

## **SPUNTI DI RIFLESSIONE SULLA GINECOLOGIA**

### **Una breve ricerca sul campo al SA.MI.FO.**

*Chiara Chersic*

#### **Introduzione**

“(…) Il rapporto medico-paziente non esiste, esistono innumerevoli rapporti tra innumerevoli medici e innumerevoli pazienti.”

Così l’antropologo Giovanni Pizza spiega come il rapporto tra medico e paziente non sia soltanto un servizio che il primo fornisce al secondo, ma prima di tutto un incontro tra individui con background sociale, culturale e personale diverso.

In un contesto come quello del SA.MI.FO, questo tipo di affermazione risulta quanto mai vera.

La struttura infatti è nata per offrire un servizio sanitario specifico ai migranti forzati, macrocategoria che racchiude un’enorme quantità di persone che provengono da paesi diversi ed hanno storie di vita differenti.

L’ambito specifico considerato per questa breve ricerca è quello ginecologico, all’interno del quale si è tentato di esplorare, attraverso la voce viva delle persone, le dinamiche che nascono dal rapporto tra i soggetti coinvolti e svelare la complessità che si cela dietro l’apparenza.

Sono state effettuate venticinque interviste semi-strutturate, registrate e successivamente sbobinate, a cinque mediatori, alla ginecologa e a diciannove utenti. Per queste ultime erano previste una scheda anagrafica iniziale (età, paese di provenienza, stato civile, figli, religione, lingua, mediatore), ed una serie di domande incentrate nella prima parte sulla questione del genere del ginecologo e dei mediatori, argomento dal quale sono scaturite altre considerazioni.

Le utenti, ovviamente tutte di sesso femminile, sono state intervistate in maniera anonima. Per questo motivo nel riportare spezzoni di interviste ho preferito utilizzare degli pseudonimi.

Gli intervistati hanno diversa età, livello di istruzione, provenienza geografica (Italia, Senegal, Congo, Iran, Kenya, Nigeria, Eritrea, Libya, Bangladesh, Camerun, Cina, Egitto, Turchia, Somalia, Ucraina).

Gli incontri con le donne sono avvenuti tutti all'interno del SA.MI.FO. : dopo ogni visita specialistica, la ginecologa le ha invitate a partecipare presentando il progetto e fungendo così da mediatrice.

Si è parlato con le persone singolarmente, con la presenza di un mediatore solo in caso di difficoltà comunicativa evidente.

Le interviste sono state effettuate durante gli orari di visita anche di altri medici e psicologi. Non tutte le donne invitate hanno effettivamente partecipato sia perché alcune non hanno accettato,

sia perché, in mancanza di un mediatore, a volte non è stato possibile comunicare.

Questo lavoro non ha ovviamente la pretesa di essere esauriente sugli argomenti trattati. Il poco tempo nel quale è stato realizzato e la quantità di materiale raccolto non hanno permesso di approfondire i temi nella maniera più adeguata.

L'intento semmai è quello di dare spunti di riflessione che possano spingere a guardare oltre ciò che appare, oltre la semplificazione della realtà ed il pregiudizio.

### **Genere e ruolo del medico**

L'utenza femminile del SA.MI.FO comprende donne migranti forzate, per lo più richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale o umanitaria, che spesso sono state vittime di violenza.

L'ambito ginecologico rappresenta pertanto, come si può immaginare, una sfera molto delicata. La struttura, come afferma il suo direttore, il dr. Giancarlo Santone, ha compiuto una scelta ragionata e consapevole, quella di mettere a disposizione delle utenti di ginecologia uno staff tutto al femminile.

È una decisione che tiene certamente conto delle esigenze di un particolare tipo di utenza e che mira a non urtare la sensibilità delle donne.

Il campione di utenti preso in esame è molto ridotto e non può sicuramente rappresentare l'ampia gamma di tipologie di pazienti che accedono ai servizi, tuttavia la maggior parte delle donne ha dichiarato di preferire una presenza femminile.

Poche pazienti, in realtà, hanno escluso completamente la possibilità di essere visitate da un ginecologo uomo, come Marjan : *"...come questo tempo che per problemi io non sono andata al ginecologo... Questa volta ho parlato con la mediatrice e ho detto che sì, questa volta ho avuto questi problemi, è arrivato per me il momento, anche se io ho paura... 'c'è qui una ginecologa, vieni mercoledì, scrivo il tuo nome! Tu vieni, Non andare a lavoro!'. 'Va bene, vengo'. Ma è una donna?" 'Sì, donna!'. Se no dico no, non vado come questo tempo che non sono andata, e dico: 'no, lascia perdere, non vado.'* (Iran, 19.07.2017)

Circa la metà di loro tuttavia afferma che il genere del ginecologo sia per loro indifferente, anche se buona parte, in caso di scelta, preferirebbe una ginecologa donna.

Alcune inoltre hanno cambiato la loro opinione nel tempo, come sostiene Jane: Quando ero giovane, meno di 20 anni, preferivo una donna. Ma dopo quello, senza l'esperienza, non lo so, dopo c'era un uomo, una donna, è la stessa cosa, non cambia niente. (Kenya, 18.07.2017 )

La restante parte invece ha dichiarato di preferire una ginecologa, precisando in molti casi di accettare la presenza di un uomo solo in caso di necessità.

La maggior parte dunque preferisce un medico di sesso femminile per la ginecologia, affermando di sentirsi in questo modo a proprio agio o che una donna possa capire meglio: *è meglio che le donne devono fare questa visita per le donne...* (Madeleine, Camerun, 27.06.2017) .

L'incontro “da donna a donna” spesso è necessario perché possa instaurarsi un rapporto di fiducia, soprattutto quando si devono condividere aspetti intimi e personali: *Perché con la mia vita privata... Perché io sono una paziente che a volte non vuole dire le sue cose con tutti. Però con le donne vedi che è normale... però quando c'è un uomo.... Perché quando vado lì in visita parliamo di tante cose prima di... così non mi piace quando c'è un uomo tra loro... sì, perché come dal ginecologo parliamo di tante cose... no? è lì che non voglio quando c'è un uomo...* (Henriette, Congo Rep. Dem.,18.07.2017)

L'impressione che ha la stessa dr.ssa Patricelli, ginecologa del SAMIFO, è che in generale la presenza femminile rassicuri le utenti: *Guarda secondo me qui è importantissimo che sia una donna.. (...) Spesso c'è la battuta, qualcuna dice: ‘meno male che siamo tutte donne’ Ecco, questo succede. (...) Magari siamo noi che diciamo: ‘Ah, ma perché ti vergogni? Siamo tutte donne!’ Questa è una cosa che davvero non saprei dire quanto sia un luogo comune e quanto sia*

*collettivo. (...) Onestamente però direi che hanno un certo sollievo quando vedono che siamo tutte donne. (12.07.2017)*

Escludere drasticamente la presenza maschile tuttavia rappresenta in qualche modo un pregiudizio, che non tiene conto di quello che accade realmente.

È vero che l'équipe di ginecologia è prevalentemente femminile, ma esiste un'eccezione che riguarda una figura fondamentale in molti casi, quella del mediatore.

Quando entra una paziente ho l'abitudine di presentare tutti: 'io sono la ginecologa, lei è la mediatrice e ...' Quando dico: 'LUI è il mediatore' le pazienti sono un pochino più in difficoltà e sento, magari è un pregiudizio, di dover in qualche modo giustificare alla paziente che c'è un uomo, perchè avevamo solo un mediatore uomo. Detto questo poi, lo invitiamo ovviamente ad uscire quando facciamo la visita... Io non capisco quello che dicono i nostri mediatori uomini, ma vedo i loro modi, vedo le reazioni delle pazienti, e mi sentirei di dire che hanno una modalità molto delicata e molto attenta nei confronti delle donne. Perché lo vedo, lo sento. A volte se devo fare delle domande imbarazzanti, chiedo a lui: 'Come glielo possiamo chiedere questo?' Direi che personalmente mi trovo molto bene con alcuni mediatori. Pur essendo ginecologa, apprezzo molto la collaborazione di alcuni mediatori. Di converso qualche volta mi è capitato con la mediatrice di sesso femminile, è come se si dimentichi di essere mediatrice, e intervenga invece in

una maniera un po' troppo personale. Laddove invece è molto meglio l'atteggiamento del mediatore, che è una figura che non dimentica mai di fare questo triangolo, non crea mai quella relazione diretta (...) Quindi per me nello specifico proprio questi due mediatori maschi, hanno un atteggiamento direi ineccepibile. Sarà una casualità dettata dallo specifico..." (dott.ssa Patricelli, 12.07.2017 )

La presenza maschile, che sembrava dovesse essere totalmente esclusa, a volte quindi in realtà facilita quel rapporto di fiducia che si pensava dovesse essere tutto al femminile.

"Tantissimi egiziani vengono, quindi dico: tranquillo, non c'è niente. Anche loro mi ringraziano: 'grazie, grazie per aver fatto la visita con me!'", afferma Abdul, mediatore di lingua araba e inglese, e continua: "La prima volta mi sono sentito un po' timido, ma è andata bene! Pensavo peggio, ma è andata al contrario. È andata bene, benissimo. (...) Fino ad adesso tutto è andato in maniera positiva, non c'è niente di negativo...(...) Ho scoperto un altro mondo con ginecologia: cosa fa la dottoressa, cosa fare con una donna incinta cui dà l'informazione, che aiuta a capire cosa fare, cosa mangiare. Sì, questo non lo sapevo prima. Non lo conoscevo prima tanto, lo conoscevo un po'. Diciamo che adesso ho scoperto di più". (Libia, 01/08/2017)

Abdul spiega che, superata la timidezza iniziale, questo tipo di esperienza lo ha arricchito personalmente e che non c'è mai stato un rifiuto da parte delle utenti di una sua mediazione.

La sua presenza non viene considerata un'invasione ma un aiuto, si crea quindi un punto di incontro tra i due generi in un campo che tocca l'intimità della donna. Certo, in quanto uomo, il mediatore esce dalla stanza nel momento della visita vera e propria, a differenza della mediatrice, che invece rimane il più delle volte dietro un paravento. Vengono tuttavia trattati, ai fini della visita, argomenti che riguardano una sfera molto personale e che quindi presuppongono un rapporto di fiducia.

Come spiega Mass, mediatore di wolof e francese: “Non ho ancora incontrato nessuno che dica che è un problema. Io faccio solo la mediazione, e dopo quando c'è la visita esco fuori (...) Mi dice (la ginecologa): ‘dille che adesso dobbiamo fare una visita ginecologica approfondita’. Glielo dico e poi mi alzo, perché non sono un medico e la mia presenza non aiuta nessuno, non posso dare niente. (...) Quando la dottoressa inizia a fare la visita ginecologica.. io esco fuori e poi rientro, quando hanno ancora bisogno ...” . (Senegal, 11.07.2017)

Molte intervistate sostengono che la preferenza per un medico donna riguardi soltanto le visite ginecologiche e non, ad esempio, quelle con il medico di base. Sembra quindi ovvia l'importanza che questo presupposto assuma nello specifico campo preso in considerazione.

Eppure, ad eccezione delle poche donne che escludono completamente una possibile presenza maschile, le utenti non si sono mostrate contrarie alla mediazione di un uomo.

È vero che spesso questo tipo di presenza sia richiesta per necessità, per mancanza di mediatrici donne, ma in ogni caso, né la ginecologa, né i mediatori hanno memoria di un dissenso.

Occorre però non de-contestualizzare la ricerca, considerando l'ambito entro il quale sviluppiamo le nostre considerazioni, cioè quello medico.

In tale contesto spesso il medico assume un ruolo riconosciuto ed intoccabile, meritevole di una fiducia completa.

Domina il fatto che le utenti spesso si fidino completamente del parere della ginecologa, tralasciando quasi completamente la partecipazione attiva: *Diciamo che in linea di massima loro si adeguano alle indicazioni che vengono loro date. È che non collaborano, non hanno cioè quell'atteggiamento critico per cui vogliono gestire la loro gravidanza per esempio. (...) Si affidano e si fidano. Certo, la sensazione è che si fidino e che si affidino (...) ma la partecipazione attiva manca assolutamente.* (Dott.ssa Patricelli 12.07.2017)

Le utenti hanno sicuramente un alto livello di *compliance*, che Julian Haynes definisce come la coincidenza tra il comportamento del paziente e la consulenza medica.

È chiaro che molte pazienti riconoscano nella figura del medico non solo un punto di riferimento, ma anche un'autorità detentrici di sapere, alla quale affidarsi.

Questa “osservanza” alle prescrizioni mediche può di certo appartenere a tutti i pazienti, in qualsiasi contesto medico e l’antropologo James Trostle giunge a definirla come una forma di ideologia, che giustifica l’autorità medica. (Trostle, 1988)

In un ambito come quello del SA.MI.FO però, questo comportamento è sicuramente incrementato dalla fragilità della condizione di molte utenti, che trovano nella struttura un importante punto di appoggio.

È chiaro che non parliamo di un atteggiamento passivo delle donne in senso assoluto. Nelle utenti esiste anche un forte componente attiva e partecipante, che, anche a detta della stessa ginecologa, effettivamente a volte porta anche a contestare i suoi consigli.

È interessante notare, ad ogni modo, come questo riconoscimento totale al ruolo medico passi a volte in primo piano rispetto alle opinioni personali delle singole donne, anche per ciò che riguarda il genere.

“È maleducato dire che si preferisce un ginecologo donna o uomo”, afferma Blessing, (Nigeria, 20.06.2017). Il ruolo di medico si sgancia dalla persona – medico: “Le prime sì, siccome ero ragazzina, avevo un po’... mi vergognavo, sì. Poi no, i medici non hanno il sesso, si dice così? (...) Se lui è medico è medico, maschio o femmina”. (Nadiya, Ucraina, 13.6.2017). E ancora: “Per me è uguale, per la mia salute è uguale. Uomo e donna è uguale. Tutte e

due uguale, quando studiano hanno il permesso”. (Genet, Eritrea, 21.06.2017).

Tra le stesse donne che hanno dichiarato di preferire una ginecologa donna, molte hanno affermato di non considerare la professione di ginecologo come prettamente femminile: *Se ne avessi bisogno le farei. Però così una donna, è normale, no?, normale con una donna. Un uomo va bene, però mi sentirei un po'... (...)* *No, mi sembra che sia una cosa normale sia maschile che femminile. È il suo lavoro, quindi... non c'è scritto da nessuna parte che deve essere una ginecologa, può essere pure un ginecologo, poi... Anzi, penso che i ginecologi sono più bravi delle ginecologhe, sai? Me lo dice mia madre perché lei ha avuto un ginecologo uomo quando ha avuto una gravidanza.* (Fatema, Bangladesh, 14.06.2017)

Il ruolo che il medico assume giunge quasi ad azzerare una differenza di genere così pesante in un mondo che sembra appartenere solo alle donne.

La ginecologia sembra un ambito particolare che deve coinvolgere in gran parte, se non totalmente un personale femminile, soprattutto se non si parla di medici, ma di altre figure.

La realtà tuttavia si rivela sempre più complessa di come può apparire e può contraddire una convinzione che, seppure per certi versi valida, deve essere necessariamente considerata in tutti i suoi aspetti.

## **La figura del mediatore linguistico-culturale**

Quella del mediatore è una figura che in una realtà come il SA.MI.FO. si rivela indispensabile per instaurare un rapporto tra il personale medico e gli utenti.

In molti casi infatti, la mediazione linguistica è fondamentale perché si possa creare un ponte, senza il quale viene interrotto qualsiasi tipo di comunicazione. Inoltre, la mediazione in ambito medico prevede una competenza specifica nella terminologia medica che si può acquisire soltanto con la preparazione e l'esperienza.

I racconti delle donne in questo senso manifestano una necessità pratica, che non viene considerata da molte strutture ospedaliere. Zara spiega così la sua esperienza in ospedale: (...) *Io sono andata in ufficio ho fatto domanda, informazione a loro, mi hanno accompagnato allo sportello e loro mi ha detto: 'devi prendere appuntamento qui'. (...) Forse perché non ho conosciuto la gente lì, forse non ho capito, fatto capire bene, questo io penso il mio problema, non di loro. (...) Tutte le persone qua (SAMIFO) sono brave, come io ho conosciuto loro, non lo so... sono bravi, lavorano bene, aiutano gli stranieri con la lingua, io vedo questa cosa qua (...) le persone internazionali avevano la mediatrice (...) Quando sono andata in altro ospedale forse un anno fa, forse non spiegava bene in italiano, quando sei dentro il tuo popolo sei un'altra persona (...)* (Turchia – Kurdistan turco, 11.07.2017)

La mancanza di un mediatore per Zara è un disagio perché genera una difficoltà di esprimersi, di capire, ma la sua frase finale rivela un bisogno molto più profondo.

Il mediatore è semplicemente un interprete? Svolge soltanto un servizio di traduzione linguistica?

A questa domanda risponde Pari, mediatrice di lingua farsi e farsi dari: La figura del mediatore linguistico-culturale non può assolutamente accomunarsi a quella, se pur importante, del traduttore-interprete. L'interprete si attiene solo alla traduzione linguistica, mentre la professionalità del mediatore linguistico-culturale, come dice la stessa parola, mira a coniugare la realtà linguistica culturale del soggetto ospite che necessita di particolari aiuti nei diversi campi di competenza, con quelle dell'ospitante, e in questo particolare contesto specifico alle attività del SAMIFO. Questo risultato è frutto di lunga preparazione ed esperienza nello specifico settore che spazia in varie competenze. Credo che questa funzione possa essere affrontata nella migliore delle maniere da mediatori che provengono dalle stesse realtà regionali e culturali dei migranti, per potersi calare proprio nella realtà di appartenenza ambientale e culturale, capire le reali esigenze dei pazienti, e facilitare il lavoro dei professionisti interessati e delle stesse amministrazioni dei paesi di accoglienza. (...) Vuol dire moltissimo, perché se si è sulla stessa onda di pensiero, sulla stessa terminologia, si capta proprio quello che è il pensiero di quello che si dice a livello verbale. (...) Si instaura una fiducia tra il paziente o l'utente e il

mediatore (...) devi recuperare entrambe le fiducie, e trasmettere la richiesta e anche la risposta. Quindi questo ruolo è molto sottile, è delicato. (Iran,09.08.2017)

Quell'appartenenza nominata da Pari è il motivo per il quale il mediatore è innanzitutto un mediatore culturale, oltre che linguistico. A questo punto però occorre chiarire cosa intendiamo per cultura.

La definizione che dà Taylor è “Cultura o civiltà, intesa nel suo ampio senso etnografico, è quell'insieme complesso che include le conoscenze, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualunque altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo in quanto membro di una società” (Tylor, 1871)

Il pensiero antropologico però ha ormai compreso che la cultura non è qualcosa di statico e immutabile ma è soggetta tanto a “dinamiche interne” quanto a “dinamiche esterne” (Balandier, 1973). Essa quindi è sottoposta continuamente a cambiamenti che possono riferirsi a diversi elementi: mutazioni secondo logiche interne, incontro con elementi esterni, altri contesti culturali, ma anche la personalità individuale, la propria esperienza di vita, il proprio contesto sociale.

Il ruolo del mediatore come figura che possa facilitare l'incontro tra medico e paziente, sia a livello linguistico che di traduzione dell'esperienza dell'utente nei suoi significati culturali, è fondamentale.

Non dimentichiamoci però che il mediatore stesso è una persona con una propria cultura, intesa proprio nel senso che abbiamo descritto, un individuo con un'identità personale, che deve saper conciliare nello stesso tempo le sue esigenze, quelle del paziente e quelle del medico.

Mass, mediatore di lingua wolof, spiega che in ginecologia la sua presenza è ben accettata da tutte le utenti, ma non per questo non ci sono difficoltà: *Perché, ogni tanto ci sono delle domande della dottoressa che faccio fatica a tradurre, perché conoscere le persone culturalmente è un po' scottante, no? E capita che abbiamo sempre questo taboo di non arrivare a certe parole che mettono in difficoltà, me che devo tradurre. Mettono in difficoltà me. Le parole non riesco a trovarle, tipo la parola i genitali, no? Nella lingua cerchi un modo più soft per dirlo, altrimenti loro mi rispondono, ma non so se dentro per loro è un problema (..) Comunque sono io ad essere in difficoltà per dire la parola direttamente nella lingua... Ogni tanto nella lingua la parola non è sentita bene, allora uso la traduzione per designarli in modo più soft, non dicendo proprio genitali, ma, sai, per cercare un po' più in profondità le parole. (...) Se mi trovassi con un uomo non avrei nessun problema, ma con la donna ho un po' di problemi per questioni culturali. Conoscendo la cultura, le persone, se non hai una certa relazione, arrivare a dirlo durante la visita magari può... non dico che sia offensivo, no, ma lei può pensare che sei volgare... Allora tu sei costretto ad andare a cercare le parole più soft per cercare di far capire con i gesti, ma non arrivare alla parola brusca.* (Senegal, 11.07.2017)

Mass lo definisce un tabù culturale, che crea una sorta di disagio iniziale in lui, ma che comunque non rappresenta un ostacolo, perché occorre soltanto un po' di delicatezza per creare un clima di normalità. Se osservassimo questo fenomeno in un'ottica riduzionista penseremmo che un tale atteggiamento rappresenti certamente una forzatura, una mancanza di rispetto per la "cultura".

Il compromesso tuttavia si trova proprio perché il concetto di cultura è ampio e bisogna considerare svariati elementi.

È interessante inoltre pensare che a prima vista un mediatore di una stessa nazionalità dell'utente sia facilitato nella comunicazione. In ambito ginecologico, alla luce di quanto abbiamo detto, per Mass non è esattamente così: *Sicuramente sì, con i senegalesi io ci parlo direttamente, ma con quelli del Mali o Costa d'Avorio parliamo un'altra lingua, francese, quindi è un poco.... (...) La difficoltà in questo ambito della mediazione è solo quella. Quando parlo con una ragazza che viene dal Mali è più facile per me perché la parola italiana va convertita in quella francese, è più facile. Ma con il senegalese la parola che usi con il senegalese in wolof bisogna cercarla perché non esiste, oppure esiste però è tabù, non si tocca. Quindi devi andare a cercare una parola, ecco, più soft , anche con i gesti per fare capire. Con il Mali, una che parla francese diventa automatico, veramente facilissimo... come se tu parlassi in italiano direttamente, non c'è bisogno di mezze misure.* (Senegal, 11.07.2017)

Il mediatore dunque non è una figura astratta che automaticamente assume un ruolo in base al suo paese di origine, ma una persona, spesso con un proprio percorso migratorio alle spalle, che ha compiuto e continua a compiere un processo di mediazione interna oltre che esterna.

Questa funzione diventa inoltre molto difficile quando ad essere trattati sono argomenti delicati.

Un tema molto spinoso in ambito ginecologico è quello riguardante le pratiche di mutilazione genitale femminile.

Come conferma la mediatrice di lingua somala Safia: In Somalia prima lo facevano tutte, perciò sono tante quelle cui è stato fatto. Ci sono quelle invece che non l'hanno subita, perché da tanti anni si dice che non si può più fare. C'era anche nell'ultimo governo una legge contro, ma viene fatto lo stesso, sempre. Le culture sono difficili da togliere (...)Non c'entra niente la religione, però è una cosa che le donne fanno, perché sono loro che ... il campo è delle donne, perciò decidono loro se farlo o no. (Somalia, 18.07.2017)

L'infibulazione è una pratica che viene correlata ad un aspetto del tutto culturale, quindi molte donne si aspettano di essere capite da una persona che viene dal loro stesso paese.

Safia rivela che è molto difficile, in alcuni casi, parlare con le donne somale di questo argomento, perché data la sua disapprovazione alla pratica, la reazione può essere negativa: *Eh si, è difficile. perché ti*

*dicono: 'ah, tu sei cambiata perché vivi in un altro paese!'. (Safia, Somalia, 18.07.2017)*

In realtà domandando a Safia se si sente davvero cambiata da questo punto di vista, lei risponde nettamente di no: No, perché io da piccola ho scoperto che non era una cosa religiosa, e mi ribellavo, anche se mia madre mi diceva di non parlarne con le altre donne... Invece raccontavo alle bambine: 'non esiste, non fatelo, non accettate che la mamma ve lo faccia, è doloroso! Poi dopo non puoi avere figli...'. Poi le mamme dicono: 'ma non è così'... allora contrattacco...

Ovviamente, al contrario, molto spesso soltanto attraverso Safia si può giungere ad aprire un dialogo con l'utente. In questo modo si instaura una fiducia che può far intuire il bisogno di un aiuto che vada al di là della semplice visita ginecologica: (...) *Le donne somale, ho visto, sono divise in due: per alcune basta che il medico sia una donna e parlano tranquillamente dei loro problemi e tutto il resto, altre dicono: 'io sono venuta qui per fare questa visita, se ho qualche problema mi dite, se no è inutile che parli della mia vita con voi'. A prescindere da chi c'è o non c'è.*

'Siamo tutte femmine, puoi parlare, puoi dire quello che vuoi', 'no, sono venuta a fare la visita, se ho un problema mi dite se no è inutile che racconti gli affari miei a te'. Anche se hanno dei problemi... Perciò tocca al medico o al mediatore capire se questa persona ha bisogno di parlare con uno psicologo, e ci è capitato qualche volta di

inviarle. Per fortuna qui si fa girare all'interno dello stesso servizio, si rimane qua, e tu dici: 'vedi se ti serve parlare con questo dottore, prendi l'appuntamento'. E poi il giorno dopo scopri un mondo che non ti aspettavi...

Inoltre Safia ha notato un aumento di donne somale con le quali è possibile aprire un dialogo sul tema delle mutilazioni genitali proprio attraverso la visita ginecologica. Questo tipo di dialogo ovviamente risulta possibile soltanto se c'è una volontà di comprensione, che viene sicuramente facilitata da lei.

Quello che emerge dalle testimonianze dei mediatori, è che questo ruolo non può essere ridotto a mera funzione di traduzione e non può neanche essere considerato portatore di una "cultura altra" predefinita e spendibile allo stesso modo con tutti.

La mediazione linguistico-culturale è indispensabile perché possano essere decodificate delle categorie simbolico-culturali altrimenti non comprensibili.

Essa però non coinvolge soggetti che sono "frutti puri" di una determinata cultura incontaminata ed immutabile (Clifford, 1993), ma favorisce l'incontro tra persone immerse in contesti complessi che devono trovare di volta in volta compromessi, pur riconoscendo l'importanza della diversità.

## **Conclusioni**

Le dinamiche di cui abbiamo parlato rappresentano soltanto degli esempi descrittivi che suggeriscono la complessità delle varianti da considerare.

Divenire titolare di protezione internazionale o essere un richiedente asilo può significare entrare in una categoria astratta, che include in sé persone diverse tra loro, non solo per nazionalità o lingua, ma anche per esperienze di vita.

Non bisogna dimenticare inoltre, che a sua volta anche coloro che lavorano nell'ambito della migrazione sono persone con una propria cultura, con una propria storia di vita.

Operare in un contesto riguardante la salute dei migranti forzati pone subito la necessità di non considerare il paziente soltanto come corpo inteso in senso biologico. Devono essere necessariamente prese in considerazione le distanze culturali che creano diversi modi di interpretare la realtà.

D'altra parte però non si può neanche optare per un'ottica riduzionista che consideri un individuo unicamente come un possessore di cultura, intesa come concetto astratto.

Quest'ultima semmai deve essere considerata nella sua produzione materiale e simbolica e nelle differenziazioni interne ai contesti culturali. (Pizza, 2005)

Inoltre devono essere considerati molti altri fattori, le condizioni socio-economiche dei soggetti, quelle legate alla condizione di migrante, di rifugiato, di richiedente asilo.

Il contesto ginecologico poi, è un ambito medico, o meglio biomedico, culturalmente definito e generatore di significato.

Oggi, in questo senso, l'antropologia medica adotta un approccio prevalentemente "riflessivo" che non riflette su oggetti che esistono in maniera naturale, ma sulla nostra capacità di costruzione di oggetti con il nostro stesso sguardo e la nostra azione "scientifica". Questo vuol dire che, così come lo studioso, anche lo sguardo medico produce i propri oggetti secondo una propria visione. (Pizza, 2005)

Le donne ed il personale intervistato raccontano proprio come ogni individuo, con il proprio bagaglio personale fatto di svariati aspetti, non generi comportamenti sempre prevedibili.

È necessario che la persona, spogliata dei pregiudizi, sia considerata nella sua dinamicità identitaria.

## **Bibliografia**

Giordano Antonio, Laudato Francesca, Nardini Giuseppe (a cura di), 2012, Ospedale Ospitale, Milano, Franco Angeli s.r.l.

Trostle, James, 1988, 'Medical Compliance as an Ideology', in *Social Science and Medicine*, 27(12),1299-308.

Tylor, Edward Burnett, 1871, *Primitive Culture*, London, Bradbury, Evans and Co Printers, Whitefriars

Balandier, Georges, 1973, *Le società comunicanti*, Bari, Laterza

Clifford, James, 1993, *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel secolo XX*, Torino, Bollati Boringhieri.

Pizza, Giovanni, 2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci Editore