



Educazione
è Bologna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza Attività Territoriale
UOS NPIA Bologna Ovest

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Comune di Bologna



Centro Servizi Consulenza
Risorse Educative e Scolastiche

Mediazione e approccio transculturale

Materiali del corso di formazione per mediatori e operatori
dell'ambito educativo-scolastico e sanitario



APP training - 2017
Quaderni di approfondimento
del Centro RiESco

APP training – 2017

**Quaderni di approfondimento
del Centro RiESco**

UI Sistema Formativo Integrato Infanzia e Adolescenza
ottobre 2017

Testi di

- Dr.ssa Giulia Magnani, Dr.ssa Laura Massi, Dr. Alessandro Pellicciari (Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza dell'AUSL di Bologna)
- Leyla Dauki, Nadia Mohammed Abdelhamid (Associazione Antinea)

Indice

Introduzione.....	p. 5
Materiali del corso	
1- Introduzione alla clinica transculturale	p. 9
2- La mediazione culturale nel lavoro transculturale	p. 13
3- La mediazione culturale all'interno del gruppo di lavoro	p. 19
4- Crescere bilingue: ricchezza o difficoltà?	p. 21
 La voce dei mediatori.....	 p. 27
 Bibliografia.....	 p. 35

Introduzione di Raffaella Pagani

Il presente fascicolo restituisce un percorso formativo proposto all'inizio dell'anno educativo e scolastico 2016/2017 realizzato in collaborazione con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'ASL di Bologna. Il ciclo formativo è nato con l'obiettivo di offrire agli operatori dell'ambito educativo-scolastico e sanitario e ai mediatori linguistico culturali, con cui quotidianamente interagiscono, competenze e strumenti concreti per migliorare la comunicazione, lavorare in sinergia, condividere scelte e percorsi, facilitando dunque il percorso di mediazione.

Il Comune di Bologna, Area Educazione, Istruzione e Nuove Generazioni, offre dall'anno educativo scolastico 2014/2015 un servizio di mediazione linguistico culturale sia alle scuole del primo ciclo di istruzione sia ai servizi educativi 0-6 della città.

Si tratta di interventi pensati per aiutare a costruire relazioni di fiducia fra operatori dei servizi 0-6 e della scuola e famiglie straniere. Una particolare attenzione viene rivolta ai bambini che hanno fatto recentemente ingresso nei servizi per l'infanzia e nella scuola primaria e secondaria di I grado. Il servizio è attivato su richiesta delle scuole e dei servizi 0-6 e prevede l'erogazione sia di interventi a bassa soglia di complessità organizzativa (interpretariato, traduzione testi), sia di interventi che richiedono una maggiore attenzione ai bisogni specifici del minore e della famiglia e per i quali è necessaria una valutazione circa gli strumenti e gli approcci più idonei a rispondere al bisogno della scuola e della famiglia (colloqui con genitori del minore e con insegnanti e docenti, informazioni alle famiglie sull'organizzazione e sul funzionamento del servizio o della scuola, incontri con operatori ed insegnanti per la condivisione di strumenti utili all'inserimento del minore e alla partecipazione della famiglia alla vita educativa e scolastica del figlio.

In alcuni casi il mediatore è chiamato dalla scuola per partecipare ai Gruppi Operativi, ovvero incontri convocati dalla scuola o dal servizio educativo a cui partecipano specialisti dell'ASL in particolare della Neuropsichiatria infantile, con l'obiettivo di condividere scelte e percorsi per facilitare l'integrazione del bambino con disabilità.

I mediatori e le mediatrici hanno lamentato in molte occasioni la difficoltà ad intervenire in maniera efficace per facilitare la comprensione da parte della famiglia di ciò che viene discusso nell'ambito di questi gruppi operativi.

Spesso si tratta di incontri a cui partecipano molti operatori e in cui il mediatore ha il difficile compito di riportare alla famiglia le osservazioni, lo scambio fra operatori e domande.

In questo contesto il mediatore si trova di fronte a difficoltà legate all'aspetto della traduzione: risulta molto difficile tradurre il contenuto della discussione, poiché spesso gli operatori parlano a lungo e senza pause, e utilizzano un linguaggio complesso, che non tiene conto delle difficoltà di chi deve poi riportare il contenuto.

A volte gli operatori discutono su alcuni aspetti e il mediatore è in difficoltà a riportare per intero il contenuto ai genitori, che percepiscono come il mediatore operi una selezione dei contenuti al momento della traduzione. Il mediatore infatti non è un traduttore simultaneo e per la traduzione è necessario rispettare i tempi di chi deve ascoltare, memorizzare, restituire.

L'Unità Intermedia Sistema Formativo Integrato Infanzia e Adolescenza del Comune di Bologna, in particolare attraverso il Centro di Educazione Interculturale CD>>LEI, ha raccolto queste criticità segnalandole al Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'AUSL e condividendo con il personale clinico la necessità di una formazione specifica da rivolgere sia ai mediatori sia agli operatori clinici e ai docenti o educatori che partecipano ai Gruppi Operativi.

Da qui è nata quindi l'idea di realizzare un corso di formazione da dedicare a ciascuna delle due competenze (mediatori e operatori), da realizzare in collaborazione con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'ASL di Bologna, che vanta una lunga esperienza di lavoro con le famiglie e con utenti

stranieri in situazione di deficit o disagio e dunque di utilizzo delle competenze del mediatore.

Il percorso si è articolato in due moduli distinti:

Il primo, riservato ai mediatori linguistico culturali che operano sia in ambito educativo-scolastico sia sanitario, ha proposto quattro incontri dedicati ad approfondire temi quali:

- la mediazione culturale nel lavoro transculturale
- mediare e tradurre: glossari e limiti della traduzione
- la costruzione di un lessico condiviso fra operatori socio-sanitari e mediatori a partire dai principali quadri clinici in età evolutiva
- il ruolo del mediatore nei Gruppi Operativi
- strumenti per la valutazione delle competenze verbali e non verbali di bambini bilingui o non italofoni

Il secondo modulo, aperto al pubblico, in particolare ad insegnanti di L2, docenti delle scuole secondarie di 1° e 2° grado, operatori del Sistema Integrato 0-6 e clinici dell'ASL, si è articolato in tre incontri durante i quali è stato approfondito il ruolo dell'operatore scolastico o sanitario durante l'intervento di mediazione, e sono stati affrontati e ripresi temi quali:

- introduzione al lavoro clinico ed educativo in un contesto multiculturale
- la mediazione tra l'educativo e il sanitario
- l'operatore scolastico o sanitario nell'intervento di mediazione: condizioni per un intervento efficace
- organizzazione di un Gruppo Operativo e ruoli per facilitare l'efficacia della mediazione

Gli incontri sono stati condotti da:

Dott.ssa Giulia Magnani (Neuropsichiatra Infantile), Dott.ssa Laura Massi (Psicologa Psicoterapeuta), Dott. Alessandro Pellicciari (Neuropsichiatra Infantile), Unità Operativa Complessa Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Servizi Territoriali.



Materiali del corso

**a cura del Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e
Adolescenza dell'AUSL di Bologna**



1. Introduzione alla clinica transculturale

Il **concetto di cultura**: il termine cultura è inteso come un sistema di conoscenze, concetti, regole e pratiche che vengono appresi e trasmessi da una generazione all'altra. La lingua, la religione, la spiritualità, la struttura familiare, i rituali cerimoniali e i costumi, sistemi morali e legali. Le culture sono sistemi DINAMICI che subiscono cambiamenti (la maggior parte degli individui sono esposti a culture diverse che possono essere utilizzate per formare la propria identità). La crescente mobilità, i matrimoni misti e la mescolanza di culture hanno portato alla definizione di nuove identità etniche miste, multiple o ibride. Il nostro background culturale lascia tracce nel nostro comportamento, crea radici e modi di comunicare che ci differenziano dagli altri.

La cultura quindi è uno strumento in continua evoluzione con cui noi scandiamo il nostro sistema di valori.

La cultura è stata definita come un insieme di significati, norme comportamentali, valori e le pratiche utilizzate dai membri di una società particolare, in base a come si costruiscono la loro visione unica del mondo. Come tale, la cultura conduce profondamente ogni aspetto della vita e della salute.

Il concetto di IDENTITÀ ha un significato Psicologico perché si riferisce alla percezione che ogni individuo ha di se stesso, cioè della propria coscienza di esistere come persona in relazione con altri individui, con i quali forma un gruppo sociale (per esempio: famiglia, associazioni, nazione, ecc...). Questa percezione di identità non è solo individuale. È il riconoscimento reciproco fra l'individuo e la società. Essa comporta un aspetto soggettivo (la percezione del fatto che gli altri riconoscono l'individuo la sua identificazione e la sua continuità).

Quando si affronta il concetto di identità culturale di una persona ci si riferisce alla sua identità globale, cioè una costellazione di svariate identificazioni particolari riferite ad altrettante appartenenze culturali distinte, in processo dinamico costante.

La **psichiatria culturale** è rappresentata dall'incontro di discipline che avevano un interesse dell'impatto della cultura sul comportamento e sulle esperienze dell'uomo. Nasce da una serie di incontri di persone con diversi background culturali che hanno cercato di dare un significato a quegli aspetti che sembrano psicopatologici ma che possono avere origine culturale.

Ci sono evidenze cliniche che ignorare la differenza culturale e i differenti sistemi di salute contribuisca ad una disparità nelle cure. I sistemi sanitari rispondono alla diversità in due modi coinvolgendo il paziente in un processo di cura integrandolo oppure costringendo il paziente ad aderire alle cure sanitarie previste dallo stato ospitante.

Nel caso in cui non si riconosce l'importanza del contesto culturale di vita e delle origini del paziente, può accadere che il concetto di diversità culturale invece di arricchire diventi un modo per spiegare errori di comunicazione e la così detta non Compliance del paziente, quindi l'integrazione culturale nella diade (medico-paziente) non rappresenti un modello positivo ma bensì negativo perché impedisce la comunicazione e la cooperazione.

Il colloquio clinico è una condizione di disparità di potere e di autorità. Il paziente è solitamente in uno stato di vulnerabilità e di incertezza, dipende dal medico per ricevere informazioni, chiarificazione, il comfort e la cura. Il clinico lavora in un contesto ben definito da istituzioni e competenza tecnica.

Diversi studi sottolineano come in un colloquio clinico, il medico tende a dominare tendendo a dirigere la conversazione, limitando la capacità dei pazienti di presentare aspetti della loro malattia, della sua esperienza di cura e dalla sua cultura di appartenenza considerandoli aspetti irrilevanti per una diagnosi. (Mishler, 1984). Inoltre come per il paziente che proviene da un altro luogo ha una sua storia anche il clinico ce l'ha e quindi bisogna che ci si metta in discussione rispetto a come vivo quello che l'altro mi dice.

La Neuropsichiatria Infantile (NPI) svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per disturbi di natura neurologica, neuropsicologica, psicologica e psichiatrica del bambino e dell'adolescente. L'ambulatorio multiprofessionale:

- offre alla famiglia una rapida valutazione diagnostica.
- Permette di cogliere maggiori elementi di valutazione e di avere lo spazio fisico e mentale per un confronto rapido
- Permette di attivare più velocemente i percorsi di approfondimento verso altre figure professionali e verso i Centri specialistici utilizzando protocolli condivisi, si renderanno più omogenei i percorsi di valutazione secondo i criteri della evidence based medicine e di conseguenza anche il tipo di presa in carico.
- Valorizzazione delle singole competenze professionali

La valutazione prevede 4 incontri

- Primo incontro : accoglienza/anamnesi
- Secondo incontro: Osservazione clinica e osservazione del gioco/interazione madre bambino
- Terzo incontro : somministrazione test clinici
- Quarto incontro: Restituzione

A seguito potrebbe esserci un invio ai centri Specialistici che sono: Centro prima Infanzia; Casa del Giardiniere; Ce.Re.Di.Li.Co; Centro Regionale ADHD; Day Service (Semiresidenza); centro transculturale. Il mediatore culturale durante il percorso di valutazione di una famiglia che proviene da un altro background culturale potrebbe interfacciarsi con diverse figura professionali che sono: il medico, il psicologo, il logopedista, il tecnico della riabilitazione, scuola.

Il ruolo del Mediatore all'interno del contesto Sanitario ha una valenza importantissima perché da una parte svolge ha il compito di traduttore del significato delle parole e dall'altro traduce il contesto culturale, da un significato al ruolo nel paese di origine del paziente e spiega eventuali simbolismi. Nel contesto sanitario, per l'immigrato, il suo paese di origine è assente, ciò dovrebbe essere occupata dal Mediatore che si trasforma nel riferimento della proprio cultura. Se ciò non avviene potrebbe portare il paziente a vedere il mediatore non come linea di sostegno tra culture ma bensì come colui esterno che mi dice di adattarmi al contesto in cui vivo. La comunicazione verbale è centrale per la diagnostica e le attività terapeutiche di tutti gli operatori sanitari. All'interno del processo anamnestico il mediatore deve cercare oltre che aiutare la comprensione dei sintomi per il paziente, dovrebbe riuscire attraverso esempi (condivisi), attraverso la comunicazione non verbale riuscire a creare una LINEA INVISIBILE tra medico, paziente e mediatore.

Il colloquio clinico

Affinché il mediatore culturale esprima nel modo migliore la sua competenza ed equilibrio, deve integrato la propria storia di immigrato.

Il mediatore dovrebbe riuscire a svolgere un processo di decentramento, inteso come un processo che lo porti ad avere un insieme di strumenti di analisi che lo aiutano a comprendere quali siano gli impedimenti della comunicazione; cercare di non rappresentarsi l'immigrato in modo stereotipato ma cogliere la sua complessità culturale. L'intento all'interno del colloquio clinico è RIUSCIRE A RIORDINARE E DISTANZIARE I PROPRI VISSUTI EMOTIVI RISPETTO A Ciò CHE IL PAZIENTE DICE. La valutazione psichiatrica ha diversi obiettivi:

- identificare i bisogni clinici del paziente e preoccupazioni;
- riconoscere i sintomi, comportamenti e le esperienze che possono indicare in modo specifico la psicopatologia e fare una corretta diagnosi clinica;

- la raccolta di informazioni su un paziente di storia personale e il contesto sociale, al fine di
- capire la loro malattia nel contesto della loro biografia e vita circostanze;
- identificazione fonti di forza e resistenza che possono essere mobilitato per aiutare interventi;
- sviluppare e sostenere empatia clinica, rapporti, e un'alleanza di lavoro.

All'interno di un contesto clinico è importante avere degli accorgimenti come:

- **ATTEGGIAMENTO VALUTATIVO O GIUDIZIO MORALE:** evitare di fare riferimento a norme o valori considerati come assoluti o oggettivamente positivi. Evitare di esplicitare disapprovazione moralistica (spesso contaminata da una precisa matrice culturale, quindi parziale e non esaustiva nella relazione con i migranti);
- **INTERPRETAZIONE:** essere sempre coscienti del rischio di spiegare e spiegarsi ciò che viene detto secondo determinate categorie precostituite, che affondano le loro radici nella cultura e nelle teorie epistemologiche di riferimento;
- **CONSOLAZIONE:** evitare di fornire rassicurazioni minimizzando l'importanza della situazione o fornendo una deformazione irrealistica della realtà;
- **ATTEGGIAMENTO INQUISITORIO:** evitare di fare domande per ottenere ulteriori risposte considerate indispensabili per comprendere la situazione, dal punto di vista dell'operatore. In altre parole non cercare di forzare attraverso scorciatoie i tempi dell'utente, che invece si possono ridurre proprio nell'instaurazione di una positiva relazione.

Disturbi psicopatologici

Il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (**ADHD o DDAI**) è un disturbo neuropsichiatrico ad insorgenza prima dei sei/sette anni con prognosi variabile, caratterizzato da un livello di inattenzione e/o iperattività-impulsività non adeguato rispetto allo stadio di sviluppo.

I sintomi sono

- Disattenzione: sintomo che spesso rimane come l'aspetto principale in età adulta
- Iperattività: è l'aspetto saliente in infanzia ma tende ad essere meno significativo in età adulta.
- Impulsività: spesso difficile da distinguere da comportamenti oppositivi.

Il bambino con ADHD ha difficoltà a rispettare le regole soprattutto quando gli viene chiesto di stare fermo o attento e l'aggressività si manifesta per lo più quando trova un ostacolo (percezione realistica e persecutoria della realtà esterna).

Dagli studi presenti in letteratura emerge una differenza osservata nelle femmine soprattutto per ciò che riguarda la lentezza esecutiva e ritardo negli apprendimenti.

La diagnosi di ADHD è essenzialmente clinica ed è basata su informazioni raccolte da fonti multiple sul comportamento e sulla compromissione funzionale del bambino. Non esistono test diagnostici specifici, ma l'utilizzo di strumenti standardizzati permette di:

- misurare la severità del disturbo,
- individuare patologie in comorbidità,
- seguire l'andamento

La diagnosi di **Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)** si applica a bambini che esibiscono livelli di **rabbia** persistente ed evolutivamente inappropriata, irritabilità, comportamenti provocatori e opposività, che causano *menomazioni nell'adattamento e nella funzionalità sociale*. Un bambino al quale viene posta questa diagnosi, deve mostrare tali sintomi in maniera persistente per almeno 6 mesi e i sintomi devono causare menomazione nel funzionamento personale e sociale. Una storia precoce di DOP è spesso presente in bambini che vengono successivamente diagnosticati come Disturbo della Condotta (DC). Il DOP emerge solitamente in maniera più precoce (di solito intorno ai 6 anni) rispetto al DC

(età di esordio intorno ai 9 anni). Ad ogni modo, molti bambini vengono diagnosticati come DOP in età preadolescenziale.

Il Disturbo Post traumatico da Stress (PTSD) è un disturbo mentale comune. In psicologia e psichiatria il PTSD è l'insieme delle forti sofferenze psicologiche che conseguono a un evento traumatico, catastrofico o violento. A prescindere dal fattore che lo scatena causa un disagio clinicamente significativo o una compromissione delle interazioni sociali, della capacità di lavorare o altre importanti aree di funzionamento di un individuo. Il PTSD può svilupparsi dopo che una persona è stata esposta a uno o più eventi traumatici, quali incidenti stradali, aerei, terremoti, **aggressioni sessuali, terrorismo o altre minacce alla vita di una persona.**

2. La mediazione culturale nel lavoro transculturale

Introduzione

Il lavoro di mediazione culturale risulta oggi necessario, oltre che nella salute mentale, in molti altri contesti: scuola e sistema educativo, sistema legale, servizi sociali, ecc. Nel corso di queste giornate di formazione faremo riferimento, in generale, al lavoro dell'interprete all'interno della Comunità = "interprete in un setting istituzionale di una data società nella quale operatori del servizio pubblico e soggetti individuali non parlano la stessa lingua" (Pöchhacker, 2003). Questo tipo di mediazione (Comunitaria) risulta molto differente dal lavoro dell'interprete in altri contesti (conferenze, per esempio), sia perché qui si riproducono conversazioni piuttosto che monologhi, sia perché nel colloquio clinico o scolastico l'interprete diventa parte fondamentale dell'interazione, non restando un semplice spettatore.

Lavorare con i mediatori culturali è essenziale in ogni pratica di lavoro transculturale, qualunque sia il contesto istituzionale. In particolare, nelle pratiche di cura inerenti la salute mentale, il linguaggio rimane il principale veicolo di comunicazione, fondamentale per costruire un'alleanza, ottenere informazioni, comprendere il funzionamento e lo stato mentale del paziente. In una consultazione transculturale, inoltre, la conoscenza del contesto socioculturale del paziente risulta fondamentale e questo dà centralità al ruolo del mediatore nella sua funzione di traduttore della cultura e del contesto sociale del paziente. Secondo Georges Mounin (fra i primi studiosi a trattare in modo sistematico i problemi della traduzione) "l'interprete deve possedere... la padronanza non solo della lingua che traduce ma della cultura che vi è legata, perché nella lingua parlata sorgono ad ogni istante proverbi, allusioni alla vita del Paese, ai suoi sport, alle spiritosaggini rituali, alla letteratura".

Il lavoro di traduzione e di mediazione culturale sono distinti, seppur parzialmente sovrapposti. Occorre, tuttavia, porre attenzione nel momento in cui si richiede alla persona che svolge la traduzione di assumere un ruolo di mediatore della cultura, in quanto il ruolo di "informatore culturale" porta con sé il concetto rischioso, l'assunzione implicita che la cultura sia monolitica e che possa essere riassunta per poter essere resa usufruibile facilmente dagli operatori.

Come ultimo punto, considereremo il ruolo svolto dagli aspetti organizzativi interni all'istituzione in cui si svolge la mediazione (la mediazione avviene all'interno di un'istituzione che ha una propria organizzazione - cosa può chiedere il mediatore all'istituzione e cosa l'istituzione può chiedere al mediatore). Ogni messaggio, infatti, viene sempre pronunciato nel quadro di un particolare ambiente di lavoro (scuola, ambulatorio, ecc.): insomma, in un contesto. Il contesto può essere considerato un "ipertesto" di cui l'interprete potrà servirsi per prepararsi.

La mediazione culturale come imperativo etico

La comunicazione verbale risulta centrale al fine di poter svolgere un adeguato e corretto processo diagnostico e terapeutico. Nel lavoro clinico, scolastico, educativo e sociale risulta centrale poter ottenere dalla famiglia un reale consenso informato, riuscire a fornire spiegazioni e assicurare privacy. Le barriere linguistiche costituiscono un ostacolo maggiore e farne a meno può costituire una pratica di malasanità o addirittura rappresentare una violazione dei diritti umani, etici e civili.

La letteratura scientifica riporta molti esempi in cui la mancanza di un'adeguato servizio di mediazione culturale porta a bassa qualità dei Servizi o una diminuzione nell'accesso (barriere).

Quindi, la mediazione rappresenta un imperativo etico per assicurare un uguale accesso alla cura e all'educazione. In pratica tutti i codici etici e gli standard di pratica clinica enfatizzano tre problemi di base nel lavoro con gli interpreti:

- privacy

- accuratezza o completezza
- imparzialità o neutralità.

In psichiatria e psicoterapia esistono due correnti di pensiero a questo proposito:

1. la neutralità nella traduzione è impossibile: errori da parte dell'interprete sono sempre potenzialmente possibili; per questo motivo, per alcuni è impossibile offrire un una reale cura psicologica attraverso un interprete;
2. la neutralità non è possibile e di questo va tenuto conto, costruendo una relazione collaborativa tra il clinico e l'interprete.

Nei modelli collaborativi l'interprete viene integrato come membro dell'equipe. Questo è, per esempio, il caso della consultazione transculturale, dove si stabilisce una relazione con i mediatori regolarmente usati nella consultazione. In questo modello si dà per scontato che il mediatore non possa trasmettere solo informazioni, così come è scontata la difficoltà di ottenere una neutralità.

Innanzitutto da un punto di vista pragmatico il mediatore non può evitare di inserire almeno in minima parte la propria conoscenza e prospettiva all'interno e dell'interazione, sia verbalmente sia in modo non verbale. Gli interpreti dunque fanno parte dell'equipe di lavoro, e la propria identità e posizione sociale influenzano l'interazione.

Questo dato non rappresenta un problema se il mediatore e l'operatore condividono un approccio centrato sul paziente: ciò che è essenziale è l'abilità dell'operatore di essere sensibile al complesso impatto dell'interprete sulla interazione clinica così da assicurare che il processo proceda in un modo costruttivo. E' comunque necessario un livello base di neutralità professionale, che permetta di focalizzarsi sui bisogni del paziente (esempio: livelli eccessivi di identificazione del mediatore con il paziente che gli impediscono di svolgere correttamente il proprio ruolo).

L'identità dell'interprete (l'influenza delle caratteristiche personali)

Sebbene nella pratica mediatori siano usualmente scelti sulla base delle proprie competenze linguistiche, è molto importante considerare che altre loro caratteristiche possono rappresentare un problema (o una risorsa) nell'interazione: queste caratteristiche includono l'età, il genere, il livello socioeconomico, il livello educativo, l'appartenenza etnica e la religione.

Il mediatore e l'operatore devono essere consapevoli delle numerose variabili che possono influenzare la posizione del mediatore di fronte al paziente: linguaggio, origine geografica, gruppo etnico, appartenenza religiosa, classe sociale, livello educativo e orientamento politico.

Per le tematiche relative al genere, diversi studi hanno mostrato che la presenza di un interprete professionale tende a ridurre le barriere comunicative legate al genere all'interno della consultazione; sotto questo versante gli interpreti che hanno avuto un training anche in mediazione culturale sono maggiormente abili nel gestire le complessità legate al genere.

Regole generali:

1. è importante **discutere dei potenziali conflitti con il mediatore** e porre attenzione ad essi nel corso dell'interazione (alcuni potenziali conflitti possono essere individuali prima, ma altri possono emergere nel corso dell'interazione).
2. nonostante gli sforzi per individuare il match appropriato fra paziente e mediatore, pazienti e mediatori possono avere reazioni imprevedute uno verso l'altro al momento del loro incontro che devono essere **negoziare prima di iniziare il lavoro**.

Queste due regole sono fondamentali perché la **fiducia** è fondamentale in ogni incontro, clinico o educativo. Per rafforzare la fiducia nel sistema, il paziente può/deve avere un ruolo nella scelta dell'interprete.

L'organizzazione dei servizi: punti centrali nel lavoro con i mediatori culturali

Poter lavorare in modo efficace con i mediatori culturali va oltre la lista di suggerimenti tecnici centrati sulla relazione operatore-mediatore. Un lavoro efficace richiede cambiamenti a livello di politiche sanitarie ed educative, a livello del sistema di cura ed educativo, a livello delle istituzioni e dell'organizzazione dei servizi.

Ad oggi non è ancora possibile affermare che i mediatori culturali e gli interpreti godano di un reale riconoscimento sociale, sia in ambito educativo sia sanitario, del proprio lavoro e i tentativi di rendere gli interpreti parte della routine della pratica clinica e scolastica rischiano di fallire in assenza di un tale riconoscimento.

Elenco di alcune risorse fondamentali all'interno dell'organizzazione dei Servizi, richieste a livello Istituzionale per rendere efficace il lavoro svolto dai mediatori:

- a) spesa economica: la letteratura mostra come un corretto utilizzo di mediatori riduca i costi e migliori la qualità di cura: i pazienti che non sono assistiti e trattati in modo adeguato a causa di una mancanza di comunicazione possono andare avanti nel ricercare cure aggiuntive nel tentativo di trovare una cura adeguata. Questo è importante non solo per una singola istituzione ma per tutto il sistema curante o educativo e per l'intera società.
- b) importanza che il sistema istituzionale consideri la necessità di un **tempo aggiuntivo** (ricerche mostrano che è richiesto almeno il 40% in più di tempo qualora si lavori con un mediatore);
- c) gli interpreti necessitano di un training specifico relativo alla salute mentale ed educativo. I mediatori possono trovare il lavoro in questi contesti particolarmente faticoso o stressante, per esempio per l'alto carico emotivo. I mediatori che lavorano con i **bambini e le famiglie necessitano di un training aggiuntivo** per poter essere in grado di rivolgersi al bambino in un modo appropriato all'età e per dare informazioni corrette relativamente al linguaggio verbale e non verbale del bambino.
- d) anche i professionisti scolastici e sanitari necessitano di un training specifico sulle modalità di lavoro con gli interpreti: **lavorare con i mediatori richiede un cambiamento nel modo di pensare in termini di interazione, che muta da diadica a triadica.**
- e) e) il linguaggio è solo un aspetto della cultura e lavorare con gli interpreti deve essere integrato
- f) con formazioni più ampie in competenza culturale: si avrà esito positivo se **l'incontro clinico**
- g) **sarà visto/vissuto come un processo di comunicazione e negoziazione all'interno di un contesto sociale.**
- h) i mediatori hanno bisogno di un **luogo dove stare**: fornire uno spazio fisico per gli interpreti fa parte del loro riconoscimento istituzionale e della loro reale integrazione nel luogo di cura.
- i) sarebbe importante includere i mediatori nelle riunioni di equipe o negli incontri di supervisione dei casi.

Gli operatori che svolgono l'accoglienza giocano un ruolo fondamentale nella comprensione delle esigenze comunicative e linguistiche dell'utente. È fondamentale che l'operatore all'accoglienza specifichi all'utente che **i membri della famiglia non dovrebbe assumere il ruolo di mediatori professionali.**

L'utilizzo di mediatori informali (quali membri della famiglia, amici o altri operatori utilizzati come mediatori) è fortemente sconsigliata perché ha conseguenze negative potenzialmente serie:

- i membri della famiglia rischiano di diventare i principali interlocutori durante la consultazione/l'incontro, rispondendo al posto del paziente (possono, per esempio, decidere di non comunicare/trasmettere delle parti del discorso dell'utente perché pensano che esulino dall'interesse degli operatori oppure non tradurre alcune affermazioni degli operatori in modo da controllare le decisioni del proprio parente);
- nel caso di un minore che traduca per un proprio parente (genitore, nonno, zio...) l'operatore

dovrà evitare problemi sensibili che potrebbero colpire affettivamente il bambino o la relazione bambino adulto. Il bambino potrebbe anche avere ridotte capacità di tradurre problematiche complesse. C'è il rischio di una "**genitorializzazione**" o "**inversione di ruoli**" che mina le relazioni di autorità tradizionali presenti all'interno della famiglia e può esporre il bambino ad un alto stress o giungere a rappresentare un evento traumatico.

- nel caso di un adulto che medi per un altro membro della famiglia (es.: marito che media per la moglie) vi è il rischio di non poter avere una prospettiva esterna all'utente, come quella fornita dal mediatore. Infine, per poter garantire un'alleanza di lavoro e una continuità di cura, **è buona pratica lavorare con lo stesso mediatore per uno stesso utente**. La continuità è importante per rafforzare la squadra di lavoro fra operatori e mediatore. Per gli utenti i cambiamenti nell'equipe di lavoro possono causare stress e disorientamento; i pazienti sviluppano alleanza e attaccamento con l'interprete e una sostituzione brusca può causare una perdita di fiducia e di sicurezza.

Aspetti del linguaggio da considerare nel processo di mediazione culturale

Analizzare i differenti aspetti del linguaggio ci permette da un lato di avvicinarci maggiormente nella comprensione di ciò che ci dicono gli altri, dall'altro di individuare quegli aspetti della nostra comunicazione che non trasmettono il messaggio voluto.

È provato che la comunicazione non verbale influisce maggiormente sull'effetto desiderato rispetto a quella verbale. Quando messaggi verbali e non verbali sono in conflitto, il contenuto verbale viene praticamente ignorato. Nel comportamento sociale umano il canale non verbale viene utilizzato per negoziare atteggiamenti interpersonali, mentre quello verbale è utilizzato principalmente per trasmettere informazioni.

La comunicazione verbale

La comunicazione è sempre verbale e non verbale.

Considereremo inizialmente gli aspetti verbali della comunicazione, passando progressivamente dai livelli più concreti/letterali a quelli più astratti/meno letterali della comunicazione.

1. **Informare ed essere informati:** la prima responsabilità dell'interprete consiste nell'informarsi e informare. E' importante non farsi cogliere impreparati: occorre che il mediatore parli con gli operatori e chieda loro di aiutarlo a farsi un'idea dell'incontro; farsi spiegare dagli operatori i concetti sconosciuti e, in mancanza di vocaboli in lingua, **decidere con l'operatore quando per quel vocabolo si opterà per una soluzione diversa rispetto al termine preciso**. Si tratta, in definitiva, di coinvolgere gli operatori nel lavoro di interpretazione, servirsi della loro conoscenza tecnica.
2. **Forma o presentazione:** per forma si intende come l'interprete "presenta" il discorso; si potrebbe giustamente dire come "interpreta" il discorso. Nel riportare i fatti di un discorso in genere si ha la tendenza ad elencarli in modo cronologico, dal passato al presente e viceversa, dimenticando gli eventuali rapporti di causa-effetto o di tesi-antitesi, di affermazione, confutazione e conclusione. Al contrario, è importante che il mediatore **non dimentichi di prestare attenzione ai segnali indicatori del pensiero**, parole che possono suggerire sviluppi della trattazione, rapporti, effetti. A volte c'è la tendenza semplicemente ad elencare i dati salienti della storia, tralasciandone i nessi, elementi che pongono le maggiori difficoltà a chi riferisce un discorso, senza i quali tuttavia il filo logico si perde; i nessi logici movimentano il pensiero e il ragionamento, rappresentano gli "indicatori di pensiero".
3. Sistema di **presa di appunti:** nella mediazione consecutiva è importante prendere appunti. La

- modalità di presa di appunti si basa su un codice simbolico, fatto di parole-chiave, di abbreviazioni, disegni e di simboli grafici.
4. Funzione di “angelo custode” del mediatore: quando il paziente desidera dialogare direttamente con l'operatore, non utilizzando direttamente la presenza del mediatore, quest'ultimo mantiene comunque una funzione importantissima, di "angelo custode" che interviene solo in caso di necessità, offrendo ora la parola mancante, ora un sostegno morale, complimentandosi per l'ottima conoscenza della lingua e così via.
 5. **Ascoltare "fra le righe"**: l'interpretazione si svolge sempre a livello interlinguistico e interculturale, quindi il mediatore è chiamato ad operare una riformulazione del contenuto per adattare la forma del messaggio a chi lo deve ricevere nella lingua di arrivo. Oltre alle parole del messaggio, il nostro ascolto attivo si deve indirizzare anche verso i canali non verbali (tono della voce, prosodia, ecc.) per poter avere un quadro più completo del contenuto (esempi: bisogna chiedersi perché l'oratore sottolinei sempre una data parola, invece di un'altra.). L'interprete riesce a "indovinare" le intenzioni dell'oratore e a trasmettere, insieme al messaggio verbale, anche i sentimenti e le emozioni di quest'ultimo.
 6. **Parafrasare**: la parafrasi obbliga ad approfondire il senso ed il messaggio, permette di capire che non bisogna "tradurre" ma comunicare ciò che si è precedentemente compreso. Importante: **il mediatore deve comunicare all'operatore di riferimento se sta parafrasando**. *Flessibilità vs contorsionismo*: forse la qualità più importante per un mediatore è la flessibilità mentale con la quale riesce a far fronte all'incontro delle parole altrui; chiaramente, tuttavia, non si sta parlando di contorsionismo, qui si tratta di allargare l'orizzonte, aprire la mente, vedere le cose (e le parole) da tutti i punti di vista.
 7. **Tecnica della visualizzazione**: "La nostra psiche non pensa mai senza immagini" (Aristotele, *Sull'anima*). Bisogna saper ascoltare e vedere per meglio ricordare: imparare a costruirsi delle fotografie mentali, suscitate dal discorso del paziente, aiuta a sostenere la memoria.
 8. Il **pensiero laterale** (uscire dagli schemi): il termine "lateral thinking" fu coniato nel 1967 da Edward de Bono, didatta nell'insegnamento del pensiero: lo scopo del pensiero laterale è quello di fornire un mezzo per cambiare procedure. Il pensiero laterale ci induce a ricreare nuovi schemi, anziché aspettare lo sbaglio o l'errore per cambiare le nostre procedure in atto o gli schemi precedentemente utilizzati. È una forma creativa che analizza situazioni diverse e ci induce alla flessibilità mentale. Spesso un'alternativa che sfugge risulta ovvia solo retrospettivamente, dopo che viene suggerita da un'altra persona. Chi lavora con la traduzione è ben consapevole del gran valore da trarre dai vari dizionari in commercio, non per le risposte che ci offrono, ma per i "rimandi", i quali spesso portano a delle soluzioni azzeccate. Le nostre parole (grazie alla flessibilità mentale, vedi anche più sopra) tracciano un sentiero che spesso cambia direzione.

La comunicazione non verbale

Accade che ci si dimentichi che ciò che viene richiesto è la "comunicazione" di un messaggio. "Comunicare" vuol anche dire mantenere un contatto oculare con chi ascolta, far parlare i nostri gesti per meglio trasmettere il significato del nostro eloquio. Riportare una serie di dati non significa niente se ciò non viene pronunciato in maniera convincente. All'inverso, essere consapevoli che si trasmettono informazioni attraverso il proprio corpo può aiutare moltissimo il mediatore nel proprio lavoro, così come il clinico e l'insegnante. Ma quale ruolo gioca la comunicazione non verbale e come contribuisce a quella verbale? Come prima risposta iniziale, potremmo dire che la comunicazione non verbale funziona in 3 modi ben diversi:

- comunica atteggiamenti interpersonali ed emozioni
- agisce da supporto alla comunicazione verbale
- e infine può sostituire la comunicazione verbale.

Analizziamo brevemente i segnali non verbali più significativi per quanto riguarda il settore della traduzione, che sono quelli del movimento del corpo e della mimica facciale, la rispettiva relazione con lo spazio circostante e soprattutto gli aspetti non linguistici della comunicazione orale.

Tutti questi segnali agiscono a livello globale (ipertesto) e vengono interpretati uno in relazione all'altro.

1. **La prossemica:** termine coniato dall'antropologo americano Edward Hall per definire lo studio dell'**uso che le persone fanno dello spazio sociale e personale**. Egli sosteneva che esiste una "distanza confortevole", che varia a seconda delle diverse culture, che spiega, quindi, perché i tavoli di un bistrot francese siano così ravvicinati l'uno all'altro e anche perché nei Paesi del Medio Oriente e dell'America Latina gli uomini sono soliti parlarsi a una distanza troppo ravvicinata per i nordici. I cambiamenti di prossimità vengono considerati segnali del desiderio o di iniziare un incontro o di terminarlo, ovviamente accompagnati da altri messaggi adeguati. La prossemica segnala anche atteggiamenti interpersonali.
2. **Movimenti e gesti:** i gesti sono movimenti delle mani, dei piedi o di altre parti del corpo. Alcuni intendono comunicare precisi messaggi, altri sono segnali sociali involontari che a volte rischiano di essere male interpretati. Lo studio della comunicazione mediante i gesti e i movimenti del corpo si chiama **cinèsica**. Sebbene **il significato di un gesto possa variare fra le diverse culture**, esistono gesti che hanno lo stesso significato in molte di esse. Si trasmettono in questo modo stati emotivi, nonché tutta una serie di comunicazioni che stanno a completare ciò che comunichiamo verbalmente.
3. La mimica facciale: l'espressione del viso è governata dai movimenti degli occhi, delle sopracciglia, della bocca, ecc... La mimica facciale risulta parzialmente controllabile (è per questo motivo, per esempio, che si vede un sorriso al posto di una smorfia quando l'occasione lo richiede...) La mimica facciale riesce a dare un "feedback" su ciò che viene comunicato da un'altra persona: le sopracciglia forniscono un supporto continuo in questo senso, come anche la zona intorno alla bocca.
4. L'uso degli occhi: come ben noto, gli occhi sono potenti comunicatori non verbali. I movimenti degli occhi giocano un ruolo importante nel sostenere il flusso dell'interazione. I movimenti degli occhi svolgono alcune importanti funzioni nell'interazione sociale. Si guarda mentre si ascolta per ottenere informazioni visive che integrino le informazioni uditive: le espressioni del volto e i gesti commentano e illustrano ciò che viene detto. Si guarda mentre si parla per ottenere un feedback dall'interlocutore. Lo sguardo può, inoltre, indicare l'inizio di un'interazione, come anche la dimostrazione di atteggiamenti o emozioni. Il feedback, nella forma di uno sguardo ricambiato, indica l'accettazione o meno della situazione.

Aspetti non linguistici della comunicazione verbale

Si sa che si possono pronunciare le stesse parole in tanti modi diversi, comunicando espressioni emotive ed anche significati diversi. Entrano in gioco vari aspetti della voce:

- altezza
- timbro
- tono
- velocità
- qualità della voce (per esempio, rauca o suadente).

Questi aspetti della comunicazione verbale sono correlati, anche se non perfettamente, a stati emotivi (per esempio, una persona ansiosa tende a parlare più velocemente e con un timbro più alto; una persona depressa parla lentamente e con un timbro più basso; invece la persona aggressiva parla a voce alta).

3. La mediazione culturale all'interno del gruppo operativo

Si riportano alcuni suggerimenti per la conduzione di un gruppo operativo in presenza di un mediatore culturale (tratti dalle Linee Guida pubblicate da Bischoff & Loutan, 2008; Montreal's Inter-Regional Interpreters Bank). Questi suggerimenti possono riferirsi alla mediazione culturale condotta in ogni situazione di cura, sanitaria o educativa.

Non si tratta ovviamente di prescrizioni, di ciò che bisogna o non bisogna fare, ma di principi generali che devono essere applicati in modo flessibile, sempre tenendo in considerazione le particolarità del contesto.

Prima del gruppo operativo

- a) Ogni volta che è possibile è necessario **contattare il mediatore prima dell'incontro**, per fornire alcune informazioni generali riguardo il bambino e il nucleo familiare e per chiedergli se si sente a suo agio, disponibile a lavorare per quell'utente (es.: situazioni di trauma o storie di vita simili; famiglia già conosciuta all'esterno; parente con patologia simile). Questo permette di scoprire in anticipo potenziali motivi di conflitto o errori nella scelta del mediatore.
- b) Ricordare insieme le regole base della mediazione (privacy; accuratezza nella traduzione; possibilità di integrare e aggiungere quando necessario, ma sempre distinguendo i commenti del mediatore dalle dichiarazioni dell'utente).
- c) Concordare insieme il tempo, **la durata dell'incontro**;
- d) Ricordare a tutti gli operatori presenti (mediatore, clinici, insegnanti, ecc.) che tutto ciò che viene detto durante l'incontro è protetto da privacy;
- e) Chiedere al mediatore di tradurre ogni cosa che viene detta e di comunicarci quando non è possibile fare una traduzione accurata;
- f) Chiedere al mediatore di segnalarci e descriverci le proprie impressioni riguardo i sentimenti e le emozioni dell'utente, specificando che siamo consapevoli della difficoltà di questo compito;
- g) Chiedere all'interprete di dirci quando non è sicuro del significato di una comunicazione verbale o non verbale dell'utente;
- h) **Organizzare il setting** in modo che sia l'utente sia l'operatore possano vedere l'interprete e vedersi entrambi; collocare tre sedie disposte a triangolo è usualmente il modo migliore per raggiungere questo obiettivo. Il mediatore, comunque, deve sempre essere seduto vicino all'utente. Se l'incontro coinvolge un gruppo di persone (per esempio, una famiglia o altri membri della rete sociale dell'utente), il mediatore deve essere seduto al fianco dell'operatore "guida", con il gruppo disposto in cerchio o a ferro di cavallo (Miletic e al., 2006). Occorre ricordare che la posizione di tutti i partecipanti ha un significato **sia pragmatico sia simbolico**.

Prima di cominciare, tuttavia, la cosa più importante da tenere in mente è la seguente: ogni incontro mediato da un'interprete è fondamentalmente un incontro transculturale. Essendo così, la cosa principale resta, di base, l'atteggiamento dell'operatore verso l'incontro con l'utente. Ogni incontro cross-culturale può potenzialmente minacciare il senso dell'identità personale e professionale dell'operatore. Per evitare reazioni difensive che possono mettere a repentaglio la comunicazione o anche portare a brusche rotture, occorre che l'operatore intraprenda un lavoro di conoscenza della propria identità culturale. Solo quando ognuno di noi ha chiaro quali siano le regole implicite e i valori del proprio sistema culturale può iniziare a comprendere quelli degli altri e trovare modi, attraverso la negoziazione e la mediazione, di offrire una cura, educativa o sanitaria, che sia culturasensibile.

Durante il gruppo operativo

- a) **Presentare** il gruppo e il mediatore.
- b) Chiedere all'utente se è d'accordo rispetto alla presenza del mediatore, se non glielo abbiamo già chiesto prima. Domandare all'utente se ritiene che la scelta di quello specifico mediatore sia giusta per lui (se le caratteristiche del mediatore scelto vanno bene).
- c) Esplicitare al paziente che il mediatore **tradurrà ogni cosa** che sarà detta dall'operatore e dall'utente.
- d) Informare l'utente che il mediatore è **tenuto alla privacy**.
- e) **Ricordarsi di guardare l'utente e usare il discorso diretto in prima persona** (per esempio, chiedere: "Come ti senti?", e non: "può chiedere al paziente come si sente?"). L'uso del discorso diretto aiuta a mantenere i discorsi semplici (frasi semplici), evitando confusione relative a chi ci stiamo rivolgendo. Inoltre, rinforza la relazione fra operatore e utente. Nota: il processo di mediazione richiede tempo e attenzione: è utile che l'operatore **osservi l'espressione del volto e il comportamento non verbale** dell'utente mentre attende che il mediatore completi la traduzione.
- f) **Usare frasi semplici e brevi**. Usare un linguaggio semplice e non specialistico; non usare espressioni gergali o dialettali. La comunicazione fra persone di altra origine e operatori spesso risulta difficoltosa sia a causa delle barriere linguistiche sia a causa di fraintendimenti che nascono da diverse aspettative circa i ruoli e gli obiettivi e da differenti stili di comunicazione e presentazione personale e culturale (Gumperz & Roberts, 1991; Smith, DeVellis, Kalet, Roberts & DeVellis, 2005). A questo proposito occorre sottolineare che l'ironia, l'umorismo e il sarcasmo possono rappresentare espressioni sofisticate di emozioni complesse, che includono un misto di paura, rabbia e critica e possono facilmente venire male interpretate in un setting di incontro transculturale (Hartog, 2006).
- g) **Riassumere frequentemente** quanto è stato detto fino a quel momento, chiedendo all'utente di confermare o di correggere. Questa strategia è chiamata "**back-interpretation**" (Hsieh, 2006).
- h) Occorre mantenere il **controllo del processo comunicativo**. Anche se sarebbe necessario che l'operatore mantenga il controllo della comunicazione, questo è raramente possibile nella pratica in ogni momento poiché il mediatore può aver bisogno di chiedere chiarimenti all'utente o di rispondergli spontaneamente per poter mantenere un contatto umano empatico. Una certa perdita di controllo è normale in un incontro translinguistico e transculturale. Il controllo può essere mantenuto tenendo in mente la struttura complessiva dell'interazione, pur garantendo un certo grado di flessibilità. Nonostante questo, è sicuramente vero che l'operatore deve avere un senso chiaro del processo in corso e del contenuto complessivo della comunicazione e se ha l'impressione di averlo perso e se l'utente e il mediatore hanno avuto diversi scambi comunicativi senza che vi sia stata una traduzione, occorre interrompere e chiedere al mediatore di tradurre.

Dopo il gruppo operativo

- a) Chiedere al mediatore se ha qualcosa da aggiungere riguardo al paziente o al processo di mediazione avvenuto durante l'incontro.
- b) **Chiedere al mediatore come si sente** rispetto agli argomenti tradotti, fornendo supporto nel caso in cui vi siano state emozioni negative o altre forme di stress (il mediatore si trova a condividere emozioni riguardanti uno stato di malattia)
- c) **Segnare il nome del mediatore nella cartella dell'utente** così da poterlo richiamare per gli incontri successivi.

4. Crescere bilingui: ricchezza o difficoltà?

I luoghi comuni...

- I bambini con ritardo del linguaggio o disturbo del linguaggio non devono imparare più lingue
- Impossibile tenere separati i due sistemi linguistici, confusione fra le due lingue
- Influenza negativamente lo sviluppo cognitivo

...e la realtà...

Il cervello plurilingue è neurologicamente "migliore"

- Attivazione di **più reti neurali**
- Attivazione delle **funzioni esecutive**:
 - ✓ attenzione uditiva/percezione acustica
 - ✓ pianificazione articolatoria
 - ✓ problem solving e controllo



Definizione

- Il bilinguismo è la capacità di usare alternativamente due codici linguistici.
- Non sono bilingui solo i bambini esposti a due lingue dalla nascita ma **esistono più tipi di bilinguismo**.

Tipi di bilinguismo

Bilinguismo **SIMULTANEO**
(esposizione simultanea entro 2-3 anni)

Bilinguismo **TARDIVO**
(esposizione **dopo 8 anni**)

Bilinguismo **SUCCESSIVO**
(esposizione tra 3-8 anni)

Cosa aspettarsi: lo sviluppo del linguaggio

Principali tappe di sviluppo del linguaggio nei primi 3 anni:

- 6-10 mesi: **RISO E LALLAZIONE** (papapa, gaga, dada)
- 10-13 mesi: **PRIME PAROLE COMPRESIBILI**
- 16-36 mesi: **ESPLOSIONE DEL VOCABOLARIO E COMBINAZIONE DI DUE E PIÙ PAROLE INSIEME**
(es: papà via ciao ciao) (24 mesi > 50 parole)
- >36 mesi: **ESPLOSIONE DELLA GRAMMATICA**

Cosa aspettarsi: lo sviluppo del linguaggio

I bambini bilingui raggiungono **le stesse tappe di sviluppo negli stessi tempi** dei bambini monolingui.

Per il vocabolario: considerare parole diverse in L1 + parole diverse in L2 + parole comuni alle due lingue.

L1 + L2

L

La fase silenziosa

- I bambini stranieri che incontrano per la prima volta una seconda lingua presentano un periodo di silenzio di lunghezza variabile.
- La lunghezza del periodo di silenzio dipende dall'entità della differenza fra L1 e L2.



Diagnosi di DISTURBO del linguaggio: difficoltà significativa in **TUTTE LE LINGUE CONOSCIUTE**.

Ritardo di acquisizione della seconda lingua (L2): difficoltà **SOLO** in una lingua.

Apprendimento di L2: condizioni sfavorevoli

Povertà della lingua di origine in famiglia

Differenza fonologica e sintattica fra L1 e L2

Età di inserimento nella nuova lingua e cultura

L2 imparata ed usata solo a scuola

La valutazione (1)

- Costruire un profilo linguistico del bambino quanto più completo possibile:
 - ✓ tipo di bilinguismo
 - ✓ dominanza linguistica

QUESTIONARI AI GENITORI
(Es.: McArthur)

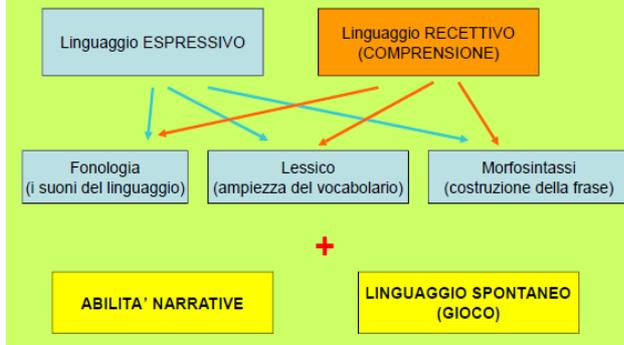
Anamnesi linguistica transculturale (1)

- Dove è nato? Quando vi siete trasferiti?
- A che età è entrato in contatto con L2?
- Chi vive con il bambino?
- Che lingua si parla in famiglia?
- Che lingua parlano gli adulti con il bambino?
- Che lingua usa il bambino per rispondere?
- Che lingua parlano fra loro i fratelli/cugini?
- Quanto sono frequenti i contatti con la famiglia di origine? Con quali modalità?
- Vuole che suo figlio parli la lingua del Paese da cui provenite?

Anamnesi linguistica transculturale (2)

- Quale scuola frequenta? Con che frequenza?
- Il bambino con chi parla L1?
- Frequenta attività extrascolastiche?
- In quale lingua guarda la TV?
- Tende a cambiare lingua adattandosi al contesto?
- Quale lingua usa prevalentemente?
- In quale lingua conosce più parole?
- In quale lingua fa meno pause mentre parla?

La valutazione (2)



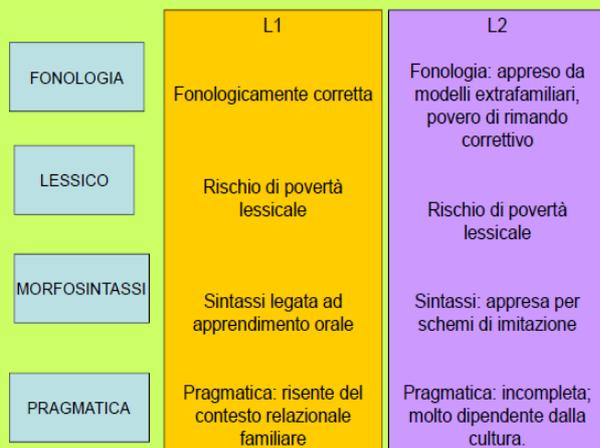
FONOLOGIA: più dipendente dalle abilità specifiche neurobiologiche

LESSICO: più legato all'ambiente sociale

MORFOSINTASSI: più dipendente dalla stimolazione linguistica diretta

PRAGMATICA: è legato allo sviluppo psicologico (capacità di condividere idee, affetti ed emozioni).

La valutazione (3)



- Necessità di materiale nella lingua L1.
- Utilizzo di test tradotti: uso **QUALITATIVO** e **DESCRITTIVO**.
- Indagini attente ma rispettose della diversità!

ATTENZIONE

!
 LINGUAGGIO SOCIALE: tempo di acquisizione di circa 2 ANNI,

!
 LINGUAGGIO ACCADEMICO: tempo di acquisizione di circa 5-7 ANNI

!
 I test tarati per monolingui richiedono una conoscenza linguistica che spesso il bambino valutato non possiede.

Quando si può procedere con una valutazione standardizzata?

- Per poter usare test tarati per monolingui devono essere passati almeno **TRE ANNI** dall'esposizione a L2
- Le valutazioni che prendono in considerazione un'unica lingua (L2) in età precoce portano a giudicare come patologici alcuni fenomeni tipici dello sviluppo bilingue.

Uno strumento di screening: il BaBil

(S. Contento, S. Bellocchi, P. Bonifaci, 2013)

- Bambino bilingue fra 6-8 anni
- Arabo-marocchino, arabo-tunisino, rumeno, albanese, tagalog, cinese mandarino, bengali, twi
- Per la valutazione di bambini entro i primi due anni di esposizione all'italiano
- Lessico, localizzazione spaziale e riconoscimento di quantità, colori, parti del corpo, lateralizzazione
- NON E' UN TEST CLINICO

Come si manifesta un disturbo del linguaggio in un bambino bilingue?

- Il disturbo del linguaggio si esprime nelle varie lingue conosciute dal bambino con le stesse caratteristiche del monolingue

Quanto incide il disturbo del linguaggio nell'apprendimento di una L2?

- L'apprendimento di una L2 non sembra rappresentare un ostacolo particolare per soggetti con disturbo del linguaggio
- Questi bambini non presentano un peggioramento del loro disturbo causata dal bilinguismo



La voce dei mediatori

di Leyla Dauki, Nadia Mohamed Abdelhamid

La voce dei mediatori

Quale formazione per i mediatori?

La formazione dei mediatori prevede la partecipazione di tutti i collaboratori a momenti di equipe. Chiediamo ai mediatori di tenere dei diari di bordo dove riportare alcune informazioni relative al setting, ai partecipanti, al clima, all'andamento e ai risultati, alle proprie emozioni ed osservazioni. La nostra formazione in ambito educativo da sempre ha fatto riferimento ai testi e alle ricerche di pedagogia interculturale in particolare quelli scritti e curati da Graziella Favaro, e ai testi e alle ricerche in ambito socio linguistico e sulla comunicazione interculturale.

Il testo di Lorenzo Luatti "Mediatori atleti dell'incontro" è testo di riferimento per tutti i mediatori di Antinea.

Date le tante dimensioni della mediazione culturale la formazione ha cercato sempre più di includere anche la prospettiva psicosociale e antropologica.

Nonostante questo tipo di formazione, ci siamo resi conto che le competenze richieste e le aspettative degli operatori clinici e della scuola durante i gruppi operativi erano altre, poiché ci si aspettava dal mediatore un intervento che in molti casi prevedeva la conoscenza di termini specifici in ambito sanitario.

Consapevoli dell'importanza della mediazione anche durante i gruppi operativi richiesti dalla scuola, abbiamo esplicitato le nostre difficoltà alle referenti del CDLEI, gestore del servizio di mediazione che ha saputo cogliere e leggere il bisogno con la proposta di un corso di formazione specifico pensato insieme alla Neuropsichiatria.

Il corso che è stato seguito da tutti i collaboratori di Antinea ha contribuito ad arricchire il percorso formativo e a dare strumenti di conoscenza adeguati per i gruppi operativi. E' stato molto partecipato ed è stato apprezzato. Molte indicazioni sono state poi messe in pratica sia dai mediatori che dal coordinamento del servizio. Sicuramente si tratta di un percorso formativo che dovrebbe essere permanente per la mediazione anche in ambito educativo.

Per portare il contributo del servizio di mediazione sul tema abbiamo individuato alcuni casi a partire dalle osservazioni dei mediatori scritte nei diari di bordo. Sia relative al colloquio per comunicare ai genitori di avviare il percorso per la consultazione con il servizio di neuropsichiatria, sia relative a gruppi operativi.

Spunti pratici ma anche teorici per mettere in evidenza le difficoltà, i problemi irrisolti, le aspettative, ma anche i risultati positivi degli interventi mediazione.

Interventi di mediazione durante colloqui con i genitori per dubbi di deficit cognitivi e primo invio ai servizi di neuropsichiatria: traduzione o mediazione?

Nell'anno scolastico 2016-2017 sono stati richiesti dalle scuole e dai servizi per l'infanzia 32 interventi di mediazione all'interno dei gruppi operativi: di questi, 21 sono stati effettuati per bambini iscritti ai servizi per l'infanzia 0-6, e 11 nella scuola primaria (in particolare per la Scuola Polo 5). Si tratta di una piccola parte degli interventi di mediazione, che tuttavia comporta un notevole sforzo da parte delle mediatrici e dei mediatori, chiamati a realizzare interventi delicati, che necessitano competenze relazionali, capacità di osservazione, comprensione e sintesi.

Il servizio ha registrato nell'anno scolastico 2016-2017 un incremento delle richieste sia per i gruppi operativi sia per i colloqui con i genitori riguardanti segnalazioni di situazioni di disagio. In quest'ultimo caso i disagi che si sono manifestati a scuola riguardavano la perdita di motivazione e di impegno, le assenze, le difficoltà di comportamento, disturbi di apprendimento, disturbi del linguaggio, nella maggior parte di casi con richieste da parte degli insegnanti di comunicare ai genitori di avviare il

percorso di consultazione con i servizi di neuropsichiatria.

Nei casi di colloquio con i genitori programmati dalla scuola in merito a comunicazioni su dubbi relativi a deficit cognitivi, il servizio di mediazione ha sempre chiesto ai servizi scolastici ed educativi di potere avere il tempo di raccogliere informazioni sulla famiglia e di rilevare le competenze in L1 dei bambini. Non sempre tuttavia queste richieste sono state accolte dalla scuola, che tende a limitare la presenza del mediatore solo durante il colloquio ed esclusivamente come servizio di traduzione ed interpretariato, senza un tempo prima e dopo, che permetta al servizio e ai mediatori di raccogliere e trasmettere dati alla scuola.

Rispetto al ruolo di traduttore, numerosi studi rilevano che il mediatore non è un traduttore ma un facilitatore della comunicazione sia negli aspetti linguistici che in quelli culturali, in grado di decodificare i bisogni ed i comportamenti di tutte le istanze. La mediazione deve tenere conto della cultura e non può prescindere dalla cultura e dal contesto nel quale opera.

La mediazione intesa come semplice traduzione linguistica crea ostacoli al percorso di facilitazione delle relazioni, “perché sembra ripercorrere il solco delle divisioni, irrigidisce le persone in un’identità culturale che si pretende fissa e non invece in evoluzione, continuamente mutevole e soggetta a riformulazioni ed ampliamenti”.

Il tempo

“Prendersi tempo dovrebbe essere non solamente uno stile educativo, ma anche una modalità costante di atteggiamento cognitivo nel confronto con gli altri” (P. Villano, B. Riccio, 2008).

Per favorire un clima accogliente, e per facilitare lo scambio comunicativo tra scuola e famiglia, la mediazione necessita di tempo per fornire elementi di conoscenza utili a tutti i soggetti; alla scuola questo permetterebbe di ricevere informazioni più approfondite sul contesto di provenienza della famiglia, sulla storia scolastica nel paese d’origine e delineare le competenze che l’alunno possiede nella lingua materna, orale per i bambini più piccoli, orale e scritta per i bambini che frequentano la scuola primaria, oltre che sulla percezione culturale relativa a difficoltà di apprendimento, alla cura, al ricorso a specialisti, al ruolo dei servizi di neuropsichiatria. Tutti elementi di conoscenza che possono indirizzare meglio le scelte della scuola.

A proposito dell’importanza del tempo Favaro scrive:

“Oltre alla dilatazione dei tempi richiesti dal colloquio a tre con gli utenti non italofofoni, la comunicazione mediata necessita anche di spazi e tempi a due: operatore e mediatore. Prima del colloquio ci si deve scambiare informazioni, definire i bisogni del servizio, le eventuali richieste e situazioni che devono essere chiarite. Dopo il colloquio è necessario che operatore e mediatore trovino il modo di confrontarsi, di poter esprimere i dubbi, le domande, le interpretazioni e naturalmente di definire insieme le mosse e le azioni successive. Ciò è naturalmente richiesto da progetti di mediazione in senso ampio, e non dall’utilizzo di mediatori come semplici traduttori di documenti e informazioni”.

A maggior ragione aggiungiamo noi, se le comunicazioni da trattare sono delicate. La mancanza di tempo e la difficoltà a progettare momenti di scambio rimane un problema così come esplicitato anche nei diari di bordo dei mediatori.

Ci pare utile recuperare alcune note dai diari degli operatori, dove emergono gli aspetti sopra descritti.

- Dal diario di Z.T. colloquio con comunicazione su dubbi di deficit cognitivi.

La mamma di H.U. continuava ad agitarsi, ad innervosirsi e sempre più preoccupata mi chiedeva in cinese se l’insegnante stava dicendo che suo figlio era “matto”. La mamma si è sentita offesa dal colloquio, probabilmente condizionata dal contesto di provenienza, in cui le strutture che accolgono persone con disabilità e pensando al fatto che non è normale ricorrere a consultazioni di tipo neuropsichiatrico. L’insegnante non capiva il disagio della madre

*considerando normale ricorrere al parere di specialisti in caso di dubbi.
La mamma si è arrabbiata molto.*

La mediatrice scrive inoltre nelle considerazioni finali:

Avrei dovuto avere più tempo prima del colloquio per riferire delle strutture in Cina e relativo comportamento su questi temi. Ma il tempo non c'era. Io e la madre siamo state chiamate insieme.

Il tempo prima è fondamentale anche nei confronti dei genitori perché il mediatore deve presentare se stesso e il servizio i servizi e spiegarne le ragioni e il funzionamento, aiutando così le famiglie a superare paure e timori che alcune richieste/comunicazioni possono suscitare.

Mediazione incompleta

“Perché una mediazione abbia luogo occorrono due processi”:

1. Le parti devono richiedere la presenza di un terzo come mediatore
2. Il soggetto terzo deve essere d'accordo a mediare (B. Riccio, P. Villano, 2008)

La letteratura parla di pratica di mediazione come di un processo volontario e consensuale.

Per questo motivo il servizio di mediazione chiede sempre alle scuole se i genitori sono stati avvisati della presenza del mediatore e se hanno acconsentito. Nel fare questa richiesta si cerca di motivare sia come pratica che deve garantire pari opportunità sia perché se il genitore parla la lingua italiana il rischio è di una svalorizzazione delle competenze dei genitori e il rischio di una delegittimazione e un non riconoscimento da parte dei genitori, del ruolo del mediatore.

In realtà la sensazione è che si tratti spesso di una mediazione pensata più per rispondere ai bisogni della scuola che a quelli delle famiglie.

Scrive Favaro al riguardo:

“Il ricorso alla mediazione può talvolta ridurre il livello di autonomia dell'utente (reale e pensato), il quale, in quanto straniero, sembra aver bisogno di un portavoce e non essere in grado di individuare strategie e risorse personali per poter essere coinvolto direttamente nel dialogo. Per ridurre questo rischio, è importante che la presenza di chi media sia accettata da entrambe le parti, con consapevolezza e chiarezza sui ruoli”.

Dal diario di bordo di F.Z.:

(...) la madre dell'alunno evidenzia una reticenza iniziale a fare uso della mediazione ritenendo di non necessitare traduzione. La situazione riguardava la proposta da parte della scuola alla famiglia di richiedere una valutazione ai servizi di neuropsichiatria per sospetti deficit riguardanti la bambina da anni in Italia.

La mediatrice preparata anche per quest'evenienza ha avuto il tempo di presentarsi e rassicurare la madre rispetto al suo ruolo e al codice deontologico. La madre ha così acconsentito.

Dicendo alla madre di chiedere di intervenire solo nel caso qualcosa non fosse stato chiaro. Ha riferito di essersi posizionata anche in modo diverso nello spazio per limitare al massimo la sua presenza e dare libertà di parola alla mamma che ha gestito il colloquio senza problemi linguistici.

Il rischio che il servizio di mediazione ha osservato nel biennio 2015-2017 è quello di una sovra generalizzazione dei “disturbi di linguaggio e di apprendimento” che porta a decodificare come tali anche difficoltà transitorie proprie di una certa fase e di un percorso di apprendimento delle lingue, di bilinguismo precoce, di bilinguismo tardivo ecc (B. A. Bauer, il Bambino bilingue)

Disturbi di apprendimento dal diario di B. Z.

F.C. è una bambina cinese di nove anni ed è in Italia solo da tre mesi.

Le insegnanti, che avevano difficoltà a relazionarsi con lei a causa del suo silenzio, hanno chiesto l'intervento della mediatrice per comunicare ai genitori la decisione di rivolgersi ai servizi di neuropsichiatria. Sono infatti convinte che la bambina abbia dei deficit cognitivi.

Dal diario di bordo leggiamo che durante il colloquio con i genitori è emerso che il bambino era molto spaesato in Italia e in Cina aveva sempre avuto ottimi risultati scolastici e che quindi le sue difficoltà sono legate alla non comprensione dell'italiano e alla differenze negli stili di apprendimento.

Rispetto ad atteggiamenti molto vivaci la mediatrice e il padre hanno pensato che forse il timore di essere preso in giro dai compagni che non comprende lo porta ad atteggiamenti più fisici che verbali. A casa è molto tranquillo e il padre si è meravigliato.

Nonostante le rassicurazioni e la richiesta del servizio di mediazione di aspettare che la mediatrice potesse rilevare le competenze dello studente in L1, le insegnanti hanno comunicato la decisione di rivolgersi ai servizi di neuropsichiatria.

T.Z. Il padre era molto preoccupato ed in ansia per questa comunicazione e non capiva fino in fondo le motivazioni. Anche per me è stato difficile tradurre la comunicazione e mi dispiace che le insegnanti non abbiano voluto aspettare le osservazioni che avrei dato dopo le 6 ore con il bambino.

La mediatrice ha successivamente svolto il pacchetto di 6 ore e scrive:

F.C. a scuola sta andando molto bene: oggi abbiamo fatto un po' di esercizi bilingui cinese ed italiano, anche dei calcoli più difficili di quelli che insegna la maestra di matematica. La maestra quando ha visto gli esercizi che abbiamo fatto è rimasta a bocca aperta, dicendo che è molto bravo!

Avere questi dati sulle competenze degli allievi, in particolare gli allievi NAI (neo arrivati in Italia) può far capire alla scuola che i problemi, in molti casi, riguardano soprattutto l'apprendimento della seconda lingua, il superamento dei diversi stadi di interlingua, le difficoltà fonologiche dovute alla distanza fra gli idiomi, i problemi di scrittura dovuti alla competenza in un altro alfabeto.

Sarebbe stato importante su questo caso come su altri avere un riscontro rispetto alla segnalazione alla neuropsichiatria. Sarebbe importante avere i dati percentuali di bambini ai quali non viene riconosciuto un problema di tipo neuropsichiatrico per poterle confrontare con le osservazioni dei mediatori. Osservazioni che tengono conto delle competenze in L1, ma anche delle difficoltà legate alla fase di disorientamento dopo l'arrivo, all'acquisizione della seconda lingua, alla perdita dei legami affettivi e alla fatica di ricostruirli altrove.

Se per un certo periodo dopo l'arrivo i bambini stranieri non comunicano con i pari e con gli adulti, questo non è sintomo di disagio, ma è una fase di silenzio durante la quale il bambino è impegnato a capire, memorizzare, immagazzinare parole frasi ricorrenti e diffuse. Se dopo qualche tempo di inserimento scolastico, l'alunno è sufficientemente fluente nella comunicazione interpersonale di base, ma ha ancora difficoltà a capire i testi di studio, a leggere e a scrivere in italiano, non significa che vi sono problemi cognitivi e di apprendimento, ma che un ostacolo è stato superato (quello dell'apprendimento dell'italiano per comunicare).

Studi recenti sugli stili di apprendimento di una seconda lingua hanno dimostrato che il bambino piccolo non è compreso, attraversa una fase di mutismo e utilizza la mimica, i gesti, o segue senza parlare un invito al gioco. L'impressione è quella di un bambino passivo ma in realtà è attivo e si tratta di un periodo molto importante per l'acquisizione di una seconda lingua.

Secondo P. Tabors non bisogna fare pressioni sul bambino affinché esca dal suo mutismo perché questo rallenterebbe il processo di acquisizione del linguaggio.

Secondo lo studioso il bambino costruisce la sua nuova lingua grazie a strategie sociali e cognitive e per questo l'interazione con persone che parlano con il bambino nella loro lingua madre è fondamentale (B. A. Bauer, 2008).

- Dal diario di S.S.

Un bambino di 4 anni di origini bengalesi, nato in Italia che viene descritto come bambino che non parla né a scuola (dalle insegnanti) né a casa (dalla mamma).

La scuola chiede alla mediatrice di parlare con la mamma e di osservare il bambino. Le intenzioni sono quelle di comunicare alla famiglia di contattare i servizi di neuropsichiatria

- Dal diario di S.S.

Ho parlato prima con la mamma e lei mi ha riferito che il bimbo anche a casa parla poco. A casa parla più italiano che bangla. Poi sono entrata in classe ed ho salutato tutti i bambini, la maestra mi ha presentato come maestra arrivata dal paese di A.

Durante la colazione è caduto il latte, io ed A. siamo andati a cambiare i pantaloni.

Mentre tornavamo in classe il bambino spontaneamente inizia a parlarmi e mi chiede se ho io il papà e dove sta e se sta bene.

Al momento di andare in bagno in fila quando parlavo con un'altra bimba italiana lui mi avvicina e mi chiede: Tu puoi parlare anche con loro? sai anche Italiano?

Io ho risposto: sì, certo.. e lui abbassa la voce e mi dice : allora non devi parlare in bangla.

Io: perché, che problema c'è? e lui: guarda che tutti ti stanno guardando. Non ti vergogni?

Io: Io no ma, tu, ti vergogni a parlare in bangla?

Lui: sì

Finita un'attività i bambini potevano andare a giocare e ho detto ad A. di andare a giocare.

A: con chi?

Io: con i tuoi amici

A: Io non ho amici, nessuno gioca con me.

Io: indicando alcune bimbe dico non vuoi giocare con loro? (la mamma mi aveva riferito che non vuole nemmeno sapere di femmine)

A: loro non vogliono giocare con me, neanche i maschi giocano con me

Io: perché?

A: ma come? Non vedi? Io non sono bello come loro.

Poi va a giocare un po' da solo e torna da me e dice: vedi nessuno gioca con me, tutti stanno giocando con tutti.

Dopo un po' mi chiede: ma tu sei una maestra?

Io: non proprio

A: allora non torni più? Ma rimani almeno a mangiare con me?

Prima di venire via ho raccontato tutto quanto alla sua maestra. Anche se la mamma e le maestre all'inizio mi avevano detto che lui non parla, con me non ha mai smesso di parlare in bangla, ovviamente nel linguaggio di un bimbo della sua età, ogni tanto usava delle parole in italiano che conosceva. Spesso mi chiedeva lui delle cose in modo spontaneo.

La lingua madre

- Dal diario di T.Z.

Le insegnanti hanno comunicato alla mamma tre cose: 1. gli orari di uscita nel periodo dell'inserimento, 2. la mamma deve insegnare al bambino l'italiano per un inserimento migliore perché il bambino non parla in italiano, 3. iscrizione mensa.

Sul secondo punto la mamma era perplessa e mi diceva: come faccio ad insegnare l'italiano che anch'io devo impararlo?

Ho riferito alle insegnanti quello che diceva la mamma. E ho suggerito che per un buon inserimento era consigliato di chiedere al genitore di parlare al bambino nella lingua madre. Nonostante le mie osservazioni (stavo anche seguendo il corso sulla mediazione nei gruppi operativi con il Dipartimento di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) le

insegnanti hanno insistito sulla richiesta di parlare in italiano.

Le osservazioni della mediatrice mettono in luce la delicatezza della posizione del mediatore che non ha, durante gli interventi, l'autorità per farsi promotore di soluzioni diverse da quelle ipotizzate dalla scuola.

Gruppi operativi

Provando a mettere in pratica i suggerimenti emersi durante il corso di cui si riportano i materiali ed i contenuti in questo fascicolo, il coordinamento del servizio ha condiviso alcune modalità con una figura che ha fatto richiesta di mediazione per un gruppo operativo particolarmente complesso.

Le indicazioni condivise come quella di **riassumere frequentemente** quanto è stato detto fino a quel momento, chiedendo all'utente di confermare o di correggere, o quella di non affrontare problematiche afferenti al servizio sociale, ha avuto un buon esito.

Abbiamo suggerito di individuare un portavoce per fare le sintesi e permettere al mediatore di fare sintesi e tradurre.

La mediatrice scrive:

Erano tanti, ma tanti: pedagogo, assistente sociale, educatrice, operatrice della comunità, neuropsichiatra, fisioterapista ed il tirocinante della fisioterapista.

Erano presenti entrambi i genitori.

La mamma ed i bambini sono in comunità per il problema dell'alloggio, non è stato detto nulla in merito alla dipendenza del padre.

Un bambino nato prematuro quindi ha problemi di crescita in tutti i punti di vista ma niente da segnalare perché tutte le visite fatte dicono il bimbo sta bene e sta anche facendo grandi cambiamenti positivi.

I genitori sono bravi...

C'era molta confusione e poca collaborazione tra i presenti del gruppo.

Se non ci fosse stato M. I. (la persona con la quale il servizio ha condiviso alcune modalità pratiche) non sarei riuscita a fare la mediazione.

Una persona molto gentile, lui stesso faceva i discorsi piccoli ed e anche interrompeva gli altri quando i discorsi erano troppo lunghi.

Conclusioni

I casi che si potrebbero illustrare sono tantissimi. Abbiamo fatto una breve selezione che potesse ricondurre alle principali difficoltà incontrate dai mediatori.

La mancanza di tempo e di informazioni adeguate, la difficoltà a riconoscere il ruolo e la professionalità del mediatore, la mediazione che non sia solo mera traduzione, la mediazione calata dall'alto che non tiene conto del parere dei genitori, i linguaggi troppo specifici che richiedono tempo per prepararsi adeguatamente, ecc. Tutti fattori che limitano i presupposti per dialogo interculturale. Affinché ci sia vera mediazione è necessario l'interazione di più livelli e la pratica stessa che richiede non solo la traduzione, ma anche una riflessione piena su come si è arrivati a conoscere quell'aspetto, a rappresentarsi quel problema, a sentire quel disagio".

I suggerimenti condivisi durante il corso, sono importanti e utili per il buon esito della mediazione nei gruppi operativi e auspichiamo siano utilizzati come una sorta di linee guida operative condivise da tutti gli operatori coinvolti.

Bibliografia

Bibliografia

Principali riferimenti bibliografici

- Abdelilah-Bauer B., *Il bambino bilingue : crescere parlando più di una lingua*, R. Cortina, 2008.
- Amodio G., Ruggiero M. (a cura di), *Incontri di mondi: saperi, luoghi e identità : azioni, processi educativi e di integrazione sociale*, Maggioli Editore, 2011.
- Baraldi C., Maggioni G. (a cura di), *La mediazione con bambini e adolescenti*, Donzelli, 2009.
- Caldin R. (a cura di), *Alunni con disabilità, figli di migranti. Approcci culturali, questioni educative, prospettive inclusive*, Liguori, 2012.
- Catarci M., Fiorucci M., Santarone D. (a cura di), *In forma mediata : saggi sulla mediazione interculturale*, Unicopli, 2009.
- Donnici R., *Oltre i confini. Mediatori e mediatrici allo specchio. Approccio comparato alla mediazione culturale, in Italia e in Francia*, Fuoco Edizioni, 2017.
- Favaro G., *I mediatori linguistici e culturali nella scuola*, Emi editore, 2001.
- Favaro G. (a cura di), *Vademecum per gli interventi di mediazione nella scuola*, in *Capirsi diversi. Idee e pratiche di mediazione interculturale*, Carrocci. 2004.
- Kirmayer L., Guzder J., Rousseau C. (Eds), *Cultural Consultation. Encountering the other in Mental Health Care*, Springer, 2014.
- Luatti L., *Atlante della mediazione linguistico culturale: nuove mappe per la professione dei mediatori*, Franco Angeli, 2006.
- Luatti L. (a cura di), *Mediatori atleti dell'incontro. Luoghi, modi e nodi della mediazione interculturale*, Vannini, 2011.
- Mantovani G. (a cura di), *Intercultura e mediazione : teorie ed esperienze*, Carocci, 2008.
- Monacelli C., *Interpreti si diventa*, Franco Angeli. 1997.
- Moro M. R., De La Noè Q., Mouchenik Y., Baubet T., *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Franco Angeli, 2009.
- Ognisanti, M., *La mediazione educativa tra empatia e complessità*, APP culture - Quaderni di approfondimento del Centro RiESco, 2016.
- Pagani R., Zuppiroli M., (a cura di), *La mediazione culturale in ambito scolastico : ciclo di incontri sulla mediazione culturale*, CD/LEI - Comune di Bologna, 2008.
- Villano P., Riccio, B., *Culture e mediazioni*, Il Mulino, 2008.

Riviste

- Dauki L., *La mediazione nei processi di partecipazione delle famiglie a scuola*, in *Educazione interculturale* Vol.12, n.3, ottobre 2014, p. 399-407.
- Tosolini A., *La buona scuola e l'intercultura*, in *Cem Mondialità* n.7, agosto-settembre 2015
- Zoletto D., *A scuola dai mediatori. La mediazione interculturale educativa tra rischi culturalistici e critica post coloniale*, in *Mondi Migranti* n.1/2012, p. 71-78.

Materiali on line

- Bettinelli G., *Figure di mediazione*, Sesamo Didattica interculturale, maggio 2014.
<http://www.giuntiscuola.it/sesamo/cultura-e-societa/intercultura-in-pratica/figure-di-mediazione/>
- Casadei S., Franceschetti M.(a cura di), *Il mediatore culturale in sei Paesi europei (Italia, Francia, Germania, Grecia, Regno Unito e Spagna)*, ISFOL, 2009.
[http://archivio.isfol.it/DocEditor/test/File/2009/Strumenti Isfol/Il Mediatore culturale in sei Paesi europei.pdf](http://archivio.isfol.it/DocEditor/test/File/2009/Strumenti%20Isfol/Il%20Mediatore%20culturale%20in%20sei%20Paesi%20europei.pdf)
- Città Metropolitana di Bologna, *Accordo metropolitano 2016-2021 per l'inclusione scolastica e formativa di bambini, alunni e studenti con disabilità (L. 104/1992)*.
<http://www.cittametropolitana.bo.it/scuola/Engine/RAServePG.php/P/257211300908>
- Hufty A.M., Scipioni M.P. (a cura di), *Bilingui e contenti. Crescere parlando più di una lingua. Miniguide per i genitori*.
www.cplol.eu/images/Documents/Guida_per_genitorionline.pdf
- Lepore L. *Per uno sguardo antropologico sulla disabilità: i minori disabili stranieri*, da *Minorigiustizia*, 3/2011, Franco Angeli.
[https://www.academia.edu/3694579/Per uno sguardo antropologico sulla disabilit%C3%A0](https://www.academia.edu/3694579/Per_uno_sguardo_antropologico_sulla_disabilit%C3%A0)
- Mei Sandra (a cura di), *Disabili stranieri: un doppio sguardo per l'inclusione sociale Rileggere criticamente saperi, modelli e strumenti*, Centro RiESco Comune di Bologna, 2011.
http://www.comune.bologna.it/media/files/fascicolo_cdi_disabilit_definitivo_1.pdf
- Università di Bologna in collaborazione con Comune di Bologna, *Lineamenti di un Progetto di studio e ricerca su Alunni con disabilità, figli di migranti*. Approcci culturali, questioni educative, prospettive inclusive*.
http://www.comune.bologna.it/media/files/prog_disabilita.pdf
- Pagani R., Zuppiroli M. (a cura di), *La mediazione culturale in ambito scolastico. Ciclo di incontri sulla mediazione culturale*, CD/LEI - Comune di Bologna, 2008.
http://www.comune.bologna.it/media/files/la_mediazione_culturale.pdf
- *Progetto Mediante: nella scuola e nella città di Milano*, Centro Come Milano.
http://www.centrocome.it/?post_type=matepub&p=529



APP – Quaderni di approfondimento del Centro RiESco

-  www.comune.bologna.it/cdlei
-  [Facebook RIESCO - Centro Documentazione Interculturale](#)
-  www.youtube.com/user/CentroRiESco
-  cdleibiblioteca@comune.bologna.it