revisore?** Le raccomandazioni in tal senso sono concordi: i revisori dovrebbero essere traduttori professionisti o insegnanti di lingue per i quali il lavoro di traduzione o l'insegnamento della lingua di destinazione costituiscono la principale fonte di reddito da molti anni. Esattamente come nella traduzione, anche per la revisione è meno indicato utilizzare persone bilingui che abbiano appreso la lingua dai genitori ma non in percorsi formali di formazione<sup>23</sup> (vedi paragrafo 5.6.2).

### 5.8.3 ALTRI METODI

Anche se ricorrere all'intervento di un revisore è generalmente l'approccio più raccomandato, ci possono essere altri metodi per valutare la qualità delle traduzioni.

- **Traduzione di ritorno (back-translation)**: consiste nel ritradurre nella lingua di partenza un testo che è stato tradotto nella lingua di destinazione. Il traduttore lo fa senza consultare il testo originale, e deve essere consapevole che sta effettuando una ritraduzione. Diversamente da quanto accade nelle normali traduzioni, nel testo di arrivo il traduttore dovrebbe mantenere (e non emendare) i limiti o le incongruenze del testo di partenza. Alla fine, il traduttore formula un breve rapporto con le proprie osservazioni e raccomandazioni. La traduzione di ritorno può considerare solo gli aspetti strettamente linguistici del testo, e non può riflettere la qualità globale della traduzione. La traduzione di ritorno, cioè, in nessun modo può equivalere ad una "ricostruzione" dell'originale: non c'è nessuna possibilità che le due versioni siano identiche. È essenziale che i committenti siano consapevoli di questo quando decidono di ricorrere ad una traduzione di ritorno.
- **Revisione collegiale (collaborative checking)**: in questo caso due revisori collaborano fin dall'inizio rivedendo, a turno, il lavoro dell'altro. Tale modalità richiede che vi sia collaborazione fra i due revisori, che possono discutere e risolvere le discrepanze in tempi brevi. Se questo non accade, però, i committenti devono decidere cosa fare nei casi in cui non viene raggiunto un accordo (3° revisore?).
- **Focus group**: una tecnica di ricerca qualitativa che esamina nel corso di una discussione guidata da un moderatore il maggior numero di aspetti, positivi e negativi, associati a un argomento di cui i partecipanti hanno esperienza specifica. In questo caso un moderatore bilingue valuta la traduzione con un gruppo di partecipanti monolingua nella lingua di destinazione. Si tratta di una tecnica molto efficace nel valutare la comprensibilità, l'accettabilità e l'accessibilità dei testi tradotti (quindi gli aspetti linguistici ed extra-linguistici). Richiede però competenza, tempo e risorse adeguate. Va perciò utilizzata nel contesto di progetti di ricerca.

È meglio invece utilizzare con parsimonia il **feedback orale** fornito da singole persone che parlano la lingua di destinazione. Tali pareri possono fornire spunti importanti, ma dovrebbero essere forniti per scritto, specificare le modifiche suggerite, e dovrebbero poi essere forniti al traduttore.

Non sono neanche raccomandate le traduzioni di ritorno orali (**sight translation**) eseguite da interpreti: richiederle non è corretto né nei confronti dei destinatari della traduzione né nei confronti degli interpreti stessi. Come abbiamo già detto, interpretare e tradurre richiedono tempi e competenze diversi, che non sono generalmente intercambiabili<sup>23</sup>.

Infine, sono da evitare i programmi di **traduzione automatica**<sup>22</sup>. "Ricordo ancora un menù dove lo spezzatino di maiale al vino' era diventato un 'bel pezzo di porco ubriaco', mentre le 'penne alla puttanesca' si erano magicamente trasformate in 'biro in contadina', racconta una traduttrice nel blog di un'agenzia<sup>46</sup>. Il web è pieno di esempi come questo.

Speriamo che quello su cui abbiamo riflettuto finora in questo capitolo, cioè che tradurre sia "più che parole", sia sufficiente per allontanare la tentazione di utilizzare programmi di traduzione automatica. Infatti "la lingua parlata, la lingua scritta [...] cariche di significati extradenotativi, locali, legati al contesto, al co-testo, alla cultura di cui sono prodotto, alle influenze, allo stile individuale e di sottoculture, alla connotazione, alle sfumature di senso"<sup>47</sup> che vanno al di là di quelle che sono, per lo meno fino al momento attuale, le capacità della traduzione automatica. Diverso è il caso della **traduzione assistita**, in cui "l'attore principale è sempre il traduttore, mentre il computer o il software costituiscono solo un supporto per le parti della traduzione che si ripetono e che vengono suggerite al traduttore dalla memoria di traduzione"<sup>48</sup>.

#### 5.8.4 IL RUOLO DEI COMMITTENTI

Da quanto abbiamo appena detto, va da sé che per valutare la qualità delle traduzioni è **cruciale** il ruolo dei committenti. Questi, infatti, devono decidere:

- cosa chiedere al revisore: di valutare solo gli elementi testuali in senso stretto o anche quelli extra-testuali? Di valutare solo il testo o anche le illustrazioni? Su quali parametri il revisore baserà il proprio rapporto? È disposto ad utilizzare una scheda eventualmente fornita dai committenti?
- chi deve apportare le modifiche proposte dal revisore: il revisore o il traduttore?
- chi deve discutere col traduttore le modifiche proposte: il revisore o i committenti?

Molte agenzie forniscono un servizio di revisione accanto a quello di traduzione. In questo caso i committenti non avranno un contatto diretto con il revisore, ma sarà comunque importante che chiariscano con l'agenzia i punti che abbiamo appena esposto.

Inoltre, i committenti dovranno vagliare gli aspetti economici: non solo quelli relativi al compenso del revisore ma anche quelli per le eventuali modifiche del testo o delle illustrazioni o per una nuova traduzione, se la prima si rivelasse inadeguata. È importante che i committenti chiariscano questi aspetti anche col traduttore prima che questi effettui la traduzione.

Per alcune agenzie la revisione è compresa nel servizio di traduzione: anche in questi casi è necessario che i committenti chiariscano secondo quali parametri essa viene condotta.

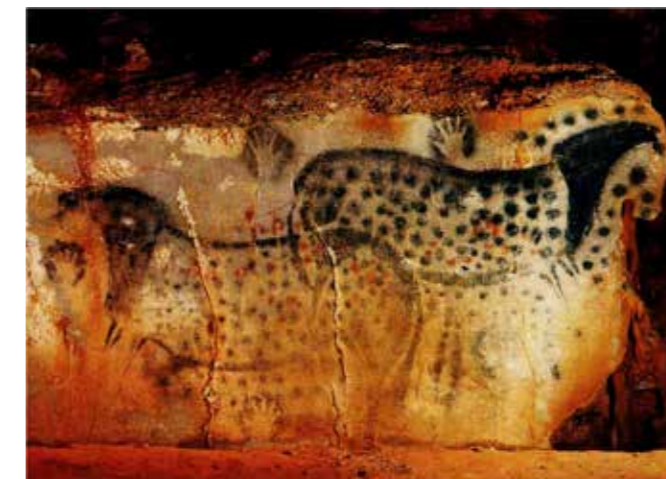
### 5.9 TRADURRE SENZA PAROLE

L'ultimo dei tre modelli teorici della traduzione<sup>11</sup> è la **traduzione intersemiotica**, in cui un sistema di segni verbale (cioè le parole) è tradotto in un sistema di segni non verbale (cioè le immagini, ma potrebbe essere anche la musica, la danza, il tono della voce, la mimica, ecc...).



Qualche anno fa gli screening inglesi hanno prodotto degli opuscoli illustrati destinati a utenti con problemi cognitivi. La pagina riprodotta qui sopra descrive la ricezione dell'invito allo screening coloretale e alla possibilità di accettarlo, o meno, da parte di un utente<sup>49</sup>. Dopo qualche tempo gli operatori hanno segnalato che utilizzavano quegli opuscoli non solo con persone con problemi cognitivi, ma anche con persone che non conoscevano la lingua inglese.

Questo non dovrebbe stupirci, in quanto la traduzione intersemiotica si inserisce nell'ambito della **comunicazione non verbale**, una modalità molto antica e molto potente (la prima che noi uomini abbiamo utilizzato per comunicare), la quale rappresenta ancora oggi più del 70% degli atti comunicativi che compiamo ogni giorno<sup>50</sup>. E nell'ambito della comunicazione non verbale le immagini figurative sono state utilizzate per comunicare ben prima dello sviluppo della scrittura, come testimoniano, ad esempio, le pitture rupestri della grotta di Pech-Merle in Francia, risalenti a circa 25.000 anni fa<sup>51</sup>.





Nella comunicazione istituzionale l'uso delle immagini ci può tornare utile per molti aspetti: ci permette, ad esempio, di definire in modo efficace i **destinatari**, come nella copertina di questo opuscolo di screening<sup>52</sup>,



oppure in questo video<sup>53</sup>.



L'uso delle immagini ci consente anche di descrivere in modo efficace **azioni** complesse da esprimere per scritto, come nel caso di questo video che illustra un dispositivo per l'auto-prelievo per il test HPV<sup>54</sup>.

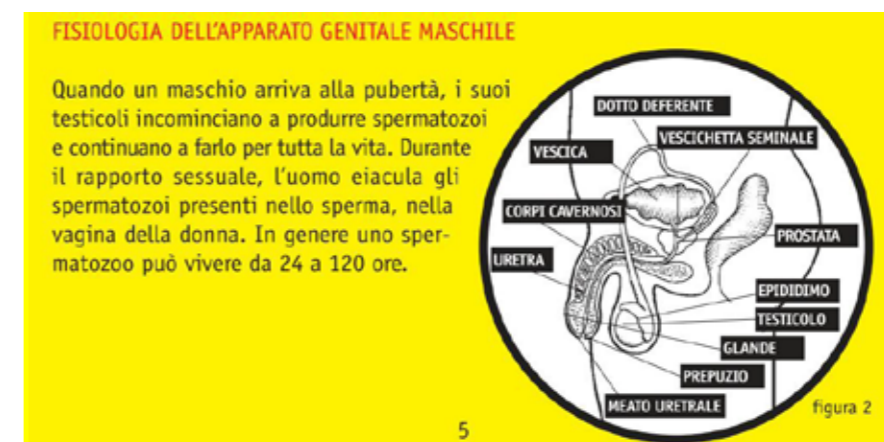


Quando utilizziamo le immagini dobbiamo però essere consapevoli che, come qualsiasi atto comunicativo, **anche la traduzione intersemiotica non è mai completa**: "Si ha sempre un residuo, una parte di messaggio che non arriva a destinazione"<sup>55</sup> (vedi paragrafo 5.3). Quindi, "se già per la traduzione testuale vale il principio in base al quale un originale può originare numerose traduzioni diverse ma tutte potenzialmente adeguate, per la traduzione intersemiotica tale potenzialità è ulteriormente amplificata, al punto che è inconcepibile qualsiasi tentativo di ritradurre un testo nel linguaggio originario sperando di ritrovare, come frutto di tale processo, il testo originale"<sup>56</sup>. Vi è anche un altro rischio di cui dobbiamo essere consapevoli **quando utilizziamo le immagini: credere che esse siano "comunque" efficaci**. Efficaci, cioè, a prescindere dallo scopo che si propongono, dai destinatari e dal contesto in cui vengono utilizzate.

L'immagine che segue è tratta da un opuscolo che si proponeva di promuovere l'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione Rom. Uno dei curatori ci ha raccontato che nella prima bozza la donna anziana sulla sinistra aveva la testa scoperta e calzava le scarpe. Quando le immagini sono state verificate con i destinatari, questi hanno spiegato che una vera nonna Rom non sarebbe mai andata ad un matrimonio con la testa scoperta e senza calzare i sandali. Averlo potuto scoprire ha consentito di modificare le immagini e quindi di renderle credibili per coloro cui erano destinate.



Un altro **rischio** che corriamo quando utilizziamo le immagini a fini descrittivi è quello **di sovraccaricarle con dettagli che non aiutano la comprensione del testo** scritto, come è accaduto nell'esempio che segue<sup>13</sup>.



7. Immagine tratta da: La storia di Maria e Ioan. Nell'ambito del progetto "Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle popolazioni Rom: sperimentazione di un modello di intervento attraverso la realizzazione e produzione di uno specifico opuscolo" Roma, marzo 2009.

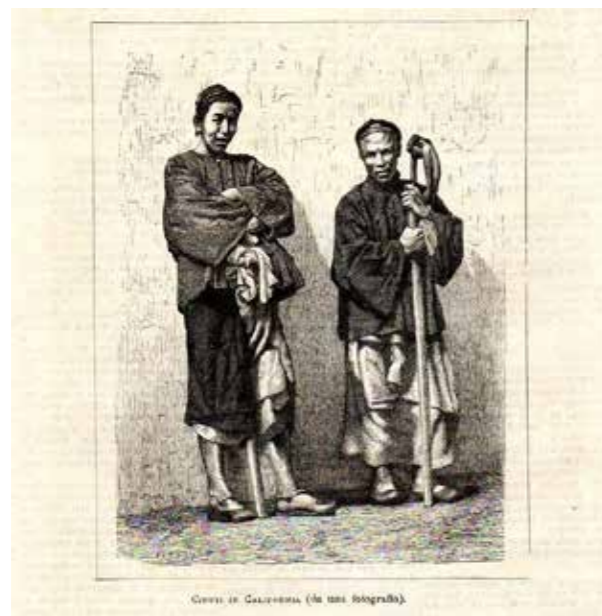
Vi è anche un rischio opposto a quello che abbiamo appena descritto, cioè quello di **usare le immagini a puro scopo decorativo**, senza alcuna relazione col testo.

In sintesi, **la presenza di immagini è un elemento importante della qualità delle traduzioni**. Cerchiamo quindi di impiegarle al meglio, utilizzandole a fini descrittivi (cioè per integrare e sottolineare punti salienti del testo), e non a puro scopo decorativo.

Un altro sistema efficace per fornire informazioni a persone con limitata competenza linguistica sono i **simboli** (pittogrammi). Quando andiamo in un paese di cui non conosciamo la lingua, possiamo riuscire a guidare un'auto senza ammazzarci perché capiamo i segnali stradali; possiamo anche riuscire a trovare un bagno in un aeroporto perché ne riconosciamo le indicazioni. Il linguaggio dei simboli, però, non è universale. Alcuni simboli sono diventati riconoscibili ai più per la **consuetudine ad usarli** e per il loro uso internazionale, come ad esempio quello che indica il bagno per le donne.



All'inizio, però non era necessariamente così, dal momento che in molti paesi la gonna era anche un abbigliamento maschile, come testimoniano le foto che riportiamo di seguito<sup>8,9</sup>. E tuttora in molti paesi africani ed orientali l'abbigliamento tradizionale maschile è costituito da un abito o da una gonna.



(vedi nota 7)



(vedi nota 8)

8. Stampa antica. Uomini con costumi tradizionali della Cina 1890.

9. Inverness photo. Scottish vintage highland wear and antique kilt accessories.

Quanto abbiamo detto ci serve per sottolineare che quando ci spostiamo dagli ambiti più noti come quello internazionale e dei trasporti ad ambiti più specifici, come quello della sanità, **non tutti i simboli diventano immediatamente intuitivi**, e possono significare cose diverse per persone diverse.

Per quanto riguarda la sanità sono stati sviluppati moltissimi simboli, ma non esiste un set "standard" cui riferirsi. Diversi paesi adottano soluzioni diverse, spesso anche all'interno dello stesso paese, come esemplificato dalla figura che segue<sup>57</sup>.

**SYMBOL COMPARISONS**

Comparisons of similar symbols used in health care settings.

			Pharmacy
			Maternity
			Nursery
			Pediatrics (Emergency)
			Patient Rooms

I **simboli** hanno certamente un'enorme **potenzialità**: quella di **comunicare informazioni a prescindere dalle conoscenze linguistiche** dei destinatari. Sono presenti nella maggior parte delle strutture sanitarie, ma non sono sempre utilizzati al meglio. Per farlo, sarebbe necessaria un'attenta pianificazione e, in alcuni casi, una verifica con i destinatari.

Questo è stato fatto nell'ambito di alcuni progetti di studio. Ad esempio in India, un paese con un'alta proporzione di analfabeti, 14 lingue maggiori e 1600 dialetti, i due simboli che seguono sono stati sviluppati per indicare le due file diverse da seguire agli sportelli, quella per le donne e quella per gli uomini<sup>58</sup>. Nel corso dello studio, svoltosi in cinque ospedali di Mumbai, era emerso che il 35-40% delle persone che si rivolgevano ad un ospedale per la prima volta finivano nella coda sbagliata, e impiegavano almeno mezzora prima di rendersene conto.



Nell'ambito del progetto statunitense Signs that work è citato il fatto che in un ospedale di 800 letti con un sistema di indicazioni inadeguato, più di 8000 ore di lavoro all'anno vengono utilizzate dal personale ospedaliero per dare indicazioni agli utenti<sup>59</sup>.

Quello di cui abbiamo appena parlato (il tempo "perso" degli utenti e il tempo "perso" degli operatori), ci serve per introdurre il tema dell'**orientamento nelle strutture sanitarie**, chiamato **wayfinding**. *Wayfinding* significa fornire informazioni chiare, precise e coerenti per far "trovare la strada", cioè per guidare una persona alla sua destinazione. Ogni persona: quella con disabilità, quella con minori competenze linguistiche, e tutte le altre. Chi di noi non ha mai provato la frustrazione di non essere più capace di uscire da un ospedale? Il più delle volte questo è il frutto di un sistema di orientamento poco efficiente. Il *wayfinding* si basa su un sistema di segnaletica costituito non solo da simboli, ma anche da cartelli, codici colore, mappe, chioschi per le informazioni, soluzioni tecnologiche e architetture. Insomma un sistema di orientamento che non si improvvisa ma che va pianificato, testato e verificato<sup>59-61</sup>. Un sistema che si lega inestricabilmente al tema dell'accessibilità delle informazioni che abbiamo affrontato nel capitolo dedicato alla *health literacy* (vedi paragrafo 3.3.6).

## 5.10 ORGANIZZAZIONI LINGUISTICAMENTE COMPETENTI

In questo capitolo abbiamo nominato spesso i "committenti" delle traduzioni. Siamo consapevoli che, a seconda delle realtà, nelle aziende sanitarie le traduzioni possono essere "commissionate" da figure diverse: da chi lavora sul campo, come negli screening, oppure dai diversi servizi preposti alla comunicazione, alla gestione delle pubblicazioni via carta o via web, alla mediazione culturale, ecc... Siamo anche consapevoli che non si può chiedere, soprattutto agli operatori sanitari, di avere dimestichezza con la complessità del lavoro traduttivo. Spesso, però, le diverse figure che partecipano alla produzione dei testi (in italiano e tradotti) non comunicano fra loro. E di fatto, accade che traduzioni inadeguate vengano stampate, distribuite, pubblicate sui siti o utilizzate per progetti di ricerca, questo non solo in Italia<sup>13,23,44</sup>. La conseguenza è che **vengono spesi dei soldi per materiali che non servono** allo scopo per cui sono stati prodotti. Al massimo, questi materiali possono avere una funzione "cosmetica": quella di far trasparire una multiculturalità che è solo di facciata.

Perché le istituzioni sanitarie producano traduzioni adeguate, è necessario che:

- non separino la comunicazione in italiano dalla comunicazione in altre lingue;
- siano consapevoli che devono innanzitutto puntare su un italiano efficace e quindi investano nelle fasi di progettazione, stesura e revisione dei testi da produrre ex novo (vedi paragrafo 5.5.4);
- abbiano la capacità di analizzare la qualità dei testi già esistenti in italiano, ed essere consapevoli delle ricadute che questi hanno sulle traduzioni (vedi paragrafo 5.5);
- siano coscienti della complessità del processo traduttivo (vedi paragrafi 5.2 e 5.3);
- interagiscano con i traduttori o con le agenzie di traduzione (vedi paragrafi 5.6.3 e 5.7);
- predispongano un sistema di verifica delle traduzioni (vedi paragrafo 5.8).

## 5.11

### BIBLIOGRAFIA

1. Hablamos Juntos. It's more than words: developing useful health care materials for Spanish-speaking patients. [http://www.hablamosjuntos.org/pdf\\_files/HJMoreThanWords.pdf](http://www.hablamosjuntos.org/pdf_files/HJMoreThanWords.pdf)
2. Paola Polselli. La traduzione nella comunicazione istituzionale. Immigrati e screening in Italia, Viterbo, 15 giugno 2011 [http://www.gisci.it/documenti/convegni/viterbo2011/20110615/polselli\\_gisci\\_20110615.pdf](http://www.gisci.it/documenti/convegni/viterbo2011/20110615/polselli_gisci_20110615.pdf)
3. Eco U. Dire quasi la stessa cosa. Bompiani 2003.
4. Equivalenza o metafora? In Parte seconda - Percezione. Corso di Traduzione. A cura di Bruno Osimo <http://courses.logos.it/IT/index.html>
5. La ri-espressione dell'originale. In Parte quarta - Produzione (2). Corso di Traduzione. A cura di Bruno Osimo <http://courses.logos.it/IT/index.html>
6. Il residuo: fattori temporali. In Parte quarta - Produzione (2). Corso di Traduzione. A cura di Bruno Osimo <http://courses.logos.it/IT/index.html>
7. Nida E. Principi di traduzione esemplificati dalla traduzione della Bibbia. S. Nergaard (ed.) Teorie contemporanee della traduzione. Milano: Bompiani 1959.
8. Lo strano caso della comunicazione scritta. In: Scrivere di screening. Materiali informativi nello screening citologico. A cura di Cogo C. Gisci, Osservatorio Nazionale Screening 2009. [www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it)
9. Piemontese ME. Capire e farsi capire. Teorie e tecniche della scrittura controllata. Tecnodid, 1996.
10. I. Calvino, L'italiano, una lingua tra le altre lingue, e L'antilingua, in Una pietra sopra, Milano, Mondadori, (1965) 2003.

11. R. Jakobson, Aspetti linguistici della traduzione (1972) in: R. Jakobson Saggi di linguistica generale, a cura di L. Heilmann, Feltrinelli 2002.
12. De Mauro T. Guida all'uso delle parole. Parlare e scrivere semplice e preciso per capire e farsi capire (12° ed). Editori Riuniti, Roma 2003.
13. P. Polselli, G. Zanoni (2009), La comunicazione istituzionale per i cittadini stranieri: pratiche di facilitazione e accesso all'informazione, in S. Cavagnoli, E. Di Giovanni, R. Merlini, La ricerca nella comunicazione interlinguistica. Modelli teorici e metodologici, Franco Angeli.
14. J.R. Hayes, D. Bajzek, "Understanding and Reducing the Knowledge Effect: Implications for Writers" in Written Communication, Vol. 25, 1, 2008.
15. Zorzi D, Bersani Berselli G, Polselli P, Greta Zanoni G. Educazione Linguistica in Istituzioni e Aziende della provincia di Forlì-Cesena (Il progetto Elia) Bonomia University Press 2013.
16. L. Carrada. Il mestiere di scrivere. Apogeo 2008.
17. Mumford, M. (1997). A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. Journal of Advanced Nursing, 26, 985-991.
18. M.A. Cortelazzo, F. Pellegrino, Guida alla scrittura istituzionale, Bari, Laterza, 2003. Vedi anche il sito: Semplificazione del linguaggio amministrativo. [www.maldura.unipd.it/buro](http://www.maldura.unipd.it/buro)
19. Fortis D. Il Plain Language: quando le istituzioni si fanno capire. I quaderni del Mestiere di Scrivere. Maggio 2003 [www.mestierediscrivere.com/pdf/PlainLanguage.pdf](http://www.mestierediscrivere.com/pdf/PlainLanguage.pdf)
20. L. Serianni, Un treno di sintomi, Milano, Garzanti, 2005.
21. Osservatorio nazionale Screening, GISCI. Scrivere di screening. Materiali informativi nello screening citologico (a cura di Cogo C.). [www.osservatorionazionalescreening.it](http://www.osservatorionazionalescreening.it)
22. Guidelines for the production of multilingual resources. NSW Multicultural Health Commu-

- nication. Better health through better communication. Revised 2013. <http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/services/translation/pdf/guidelines.pdf>
23. Hablamos Juntos. More than words toolkit. <http://www.hablamosjuntos.org/mtw/default toolkit.asp>
  24. Corecom Emilia-Romagna. Comitato regionale per le comunicazioni. Immigrati da informare. L'informazione e la comunicazione istituzionale per la popolazione immigrata. Argelato, Minerva Edizioni, 2006.
  25. TranslationDirecory.com. Portal for language professionals and their clients [www.translationdirectory.com/article28italian.htm](http://www.translationdirectory.com/article28italian.htm)
  26. Aparicio, A., & Durban, C. (2003). Translation: Getting it right: A guide to buying translations. Alexandria, VA: American Translators Association.
  27. Valdés, G., Chávez, C., Angelelli, C., Gonzalez, M., García, D., & Enright, K. (2000). Bilingualism from another perspective: The case of young interpreters from immigrant communities. In A. Roca (Ed), Research on Spanish in the United States: Linguistic issues and challenges. Somerville, MA: Cascadilla Press.
  28. Nida, Eugene A. and C.R.Taber (1969) The Theory and Practice of Translation. Published by E. J. Brill, Leiden 1982.
  29. Carroll, R.P. (2000). The Reader and the Text. Edited by A. D. H. Mayes (Editor) Text in Context, (3-35). Oxford University Press.
  30. Nord, C. (1991). Text analysis in translation: Theory, methodology, and didactic application of a model for translation-oriented text analysis (1<sup>st</sup> ed.) (C. Nord & P. Sparrow, Trans.). Amsterdam: Rodopi.
  31. Nord, C. (2001). Text analysis, translation commission and a functional hierarchy of translation problems. In J. Munday (Ed). Introducing translation studies. New York: Routledge.
  32. L. Serianni, Italiani scritti, Bologna, Il Mu-

lino, 2003.

33. Polselli P. La comunicazione istituzionale "a chiare lettere". In Parole diversamente abili? Riflessioni sulle lettere degli screening oncologici. Rimini, 2 ottobre 2009 <http://www.saluter.it/screening/colon/la-documentazione/atti-di-convegna-e-giornate-seminariali>
34. Nord, C. (1991). Skopos, loyalty, and translational conventions. Target, 3(1), 79-129.
35. Usiamo un tono personale in: Osservatorio nazionale Screening, GISCI. Scrivere di screening. Materiali informativi nello screening citologico (a cura di Cogo C.). [www.osservatorionazionalescreening.it](http://www.osservatorionazionalescreening.it)
36. ASTM International F-2575-06 standard guide for quality assurance in translation. (2006). West Conshohocken, PA: ASTM International. May 1, 2006.
37. NHS cancer screening programmes CERVICAL SCREENING. The Facts. ITALIAN <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp-the-facts-italian.pdf>
38. Do You Have A Breast Change? OTH - 7635. Last Update 06 November 2012. Multicultural Health Communication. NSW Ministry of Health <http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/pdf/publication-pdfs/7635/oth-7635-ita.pdf>
39. Resources by language. Multicultural Health Communication. NSW Ministry of Health. [www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/resources-by-language](http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/resources-by-language)
40. Italian language wall chart. Signs and symbols. Multicultural Health Communication. NSW Ministry of Health [www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/signsandsymbols/bilingual-phrases](http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/signsandsymbols/bilingual-phrases)
41. Marella Magris, "La valutazione della qualità della traduzione nella teoria e nella pratica", in: Graziano Benelli e Giampaolo Tonini (a cura di), "Studi in ricordo di Carmen Sánchez Montero", Trieste, EUT Edizioni Università di Trie-

ste, vol. 1, 2006, pp. 183-194.

42. La norma europea di qualità UNI EN-15038:2006. Norma europea specifica per i servizi di traduzione <http://normadiquality.uni-en-15038.com/>
43. SAE J2450 Translation Quality Metric system. [http://standards.sae.org/j2450\\_200508/](http://standards.sae.org/j2450_200508/)
44. Seven steps. Multicultural health communication. NSW Ministry of Health. January 2014 [http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/services/translation/pdf/copy\\_of\\_steps.pdf](http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/services/translation/pdf/copy_of_steps.pdf)
45. "Can we just check it?" Guidelines for checking of health/medical translations. Multicultural health communication. NSW Ministry of Health 2014. <http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/services/translation/pdf/Guidelines-ForChecking.pdf>
46. "Si fa presto a dire traduzione" Blog Agostini Quality Translations. <http://blog.agostiniassociati.it/come-tradurre-31012011.html>
47. Bruno Osimo. Traduzione e qualità: la valutazione in ambito accademico e professionale. Hoepli 2004.
48. Traduzione automatica. Iolar. <http://hal.iolar.com/ita/technologie/traduzione-automatica>
49. NHS cancer Screening Programmes. An easy guide to bowel cancer screening. A leaflet by and for men and women with learning disabilities. [www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/publications/nhscsp-learning-disabilities-leaflet.pdf](http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/publications/nhscsp-learning-disabilities-leaflet.pdf)
50. Watlawick P et al. Pragmatica della comunicazione umana. Astrolabio-Ubal dini editore, Roma 1971.
51. I cavalli del Neolitico e il realismo delle pitture rupestri. Le Scienze, 9 novembre 2011. [http://www.lescienze.it/news/2011/11/09/news/cavalli\\_dal\\_mantello\\_maculato\\_le\\_pitture\\_del\\_neolitico\\_sono\\_realistiche-648538/](http://www.lescienze.it/news/2011/11/09/news/cavalli_dal_mantello_maculato_le_pitture_del_neolitico_sono_realistiche-648538/)
52. La guida rosa per la prevenzione. Programma di screening dei tumori femminili. Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica. Regione Lazio.

[http://www.aslromad.it/Allegati/guida\\_rosa\\_italiano.pdf](http://www.aslromad.it/Allegati/guida_rosa_italiano.pdf)

53. Pensa alla salute. Il programma di screening. ASL Napoli 1 Centro. Lingua cinese. <http://www.aslnapoli1centro.it/screening-oncologici-della-sfera-genitale-femminile> (Video Messaggi in altre lingue).
54. Delphi screener. How to use the screener. <http://www.delphiscreener.com/Home/Use/Paginas/How-to-use-the-screener.aspx>
55. Traduzione intersemiotica - parte prima. Corso di Traduzione. A cura di Bruno Osimo. <http://courses.logos.it/IT/index.html>
56. Traduzione intersemiotica - parte seconda. Corso di Traduzione. A cura di Bruno Osimo. <http://courses.logos.it/IT/index.html>
57. Hablamos Juntos. Symbol usage in health care settings for people with limited English proficiency. Part two Implementation recommendations. April 2003. <http://www.hablamosjuntos.org/signage/PDF/pt2implementation.pdf>
58. Theory of Signage Systems. Hospitals symbols. A case study. By Prof. Ravi Poovaiah, IDC IIT Bombay. In design of signage systems. IDC IIT Bombay. <http://www.designofsignage.com/>
59. Hablamos Juntos. Language policy and practice in health care. Signs that work. [http://www.hablamosjuntos.org/signage/default\\_index.asp](http://www.hablamosjuntos.org/signage/default_index.asp)
60. Le linee guida per la sicurezza del paziente. Wayfinding in ospedale. Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente - GRC Regione Toscana. <http://www.regione.toscana.it/collane-centro-gestione-rischio-clinico>
61. Paolo F. Licari. Wayfinding. Comunicazione e orientamento nelle strutture socio-sanitarie. CLEUP, 2009.

70

## Dopo le riflessioni. i numeri.

Una società sempre più multiculturale, come quella attuale, ha notevoli ripercussioni anche sulla sanità e sugli screening. Il differenziarsi dei rischi e dei bisogni e la necessità di adottare nuovi linguaggi e interventi al fine di garantire la conoscenza e l'accesso ai servizi anche a questi sottogruppi della popolazione diventa quindi prioritario. Dalla letteratura scientifica internazionale emerge che l'adesione i programmi di screening sia più bassa tra gli immigrati (che talvolta possono presentare livelli di rischio più elevati), rispetto alla popolazione autoctona<sup>1-4</sup>.

I programmi organizzati di screening stanno attuando strategie per incrementare l'adesione e quindi l'accessibilità di queste popolazioni agli interventi di prevenzione? Quanto e come il fenomeno viene monitorato? Esistono delle iniziative rivolte anche agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio?

Questo capitolo intende riflettere sulle criticità legate all'identificazione degli stranieri, al monitoraggio e al loro accesso agli screening oncologici.

## 6. IMMIGRATI E SCREENING ONCOLOGICI: PROBLEMI DI IDENTIFICAZIONE, MONITORAGGIO ED ACCESSO.

### 6.1 UN SISTEMA INFORMATIVO COMPLESSO

I programmi di screening rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (**LEA**)<sup>5-6</sup> e per questo devono essere garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale a tutta la popolazione. Nell'ambito dei programmi organizzati il soggetto target viene invitato attivamente dall'ASL di residenza, attraverso una lettera personalizzata, ad effettuare il test di screening; se il test risulta sospetto o positivo il soggetto viene inviato ad approfondimento diagnostico fino all'eventuale trattamento chirurgico nelle strutture di riferimento. Tutto il percorso è monitorato e valutato attraverso un sistema di **indicatori di processo e di esito**.

Occorre quindi che i programmi di screening siano dotati di un adeguato **sistema informativo**, strumento di cruciale importanza per la gestione, il monitoraggio e la valutazione dei programmi stessi.

Il sistema informativo di un programma di screening è composto da un insieme di attività fondamentali atte a valutare il raggiungimento degli obiettivi e degli standard prefissati e include la creazione, la gestione, l'elaborazione e la diffusione di dati ed informazioni sullo stato di salute di una popolazione.

Nell'ambito di un programma di screening il sistema informativo comprende quindi vari aspetti:

- **un aspetto gestionale ed organizzativo** relativo al linkage con l'anagrafe, all'invio delle lettere di invito, di sollecito, di esito, all'accettazione nei centri di screening, alla saturazione delle agende dei centri stessi;
- **un aspetto valutativo** per le analisi sull'attività, la qualità e la rendicontazione degli screening;
- **un aspetto accessorio di valorizzazione economica** dell'attività svolta, ai fini della compensazione in regime di mobilità sanitaria.

I programmi di screening, rappresentando un "profilo di assistenza" (cioè un percorso all'interno del sistema sanitario regionale/nazionale), hanno l'esigenza di tenere traccia della storia di screening di ciascuno dei soggetti coinvolti, raccogliendo dati individuali. Questi dati, che sono distribuiti in diversi archivi, sono nominativi e collegati tra loro da un codice identificativo personale univoco, che permette di individuare gli eventi relativi a ciascun paziente e di ricostruirne la storia personale del percorso di screening.

Per essere efficaci i programmi di screening devono raggiungere l'intera popolazione bersaglio e garantire una adeguata partecipazione al test. I programmi organizzati, però, sono in grado di invitare allo screening solo la popolazione residente o domiciliata su un determinato territorio, iscritta all'anagrafe e in possesso di un medico di medicina generale.

71

Gli aderenti allo screening vengono successivamente differenziati per sesso, età anagrafica e periodismo delle chiamate in base al singolo programma di screening.

Il problema si pone però con alcuni **sottogruppi di popolazione** quali quello degli **immigrati**.

Il fenomeno migratorio nel suo insieme costituisce infatti una realtà complessa e, per sua natura, in continua evoluzione; esso inoltre per certi aspetti può assumere caratteristiche territoriali diverse e per la provenienza e per le differenti modalità di "inserimento" degli immigrati nel tessuto produttivo. Ciò comporta notevoli difficoltà nelle analisi epidemiologiche.

Occorre tenere presente che le informazioni che si possono ottenere riguardano soprattutto gli immigrati regolarmente presenti, che peraltro sono la maggioranza.

Diventa più problematico ricavare informazioni relative agli immigrati non regolari ovvero a coloro che hanno perso il permesso di soggiorno o che non l'hanno mai avuto, gli STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), e che non fanno parte dell'anagrafe dei programmi di screening. Spesso questi sottogruppi sono anche quelli più svantaggiati a causa della loro condizione di irregolarità con conseguente condizione di maggiore deprivazione la cui presa in carico, per quel che riguarda la prevenzione oncologica, può rappresentare un obiettivo eticamente rilevante per i programmi di screening.

### 6.1.1 LA CHIAVE DI IDENTIFICAZIONE PIÙ CORRETTA

Secondo l'analisi prodotta da un gruppo di esperti all'interno di un progetto CCM della regione Marche<sup>7</sup> del 2009, gli immigrati sono coloro che provengono da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), siano essi appartenenti all'Unione Europea (UE) che extra Unione Europea.

Il criterio della cittadinanza utilizzato per la definizione e l'individuazione degli immigrati appare essere quello che meglio consente di stimare la popolazione immigrata (Tabella 1).

Il termine straniero dunque non è sinonimo di immigrato. Quindi l'immigrato è lo straniero che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei PFPM<sup>10</sup>.

Tabella 1. Informazioni utili per l'individuazione dello status di 'immigrato' (da: *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*)

Cittadinanza	Comune di nascita	Chi sono
Straniera (in PFPM)	Estero (in PFPM)	• Immigrati
Straniera (in PFPM)	Italia	• Figli di immigrati • Italiani (emigrati con cittadinanza acquisita in PFPM)
Italiana	Italia	• Italiani
Italiana	Estero	• Italiani nati all'estero • Stranieri e immigrati con cittadinanza italiana acquisita

10. Paesi Forte Pressione Migratoria (PFPM): Africa settentrionale + Africa orientale + Africa centro meridionale + Asia occidentale, tranne Israele + Asia centro meridionale + Asia orientale, tranne Corea del sud e Giappone + America centro meridionale, + Europa centro-Orientale (compresi: Rep. Ceca, Slovacchia, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Ungheria, Cipro, Malta, Bulgaria, Romania).

Secondo una stima dell'Istat sono circa 182.000 i cittadini stranieri che dal 1996 al 2007 hanno acquisito la cittadinanza italiana, prevalentemente per matrimonio (75% dei casi).

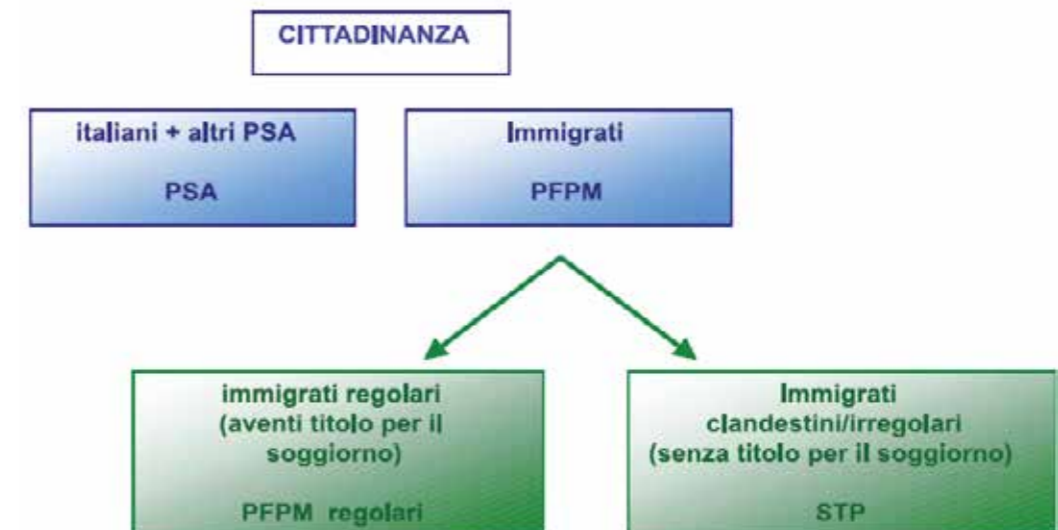
Nel 2004 i cittadini di Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Repubblica Ceca e Ungheria e nel 2007 quelli della Bulgaria e Romania sono diventati comunitari. Hanno un regolare lavoro e l'iscrizione nelle anagrafi comunali<sup>8</sup>.

Una volta definita la popolazione immigrata secondo i criteri sopra esposti, la popolazione di confronto è rappresentata da persone con cittadinanza italiana e da quelle presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA)<sup>11</sup>. Nel raggruppare gli stranieri con cittadinanza nei PSA con gli italiani, si assume che le condizioni socio-economiche delle persone che vivono nei PSA, e quindi i fattori di rischio per la salute, siano simili tra loro, ma differenti da quelli delle persone che vivono nei PFPM.

L'analisi ed il confronto delle condizioni di salute tra la popolazione immigrata dovrebbe tenere conto di (Figura 1):

- immigrati regolari, persone con cittadinanza in paesi con forte pressione migratoria (PFPM regolari) presenti in Italia con regolare permesso o titolo di soggiorno;
- immigrati clandestini/irregolari con cittadinanza in paesi con forte pressione migratoria e con residenza all'estero (STP);
- italiani e stranieri provenienti da paesi a sviluppo avanzato.

Figura. 1  
Definizione delle popolazioni in studio (da: *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*)



11. Paesi Sviluppo Avanzato (PSA): Europa 15 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia) + Andorra, Australia, Canada, Città del Vaticano, Corea Sud, Giappone, Islanda, Israele, Liechtenstein, Norvegia, Nuova Zelanda, Principato di Monaco, San Marino, Svizzera, USA.

### 6.1.2 CITTADINANZA: QUALI ALTERNATIVE?

Sebbene la cittadinanza non italiana venga considerato il criterio più immediato per individuare gli stranieri, non sempre questa informazione è riportata negli archivi sanitari, mentre il luogo (comune o stato estero) di nascita lo è quasi sempre, in quanto parte dei dati essenziali all'identificazione. Il dato è presente sia come variabile, sia come componente numerica all'interno del codice fiscale (dal 12° al 15° carattere). Per questo motivo in molti studi sugli immigrati, si è utilizzato il paese di nascita per distinguere italiani e stranieri e, quando possibile, PSA e PFP.

Nel caso dei più giovani invece si sta ampliando sempre più la fascia dei soggetti che risultano nati in Italia, ma di cittadinanza straniera. Si tratta di un gruppo dalle caratteristiche contraddittorie, spesso scolarizzati in Italia e senza alcun rapporto concreto con il paese d'origine dei propri genitori, ma in attesa dei 18 anni per poter chiedere la cittadinanza italiana. Per questi soggetti il solo paese di nascita appare poco informativo.

In base ad un'indagine effettuata dall'ULSS 2 della regione Umbria<sup>9</sup>, se consideriamo i paesi PSA, si può osservare che il numero degli assistiti 'nati' in paesi PSA presentano una numerosità **raddoppiata** rispetto agli assistiti con 'cittadinanza' straniera (PSA), dato il gran numero di nati in questi paesi, che avevano o hanno acquisito la cittadinanza italiana.

Per i paesi **PFP** l'utilizzo del luogo di nascita porta al contrario ad una **sottostima** dei cittadini stranieri, a causa di ciò che accade tra 0 e 19 anni, fascia in cui si perde il 55% della reale consistenza di cittadini stranieri, se facesse fede solo il luogo di nascita. Al contrario, sempre per i PFP, si assiste ad un leggera sovrastima tra gli adulti, pari all'11% circa, dato che il fenomeno descritto per i PSA è presente, seppure in minor misura, anche in questo gruppo.

Se ne deduce che in linea generale andrebbe usata la nazionalità. Per i più giovani si potrebbe utilizzare la doppia fonte, tenendo conto che la loro situazione è certo condizionata dai due aspetti (cittadinanza e paese di nascita). Per gli adulti PFP, la misclassificazione che consegue al ritenere straniero un cittadino italiano nato in PFP potrebbe non essere ritenuta molto grave, se si assume che il luogo di nascita possa mantenere una sua influenza nella gran parte dei casi. L'utilizzo sin qui fatto del paese di nascita come proxy della nazionalità, soprattutto nell'ambito della valutazione della partecipazione degli stranieri agli screening (quindi per soggetti tra i 24 anni e i 69 anni), nell'indagine umbra è afflitto da una sovrastima dell'11%, tale da non stravolgere la composizione della popolazione e probabilmente non obbligatoriamente associata ad una misclassificazione del rischio.

### 6.1.3 GESTIONE INFORMATICA DELLO STRANIERO: ALCUNE CRITICITÀ

Per un programma di screening, le criticità nella gestione informatica degli stranieri sono legate principalmente alla difficoltà di non raggiungimento degli stessi da parte del programma, sia nella fase di invito che in quelle successive di consegna dell'esito ed eventuali richiami per approfondimenti. I motivi fondamentali sono essenzialmente dati da:

- indirizzi palesemente errati che rientrano nelle lettere ritornate al mittente o recapiti telefonici incompleti o inesistenti;
- residenze in luoghi differenti dal reale domicilio, con mancata comunicazione all'anagrafe del vero domicilio o con mancata registrazione del domicilio da parte;
- la mancata consegna per negligenza da parte degli operatori dei servizi postali.

A ciò si aggiunge talvolta la difficoltà di comprensione (linguistica) dei dati anagrafici da parte degli operatori dei call center o degli sportelli informativi e di prenotazione.

Da parte degli stranieri poi emerge spesso una certa reticenza nell'aprire lettere inviate da mittenti di cui non sono a conoscenza o talvolta confuse con iniziative pubblicitarie.

### 6.1.4 ESSERE UNO STRANIERO IRREGOLARE COMPLICA LA FACCENDA...

«Gli immigrati irregolari sono oggi ai minimi storici (6% del totale pari a circa 300 mila unità), sia per effetto delle recenti sanatorie, sia per la minor forza attrattiva del mercato del lavoro nel nostro Paese, anche nei settori più inclini ad accogliere mano d'opera irregolare». Lo afferma il ventesimo rapporto sulle migrazioni della fondazione Ismu (novembre 2014).

Tra gli stranieri, gli 'irregolari' rappresentano la fascia più debole, soprattutto a livello di salute, per esposizione ad alcune infezioni ed incidenza di alcune malattie e tumori (più alte che in altri sottogruppi di popolazione). Per questo specifico target di popolazione è necessario quindi predisporre azioni specifiche che favoriscano una maggiore integrazione nei percorsi di prevenzione offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Lo sforzo compiuto, ad esempio, da alcuni programmi di screening italiani nell'integrare questo sottogruppo all'interno di un percorso di prevenzione gratuito e di qualità, anche se complesso a livello organizzativo (in quanto richiede quasi sempre una gestione doppia e parallela) è un primo ed importante passo per garantire anche a questo sottogruppo gli stessi servizi e la stessa qualità garantiti al resto della comunità. Strategico diventa quindi per i programmi di screening utilizzare canali di comunicazione e informazione specifici e più vicini a questo target quali le varie associazioni culturali e i mediatori, i leader delle comunità religiose e i professionisti che operano nel campo dell'immigrazione.

In base alla considerazione sopra esposta, la popolazione immigrata cosiddetta 'irregolare', stimata tra l'1% e il 2% di quella regolare, non può essere coinvolta attivamente dai programmi di screening con le modalità e gli strumenti normalmente utilizzati: devono essere adottate delle tecniche di contatto 'ad hoc' con questo tipo di popolazione. Pertanto un'analisi dettagliata dell'impatto dei programmi di screening sulla popolazione immigrata cosiddetta 'irregolare', non è possibile con i normali ed attuali sistemi informativi e di elaborazione.

## 6.2 USIAMO I NUMERI PER CAPIRE MEGLIO

### 6.2.1 LA DIMENSIONE DEL FENOMENO

Al 1° gennaio 2014, gli stranieri residenti in Italia erano 4.922.085 (2.591.597 donne e 2.330.488 uomini) e negli ultimi dieci anni questa popolazione risulta essere più che triplicata<sup>10</sup>.

Gli immigrati costituiscono una porzione importante della popolazione bersaglio degli screening. Secondo le attuali fasce d'età delle popolazioni bersaglio dei tre programmi organizzati di screening (cervicale, mammografico e coloretale) la quota di stranieri è:

- ❖ **il 10.5% di tutti gli aventi diritto al Pap test** (donne tra 25 e 64 anni),
- ❖ **il 5.5% di quanti sono eleggibili per la mammografia** (donne tra i 50 e i 69 anni), e
- ❖ **il 4.5% di quanti dovrebbero sottoporsi alla ricerca del sangue occulto nelle feci o la sigmoidoscopia** (donne e uomini tra i 50 e i 69 anni).

Relativamente alla distribuzione sul territorio nazionale, gli stranieri della popolazione target dei tre screening rispecchiano il flusso degli immigrati costituendo nel Centro-Nord il 14%, 7% e 6% rispettivamente per lo screening cervicale, mammografico e coloretale. Le stesse percentuali al Sud Italia e isole sono nettamente inferiori (5%, 3%, 2%).

### 6.2.2 RIFLESSIONI SUI PRIMI TENTATIVI DI QUANTIFICARE QUESTA REALTÀ

I programmi di screening organizzati in quanto interventi di sanità pubblica devono garantire la massima equità nell'accesso, un adeguato livello di qualità dei test e di tutto il percorso diagnostico e terapeutico.

Per assicurare tale qualità è necessario un continuo e sistematico monitoraggio del percorso di screening in ogni sua fase. È quindi indispensabile raccogliere informazioni in modo standardizzato e costruire indicatori di qualità ed efficacia validati e standard di riferimento.

Nei programmi organizzati questo viene fatto tramite indagini quantitative (survey), che permettono di rilevare e immagazzinare periodicamente (una volta l'anno) una grande quantità di informazioni (dati numerici), con strumenti altamente standardizzati (questionario).

I dati quantitativi sono in genere 'dati correnti' che vengono raccolti routinariamente con strumenti standardizzati ed elaborati statisticamente. Permettono una maggiore generalizzazione, e sono direttamente confrontabili. Questi dati possono fornire una descrizione meno ricca di quella relativa all'analisi qualitativa, ma sono più efficienti, e validi per testare delle ipotesi anche se possono mancare di dettagli di tipo contestuale. Ogni anno, in Italia, si svolgono tre survey nazionali, per raccogliere dati e informazioni sull'attività dei programmi di screening mammografico, cervicale e coloretale (rispettivamente survey GISMa<sub>12</sub>, GISCI<sub>13</sub>, e GISCoR<sub>14</sub>) attraverso l'utilizzo di questionari creati ad hoc. Grazie a queste survey, frutto del lavoro e della collaborazione di numerosi operatori, è possibile ottenere dati dalla maggior parte dei programmi di screening, calcolare statistiche nazionali e fare confronti tra le varie realtà. La corretta conduzione e valutazione di questi programmi e delle politiche ad essi relativi, è fondamentale nella valutazione del processo di qualità assurance dell'attività di screening.

Queste survey annuali però non permettevano di raccogliere dati relativi alle popolazioni migranti, per le quali invece necessitano degli specifici progetti di ricerca (ad esempio Progetto P.I.O.) o delle survey specifiche (ad esempio Survey Gisci migranti o survey ONS) presentati qui di seguito.

### Il progetto P.I.O.

Nel contesto del progetto P.I.O. è stato predisposto un questionario ad hoc per valutare la partecipazione della popolazione immigrata agli screening mammografico, cervicale e coloretale.

Hanno partecipato allo studio le regioni Emilia Romagna, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Trentino Alto-Adige, Umbria, Veneto, con un totale di 13 questionari raccolti (13 programmi rispondenti). Alcune regioni hanno inviato un unico questionario relativo ai programmi di screening a livello regionale (Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Veneto), altri singoli questionari relativi ai programmi delle diverse ASL di competenza sul territorio (Napoli 1, Cesena, Chiavari, Brescia, Lodi, Mantova, Provincia Autonoma di Trento, Padova, Perugia).

All'epoca dell'indagine la maggior parte dei rispondenti effettuava un'analisi di questi dati di tipo **occasionale** ed utilizzava il criterio del luogo di nascita per l'identificazione della popolazione immigrata (la maggior parte di essi sanno distinguere anche tra Paesi a Sviluppo Avanzato -PSA- e Paesi a Forte Pressione Migratoria -PFPM).

Tutti i programmi rispondenti hanno fornito i dati di adesione per la popolazione italiana e straniera per lo screening mammografico e/o cervicale. Solo alcuni programmi sono stati in grado di fornire anche i dati sullo screening coloretale.

La prima raccolta dati è avvenuta tra luglio e dicembre 2009. Un aggiornamento dei dati è stato richiesto tra luglio e dicembre 2012.

Una sintesi dei risultati principali è presentata nella tabella 2.

Tabella 2. Confronto dei tassi di partecipazione ai programmi organizzati di screening mammografico, cervicale, coloretale tra la popolazione italiana e straniera.

Regione/Programma	Tasso di partecipazione screening cervicale	Tasso di partecipazione screening mammografico	Tasso di partecipazione screening coloretale
<b>Campania</b> ASL Napoli 1 centro	Periodo: 2011 Italiane: 32,1% Straniere (totali): 17,3%	Periodo: 2011 Italiane: 24,2% Straniere (totali): 7,1%	
<b>Emilia Romagna</b> Programma Regione Emilia Romagna	Periodo: 2010 Italiane: 56,2% Straniere (totali): 49,4%	Periodo: 2010 Italiane: 70,2% Straniere (totali): 48,5%	Periodo: 2011 Italiani: 50,4% Stranieri (totali): 29,5% Stranieri PSA: 32,1% Stranieri PFPM: 29,1%
<b>Cesena</b>	Periodo: 2009-2010 Italiane: 56,0% Straniere PSA: 51,0% Straniere PFPM: 49,0%		
<b>Lazio</b> Programma Regione Lazio	Periodo: 2009-2011 Italiane: 30,8% Straniere (totali): 25,3% Straniere PSA: 22,5% Straniere PFPM: 25,8%	Periodo: 2010-2011 Italiane: 47,2% Straniere (totali): 26,2% Straniere PSA: 26,0% Straniere PFPM: 26,3%	
<b>Liguria</b> ASL Chiavari		Periodo: 2002-2012 Italiane: 63,1% Straniere (totali): 48,7% Straniere PSA: 50,1% Straniere PFPM: 48,4%	
<b>Lombardia</b> ASL Brescia	Periodo: 2004-2007 Italiane: 59,8% Straniere (totali): 45,0%		Periodo: 2005-2008 Italiani: 55,3% Stranieri (totali): 31,4%
<b>Lodi</b>	Periodo: 2011 Italiane: 31,2% Straniere PSA: 32,0% Straniere PFPM: 32,7%	Periodo: 2011 Italiane: 49,6% Straniere PSA: 49,5% Straniere PFPM: 39,3%	Periodo: 2011 Italiani: 46,0% Stranieri PSA: 45,6% Stranieri PFPM: 31,1%
<b>Mantova</b>	Periodo: 2006-2008 Italiane: 65,0% Straniere PFPM: 42,0%		
<b>Piemonte</b> Programma Regione Piemonte	Periodo: 2001-2012 Italiane: 47,8% Straniere PSA: 47,8% Straniere PFPM: 42,6%	Periodo: 2001-2012 Italiane: 63,6% Straniere PSA: 63,6% Straniere PFPM: 45,1%	
<b>Trentino Alto-Adige</b> Provincia Autonoma di Trento	Periodo: 2009 Italiane: 53,1% Straniere (totali): 33,6% Straniere PSA: 39,1% Straniere PFPM: 30,2%		
<b>Umbria</b> AUSL 2	Periodo: 2008-2010 Italiane: 64,1% Straniere (totali): 57,2% Straniere PSA: 57,4% Straniere PFPM: 57,2%	Periodo: 2010 Italiane: 80,3% Straniere (totali): 78,1% Straniere PSA: 71,3% Straniere PFPM: 50,0%	
<b>Veneto</b> Programma Regione Veneto	Periodo: 2007-2011 Italiane: 50,0% Straniere (totali): 48,1%	Periodo: 2011 Italiane: 65,3% Straniere (totali): 59,0%	
<b>ULSS 16</b>	Periodo: 2011 Italiane: 43,6% Straniere (totali): 41,0%	Periodo: 2011 Italiane: 65,5% Straniere (totali): 60,7%	Periodo: 2011 Italiani: 49,2% Stranieri (totali): 42,2%

12. GISMa: Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico - www.gisma.it

13. GISCI: Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma - www.gisci.it

14. GISCoR: Gruppo Italiano Screening Coloretale - www.giscor.it



**La survey GISCI sui migranti**

Il progetto PIO e le prime valutazioni numeriche sull’impatto dello screening nella popolazione immigrata hanno avviato una serie di riflessioni su questa tematica e dato l’impulso per nuove indagini e approfondimenti essenzialmente sulle differenze di accesso agli screening della popolazione immigrata.

Nel 2012 i Gruppi di lavoro “Organizzazione e valutazione” e “Comunicazione” del GISCI hanno promosso una survey sullo screening cervicale relativa alle donne migranti, con l’obiettivo di confrontare i principali indicatori precoci di impatto e di processo, nelle donne italiane e nelle migranti.

È stato quindi sviluppato un apposito strumento di rilevazione che coniuga criteri di fattibilità (possibilità di estrazione dei dati per paese di nascita o per cittadinanza), con le esigenze di qualità delle informazioni con una rilevazione simile a quella della survey annuale dell’Osservatorio Nazionale Screening. Sono state predisposte 2 schede, una per i programmi che usano il Pap test e una per i programmi che usano il test HPV. Le informazioni richieste nelle schede erano sovrapponibili a quelle rilevate per la survey nazionale ONS e riguardavano: popolazione bersaglio, inviti (anche gli inesitati), esclusioni dopo invito, aderenti, screenate, esito citologico o del test HPV (tasso di positività test HPV con citologia ASC-US+ o negativa), invii in colposcopia, esito istologico peggiore, con una stratificazione per classi quinquennali di età.

L’analisi ha riguardato il triennio 2009-2011, includendo però anche rilevazioni parziali per i programmi che non disponevano di tutti i dati.

Relativamente alla definizione di donna straniera, l’approccio metodologico ha utilizzato variabili classificatorie differenti (Paese di nascita e cittadinanza, Paesi a Sviluppo Avanzato e Paesi a Forte Pressione Migratoria), sia per verificare se l’utilizzo di una classificazione piuttosto che un’altra potesse condurre a risultati differenti, sia per tenere conto dei programmi che hanno utilizzato il test Hpv come test di primo livello.

La tabella 3 riassume i risultati ottenuti utilizzando il paese di nascita come criterio di identificazione dello status di immigrato e distinguendo le immigrate provenienti dai Paesi PFPM e i Paesi PSA.

I dati relativi all’esito dei test mettono in evidenza una più frequente presenza di lesioni significative nelle donne immigrate (tabella 4).

I risultati della survey sono presentati nel documento “Survey gisci sulle migranti nei programmi di screening cervicale”, scaricabile dal sito [www.gisci.it](http://www.gisci.it).

Tabella 3. Donne invitate, adesione corretta, donne screenate per paese di nascita (Italia vs PSA vs PFPM)

	NATE ITALIA	NATE PSA	NATE PFPM	TOTALE	% NATE PSA	% NATE PFPM
	N.	N.	N.	N.	%	%
<b>Invitate</b>	1.780.791	37.537	248.276	2.066.604	1,8	12%
<b>Inviti inesitati</b>	11.558	583	3.858	15.999	3,6	24,1%
<b>Inviti inesitati (%)</b>	0,6	1,6	1,6	0,8		
<b>Aderenti</b>	740.007	12.535	95.204	847.746	1,5	11,4
<b>Escluse dopo invito</b>	18.485	630	3.198	22.313	2,9	14,7
<b>Adesione corretta (%)</b>	42,3	34,5	39,5	41,8		
<b>Screenate</b>	802.407	13.113	103.446	918.966	1,4	11,3

Tabella 4. Numero di lesioni CIN2+, CIN2 e CIN3+, detection rate (x1000 screenate) per paese di nascita (Italia vs PSA vsPFPM). Rischi relativi.

	NATE ITALIA	NATE ESTERO	NATE PFPM
<b>Lesioni</b>			
<b>CIN2+</b>	2.172	40	622
<b>CIN2</b>	1.065	27	260
<b>CIN3+</b>	1.107	13	362
<b>Detection rate</b>			
<b>CIN2+</b>	2,81	3,19	5,18
<b>CIN2</b>	1,38	2,3	2,04
<b>CIN3+</b>	1,43	0,89	3,14
<b>RR (95% IC)</b>			
<b>CIN2+</b>	1	1,13 (1,07-1,20)	1,84 (1,75-1,94)
<b>CIN2</b>	1	1,66 (1,54-1,80)	1,48 (1,37-1,60)
<b>CIN3+</b>	1	0,62 (0,57-0,68)	2,19 (2,04-2,35)

Entrambe le analisi portano a risultati sostanzialmente sovrapponibili: le donne migranti aderiscono in percentuale minore rispetto alle italiane. In specifico per la cervice uterina, l’indagine sugli esiti evidenzia un aumentato carico di patologia per le donne PFPM.

Questo risultato sembra essere in linea con la storia di screening della donna (in molti Paesi non esiste un programma organizzato e gratuito), il Paese di provenienza (se a bassa/alta prevalenza di lesioni e infezioni da Hpv) e l’approccio culturale alla prevenzione e alla malattia.

**Le survey ONS: non solo lo screening del cervicarcinoma**

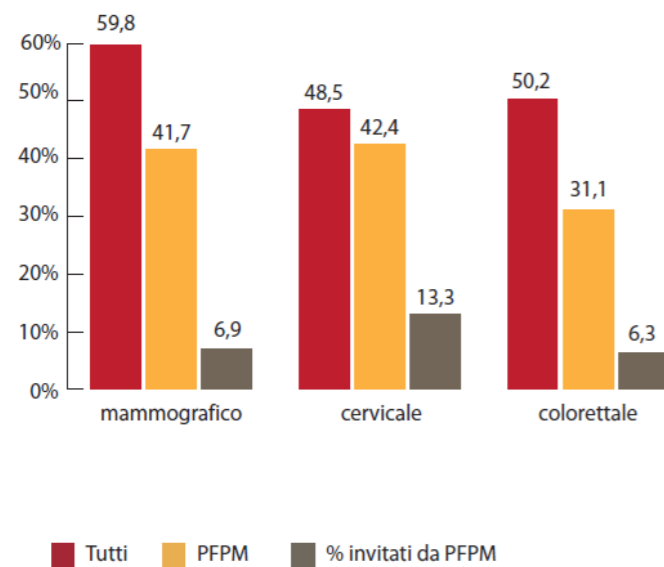
Nel 2014, l’Osservatorio Nazionale Screening ha condotto per la prima volta una survey specifica sulle popolazioni migranti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e la loro partecipazione agli screening cervicale, mammografico e coloretale.

Alcuni risultati preliminari sono presentati qui di seguito e pubblicati sul report annuale breve dell’ONS 2014<sup>11</sup>. I dati definitivi saranno disponibili sul sito dell’Osservatorio ([www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it)). Per quanto riguarda la quantificazione del fenomeno, più del 13% degli inviti nello screening cervicale e fra il 6-7% di quelli dello screening mammografico e coloretale si rivolgono a persone provenienti dai Paesi PFPM e queste proporzioni tendono ad incrementarsi con il passare del tempo.

La figura 4 riporta i dati di partecipazione dei migranti rispetto al totale degli invitati.

Si osserva complessivamente una minore partecipazione delle popolazioni provenienti dai Paesi PFPM. Questa minor partecipazione è particolarmente evidente per lo screening mammografico e quello coloretale. Queste differenze dipendono (oltre che dal tipo di screening) dall’età dei soggetti invitati. Nelle popolazioni migranti, infatti, la partecipazione tende a diminuire con l’età, tendenza che non si verifica nelle popolazioni native.

Figura 4. Partecipazione (%) secondo il Paese di origine: fonte survey ONS



### 6.3 IMMIGRATI MA NON SOLO: COSA È STATO MESSO IN CAMPO?

Sempre nell'ambito del progetto PIO sono state raccolte informazioni su eventuali interventi realizzati dai programmi di screening oncologico volti a migliorare l'accessibilità e la comunicazione con la popolazione immigrata, sia essa residente che non residente.

#### ❖ Produzione di materiale informativo multilingue

Campagne informative multilingue sono state realizzate in Emilia Romagna, Lazio (Roma B), Piemonte, Brescia, e Perugia.

- In Piemonte, è stata fatta una campagna di sensibilizzazione alla prevenzione del tumore del collo dell'utero in 7 lingue per tutte le donne straniere residenti, affiancata ad una promozione su larga scala sui mezzi di trasporto, e uno specifico intervento informativo per il sottogruppo delle donne albanesi con del materiale bilingue italo-albanese.
- Il programma di Brescia ha prodotto un opuscolo sui tre screening (mammografico, cervicale e coloretale) in 8 lingue (italiano, inglese, francese, arabo, cinese, rumeno, ucraino, pachistano). I materiali informativi sono stati prodotti in collaborazione con i mediatori culturali e i rappresentanti delle comunità interessate.

#### ❖ Interventi mirati su specifiche comunità

Azioni ad hoc su singole etnie, popolazioni nomadi o fasce deboli della popolazione sono state compiute:

- in Emilia Romagna, soprattutto a favore dei carcerati e delle prostitute in alcune realtà aziendali;
- nel Lazio per aumentare l'accesso agli screening mammografico e del cervicocarcinoma delle donne straniere

non residenti; in particolare campagne di sensibilizzazione sono state attuate nei campi ROM nel territorio dell'ASL Roma D;

- in Piemonte, dove con il supporto dei responsabili dei centri nomadi della città di Torino e il personale medico del programma di screening piemontese è stata effettuata un'azione di sensibilizzazione alla prevenzione del tumore del collo dell'utero tramite incontri organizzati direttamente nei campi ROM; inoltre grazie alla collaborazione con l'ambulatorio medico di un centro di accoglienza della città è stato allestito un apposito centro di prelievo per donne nomadi e STP.
- Alcune analisi sui fattori che possono ostacolare la partecipazione agli screening da parte della comunità albanese e rumena e del progetto migratorio sotteso alla presenza di queste comunità, sono state effettuate nell'ASL di Perugia con l'ausilio di mediatori culturali. Tali analisi serviranno per pianificare specifici interventi su queste comunità.

#### ❖ Interventi mirati sulla popolazione non rispondente/inesitati

Verifiche e richiami telefonici per inviti inesitati alla popolazione straniera sono effettuati nel programma di Perugia, mentre il programma della città di Mantova ha iniziato un intervento mirato alle donne straniere non rispondenti all'invito per lo screening cervicale in collaborazione con l'amministrazione provinciale e le cooperative sociali del territorio.

#### ❖ Modifiche all'organizzazione del servizio di screening

In alcune realtà di screening sono state introdotte delle variazioni al normale sistema di gestione dello screening al fine di agevolare l'afflusso delle popolazioni immigrate:

- Emilia Romagna: il programma regionale ha predisposto orari e luoghi di accesso differenziati e ad hoc, a seconda delle situazioni e delle AUSL dove accede maggiormente la popolazione straniera.
- ASL Roma B: il programma di screening, attraverso l'uso dell'unità mobile, offre una mammografia gratuita a tutte le detenute del carcere nella fascia di età bersaglio.
- Torino è stato predisposto un apposito centro di prelievo per le donne immigrate STP e per particolari sottogruppi della popolazione come le nomadi. Il centro tiene conto delle esigenze di mediazione linguistica/culturale delle afferenti e mette a disposizione spazi e orari concordati con le associazioni territoriali che si occupano di queste tematiche.

#### ❖ Interventi su centri di aggregazione non istituzionali

ASL di Roma D: il programma di screening ha intrapreso attività di sensibilizzazione alla prevenzione oncologica presso alcuni centri di aggregazione non istituzionali come le parrocchie, o alcune case occupate con una forte presenza di stranieri.

## 6.4 L'INDAGINE P.I.O.: I PROGETTI PER GLI IMMIGRATI NEGLI SCREENING ONCOLOGICI

Qui di seguito riportiamo una tabella riassuntiva delle esperienze raccolte dai vari programmi di screening italiani realizzate nell'ambito della comunicazione verso specifici sottogruppi di popolazione e azioni compiute per favorire la loro partecipazione agli screening oncologici. Le esperienze sono raccolte in 34 schede disponibili sul sito [www.osservatorionazionalecancer.it](http://www.osservatorionazionalecancer.it).

N° scheda	Regione	Titolo
1	Piemonte	Screening cervicale: una campagna informativa multilingue in Piemonte
2	Piemonte	Valutazione dello screening cervicale nelle donne immigrate residenti e nelle donne Straniere temporaneamente Presenti (STP): l'esperienza di Torino
3	Piemonte	Screening cervicale: un'esperienza con la comunità albanese in Piemonte
4	Toscana	Promuovere lo screening cervicale nella popolazione immigrata residente nell'ASL di Prato
5	Toscana	Mum Health: promuovere la salute globale delle donne in Toscana
6	Toscana	Promuovere lo screening cervicale tra le donne immigrate ad Empoli
7	Toscana	Il DVD "Lingue e linguaggi della prevenzione"
8	Emilia-Romagna	"Percorso sulle disuguaglianze": un intervento di comunità per gli screening dell'AUSL di Bologna
9	Emilia-Romagna	Tre screening nella casa circondariale di Bologna
10	Emilia-Romagna	Promuovere lo screening cervicale tra le donne immigrate a Modena
11	Emilia-Romagna	New Roots For Healthy Growth: sensibilizzazione multiculturale per la diagnosi precoce del tumore della mammella a Bologna
12	Emilia-Romagna	<i>Promoting access to cancer screening</i> : un corso di formazione nell'ambito del Progetto PIO
13	Emilia-Romagna	Screening mammografico a Bologna: una guida fotografica in 8 lingue
14	Emilia-Romagna	6 Pink days a Bologna: una campagna multiculturale per lo screening mammografico
15	Emilia-Romagna	Equità di accesso ai programmi di screening: l'educatore di comunità a Reggio Emilia
16	Emilia-Romagna	Screening cervicale nelle donne immigrate: coinvolgere le comunità locali a Cesena
17	Emilia-Romagna	Tre screening nella casa circondariale di Reggio Emilia
18	Emilia-Romagna	Screening cervicale e coloretale: traduzioni a Reggio Emilia
19	Umbria	Donne romene e screening cervicale nell'AUSL 2 Umbria: un progetto e la sua valutazione
20	Umbria	Tessere di cittadinanza: un progetto di inclusione sociale a Terni
21	Umbria	Screening in unità mobile: progetto Salute Donna a Terni
22	Lazio	<i>Diversi luoghi</i> : screening cervicale tra le donne immigrate in Lazio
23	Lazio	<i>Diversi luoghi</i> : screening cervicale nei centri anti violenza a Roma
24	Lazio	<i>Diversi luoghi</i> : screening cervicale e mammografico nella casa circondariale di Rebibbia
25	Lazio	<i>Diversi luoghi</i> : screening mammografico nei centri di salute mentale a Roma
26	Lombardia	L'ASL si prende cura di te: promuovere i programmi di screening tra la popolazione immigrata di Brescia
27	Lombardia	ASL di Brescia: screening oncologici nelle due carceri della città
28	Lombardia	Fasce fragili e screening cervicale: azioni di sistema in Lombardia
29	Veneto	Istruzioni per il test del sangue occulto fecale: traduzioni nell'ULSS 4 Alto Vicentino
30	Veneto	Attenzione alle fasce fragili degli screening nell'ULSS 20 Verona
31	Veneto	Individuare le disuguaglianze in salute e creare modelli di sorveglianza e contrasto: un progetto CCM
32	Trentino Alto Adige	Screening oncologici: aumentare l'empowerment degli immigrati nella Provincia Autonoma di Trento
33	Campania	Immigrate e native insieme: promuovere gli screening tra le donne di Napoli
34	Sicilia	Lune migranti: mammografie a Palermo per le donne straniere non residenti

## 6.5 CONCLUSIONI

Dalla piccola panoramica di indagini presentate emergono le seguenti riflessioni.

- Si evidenzia una più bassa risposta degli immigrati ai programmi di screening. In particolare, le donne straniere residenti in Italia fanno meno ricorso delle italiane agli screening dei tumori femminili e le differenze diventano più marcate all'aumentare dell'età. Infatti, le differenze sono maggiormente percepibili nello screening mammografico e si acutizzano se si confronta la partecipazione delle donne italiane con il sottogruppo delle straniere PFPM. Ciò può essere imputabile alla carenza d'informazione, ma anche a fattori culturali legati alle disuguaglianze di genere riscontrabili in alcuni Paesi. Le differenze di adesione nello screening cervicale sono, invece, molto inferiori considerata anche la fascia più ampia della popolazione bersaglio e l'età più giovane delle donne al primo test. Lo screening per la diagnosi precoce del cancro del colon-retto è quello ancora meno radicato e diffuso sul territorio nazionale, e, considerata l'età di riferimento per questo screening, solo una piccolissima parte della popolazione straniera ne è coinvolta.
- È emersa la difficoltà dei programmi italiani di riconoscere la popolazione immigrata. Nonostante il criterio della cittadinanza sia ritenuto il più accurato per la definizione e l'individuazione degli immigrati, in quanto meglio consente di stimare tale popolazione, per la maggior parte dei programmi non è disponibile. Quindi, un surrogato spesso utilizzato è il Paese di nascita rilevabile dal codice fiscale.
- Diverse strategie sono già state sperimentate dai programmi relativamente alla promozione della partecipazione agli screening della popolazione immigrata. Complessivamente, le iniziative intraprese e gli interventi realizzati si sono focalizzati soprattutto sulla popolazione target (traduzione del materiale informativo in varie lingue o inviti e solleciti a soggetti non aderenti tramite lettera o telefono). Interventi più generali sulla popolazione hanno incluso l'educazione sanitaria e le campagne informative tramite mass-media. Dal punto di vista logistico, alcuni programmi hanno apportato modifiche all'organizzazione del servizio di screening cercando di rimuovere le barriere economiche e geografiche (diffusione dei provider, offerta dei test tramite strutture mobili, appuntamenti fissi o aperti).
- I programmi hanno 'puntato' sulla formazione di tutti gli operatori coinvolti nello screening (operatori socio-sanitari, del front-office, audit e feedback rivolti ai medici) e sul coinvolgimento diretto di altri 'attori' quali i mediatori culturali, gli educatori e i leader di comunità tramite incontri di sensibilizzazione con associazioni di migranti, in collaborazione con gli enti locali e associazioni di volontariato.

Alla luce dei dati riportati, e considerata l'importanza emergente dell'immigrazione nel nostro Paese, diventa quindi fondamentale pianificare strategie preventive culturalmente appropriate al fine di colmare la distanza tra questi sottogruppi e i servizi sanitari e di screening, anche avvalendosi di importanti alleanze con il mondo scientifico, socio-sanitario e dell'immigrazione per raggiungere l'obiettivo.

Sarà quindi necessario promuovere una maggiore sistematicità delle raccolte dati al fine di analizzare le diverse caratteristiche e i comportamenti per ciascuna nazionalità.

Occorrerà inoltre sperimentare nuove tipologie di intervento e di percorso assistenziale mirate ai vari sottogruppi specifici, il cui peso è in costante aumento, favorendo così la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso agli screening oncologici, e contribuendo alla rimozione delle barriere all'adesione, come quelle linguistiche e culturali.

Tutto questo per rendere efficaci ed efficienti i servizi di screening e contrastare le disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione e alle cure degli immigrati e dell'intera collettività.

## 6.6 BIBLIOGRAFIA

1. Azerkan 2011, Azerkan F, Sparén P, Sandin S, Tillgren P, Faxelid E, Zendejdel K. Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. *Int J Cancer* 2011;130:937-947.
2. Lofters 2010, Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Low rates of cervical cancer screening among urban immigrants: a population based study in Ontario, Canada. *Med Care* 2010, 48(7):611-618.
3. Moser 2009, Moser K, Patnick J, Beral V. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *BMJ* 2009;338:b2025.
4. McDonald 2007 McDonald JT, Kennedy S. Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada. *J Immigr Minor Health* 2007, 9(4):323-334.
5. Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001 - Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
6. Ministero della Salute, Screening oncologici. Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colonretto. Roma, 2006.
7. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREVI 3488/P/F 3 ad, 2007. Ed. maggio 2009.
8. D.Lg n. 30 del 6 febbraio 2007, Circ. Min. dell'Interno, Prot. n. 0070416315100/14865 del 6 aprile 2007.
9. La popolazione straniera iscritta nella anagrafe degli assistiti - cittadinanza o paese di nascita?

di Petrella M, Bietta C, Fusco Moffa I. UO Epidemiologia, AUSL 2 Umbria.

10. Per i dati di presenza straniera in Italia: <http://demo.istat.it/>
11. I programmi di screening in Italia 2014. Zedig editore ([www.osservatorionazionalecancer.it](http://www.osservatorionazionalecancer.it)).

## 7. CONCLUSIONI FINALI



“Quando sono rotto le acque è arrivata l'ambulanza e aveva paura e non sapeva cosa aspettarmi, non li capivo a loro e non capivano a me”



“Testimonial of a culturally and linguistically diverse patient who compares past challenges to current improvements in the health system” è il titolo del video australiano da cui abbiamo tratto l'immagine e le parole qui sopra<sup>15</sup>.

La *testimonial* “culturalmente e linguisticamente diversa” è Lina, una donna italiana emigrata in Australia negli anni 60'. Allora non parlava l'inglese, non c'erano interpreti che la aiutassero, e il parto per lei è stata un'esperienza di solitudine e paura. Ma la competenza linguistica di Lina è limitata anche in italiano, a giudicare dal video, che in alcuni passaggi può risultare più comprensibile dai sottotitoli in inglese che dall'audio nella nostra lingua. La lingua nativa di Lina, infatti, è un'altra: un dialetto del sud.

Il video rispecchia in qualche maniera quello che ci è accaduto con questo documento: siamo partiti per parlare di immigrati e di screening, ma tutte le chiavi di lettura che abbiamo utilizzato ci hanno portato da qualche altra parte. Così è stato per le **disuguaglianze di salute**, che hanno messo in luce come i gruppi vulnerabili della popolazione, non solo gli immigrati, abbiano uno svantaggio che riguarda tutte le dimensioni della salute: l'incidenza (a parte pochissime eccezioni), la prevalenza, la mortalità. E ci hanno portato a riflettere sui determinanti sociali della salute: istruzione, occupazione, reddito, alloggio, coesione sociale.

Così è stato per la **health literacy**, che ha messo in risalto come le persone con minori competenze nel parlare e nello scrivere finiscono per avere una salute peggiore e a usare meno e male i servizi sanitari. E il fatto che tanti italiani sono analfabeti *funzionali*, cioè sono andati a scuola ma non riescono a capire una lettera, a trovare un ufficio seguendo una mappa, a compilare una domanda di lavoro se hanno bisogno di farlo.

Così è stato per la **mediazione interculturale sulla salute**, che ha evidenziato come non sono solo gli immigrati ad avere “culture”. Anche vivendo nello stesso paese e parlando la stessa lingua abbiamo culture e linguaggi dissimili. La sanità ne è un esempio, e dimostra come le “barriere culturali” riguardano entrambe le parti in gioco: operatori e utenti. E anche come il contesto politico, economico e sociale non può essere ignorato o etichettato semplicisticamente come “cultura”.

15. NSW Multicultural Health Communication Service (MHCS). AHS-9150 Video - Consumer testimonial 03 September 2013  
[http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/audioandvideo/video-resources#6=ita&b\\_start=0](http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/audioandvideo/video-resources#6=ita&b_start=0)

Così è stato con le **traduzioni**, le prime delle quali ad essere necessarie sono quelle in italiano, se le istituzioni vogliono farsi capire da tutti i cittadini cui si rivolgono di persona, sulla carta e sul web. E quando le traduzioni sono in un'altra lingua, è indispensabile che chi scrive i testi in italiano e i traduttori collaborino. Infatti, perché le traduzioni servano a qualcosa, occorre capire a chi sono dirette, come e perché.

Ritornando agli **immigrati** e agli **screening**, abbiamo visto che in alcune regioni gli immigrati hanno una partecipazione sì inferiore a quella degli italiani, ma maggiore di quella media nazionale e molto superiore, a volte più del doppio, di quella di alcune regioni del sud. Che cosa è successo in quelle regioni? Di certo non hanno coinvolto tutti gli immigrati in progetti "speciali". In genere, sono regioni che hanno avuto la capacità di offrire lo screening a tutta la popolazione. Come risultato, hanno un'estensione e un'adesione molto elevate. In altre parole, sembra che le realtà che "fanno funzionare" gli screening li fanno funzionare per tutti: italiani e immigrati.

Quello che abbiamo appena osservato è coerente con le raccomandazioni di chi da anni si occupa di immigrati, in Italia e in Europa. L'orientamento attuale, infatti, è quello di non affrontare il tema della salute degli immigrati con interventi frammentari, ma con risposte globali, inserite nelle politiche e nel sistema qualità delle aziende. È necessario, cioè, che le **aziende** diventino **"culturalmente competenti"**. Questo significa che devono agire sulle competenze relazionali degli operatori, sulle informazioni (prima di tutto quelle in italiano), sulla segnaletica, sulle barriere fisiche e organizzative, sui servizi di mediazione, sulle alleanze con le associazioni, sui sistemi informativi, sulla ricerca.

Ragionare in termini di organizzazioni culturalmente competenti significa ragionare in termini di **servizi orientati ai riceventi**. Questo può aiutare le aziende a contrastare le barriere linguistiche, organizzative e "culturali" che mettono a rischio l'appropriatezza delle cure e la qualità dei servizi **per tutti gli utenti, non solo per i gruppi minoritari e gli immigrati**. Verosimilmente, significa anche utilizzare meglio le risorse disponibili: diversi studi, infatti, hanno collegato servizi e informazioni poco accessibili a peggiori esiti di salute e a un uso meno appropriato delle prestazioni.

A volte, invece, sembra che le istituzioni affidino esclusivamente ai mediatori e ai traduttori il compito di rendere accessibili servizi e informazioni: **è come se le istituzioni sapessero sbilanciarsi solo sul fronte della diversità**. Ma focalizzare l'attenzione sulla diversità etno-culturale rischia di creare stereotipi, e di far trasparire una multiculturalità che è solo di facciata. Si rischia anche di non usare le risorse in maniera adeguata, perché spesso accade che i progetti non vengano né valutati né rinnovati, e che le traduzioni rimangano inutilizzate.

Quando **non** sono **inseriti in un'ottica di sistema**, progetti e traduzioni rischiano di diventare un alibi per non riflettere su quegli aspetti "strutturali" che, lo ripetiamo, sono penalizzanti per tutti gli utenti che si trovano in situazioni di fragilità, non solo per gli immigrati.

Torniamo al **video** con cui abbiamo aperto questo capitolo. Fino a qualche anno fa, poteva sembrarci un mondo distante quello in cui Lina aveva dovuto emigrare. Ma ora i nostri figli hanno ricominciato a farlo. E prima di Lina lo avevano fatto 24 milioni di italiani, in poco più di un secolo.<sup>16</sup>

Adesso, può anche sembrarci un'Italia più semplice quella di una trentina di anni fa, senza immigrati. Ma anche senza di loro, le cose sono irrimediabilmente cambiate. In un'Italia **senza immigrati, vivremmo comunque in un mondo multilingue e multiculturale**: per come sono andati evolvendosi l'economia, la tecnologia, i media, la scienza; per le guerre, i conflitti sociali, i disastri naturali e il web. Tutti questi elementi hanno creato una società "multipla", con cui è inevitabile confrontarsi. Una società globale, in cui ¾ delle persone parlano due o più lingue.<sup>17</sup> In questa realtà anche noi operatori della salute possiamo passare in un attimo da essere produttori di servizi e di informazioni a essere fruitori di altri servizi e di altre informazioni. Nella nostra lingua o in un'altra lingua. Nel nostro paese o in un altro paese. Quando dobbiamo trovare l'ufficio in cui abbiamo un appuntamento di lavoro, prendere

l'ultimo treno della metropolitana, stipulare un'assicurazione sul web, quello che può fare la differenza è **come quei servizi sono organizzati e offerti**. Se sono stati pensati per noi che ne abbiamo bisogno o per chi li produce. Perché capire e utilizzare le informazioni e i servizi non è sempre una questione binaria, di bianco e di nero: in mezzo, ci sono tante sfumature di grigio. Possiamo conoscere "un po'" una lingua straniera, oppure masticare "un po'" una tecnologia. In questi casi, un sito ben fatto o una mappa ben congegnata possono non farci perdere un aereo o farci trovare un medico quando ne abbiamo bisogno. Altrimenti, succede il contrario.

Per altre persone, quelle la cui fragilità non è temporanea, i poveri, i meno istruiti, gli anziani, gli emarginati la **competenza** di chi pianifica le informazioni e i servizi fa una differenza ancora più grande, anche in termini di impatto sulla loro salute.

Per questo documento, quindi, gli **immigrati** sono stati **una cartina di tornasole**, che ci ha fatto riflettere su modalità di accesso ai servizi sanitari che interessano tutti, e in cui tutti siamo (siamo stati o potremo essere) coinvolti.

E quando ci siamo imbattuti in questa poesia di Ndiok Ngana,<sup>18</sup> ci è sembrata un buon modo per concludere il nostro lavoro.

### Vivere una sola vita

Vivere una sola vita  
in una sola città,  
in un solo paese,  
in un solo universo, in un solo mondo  
è prigionia.

Amare un solo amico,  
un solo padre,  
una sola madre,  
una sola famiglia  
amare una sola persona  
è prigionia.

Conoscere una sola lingua,  
un solo lavoro,  
un solo costume,  
una sola civiltà  
conoscere una sola logica  
è prigionia.

Avere un solo corpo,  
un solo pensiero,  
una sola conoscenza,  
una sola essenza,  
avere un solo essere  
è prigionia.

16. Il più grande esodo della storia moderna. <http://www.emigrati.it/Emigrazione/Esodo.asp>

17. Tool 2. Five steps to improving communication with LEP populations. In: Hablamos Juntos. More than words toolkit. <http://www.hablamosjuntos.org/mtw/default.toolkit.asp>

18. "Prigionia" di Ndiok Ngana. Tratta dalla raccolta Nhindo nero, Edizioni Antherem, 1994. Video: <https://www.youtube.com/watch?v=FyIGiLAB0wM>. Nota: la parola "prigionia" - mok in basaa - non esisteva in Camerun prima dell'arrivo degli occidentali. E' stata creata dalla radice oko, che significa "maledizione" (citato da [http://www.didaweb.net/mediatori/articolo.php?id\\_vol=661](http://www.didaweb.net/mediatori/articolo.php?id_vol=661))



SCDO Epidemiologia dei Tumori  
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino  
Via Camillo Benso di Cavour 31, 10123 Torino

[www.cpo.it](http://www.cpo.it)