Giovanni Delli Zotti
STATO DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI:
DIFFICOLTÀ E BUONE PRATICHE
pp. 136-143 / ISBN 978-88-5511-028-0 (online); 978-88-5511-030-3 (print). EUT, 2018.

# LE VOCI DEGLI OPERATORI SOCIO SANITARI, L'ASCOLTO DELLE COMUNITÀ STRANIERE E DEI MEDIATORI CULTURALI

*Ornella Urpis*[1]
Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Trieste

Al fine di riconoscere le esperienze di successo e le professionalità del settore sanitario per la creazione di una cittadinanza attiva degli stranieri che aiuti a valorizzare e diffondere la buona sanità nel nostro Paese, sono state svolte alcune iniziative che hanno contribuito a conoscere le problematiche dalle voci degli operatori (per lo sviluppo delle Linee Guida) e un ascolto attento da parte di chi opera nel settore dell'immigrazione proprio perché lavorare in sanità con norme, percorsi e atteggiamenti per aumentare l'inclusione e la coesione sociale è il modo migliore per garantire la salute e prevenire i disagi e le malattie (Geraci, 2012).
Nel seguito sono riportati gli esiti di alcune attività, svolte sul territorio, che con modi diversi (interviste in profondità con gli operatori sanitari, focus group, incontri con le comunità di migranti e con loro esponenti, esperimenti con i mediatori culturali) sono state finalizzate all'individuazione delle problematiche delle donne e delle pratiche messe in atto per risolverle.

## 1. Le voci degli operatori

Nel corso dell'esecuzione del progetto sono avvenuti due incontri: il primo, a Trieste, fra i medici e collaboratori del progetto INTEGRA del Burlo Garofolo e del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali e tre medici dell'ospedale di Postumia, fra cui il primario di ginecologia; il secondo durante la presentazione ufficiale del progetto presso l'ospedale Burlo Garofolo, alla quale hanno assistito e partecipato alla discussione più di 50 operatori della salute italiani e sloveni.
Successivamente sono state condotte delle interviste in profondità e un incontro operativo fra medici e operatori della salute del Burlo (5 medici, una specializzanda in ostetricia, un'operatrice socio sanitaria, una dirigente sanitaria) e una ricercatrice del DISPES. Durante le interviste sono state raccolte le esperienze e le osservazioni (sotto forma di appunti o attraverso registrazioni) degli operatori.
Ciò che è emerso ha contribuito alla conoscenza reciproca, al confronto fra mondi diversi e fra esperienze diverse[2], che sinteticamente riassumiamo e accorpiamo in categorie per focalizzare i temi centrali dell'assistenza sanitaria alle popolazioni migranti riguardo alla distanza fra la cultura sanitaria e le culture "altre", le pratiche tradizionale sociali e le pratiche ospedaliere, il rapporto medico-paziente di fronte alle nuove sfide sociali, l'organizzazione dei servizi sanitari, il ruolo della mediazione interculturale, ecc.
L'incontro tra gli operatori sanitari e gli utenti stranieri induce a un cambiamento reciproco di comportamenti e atteggiamenti, spesso prodotto dalla diffidenza nei confronti della 'diversità', come risultato dell'esperienza transculturale (Ciancio, 2005). Ciò può indurre nel professionista difficoltà in merito alle proprie connotazioni culturali e l'esigenza di una profonda riflessione sui valori dell'assistenza, per interpretarla in relazione ai nuovi bisogni (El-Hamad e Pezzoli, 2005). Si tratta di una sfida stimolante per gli operatori della sanità, che comporta un arricchimento e un approfondimento delle dimensioni professionali che fanno riferimento alle scienze umane (Mottini, 2007).

[1] Si ringrazia il prof. Giorgio Porcelli per aver avviato i primi contatti sul territorio con le comunità islamiche; l'Associa¬zione Giovani Musulmani d'Italia per i dibattiti sui temi del matrimonio e delle tradizioni patriarcali; la dott.ssa Fulvia Riccardi dell'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali Friuli Venezia Giulia IRES per l'osservazione sulla mediazione interculturale regionale; le mediatrici interculturali Soumia Erraj e Aminata Bangagne e l'Anolf.
[2] Per un approfondimento vedi anche www.sociologiadellasalute.org.

## *1.1. Il rapporto fra la multiculturalità e le pratiche ospedaliere*

- Le donne che provengono da alcune aree geografiche sono caratterizzate da *differenze somatiche e fisiche rilevanti rispetto al modello di donna caucasica a cui siamo abituati*. Esse incidono sulle pratiche mediche e impongono nuovi modelli nell'operare durante, ad esempio, il momento del parto e nella somministrazione degli antidolorifici.
- *La priorità della revisione dei parametri morfologici nazionali* è necessaria per far rientrare nella normalità i casi di bambini che, pur essendo di misure diverse rispetto agli standard codificati, non necessariamente ricadono nell'anormalità, né devono ricevere cure specialistiche.
- *Lettura distorta della burocrazia e delle pratiche* da parte degli immigrati che, non conoscendo il modello organizzativo, attribuiscono agli operatori una mancanza di sensibilità verso la loro condizione di stranieri e interpretano i loro comportamenti come discriminatori.
- *L'arricchimento scientifico* prodotto da pazienti affette da patologie sconosciute o in certi casi molto rare nel nostro Paese e la condivisione dei casi clinici in reparto nei meeting mattutini.
- *Rapporto fra visioni di vita diverse e pratiche ospedaliere*. Per cultura o per credenze religiose alcune persone rifiutano analisi prenatali/aborti, ecc. Il pensiero scientifico si scontra in questo caso con visioni diverse del mondo e dell'esistenza. La difficoltà sta però nel coniugare la scelta del paziente con le regole burocratiche e le responsabilità legali dell'operatore.
- Quanto può essere considerato un *comportamento etico* comunicare l'esito di un esame alla paziente riferito alla sua salute sessuale in presenza del marito.

## *1.2. Il sistema sloveno e quello italiano nell'assistenza alle pazienti in ostetricia*

- Gli operatori sloveni hanno espresso un interesse particolare a collaborare per conoscere maggiormente il fenomeno migratorio italiano e *le risposte del sistema sanitario italiano di fronte al rapporto con culture altre*. Attualmente infatti l'immigrazione slovena è caratterizzata da una presenza di solo alcune comunità culturali, mentre l'Italia è stata sottoposta a flussi diversificati provenienti da tutte le aree del mondo. Nella prospettiva della collaborazione europea nella gestione delle quote degli ingressi probabilmente il flusso di immigrati in Slovenia si diversificherà culturalmente e le attuali azioni sanitarie dovranno modificarsi.
- *L'assenza della mediazione interculturale*. La mancanza di queste figure provoca una distorsione nel rapporto medico-paziente poiché la figura di riferimento nel colloquio è il marito o un'altra figura parentale/amicale. In alcuni casi riscontrati in Italia p.e. è stato osservato, confrontando la traduzione con la mediatrice, che il marito aveva commesso errori di traduzione o aveva volontariamente tradotto in modo diverso secondo la sua personale interpretazione. Inoltre, viene a mancare il rapporto personale con la paziente che nelle sfere dell'intimità è fondamentale.

## *1.3. Rapporti fra culture o sistemi culturali e pratiche mediche*

- Situazioni di rifiuto del taglio cesareo a causa di *motivazioni tradizionali/religiose* che mettono al repentaglio la vita del bambino e le cure degli operatori.
- Distorsioni del consenso informato dovuto alla *diversa concezione o all'assenza della concezione del concetto di individuo*. In molte culture infatti l'essere umano è parte integrante della comunità (famiglia) e non può essere scisso da essa.
- Distorsioni del consenso informato dovuto alla mancanza di conoscenza linguistica o di un ausilio del mediatore per *l'interpretazione del linguaggio medico attraverso anche i segni della comunicazione non verbale.*

- La presenza di pazienti portatrici di MGF nel reparto di ostetricia dovrebbe portare a delle *procedure codificate da parte degli operatori* da seguire per la gravidanza, il parto e dopo il parto (segnalazione al medico di famiglia, ecc.).
- Le *differenze di comportamento e la diversa relazione con il dolore* fra popolazioni provenienti dall'Africa subsahariana e da paesi asiatici portano gli operatori ad avere relazioni differenziate in base alle culture di appartenenza.

## *1.4. Le relazioni fra il personale sanitario e le pazienti*

- Difficoltà a far comprendere ai mariti delle donne musulmane che il *servizio ospedaliero è gratuito e non a pagamento* e che quindi i medici a disposizione possono essere donne o uomini in base ai turni di lavoro.
- Momenti di intensa condivisione e *di esperienze personali arricchenti fra donne* che hanno vissuto grandi problemi sociali in mondi diversi e operatori della salute.
- Momenti di tensione dovuta a un *sentimento di inferiorità degli stranieri* che produce una distorsione nella lettura della realtà. Alcuni accusano gli operatori di un trattamento differenziato in quanto stranieri solo per il fatto che devono attendere la fila o adempiere a obblighi giuridici che non comprendono.
- *La presenza di medici di sesso maschile* in reparto facilita la comprensione e la solidarietà tra il medico e il marito della paziente stemperando le eventuali ostilità dovute all'ingerenza del marito nelle pratiche mediche.
- La presenza di *abitudini igieniche diverse*. Una delle barriere alla comunicazione a volte può essere rappresentata da una pulizia meno accurata o da odori diversi del corpo per una diversa alimentazione.

## *1.5. Aspetti organizzativi e politiche sanitarie*

- La *prassi invalsa nell'ospedale*, secondo la quale chi accompagna la paziente la segue sempre nell'espletazione degli esami, delle visite o durante il parto, dovrebbe essere rivista in senso più restrittivo.
- *Gli operatori lamentano una mancanza di Voce nelle politiche pubbliche*. Ritengono che sia diminuito cospicuamente il rispetto della cosa pubblica. Nella istituzione sanitaria è avvenuta una regressione, con un aumento dei costi sociali che ha favorito il privato. L'operatore pubblico risente di una progressiva disaffezione, mancanza di stima e di autorevolezza verso il suo status da parte della popolazione autoctona, e aumento di pressione e di aggressività da parte delle culture "altre".
- La mediazione interculturale notturna. Attualmente è previsto al Burlo un servizio di mediazione/interpretariato solo nelle ore diurne. La notte e nei momenti diurni di emergenza gli operatori avrebbero bisogno di un *servizio raggiungibile telefonicamente o su Skype*, così come avviene negli Usa e in altri Paesi.
- Quando si parla di salute sessuale e riproduttiva bisognerebbe soffermarsi sul tema del piacere sessuale come elemento costitutivo della salute delle donne. Sarebbe utile introdurre il concetto di *benessere sessuale* comprensivo di tutti gli elementi che concorrono all'esercizio libero della sessualità.
- La richiesta del *riconoscimento della funzione del medico quale pubblico ufficiale* che gli conferisca una autorità maggiore nei confronti dei mariti e, in generale, nelle situazioni di conflitto.
- *La problematicità del "consenso informato" di fronte alla percezione della completa dipendenza della donna dal marito e possibile coartazione della volontà della donna*. In molte situazioni gli operatori osservano che la moglie è sottomessa al marito. Anche nei casi in cui

la moglie afferma di volere la presenza del marito durante la visita ginecologica o durante il parto e consente (o non consente) a un trattamento, ogni sua dichiarazione porta con sé dubbi sul suo reale stato di libera scelta.

- Mancanza di indicatori per rilevare la paura delle mogli verso i propri mariti o verso la famiglia dovute a violenze di carattere culturale e che negano il diritto di libertà delle donne. Il marito può diventare un ostacolo oltre che nell'esercizio della libertà del consenso anche nella vita quotidiana. *La mancanza di un indicatore della violenza culturale* induce a una legittimazione della violenza se proveniente da culture "altre" in virtù della tradizione e della differenza culturale e produce una mancanza di segnalazione ai servizi sociali.
- Non esiste una *certificazione del lavoro svolto dalla cooperativa da un ente esterno* e quando ci sono delle difficoltà fra il personale sanitario e il mediatore inviato dalla cooperativa non sempre viene segnalato nella scheda di riferimento. Per cui il servizio non ha il necessario riscontro per un miglioramento dello stesso.

## 2. I focus group e l'osservazione partecipante

Sono stati organizzati due "focus group" con donne bengalesi presso le loro abitazioni a Monfalcone, cui hanno partecipato circa una ventina di donne, e due incontri presso il Centro Culturale Islamico di Pordenone, uno fra i più grandi centri di preghiera per i fedeli musulmani della Regione Friuli VG.

La rilevanza metodologica di questi strumenti riguarda in particolare l'interazione umana (e il rapporto con l'ambiente) nei casi in cui il ricorso formale a domande direttamente poste agli interessati può risultare meno efficace e l'esplorazione a carattere sperimentale problematica, se non impossibile. Nelle case dei bengalesi a Monfalcone e nei centri di preghiera e d'incontro sociale delle donne, il ricercatore ha osservato la realtà ponendosi egli stesso all'interno del contesto, dopo essersi guadagnato la fiducia dei presenti, interagendo direttamente con le persone, coinvolgendosi nelle situazioni nel mentre si producevano.[3]

I due focus group con le donne bengalesi sono stati condotti in modo "anomalo" a causa delle caratteristiche della popolazione osservata. Entrambi si sono tenuti a casa di una mediatrice interculturale (perché nessuna delle donne conosceva l'italiano) e il numero delle persone variava secondo gli impegni delle partecipanti e le esigenze dei bambini piccoli. La novità della presenza di un'italiana nelle loro case rendeva gioioso il momento, una nuova occasione di socialità e di confronto reciproco.

Le principali richieste che sono emerse da questi confronti diretti con il territorio sono:

1. La continuità nelle cure da parte delle persone a causa della distanza fra l'ospedale e le comunità di riferimento. Nel momento della dimissione le donne portano a casa tutte la documentazione, ma poi non assumono i farmaci perché a volte perdono la documentazione e, non sapendo leggere l'italiano, non seguono la posologia, ecc.
2. La conoscenza dei sistemi di contraccezione, soprattutto per le donne che hanno quaranta anni, poiché il loro ruolo è quello di nonna e non di madre.
3. Una vera mediazione interculturale di interpretariato. I servizi sanitari locali sembrano buoni, ma se si evidenziano difficoltà (soprattutto per i bambini) che tendono a mandare sempre le donne al Burlo: "*quando c'è qualche problema, la prima cosa che ti dicono è: vada al Burlo*". Quando le persone entrano al Burlo spesso non sanno dove andare (stanza, ufficio, ecc.). Il Burlo allora chiede un mediatore alla cooperativa che gestisce il servizio di mediazione, ma alle volte arriva un mediatore che parla solo inglese e non la loro lingua.
4. Un rapporto diretto con la struttura attraverso un servizio di mediazione fra l'istituzione e la comunità, anche per tutte le attività di prevenzione (pap test).

[3] Questo approccio costituisce il tratto distintivo della ricerca etnografica. Per una riflessione sull'utilizzo dell'os¬serva¬zione partecipante si rinvia al lavoro di Cefai (2013) e, per gli aspetti metodologici, Corbetta (1999) e Cardano (2011).

5. Indicazioni terapeutiche che includano anche suggerimenti per le attività fisiche e gli aspetti culinari. L'utilizzo di sostanze grasse e zuccherine nella dieta provoca disfunzioni metaboliche importanti. Particolari richieste di aiuto riguardano le donne in gravidanza perché non sanno come è meglio nutrirsi.
6. Come bisogna comportarsi in caso di taglio cesareo; molte di loro partoriscono con il taglio cesareo (a Monfalcone) e non sanno come pulire la ferita, ecc.

Per quanto riguarda l'attività di osservazione partecipante, invece, una particolare attenzione è stata dedicata al Centro Culturale islamico di Pordenone.
Il primo incontro è avvenuto presso la sede con l'Imam e alcuni membri del Consiglio direttivo, il secondo si è svolto sempre presso la loro sede in occasione della grande festa di fine anno della scuola di lingua araba: erano presenti all'incontro più di 500 persone. Durante le attività religiose la sede accoglie fino a 3.000 persone.
Il Centro culturale islamico è situato in via de la Comina 29. È un capannone industriale comperato nel 2009 grazie a un mutuo bancario che la comunità è riuscita in pochi anni a chiudere completamente.
Il Consiglio direttivo del Centro Culturale Islamico è formato da soli uomini, mentre nell'organizzazione dei Giovani Musulmani d'Italia sono presenti anche le donne che spingono verso il riconoscimento dei diritti delle donne e lottano contro la tradizione tribale delle mutilazioni dei genitali femminili e dei matrimoni forzati: "*non dobbiamo confondere la tradizione con il messaggio del Corano. Molto spesso gli uomini si appropriano di privilegi invocando la religione, ma è la loro tradizione, non la religione. Si confondono spesso i piani e ciò che viene praticato da molti uomini non è conforme al messaggio del Profeta*" (donna marocchina).
L'Iman afferma che spesso vengono trattati i temi del rispetto delle donne nell'Islam, anche se i casi di violenza dei fedeli non passano dalla giurisdizione nazionale, ma vengono trattati solo all'interno della comunità con l'aiuto della mediazione dell'Imam: *"Ci sono anche casi di violenza sulle donne e vengono a parlare con me ed io cerco di fare il possibile. Il problema è che qui molte persone non hanno una famiglia e quindi non sanno come fare quando ci sono dei problemi e per far tornare la pace nelle famiglie e allora vengono da me per chiedere consigli*" (Imam Hosny).
La presenza dell'Associazione dei giovani musulmani introduce temi di discussione e di ridimensionamento dei ruoli rispetto alla tradizione ancorata fortemente a modelli patriarcali. I giovani combattono la pratica dei matrimoni forzati e delle mutilazioni dei genitali femminili perché pratiche non conformi all'Islam.

## 3. Il laboratorio esperienziale con i mediatori interculturali

Il mediatore interculturale è diventato sempre più una figura chiave dei servizi socio-sanitari, sia nei confronti dei pazienti sia nei confronti degli operatori (Adinolfi, 2005; Baraldi 2013), al fine di creare un collegamento fra le diverse appartenenze culturali e le istituzioni del nostro Paese, in funzione della qualità dei servizi erogati e dell'integrazione (Crinali e Bestetti, 2000). Ricordiamo che in ospedale la mancanza della presenza del mediatore interculturale implica, in molti casi, l'impossibilità ad avere un rapporto diretto con il paziente. Infatti, quando manca questa figura le traduzioni alle pazienti straniere che non parlano italiano (che sono quelle più vulnerabili) sui temi della sessualità e della riproduzione avvengono grazie al marito o ai figli, con tutte le conseguenze psicologiche che possiamo immaginare.
In Italia la mediazione interculturale fece la sua comparsa agli inizi degli anni 90, quando si passò dalla fase di inserimento di singoli immigrati alla seconda fase del ciclo migratorio, ovvero all'accoglienza, alla stabilizzazione e integrazione di nuclei familiari.
Si assisteva, in quegli anni, a un sostanziale mutamento di ruolo e di status dei gruppi di immigrati, che passarono dalla condizione di "immigrati" a quella di "minoranza etnica", implicando da parte

delle comunità minoritarie un progetto di stabilizzazione e una crescente consapevolezza politica e, da parte delle istituzioni italiane, un riconoscimento di diritti.
La mediazione interculturale prese avvio, prima in modo circoscritto e poi in modo sempre più diffuso, con una certa prevalenza nelle regioni del Nord del Paese. Furono proprio i centri del Nord a sperimentare l'utilizzo sui generis della nuova figura di mediatore. Era una partenza che aveva tutte le connotazioni della novità, della sporadicità dell'inserimento e della casualità nella scelta dei contesti di avvio dell'esperienza (Esposito e Vezzadini, 2011).
Rapidamente, però, presero forma iniziative di formazione e altre finalizzate a un utilizzo più ampio ed esteso di questa nuova figura professionale (Urpis, 2018).
Nel 2009 troviamo una proposta di legge delega presentata all'inizio di febbraio alla Camera da Aldo di Biagio, deputato PdL eletto nella Ripartizione Europa. Il testo ha tra i suoi firmatari esponenti di maggioranza e opposizione e venne illustrato nel corso di una conferenza stampa a Montecitorio.
Al governo si chiedeva di istituire con dei decreti legislativi l'*Albo dei mediatori interculturali* e l'*Albo delle associazioni di mediazione interculturale* e di armonizzare la normativa già esistente. La proposta prevedeva un percorso formativo, che coinvolgeva soggetti istituzionali e anche le parti sociali e quelle del terzo settore, ma la proposta non trovò consenso.
Ancora oggi non esiste una codificazione normativa nazionale e il conseguente profilo professionale della figura del mediatore interculturale è ancora incerto. La Regione Friuli Venezia Giulia, con la L.R.31/2015 "*Norme per l'integrazione delle persone straniere immigrate*", ha istituito l'*Elenco regionale dei mediatori culturali* per facilitare l'incontro fra domanda e offerta nell'ambito della mediazione linguistica e culturale e ha istituito inoltre dei corsi regionali di formazione professionale.
Per l'osservazione delle caratteristiche della professione della mediazione interculturale e per conoscere più da vicino la popolazione migrante, abbiamo utilizzato perciò le ore del corso regionale di formazione professionale (gestito a Trieste dall'IRES), per avviare un "laboratorio esperienziale". La traccia dell'intervista è servita come spunto per i diversi temi affrontati. Gli elaborati scritti dai mediatori sono diventati un materiale ricco e utilissimo per l'interpretazione della funzione del mediatore interculturale in situazioni complesse e dei problemi della loro formazione professionale.
Al laboratorio hanno partecipato 18 mediatori interculturali che frequentano il corso di formazione regionale: 8 maschi e 10 femmine, tutti con esclusione di uno sono nati all'estero, molti di questi sono stranieri, poiché non posseggono la cittadinanza. Un campione davvero interessante sotto diversi profili di analisi, poiché osservatori privilegiati della realtà dell'immigrazione, ma anche soggetti essi stessi di analisi, in quanto stranieri.
Accanto a domande sui temi più importanti della comunicazione interculturale, abbiamo messo in scena dei casi specifici per osservare le possibili azioni intraprese da parte dei mediatori nelle varie situazioni e per conoscere meglio la realtà della popolazione migrante grazie alle loro capacità d'intervento. Nell'osservazione partecipante durante le ore di lavoro sono stati raccolti utilissimi dati relativi alle difficoltà di approccio ai temi della violenza di genere e al metodo di mediazione, che è risultato diverso in ragione del sesso dei mediatori interculturali e della loro stessa integrazione nella realtà italiana.
Per quanto concerne le caratteristiche dell'organizzazione della formazione, abbiamo osservato che il corso è incentrato fondamentalmente sui diritti degli stranieri e della protezione internazionale, ma poco sui diritti delle donne, sul diritto di famiglia italiano, sulla mediazione tecnica in ambito ospedaliero, sulle caratteristiche della funzione sociale del mediatore interculturale in quanto "traghettatore" dei nuovi arrivati verso l'identificazione con la società italiana. Il mediatore infatti, così come ribadito nella letteratura, in quanto veicolo di integrazione dovrebbe integrare la popolazione migrante anche attraverso la conoscenza delle regole e dei valori, delle caratteristiche culturali e sociali della società di accoglienza. Molti degli intervistati dimostrano

perplessità su questo aspetto. Un mediatore nato in Africa afferma "*io ho una cultura islamica e sono diverso dal punto di vista come musulmano*". Sulla domanda in merito alla loro conoscenza del Codice sul diritto di famiglia italiano, la maggioranza dimostra di non conoscere, nello specifico, nessun articolo e le risposte vertono su generici aspetti. Riporto alcune risposte perché sono esemplificative di quanto sia difficile il ruolo del mediatore di fronte ai temi della violenza sulle donne, della scelta individuale e della parità fra i generi: "*i principali diritti che può avere una famiglia… di poter lavorare nella società e di avere servizio per quanto riguarda la salute*" (mediatore maschio); "*nel contesto legale, ma declinato in maniera universale, ogni persona ha diritto al ricongiungimento famigliare. Tale diritto è garantito ai rifugiati politici…*" (mediatore maschio). Nelle mediatrici femmine troviamo invece una maggior specificazione dei contenuti e consapevolezza dei diritti delle donne nel diritto di famiglia italiano. "*Il concetto di potestà genitoriale è fondamentale: non è più solo il padre ad avere il potere decisionale, bensì anche la madre o il genitore in caso di divorzio… Anche lo stesso divorzio o aborto è un diritto fondamentale*". Sulle caratteristiche della popolazione migrante e sulle difficoltà di accesso ai servizi sanitari emergono interessanti questioni. In molte dichiarazioni sono descritti casi di violenza intra familiare (abusi sessuali, violenza domestica, matrimoni forzati, violenza su minori).

Nel caso delle relazioni matrimoniali osserviamo come i matrimoni forzati siano una realtà ben presente in molte culture fra persone residenti sul nostro territorio. Un mediatore maschio dice che "*questo che ho visto… la famiglia dello sposo chiede alla famiglia della sposa se sono d'accordo. La sposa ha poca scelta*". E anche un secondo mediatore scrive che "*le famiglie curde, quelle che vengono dalla Turchia nella maggior parte sono parenti, le donne giovani (18, 19 anni) si sposano con gli uomini che sono stati trovati dai genitori o amici o vicini*". Una mediatrice femmina racconta il concetto di famiglia albanese: "*nel caso della cultura della comunità albanese i matrimoni e le coppie per la maggioranza sono combinati, però non mancano coppie che si sono scelti uno con l'altro, specialmente le nuove generazioni. Anche da noi il valore della famiglia è Unica e Sacra. Deve essere l'obbligo il valore della fedeltà e la cerimonia del matrimonio ha una grande importanza*"; nella tradizione del Bangladesh: "*Quando la famiglia decide oppure sceglie un uomo o sposo per la loro figlia, la figlia può essere che accetta oppure non accetta. Ma quando la figlia non accetta allora tutto diventa di solito…*[4] *quello che succede di più è che la famiglia la costringe e la figlia è costretta e lo accetta…ma dopo la vita matrimoniale della figlia… quello che si vede da noi…non va in buon fine*".

Le dichiarazioni dei mediatori interculturali, in quanto osservatori privilegiati del fenomeno migratorio, ci offrono un quadro preciso della condizione femminile in alcune comunità migranti e ci fanno capire che la coercizione delle donne è una realtà ben presente e probabilmente sottovalutata nelle politiche sociali e dei servizi socio-assistenziali.

I problemi legati alla conservazione delle "tradizioni" familiari si connettono con l'inconciliabilità a volte fra le organizzazioni valoriali delle persone straniere con la nostra società e nel loro sostanziale rifiuto della cultura italiana. "*La più grande difficoltà è nel rifiutare in toto la cultura ospitante, nel giudicare e nel credersi superiore, culturalmente parlando. Le difficoltà si riscontrano ogni giorno nella condivisione di certi valori, sì alla vita, no all'aborto, gli anziani [devono] stare a casa e non in casa di riposo…*". Un mediatore maschio parla di sé stesso e di quanto sia stato delicato il suo percorso di comprensione di un mondo diverso rispetto alla sua cultura di origine: "*Niente è impossibile, ma a volte è difficile farlo. Quando sono arrivato in Italia per me non è stato facile inserirmi in questo tipo di società completamente diversa. Imparare la lingua, abituarsi con il clima, imparare i diritti delle donne, il rapporto tra persone, essere indipendenti, [queste] erano le difficoltà che ho avuto subito all'inizio*". Interessante è che molte persone in Italia devono apprendere i diritti delle donne, se sono maschi devono apprenderla anche per rapportarsi con loro, e devono imparare a essere indipendenti! Se per un uomo può risultare difficile

[4] La mediatrice scrive inserendo i puntini, un non detto che sotto intende sicuramente situazioni di violenza e di negazione della libertà di scelta individuale.

il raggiungimento dell'autonomia personale, rispetto alla propria cultura che privilegia il senso comunitario, possiamo immaginare quanto può esserlo per una donna che proviene da mondi tradizionali improntati a modelli patriarcali.
Ma ovviamente le difficoltà non sono sempre così insormontabili e molto dipende dalla provenienza e vicinanza culturale e dall'atteggiamento personale. Anche l'appartenenza a una religione diversa può influire, ma sta nelle capacità delle persone di comprendere e di comprendersi a vicenda.

## Riferimenti bibliografici


Andolfi M. (2005), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Milano, Franco Angeli.

Baraldi C. (2013), *I fondamenti della mediazione interculturale e del ruolo del mediatore*, Milano, Franco Angeli

Cardano M., Ortalda F. (2016), *Metodologia della ricerca psicosociale*, Milano, UTET.

Cefai D., "Qué es la etnografìa? Debates contempora'neos. Arraigamientos, operaciones y experiencias del trabajo de campo", *Persona y sociedad*, 2013, XXVII (1): 101-119.

Ciancio B (2005), "L'assistenza sanitaria e la diaspora sociale dell'Europa che cambia: gli infermieri e le minoranze etniche si stanno adattando?", *International Nursing Perspectives*; 5(1): 27-32.

Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino.

Crinali, Bestetti G. (2000), *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate*, Milano, Franco Angeli.

El-Hamad I., Pezzoli M.C. (2005), "Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)", *Infermiere Oggi*; 15(2): 42-54.

Esposito M., Vezzadini S. (2011) (a cura di), *La mediazione interculturale come intervento sociale*, Milano, Franco Angeli.

Geraci S. (2012), *Migrazioni, salute e crisi*, Dossier Statistico Immigrazione, Roma.

Mottini G. (2007), "I perché e i come di una medicina transculturale", *International Nursing Perspectives*; 7(1): 1-4.

Urpis O. (2018), "Cultural diversity in complex societies and new integration strategies: the role of intercultural mediators in institutions", *POLIARCHIE / POLYARCHIES* (1): 90-105.