Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale

in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di Laurea

Corpi femminili e culture della salute

Uno studio qualitativo sulle esperienze delle professioniste che si occupano di donne immigrate in ambito ginecologico in Veneto

Relatrice:
Ch.ma Prof.ssa Giulia Garofalo

Laureanda:
Arianna Karpati
Matricola 966799

Anno Accademico 2018 / 2019

INDICE

Abstract **1**

Introduzione **3**

I Contesto **7**

1. Il contesto italiano 8

2. Le migrazioni femminili in Italia 10

3. La salute riproduttiva delle donne immigrate 15

4. Servizio sanitario italiano e donne immigrate 19

5. Il contesto veneto 23

II Metodologia **26**

1. Motivazioni e domanda di ricerca 27

2. Questioni di comprensione 32

3. Indicazioni di metodo 36

4. Chi si occupa di salute riproduttiva 40

5. Limiti e potenzialità 45

III Analisi **49**

1. Accesso alla salute riproduttiva e donne immigrate **50**

1.1 "Emergenza gravidanza" come modalità di accesso 50

1.2 Ospedali veneti e donne immigrate 57

1.3 Il medico privato e l'AIED 63

1.4 Il consultorio pubblico 68

2. La soluzione ufficiale: la mediazione linguistico-culturale **72**

2.1 La mancanza di un servizio di mediazione 73

2.2 Alternative alla mediazione: fra sostenibilità e strategie 79

2.3 Lavorare con la mediazione: dubbi e problematiche 85

3. Difficoltà e problemi esperiti 92

3.1 Problemi linguistici 92

3.2 L'importanza del genere in ginecologia 98

3.3 Stesse parole, diversi concetti 102

3.4 "Conoscere l'ABC" 105

3.5 Problematiche economiche ed organizzative 110

3.6 L'IVG: tra prevenzione e fertilità 114

4. Incontrare la violenza 121

4.1 Difficoltà nel riconoscere e nell'affrontare le violenze 123

4.2 Protocolli e linee guida 129

4.3 Mutilazioni genitali femminili 134

4.4 Tratta e sfruttamento sessuale 141

5. Bisogni, buone pratiche e prospettive 146

5.1 Bisogni 146

5.2 I corsi di formazione 151

5.3 Buone pratiche e proposte 154

5.4 Prospettive 160

Conclusione 164

Allegato A - La traccia di intervista 170

Allegato B - Lista interviste 172

Bibliografia e sitografia 174

ABSTRACT

Durante il mio lavoro di operatrice con giovani donne immigrate in Italia, mi è spesso capitato di accompagnarle ed assisterle nel corso di diverse visite e percorsi in ambito ginecologico. Da qui nasce la domanda di ricerca del presente lavoro: se e come sia possibile costruire "incontri" di qualità migliore per il personale e per le utenti, e trovare soluzioni innovative a problemi di distanza ed incomprensioni linguistiche e culturali.

Attraverso venti interviste di tipo qualitativo rivolte a figure professionali che nel settore pubblico e nel privato si occupano di salute riproduttiva in Veneto, ho condotto un progetto di ricerca nel tentativo di trovare risposte al mio quesito, nonché di offrire un'occasione di riflessione sull'argomento.

Come già indicato dalla letteratura, sono apparse difficoltà relazionali legate a problematiche di tipo linguistico e culturale. Ma sono anche emersi ostacoli legati alla mancanza di politiche attente a questo tipo di utenza e orientate ad istituzionalizzare buone pratiche e strategie già messe in atto da chi lavora in questo campo.

INTRODUZIONE

Questa tesi nasce dalla convergenza di più esperienze, professionali e personali. Il tema della salute nella migrazione femminile mi tocca da vicino poiché io stessa per alcuni anni ho vissuto all'estero, in paesi culturalmente e linguisticamente molto distanti dall'Italia, dove mi è capitato di sperimentare sulla mia pelle tutta la frustrazione, la solitudine ed il senso di incomprensione che si prova quando ci si ammala in un paese straniero. Il caso ha poi voluto che, una volta rientrata in Italia, mi ritrovassi ad occuparmi proprio degli aspetti connessi alla salute di alcune donne immigrate, nello specifico di giovani nigeriane vittime del traffico di esseri umani ai fini di sfruttamento sessuale. Negli ultimi due anni ho infatti lavorato come operatrice sociale all'interno di un progetto sperimentale della Prefettura di Venezia volto all'emersione di potenziali vittime di tratta tra le giovani donne richiedenti asilo. Viste le storie di stupri, violenze ed aborti clandestini che le ragazze portavano con sé, è risultato subito evidente che la parte più sostanziale del mio lavoro consisteva in accompagnamenti a visite ginecologiche di ogni tipo, nonché in un supporto socio-psicologico nei confronti dei traumi che riguardavano la sfera sessuale. Quest'ultima esperienza ha generato in me un forte interesse nei confronti della salute riproduttiva femminile, in particolare per quanto riguarda il variare delle conoscenze e delle interpretazioni di essa da persona a persona, e di cultura in cultura. Per via delle quotidiane visite ad ospedali e consultori, mi sono anche accorta che il personale, sanitario e non, di queste strutture si trova spesso in difficoltà nel relazionarsi con un'utenza "diversa", che necessita di una presa in carico più complessa, e che quindi richiede una preparazione multiculturale e multidisciplinare.

Per tutte le ragioni sopra esposte, ho deciso di dedicare questa tesi alla ricerca di una risposta alla domanda che mi ha accompagnata negli ultimi tre anni: se e come sia possibile costruire incontri di qualità migliore per il personale e per le utenti immigrate, e trovare soluzioni innovative a problemi di distanza e di incomprensione linguistica e culturale. In particolare, avendo già sperimentato in prima persona e come accompagnatrice tutte le aspettative, difficoltà e frustrazioni legate alle visite ginecologiche dal punto di vista della paziente straniera, ho scelto invece in questo progetto di dare voce a riflessioni, problematiche e proposte inerenti alla relazione con utenti immigrate, provenienti dalle figure professionali che a vario titolo e all'interno di differenti servizi si occupano di salute riproduttiva femminile.

La presente tesi trova le sue basi in una bibliografia multidisciplinare e nell'esperienza empirica che ha caratterizzato la mia vita professionale e personale. A ciò si aggiunge una scelta di metodo che è quello della ricerca qualitativa che mi ha portata ad effettuare venti interviste alle figure professionali che si occupano di salute riproduttiva femminile in Veneto. Questo ai fini di trovare delle risposte alle mie domande, ma allo stesso tempo stimolare chi ha partecipato al progetto e chi poi avrà occasione di leggerne l'esito, ad una riflessione su questo argomento: l'attuale situazione sociopolitica dei paesi avanzati rende sempre più necessario inserirlo nelle agende di chi si occupa di pianificare, programmare e gestire le politiche sanitarie.

Questo lavoro si compone di tre parti principali che rispettivamente spiegano ed approfondiscono il contesto della ricerca, le indicazioni di metodologia e l'analisi delle interviste; il tutto sarà coronato da una conclusione. I primi capitoli tracciano un quadro della situazione migratoria in Italia, soprattutto per

quanto riguarda la storia e la portata dell'immigrazione femminile nella penisola. Chiariscono perché è importante parlare della salute riproduttiva delle immigrate e non sottovalutarne le situazioni sanitarie. Contengono un riassunto delle principali leggi italiane che assicurano il diritto alla salute anche agli immigrati, ed i percorsi burocratici che permettono loro la registrazione al Servizio Sanitario Nazionale. Infine chiariscono il contesto specifico dove si è svolta l'indagine, ossia la situazione dell'immigrazione femminile in Veneto ed in particolare i servizi che qui si occupano di salute riproduttiva femminile. La seconda parte della tesi invece dedica maggiore attenzione alle motivazioni e scelte che hanno portato alla realizzazione di questa ricerca, descrive il metodo utilizzato, come sono state organizzate le interviste e reperite le figure professionali che hanno reso possibile il progetto. Fornisce anche informazioni su come le voci di queste persone verranno citate ed analizzate ai fini della ricerca. La terza parte, più corposa e dettagliata, è dedicata all'analisi di quelli che sono gli aspetti più interessanti emersi dalle interviste. Infine la conclusione contiene una riflessione generale su quanto esposto cercando di offrire una sintesi delle condizioni esistenti e di indicare una direzione possibile che in parte risponda alla domanda iniziale, che ha fatto nascere e motivato il mio lavoro di ricerca.

Volendo fornire un'anticipazione sintetica, nella parte di analisi ho in primo luogo approfondito le difficoltà di accesso ai servizi da parte delle donne immigrate, dovute all'ignoranza dei propri diritti e delle proprie possibilità, nonché soprattutto legate alla gravidanza intesa come "emergenza", del parto o dell'interruzione di gravidanza. Ho poi indagato l'utilizzo nei servizi veneti della mediazione linguistica e culturale, scoprendo come non sempre essa

risulti di semplice “utilizzo” e come in realtà richieda una formazione adeguata degli operatori che se ne servono. Ho voluto in seguito dare spazio alle principali dinamiche che caratterizzano il rapporto con le utenti immigrate dal punto di vista delle partecipanti all'intervista; sono emerse difficoltà linguistiche, ma soprattutto culturali e sociali, legate a tradizioni specifiche, ma anche a questioni connesse alla classe di appartenenza ed alle condizioni difficili di vita. In un capitolo a sé, ho approfondito il tema delle violenze che spesso segnano la salute riproduttiva delle donne immigrate, siano esse sessuali, psicologiche o legate a pratiche quali le mutilazioni genitali femminili. E' emerso che per molti degli operatori non è facile riconoscere la violenza, soprattutto quando essa riguarda donne straniere, e che i protocolli per affrontarla scarseggiano e non sono ancora forse pensati per questo tipo di utenza. Ho infine concluso l'analisi delle interviste portando gli esempi di proposte e buone pratiche che già caratterizzano il lavoro degli operatori che si occupano di utenti immigrate, ma che allo stesso tempo, in Veneto come in Italia in generale, non sembrano essere prese nella giusta considerazione da parte di chi pianifica e gestisce l'offerta dei servizi che si occupano di salute riproduttiva femminile.

I. CONTESTO

1. IL CONTESTO ITALIANO

Da gli ultimi bilanci demografici Istat emerge il quadro di un'Italia che può sempre più definirsi paese multietnico (Istat luglio 2019 – Bilancio Demografico Nazionale anno 2018). Al 31 dicembre 2018 all'anagrafe italiana risultano infatti presenti 50 identità nazionali con almeno 10 mila residenti, su un totale di 196 diverse nazionalità contate nella penisola. Al primo posto fra i gruppi di cittadinanze residenti vi sono i romeni, seguiti da albanesi, marocchini, cinesi ed ucraini. Queste cinque principali nazionalità rappresentano insieme circa il 50% degli stranieri residenti in Italia, quindi la metà di un totale di 5.255.503. Secondo i dati Istat infatti le straniere e gli stranieri residenti in Italia rappresenterebbero nel 2019 circa l'8,7% della popolazione totale (Istat luglio 2019).

Se questi sono i dati certi, che emergono dalle registrazioni e domande di residenza presso gli uffici anagrafici italiani, è vero anche che il numero preciso di stranieri che vivono e lavorano in Italia non può essere dedotto dai residenti poiché questi rappresentano solo una minima parte di esso. Innanzi tutto vanno contati tutti i rifugiati e richiedenti asilo che pur in possesso di regolare permesso di soggiorno non hanno presentato domanda di residenza in Italia. Per esempio, secondo un'elaborazione della Fondazione ISMU (Iniziative e Studi sulla Multietnicità), che riprendeva dati selezionati tra quelli forniti negli ultimi anni dal Ministero dell'Interno e dall'UNHCR, solo il numero dei richiedenti asilo presenti nelle strutture di accoglienza italiane alla fine del 2017 raggiungeva quasi le 200.000 persone[1]. A chi non è residente, ma è comunque in possesso di un permesso di soggiorno e quindi "regolare" su suolo italiano, si aggiunge tutto il mondo sommerso della clandestinità di cui nessuno conosce i numeri precisi. Una delle ultime stime sugli stranieri irregolari presenti su

[1] http://www.ismu.org/ricerca/dati-sulle-migrazioni/

suolo italiano è fornita dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM) in un report del 2018 sulle migrazioni nel mondo, ma il conto al riguardo risale ad una ricerca di dieci anni prima, del 2008, secondo cui questo numero poteva variare fra le 279 mila e le 461 mila persone (IOM 2018 p.21). Inoltre, è importante ricordare che nella vita di uno straniero in Italia si verificano facilmente cambiamenti di status giuridico dovuti a documenti scaduti, protezioni non rinnovate o altro. Per esempio, un importante rischio per la salute della persona, può rendere un "clandestino" temporaneamente "regolare", per via delle cure mediche di cui necessita; è questo il caso delle donne in gravidanza. Per questi motivi una definizione certa dello status e del numero degli immigrati presenti in Italia è impossibile.

Infine, nel report della IOM appena citato, a cornice ed in parte a conferma che l'Italia sta divenendo sempre più un paese multiculturale, esiste un grafico nel quale si evidenzia come fra il 2010 e il 2015 la penisola abbia raggiunto l'undicesima posizione tra i paesi più desiderati di destinazione per un potenziale migrante.

La panoramica veloce e riassuntiva appena offerta, ha l'obbiettivo di dimostrare come la popolazione immigrata rappresenti parte integrante e non trascurabile della realtà italiana. Questo, è un dato di fatto che difficilmente scomparirà, ma al contrario inciderà sempre di più su tanti e diversi aspetti della vita del nostro paese, rendendo dunque necessarie riflessioni, azioni e trasformazioni che rendano questa multietnicità punto di forza positivo per l'Italia.

2. LE MIGRAZIONI FEMMINILI IN ITALIA

La presenza femminile all'interno della popolazione immigrata in Italia è sicuramente molto alta, se non addirittura superiore a quella maschile. Come spiegato, è molto difficile quantificare con esattezza il numero di donne straniere che vivono nella penisola, come lo è dare dati certi sulle nazionalità più presenti. Sicuramente, per quanto riguarda la registrazione anagrafica, all'inizio del 2017 le donne rappresentavano il 52,4% degli stranieri regolarmente residenti; le nazionalità più rappresentate per presenze femminili in Italia sono Ucraina, Polonia, Perù, Romania e Filippine[2]. Il numero di donne immigrate però non è sempre stato così alto rispetto a quello degli uomini, che come per altri paesi europei hanno "inaugurato" le principali rotte di migrazione anche se, a differenza che in altre nazioni, nella penisola l'immigrazione è stata inizialmente femminile[3].

Fra le primissime ad arrivare, per motivi lavorativi, vanno infatti ricordate le domestiche eritree, giunte in Italia a seguito delle famiglie di ex-coloni italiani. Ciò accadde negli anni '60 quando il fenomeno delle migrazioni nella penisola riguardava soprattutto lo spostamento di meridionali verso le città industriali del nord e gli stranieri erano ancora un'eccezione. Secondo alcuni studiosi, questo nesso con l'Eritrea, confermerebbe in Italia l'esistenza di un legame fra colonialismo ed immigrazione, così come è evidente in paesi quali Francia e Gran Bretagna (Basso 2010). Sempre negli stessi anni, per via di un maggiore benessere economico e del diffondersi di idee emancipazioniste che avvicinano molte donne italiane al lavoro, si diffonde nelle famiglie borghesi la "moda" delle domestiche straniere, provenienti all'epoca soprattutto da paesi cattolici,

---

2 http://www.ismu.org/ricerca/dati-sulle-migrazioni

3 Nicoletta Giove "*L'immigrazione femminile in Italia*", articolo all'interno di *Gli immigrati in Europa* 2003

quali quelli dell'America Latina o Capo Verde. I flussi di queste ultime sono gestiti infatti da enti religiosi, che organizzano i viaggi di giovani collaboratrici domestiche per aiutare le famiglie più povere nelle regioni più isolate di questi paesi.

Gli anni '70 e '80 vedono un vero e proprio boom dell'immigrazione maschile in Italia, dovuto alla grande richiesta di manodopera stagionale a basso costo. Non tutti questi uomini decidono però di fare ritorno al loro paese; inizia così un periodo di ricongiungimenti familiari che porta in Italia donne egiziane e cinesi, seguite poi da cingalesi, marocchine, tunisine, senegalesi e ghanesi. Gli anni 80' segnano anche l'inizio di arrivi di donne più indipendenti con un proprio progetto migratorio. E' il caso delle Filippine, arrivate, a causa della morsa economica degli investimenti stranieri e delle multinazionali nel loro paese (Giove 2003), con l'intenzione di rimanere lo stretto necessario ma, come visto, rappresentano ancora oggi uno dei gruppi femminili più numerosi. Lo stesso vale negli anni '90 per le donne dell'Est-Europa, che tentano di sopperire agli effetti della crisi economica causata dal crollo dell'Unione Sovietica e dalla disgregazione dell'Ex Jugoslavia. In questo caso le prime a partire sono donne mature, che si sacrificano per consentire un futuro migliore a figli e nipoti. Si tratta in principio di lavoratrici "pendolari", che tramite passaggio di parola o agenzie specifiche trovano impieghi temporanei come colf o badanti. Con l'aumento poi della richiesta di collaboratrici domestiche, su cui secondo gli studiosi si basa l'indipendenza e l'auto-realizzazione delle donne occidentali (Giove 2003), romene, ucraine, polacche ed albanesi si stabilizzano sempre più in Italia, fino ad occupare i primi posti tra le straniere regolarmente residenti. Il fenomeno è anche accompagnato da un abbassamento dell'età media di queste donne, che non sempre riescono a trovare un posto di lavoro sicuro e spesso finiscono nei giri dello sfruttamento lavorativo e della prostituzione.

A proposito di sfruttamento e prostituzione, gli anni '90 sono anche segnati dall'esplosione della traffico di esseri umani, della tratta a fini sessuali, del caporalato e di ogni genere di lucro sulla pelle dei migranti. In particolare, per quanto riguarda l'immigrazione femminile, questi anni vedono l'inizio dell'arrivo in massa di giovani colombiane, ma soprattutto nigeriane, ingannate con la promessa di un lavoro sicuro in Europa, ma poi sfruttate come prostitute sulle strade italiane. Il traffico di esseri umani in Italia ha saputo con gli anni trasformarsi ed adattarsi alle diverse legislazioni in fatto di immigrazione, ingannando e traendo profitto dalle masse di disperati che per guerre, povertà estrema, crisi politiche ed economiche, sono stati costretti ad abbandonare i propri paesi sperando in un futuro migliore in Europa. Come spiegato ormai da molti storici, studiosi, giornalisti ed operatori che la combattono sul campo ogni giorno[4], la tratta di persone costituisce oggi in Italia la terza fonte di guadagno per la criminalità, con il traffico di droga e armi, coinvolgendo organizzazioni di stampo mafioso già esistenti nella penisola e creandone di nuove, come quelle nigeriane, spesso citate dai media. Con la "chiusura dei porti", messa in atto dall'ultimo governo, e l'inasprimento negli ultimi anni di decreti e circolari, dalla discutibile legalità costituzionale (Gjergji 2013), volte a scoraggiare l'arrivo di stranieri extra-comunitari, o meglio "non ricchi", sempre più migranti sono costretti ad entrare clandestinamente in Italia, rimanendo così in una situazione di irregolarità ed invisibilità che non fa altro che facilitare il gioco della tratta e dello sfruttamento di esseri umani, in particolar modo nei confronti dei soggetti più vulnerabili quali donne e bambini. Una delle nuove frontiere per il riutilizzo di prostitute ormai anziane o in qualche modo scomode pare infatti essere oggi un biglietto di sola andata, con finto contratto di lavoro, verso il traffico di organi nei paesi del sudest-asiatico[5].

---

4 https://www.osservatoriointerventitratta.it

5 *"Nigeriane cose nostre. Dalla prostituzione al traffico di organi: così la mafia africana allarga il suo business di morte"* Sara Luccaroni, L'Espresso, n.35 ,25 agosto 2019

Al di là dei risvolti spesso tristi delle migrazioni, è un dato di fatto come le donne siano oggi in Italia parte importante di esse, non solo perché rappresentano come detto il 52,4% della popolazione straniera residente, ma anche perché stanno aumentando sempre più come richiedenti asilo, nonostante le recenti politiche che penalizzano i richiedenti. L'anno scorso infatti si è assistito ad una considerevole diminuzione delle domande d'asilo, ormai unica modalità di stabilizzazione legale in Italia per molte nazionalità; da 130.119 richieste del 2017, nel 2018 ne sono state registrate solo 53.596. Tuttavia la percentuale di donne richiedenti è in costante aumento da almeno quattro anni: nel 2018 erano il 21,9% contro il 16,2% dell'anno precedente e il 7,5% del 2014 . Come segnalano molti studiosi[6], queste donne hanno portato e portano con sé un cambiamento nelle modalità di stabilizzazione degli immigrati sul territorio italiano. Esse in primo luogo "creano casa", rendono cioè le vite degli immigrati meno precarie e temporanee. Per lo stesso motivo favoriscono anche l'integrazione nella comunità di arrivo poiché diventano parte della quotidianità di essa. Allo stesso tempo però, a differenza degli uomini, mantengono spesso legami più profondi con la famiglia e la cultura di appartenenza, rendendo così anche più evidente la "diversità" che le contraddistingue dalle italiane (Giove 2003, Tognetti Bordogna 2012).

Questo breve riassunto della storia e della situazione attuale delle donne immigrate in Italia spiega anche perché le rappresentazioni che abbiamo di esse siano spesso fuorvianti e stereotipate. In genere, infatti, ci si riferisce alle donne immigrate in tre occasioni: sono le donne islamiche mute e sottomesse a mariti-padroni, sono le collaboratrici domestiche che rendono liberi da mansioni noiose ma necessarie, oppure sono le prostitute. Per questo spesso vivono in

[6] http://www.ismu.org/ricerca/dati-sulle-migrazioni

Italia una sorta di doppia segregazione, etnica e di genere, sono straniere e pure donne. Sono quindi penalizzate sia dal punto di vista lavorativo, poiché comunque in qualche modo sempre sfruttate, sia dal punto di vista simbolico, poiché rinchiuse in macro categorie di stereotipi e mai riconosciute nella loro individualità di persone con una propria storia, un proprio pensiero e un proprio progetto di vita (Tognetti Bordogna 2012, Basso 2015, Perocco 2016).

3. LA SALUTE RIPRODUTTIVA DELLE DONNE IMMIGRATE

La salute sessuale e riproduttiva, secondo il Programma di Azione della Conferenza del Cairo per lo Sviluppo Mondiale, si definisce come "uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità, che riguarda tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le donne e gli uomini devono accedere ad informazioni ed essere in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura; che devono avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto possono farlo [...]"[7]. La sessualità e la riproduzione entrano a pieno titolo fra i diritti umani e, considerando che già nei primi anni 2000 le donne rappresentavano il 54% del totale dei migranti in Europa (ISITAN 2006), è verosimile pensare che la salute riproduttiva di queste donne migranti sarà sempre più argomento rilevante per le agende politiche europee. Questo soprattutto perché la maggior parte delle donne extra-comunitarie che sta attualmente transitando o cercando di stabilirsi in uno dei paesi dell'Unione, sono giovani e quindi in età fertile e con tassi di fecondità molto più alti rispetto alle cittadine europee.

Per quanto riguarda l'Italia, le donne immigrate regolarmente residenti rappresentano il 9,3% del totale di donne registrate all'anagrafe, ma come spiegato nei paragrafi precedenti, nella realtà le straniere presenti nella penisola sono molte di più. Considerando che il tasso di fecondità di queste donne è per la media nazionale di 1,98 figli contro 1,24 delle italiane (Istat 2017), esse stanno assumendo una rilevanza sempre maggiore nella quotidianità dei servizi che si occupano di salute riproduttiva. Tuttavia molti studiosi evidenziano come queste donne all'interno dei servizi sanitari vivano spesso una sorta di doppia

[7] Programma di Azione della Conferenza del Cairo per lo Sviluppo Mondiale, capitolo VII, 1994

discriminazione: da un lato si scontrano con istituzioni e servizi pensati per le italiane e quindi con notevoli barriere logistiche e di comprensione, dall'altro subiscono l'impreparazione, se non addirittura il razzismo, degli operatori che le accolgono (Perocco 2016, Analisi dei bisogni Progetto MARI 2018).

Tuttavia, per quanto i servizi non siano pensati e preparati ad accogliere questa "nuova" tipologia di utenza, è vero anche che in effetti le donne immigrate ne usufruiscono e sono generalmente indicate come coloro che di solito accedono in emergenza, ossia all'ultimo minuto o quando la situazione è ormai grave, ma anche come coloro che invadono i Pronto Soccorso spesso senza valide ragioni o per questioni banali, per le quali basterebbe rivolgersi ad un medico di base. Le ragioni di questa "emergenzialità" che riguarda la salute delle donne immigrate verranno discusse e spiegate nel corso della tesi, qui è importante segnalare come in effetti i servizi che si occupano di salute riproduttiva abbiano a che fare quotidianamente con utenti straniere. In un rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISTISAN) del 2003 veniva evidenziato come il 55,2% dei ricoveri di donne straniere in Italia fosse dovuto a situazioni legate alla salute riproduttiva, in particolare ai parti, seguito al secondo posto da un 7,7% di ricoveri motivati da infezioni dell'apparato genito-urinario e quindi in un certo senso anch'esse legate a comportamenti sessuali o di igiene intima sbagliati. Lo stesso vale per i ricoveri DH (Day Hospital) delle pazienti immigrate, di cui 59,6% è dovuto ad interventi legati alla sfera riproduttiva, di cui la maggior parte IVG (Interruzioni Volontarie di Gravidanza). Sempre nello stesso rapporto, si segnala come per quanto riguarda le gravidanze, quelle portate avanti da donne straniere hanno in generale più difficoltà ed esiti negativi rispetto a quelle italiane, dovuti a visite di controllo molto più rare, se non assenti, alla mancanza di informazioni legate alla gestazione ed alla salute del feto e della madre, ed alla quasi totale assenza di monitoraggio della salute della madre e

del bambino nel periodo seguente al parto. Le conseguenze di queste difficoltà si rispecchiavano nelle percentuali di bambini nati pre-termine, il 14,8% per le immigrate contro l'11,9% delle italiane, nati sottopeso, rispettivamente il 9,7% contro il 6,8%, oppure colpiti da asfissia pre-natale, il 2,3% contro l'1,2%. Anche il rischio di morte è più alto nel caso dei bambini nati da donne immigrate: nel 2001 3,7 bambini su mille figli di straniere sono nati morti, contro i 2,7 di madri italiane. Ancora più sconvolgenti sono i dati relativi alla mortalità nella prima settimana di vita che vede mancare 7,9 neonati "stranieri" su mille contro l'1,9 di italiani (ISTISAN 2003).

Questa modalità d'emergenza di accesso ai servizi di salute riproduttiva delle donne immigrate, porta conseguenze importanti, non solo per quanto riguarda la salute della madre e del bambino in gravidanza, ma anche dal punto di vista della prevenzione, o meglio di una mancata prevenzione, di malattie sessualmente trasmissibili, di gravidanze indesiderate e di tumori al collo dell'utero o al seno. Nella prevenzione dei tumori, per esempio, secondo i dati stime Istat del 2013, l'Italia si classifica ben al di sotto degli standard di copertura previsti dalle linee guida europee: 70-75% per la mammella e 70-85% per la cervice. La copertura mammografica è infatti stimata intorno al 56,8% per le italiane e solo al 37,1% per le straniere residenti; mentre la copertura del Pap Test è pari al 63,4% per le italiane ed al 49% per le straniere. Sempre secondo le indagini Istat, i fattori associati ad un raro, o assente, accesso a questi due test preventivi, da parte delle donne immigrate, sono in primo luogo un basso livello di scolarizzazione, seguito da scarse risorse economiche, arrivo recente in Italia ed infine non aver mai effettuato un accesso ai servizi sanitari per altri motivi (Rivista Epidemologia e Prevenzione 2017 p.22). Come sarà dimostrato dalle interviste raccolte in questa ricerca, gli stessi fattori incidono in generale su tutti gli aspetti legati alla salute riproduttiva di queste donne, dall'accesso

alla relazione con i servizi, dalla prevenzione all'accettazione dei percorsi sanitari proposti, da problematiche di tipo culturale a quelle più psicologiche legate al corpo femminile ed ai suoi significati.

Infine, non vanno trascurati altri fattori che incidono negativamente sulla salute riproduttiva, e non, delle donne immigrate, quali per esempio: peggiori condizioni giuridiche, abitative, lavorative; invisibilità e poca integrazione nelle comunità di arrivo; razzismo e discriminazione; violenze subite durante il viaggio verso l'Europa, o sulle stesse strade italiane; gravi livelli di depressione e disequilibrio psicologico dovuti a tutto ciò. Anche queste situazioni problematiche saranno toccate a più riprese nel corso della presente ricerca.

4. SERVIZIO SANITARIO ITALIANO E DONNE IMMIGRATE

Per molti anni, la popolazione immigrata in Italia è stata considerata solo dal punto di vista della produzione e del lavoro. Essa rappresentava infatti per i datori di lavoro manodopera giovane, forte, ma soprattutto a basso costo. Per anni infatti è stato esaltato il cosiddetto "effetto migrante sano", ossia il dato di fatto secondo cui chi parte alla ricerca di fortuna in un altro paese è normalmente il membro più giovane e in salute della famiglia. Quest'ultima è infatti spesso protagonista di una vera e propria selezione all'origine poiché, visti i costi ed i rischi dei viaggi che portano i migranti in Europa, decide quasi a tavolino di investire su chi ha più possibilità e probabilità di farcela. Allo stesso tempo, questa considerazione, è stata negli anni supportata da un altro meccanismo di selezione conosciuto nella letteratura epidemiologica internazionale come "effetto salmone", ossia la teoria secondo cui la maggior parte dei migranti, al momento di una malattia grave o del sopraggiungere della vecchiaia, farebbero ritorno al loro paese e quindi alla famiglia che, grata delle loro rimesse, si prenderà cura di loro fino alla morte. Queste sono le principali motivazioni per cui i migranti contribuiscono al PIL nazionale in media molto più degli italiani, come anche al welfare molto più di quanto ne usufruiscano (Rivista Epidemologia e Prevenzione 2017).

Dunque, se fino ad oggi sono state sollevate delle preoccupazioni nei confronti della salute della popolazione immigrata, esse sono state relative alle malattie infettive talvolta presenti nei paesi di origine, quali AIDS, epatiti, tubercolosi, eccetera. Infatti, spesso associati allo stereotipo dell'untore, gli immigrati in entrata in Italia sono stati sottoposti negli ultimi anni a tutta una serie di controlli sanitari obbligatori, predisposti dalle regioni e comuni di accoglienza. Gli screenig variano a seconda del luogo e dall'azienda sanitaria di riferimento,

ma quasi tutti prevedono controlli ed analisi per tubercolosi, poliomielite e scabbia, mentre le indagini su altre malattie vengono solitamente attivate solo su sospetto del paziente o degli operatori che lo prendono in carico. Questi test sono resi obbligatori perché legati alla presentazione della domanda d'asilo: la questura che la raccoglie ha infatti il compito di segnalare il migrante in questione al SISP (Servizio Igiene Sanità Pubblica) di riferimento, che provvederà ad effettuare gratuitamente lo screening ed a somministrare eventuali cure[8]. Tuttavia esistono ricerche (Rivista Epidemologia e Prevenzione 2017, p. 61) che hanno dimostrato come "l'effetto migrante sano" si faccia sentire anche in questo caso, tant'è che la maggior parte delle malattie riscontrate nei migranti in entrata in Italia sono di tipo dermatologico (scabbia, dermatiti, varicella), facilmente curabili e dovute alle scarse condizioni igieniche dei viaggi.

Tuttavia negli ultimi anni si sta assistendo ad un deterioramento delle condizioni sanitarie della popolazione immigrata, soprattutto quando presente su suolo italiano, o europeo, da più anni. Gli studiosi europei hanno infatti iniziato a parlare di "effetto migrante esausto" (Rivista Epidemologia e Prevenzione 2017, p. 59), giustificato dalla vita precaria e dalla difficile integrazione, ma soprattutto dalle difficoltà di accesso a servizi e da politiche sanitarie che raramente si sono preoccupate della loro salute prima che essa entrasse in un'evidente crisi. Questo "effetto" si fa sentire ancora di più nel caso delle donne immigrate, soprattutto in situazioni di irregolarità o di precarietà dei permessi di soggiorno. Esse infatti sono in genere più esposte e sensibili a fattori quali isolamento e segregazione, separazione dalla famiglia, razzismo e discriminazione sociale, sfruttamento lavorativo, violenze e abusi sessuali subiti

[8] Per approfondimenti vedi: http://repository.regione.veneto.it/public/2ab9a9def3c4c2ce6140dd9404517dd6.php?dl=true

durante il viaggio o nella stessa Italia. Tutte le vulnerabilità sopracitate hanno conseguenze sulla salute fisica, ma anche psicologica, di queste donne a partire proprio dal fulcro della loro femminilità, l'apparato riproduttivo e la sfera sessuale.

Per quanto riguarda l'accesso, sempre più necessario, di queste donne ai servizi sanitari italiani, sono due i piani da considerare: quello giuridico e quello socio-economico. Dal punto di vista giuridico, la salute delle donne immigrate, come anche degli uomini, è stata presa in considerazione dalla legge italiana in modo esplicito solo nel 1998. Nel Testo Unico sull'Immigrazione (Legge 286, luglio 1998), nell'articolo 34, si dice infatti per la prima volta che gli stranieri regolarmente soggiornanti e i richiedenti asilo devono essere obbligatoriamente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SNN). L'articolo viene poi ripreso nell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome del 2012 (Atti 255/CSR, dicembre 2012), in cui vengono specificate tutte le casistiche di permessi di soggiorno che garantiscono l'iscrizione al SNN, nonché l'obbligo di iscrizione anche nel caso in cui lo straniero non sia in possesso di regolare documento, ma dimostri l'avvenuta richiesta di esso o del suo rinnovo. Per quanto riguarda gli immigrati "non in regola" invece, anche a loro il Testo Unico e poi l'Accordo riconoscono il diritto alla salute tramite l'assegnazione di un codice numerico e quindi di una tessera sanitaria detta STP, ossia Stranieri Temporaneamente Presenti, che dovrebbe garantire la possibilità di ricevere cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali. In particolare, se la legge rimane vaga su cosa esattamente possa essere considerato urgente o essenziale, viene comunque specificato che la tessera STP dovrebbe garantire la tutela sociale della gravidanza e della maternità, nonché la salute dei minori (Art.35 - Legge 286/1998).

Dal punto di vista socio-economico invece, una recente ricerca della rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia (supplemento 1, numero 3/4, maggio-agosto 2017), basata su dati raccolti da indagini multiscopo Istat, sottolinea come "l'effetto migrante esausto" sia ormai un dato di fatto che i servizi e le politiche sanitarie italiane non possono più permettersi di trascurare. In particolare, nei vari articoli, viene evidenziato come fattori quali difficoltà economiche, poca integrazione, scarsi livelli di scolarizzazione, precarietà lavorativa e sociale siano le principali cause di questo malessere, ma allo stesso tempo rappresentino anche dei veri e propri scogli per l'accesso ai servizi sanitari. Le maggiori difficoltà infatti sono dovute a pratiche amministrativo-burocratiche complicate e labirintiche, all'incapacità di spiegare in italiano sintomi e disturbi, alla difficile comprensione dei percorsi sanitari proposti, sia da un punto di vista linguistico che teorico, ed infine alla mancanza di continuità nelle cure dovuta alla precarietà delle vite degli immigrati. Sempre secondo le indagini Istat, di questi svantaggi socio-economici incidono maggiormente sulle donne immigrate per via dei fattori di maggiore isolamento e vulnerabilità esposti sopra. Un altro aspetto collegato a questa disuguaglianza di possibilità di accesso ai servizi rispetto ai cittadini italiani, che non verrà trattata in questa ricerca ma comunque da segnalare, è secondo i dati Istat un sempre maggiore collegamento fra la cattiva salute degli immigrati e la crescita del disagio mentale fra essi (Rivista Epidemologia e Prevenzione 2017, p. 62). Anche da questo punto di vista, le donne sarebbero le più vulnerabili e, secondo la rivista, i servizi italiani, come anche altri europei, non sono ancora preparati ad affrontare la problematica emergente.

5. IL CONTESTO VENETO

Il Veneto è abitato da circa 4.900.000 persone, di cui poco più del 51% sono di sesso femminile. Gli stranieri regolarmente residenti nel Veneto all'1 gennaio 2018 erano 487.864, ossia il 9,9% della popolazione residente e il 9,6% del totale dei cittadini stranieri in Italia. La componente femminile immigrata è in crescita e nel 2018 ha superato quella maschile, con 257.787 presenze contro le 230.077 di uomini (Istat 2019). I paesi d'origine maggiormente rappresentati sono, sia per numero di uomini che di donne, la Romania, il Marocco, l'Albania e la Moldavia. Ma anche la componente nigeriana è in rapida crescita, soprattutto fra i richiedenti asilo. Nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto del luglio 2012, si ipotizza che nel 2020 la popolazione straniera residente raggiungerà le 800.000 persone, ossia supererà il 15% del complesso dei residenti in Veneto. Nel Bollettino si legge che la presenza immigrata rappresenta una realtà consolidata, stanziale e in espansione, che ha contribuito al calo dell'età media e all'innalzamento del tasso di natalità, visto che i figli degli immigrati nati in questa Regione rappresentano il 30% delle nascite totali (Bollettino ufficiale regione Veneto, luglio 2012, allegato A p.11). Infatti, secondo le stime Istat 2018, il tasso di fecondità delle donne immigrate in regione è di 2,1 figli contro quello delle venete di 1,2. Sempre nel Bollettino regionale viene esaltato questo dato che farebbe salire il Veneto al quinto posto, dopo Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia, nella classifica italiana delle regioni con maggiore incremento demografico, pari al +9% (Bollettino, allegato A, p.10).

In Veneto esiste un Sistema Socio Sanitario che dipende dalla regione per quanto riguarda le funzioni di indirizzo, pianificazione, programmazione e controllo, ma che allo stesso tempo attribuisce a tutte le sue componenti un ruolo di responsabilità e autonomia nel rendersi propositive e propulsive per

un continuo miglioramento dell'offerta, sia da parte dei servizi pubblici che dai privati accreditati. Tutto il servizio sanitario veneto, infatti, ha come fondamento due leggi regionali del settembre 1994: la numero 55 e la numero 56. Nel primo articolo della n. 56, si afferma che "la Regione del Veneto assicura ai cittadini i migliori livelli uniformi di assistenza sanitaria in ambito territoriale regionale in rapporto alle risorse a disposizione" (Articolo 1, primo comma). Infatti nel sito del Sistema Socio Sanitario Regionale vengono esaltati quattro principi fondamentali: l'universalità, l'equità, l'umanizzazione dell'assistenza e l'integrazione socio-sanitaria[9]. Questi principi vengono poi ripresi nella legge regionale n. 23 del giugno 2012, dove, nell'allegato A, si parla della rilevanza della componente immigrata tra la popolazione residente, e della necessità da parte dei servizi di tenere in conto le nuove istanze da essa apportate, nonché l'evidenza di approcci sempre più differenziati ai servizi socio-sanitari (Bollettino ufficiale regione Veneto, luglio 2012, allegato A p.31). Nell'ottica quindi di offrire pari opportunità di accesso ai servizi sanitari, il territorio veneto è stato suddiviso in nove aree, ciascuna di competenza di una delle nove aziende ULSS, Unità Locali Socio Sanitarie, le quali garantiscono ai cittadini i distretti sanitari di base, i presidi ospedalieri ed i vari dipartimenti. In Veneto inoltre esistono anche tre enti autonomi, ma comunque pubblici e cooperanti con le rispettive ULSS di riferimento, che sono l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitari Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto (IOV).

Per quanto riguarda la salute riproduttiva femminile, argomento di questa ricerca, essa rientra in molti modi tra le competenze delle ULSS, dal piano più fisico, di cui si occupano le unità operative di ostetricia e ginecologia, a quello più socio-psicologico, di cui si occupano a seconda delle necessità le strutture di

[9] http://www.regione.veneto.it/web/sanita/il-sistema-socio-sanitario-regionale

competenza. In questo settore, soprattutto per quanto riguarda l'utenza immigrata, assumono un ruolo ancora molto rilevante i Consultori Familiari, anch'essi strutture facenti riferimento alle diverse ULSS. In particolare, in Veneto, la rete dei Consultori Familiari della Regione è costituita da 51 equipe multiprofessionali e multidisciplinari responsabili di 94 sedi, di cui 22 principali e 72 periferiche. Nella pagina di competenza sul sito della Regione Veneto si legge che nel corso del 2017 i Consultori Familiari regionali hanno erogato almeno una prestazione nell'anno ad un totale di 86.990 utenti, dei quali 19.770 (22,7%) stranieri.

Infine, ad occuparsi di salute riproduttiva dal punto di vista fisico e/o socio-psicologico, ci pensano ovviamente anche molti privati, completamente indipendenti o sotto forma di studi o ambulatori convenzionati a vario titolo con le ULSS di riferimento.

II. METODOLOGIA

1. MOTIVAZIONI E DOMANDA DI RICERCA

Come anticipato nell'introduzione, questa ricerca nasce dalla mia esperienza, professionale e personale, e quindi dal desiderio di approfondire un aspetto importante della mia quotidianità che da qualche anno ha su di me un forte impatto: mi spinge a riflettere, a mettere in discussione il mio lavoro e quello altrui, mi fa arrabbiare e allo stesso tempo mi costringe a trovare nuove soluzioni e a cambiare punto di vista sulle cose. La questione delle migrazioni, in particolare delle donne immigrate in Italia, mi tocca da vicino perché da quasi tre anni sono protagoniste della mia vita lavorativa, nonché dei miei studi. Ma le cause vere di questa particolare attenzione nei loro confronti, sono dovute al fatto che io stessa, per qualche anno della mia vita, mi sono calata nella parte di donna emigrata/immigrata in paesi con lingue e culture molto diverse da quella italiana-europea. Nonostante le mie esperienze siano state molto più semplici e felici, se non altro perché prevedevano una libertà di scelta sul rimanere o meno, sul dove e sul quando, conosco la paura, la solitudine e la frustrazione del sentirsi non compresa. Dove "comprendere" non assume solo il significato materiale-linguistico di capire, ma anche quello spirituale di accogliere, inserire e dare senso alla persona.

Se quindi l'interrogarsi sul bisogno umano di comunicare è una questione che mi accompagna da un po', l'esperienza che in effetti ha suscitato in me la necessità di questa ricerca, è stata il mio lavoro con giovani nigeriane vittime di tratta e sfruttamento sessuale. Per un anno e sei mesi, ho lavorato come operatrice socio-sanitaria in un C.A.S. (Centro d'Accoglienza Straordinaria) sperimentale della Prefettura di Venezia. Il progetto ha preso vita nei primi mesi del 2017, a seguito di un Accordo di Collaborazione speciale fra la Prefettura, il Comune e la Questura di Venezia, con due cooperative sociali del

territorio, Il Lievito e Il Villaggio Globale, che all'epoca si occupavano di accoglienza richiedenti asilo. Lo scopo dichiarato nell'accordo era quello di realizzare un *intervento finalizzato all'emersione di potenziali vittime di tratta e di grave sfruttamento all'interno dei richiedenti protezione internazionale*.

A tal fine le due cooperative coinvolte hanno ricevuto i finanziamenti necessari all'apertura e gestione di due strutture/appartamenti, di prima accoglienza per dodici potenziali vittime di violenze e prostituzione forzata. L'idea era che nel periodo di accoglienza venisse offerta loro la possibilità di riconoscere ed eventualmente denunciare lo sfruttamento subito, grazie al supporto di operatori legali, avvocati e psicologi. In questo modo le donne coinvolte avrebbero potuto presentare con cognizione un'eventuale domanda d'asilo e quindi prepararsi adeguatamente all'incontro con la Commissione Territoriale. Il programma prevedeva inoltre per le sue beneficiarie un accompagnamento nell'effettuare uno screening sanitario completo, nell'iniziare un percorso di integrazione nella società italiana attraverso corsi di lingua, tirocini, formazioni ed attività varie, ed infine nel diventare protagoniste della costruzione di un proprio progetto migratorio e di vita indipendente per il futuro. Sono costretta a raccontare del progetto al passato, poiché purtroppo al momento è stato sospeso per via della riorganizzazione dell'Accoglienza Richiedenti Asilo voluta dall'attuale governo.

Nel periodo in cui l'Accordo è rimasto valido, si sono susseguite nella struttura in cui lavoravo undici ragazze, tutte di nazionalità nigeriana con età dichiarata tra i 19 e i 25 anni, anche se non esistevano quasi mai documenti anagrafici ufficiali. Le vie attraverso cui le ragazze entravano nel progetto erano molteplici: in minima parte venivano individuate come sospette vittime al momento dello sbarco in Italia, ma nella maggior parte dei casi, purtroppo,

avevano già trascorso diversi mesi in Italia o in Europa come clandestine costrette alla prostituzione. In quest'ultimo caso erano le giovani stesse a chiedere aiuto, quando erano arrivate ad un grado di sopportazione e pericolo massimo. Con le beneficiarie "in fuga" dai propri sfruttatori, il percorso previsto dal progetto risultava di solito molto più semplice, poiché le ragazze partivano già con la motivazione forte di non voler tornare in strada. Il mio ruolo specifico consisteva nel prendermi cura della parte socio-sanitaria dell'accoglienza di queste donne e quindi dell'accompagnamento alla comprensione ed individuazione dei servizi territoriali necessari alla vita, da quelli sanitari, ai trasporti, agli uffici per il lavoro, agli enti di formazione. Gli accompagnamenti sanitari erano la parte più difficile ed allo stesso tempo stimolante del mio lavoro. Essi rappresentavano una primissima necessità poiché spesso le beneficiarie arrivavano in condizioni fisiche pessime, dovute al viaggio lunghissimo tra deserto, Libia e mar Mediterraneo, o ai mesi terribili di vita in strada. Al di là dello screening e vaccini per le malattie infettive, obbligatorio per tutti i richiedenti asilo, nel caso delle giovani che seguivo risultavano di fondamentale importanza le visite ginecologiche. Spesso le beneficiarie lamentavano dolori vaginali o al basso ventre dovuti alle numerose violenze subite, ad aborti illegali gestiti di fretta e con metodi poco raccomandabili, o ad infiammazioni come vaginiti, candida, eccetera.

Dalle innumerevoli visite ginecologiche, pap-test, tamponi, colposcopie, biopsie della cervice e IVG (interruzione volontaria di gravidanza) a cui ho assistito, è nata la mia perplessità nei confronti della preparazione del Sistema Sanitario Italiano nei confronti dell'utenza straniera, soprattutto quando proveniente da situazioni di disagio importante. Al di là di alcuni rari casi di evidente razzismo da parte del personale sanitario nei confronti delle giovani nigeriane, in tutte queste esperienze l'incomprensione reciproca, non solo linguistica, fra

medici/infermieri e pazienti mi è sembrata totale, nonostante dall'esterno potessi notare tentativi da entrambe le parti. Di fronte alla frustrazione del personale sanitario ed al terrore delle pazienti, mi sono sempre sentita costretta ad intervenire: facendo da interprete, mediando, spiegando le ragioni di una e dell'altra parte, rassicurando e dando consigli. Ma questa situazione suscitava in me difficoltà morali e tecniche, in primo luogo, poiché ritenevo, e ritengo, che una visita ginecologica appartenga alla sfera del privato e dovrebbe poter essere una scelta della beneficiaria la mia presenza o meno in quel momento e non condizione inevitabile e indispensabile per poterla affrontare. In secondo luogo perché non sono un medico e nemmeno un'esperta di anatomia femminile, anche se mio malgrado sono stata obbligata a diventarlo, e spesso mi trovavo nell'impossibilità di tradurre e spiegare terminologie e patologie specifiche e finivo per semplificare al massimo con il rischio di aumentare l'incomprensione. Infine mi è successo addirittura di ritrovarmi in situazioni paradossali in cui da un lato dovevo consolare e tranquillizzare giovani nigeriane terrorizzate e urlanti e dall'altro calmare infermiere e ginecologhe davvero arrabbiate ed alterate dall'impossibilità di portare a termine correttamente il loro lavoro.

Da qui è dunque nata la domanda che sta alla base di questa ricerca: è possibile costruire incontri di qualità maggiore con l'ambiente sanitario e trovare soluzioni a questo problema evidente di distanza ed incomprensione? Questione che in un primo momento ho cercato di calare nel mio lavoro quotidiano, organizzando colloqui specifici con le beneficiarie del progetto nel tentativo di chiarire e definire quale fosse il punto di rottura tra le aspettative di queste donne e il loro incontro con la realtà della visita ginecologica tradizionale italiana (degli esiti di questa indagine parlerò nel prossimo capitolo). Ma ben presto mi sono resa conto che per comprendere davvero fino in fondo la situazione, mi mancava un punto di vista essenziale, ossia quello del

personale sanitario coinvolto. La presente ricerca rappresenta quindi un tentativo di dare spazio alle voci del personale e degli operatori che si occupano di salute riproduttiva ed hanno a che fare quotidianamente con donne immigrate, evidenziando difficoltà e punti di forza del loro lavoro, nonché esigenze, proposte e prospettive secondo il loro punto di vista.

2. QUESTIONI DI COMPRENSIONE

Prima di raccontare nello specifico come la ricerca è stata condotta, mi sembra indispensabile un ampliamento della premessa, che riassuma in modo significativo quelli che sono stati gli esiti dei miei colloqui con l'altro lato della medaglia, ossia con le giovani donne richiedenti asilo di cui mi occupavo. Quando ho iniziato ad avvertire in maniera pesante la barriera che si creava fra beneficiarie del mio progetto e personale sanitario dei reparti di ginecologia, mi sono soffermata a riflettere su quelli che secondo la mia esperienza professionale e personale potevano essere gli scogli più grandi da affrontare al momento della visita ginecologica. Avevo ipotizzato che la maggior parte dei problemi potessero facilmente essere ricondotti alla sfera dell'incomprensione, sia dal punto di vista linguistico, che sul piano socio culturale. Queste mie congetture sono in effetti state confermate sotto molti aspetti, di cui riporterò di seguito i più importanti ed universali; ma intervistare queste donne ha portato alla luce anche un'altra sfumatura dell'in-comprensione, più legata ad una questione di rispetto della diversità, che mi sembra importante trattare in conclusione di questa premessa.

Una prima costante nelle risposte ricevute è stata la conferma di alcune ipotesi sull'interpretazione della figura del medico-ginecologo in Nigeria. Credo sia importante nominarla, poiché tale interpretazione è simile nella maggior parte dei paesi africani, nonché in molte zone dell'America Latina e dei paesi più poveri del mondo. Qui i dottori, e quindi i ginecologi, non sono infatti persone che aiutano a prevenire malattie ed ad assumere stili di vita sani, ma ci si rivolge a loro solo in caso di malessere grave e duraturo. Nella maggior parte dei casi, inoltre, i medici non sono coloro che possiedono una specializzazione, ma figure che appartengono alla medicina tradizionale, ossia rispondono a più

necessità e possono pertanto essere considerati anche preti o stregoni allo stesso tempo. Inoltre, scendendo nello specifico della sfera ginecologica, entra in campo anche la problematica di genere, legata al farsi esaminare da un medico uomo. Quando si tratta di vedere parti intime e private delle donne, entrano spesso in campo aspetti culturali e religiosi, nonché mariti molto tradizionali, che possono causare disagio se non addirittura impedire completamente la visita.

Un altro argomento rilevante, e forse il più scontato, è la questione linguistica: primo veicolo di comunicazione medico-paziente. Dai racconti delle giovani intervistate, ma soprattutto dalla mia esperienza professionale, ho capito l'importanza per il Sistema Sanitario Nazionale, nonché per tutti i servizi socio-sanitari pubblici e privati, di non sottovalutare l'importanza che ha per la paziente il poter spiegare i propri sintomi e poter raccontare la propria storia clinica. L'avere un mediatore linguistico sempre a disposizione, magari donna, magari esperta di ginecologia, è al momento un'utopia, e non è detto sia per forza l'unica soluzione possibile. Ma è necessaria una riflessione su questo punto poiché la salute non è un argomento su cui ci si può permettere di essere superficiali; una buona comunicazione fra medico e paziente è quindi necessaria al primo per poter svolgere il proprio lavoro, ma anche al secondo per comprendere ed accettare eventuali problemi e cure.

Strettamente collegata alla problematica linguistica, esiste quella della comprensione su un piano più allargato, che include religione, cultura di provenienza, educazione, stato sociale, età, e mille altre sfumature che possono riguardare la paziente. Ascoltando i racconti delle nigeriane, per esempio, ho notato come tutti questi aspetti possono incidere su quanto viene detto e fatto creando malintesi, blocchi, incomunicabilità e divergenze. E' certo che non si

può pensare che qualcuno abbia esperienza approfondita di tutte queste varianti, che sia un esperto di lingue, religioni e culture, ma è necessario, ai fini di una visita positiva, che sia il medico che il paziente riconoscano e capiscano, o almeno intuiscano, tutta questa complessità e cerchino in qualche modo di superarla.

Per fare un esempio pratico, riporto una questione che mi ha toccata molto da vicino nel lavoro con donne nigeriane vittime di sfruttamento sessuale: i riti juju e le loro forti implicazioni nel momento delle visite ginecologiche, degli esami del sangue o di biopsie di ogni tipo. Il Juju è una religione tradizionale di cui, in Europa, si è iniziato a parlare soprattutto in relazione alla tratta di nigeriane costrette alla prostituzione. Essa è in effetti molto diffusa in Nigeria, ma se ne incontrano forme simili anche in altre regioni africane e dell'America Latina (qui importata dagli schiavi africani). I rituali juju prevedono l'utilizzo di parti del corpo di una persona ai fini di legarla alla volontà di chi le custodisce. Nel caso delle nigeriane sfruttate sessualmente, per esempio, gli aguzzini le sottopongono a giuramenti nei quali si appropriano del sangue mestruale o dei peli pubici di queste donne ai fini di ottenere controllo sulla loro vita e nello specifico sulla loro sessualità[10]. Tutto ciò sicuramente non ha nulla a che fare con gli studi occidentali di medicina, ma è un'informazione di fondamentale importanza per gli operatori sanitari che devono prelevare ed analizzare del materiale biologico di una donna nigeriana. Il rifiuto di quest'ultima nei confronti, per esempio, di un pap-test non è dovuto ad un comportamento infantile, o ad una paura insensata del dolore, come spesso si pensa, ma a traumi psicologici ed a tradizioni talmente incorporate che soltanto con pazienza, comprensione e tante spiegazioni da parte dei servizi socio-sanitari possono essere superate.

[10] Vedi *Tratta e sfruttamento sessuale* p. 141

Concludendo riprendo il discorso del rispetto della diversità, che sembra essere una conseguenza naturale delle riflessioni di qui sopra. Ripensando ai miei colloqui con donne nigeriane, sono infatti giunta alla conclusione che il maggior disagio si crea non tanto perché il personale sanitario non sia preparato a ricevere le pazienti straniere da un punto di vista linguistico e culturale, ma piuttosto per la sua difficoltà evidente nel trattare con un'utenza non standard, che necessita di essere rispettata nella propria integrità fisica ed identitaria e con la quale non è quindi possibile dare nulla per scontato. Nel caso delle vittime di tratta e sfruttamento sessuale, ma mi spingerei ad affermare in tutti i casi di donne costrette a migrazione forzata, attraverso viaggi contrassegnati da violenze e dolori, quanto appena scritto è molto importante anche dal punto di vista emotivo e psicologico. Nonostante la maggior parte delle giovani nigeriane intervistate si sia dimostrata restia a mettere in relazione ansie, paure e blocchi dimostrati nel corso delle visite ginecologiche con ricordi di terrori e dolori passati, la presenza di questi ultimi, dal mio punto di vista, è sempre rimasta molto potente.

3. INDICAZIONI DI METODO

Tenendo conto di queste premesse, iniziando questa ricerca, mi proponevo quindi di continuare ad indagare le possibili cause del disagio che spesso si viene a creare fra servizi ginecologici italiani e pazienti straniere, andando ad indagare stavolta in particolare il punto di vista degli operatori sanitari: le loro difficoltà e necessità, gli strumenti e le strategie già adottate, le loro proposte e prospettive per il futuro. Mi sono soffermata a lungo a pensare quale fosse il "modo" migliore per raggiungere tale risultato. Infine ho deciso di partire dalla mia esperienza professionale, sfruttando i contatti che già avevo di medici, ginecologi, operatori di consultori, colleghi ed amici che lavorano nel settore. Ho quindi preparato una breve presentazione di quella che era la mia idea di ricerca e la ho inviata a chi già immaginavo ben disposto nei confronti dell'argomento, chiedendo loro di sostenere il mio progetto tramite un passaparola ad altri colleghi e/o amici, di cui conoscevano l'esperienza di lavoro con donne immigrate, ma anche semplicemente interessati alla questione. Questo è il testo che ho diffuso:

> **Corpi femminili e culture della salute** - *Esigenze e problemi degli operatori sanitari che si occupano di donne immigrate.*
>
> *Come è possibile costruire "incontri" di qualità migliore con l'ambiente sanitario e trovare soluzioni innovative a problemi di distanza ed incomprensioni linguistiche e culturali?*
>
> *Durante il mio lavoro con giovani donne richiedenti asilo, mi è spesso capitato di accompagnarle ed assisterle nel corso di diverse visite e percorsi medici in ambito ginecologico. Grazie alla mia esperienza professionale, mi sono resa conto di quanto siano sottovalutati l'impegno e la fatica necessari*

agli operatori sanitari in queste situazioni. Da qui nasce la mia domanda di ricerca e la voglia di incontrare per una breve intervista le operatrici e gli operatori che si occupano di salute riproduttiva femminile.
Mi piacerebbe che la mia tesi di laurea potesse offrire un utile strumento di espressione e proposta per tutto il personale sanitario interessato, e diventasse un'occasione di riflessione e spunto per enti formatori, nonché per chi, a livelli più alti, controlla ed organizza il funzionamento di questo settore del Sistema Sanitario.

La partecipazione da parte degli intervistati - da questo momento mi riferirò a loro al femminile, poiché le intervistate sono tutte donne - è stata quindi volontaria e, in alcuni casi, davvero entusiasta. In generale ho notato che molte di loro avevano davvero voglia di sfogarsi e confrontarsi su questo argomento, quasi tutte mi hanno chiesto di poter leggere la tesi una volta terminata.

Dopo essermi confrontata a lungo con Annaelena Contin, un'amica specializzanda del penultimo anno in pediatria e molto sensibile alla tematica "madri immigrate", ho deciso che la tecnica migliore per organizzare l'intervista era quella di immaginarla come una chiacchierata libera e completamente anonima su pochi temi, molto generali. In questo modo le intervistate potevano mantenere il controllo del colloquio, in termini di durata e scelta degli argomenti da approfondire[11]. Ho quindi condotto venti interviste di tipo qualitativo con donne di diverse età, con situazioni lavorative e ruoli differenti, ma tutte accomunate dal fatto di occuparsi di salute riproduttiva femminile in Veneto. Nel prossimo capitolo descriverò meglio i loro profili professionali e le realtà indagate[12], qui mi concentrerò sulle dinamiche che hanno caratterizzato le interviste.

[11] Vedi *Allegato A – La traccia di intervista* p.170
[12] Vedi *Chi si occupa di salute riproduttiva* p.40

Le intervistate sono tutte, tranne una, di nazionalità italiana; per rispettare l'anonimato dell'unica straniera, nelle citazioni dalle interviste non verrà specificata la nazionalità. Quello dell'anonimato si è rivelato una necessità difficile da delineare: come vedremo in seguito, ai fini della ricerca è importate per alcuni argomenti segnalare la differenza fra ospedale, consultorio pubblico e privato. E' capitato che qualcuna delle intervistate mi chiedesse, inseme al nome, di nascondere anche il reparto e la città di lavoro. Pertanto, a meno che una realtà piuttosto che un'altra risulti determinante ai fini della ricerca, eviterò di citare luoghi e reparti; cosa che farò sempre nei casi in cui mi è stato espressamente richiesto. Tutte le intervistate hanno dato il consenso alla registrazione del colloquio e quindi alla possibilità di citare testualmente, in forma anonima, le loro parole. Tuttavia, in alcuni casi, per mantenere l'anonimato sono stata costretta a modificare o tagliare le citazioni che contenevano indicazioni specifiche o allusioni a quello che era il luogo di lavoro delle intervistate. Per evitare una totale spersonalizzazione delle partecipanti, ho assegnato loro nomi fittizi, accompagnati però dalla reale mansione o qualifica professionale che caratterizza il loro rapporto con le pazienti o utenti immigrate. Ho scelto di non rilevare l'età delle intervistate, poiché in alcuni casi rischiava di tradirne l'anonimato, mentre in altri non ho ritenuto significativo conoscerla. Dove invece mi è sembrato interessante ai fini del discorso, citando le parole delle intervistate, ho evidenziato la poca o molta esperienza negli ambiti in quei casi descritti.

In principio di ricerca, ho condotto tre interviste pilota, che mi hanno aiutata a correggere e migliorare le domande, nonché a rendermi conto della parentesi di tempo eventuale necessaria al raccoglimento delle singole esperienze ed opinioni. L'idea di base era che l'intervista non portasse via più di venti/trenta

minuti, a meno che non fosse l'intervistata stessa a volerlo, dilungandosi nell'esprimere idee e opinioni. Questo perché, come giustamente aveva immaginato la mia amica pediatra, la maggior parte delle partecipanti ha preferito incontrarmi, o parlarmi telefonicamente, durante le pause di lavoro, e quindi con poco tempo a disposizione. A proposito di questo segnalo anche che tre interviste sono state interrotte a metà a causa del subentro di imprevisti personali o di lavoro che hanno allontanato le intervistate. Ma è anche capitato che alcune delle intervistate mi richiamassero in seguito per aggiungere pensieri e racconti, sorti riflettendo su quanto discusso durante l'intervista.

Le interviste si sono rivelate nella maggior parte dei casi molto spontanee ed aperte, ma è anche capitato che alcune delle partecipanti mi chiedessero di inviare in anticipo la scaletta degli argomenti di cui volevo parlare, per avere un'idea del tempo necessario e potersi "preparare" al colloquio. Una di loro per esempio ha studiato un discorso molto interessante ed esauriente in base alla traccia che le avevo fornito, e quasi non è stato necessario porle alcuna domanda. Altre invece avevano sottolineato la loro disponibilità per soli venti minuti, ma poi mi hanno parlato per molto più tempo, appassionandosi all'argomento. Infine mi sembra opportuno annotare che tutti i colloqui e gli incontri sono stati condotti tra fine maggio e fine luglio 2019.

4. CHI SI OCCUPA DI SALUTE RIPRODUTTIVA

Nel momento in cui ho deciso di iniziare il lavoro di ricerca, ho subito pensato che mi sarebbe piaciuto intervistare ginecologhe, e ginecologi, per conoscere il loro punto di vista sulle difficoltà, secondo me evidenti, che si vengono a creare durante le visite con pazienti straniere. Come raccontato in precedenza, questo desiderio nasceva dalla mia esperienza come "accompagnatrice" di giovani, sopratutto nigeriane, richiedenti asilo, durante controlli ed esami di tipo ginecologico. Dopo aver raccolto le opinioni, le paure, le aspettative ed i feedback delle pazienti infatti, ho avvertito forte la necessità di conoscere anche le idee degli altri "attori" della situazione, che, in un primo momento, davo per scontato fosse rappresentato dai medici ginecologi. Tuttavia, approfondendo la questione e riflettendoci meglio sopra, mi sono resa conto che chi si occupa di salute riproduttiva non è banalmente solo il ginecologo, ma esistono anche molte altre figure che spaziano tra quelle sanitarie ed altre con funzioni più comunicative o che riguardano l'aspetto psico-sociologico. Mi spiego meglio scendendo nel concreto.

L'istituzione sanitaria per eccellenza, la prima a cui si pensa, è sicuramente l'ospedale. Al suo interno, le unità operative che hanno a che fare con aspetti ginecologici sono molte, così come le specializzazioni a cui un ginecologo può indirizzarsi. Ma già il nome generale con cui sono indicate, Ostetricia e Ginecologia, ci suggerisce la presenza di un'altra figura che ha un ruolo importante nella salute riproduttiva, ossia l'ostetrica/o. Poi ci sono infermiere ed infermieri, con diversi ruoli e mansioni a seconda del reparto. Talvolta vengono chiamati dei mediatori come ulteriore supporto nel lavoro con pazienti straniere. Infine anche l'operatore o l'operatrice che ha funzioni di accoglienza/segreteria, può assumere un ruolo importante nell'esperienza della

donna immigrata e garantirle una corretta presa in carico del suo diritto ad una buona salute riproduttiva. In questo senso mi sono resa conto che avrei potuto coinvolgere nella ricerca anche il personale di pediatria, nella misura in cui anche loro rispondono al diritto di accesso a servizi sanitari appropriati che offrano le migliori opportunità per la salute del bambino dopo la nascita, momento in qualche modo ancora strettamente collegato alla salute riproduttiva. Ho poi deciso di non farlo poiché la ricerca si prospettava già abbastanza complessa e non volevo rischiare di aprire un vasto mondo di possibili problematiche che oltre a coinvolgere il rapporto personale sanitario e paziente straniera, implicassero anche la relazione con i bambini. La maternità delle donne immigrate, soggetta spesso a tradizioni e modi di viverla diversi dai nostri, e la visione che i nostri servizi sanitari hanno di essa meriterebbe una ricerca a sé.

Una parentesi importante la guadagna invece il pronto soccorso, dove purtroppo si rivolgono un numero altissimo di donne immigrate perché non in regola con i permessi di soggiorno e quindi prive di tessera sanitaria, ma anche e soprattutto perché non a conoscenza del funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale e quindi del proprio diritto alla salute e ad un medico di base che tramite impegnativa e C.U.P. (Centro Unico Prenotazioni) consenta un accesso più adeguato alle visite. Ne parlerò meglio nei prossimi capitoli, ma anche qui si apre un mondo di figure sanitarie e non, che spesso vengono coinvolte nell'argomento.

In realtà l'ospedale non è l'unica struttura pubblica italiana a cui è possibile rivolgersi quando si pensa alla salute riproduttiva. I Consultori Familiari, nati con la legge numero 405 del 1975, attirano infatti un gran numero di donne e famiglie immigrate in virtù del fatto di essere gratuiti e facilmente accessibili ed

aperti anche per chi non è in possesso di un regolare permesso di soggiorno, di un buon livello di italiano, di una tessera sanitaria o dell'impegnativa di un medico di base. Grazie alla presenza di un'equipe interdisciplinare preparata ad accogliere la complessità e la diversità di ogni situazione, la popolazione immigrata vi si sente generalmente benvenuta e supportata in maniera forse più adeguata che in ospedale. Tramite la mia ricerca ho avuto occasione di conoscere la realtà dei consultori familiari del veneziano, in particolare di quello situato presso l'Ex Ospedale G. B. Giustinian, nel sestiere di Dorsoduro a Venezia. Qui per esempio lavorano un'assistente sociale, due ginecologhe, due ostetriche, un'operatrice OSS, un'infermiera e una psicologa.

Per quanto riguarda il privato, anche se è più raro che le famiglie immigrate vi si rivolgano, esistono comunque ginecologhe, e probabilmente anche ginecologi, molto preparate ed attente alle problematiche legate alle pazienti immigrate. A loro si rivolgono, per fare un esempio, le donne musulmane o quelle provenienti da culture in cui è molto importante la tematica di genere, ossia il fatto di essere visitate da un'altra donna, poiché la religione o la tradizione non consente altrimenti. Se esse, o i mariti, possono permetterselo, volentieri seguono questa strada, poiché nel pubblico non esiste la possibilità di scelta. Anche questo argomento verrà approfondito in seguito (nota capitolo).

Un particolare esempio di "ambulatorio" privato in Veneto è l'AIED, *l'Associazione Italiana per l'Educazione Demografica*. Come riporta nella sua presentazione[13], è nata il 10 ottobre del 1953 ad opera di un gruppo di giornalisti, scienziati ed uomini di cultura, di diversa estrazione politica, ma con una comune ispirazione laica e democratica. Nel suo statuto, oltre a manifestare l'intenzione di non avere alcun fine di lucro, dice: *Nella realizzazione delle sue*

[13] http://www.aied.it/

finalità statutarie essa non fa discriminazione di carattere razziale, religioso, sociale o politico. I suoi scopi dichiarati spaziano fra ricerca, promozione e miglioramento in ambito di salute riproduttiva, sessualità, maternità e qualità della vita, sia da un punto di vista strettamente fisico e scientifico che su un piano più psico-sociale e culturale.

L'AIED è stata riconosciuta dalla Regione Veneto come Consultorio Familiare privato, quindi non convenzionato con il Sistema sanitario Nazionale, dalla legge n. 1131 del 1983. La sede di Mestre, in particolare, ha visto negli ultimi anni alzarsi di molto il numero di donne immigrate iscritte: nel 2018, su 1.222 cartelle create, 491 appartengono a straniere. Sempre nel consultorio AIED di Mestre, dove ho potuto condurre le mie interviste, lavorano: nove ginecologhe, un'ecografista, tre psicologhe, una dermatologa, un'endocrinologa, un'osteopata, un'assistente sociale e un medico angiologo.

Con questa introduzione intendo sottolineare la complessità e la molteplicità delle figure che nell'esercizio della loro professione possono incontrare donne immigrate e trattare questioni legate alla loro salute riproduttiva. Per quanto riguarda la mia tesi, ho avuto modo di incontrare e ascoltare le esperienze di venti donne, che lavorano negli ambiti sopra descritti. Nello specifico ho intervistato: sette specializzande in ginecologia in vari ospedali veneti, sei ginecologhe che lavorano tra pubblico e privato, due psicologhe, un'assistente sociale, un'ostetrica, un'infermiera e due operatrici addette all'accoglienza/segreteria. Tra di loro alcune contano già molti anni di esperienza lavorativa con donne immigrate, alcune hanno anche funzioni di coordinamento in progetti specifici rivolti soprattutto a donne straniere, ma altre invece semplicemente si sono interessate all'idea della tesi e hanno voluto offrire il loro contributo, riflettendo con me per la prima volta sull'argomento.

In tutti i casi è stato in ugual modo interessante ed arricchente intervistarle e sono a loro molto grata per aver reso possibile questo progetto.

5. LIMITI E POTENZIALITÀ

Proprio perché le figure professionali che si occupano di salute riproduttiva sono molte, un limite di questa ricerca potrebbe essere identificato nella mancanza delle voci di alcune di esse. Per esempio avverto come grossa mancanza il non essere riuscita, per questioni di tempo e di spazio all'interno della tesi, ad intervistare mediatrici e mediatori che abbiano esperienza di colloqui fra donne immigrate e personale di ginecologia. In questo senso un altro limite importante è la mancata partecipazione nella ricerca della parte maschile, che però in questo caso non è dovuta ad una scelta personale, o alla mancanza di tempo, ma piuttosto ad una realtà effettiva in cui la maggior parte del personale socio-sanitario che si occupa di salute riproduttiva femminile in effetti è donna. Una curiosità su questo, che però non verrà approfondita in questa tesi, è che tutte le volte che ho chiesto alle intervistate se conoscessero qualche collega uomo che potesse essere interessato all'argomento, le risposte sono sempre state negative in termini di "non ho colleghi uomini" o di "non credo gli interesserebbe". Ciò che invece è stato trattato nelle interviste in termini di differenze di genere in questo settore, è il desiderio spesso espresso dalle pazienti/utenti straniere di incontrare personale femminile, soprattutto quando è necessaria una visita ginecologica[14].

Strettamente collegato alla scelta di chi intervistare e chi no, sono consapevole di aver dato con le mie domande molto spazio ad aspetti che mi stanno particolarmente a cuore per via della mia formazione ed esperienza professionale, per esempio questioni legate alla comunicazione o alle violenze di genere, tralasciandone molti altri altrettanto interessanti. Come già accennato nel capitolo precedente, ho completamente trascurato argomenti e

[14] Vedi *L'importanza del genere in ginecologia* p.98

problematiche legate al momento del parto e alle diverse visioni del significato di maternità e accudimento del neonato, che sicuramente meritano di essere trattati e approfonditi.

Un altro punto di vista che per questioni di spazio e di tempo non sarà trattato in questa tesi, ma che aiuterebbe a rendere il quadro della questione molto più chiaro, e probabilmente più efficace ai fini di un miglioramento effettivo dell'offerta sanitaria, è la voce delle pazienti immigrate. Nella premessa alla presentazione del disegno della mia ricerca, ho raccontato della mia esperienza lavorativa con giovani nigeriane vittime di tratta e sfruttamento sessuale, presentando in modo estremamente sintetico quelle che erano le loro, e le mie in quanto osservatrice esterna, difficoltà e perplessità nel momento della visita ginecologica. Al di là del mio coinvolgimento personale nella questione, che sicuramente mi impedisce di averne una visione completamente imparziale, mi rendo conto che l'opinione di poche, giovanissime, nigeriane, dai trascorsi molto particolari e complicati, non può essere assunta come completa e riassuntiva di quelle che sono difficoltà, aspettative e proposte delle donne immigrate nei confronti dell'offerta sanitaria italiana nei confronti della loro salute riproduttiva. Perché la ricerca possa dirsi davvero importante dunque, manca questo, secondo me fondamentale, contributo delle pazienti immigrate.

Dal punto di vista delle potenzialità e possibilità di questa ricerca invece, credo che essa potrebbe offrire spunti interessanti innanzi tutto ad Enti di formazione che intendano offrire percorsi didattici ad operatori socio-sanitari che già lavorano o siano interessati ad approfondire questo settore. Prevedere l'approfondimento di un certo tipo di contenuti potrebbe offrire al personale sanitario specializzato in ginecologia un'opportunità per rendere più efficace e meno frustrante il confronto con problematiche legate appunto a diversità

linguistiche e culturali. Credo che le donne immigrate debbano infatti smettere di essere considerate un'utenza nuova, in una fase di costante emergenza: in un mondo sempre più connesso e globalizzato saranno sempre di più le donne in movimento, sole o accompagnate, con risorse sociali, economiche, culturali, o senza. Per questo il personale sanitario dovrebbe essere aiutato ad immaginare le donne straniere come una presenza costante all'interno dei servizi e quindi essere preparato a riceverle, capirle e curarle; opportunamente supportato e sostenuto da politiche accorte, potrà più facilmente evitare di percepirle come un corpo estraneo in qualche modo da normalizzare e far rientrare forzatamente in standard più riconosciuti e riconoscibili.
Questo chiama in causa quindi, oltre ai responsabili della formazione, chi è addetto alla progettazione a lungo termine dell'organizzazione dei servizi sanitari dedicati a questa utenza: appoggiarsi a ricerche di questo genere potrebbe indicare gli obiettivi prioritari per ottimizzare sempre più i risultati e la pianificazione degli interventi più urgenti in un'ottica di prevenzione e accompagnamento efficiente e corretto.

In qualsiasi caso, visto l'interesse che ho avvertito, nonché la partecipazione e la ricchezza delle informazioni, delle opinioni e delle proposte che ho potuto raccogliere nelle interviste, credo che il testo di una ricerca di questo tipo possa essere significativo, se offerto alla lettura, proprio per le persone stesse con le quali sono entrata in contatto. Poter conoscere le voci di altri professionisti che lavorano su queste specifiche situazioni sanitarie, appurare la condivisione di problemi e preoccupazioni, ma anche di legittime tensioni e insoddisfazioni, potrebbe far sentire meno soli in un ambito lavorativo sicuramente molto complesso e di non facile gestione. Allo stesso modo, si potrebbero però scoprire anche repertori di buone pratiche, reperire informazioni utili per affrontare con maggiori probabilità di successo problematiche simili, trovare

spunti per riprogettare spazi, tempi, modalità di lavoro, basandosi magari sulle esperienze di chi ha vissuto e superato situazioni analoghe alle proprie. Tutto ciò potrebbe dare una nuova spinta agli operatori interessati e confermare la motivazione personale a proseguire questa sfida, che per molti ho percepito essere, pur nella fatica, ancora carica di interesse e passione.

III. ANALISI

1. ACCESSO ALLA SALUTE RIPRODUTTIVA E DONNE IMMIGRATE

Uno degli aspetti fondamentali, per inquadrare il rapporto fra pazienti straniere e personale che si occupa salute riproduttiva in Italia, è rappresentato dalle cause e modalità di accesso delle donne immigrate all'offerta sanitaria in quest'ambito. Nei seguenti capitoli, soprattutto attraverso le voci delle intervistate, cercherò di dare un quadro delle necessità ed esigenze dell'utenza straniera nei confronti della propria salute riproduttiva, nonché delle motivazioni che la spingono a rivolgersi ad uno specifico servizio piuttosto che ad altri. Essendo la questione dell'accesso strettamente legata alle differenti offerte dei servizi di tipo ginecologico, per l'analisi di questo primissimo ed importante aspetto, sarò costretta a sottolineare le diversità di organizzazione e approccio delle strutture nominate precedentemente[15], mantenendo in ogni caso l'anonimato delle intervistate.

1.1 "Emergenza gravidanza" come modalità di accesso

La Costituzione italiana, nel suo Articolo 32, riconosce la tutela della salute come uno dei diritti fondamentali della persona. L'Italia, pertanto, si impegna a garantire a tutti, indipendentemente dalla propria condizione sociale ed economica, uguale accesso alle cure mediche. Troppo spesso però, ciò è reso difficile dalla mancanza di fondi, dalla superficialità o incompetenza di alcune figure politiche o professionali, da una burocrazia sempre più complessa e lunga nei suoi tempi, nonché dall'inconsapevolezza e mancanza di informazioni da parte dei cittadini e potenziali utenti.

Nel caso degli stranieri e degli immigrati quest'ultimo aspetto di "ignoranza"

[15] Vedi *Chi si occupa di salute riproduttiva* p.40

dei propri diritti è ancora più marcato, soprattutto quando accompagnato da un accesso ai servizi di tipo emergenziale, che nel caso di turisti o lavoratori temporanei può essere facilmente giustificato, ma nel caso della popolazione immigrata più stabile rappresenta una situazione che si rivela spesso come portatrice di ulteriori criticità. Il fatto che l'immigrazione venga trattata ancora come un'emergenza temporanea, nonostante essa sia una costante del nostro paese da più di cinquantanni, impone anche agli operatori sanitari una ricerca di rimedi che mantengono un criterio di urgenza e provvisorietà: la sperimentazione di buone prassi che appare in molte delle interviste, non sembra trovare riscontro in protocolli stabilizzati. In quest'ottica infatti un affollamento del Pronto Soccorso da parte della popolazione immigrata non stupisce e, se non fosse per i costi e le ovvie conseguenze di perdita di tempo e risorse, non renderebbe nemmeno necessaria un'azione di contrasto, vista la teorica provvisorietà ed "emergenzialità" della questione.

Se a livello di progettualità più a lungo termine non si trovano attualmente interventi di una riorganizzazione del sistema sanitario che consideri i problemi legati alle politiche migratorie, è il personale sanitario che valuta e mette alla prova strategie di possibile miglioramento di contatto e accoglienza. O per lo meno ciò vale per le figure professionali che ho conosciuto ed incontrato grazie alle mie interviste. Per esempio, forse esagerando un po' i numeri, un'intervistata mi dice:

> *Ormai negli ospedali italiani i pazienti sono quasi tutti stranieri, noi* [italiani] *ci rivolgiamo al privato.*
>
> *(Eleonora - Specializzanda in ginecologia)*

Oppure, parlando di specifiche problematiche legate all'utenza straniera, un'altra delle intervistate conclude il suo discorso criticando chi dall'alto

organizza il Sistema Sanitario, che pare non rendersi conto di come negli ospedali italiani siano ormai quotidiane determinate problematiche ed esigenze.

> *E queste cose sono la norma, succedono tutti i giorni, ma tu pensi che qualcuno dall'alto se ne accorga e prenda provvedimenti? C'è sempre una scusa valida per far finta di niente, tanto ci siamo noi* [personale ospedaliero] *che in una maniera o nell'altra ce la caviamo sempre!*
>
> *(Silvia - Infermiera)*

Dal punto di vista della salute riproduttiva, l'emergenza per eccellenza è rappresentata dal momento del parto che, come molti delle intervistate fanno notare, rappresenta la causa d'accesso per eccellenza delle donne immigrate negli ospedali italiani. Se, per chi ha più anni di esperienza di lavoro con donne immigrate, la cosa sembra ormai, anche se con un po' di rassegnazione, compresa ed accettata, per le giovani specializzande con le quali sono entrata in contatto è invece motivo di stupore e preoccupazione:

> *Si presentano in ospedale soprattutto per partorire. Ma proprio per il parto!*
>
> *(Emma - Specializzanda in ginecologia)*

Un'altra intervistata mi fa notare che una donna incinta in Italia oggi è molto seguita ed esiste una prassi di visite e controlli abbastanza scontata, ma ciò non è sempre vero per le donne immigrate che:

> *Vengono* [le pazienti immigrate] *soprattutto per la gravidanza. La gravidanza implica un accesso agli ambulatori abbastanza scontato, ma la maggior parte di loro si presenta solo quando deve partorire.*
>
> *(Tiziana - Ostetrica)*

Ad ogni modo, anche quando il motivo dell'accesso non è la gravidanza, la via risulta comunque quella dell'urgenza, del Pronto Soccorso; purtroppo è quasi dato per scontato che le pazienti immigrate siano vittime del disagio e dell'ignoranza:

> *Accedono* [le pazienti immigrate] *ai reparti di ginecologia perché socialmente sono un po' più svantaggiate rispetto alle italiane e quindi arrivano tramite pronto soccorso, perché non hanno un loro medico di base che prescrive le visite o un ginecologo privato di fiducia.*
>
> *(Ilaria - Specializzanda in ginecologia)*

Come molte delle intervistate sottolineano, ciò non rappresenta soltanto una discriminante e penalizzazione della salute delle donne in questione, ma fa sì che anche lo stesso lavoro del personale sanitario, e non, venga messo in difficoltà perché spesso si ritrova a lavorare in condizioni difficili, di fretta, senza un'adeguata preparazione e comprensione da parte della paziente, ma soprattutto in situazioni ai limiti della legalità. Per esempio una ginecologa con parecchi anni di esperienza sia nel pubblico che nel privato ci dice:

> *Succede che* [le pazienti immigrate] *vengano irregolari ed è un problema se non c'è la tessera sanitaria. Sì, esiste la tessera STP* [Stranieri Temporaneamente Presenti], *ma farla non è semplice, se per esempio non hai una residenza o un permesso. E quindi se hai delle tempistiche un po' strette tipo con un' IVG* [Interruzione Volontaria di Gravidanza], *diventa un problema e non sai come comportarti.*
>
> *(Emilia - Ginecologa)*

Quello della mancanza della tessera sanitaria, e quindi di un medico di base, è in effetti un problema comune a molti richiedenti asilo, o stranieri di recente immigrazione. Provenendo da Paesi spesso poveri e privi di sistemi di welfare, non sanno e non si immaginano che un medico possa visitare gratuitamente e che la propria buona salute possa essere considerata un diritto. Per questa ragione succede spesso che si presentino direttamente in ospedale, privi di impegnativa, di un medico inviante e soprattutto di una tessera sanitaria valida. E se queste sono le premesse, non stupisce che un semplice raffreddore li condanni ad ore di attesa in un pronto soccorso, nonché alla giustificata rabbia del personale sanitario, che si vede costretto a perdere tempo prezioso con casi che in effetti emergenze non sono.

Purtroppo l'ignoranza e la mancanza di informazioni non sono l'unica possibile causa della mancanza di una tessera sanitaria valida; ad esse si aggiunge un'impegnativa burocrazia che, per l'ottenimento del documento, prevede lunghe attese e complicati passaggi. Tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia, per lungo o breve periodo, hanno infatti diritto ad una Tessera Sanitaria e quindi ad un medico di medicina generale (MMG), la cui scelta è libera, come lo è la possibilità di poterlo cambiare in un qualsiasi momento se insoddisfatti delle sue prestazioni. La stessa cosa vale anche per gli stranieri non in possesso di un regolare Permesso di Soggiorno. A questi ultimi viene garantita una Tessera detta STP (Straniero Temporaneamente Residente), che ha esattamente lo stesso valore della Tessera Sanitaria. Entrambe le suddette tessere, devono essere emesse dal Distretto Sanitario di pertinenza, ossia del posto in cui si vive. Quest'ultimo passaggio purtroppo genera spesso molta confusione e viene interpretato in termini di “residenza” o “domicilio ufficiale”, cosa che ovviamente nessuno straniero appena arrivato in Italia è in grado di possedere. Nel corso dei miei anni di lavoro con richiedenti asilo, mi hanno

raccontato e sono stata testimone di molti casi casi di tessere rifiutate per via di una mancata certificazione di residenza.

Infine un'altra mal interpretazione burocratica è legata alla scadenza della Tessera Sanitaria: questa è giustamente legata alla durata del Permesso di Soggiorno e viene quindi rinnovata con il rinnovo di quest'ultimo. Ma, come si diceva sopra, le pratiche di rinnovo dei documenti non sono immediate: comportano lunghe code ed attese nelle questure italiane, e la mancanza di anche solo una firma o fototessera costringe spesso a dover ripetere tutto il processo dal principio. Proprio per questo motivo, nell'ex articolo 13 del Testo Unico sull'immigrazione[16], è stabilito che i permessi di soggiorno scaduti abbiano validità fino a sessanta giorni dopo la loro scadenza, e che in ogni caso non sia possibile espellere un cittadino straniero se questo ha effettuato una domanda di rinnovo entro sessanta giorni dalla scadenza del suo documento. Se quindi di fatto un permesso di soggiorno rimane valido anche dopo la sua scadenza, lo stesso vale per un'eventuale tessera sanitaria ad esso connessa, ma ciò è talvolta ignorato dai medici di base e dal personale sanitario in generale, e può succedere che visite mediche vengano annullate per questa ragione.

A conferma dell'esistenza di criticità da non sottovalutare in questi aspetti più strettamente formali, inserisco le parole di un'assistente sociale a proposito dei problemi burocratici legati all'accesso delle donne immigrate alle cure:

> *Per esempio, nel caso delle donne immigrate, spesso lavoriamo insieme con donne prive di tessera sanitaria. Tutte loro hanno la possibilità di avere un'assistenza sanitaria adeguata in Italia, ma è complicato, esistono composizioni giuridiche che vanno studiate e conosciute nello specifico, soprattutto dopo l'ultimo Decreto Sicurezza.*
>
> *(Francesca - Assistente sociale)*

[16] Vedi https://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm

Nel caso delle pazienti immigrate, inoltre, le difficoltà di accesso sono forse ancora più aggravate da una tendenza maggiore all'isolamento e quindi al permanere nell'ignoranza dei propri diritti. Ciò è confermato dalle voci delle intervistate:

> *Ti arrivano al sesto, ottavo mese di gravidanza che non hanno mai fatto una visita prima, e nemmeno hanno un medico di base.*
>
> *(Stefania - Ginecologa)*

Oppure:

> *Sono i mariti che le portano in ospedale al momento del parto, o se c'è un problema con la gravidanza. Loro* [le pazienti immigrate] *a volte nemmeno lo sanno che potevano venire prima a fare dei controlli!*
>
> *(Gaia - Specializzanda in ginecologia)*

Queste ultime due citazioni sono importati perché, oltre a suggerire un'immagine della donna immigrata forse ancora meno integrata nella società italiana rispetto agli uomini, riportano l'attenzione sulla centralità della gravidanza nell'accesso ai servizi sanitari. A conferma di quanto detto all'inizio del capitolo, la gravidanza delle donne immigrate, come altri aspetti della vita della popolazione immigrata, diviene "emergenza", quando di norma non dovrebbe esserlo. Il momento del parto o i problemi legati alla gestazione rappresentano quindi quasi l'unico motivo per cui le immigrate si rivolgono ai servizi sanitari, per lo meno in ambito di salute riproduttiva. Essendo queste donne in media molto più giovani rispetto alle italiane, generalmente da poco in Italia e prive di un medico di base, è probabile che la gravidanza oltre ad essere l'unica, sia anche la primissima ragione di accesso alla sanità. Come mi

hanno fatto notare molte delle intervistate, questa considerazione porta con sé un potenziale enorme di possibilità: si potrebbe infatti approfittare di questo momento per "agganciare" queste donne ed offrire loro strumenti per migliorare la propria salute, ma anche per aiutarle ad integrarsi nella società italiana. A tal proposito, concludo con le parole di una specializzanda in ginecologia che, nonostante la giovane età e la poca esperienza, ha riflettuto in maniera approfondita sulla questione:

> *Soprattutto per quanto riguarda la ginecologia, bisognerebbe affrontare questo argomento, perché è uno dei settori della medicina in cui ci sono più immigrate. Spesso la gravidanza è il primo e unico motivo per cui una donna straniera si rivolge ai servizi sanitari, quindi un possibile aggancio. Per esempio se offrissimo a queste donne un corso di italiano abbinato ad informazioni sul loro corpo, sui servizi e i loro diritti alla cura, qualcuna di loro potrebbe davvero utilizzarlo per migliorare la sua salute e il suo livello di integrazione.*
>
> *(Ilaria - Specializzanda in ginecologia)*

1.2 Ospedali veneti e donne immigrate

Come raccontato nei capitoli precedenti, la presente ricerca mi ha permesso di incontrare figure professionali che lavorano in diverse realtà ospedaliere del Veneto. Anche se sconosciute tra loro, con età, professionalità ed esperienze differenti, mi ha stupita constatare come le loro risposte e frasi in relazione alla questione dell'accesso ai servizi da parte delle pazienti straniere, si assomiglino molto.

Al di là della problematica "emergenza gravidanza-parto", citata e riconosciuta

da tutte le intervistate[17], dalle loro parole risulta evidente come le donne pazienti immigrate non rappresentino più un fenomeno raro ed eccezionale, ma siano ormai diventate costanza nei reparti che si occupano di ginecologia. Una ginecologa per esempio mi ha detto:

> *Qui* [le donne immigrate] *sono la norma: soprattutto per la gravidanza (…) Per la gravidanza fisiologica, se vai a guardare le analisi di laboratorio, sono quasi tutte di straniere. E in pronto soccorso, anche là tutte straniere.*
>
> *(Alberta - Ginecologa)*

A tal proposito cito nuovamente il supplemento della rivista di Epidemiologia e Prevenzione su *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia,* dove in un approfondimento che mette a confronto il ricorso a visite mediche da parte di cittadini italiani e stranieri residenti in Italia, si nota chiaramente come le donne immigrate si rivolgano ai servizi sanitari con una percentuale di probabilità maggiore rispetto alle italiane. Attraverso una tabella Istat che raccoglie i dati di interviste svolte nel biennio 2012-2013 su potenziali visite mediche effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista, gli autori dell'articolo dimostrano come in generale la popolazione immigrata faccia meno ricorso ai servizi sanitari rispetto agli italiani. Allo stesso tempo però, sottolineano come la probabilità di aver effettuato una visita medica nei tempi indicati dalla ricerca sia del 55,6% per quanto riguarda le donne immigrate, contro un 50,4% delle donne italiane (Rivista Epidemiologia e prevenzione, supplemento 1, numero 3/4, 2017, p.43).

Non sono stata in grado di trovare i numeri esatti di pazienti immigrate che si rivolgono ai servizi sanitari veneti che si occupano di salute riproduttiva, ma

[17] Vedi *"Emergenza gravidanza" come modalità di accesso* p.50

una delle intervistate ipotizza che la metà delle pazienti di ginecologia siano oggi straniere, fornendo anche un quadro di quelle che sono le nazionalità più comuni:

> *Almeno il 50% delle pazienti che vediamo tutti i giorni sono straniere: nella maggior parte dei casi nigeriane, arabe e quindi nord-africane, oppure del Bangladesh; poi anche filippine e cinesi, ma sono meno rispetto alle prime tre.*
>
> *(Silvia - Infermiera)*

Nigeria, Bangladesh e Maghreb sono in effetti paesi che ricorrono spesso durante le interviste, soprattutto quando entra in gioco il ruolo dei parenti, particolarmente dei mariti, durante le visite o i ricoveri. Sembra infatti che una costante delle donne arabo-musulmane sia quella di presentarsi quasi sempre accompagnate da qualcuno, mentre, in contrapposizione, stupisce molto la completa indipendenza e solitudine delle donne nigeriane.

> *Io vedo soprattutto arabe o bengalesi, perché hanno il marito che le porta quando sono incinte, o per avere un figlio (…) Anche le nigeriane vengono tanto, ma loro di solito senza mariti.*
>
> *(Stefania - Ginecologa)*

L'argomento "mariti come accompagnatori" è molto interessante e, soprattutto quando il marito si fa interprete della volontà della paziente, porta con sé diverse interpretazioni ed opinioni da parte delle intervistate che verranno approfondite nei prossimi capitoli[18].

[18] Vedi *"La soluzione ufficiale: la mediazione linguistico-culturale"* p.72 e *"Difficoltà e problemi esperiti"* p.92

Un altra consuetudine emersa dalle interviste, è la giovane età delle pazienti, che spesso rimangono incinte per la prima volta molto prima rispetto alle italiane. Quest'ultimo punto potrebbe essere spiegato con due considerazioni. La prima è sicuramente legata alla giovane età della popolazione immigrata in Italia in generale. Sappiamo infatti che chi emigra è di solito giovane, forte e determinato ad iniziare una nuova vita altrove, il cosiddetto "effetto migrante sano"; ciò vale sicuramente anche per le emigranti donne. La seconda considerazione rientra invece nella sfera culturale: quasi tutti i paesi di origine delle donne immigrate in Italia sono infatti ancora molto tradizionali e legati alla visione di una donna il cui valore primario è quello di essere madre. Non stupisce quindi che al momento della prima gravidanza, come abbiamo visto motivo di accesso ai servizi per eccellenza, esse siano in media più giovani rispetto alle italiane.

Un altro aspetto di accesso ai servizi di salute riproduttiva che vale la pena menzionare parlando di donne immigrate è quello dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

> *Una grossa grossa fetta, che io non conosco personalmente […], è il servizio delle IVG* [Interruzione Volontaria di Gravidanza]*, là ne vedi tante* [di pazienti immigrate]. *E non alla prima interruzione ma a più...*
>
> *(Camilla - Specializzanda in ginecologia)*

Molti studi sottolineano come l'IVG sia molto diffuso fra le donne straniere in Italia che, soprattutto per ignoranza, ma anche mancanza di soldi o divieto dei mariti, non riescono a prevenire gravidanze indesiderate utilizzando metodi anticoncezionali. In un rapporto Istat del 2017 su *La salute riproduttiva della donna*, si evidenzia come nel 2005 il ricorso all'IVG da parte di donne straniere

in Italia fosse cinque volte superiore a quello delle italiane. Questo rapporto è andato poi diminuendo, anche grazie ad una maggiore promozione e diffusione dei metodi contraccettivi e ad un abbassamento dei loro costi, ma l'interruzione di gravidanza rimane comunque pratica molto più diffusa tra le immigrate, in rapporto ancora tre volte superiore rispetto alle italiane (Istat 2017, p. 79).
Una delle intervistate con esperienza in questo ambito, conferma i dati Istat, notando anche un cambiamento una novità tra le pazienti straniere che fanno domanda di IVG, ossia una maggiore presenza anche di donne musulmane.

> *Io lavoro nel servizio delle interruzioni di gravidanza e qui ci sono soprattutto straniere. La maggior parte sono dell'area dell'Est Europa, oppure africane, ma si cominciano a vedere anche musulmane, signore che arrivano con il chador.*
>
> *(Eleonora - Specializzanda in ginecologia)*

L'interruzione di gravidanza e la sua forse "esagerata" popolarità fra le donne immigrate in Italia è motivo di preoccupazione ed interesse da parte di molte delle figure professionali che hanno partecipato a questa ricerca; riprenderò quindi l'argomento in seguito nei capitoli sulle maggiori problematiche legate all'utenza straniera[19].
Se la gravidanza fisiologica, una sua ricerca o una sua interruzione detengono il primato dei motivi per cui le donne straniere in Italia decidono di occuparsi della propria salute riproduttiva, esistono comunque altre costanti di accesso ai servizi, ma sempre legate al concetto di "emergenza" o "problema", mai a quello di "prevenzione".

> *Altre vengono per interventi vari, per esempio le nigeriane per problemi*

[19] Vedi *Difficoltà e problemi esperiti* p.92

legati a miomi uterini, quindi mestruazioni abbondanti e dolorose. […] In ambulatorio arrivano pazienti nigeriane che sono quelle che hanno più problemi in ambito ginecologico. In generale le straniere non vengono per fare una visita di controllo, si presentano perché cercano una gravidanza o perché ne hanno avute troppe o per l'interruzione di gravidanza.

(Ilaria - Specializzanda in ginecologia)

O ancora:

Arrivano già con il pancione, partoriscono e poi spariscono, niente visite pre, niente post...

(Tiziana - Ostetrica)

Nei prossimi capitoli riprenderò anche il discorso della prevenzione e dei tentativi di "aggancio" di queste donne da parte del personale sanitario e non, confrontando la frustrazione di chi lavora negli ospedali con realtà in cui la costruzione di una relazione duratura con la paziente immigrata sembra invece riuscire meglio, come nei consultori.

Concludo questo breve capitolo con le considerazioni di una specializzanda che mi sembrano riassumere quanto detto finora:

Mentre in ginecologia, per visite "normali" diciamo, ne vedi [donne immigrate] *forse un po' meno [...] vengono tanto per la gravidanza, tanto giovani […] vengono per il discorso delle ecografie prenatali, ma già al quinto/sesto* [mese di gravidanza]. *In pronto soccorso anche ne vedo tante […] Nella sanità pubblica ormai, sono più gli stranieri che usufruiscono dei servizi, che gli italiani, questi si rivolgono al privato.*

(Chiara - Specializzanda in ginecologia)

1.3 Il medico privato e l'Associazione Italiana per l'Educazione Demografica

In generale, per questioni prettamente economiche, la popolazione immigrata è costretta a scegliere la sanità pubblica, anche se, in molti casi preferirebbe forse il privato e quindi un medico che per esempio parli inglese, o francese, o che sia donna nel caso appunto della ginecologia. In fondo quanto detto è vero anche per gli italiani, chi può permetterselo predilige un medico di propria scelta, in base a caratteristiche per il soggetto necessarie. La gravidanza infatti, essendo un evento che al giorno d'oggi si può seguire e controllare in ogni suo dettaglio, è un ottimo esempio di situazione sanitaria in cui è piacevole, se possibile, essere viste sempre dalla stessa persona. Purtroppo per la maggior parte delle donne immigrate ciò non succede. Una specializzanda intervistata riassume bene la questione:

> *Di solito le vedi* [le pazienti immigrate] *spesso, per tutta la gravidanza [...] In ambulatorio le vedi soprattutto straniere perché l'italiana media di solito ha un ginecologo privato e va bene così perché dicono sia meglio essere seguiti da un unico specialista, mentre noi cambiamo sempre in ambulatorio, non abbiamo pazienti fisse, ma una incinta la incontri nei corridoi anche se non la visiti sempre tu.*
>
> *(Gaia - Specializzanda in ginecologia)*

Iniziando questa ricerca, avevo dato per scontato che avrei intervistato solo personale ospedaliero, o comunque di strutture pubbliche, quali consultori o ambulatori gratuiti. Mi sono invece dovuta ricredere man mano che incontravo le donne che hanno reso possibile questa ricerca e che mi fornivano racconti e nuovi contatti. Ho scoperto che il settore della ginecologia privata è in realtà frequentato anche da pazienti immigrate: ovviamente si tratta di donne, o

famiglie, che possono permetterselo, anche se non per forza ricchissime. Per queste donne e i loro mariti, o famigliari, la ginecologa privata diventa una scelta importante, un investimento per onorare un loro desiderio e valore, come lo sono state altre decisioni prese in passato, per raggiungere il nostro paese. Una ginecologa privata mi spiega:

> *Succede che vengano donne immigrate. Di solito per passaparola, anche con le italiane funziona così. Vengono per tutta una gamma di motivi e perché hanno disponibilità economica. Vengono perché vogliono essere seguite da un'unica ginecologa per tutta la gravidanza. Oppure vengono perché vogliono rimanere incinte e magari non riescono. E per loro quello è un valore ancora più importante che per le italiane, è il compito della loro vita, non riuscirci prima dei trentanni è abbastanza invalidante e ne soffrono molto.*
>
> *(Alberta - Ginecologa)*

Di questa citazione in particolare, un altro aspetto che mi aveva colpita è l'idea del passaparola, che funziona nello stesso modo per tutte e tutti, siano essi stranieri o italiani. La salute è un discorso delicato; tutti necessitiamo e ricerchiamo un medico che ci comprenda e rispetti. Lo stesso concetto mi è stato infatti ribadito nelle mie interviste presso il consultorio privato di Mestre AIED (Associazione Italiana per l'Educazione Demografica) Nota capitolo su descrizione:

> [La situazione all'AIED] *è diversa dall'ospedale: vediamo meno casi emergenziali. Una grossa fetta di donne viene su consiglio di altre amiche, o del consultorio pubblico.*
>
> *(Karen - Psicologa)*

Nonostante si tratti di una struttura privata, l'AIED di Mestre è infatti molto frequentato dalle donne immigrate, che se lo consigliano a vicenda proprio perché probabilmente risponde ad una delle loro esigenze più fondamentali:

> *Una valanga* [di pazienti immigrate] *(nota vedi capitolo con numeri cartelle) … soprattutto perché le ginecologhe dell'AIED sono donne; in realtà tutto il personale è donna, escluso l'osteopata. Quindi noi vediamo quasi tutte le donne musulmane, tante del Bangladesh, o del Marocco. Ma abbiamo anche una grossa percentuale di donne dell'Est Europa.*
>
> *(Susanna - Addetta all'accoglienza)*

Inoltre, al di là del personale femminile che caratterizza la struttura, di fondamentale importanza mi sembra l'aspetto dell'accoglienza. L'AIED di Mestre, a differenza di altre strutture sanitarie, è capace di far sentire tutte le donne benvenute ed importanti. Nell'organizzazione delle visite e del lavoro sono infatti tenute in conto quelle che sono le esigenze e i background delle pazienti, di tutte le pazienti, italiane e non.

> *Quando arrivano* [le donne in generale] *all'AIED e si fissa un colloquio di accoglienza in cui si cerca di capire da dove vengono, qual'è la loro storia, la loro esigenza, e si cerca di fissare la dottoressa più giusta per loro.*
>
> *(Karen - Psicologa)*

Il rispetto, insomma, sembra essere la chiave del successo dell'AIED di Mestre tra la popolazione immigrata.

> *Quelle dell'est vengono proprio perché vogliono essere seguite da un'unica ginecologa, soprattutto per dolori o situazioni ginecologiche particolari.*
>
> *(Filippa - Ginecologa)*

Un altro importante meccanismo di accesso all'AIED di Mestre da parte delle pazienti immigrate, sembra essere una buona collaborazione e rete con i consultori pubblici del veneziano:

> *Di solito quelle che si rivolgono ai consultori pubblici, arrivano da noi quando hanno bisogno dell'ecografia, non avendo i consultori pubblici gli strumenti tecnici. Quindi dal consultorio pubblico le inviano per l'ecografia di gravidanza o i test su feto, come l'ultra spin per la sindrome di down.*
>
> *(Karen - Psicologa)*

Essendo una struttura privata infatti, l'AIED è dotata di strumentazione sofisticata, nonché di personale esperto in diversi settori e micro-interventi ginecologici.

> *Sempre dal consultorio arrivano per l'inserimento della spirale e, anche se più raro, l'inserimento del Nexplanon, che è l'ago sottocutaneo che rilascia ormoni [...] soprattutto le nigeriane lo richiedono [...] vengono anche per toglierlo perché spesso lo inseriscono in Nigeria, dove sono un po' diversi, nel senso che usano versioni più vecchie e a volte ne inseriscono anche più di uno. Quindi ecco, ne arrivano tante per inserimento impianti o estrazione.*
>
> *(Susanna - Addetta all'accoglienza)*

Per quanto riguarda i motivi e le situazioni sanitarie per cui le donne immigrate si rivolgono all'AIED di Mestre, al primo posto troviamo sempre la gravidanza, o la ricerca di essa. Anche se, come diceva una delle intervistate sopra, l'accesso è sicuramente di tipo meno "emergenziale" rispetto all'ospedale. Ciò non significa tuttavia che le utenti straniere dell'AIED siano più ben disposte nei

confronti della prevenzione o delle altre possibilità di supporto offerte dalla struttura:

> *Per prevenzione è difficile, se ne vedono poche. Effettivamente vengono perché hanno un motivo, un problema fisico. Ecco, quasi mai per l'aspetto psicologico, quasi sempre per la ginecologia.*
>
> *(Karen - Psicologa)*

In ogni caso, a differenza dell'ospedale, per via del suo statuto ed organizzazione, l'AIED ha sicuramente più possibilità di seguire ed "agganciare" le pazienti.

> *Per esempio per l'IVG* [interruzione volontaria di gravidanza], *se si rivolgono prima al consultorio familiare, vengono da noi solo per l'ecografia, che poi riportano al consultorio [...] ma se si rivolgono direttamente a noi, seguiamo tutta la procedura. Dal colloquio psicologico, all'ecografia, al certificato per l'ospedale, ad un'eventuale lavoro di prevenzione post-intervento.*
>
> *(Karen - Psicologa)*

Un altro vantaggio dell'AIED, nei confronti della popolazione immigrata, è che, trattandosi di una struttura privata, non è soggetta a molta della burocrazia che spesso limita gli stranieri nella sanità pubblica.

> *Comunque noi essendo un privato accogliamo tutti, non è necessario essere regolari e avere un medico di base […] ma spesso arrivano con l'impegnativa perché non lo sanno. Da noi non c'è il ticket, l'importante è che tu abbia i soldi per pagare.*
>
> *(Susanna - Addetta all'accoglienza)*

Anche in quest'ultima citazione viene ribadita una problematica, legata all'utenza straniera, su cui secondo molte delle intervistate sarebbe utile lavorare: ossia la difficoltà nel capire il funzionamento dei nostri servizi sanitari, pubblici e non, e l'ignoranza dei propri diritti in fatto di salute.

Infine, ad una mia curiosità sul come si comportasse l'AIED di Mestre di fronte a chi si rivolgesse a loro senza la possibilità di pagare le visite, mi è stato spiegato che la riscossione non è sempre immediata, ma si cerca di comprendere la situazione degli utenti e di andare in contro alle loro esigenze.

> *Succede abbastanza spesso che si presentino persone non in grado di pagare, anche tra gli italiani. In quei casi cerchiamo di capire la situazione ed eventualmente riscuotere più tardi.*
>
> *(Susanna - Addetta all'accoglienza)*

1.4 Il consultorio pubblico

Ho deciso di concludere questi capitoli di analisi delle modalità, cause e difficoltà di accesso delle donne immigrate ai servizi legati alla salute riproduttiva parlando dei consultori pubblici del veneziano, poiché molto attenti alla tematica. Se infatti l'AIED di Mestre attrae le donne e le famiglie immigrate per l'attenzione ed il rispetto nei loro confronti in quanto persone, la stessa cosa si può dire per i consultori pubblici, con l'aggiunta di una caratteristica molto importante per chi proviene da situazioni di disagio sociale, ossia la completa gratuità delle prestazioni offerte.

Al di là dell'importanza dei consultori familiari in Italia, a mio avviso troppo

spesso dimenticata dalla nostra politica contemporanea, la loro particolarità, per lo meno nel veneziano, è rappresentata dal fondamentale riconoscimento dell'integrità delle utenti e degli utenti che consente un presa in carico il più possibile corretta e positiva. Per esempio, a proposito della necessità da parte delle pazienti immigrate di essere visitate da ginecologhe donne, un'assistente sociale mi dice:

> *Noi abbiamo anche un ginecologo uomo molto bravo […] al di là degli aspetti dell'appartenenza di genere, conta molto anche l'interesse, la disponibilità personale, la voglia di incontrare la diversità, che sono aspetti non marginali […] perché molte donne immigrate certamente preferiscono essere visitate da donne, ma è anche vero che nella misura in cui poi incontrano la disponibilità della persona, sia essa uomo o donna, sono capaci anche loro di andare oltre. Ricordiamoci che parliamo comunque di persone che, come tutti noi, hanno anche loro le proprie resistenze e disponibilità. A volte parliamo di "immigrate" come fossero un esercito con delle caratteristiche simili, ma non è vero, sono tutte diverse, come lo siamo tutte noi.*
>
> *(Francesca - Assistente sociale)*

Uno dei punti di forza fondamentali del lavoro nei consultori è infatti l'equipe multiprofessionale e multidisciplinare, senza la quale non sarebbe possibile comprendere e supportare davvero l'utente. Le figure professionali che ne fanno parte sono sanitarie, come ginecologhe, ostetriche, OSS (Operatrici Socio-sanitaria) ed infermiere; e del lavoro sociale come assistenti sociali, psicologhe e talvolta mediatrici. Ne parlo al femminile poiché generalmente il consultorio è un servizio femminile per tradizione, ma vi si può anche incontrare personale di sesso maschile.

Riguardo il modo in cui queste figure collaborano tra loro, una delle intervistate mi spiega:

> *Non funzioniamo sempre in gruppo, ossia tutte su tutto, ma se ci sono delle complessità o dei problemi particolari, allora ci consultiamo e confrontiamo.*
>
> *(Francesca - Assistente sociale)*

Come è chiaro dalle parole dell'intervistata, un'equipe interdisciplinare non è solo utile al cercare di garantire all'utente e alla sua problematica l'accoglienza e l'attenzione migliore possibile, ma diventa anche strumento e supporto per ognuno dei componenti del personale del consultorio. Le intervistate infatti mi raccontano di come sia per loro possibile fare affidamento sulle competenze ed esperienze dei colleghi ogni volta che ne sentano il bisogno. Non sono quindi costrette a diventare "tuttologhe" per poter svolgere il loro lavoro, o peggio ancora a doversi arrangiare in maniera approssimativa, trascurando aspetti culturali, psicologici o burocratici, che sono fondamentali nel caso delle pazienti immigrate.

Come per tutti gli altri servizi di cui ho parlato, anche al consultorio le donne e le famiglie immigrate si rivolgono soprattutto per questioni legate alla gravidanza; quindi in un certo senso per un problema reale e tangibile, non legato alla sfera del controllo e prevenzione o a quella del disagio psicologico. Ma la presenza dell'equipe e l'attenzione rivolta verso la persona fa sì che il consultorio diventi potenzialmente luogo dove poter lavorare per il benessere della paziente su più fronti, in tutti gli aspetti connessi con la salute riproduttiva ma non solo.

> *Le donne immigrate vengono al consultorio soprattutto per la gravidanza, poi diciamo che l'aspetto della prevenzione lo accolgono e accettano, ma è*

abbastanza indotto da noi. Una volta che le conosciamo per la gravidanza, allora si fa tutto il discorso della prevenzione, ma prevenzione non soltanto delle gravidanze indesiderate, ma anche della salute femminile, cioè pap-test, tumore al seno, HPV [Human Papilloma Virus]*, HIV. Comunque niente di diverso di quello che si fa con le donne italiane. Si mette a loro disposizione il consultorio che ha il compito di prevenire i problemi di salute e anche i problemi di tipo relazionale. Quindi noi le incontriamo, e se ci rendiamo conto che hanno anche magari problemi familiari, parliamo con loro, cerchiamo di capire di cosa si tratta ed eventualmente agganciare anche i mariti e i familiari.*

(Francesca - Assistente sociale)

2. LA SOLUZIONE UFFICIALE: LA MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE

Uno degli aspetti fondamentali del rapporto medico – paziente straniero è la mediazione linguistica e culturale. Come accennato nei capitoli precedenti, la buona diagnosi di un problema sanitario e quindi la condivisione ed efficacia di una conseguente cura, necessitano di un ottimo livello di comunicazione fra il medico ed il paziente.

L'utilizzo corretto dei termini, un adattamento del proprio linguaggio in base ai diversi interlocutori, la capacità di riconoscere le incomprensioni, l'empatia e la forza di accettare che non tutti pensino nello stesso modo, sono qualità difficili da applicare quotidianamente, anche fra persone che parlano la stessa lingua ed appartengono allo stesso background culturale. In ambito sanitario questa "correttezza" di comunicazione è ancora più complicata da fattori pratici, quali una terminologia medica poco conosciuta dai pazienti e la mancanza di tempo e spazi adeguati, e fattori psicologici legati al forte stress a cui sono sottoposte le figure professionali che vi lavorano, nonché al disagio dei pazienti che non stanno bene.

Se questo discorso vale molto per i pazienti e gli utenti italiani, è ovviamente amplificato per quelli stranieri, soprattutto quando le lingue e culture di provenienza sono molto lontane da quelle europee. Per questo motivo in ambito sanitario, come in altri ambiti, si è cominciato ad avvertire sempre più la necessità di un supporto extra, che potesse mediare ed aiutare la comunicazione.

Come chiarisce il sociologo Baraldi C. in *Comprensione, empowerment e narrazione nella mediazione sanitaria* (Mondi Migranti, 1/2012), la figura del mediatore nasce, e tuttora vi viene spesso associata, per la gestione dei conflitti. Tuttavia, dice Baraldi (Mondi Migranti, 1/2012, p.49/50), il vero compito della mediazione

non è tanto quello di risolvere il problema, ma piuttosto quello di assegnare ad esso nuovi significati: significati che raccontino il punto di vista delle parti, che le supportino nel riconoscersi a vicenda, ma soprattutto nel costruire una nuova narrazione che le comprenda e rispetti tutte.

Proprio per questo la figura del mediatore è così importante in ambito sanitario; lei o lui non si limita a tradurre parole, ma rende i concetti che esse sottintendono visibili e comprensibili alle parti che altrimenti, appartenendo a mondi diversi, rischierebbero di non capirsi affatto, cosa assai grave per la salute e la vita dei pazienti.

Durante la mia ricerca, ho scelto di ritagliare uno spazio specifico per raccogliere le opinioni delle intervistate sull'argomento[20]. In particolare mi interessava capire quanto la mediazione fosse presente ed importante all'interno dei diversi servizi e quali fossero le strategie eventualmente messe in atto per sopperire alla sua mancanza. Ho scoperto che nel settore della salute riproduttiva il problema è molto sentito e dibattuto; non tutte le partecipanti alla ricerca interpretano la mediazione allo stesso modo e tante sono arrivate a formulare pensieri molto più profondi del semplice "necessario" o "non necessario". Qui cercherò quindi di raccontare la vivacità e complessità che caratterizzano questo aspetto del lavoro con pazienti immigrate nell'ambito della salute riproduttiva.

2.1 La mancanza di un servizio di mediazione

La prima cosa che risulta evidente parlando di mediazione linguistico-culturale durante le interviste è che, per lo meno nel settore della salute riproduttiva, in generale se ne avverte la mancanza, sia nel pubblico che nel privato. Quasi tutte

[20] Vedi *Allegato A – La traccia di intervista* p.170

le figure professionali intervistate hanno infatti reagito a questa domanda con risposte esclamative del tipo "magari!" o "sarebbe bello!". Anche se non tutte poi hanno la stessa interpretazione della figura del mediatore o ne avvertono la necessità alla stessa maniera[21].

Affermare che un supporto di mediazione non esista nella maniera più assoluta, così come viene percepito da una buona parte delle intervistate, non è del tutto corretto. Come ci spiega una specializzanda, per esempio, nell'ospedale in cui lei lavora, il mediatore in presenza può essere chiamato solo per casi molto difficili, mentre esiste un sistema di mediazione linguistica telefonica, che però l'intervistata non considera sufficiente:

> *Zero mediazione culturale, magari! Solo linguistica telefonica. Una volta sola mi è capitato di vedere un mediatore, quella volta avevamo dovuto chiamare un'interprete per una signora srilankese perché aveva subito un intervento importante ed era ricoverata.*
>
> *(Gaia - Specializzanda in ginecologia)*

Cercando sul portale sanità della Regione Veneto e nei siti specifici delle ULSS in cui lavorano le partecipanti a questa intervista, non sono stata in grado di trovare informazioni a proposito di eventuali servizi di mediazione in utilizzo. Tuttavia, quella della mediazione telefonica e' un'esperienza condivisa da molte delle intervistate, anche se tutte ne parlano in termini abbastanza negativi. Il mediatore telefonico, nelle loro descrizioni, pare essere una persona qualsiasi che parla quella specifica lingua e che si mette a disposizione in determinate fasce orarie come traduttore. Secondo quanto riportato da tutte le participanti, capita quindi spesso che questa figura non sia del tutto preparata alla

[21] Vedi *Lavorare con la mediazione: dubbi e problematiche* p. 85

mediazione, soprattutto in ambito sanitario dove esistono terminologie molto specifiche. In più, non essendo il mediatore presente fisicamente, vengono alla luce problemi di fiducia nei suoi confronti, come persona, nonché nei confronti di ciò che sta traducendo; questo sia da parte del medico, ma soprattutto dal lato della paziente, che deve riuscire a parlare di cose molto intime con una persona che non vede.

Riporto le parole di un'altra specializzanda che spiega bene la contraddittorietà della situazione, confrontandola con i benefici dell'avere invece un mediatore esperto e sempre presente, cosa a quanto pare sperimentata dal suo ospedale per un periodo di tempo, ma poi probabilmente sospesa per mancanza di fondi.

> *Da quello che mi hanno raccontato una volta c'era un mediatore fisso che veniva fisicamente con cui c'era un rapporto. Lui sapeva come doveva comportarsi. Ora non c'è più, forse perché costava, solo un servizio a chiamata, credo sia h24. Tu in pratica chiami un centralino e dici la lingua che vuoi e succede, è un po' ridicolo, che tu hai la persona davanti, per esempio un'etiope e tu praticamente parli con il mediatore etiope al telefono e poi lo passi alla signora [...] Allora tutto diventa un po' macchinoso. Quindi noi chiediamo sempre che vengano con qualcuno che parli italiano, magari un parente, un'amica o qualcuno.*
>
> *(Chiara - Specializzanda in ginecologia)*

Su questa conclusione, ossia la richiesta fatta direttamente alla paziente, di farsi accompagnare da un traduttore idoneo, concordano praticamente tutte le intervistate che hanno potuto sperimentare il supporto telefonico.

> *Aborro la mediazione telefonica, crea più problemi che altro, se proprio non riesco a farmi capire, chiamo un parente della signora.*
>
> *(Luciana - Ginecologa)*

Sempre legata alla mancanza di figure professionali di mediazione linguistico-culturale negli ospedali veneti, è la questione del poco tempo a disposizione. In particolare, incontrando una nuova paziente, le intervistate esprimono difficoltà a capire quale sia il motivo reale che ha spinto la donna in questione a farsi visitare, soprattutto quando questa appartiene a culture che interpretano la salute riproduttiva e la relazione con il medico in modo molto diverso dal nostro. Una ginecologa ha voluto sottolineare quest'aspetto, confrontandolo con quelle situazioni in cui, invece, conoscendo già la paziente è possibile per tempo prenotare una mediazione in presenza e quindi facilitare il lavoro.

> *E' un grosso problema* [la mancanza di mediazione] *perché le visite vengono prenotate dal Cup centrale che non ha la minima idea di quello che possa essere il problema della paziente […] Le pazienti arrivano sole o accompagnate, se va bene, da qualcuno che parla la lingua. Se va proprio bene parlano un po' di italiano […] In generale si cerca sempre di comunicare senza mediatore, per una questione di tempo. Se proprio non parlano italiano, se riesci ad avere tempo, chiami il mediatore telefonico […] Più semplice è con le pazienti ricoverate o seguite e conosciute per la gravidanza, in quel caso si sa che bisogna prenotare il mediatore e allora viene fisicamente.*
>
> *(Emilia - Ginecologa)*

Le esperienze fin'ora riportate sono significative anche perché sottolineano l'impossibilità di avere un mediatore in presenza se non tramite prenotazione anticipata. Ma, alla luce di quanto detto riguardo all'accesso solitamente "emergenziale" delle donne straniere ai servizi, risulta evidente come per questo tipo di utenza sia rara la possibilità di potersi permettere una programmazione delle mediazioni.

Anche se rare, esistono però eccezioni a questa percezione di una mediazione assente o inadeguata. Una delle intervistate, nello specifico una ginecologa che ha la possibilità di lavorare in più realtà, e quindi notarne le differenze, racconta di una struttura in cui esiste un servizio di mediazione quasi sempre presente. L'intervistata esalta in maniera particolare la possibilità di lavorare affiancata sempre dalle stesse mediatrici, in questo caso donne, sottolineando quindi l'importanza di avere a che fare con figure professionali conosciute, competenti e preparate sull'argomento.

> *Là c'è sempre la mediatrice, nel 70% dei casi. Se ne occupa la segreteria [...] Mi trovo bene, perché le vedo [le mediatrici] più volte al giorno e quindi sono molto preparate e sanno di cosa parlo.*
>
> *(Filippa - Ginecologa)*

Un'altra ginecologa mi racconta che ora lavora privatamente, conosce molto bene le sue pazienti straniere e con ognuna di loro adotta strategie differenti per superare le barriere linguistiche e culturali, ma ricorda bene gli anni in cui lavorava in ospedale ed i disagi che si creavano a causa della mancanza di mediatori, soprattutto in caso di urgenze e necessità di consensi immediati.

> *Diverso in ospedale dove non ci sono mediatori e bisognerebbe riuscire a garantire invece un servizio di mediazione h24, soprattutto per nazionalità molto diffuse. Un problema per esempio, in caso di urgenze, è riuscire ad ottenere i consensi. Aspettare il mediatore rallenta il reparto, non è bello per la signora e si alzano i rischi.*
>
> *(Alberta - Ginecologa)*

In effetti in ambito ginecologico la firma di consensi informati è spesso necessaria, come lo è la comprensione di ciò che sta succedendo, soprattutto se si sta parlando della vita di un eventuale bambino in grembo.
Ciò sembra abbastanza riconosciuto dal Servizio Sanitario e dai comuni veneti, poiché in situazioni particolari, di nuovo di "emergenza", sembra che il personale sanitario riesca in qualche modo ad ottenere una mediazione.

> *In situazioni particolari, complicanze, allora magari sì, ottieni un mediatore che venga fisicamente [...] Io l'ho visto fare magari nei consensi informati per le interruzioni* [di gravidanza] *o i cesarei o interventi chirurgici. Per esempio con una ragazza eritrea molto giovane, credevamo avesse bisogno di sentirsi un più protetta... Ecco in questi casi li chiamiamo.*
>
> *(Sofia - Specializzanda in ginecologia)*

Qualcosa di simile succede nei consultori del veneziano, dove la figura del mediatore culturale non è sostenibile economicamente all'interno delle equipe interdisciplinari, ma esistono degli accordi di collaborazione con il comune di Venezia, nati durante i Piani di Zona, anche se non sono ancora diventati veri e propri protocolli. Per via di questi accordi, il comune fornisce mediatori, quando richiesti, ed in cambio si rivolge al consultorio quando deve trovare soluzioni per donne in difficoltà dal punto di vista socio-sanitario. Ciò me lo ha spiegato bene un'assistente sociale, sottolineando anche l'importanza che può assumere il lavoro sociale nel costruire reti territoriali in grado di fronteggiare meglio diverse problematiche, in questo caso appunto la mancanza di mediazione.

> *Il grosso problema è che non abbiamo la mediazione culturale sempre presente, però la possiamo chiedere al comune. C'è questa collaborazione,*

che è nata dai piani di zona, che non è strutturata come un protocollo di intesa, e anche questo è un compito nostro [delle assistenti sociali], *nel senso che le collaborazioni di questo tipo vanno strutturate con il lavoro di rete, però c'è questa possibilità sulle urgenze e quasi sempre il comune ci asseconda. Noi però, per controparte, tutte le volte che loro* [il comune] *ci segnalano una situazione di una donna che ha difficoltà socio-sanitarie, ci muoviamo subito. Quindi è una collaborazione sulle difficoltà che funziona da ambo le parti.*

(Francesca - Assistente sociale)

Riassumendo quanto detto in questo capitolo, la mancanza di un servizio di mediazione in presenza è un problema ricorrente dei servizi che si occupano di salute riproduttiva in Veneto, siano essi pubblici o privati. Tutte le intervistate si dichiarano contrarie al servizio di mediazione telefonica, sia per questioni di tempo, poiché rende le visite più difficili e macchinose, che per problemi di fiducia, poiché i mediatori appaiono spesso impreparati. Infine, la necessità di un mediatore è avvertita in maniera particolare nei momenti di urgenza, quando ci sarebbe bisogno di una comprensione o di un consenso immediato da parte delle pazienti.

2.2 Alternative alla mediazione: fra sostenibilità e strategie

La presenza di mediatori linguistico-culturali, professionali e preparati sull'argomento, emerge dunque chiaramente come una richiesta espressa da tutte le mie partecipanti.Tuttavia, molte delle intervistate sono coscienti che, se è facile a parole esaltare le potenzialità di una mediazione presente ventiquattro

ore su ventiquattro, nella pratica quotidiana tale concetto è in effetti molto difficile, se non impossibile, da realizzare:

> *Qui dovremmo averlo* [un mediatore] *per almeno otto ore al giorno e per trentasette diverse lingue, non è possibile!*
>
> *(Emma - Specializzanda in ginecologia)*

Come sottolinea questa specializzanda, negli ospedali veneti, gli utenti stranieri e gli immigrati non sono riconducibili ad un'unica lingua e cultura, anzi, molti di loro, per esempio gli africani, pur provenendo dallo stesso paese, appartengono a minoranze linguistiche, religiose, e quindi anche culturali, differenti. Avere il supporto di un mediatore, dunque, non significa averne uno solo, ma tanti, e magari anche qualificati nel trattare diversi temi legati alle diverse specializzazioni presenti in ambito sanitario.
A tutto ciò si aggiunge la questione degli orari: un ospedale non è un ufficio, aperto ad orari precisi, la mediazione dovrebbe quindi essere quasi sempre presente, come dice la specializzanda, almeno otto ore tutti i giorni. Risulta quindi evidente la difficile sostenibilità, in termini di costi e risorse, e le complessità legate all'organizzazione di un servizio serio di mediazione, anche se, alla luce di quanto riportato delle mie interviste nel capitolo precedente, la questione andrebbe comunque inserita nei punti all'ordine del giorno per un miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari italiani.

Tornando alle intervistate, quasi tutte loro, pur avendo opinioni differenti sulla mancanza di mediatori, hanno, con il tempo e l'esperienza, sviluppato strategie o trovato vie alternative per superare il problema. La soluzione più scontata sembra essere quella già nominata nel capitolo precedente, ossia degli accompagnatori, familiari o non, che parlino sia la lingua della paziente che

l'italiano:

> *Alcune* [delle pazienti immigrate] *vengono già con qualcuno che parla italiano che le può aiutare. Insomma se lo portano loro il mediatore.*
>
> *(Stefania - Ginecologa)*

Poi le intervistate distinguono a seconda delle diverse nazionalità e provenienze delle pazienti. Per esempio, una delle psicologhe da me incontrate mi spiega che il problema della comunicazione con le donne dell'Est Europa non è così sentito poiché in generale capiscono l'italiano e, dove lei lavora, sono presenti anche due colleghe moldave che possono aiutare.

> *Considera che tutte le donne dell'est lo parlano* [l'italiano] *abbastanza bene o comunque lo comprendono. Poi noi abbiamo due colleghe moldave, ginecologhe, che eventualmente utilizzano la loro lingua.*
>
> *(Karen - Psicologa)*

Questa citazione è particolarmente interessante poiché stimola ad una riflessione sulla valorizzazione del personale straniero, o comunque della conoscenza di più lingue, all'interno dei servizi.

Tornando alle difficoltà di comunicazione, esse risultano molto sentite nei confronti delle pazienti cinesi, che spesso non parlano nemmeno l'inglese. Un'addetta all'accoglienza mi ha raccontato di aver trovato la sua personale soluzione al problema nella disponibilità di un'utente cinese che parla italiano:

> *Per caso, ho seguito una signora cinese, che è venuta ad iscriversi, e lei parla molto bene l'italiano e a volte ci da una mano con la comunicazione, ma non è ufficiale. Con i cinesi in effetti capita di non riuscire a comunicare*

in nessun modo, nemmeno in inglese, ammesso che poi noi sappiamo così bene l'inglese da poter spiegare cose mediche!

(Susanna - Addetta all'accoglienza)

L'intervistata conclude inoltre con un commento interessante sulla difficoltà, anche da parte di chi conosce bene l'inglese, di spiegare concetti complicati, quali quelli medici appunto, in una lingua che non è la propria. L'inglese è infatti la lingua veicolare più utilizzata da chi lavora con utenti stranieri, ma non è detto che la conoscenza di essa da parte di entrambi gli interlocutori, sia sufficiente a superare le barriere dovute ai differenti background culturali. Molti termini infatti rimangono ambigui, nel senso che possono tradursi in concetti differenti a seconda della lingua e della cultura di appartenenza.
Ad ogni modo, qualche parola in inglese, la mimica e quello che alcune interviste chiamano "fantasia", rimangono, anche se con un po' di frustrazione, l'unica via percorribile in molte situazioni:

Bene o male con l'inglese ci si riesce a capire. Nei casi più estremi a gesti, a disegni... E' un po' un'agonia, ma si fa.

(Silvia - Infermiera)

Mentre questi strumenti informali e di comunicazione non verbale possono essere usati quando si ha la paziente/utente di fronte, molte delle intervistate sottolineano come il problema si accentui nella comunicazione telefonica, strumento necessario per appuntamenti e feedback di referti, terapie, eccetera.
Un'addetta all'accoglienza mi racconta infatti le sue difficoltà nel comprendere con chi sta parlando al telefono e come spesso richieste banali, in cui basterebbe una parola di rassicurazione, si trasformino in situazioni molto difficili per questo motivo.

Il problema più grande a livello pratico non è tanto la comunicazione di persona, ma al telefono. Perché al telefono anche se parli in inglese, non è sempre facile capirsi. Prendi lo spelling dei cognomi, non tutti sono in grado di farlo correttamente. Spesso non riesco a capire con chi sto parlando. Per esempio mi succede di avere donne al telefono, che magari hanno dolori o sono spaventate, si arrabbiano perché non io capisco chi sono e quindi non riesco a risalire alla loro cartella e non le posso aiutare, nemmeno se è una banalità e basterebbe poco per rassicurarle […] Se non capisco il tuo cognome e chi sei, io come posso ricordarmi. Anche perché spesso fanno loro stesse confusione tra nome e cognome.

(Susanna - Addetta all'accoglienza)

Un'altra intervistata, tornando alle diverse nazionalità ed ai differenti approcci culturali, mi spiega che mentre le donne del Bangladesh generalmente non parlano italiano, i loro mariti lo parlano bene, e quindi per le comunicazioni telefoniche si usa il numero di questi ultimi.

Ad esempio le bengalesi ti danno sempre il telefono del marito, perché gli uomini di solito parlano italiano e poi comunque sono loro che decidono.

(Silvia - Infermiera)

In queste parole si nota anche una critica, che l'intervistata rivolge alle persone di origine bengalese, tra le quali è l'uomo che prende le decisioni per la moglie. L'argomento è in effetti sollevato da tante delle intervistate che spesso si vedono costrette ad "utilizzare" il marito come interprete, nella consapevolezza che ci sia il rischio di perdere il punto di vista della paziente.

Poi ci sono le situazioni in cui devi usare, tra virgolette, il marito perché è lui che sa l'italiano e prende le decisioni, e quindi lui ti traduce quello che dice la moglie. Ma non sai mai a cosa credere perché il telefono senza fili è un gioco in cui si parte con una parola e si finisce con un'altra, ma con la salute non si gioca.

(Tatiana - Ginecologa)

Proprio per motivi simili, un'altra intervistata esprime forti critiche all'utilizzo di interpreti che non siano professionali, a maggior ragione se sono familiari, che potrebbero in qualche modo controllare e veicolare le parole delle utenti o, come nell'esempio riportato sotto, non essere del tutto preparati ed adeguati alla situazione in quanto bambini. Tuttavia l'intervistata sottolinea che la reazione nei confronti di questi accompagnatori non deve essere di critica o di chiusura, ma al contrario, bisogna poter avere gli strumenti e la pazienza per spiegare la situazione all'utente. Proprio per questo, secondo l'intervistata, è necessario un punto di vista interdisciplinare che renda l'approccio sanitario migliore per le pazienti, ma anche e soprattutto per il lavoro del personale che se ne occupa.

La cosa che, dal mio punto di vista, va evitata è utilizzare i familiari come mediatori. Mi è capitato per esempio in colloqui per l'interruzione di gravidanza che le madri chiedessero ai figli di tradurre. Ma anche in questo caso, noi non siamo pagati per scandalizzarci, noi siamo pagati per superare il problema, per spiegare e capire. Il senso del lavoro sociale è proprio basato su questo, sulla complessità e sulla fatica a comprendersi. Questo è il senso dell'equipe interdisciplinare e del lavorare insieme.

(Francesca - Assistente sociale)

Concludo questa analisi delle strategie messe in campo in sostituzione della mancanza di mediazione, con le parole di un'intervista che insiste sulle carenze e complessità sopra spiegate, e sottolinea come il funzionamento del sistema sia affidato alle risorse emotive personali del personale:

> *Comunque è un servizio* [la mediazione] *che si utilizza solo per le grosse barriere linguistiche, come le con le cinesi. […] Con le nigeriane ci si capisce in inglese, anche perché loro sono molto indipendenti perché viaggiano da sole. Con le arabe invece vengono quasi sempre accompagnate dal marito che parla italiano […] Le arabe di solito capiscono anche loro, ma non parlano perché c'è il marito. Mentre le bengalesi di solito sono quelle che proprio non capiscono nulla e parla il marito. Insomma c'è di tutto e l'importante è affrontarlo con il sorriso, se no è la fine!*
>
> *(Silvia – Infermiera)*

2.3 Lavorare con la mediazione: dubbi e problematiche

Tutte le donne da me incontrate ed intervistate nel corso di questa ricerca riconoscono quindi l'importanza di una mediazione professionale, presente fisicamente e preparata sull'argomento. Allo stesso tempo, quasi tutte ammettono l'impossibilità attuale di disporre di un tale strumento, dovuta a questioni logistiche e di mancanza di fondi, e quindi la necessità di sfruttare risorse personali e vie alternative per sopperire a tale mancanza. Se su questi punti sembrano essere tutte concordi, non si può dire lo stesso sull'interpretazione che esse danno del lavoro di mediazione, che invece da alcune di loro è visto come un pratico strumento di traduzione linguistica,

mentre altre gli attribuiscono significati più profondi. Per esempio una delle intervistate sottolinea il ruolo facilitante della traduzione in questo modo:

> *Se la ottieni* [la mediazione] *è tutto più semplice: non devi più perdere tempo con disegni e mimo, loro traducono tutto e tu puoi fare il tuo lavoro.*
>
> *(Emma - Specializzanda in ginecologia)*

Mentre un'altra preferisce dare importanza agli aspetti culturali:

> *Il mediatore è oltre la lingua, è quello che dovrebbe spiegarti la cultura della donna che hai di fronte, e spiegare a lei la nostra.*
>
> *(Emilia - Ginecologa)*

Quest'ultima citazione è particolarmente interessante poiché pone attenzione anche sul doppio senso del passaggio, ossia sul fatto che il lavoro concettuale di traduzione per funzionare deve riconoscere e rendere comprensibili entrambe le identità culturali degli interlocutori, non di uno solo. Ciò ci riporta all'articolo di Baraldi, già citato in precedenza, in cui il sociologo nota come in una mediazione di questo tipo, il fulcro della questione sia la diversità culturale fra le parti, di cui una solitamente è predominante, in questo caso la cultura del personale italiano, poiché appartiene ad una maggioranza e ad un'istituzione. Nella mediazione interculturale, quindi, il compito del mediatore è ancora più complicato poiché deve tenere conto dell'asimmetria e dei ruoli, ma allo stesso tempo favorire il dialogo ed il riconoscimento e rispetto reciproco delle culture in gioco.

Un'ulteriore difficoltà, legata a quest'ultimo concetto, potrebbe essere dovuta all'interpretazione che sia l'utente/paziente, che il personale sanitario e non,

hanno della figura del medico e della medicina in generale. Solo prendendo in considerazione l'Italia, esistono infatti diversi filoni di pensiero sulla forma migliore di comunicazione medico-paziente, i cui estremi sono rappresentati da quella "tradizionale", incentrata sul medico e che vorrebbe una comunicazione di tipo gerarchico, a cui si contrappongono le vie "moderne" più sensibili ed attente alla partecipazione del paziente. Per quanto riguarda la popolazione immigrata in Italia invece, una delle intervistate suggerisce che essa si affidi ancora ad un'interpretazione più "tradizionale" del medico, come colui che cala la soluzione dall'alto.

> *Se prendiamo in considerazione le pazienti che provengono da paesi africani, o da altri in via di sviluppo, è facile che abbiano un'idea del medico quasi come fosse Dio. Chi viene da questi paesi in generale è abituato ad una sanità di tipo direttivo, tutto gli viene imposto dal medico.*
>
> *(Tatiana - Ginecologa)*

Per questo motivo, alcuni utenti stranieri potrebbero rimanere interdetti di fronte ad una diversa impostazione del rapporto medico-paziente. E' evidente quindi come il compito, attribuito alla mediazione, di conciliare tutta questa complessità, sia davvero difficile.

In aggiunta a tutto ciò, dalle interviste emerge come molto importante il fatto che la mediatrice, preferibilmente donna[22], sia formata e preparata a fronteggiare i delicati argomenti che possono riguardare l'ambito ginecologico. A tal proposito, una delle intervistate, rendendosi conto dei limiti potenziali della mediazione, mi spiega che lei non dà mai per scontato che le mediatrici sappiano tutto e si impegna a spiegare bene prima di tutto a loro, ciò che poi queste dovranno trasmettere alle pazienti.

[22] Vedi *L'importanza del genere in ginecologia* p.98

Se i casi sono un po' complessi cerco prima di spiegare molto bene alla mediatrice, perché non bisogna mai dare per scontato che questa abbia conoscenze così tecniche e se non capisce lei per prima non ci si può aspettare che capisca la paziente, che magari ha un livello di scolarizzazione molto basso.

(Emilia - Ginecologa)

Ma non tutte le intervistate a questo proposito sono dello stesso parere: una di loro infatti mi dice che dover spiegare concetti ginecologici a mediatori impreparati sull'argomento e non disponibili nell'immediato, le crea più disagio dell'arrangiarsi personalmente con le pazienti.

In verità non ne sento la necessità [della mediazione], *nel senso che ho la sensazione di riuscire a capirmi con le pazienti […] quindi, se devo complicarmi la vita a chiamare il mediatore, e se mi va bene ce l'ho dopo tre giorni, che magari non capisce nulla di ginecologia, meglio arrangiarsi!*

(Alberta - Ginecologa)

A tal proposito, infatti, un'altra intervistata mi ha spiegato come l'attitudine a lavorare con un mediatore, è di per sé una capacità da apprendere, non un requisito innato delle persone.

Io ho quindi potuto lavorare stabilmente con la mediazione culturale [...] Ed è un lavoro specifico [lavorare con la mediazione] *perché tanti operatori non sanno lavorare con la mediazione culturale, sono diffidenti: "ma come? Ho detto una parola e questo va avanti una settimana a tradurre?". Ci vuole la fiducia, ci vuole la collaborazione e ci vuole il rispetto del lavoro dell'altro.*

(Francesca - Assistente sociale)

Come viene sottolineato nella citazione, non è così banale accettare che la traduzione delle parole sia più lunga delle stesse, non se si guarda alla mediazione come semplice trasposizione linguistica senza tenere conto delle sue implicazioni concettuali e culturali. In una relazione della ginecologa Grazia Lesi, della AULS di Bologna, parlando di salute riproduttiva delle donne immigrate, la dottoressa pone l'accetto sulla stessa questione, ovvero come la presenza di una mediatrice possa essere *fonte di disorientamento per l'operatore sanitario, perché (…) sembra disturbare il rapporto diretto con l'utente*[23]. Tuttavia i professionisti devono imparare a capire l'importanza di queste narrazioni, che in apparenza allungano solo i tempi, ma in realtà permettono una piena comprensione e comunicazione da ambo i lati. Inoltre, come dice Grazia Lesi, anche quando è possibile in qualche modo capirsi su un piano linguistico senza l'aiuto della mediazione, *l'operatore, il medico deve imparare a mediare con se stesso, con le sue modalità di approccio alla salute, valutando attentamente la sua prassi e i protocolli diagnostico terapeutici per adeguarli, senza rinunciare all'essenziale, alla donna che chiede le sue cure*[24].

Tra chi ha più esperienze in affiancamento a mediatori, sembra perciò esserci la convinzione che questa modalità di lavoro vada insegnata e studiata anche a livello teorico. L'esigenza espressa dalle intervistate non è più quindi solo quella di avere mediatori professionali, presenti fisicamente e formati sulla materia, ma anche quella di avere operatori e medici preparati a lavorare insieme a queste figure, a capire tutte le dinamiche che l'inserimento di una terza persona nella relazione può portare. Questo lo spiega chiaramente una delle intervistate:

---

23 atti.ageo-federazione.it › Relaz-Lesi1, p.4
24 atti.ageo-federazione.it › Relaz-Lesi1, p.4

E soprattutto anche gli operatori dovrebbero imparare a lavorare con i mediatori. In un setting composito, completamente diverso, deve essere un setting gruppale. Tu non puoi pretendere di continuare a lavorare ad uno a uno e che il terzo faccia il comò. Devi capire che sta portando anche lui le sue cose. C'è un lavoro importante di integrazione con il mediatore. Bisogna capire anche che cosa questo rappresenta per il paziente, se lo sente come un traditore della comunità, se lo sente come un alleato, sono tante le dinamiche possibili.

(Francesca - Assistente sociale)

Inoltre, sempre secondo la stessa intervistata, un altro vantaggio della mediazione potrebbe essere visto nel fatto che la comunicazione non è più duale, medico-paziente, ma si trasforma nell'incontro di minimo tre persone, quindi di gruppo, modalità questa molto più vicina a quelle di molte culture in cui il senso di comunità è particolare importante . Questa teoria, come fa notare la stessa intervistata, è sostenuta da una corrente di pensiero psicoanalitica nata in Francia, paese con una forte esperienza di immigrazione, grazie allo psicoanalista Tobie Nathan, ma poi diffusasi anche in altri paesi, tra cui l'Italia.

A volte io faccio colloqui con la ginecologa, l'infermiera, la mediatrice e se vuole la signora si può portare anche un'amica o il marito o chi vuole. Come nel setting di Marie Rose Moro e di Tobie Nathan. Loro dicono che l'immigrato non è abituato ad una relazione a due, ma è il gruppo, la comunità che si confronta e quindi se tu vuoi lavorare con lui devi tenere conto dell'alterità. Noi a volte facciamo anche così. Quando c'è una difficoltà, proviamo con gli incontri di gruppo. Che funzionano!

(Assistente sociale)

Questa ampia panoramica dimostra, in conclusione, come la mediazione si basi su molteplici aspetti e si tratti di una funzione solo apparentemente identificabile in modo semplice, ma che invece apre orizzonti più ampi e illumina complessità non facilmente visibili. L'operatore sanitario che utilizza il supporto della mediazione, infatti, ha a disposizione uno strumento facilitante che funziona veramente solo se gestito con competenza e sensibilità. Secondo quanto riportato dalle mie intervistate, solo in questo modo la mediazione può quindi trasformarsi in un punto di forza potenziale, che alleggerisca la fatica del rapporto terapeutico in situazioni problematiche e possa viceversa arricchirlo di significati più profondi, rendendo così il percorso di cura massimamente efficace.

3. DIFFICOLTA' E PROBLEMI ESPERITI

Dopo i necessari approfondimenti su due temi cruciali che riguardano il lavoro socio-sanitario con donne immigrate, ossia le modalità di accesso ai servizi e la potenziale introduzione di una terza figura di mediazione nel rapporto fra operatore/medico e utente/paziente, questa parte cercherà di esplicitare le problematiche quotidiane delle intervistate nel relazionarsi con l'utenza immigrata. Analizzando i racconti e commenti raccolti, le principali difficoltà riscontrate dalle intervistate possono essere suddivise in tre macro categorie: linguistico-comunicativa, religioso-culturale e socio-economica. Tuttavia è bene sottolineare che i tre argomenti sono strettamente interconnessi tra loro e difficilmente trattabili in maniera differenziata. Pertanto, nei seguenti capitoli, più che trattare le tre diverse categorie, si analizzeranno alcuni punti che le riguardano trasversalmente e che sono ricorrenti e particolarmente importanti ai fini della ricerca. Nell'ultimo capitolo di questa sezione, verrà dato spazio ad ipotesi di soluzione, strategie e buone pratiche proposte dalle intervistate.

3.1 Problemi linguistici

Stendere una classificazione esaustiva di tutte le problematiche connesse al lavoro in ambito di salute riproduttiva della donna immigrata, sarebbe difficile e poco corretto poiché ognuna delle persone intervistate ha il proprio punto di vista, le proprie capacità ed il proprio bagaglio di esperienze. Detto questo, senza dubbio l'aspetto di disagio più immediato e ricorrente che emerge dai miei materiali è sicuramente quello linguistico. Quando ho chiesto alle intervistate di raccontarmi qualche loro difficoltà nel rapportarsi alle pazienti, o

alle utenti, immigrate, dodici di loro, su venti intervistate in totale, hanno proposto risposte molto simili alle seguenti:

> *Prima la lingua, assolutamente.*
>
> *(Stefania - Ginecologa)*

Oppure:

> *La lingua: non parlano una parola di italiano, a volte nemmeno di inglese o francese.*
>
> *(Claudia - Addetta all'accoglienza)*

Questa seconda risposta è significativa perché evidenzia anche un altro aspetto importante, e spesso dato per scontato, del lavoro con utenza straniera, ossia la necessità di utilizzare lingue veicolari studiate ed in teoria conosciute dagli italiani, quali l'inglese e il francese. La questione è da segnalare perché dimostra quanto si diceva nel capitolo precedente[25], su un servizio di mediazione spesso assente, e sulla necessità, o preferenza, da parte degli operatori e del personale sanitario di gestire in modo autonomo i problemi nella comunicazione. Tuttavia, come fa notare una delle intervistate, non è scontato che le figure professionali, che si occupano di salute riproduttiva, conoscano queste lingue.

> *Io non sono una grande poliglotta […] la lingua è un grosso limite anche dal mio lato.*
>
> *(Silvia - Infermiera)*

E se qualcuna delle intervistate si interroga sui propri personali limiti linguistici, qualcun'altra invece si arrabbia perché non dovrebbe rientrare nei suoi compiti parlare una lingua veicolare.

---

[25] Vedi *La soluzione ufficiale: la mediazione linguistico-culturale* p.72

Io ho studiato per fare la ginecologa, non per fare l'interprete, ad ognuno il suo!

(Emma - Specializzanda in ginecologia)

Sempre, parlando della stessa difficoltà, un'altra intervistata sposta invece l'attenzione sull'utenza: sull'isolamento e la poca integrazione delle donne immigrate che, anche dopo tanti anni in Italia, ancora non parlano la nostra lingua.

Una cosa che fa un po' impressione sono le mamme da tanto in Italia con tanti bambini e non parlano una parola di italiano. Quello secondo me è drammatico.

(Sofia - Specializzanda in ginecologia)

Dalle parole delle intervistate emerge quindi una quotidianità di situazioni in cui non è possibile capirsi né con lingue veicolari, né con un italiano stentato e ancora meno con il supporto di una mediazione. Non stupisce allora che gli accompagnatori delle pazienti, soprattutto i mariti, diventino l'unica risorsa a disposizione di operatori e personale dei servizi per effettuare il proprio lavoro. Su questo argomento le opinioni delle intervistate sono molto diverse e talvolta opposte: alcune di loro infatti, leggono in maniera positiva l'aiuto del coniuge, soprattutto perché in genere il livello di italiano degli uomini immigrati è migliore di quello delle pazienti.

Generalmente i mariti sono una buona risorsa, quasi sempre loro parlano italiano...

(Chiara - Specializzanda in ginecologia)

Oltre a valere come interpreti, per alcune delle intervistate, questi mariti sono visti positivamente anche perché attenti e premurosi nei confronti delle mogli, nonché ben integrati nella società italiana.

> *Io vedo donne che sono già qui da un po', con i mariti. Per esempio quando non c'è la mediatrice, vengono anche i mariti, soprattutto del Bangladesh. E li vedo come mariti attenti, nel senso che traducono, le accompagnano, si prendono nota degli appuntamenti. Perché parlano molto bene l'italiano, è gente che lavora, spesso vengono vestiti da lavoro.*
>
> *(Emilia - Ginecologa)*

Tuttavia, come era stato anticipato nei capitoli sulla mediazione[26], non da tutte le intervistate la presenza dei mariti è interpretata come premura ed attenzione nei confronti delle mogli. Alcune infatti, sottolineano il ruolo ambiguo di questi uomini, che talvolta potrebbero sfruttare la situazione per imporre la loro volontà o il loro punto di vista alla moglie.

Una delle intervistate legge infatti la presenza del marito come un potenziale limite alla vera espressione di quelle che sono le necessità, domande o volontà della paziente in questione.

> *Talvolta ci sono situazioni in cui si percepisce una non totale libertà della donna, però è sempre difficile capire fin dove […] Il marito viene sfruttato spesso come interlocutore e sarebbe sbagliato perché noi dovremmo chiamare un mediatore per capire davvero quello che la donna vuole chiederci o dirci […] Attraverso il marito si ha sempre la difficoltà a capire se la donna è davvero informata di tutto o se vuole chiederci delle cose che davanti al marito non può chiedere. […] E' un limite perché non abbiamo il tempo materiale per chiamare il mediatore.*
>
> *(Luciana - Ginecologa)*

[26] Vedi *La soluzione ufficiale: la mediazione linguistico-culturale* p.72

Un'altra intervistata si dimostra invece molto critica nei confronti degli operatori o educatori di comunità che spesso accompagnano le donne richiedenti asilo alle visite. Secondo lei piuttosto che un italiano che fa tutto al posto della paziente con il rischio che questa nemmeno capisca il senso di ciò che si sta facendo, è meglio un accompagnatore della stessa nazionalità e cultura della donna. In questo caso l'intervistata non cita i mariti, ma auspica l'assistenza di figure ben integrate in Italia che possano poi diventare dei modelli per le pazienti in questione. L'idea le è venuta dopo aver conosciuto una mediatrice nigeriana particolarmente carismatica.

> *Io quando vedevo la donna con l'operatore... non era quella la strada giusta ... Secondo me se venisse accompagnata da qualcuno della sua comunità che è in Italia da un po' e che diventi un modello. Meglio così che accompagnata dall'operatore che fa tutto lui e decide per lei e non è nemmeno un parente [...] Avere delle figure della comunità che siano inserite... Ci sono questi personaggi: mi ricordo di una mediatrice nigeriana, […] inserita e brava.*
>
> *(Eleonora – Specializzanda in ginecologia)*

Questa citazione è interessante perché, nel tentativo di trovare strategie positive per superare i problemi linguistici, l'intervistata, più o meno consapevolmente, ritorna sulla necessità di una mediazione linguistico-culturale effettuata da professionisti preparati alla situazione, in grado di guadagnare sia la fiducia del medico/operatore, che quella della paziente/utente.

Cercando di trarre delle conclusioni da tutti questi spunti, risulta evidente che la conseguenza più importante della mancanza di comprensione linguistica è la necessità di dover parlare di problemi legati alla salute riproduttiva della

paziente, o utente, con persone terze, a volte per niente preparate o idonee alla situazione. Come dice una delle intervistate, capita di dover sperare, senza averne mai la certezza, che la paziente in effetti sia consapevole di ciò che si sta dicendo.

> *Un problema spesso è garantire la privacy: spesso, non parlando, si presentano con parenti o amiche, e tu sei costretto a fidarti di loro, e speri che la paziente pure sia consenziente, perché non hai il tempo o il modo per fare diversamente.*
>
> *(Filippa - Ginecologa)*

Come giustamente fa notare l'intervistata, affidarsi ad interpreti non professionisti, in un certo senso va contro il codice deontologico di medici ed operatori che dovrebbero rispettare la privacy delle pazienti/utenti. Queste situazioni, come racconta un'altra intervistata, rischiano di diventare anche molto gravi sul piano sanitario, poiché si vive nell'incertezza di aver preso delle decisioni senza il consenso delle dirette interessate.

> *Capita che magari la vicina di stanza parla la lingua e ti aiuta. Cerchi di capirti in una qualche lingua o quasi a gesti. … il problema vero è che spesso prendi delle decisioni che non sono minimamente condivise e concordate, spesso nemmeno comprese dalla paziente.*
>
> *(Camilla - Specializzanda in ginecologia)*

A proposito di questo, la Dottoressa Lesi, nel suo già citato articolo per l'AULS di Bologna sulla salute riproduttiva delle donne immigrate (Bologna 2006), spiega che i medici e gli operatori devono essere sempre consapevoli ed attenti ai rischi connessi all'accettare eventuali accompagnatori come mediatori. Per

esempio quando ci si trova di fronte a comunicazioni di diagnosi problematiche, o interruzioni volontarie di gravidanza, sono necessarie scelte, talvolta difficili, da parte della paziente e sarebbe meglio poter essere sicuri della comprensione e volontà di quest'ultima. Inoltre, sottolinea la ginecologa, non bisogna dimenticare che molte delle donne immigrate in Italia sono vittime del traffico di esseri umani e di sfruttamento a fini sessuali. In tali situazioni, gli accompagnatori potrebbero in realtà essere aguzzini o criminali il cui interesse principale non è la salute fisica o mentale della paziente/utente.

3.2 L'importanza del genere in ginecologia

Opinioni contrastanti sul ruolo dei mariti, o degli uomini in generale, per quanto riguarda la salute riproduttiva delle donne immigrate, ritornano spesso nelle voci delle intervistate, e non solo in riferimento alle questioni linguistiche ed alla necessità di qualcuno che traduca per la paziente/utente. Un altro passaggio in cui infatti i mariti o i parenti uomini delle immigrate tornano a far sentire la loro presenza, riguarda la richiesta, soprattutto da parte delle famiglie musulmane, di una visita condotta da medici ed infermieri di sesso femminile.
Nella mia esperienza lavorativa con donne immigrate, confrontandomi anche con i racconti dei colleghi, mi sono accorta che in generale l'essere visitate nelle proprie parti più intime da uomini crea molto disagio in queste pazienti e quasi tutte loro, anche quando possiedono un buon livello di italiano, richiedono la presenza fisica in ambulatorio di un'accompagnatrice donna. Ciò, di per sé non è così strano, e in effetti in Italia in generale molte pazienti prediligono una ginecologa privata per gli stessi motivi. Tuttavia, tra le donne immigrate in Italia, ce ne sono molte per cui l'eventuale presenza di un medico od infermiere uomo non causa soltanto timidezza o disagio, ma si trasforma in vero e proprio

impedimento della visita che, nel caso di condizioni economiche che non permettano di ricorrere a un servizio privato, rischia di mettere in serio pericolo la salute della paziente.

Queste donne, secondo i racconti delle mie intervistate, appartengono generalmente a famiglie musulmane molto tradizionali e sono arrivate in Italia seguendo il marito o un parente uomo tramite ricongiungimento familiare. Per questi motivi spesso si tratta di immigrate "invisibili", che vivono isolate in casa o comunque hanno contatti solo con altri connazionali legati alla tradizione. Richiamando le parole di Sofia, citate precedentemente[27], sono "le mamme da tanto in Italia con tanti bambini e non parlano una parola di italiano", proprio perché rimaste "rinchiuse" o "fedeli" alla propria comunità di appartenenza, che si occupa di ogni loro necessità e quindi disincentiva la loro integrazione nella società italiana.Donne con questo tipo di esperienza di vita, secondo le mie intervistate, si presentano ai servizi quasi sempre accompagnate da un uomo, talvolta anche molto giovane, per esempio il figlio maggiore, o il fratello, con l'esplicita richiesta di essere visitate da donne, o in alternativa annullare la visita. Scene simili ricorrono spesso nei racconti delle intervistate, per esempio una di loro, ad una mia domanda sulle maggiori difficoltà che si creano nel momento di una visita ginecologica a donne immigrate, mi risponde così:

> *Innanzitutto trovarsi davanti ad un ginecologo uomo. Quindi spessissimo le vedo io perché sono donna. La visita completa i mariti l'accettano solo perché sono donna, al massimo un uomo può fare l'ecografia.*
>
> *(Filippa - Ginecologa)*

Un'altra invece mi racconta i disagi che tali richieste possono creare, quando i servizi non sono in grado di assecondarle.

[27] Vedi p. 94

[…] Ma non ci sono sempre ginecologhe donne a disposizione […] Quella volta lui [il marito] *ha fatto una scenata incredibile, alzando la voce con le infermiere e bloccando tutto il reparto per almeno venti minuti.*

(Gaia - Specializzanda in ginecologia)

Posso affermare che le partecipanti a questa ricerca hanno un'esperienza generalmente negativa di queste richieste. Chi lavora nel privato, o nei consultori sembra essere, per questioni di tempo, esperienza e preparazione, più disponibile all'ascolto e alla comprensione; non si può dire lo stesso invece per il personale degli ospedali pubblici veneti, che sembra avere invece grandi difficoltà ad affrontare tali situazioni. Una specializzanda spiega infatti come un servizio pubblico non possa permettersi di soddisfare tali esigenze, proprio perché essendo pubblico deve garantire pari diritti a tutti gli utenti e questi diritti non prevedono la scelta di un medico, per la quale esiste invece il servizio privato.

Sono tollerante in molti aspetti, ma una cosa che mi dispiace è che loro vengono in un ambulatorio pubblico, ma i mariti musulmani soprattutto pretendono che le mogli vengano seguite da operatrici donne. Solo che è una richiesta che va al di là di quello che il servizio pubblico può offrire, ma loro spesso non lo accettano. E questo secondo me non è corretto assecondarlo, perché non corrisponde al servizio offerto. Spesso sono fortunati perché in questo settore lavorano per la maggior parte donne, ma non è sempre detto, quindi quello che io sempre provo a spiegare è che purtroppo non possiamo sempre assicurare il personale donna, perché è una richiesta che implica quasi una visita privata.

(Sofia - Specializzanda in ginecologia)

Proprio a questo argomento, si collega una delle intervistate dei consultori pubblici, che sottolinea l'importanza che assume il lavoro sociale e quindi un'equipe multi disciplinare e multi professionale in questa particolare problematica. Con le sue parole, infatti, da un lato dà ragione al personale ospedaliero che vede il suo lavoro ritardato e messo in crisi da esigenze che "il mondo contemporaneo occidentale", così come è indicato da alcune delle intervistate, non considera più fondamentali; allo stesso tempo però non perde di vista l'importanza di un riconoscimento della persona, della sua storia e cultura. Quindi pur esprimendosi contro l'assecondare in modo automatico questi mariti e uomini "tradizionali", riconosce la loro umanità, il loro ruolo nei confronti delle mogli e la loro esigenza di ricevere spiegazioni, capire e sentirsi importanti nelle scelte familiari.

> *Anche la capacità di saper lavorare con un punto di vista socio-culturale è importante perché anch'io ho trovato mariti che esprimevano le proprie difficoltà. Abbiamo parlato. Abbiamo spiegato, interagito, abbiamo consentito che potessero essere presenti durante le visite. Si possono trovare delle strategie. Poi ovviamente puoi trovare l'oltranzista che ti dice no sempre e comunque, e allora chiamo in altri consultori e chiedo la possibilità che siano viste da donne.*
>
> *(Francesca - Assistente sociale)*

Questa citazione è importante anche perché evidenzia una buona pratica che sembra ottenere soluzioni positive ad un problema molto sentito in ambito di salute riproduttiva delle persone immigrate. Le parole di quest'intervistata infatti, suggeriscono che ciò che manca negli ospedali pubblici non è un maggior numero di ginecologhe donne, ma figure professionali preparate a supportare il personale sanitario nell'affrontare problematiche di tipo socio-

culturale. Quest'idea e' in linea con la necessità espressa dalle intervistate di trovare strategie di superamento delle difficoltà che non implichino per forza cedere, assecondare o sopportare situazioni non comprese e non condivisibili.

3.3 Stesse parole, diversi concetti

Finora si è dato spazio a quelle che sono le maggiori problematiche che riguardano l'accesso delle donne immigrate ai servizi che si occupano di salute riproduttiva. Attraverso le voci delle intervistate infatti sono emerse una serie di difficoltà e disagi che si vengono a creare tra medico/operatore e paziente/utente, e che riguardano aspetti linguistici, burocratici e di aspettative nei confronti dell'incontro delle due parti.
Una volta superato l'impatto con questi scogli iniziali, però, il lavoro con donne immigrate non si fa affatto più semplice, ma al contrario, come spiega bene una delle intervistate, subentrano aspetti culturali e concetti diversi di salute ancora più complicati.

> *Loro hanno un concetto di salute che non è come il nostro. E noi non ci pensiamo mai, e nessuno ce lo fa notare! Ma io sento la difficoltà. Superato lo scoglio della lingua c'è sempre lo scoglio della cultura.*
>
> *(Ilaria - Specializzanda in ginecologia)*

L'intervistata, ancora giovane e con poca esperienza, pone anche l'accento su come questi aspetti siano spesso trascurati dai corsi di studio e dai medici strutturati che seguono gli specializzandi. Dalle sue parole emerge infatti lo stupore di chi scopre per la prima volta un concetto che invece dovrebbe essere evidente a tutti. A conferma di ciò, tutte le intervistate hanno fornito ricchi

esempi di situazioni in apparenza banali, ma in cui, usando espressioni delle mie intervistate, è evidente come le pazienti/utenti immigrate si presentino "inadeguate" e "fuori luogo" rispetto a quanto sta succedendo. Per esempio una ginecologa spiega come la "normalità" di una visita non sia sempre scontata.

> *Difficoltà, nel capire la visita, l'utilità della visita. Gli si dice preparati per la visita, ma non vanno in automatico a togliersi la gonna o le mutandine, devi sempre spiegarglielo nei dettagli.*
>
> *(Luciana - Ginecologa)*

Un'altra intervistata invece evidenzia come nemmeno le motivazioni che portano le donne immigrate alla visita ginecologica siano sempre chiare e uguali a quelle delle donne italiane.

> *A volte vengono con una richiesta specifica, ma nella maggior parte dei casi non hanno compreso bene neanche loro che cosa vogliono...*
>
> *(Stefania - Ginecologa)*

Infatti, tutte le partecipanti alla ricerca hanno un bagaglio di aneddoti, per certi versi divertenti, di situazioni in cui donne immigrate si sono rivolte ai servizi sanitari con giustificazioni in apparenza assurde, o che sembrano molto lontane da quelle che sono le problematiche legate alla salute riproduttiva. Per esempio:

> *A volte fa anche ridere* [la differenza culturale]*! Ho notato che le donne del Pakistan prestano attenzione a cose assurde: tipo "ho un orecchio caldo". E tu capisci che ci deve essere dietro un'idea di malattia e di connessioni tra parti del corpo a noi proprio sconosciuta.*
>
> *(Chiara - Specializzanda in ginecologia)*

Ma, sottolinea l'intervistata, "è evidente che le donne immigrate non sono squilibrate: solo hanno un'idea del corpo ed un concetto di malattia che è diverso dal nostro".

Un altro concetto che per molte culture ha delle sfumature differenti, per esempio è l'interpretazione della figura del medico e quindi il modo di relazionarsi ad essa. Una delle intervistate infatti dice:

> *Chiedo sempre se hanno delle domande, ma generalmente non le hanno. Trovo difficile crederlo, penso non siano abituate a farle, per cultura.*
>
> *(Alberta - Ginecologa)*

La ginecologa immagina che le sue pazienti non facciano domande perché forse nella loro cultura non è consuetudine farle. In effetti, potrebbe essere così, poiché, come ci spiega un'altra delle intervistate con molta esperienza di lavoro in paesi dell'Africa Sub-Sahariana, in molte culture il medico è quasi un "dio", una figura superiore, che sa cosa è giusto e cosa sbagliato.

> *Chi viene da questi paesi* [Africa sub-sahariana] *in generale è abituato ad una sanità di tipo direttivo, tutto gli viene imposto dal medico. Anche quando lavoro con colleghi africani, è difficile convincerli a lavorare diversamente: a spiegare, informare, capire che c'è bisogno di un consenso.*
>
> *(Tatiana - Ginecologa)*

Non bisogna dimenticare, che in molti paesi del mondo non esiste una sanità pubblica o dei sistemi di welfare; per molta della popolazione immigrata in Italia, la salute non è un diritto individuale, e nell'esperienza di alcune donne, può non essere chiara la differenza tra un medico, uno stregone o un saggio del

villaggio. Come spiega un'altra delle intervistate, alcune delle donne immigrate in Italia sono partite da paesi in cui la parola "salute" ha un tipo di interpretazione, poi nel loro viaggio verso l'Italia sono probabilmente transitate per altre nazioni e diverse organizzazioni sanitarie, per infine approdare alla nostra. Secondo l'intervistata, non si può quindi dare per scontato che a parità di traduzione coincida lo stesso concetto.

> *In Italia ci sono un'organizzazione sanitaria e una salute completamente diverse dalle loro* [delle donne immigrate], *anche da quelle dei paesi per cui sono transitate. E' normale che se anche parliamo la stessa lingua non ci capiamo!*
>
> *(Karen - Psicologa)*

3.4 "Conoscere l'ABC"

Nonostante il mondo sia oggi sempre più tecnologizzato e globalizzato, nonostante l'acceso ad internet e quindi all'informazione sia, salvo limitazioni ed oscuramento dei siti, possibile quasi ovunque, esisto tuttavia molte persone che per analfabetismo, povertà, isolamento o motivi socio-politici, non hanno opportunità di apprendere e nemmeno sospettare l'esistenza di nozioni che da molti sono considerate "l'ABC". Questo è il caso di alcune donne immigrate che, come raccontano le intervistate,anche se giovani e tecnologizzate non sono i possesso di alcuna conoscenza riguardo al funzionamento del proprio corpo, nonostante abbiano gli strumenti per ottenerla.

> *Ti arrivano* [le pazienti immigrate] *con questi cellulari super-tecnologici che, diciamocelo, sanno usare meglio di me, ma poi non sanno nemmeno*

che cos'è una vagina o che le mestruazioni ti devono venire circa ogni mese!

(Alberta - Ginecologa)

Un'altra intervistata parla proprio di questa mancanza di conoscenze come una delle maggiori difficoltà che riscontrano gli operatori nell'occuparsi di argomenti inerenti alla sfera sessuale della vita delle immigrate in Italia. Nel suo discorso ipotizza che la causa di una mancata curiosità nei confronti del proprio corpo sia legata ad una totale assenza di questo argomento nell'educazione ricevuta.

Le maggiori difficoltà secondo me sono dovute alle scarse conoscenze che hanno in generale del corpo […] poi dipende sempre di chi stiamo parlando: di solito con le donne dell'Est non ci sono così grandi problemi. I problemi sorgono quando effettivamente nemmeno nel loro paese hanno avuto un'educazione riguardo al loro corpo e quindi non si sono mai poste domande su di esso.

(Annalisa - Psicologa)

A provare la diffusione di questa non conoscenza diffusa fra le donne immigrate, si aggiungono le parole di un'altra intervistata.

E' importante capire che livello di consapevolezza del proprio corpo hanno... alle volte sono informatissime, altre no.

(Ilaria - Specializzanda in ginecologia)

Proprio per sopperire a tale mancanza di informazioni ed allo stesso tempo favorire l'integrazione e l'accoglienza di queste donne nella società italiana, i

consultori pubblici del veneziano, ma anche l'AIED e parecchie cooperative ed associazioni del territorio, organizzano periodicamente dei corsi gratuiti su diversi argomenti connessi alla salute riproduttiva: da una panoramica sui servizi territoriali, all'ABC dell'apparato genitale, dalle diverse tematiche che riguardano la gravidanza, alla cura e svezzamento dei neonati, eccetera. Proprio durante questi corsi emergono informazioni e lacune spesso molto importanti per la salute delle donne immigrate. Una psicologa racconta per esempio di una nigeriana che durante uno di questi corsi a scoperto la causa del suo malessere.

> *Durante un corso una nigeriana ha scoperto che in Nigeria le avevano già messo un impianto sottocutaneo* [metodo contraccettivo diffuso in Nigeria], *ma poi quando era arrivata in Italia le avevano prescritto una pillola e lei la prendeva. Quindi aveva un accumulo di ormoni e stava malissimo e nessuno capiva perché. È saltato fuori perché parlandone nel corso lei si è ricordata che glielo avevano messo.*
> *Quindi vedi che si creano situazioni clinicamente molto pericolose, ma se loro non sanno e non capiscono, è difficile evitarle. Quindi bisogna proprio ricominciare da zero, con un alfabetizzazione su tutti questi argomenti, non solo per la loro salute fisica, ma anche per quella psicologica perché riusciranno ad integrarsi meglio.*
>
> *(Karen - Psicologa)*

L'intervistata conclude ponendo l'attenzione sulla necessità di rendere consapevoli le donne immigrate di tutta una serie di nozioni che andranno a migliorare la loro vita non solo in termini di salute fisica, ma anche rendendo possibile un'integrazione più consapevole ed adeguata alla realtà che le circonda.

Una sfera, per esempio, strettamente connessa con conoscenze di base sul proprio corpo e sulla salute, è quella dell'alimentazione. Una dieta sana e studiata in base al proprio fisico risulta infatti fondamentale durante la gravidanza, secondo le evoluzioni della ginecologia contemporanea in Italia. L'alimentazione emerge dalle interviste come una delle maggiori preoccupazioni delle ginecologhe nei confronti delle proprie pazienti immigrate. Come raccontano le intervistate, anche parlando di cibo non si può mai dare nulla per scontato; concetti come sano e non, come leggero o pesante, possono essere interpretati in maniere molto diverse nel mondo.

> *Aspetti banali: per esempio molte donne straniere dovrebbero seguire una dieta in gravidanza perché presentano il diabete gestionale, e loro non capiscono che il riso è un carboidrato.*
>
> *(Sofia - Specializzanda in ginecologia)*

Oppure:

> *Un grosso problema è sull'alimentazione, probabilmente per un retaggio culturale, abitudini alimentari molto diverse. Su questo ho grande difficoltà a far passare il messaggio dell'alimentazione corretta in gravidanza. E poi ho un riscontro sul peso perché noto spesso che non va bene. Si tratta di donne che molto spesso sono diabetiche, quindi sono seguite anche dal diabetologo.*
>
> *(Luciana - Ginecologa)*

La ginecologa Grazia Lesi in "La salute riproduttiva della donna immigrata: conoscere, comprendere, favorire il rapporto di fiducia" (Bologna 2005), spiegava alcune abitudini alimentari delle donne straniere, suggerendo ai colleghi di non dare per scontato nulla, ma al contrario di informarsi e discutere con le pazienti questo delicato argomento. Infine sottolineava come,

specialmente nel caso di pazienti provenienti da paesi molto poveri, fosse importante indagare il loro utilizzo di prodotti industriali, soprattutto per quanto riguarda quei cibi denominati "spazzatura". E' comune, infatti, che popolazioni molto povere confondano le confezioni brillanti dei cibi ed il loro essere stati inventati in Occidente come "garanzia" di bontà e salute. Concludo con le parole di un'altra intervistata che ipotizza proprio questo.

> *Poi gli chiedi e scopri che mangiano cibo spazzatura; e non capiscono perché le riprendi. Per loro le patatine e la coca cola sono cose sane, forse perché pensano che tutto quello che è industriale sia più controllato. Non so. Comunque è una lotta ogni volta.*
>
> *(Stefania – Ginecologa)*

Una costante delle citazioni a proposito delle cosiddette "conoscenze di base" fin'ora riportate, sembra essere un sentimento di stupore e frustrazione che, in maniera più o meno sentita, emerge dalle voci delle intervistate. E' probabile che questi sentimenti di impotenza, aggiunti allo stress del quotidiano o al senso di responsabilità nei confronti delle pazienti, possano talvolta trasformarsi in chiusura e razzismo verso l'utenza straniera. A questo proposito, una delle intervistate critica in maniera forte la superficialità, secondo lei troppo diffusa, di colleghi che interpretano le scarse conoscenze delle pazienti immigrate con lo stereotipo del "tanto sono sceme", quasi a voler giustificare il proprio fallimento e la propria impotenza al riguardo.

> *Comunque dal nostro lato c'è la tendenza a pensare che queste a prescindere sono sceme, solo perché non parlano la nostra lingua o non capiscono termini tecnici. Questo purtroppo è un ragionamento un po' comune tra i colleghi.*
>
> *(Ilaria - Specializzanda in ginecologia)*

3.5 Problematiche economiche ed organizzative

Quando si parla di immigrate in Italia, viene spesso evocata l'immagine di donne povere, spesso analfabete o comunque con livelli di scolarizzazione bassi, probabilmente vittime di violenze subite durante la migrazione oppure nella stessa Italia, forse clandestine o per lo meno richiedenti asilo[28]. La realtà non è ovviamente questa: esistono molte straniere regolarmente residenti in Italia, perfettamente integrate e appartenenti a classi sociali medio-alte. Proprio per via di questa situazione, sono quelle che non hanno e non creano troppi "problemi", e quindi passano inosservate al contrario di quelle che invece vivono situazioni di disagio. In effetti, anche i racconti delle intervistate si concentrano soprattutto su utenti e pazienti di classe sociale abbastanza bassa. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che donne integrate con un buon livello di italiano vengono forse più facilmente identificate con la "normalità"; un'altra ipotesi potrebbe essere la costruzione stessa delle domande dell'intervista, che risentono inavvertitamente della mia esperienza professionale, indirizzando quindi la conversazione in quel senso. Soltanto una di loro all'inizio dell'intervista mi ha chiesto direttamente:

> *Aspetta, fammi capire! Stiamo parlando di straniere in generale, o di quelle che Salvini vuole cacciare, per intenderci?*
>
> *(Gaia - Specializzanda in ginecologia)*

Alla domanda ho risposto che ai fini della ricerca erano interessanti tutte le donne, di qualsiasi età, nate in altri paesi, ma che ora vivono in Italia. Ad ogni modo la conversazione è presto tornata a riferirsi a pazienti con cui è difficile relazionarsi, che sembrano appartenere per la maggior parte a classi sociali

[28] https://www.ingenere.it/articoli/dati-smentiscono-stereotipi-dossier-statistico-immigrazione-2016

svantaggiate. Un'altra intervistata infatti descrive le pazienti immigrate di ginecologia come quelle donne con tanti figli, ma senza strumenti organizzativi ed economici per gestirli.

> *Spesso sono donne con più bambini, con altri bambini a casa e quindi quando c'è la necessità di fare ad esempio un ricovero, loro sono in grossa difficoltà. Noi non abbiamo un modo per aiutarle: dobbiamo ricoverarle per la loro salute, ma loro si trovano a casa tre bambini che non sanno come gestire, perché il marito lavora e loro non hanno rete sociale a cui appoggiarsi. Per esempio succede in pronto soccorso che la donna arriva con il figlio e c'è necessità di ricoverarla urgentemente, ma noi non possiamo prenderci la responsabilità del minore, diventa un problema.*
>
> *(Chiara - Specializzanda in ginecologia)*

Nelle sue parole si fa riferimento anche alla solitudine di queste donne, che talvolta non hanno rete sociale, amici o parenti a cui chiedere aiuto. Quindi, fa notare l'intervistata, per cultura e tradizione hanno in media più figli delle italiane, ma allo stesso tempo meno supporti e possibilità nel tenerli e mantenerli. La questione economica soprattutto ritorna spesso nei racconti delle intervistate; alcune di loro sono anche molto sensibili alla questione e cercano esenzioni o vie alternative che pesino di meno sulle finanze delle pazienti.

> *Io cerco di stare attenta anche all'aspetto economico, so che spesso* [le donne immigrate] *non hanno un soldo e se conosco un modo per far pagare meno alla signora cerco di applicarlo.*
>
> *(Emilia - Ginecologa)*

La preoccupazione delle professioniste nei confronti degli scarsi mezzi di

alcune pazienti immigrate, si rivolge anche a visite e diagnosi specialistiche molto costose, ma ormai considerate necessarie e vivamente consigliate, come quelle che riguardano per esempio la gravidanza.

> *Per esempio nei paesi più poveri non ci sono le diagnosi prenatali e, in Italia, alcuni di questi test meno invasivi sono molto costosi, 800 euro. È un ambito un po' difficile da spiegare e quando* [le pazienti immigrate] *iniziano a capire che è anche costoso si tirano indietro […] Quindi è un problema sia di mentalità, per accettare quello che viene proposto; che religioso, perché alcune religioni vietano i test; che di mezzi, soprattutto economici.*
>
> *(Alberta - Ginecologa)*

L'intervistata inoltre sottolinea che le difficoltà sono molteplici e si intrecciano fra di loro. In un primo momento infatti puoi avere un problema di lingua e di comprensione, poi emergono tutta una serie di scogli culturali o religiosi, ed infine, se si riesce a superare tutto questo, rimane comunque la questione dei costi.

Infine un'altra problematica prettamente organizzativa sollevata nelle interviste, che esula in questo caso sia dal piano economico che dal livello sociale, riguarda le diverse concezioni legate ai documenti personali e alla loro importanza. In Italia siamo abituati a pensare che in alcune situazioni dobbiamo portare con noi specifici documenti: la patente quando guidiamo, la tessera elettorale per votare, l'impegnativa del medico per effettuare una visita, e così via. Ciò non è però una pratica universale, e molte persone straniere, quando giungono in Italia faticano a capire il senso di tutte queste carte e quindi a tenerle in ordine e a portata di mano quando necessarie.

L'altra cosa che mi fa ridere è che spessissimo, le africane, non lo dico per razzismo, non hanno proprio il concetto delle carte e dei documenti. Noi ginecologi siamo forse troppo fissati su queste cose, però in Italia perfino se vai in posta di danno una carta di ricevuta. Invece per loro il concetto di scrivere e tenere in ordine, come del diverso valore che ogni carta ha, vedo che non è nella loro indole, nella loro cultura. Nelle cartelline della gravidanza ho trovato di tutto: permessi di soggiorno, bollette, pubblicità. E mi incazzavo pure perché dicevo cavoli il permesso di soggiorno è importante, tienilo da un'altra parte.

(Chiara - Specializzanda in ginecologia)

Come sottolinea anche un'altra intervistata, tutto questo caos di carte di cui non è compresa l'importanza, nel caso di smarrimento di diagnosi ed esiti, rischia di avere conseguenze anche gravi per la salute della persona.

O tipo la signora agitata che ha la pressione alta e lo sa perché gliel'ha misurata un dottore in ospedale. E tu le chiedi dov'è la carta che lo dice e lei non lo sa, l'ha buttata.

(Stefania - Ginecologa)

In ogni caso questa difficoltà va ad incidere ulteriormente sulle risorse economiche delle donne immigrate, che spesso si vedono costrette a ripetere esami già effettuati. Per questi motivi diventa evidente che anche su questioni più burocratiche ed organizzative è necessaria un'alfabetizzazione delle donne immigrate, di modo che possano smettere di "subire" le dinamiche e regole italiane e diventino invece consapevoli dei propri diritti e doveri, e quindi in grado di prendersi cura della propria salute, ma anche della propria vita e di quella dei propri familiari, in maniera più indipendente ed efficace.

3.6 L'interruzione volontaria di gravidanza: tra prevenzione e fertilità

Parlando delle principali motivazioni che spingono le donne immigrate in Italia a rivolgersi ai servizi che si occupano di salute riproduttiva, avevo nominato l'interruzione volontaria di gravidanza in termini di pratica a cui sono associate più le straniere che le italiane (nota capitolo accesso e pagina). In un rapporto Istat del 2017 su "La salute riproduttiva della donna" viene, infatti, evidenziato come il tasso di abortività volontaria per gruppi di cittadinanze tra il 2005 e il 2015 si presentasse costantemente più alto fra le donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria rispetto alle italiane o a quelle provenienti da paesi a sviluppo avanzato. Tale divario, nonostante nell'ultimo decennio sia andato diminuendo, risulta molto evidente: nel 2005 il tasso era di cinque volte superiore rispetto alle italiane, mentre nel 2015 rimane comunque di tre (nota pagina report). In questo capitolo cercherò quindi, attraverso le voci delle intervistate, di spiegare il perché di questo dato.

L'interruzione volontaria di gravidanza, detta comunemente IVG, è divenuta legale nel nostro paese nel maggio del 1978 con la legge n.194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza*[29]. Nei primi anni ottanta le donne residenti in Italia vi facevano ricorso in numero molto più alto che al giorno d'oggi, 230.000 casi contro gli 84.874 del 2016 (Istat 2017), ma poi, probabilmente per via dell'aumento dei livelli di scolarizzazione femminili ed una maggiore diffusione dei metodi anticoncezionali, il numero di interventi è andato diminuendo, almeno per quanto riguarda le donne italiane.

Da un punto di vista pratico, la normativa del 1978 stabilisce che l'interruzione volontaria possa essere effettuata solo entro i primi 90 giorni di gestazione, a

[29] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_845_allegato.pdf

meno che non esistano gravi rischi per la salute della donna in questione. Su questo si incontrano le prime difficoltà legate al lavoro con donne immigrate che decidono di abortire, poiché spesso queste ultime non sono al corrente delle loro possibilità e della legge che le riguarda, e non hanno nemmeno le conoscenze necessarie sul funzionamento del proprio corpo e del concepimento. Un'intervistata per esempio dice:

> *Un problema è che l'IVG* [interruzione volontaria di gravidanza] *è legale solo se effettuata entro la dodicesima settimana di gravidanza, quindi bisogna accertarsi che sia così, ma a volte è davvero difficile farglielo* [alle donne immigrate] *capire.*
>
> *(Susanna - Addetta all'accoglienza)*

Sempre dal punto di vista pratico, in Italia, a differenza di altri paesi del mondo, questo tipo di intervento può essere effettuato solo negli ospedali, ma come già detto precedentemente, spesso l'accesso diretto alla struttura ospedaliera risulta complicato e lungo per chi conosce poco la lingua e non è in possesso dei documenti adeguati. Per questo motivo, secondo alcune delle intervistate molte delle donne immigrate che decidono di effettuare un'interruzione di gravidanza in Veneto, si rivolgerebbero innanzitutto ad un consultorio pubblico, oppure nel caso di Mestre anche all'AIED. Una delle intervistate che lavora in questi consultori racconta, infatti, il lavoro di supporto che qui viene svolto ogni qualvolta una donna immigrata si presenti con la specifica richiesta di un'interruzione di gravidanza.

> *L'intervento in Italia si può fare solo in ospedale, ma noi ci occupiamo del certificato che accerta la gravidanza e soprattutto la settimana. Quindi si fa prima un colloquio psicologico, per capire le motivazioni e spiegare come*

funziona l'intervento, poi si fa l'ecografia per verificare e poi si scrive il certificato per l'ospedale in modo che poi loro [in ospedale] *si sappiano regolare in base alla settimana di gravidanza.*

(Annalisa - Psicologa)

Tornando ai dati Istat sulle interruzioni volontarie di gravidanza, un'altra caratteristica da essi emersa ed importante ai fini della ricerca, è la maggiore diffusione degli interventi fra donne con bassi livelli di scolarizzazione (Istat 2017 p.83). Dai dati raccolti fra il 1995 e il 2015 risulta evidente come più del 70% delle interruzioni siano state effettuate da donne che non hanno proseguito gli studi oltre la scuola media inferiore o superiore. Ciò è degno di nota perché indica uno status socio-economico delle pazienti medio-basso, che riporta all'idea che la maggior parte delle problematiche legate alla salute riproduttiva delle donne immigrate siano legate alle condizioni di disagio e povertà a cui esse appartengono.

Una delle intervistate, per esempio, collega il ricorso frequente all'interruzione di gravidanza da parte di alcune pazienti immigrate proprio alla ridotta scolarizzazione e mancanza di conoscenze.

Per il discorso della contraccezione, ci sono ragazze immigrate che arrivano al terzo quinto aborto volontario ed è difficile fargli capire che l'IVG [interruzione di gravidanza] *non è un metodo contraccettivo perché non hanno gli strumenti, non sono andate a scuola.*

(Alberta - Ginecologa)

Sulla mancanza di conoscenze come causa principale di un così alto ricorso a questo tipo di operazione, insistono molte delle intervistate, che sembrano aver sviluppato la consapevolezza di come sia necessario agganciare le pazienti ed

"alfabetizzarle" sul funzionamento del corpo ai fini di una maggiore prevenzione futura.

> *Noi cerchiamo con i modellini di spiegare come funziona il corpo. È inutile che ti do' la pillola se neanche capisci come funziona. Mi ricordo una donna del Bangladesh che è arrivata a 23 aborti e con già un sterminio di figli e diceva che prendeva la pillola "ogni tanto"... Ma come?! Però effettivamente se non sai niente di niente come puoi capire perché la devi prendere tutti i giorni.*
>
> *(Claudia - Addetta all'accoglienza)*

A queste evidenti lacune di conoscenze, si accompagnano però anche imposizioni, credenze e valori, culturali o religiosi, che però non possono essere risolti in maniera aggressiva o sminuente. Per esempio una delle intervistate dipinge un quadro divertente di un suo tentativo di spiegare ad un padre di famiglia musulmano l'utilizzo del preservativo.

> *Mi è successo con una famiglia proveniente dal Medio Oriente per questioni di guerre. Che cercavamo di spiegare al marito l'uso del preservativo, ma anche lì bisogna conoscere i limiti culturali, perché immaginati: già sono una donna, e io donna mi metto a spiegare ad un uomo musulmano che non è mio marito che deve usare il preservativo...*
>
> *(Karen - Psicologa)*

Esistono quindi dei limiti che necessitano riconoscimento e rispetto. Possono essere affrontati e si può tentare di superarli, ma solo in maniera non giudicante e con disponibilità al dialogo, come dice un'altra intervistata.

Magari là [nel loro paese di provenienza] *hanno una visione completamente diversa delle cose. Per esempio sulla contraccezione, che a volte nemmeno capiscono di cosa stai parlando perché nemmeno la concepiscono come possibilità. È una visione diversa, culturale sostanzialmente, bisogna accettarla e capirla se vuoi lavorarci.*

(Emilia - Ginecologa)

Un esempio più quotidiano di un fattore culturale che influenza il ricorso all'interruzione di gravidanza, la fornisce un'intervistata che spiega il caso delle donne nigeriane. Per queste ultime infatti la fertilità ha un valore assoluto, ed è noto, a chi lavora con le immigrate provenienti dalla Nigeria, l'esistenza della pratica di farsi mettere incinte in giovane età per "testare" la propria possibilità di avere figli.

Per esempio le nigeriane hanno la fissa della fertilità, perché è il loro valore più grande. Quindi molto spesso fanno questo "test" quando sono ancora molto giovani, di rimanere incinte, magari da uno a caso, per poi abortire. Noi cerchiamo sempre di spiegare i rischi che comporta un aborto, al di là del valore affettivo e morale, giusto o non giusto, dal punto di vista medico non va bene. Ma capisci che se loro non capiscono questo, diventa difficile fare tutta una serie di altri discorsi sulla contraccezione.

(Karen - Psicologa)

A conferma del valore profondo che il popolo nigeriano dà alla fertilità femminile, un'altra intervistata racconta di un'esperienza "tragica" successa nel reparto in cui lavorava ad una donna nigeriana a cui è stato rimosso l'utero.

Mi ricordo di una volta che abbiamo dovuto togliere l'utero ad una nigeriana: è una tragedia. Ma alla fine è rimasta talmente tanto che è diventata la mascotte del reparto e quindi riuscivamo a tirarla su, ma è stato un rapporto costruito con fatica in mesi di ricovero...

(Silvia – Infermiera)

Tra le nigeriane, inoltre, è anche particolarmente diffusa la pratica di aborti clandestini, soprattutto per mezzo di farmaci come il Cytotec e raschiamenti dell'utero effettuati da non professionisti. Come spiegherò nel prossimo capitolo, le donne provenienti dalla Nigeria, sono nella maggior parte dei casi soggette a sfruttamento sessuale, durante il viaggio e in Italia. Questo fattore ovviamente incide sul numero di aborti volontari richiesti. A maggior ragione quindi, le intervistate insistono su quanto sia necessario ragionare con loro, senza pregiudizi, sui rischi che corrono e su come salvaguardare l'importanza della loro fertilità mantenendo la salute del proprio corpo.

Concludo il capitolo con due citazioni dalle interviste, che offrono una prospettiva incoraggiate sulla problematica qui trattata, e più in generale un'ottica propositiva nei confronti del futuro. La prima appartiene ad una ginecologa con moltissimi anni di esperienza alle spalle, che in maniera saggia ed un po' cinica afferma che tutti i popoli del mondo hanno avuto la loro storia di tradizioni e chiusure, che ad un certo punto si superano per l'avvento di una nuova modernità.

Beh sa, tutto il mondo è paese, in Veneto cento anni fa, gli uomini prima avevano rapporti con le donne, poi se queste rimanevano incinte le sposavano, se no no. E addirittura alcuni aspettavano di vedere se nasceva il maschio prima di decidere.

(Tatiana - Ginecologa)

La seconda citazione, invece, riguarda direttamente il veneziano, dove lo scarto fra le interruzioni volontarie di gravidanza richieste da donne immigrate e quelle invece delle italiane, sarebbe minore che nel resto di Italia. L'intervistata attribuisce parte del merito all'accessibilità ed al lavoro di aggancio delle utenti da parte dei consultori pubblici presenti sul territorio.

> *Tutti i report ministeriali sull'IVG danno lo stesso dato, che forse ora e di poco calato: le donne immigrate abortiscono quattro volte di più rispetto alle italiane. Nel nostro territorio invece* [Venezia] *sembrerebbe che questa percentuale sia molto diminuita, forse anche per merito dei nostri servizi* [consultori pubblici], *perché sono accessibili, perché non serve l'impegnativa del medico.*
>
> *(Francesca - Assistente sociale)*

4. INCONTRARE LA VIOLENZA

Un aspetto centrale che riguarda la salute riproduttiva delle donne immigrate in Italia è quello delle violenze. In particole, numerosi articoli e saggi documentano e analizzano il fenomeno della tratta e della prostituzione forzata di donne straniere sulle strade italiane. Molte agenzie internazionali, tra cui lo stesso UNHCR, hanno raccolto moltissime storie e dati che dimostrano lo stato dei campi rifugiati in Libia e le violenze estreme, soprattutto ai danni di donne e bambini, di cui sono costellati i viaggi che portano i migranti in Europa. Le violenze perpetrate da familiari sono forse meno visibili, ma come fa notare il Ministero della Salute nei suoi numerosi rapporti sulla violenza di genere, in Italia molto diffuse proprio tra le donne più isolate e di classi sociali inferiori, categoria in cui rientrano la maggior parte delle immigrate.

Di pari passo con la produzione di dati, articoli e documentari, anche la mobilitazione delle associazioni anti-violenza e' cresciuta negli ultimi anni. Ci sono stati senza dubbio anche importanti cambiamenti legislativi, quali in particolare e l'emanazione di leggi volte a proteggere le donne da ogni tipo di violenza fisica e psicologica (Legge 77/2013 e Legge 119/2013), e nel caso delle immigrate il famoso Articolo 18 del Testo Unico sull'Immigrazione (Turco-Napolitano 1998), nel quale viene garantito il riconoscimento di un permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale a tutte le donne straniere che si dichiarano vittime di tratta e di violenza, anche domestica (Art. 18 bis). Nonostante questo, l'opinione pubblica pare rimanere distratta e poco convinta della gravità del problema, soprattutto quando riguarda non-italiane. Questa "distrazione" si ripercuote anche sul Sistema Sanitario Italiano. Da un lato il Sistema Sanitario sta lavorando sul miglioramento di strumenti volti a

riconoscere, accogliere e supportare dal punto di vista medico e da quello socio-psicologico le donne vittime di violenza.. Per esempio, nel 2010 nasce presso i Pronto Soccorso dell'USL9 di Grosseto un percorso sperimentale detto "Percorso Donna", ma più conosciuto come "Codice Rosa" per via dell'utilizzo di colori differenti a seconda dei diversi gradi d'emergenza. Il "Codice Rosa" si diffonde presto in tutta la Regione Toscana, che nel 2016 crea una vera e propria Rete Regionale Codice Rosa volta a sincronizzare i servizi territoriali creando dei percorsi all'interno di essi basati sulle esigenze e necessità delle vittime[30]. Il "Codice Rosa" è stato poi accolto in via sperimentale all'interno di alcune aziende ospedaliere italiane, ma ancora non in Veneto. Qui, emerge dalle voci delle intervistate, nonostante la consapevolezza dell'esistenza di strumenti e progetti innovativi ed utili, quali il "Codice Rosa" appunto, ancora si fatica molto ad affrontare il problema con le immigrate, le cui sofferenze rimangono spesso un non detto, ipotizzato o immaginato.

Prima di analizzare nello specifico le interviste e i diversi aspetti che si collegano all'argomento violenze in ambito di salute riproduttiva, riporto le parole di una ginecologa che spiega come le sofferenze subite da donne appartenenti ad una determinata popolazione vadano ad influenzare intere generazioni:

> *Per esempio lo stress in gravidanza, le violenze fisiche o psicologiche, incluse guerre, carestie, disagi vari, viaggi nel Mediterraneo, è statisticamente provato che incide moltissimo sul feto: questo nasce con aspettative di vita molto più basse e con rischio di malattie degenerative precoci enorme, nonché danni psichici e comportamentali […] basta tenere in considerazione questo per capire che tutte le popolazioni più povere del*

[30] http://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa

mondo sono defraudate di aspettativa di vita e di salute e anche di capacità cognitive.

(Tatiana - Ginecologa)

Questo concetto è particolarmente interessante al fine di capire meglio le disuguaglianze storiche che esistono tra le diverse parti del mondo, ma diventa non trascurabile in un presente sempre più globalizzato ed interconnesso in cui nascono le generazioni future.

4.1 Difficoltà nel riconoscere ed affrontare le violenze

Durante le interviste, nel momento in cui ho spostato l'attenzione sull'argomento violenze, la maggior parte delle intervistate ha risposto di non avere esperienza al riguardo, soprattutto di non averne in riferimento alle utenti e pazienti immigrate. Alcune di loro mi hanno anche suggerito di rivolgermi a chi lavora in Pronto Soccorso se volevo approfondire l'argomento perché forse là avrebbero avuto più cognizione del problema.
Tuttavia, un po' per mio insistere, un po' spontaneamente, sono emerse ricche considerazioni sull'argomento: in primo luogo la difficoltà ad affrontare la questione con questo tipo di utenza.

Intanto devi pensare che non è che ti raccontino niente! Tra loro legano tantissimo e magari tra loro si confrontano ma non è che a te dicano molto: nel senso che te lo puoi immaginare.

(Chiara – Specializzanda in ginecologia)

Una difficoltà questa legata al sospetto che qualcosa di brutto in effetti sia successo. Un dubbio che nelle parole delle intervistate sembra quasi una certezza, e anche molto comune.

> *Difficilmente ne parlano, solo una volta mi è capitata una ragazza greca che lo dicesse apertamente. Tutte le altre non ne parlano. Alle volte lo chiediamo, altre no perché capita che qualcuna si offenda e comprometti tutto il lavoro con loro. Alcune sono accompagnate da operatori, ma nemmeno con loro il dialogo è sempre buono.*
>
> *(Stefania - Ginecologa)*

Come fa notare quest'intervistata, infatti, molte volte instaurare un rapporto di fiducia con le utenti/pazienti immigrate, è talmente difficile che, anche se si è perfettamente consapevoli che qualche tipo di violenza è stato subito, si teme che parlandone direttamente venga compromesso il traguardo raggiunto, per esempio nel convincere ad effettuare determinati esami o ad usare un metodo contraccettivo. L'intervistata aggiunge inoltre, quasi a giustificarsi, che spesso nemmeno gli operatori del sociale che affiancano queste donne nella quotidianità sono riusciti ad affrontare l'argomento con loro, proprio perché è davvero difficile farlo.

Un'altra intervistata, sottolineando come sia raro che le donne immigrate parlino direttamente di violenze subite, aggiunge che le rare volte in cui si può contare su un'evidenza di ciò che spesso si immagina, sono quelle in cui una ginecologa riesce a trovare sul corpo le chiare tracce di una brutalità subita, quindi le cicatrici materiali.

> *Le straniere non arrivano mai dicendolo. Se capita, lo nota la ginecologa e spesso sono cose antiche, come le MGF* [Mutilazioni Genitali Femminili]

o abusi subiti durante il viaggio, ma che magari sono avvenuti anni prima.

(Susanna – Addetta all'accoglienza)

Come sottintende l'intervistata, il problema delle cicatrici materiali è che magari sono molto vecchie, quando invece il sospetto degli operatori è di una violenza più recente più psicologica e coercitiva, quindi meno evidente sul fisico. Su questo punto, la stessa intervistata aggiunge una sfumatura che meriterebbe un'indagine a sé, sulla "ribellione" delle seconde generazioni, più aperte e coraggiose nel raccontare violenze subite all'interno delle pareti domestiche. L'argomento non e' stato ripreso da altre intervistate, ma lo riporto come utile spunto per altre ricerche.

Più semplice con le seconde generazioni che magari si ribellano e appunto sono uscite dalla famiglia e ti raccontano cose che sono successe nella loro infanzia perché ora non sono più in pericolo.

(Susanna – Addetta all'accoglienza)

Dal punto di vista di una violenza più psicologica e coercitiva che fisica, il sospetto sembra essere molto avvertito nei confronti dei mariti delle donne immigrate. Collegandosi alle problematiche di comprensione e di privacy connesse con la presenza del marito, infatti, molte delle intervistate sollevano l'ipotesi che l'isolamento e la scarsa integrazione delle donne immigrate sia in parte voluta ed imposta da uomini-padroni, che anche se non violenti, comunque impongono il loro controllo sulle vite delle mogli.

Io noto sguardi tristi e assenti soprattutto tra le donne del Bangladesh, che appunto non possono parlare e quindi non puoi chiedergli perché c'è sempre il marito con loro. E ti puoi immaginare, ma non puoi mai sapere davvero.

(Claudia – Addetta all'accoglienza)

Su questa linea concordano molte delle intervistate; alcune addirittura incolpano sé stesse, ed un sistema sanitario poco attento, poiché non trovano il tempo per dare peso a situazioni che forse andrebbero approfondite.

> *Considerata la barriera linguistica, nei casi degli accompagnamenti da parte dei mariti, è difficile capire quando è un problema solo di comunicazione o ci troviamo di fronte ad un caso* [di controllo e violenza] *che andrebbe approfondito. In realtà, spesso per pigrizia o mancanza di tempo o mancanza di strumenti e conoscenze, si lascia perdere.*
>
> *(Camilla – Specializzanda in ginecologia)*

Anche quando non è presente un sospetto di violenza nei confronti della donna, il fatto che alcune delle immigrate non possano esprimersi direttamente e appaiano totalmente dipendenti dai mariti o da altri uomini di famiglia, sembra comunque turbare molto le intervistate, in particolare quando le pazienti in questione appartengono alla religione musulmana. Ciò potrebbe essere causato da stereotipi comuni che vedono la donna islamica come sottomessa a mariti-padroni; ma anche da una riservatezza e timidezza naturale delle pazienti, probabilmente dovuta a fattori culturali, che rende più difficile il rapporto di fiducia con il medico, soprattutto quando i tempi di quest'ultimo sono ristretti e le sue giornate molto stressanti

A proposito di donne "controllate da uomini", uno dei racconti più ricorrenti e condivisi, è quello di minori maschi che fanno da interpreti e talvolta prendono decisioni per le proprie madri.

> *In generale le donne immigrate vengono sempre accompagnate dai mariti ed è difficile che parlino loro. E' successo per esempio che un marito*

bengalese non poteva venire e ha mandato il figlio maschio più grande, di 10 anni appena, che doveva parlare lui e decidere lui perché la madre non poteva... E' terribile.

(Karen - Psicologa)

Queste sono forse le narrazioni in cui si avverte di più il giudizio negativo da parte delle intervistate, quasi lo prendessero sul personale. Questo atteggiamento potrebbe essere giustificato dall'essere figlie donne di una società occidentale che ha lottato molto per la parità di genere e ancora non è riuscita a raggiungerla pienamente. In quest'ottica, situazioni simili, sono lette dalle intervistate come una sorta di affronto al loro essere donne indipendenti, che lavorano e decidono della propria vita e del proprio corpo in autonomia.

Per quanto riguarda le violenze anche fisiche, ed un'eventuale costrizione alla prostituzione, la difficoltà nel riconoscerle e nell'affrontarle da parte delle figure professionali intervistate si fa ancora più evidente.

Poi capitano donne che arrivano direttamente dagli sbarchi che non hanno fatto altri controlli prima e tu sei un po' la prima porta del sistema sanitario. Nello specifico non ti accorgi sempre di tutto e se te ne accorgi non sai bene che fare.

(Gaia – Specializzanda in ginecologia)

Come nota l'intervistata, le maggiori occasioni di incontrare e riconoscere violenze fisiche importanti, le professioniste le hanno con le richiedenti asilo appena arrivate in Italia, per le quali, come per tutti i richiedenti asilo, sono previsti screening sanitari di controllo, che possono essere più o meno dettagliati a seconda della regione e dei diversi centri o progetti di accoglienza

in cui sono inserite. Tuttavia le visite ginecologiche con questo tipo di utenza possono farsi molto complicate: tutte le problematiche analizzate in questa ricerca infatti si amplificano nel momento in cui le pazienti/utenti sono appena giunte in Italia dopo viaggi tragici e traumatizzanti in cui, come ben emerge dalle mie interviste, l'unica cosa che hanno imparato è di non fidarsi di nessuno. Proprio per questo alcune delle intervistate fanno notare come l'accompagnamento da parte di operatori del sociale, che lavorano nelle strutture in cui sono ospitate queste donne e che le conoscono personalmente ed hanno esperienza delle loro culture e visioni del mondo, si riveli spesso uno strumento utile ai fini della visita/colloquio.

> *Molto spesso le signore che arrivano dallo sbarco vivono in strutture gestite da cooperative e vengono accompagnate da operatori, che un pochino le hanno già inquadrate e ti danno una mano a capire la situazione.*
>
> *(Sofia – Specializzanda in ginecologia)*

Gli operatori del sociale non sono però sempre presenti o, secondo le mie intervistate, così attenti alla problematica. In ogni caso emerge quindi una grande difficoltà, da parte di chi si occupa di salute riproduttiva, nel riconoscere eventuali violenze subite dalle utenti immigrate e nel reagire di fronte ad esse, sia che la donna viva in una comunità o per conto suo, che abbia un marito e famiglia o meno.

4.2 Protocolli e linee guida

Seguendo i consigli di alcune partecipanti alla ricerca, che vedono nel Pronto Soccorso il luogo per eccellenza di emersione di violenze fisiche e sessuali ai danni di donne immigrate, e non, ho cercato di incontrare personale

ospedaliero che vi lavorasse. Ho quindi avuto la possibilità di parlare con alcune specializzande in ginecologia che nei loro turni ne coprono anche molti in Pronto Soccorso, e si sono quindi dimostrate aggiornate sull'argomento. Lo stesso Ministero della Salute del resto, nelle pagine del suo sito dedicate alla salute femminile ed alle violenze di genere[31], si riferisce al Pronto Soccorso come primo luogo dove è possibile intercettare una vittima di violenza. Proprio per questo motivo, in alcuni Pronto Soccorso italiani, è attivo dal 2010il progetto sperimentale detto "Codice Rosa" che prevede, nel più totale rispetto della privacy, un'assistenza fisica, psicologica e legale per chi ha subito e subisce violenza[32].

Negli ospedali in cui lavorano le partecipanti a questa ricerca, non è ancora presente il "Codice Rosa", ma esistono dei protocolli precisi in caso di violenza, soprattutto quando è molto evidente, o la donna stessa la denuncia. Per esempio, in caso di sospetta o denunciata violenza sessuale, una delle specializzande spiega la serie di procedure che vanno applicate:

> *Generalmente, se denunciano spontaneamente, o sono in condizioni gravi, arrivano inviate dal pronto soccorso centrale dove c'è anche il posto di polizia dove possono sporgere denuncia. Le inviano in ginecologia a fare i controlli e noi abbiamo un protocollo: gli viene chiesta tutta la dinamica, viene fatta la visita (...) si controllano gli ematomi e poi si fanno i tamponi: vaginale, cervicale, rettale ed eventualmente anche orale. Vengono fatti due prelievi: uno biologico per il discorso delle infezioni e l'altro per la ricerca dei tessuti dell'aggressore, quindi medicina legale.*
>
> *(Eleonora – Specializzanda in ginecologia)*

---

31 http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=Salute%20donna&menu=societa

32 http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=Salute%20donna&menu=societa

Altre specializzande raccontano invece di aver ricevuto istruzioni di seguire il "protocollo AOGOI" (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani). Nel suo sito l'Associazione, in un articolo sui troppi casi sommersi di violenza, nota come le difficoltà di comprensione del fenomeno si debbano in parte alla "mancanza, nei Pronto Soccorso, di procedure standard di identificazione dei casi di violenza non dichiarata e più in generale di protocolli armonizzati di riconoscimento e presa in carico del paziente vittima di violenza in ambito relazionale"[33]. Quello a cui si riferiscono le intervistate, non è infatti un vero e proprio protocollo istituzionalizzato, ma piuttosto delle linee guida che alcuni ospedali veneti hanno deciso di assumere in caso di violenze sospette o dichiarate.

> *Noi abbiamo un protocollo che è quello dell'AOGOI che trovi in internet e ti aiuta a raccogliere la storia e poi noi abbiamo la possibilità di confrontarci con un medico legale, ma questo per qualsiasi violenza.*
>
> *(Ilaria – Specializzanda in ginecologia)*

Dalle parole delle intervistate emerge quindi un quadro positivo di ospedali veneti preparati ad affrontare la questione, quando essa è molto evidente o dichiarata. Affiora inoltre l'esistenza di uno strumento che offre un reale supporto alla relazione con donne vittime di violenza. Come si nota nella citazione precedente e viene chiarito in quella che segue, le linee guida AOGOI (*Raccomandazioni per l'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale* - 2019)[34], oltre a descrivere passo a passo tutte le informazioni anagrafiche e biologiche che è necessario raccogliere in caso di violenza, dedicano anche molto spazio

[33] https://www.aogoi.it/notiziario/ogni-anno-in-italia-70mila-donne-al-pronto-soccorso-per-violenze-troppi-casi-sommersi-ruolo-degli-operatori-essenziale-per-farli-emergere-intervista-ad-alessio-pitidis-iss/

[34] https://www.aogoi.it/media/6273/raccomandazioni-aogoi.pdf

alla costruzione di un rapporto di fiducia che permetta alla donna in questione di aprirsi, confidarsi e sentirsi meno sola nel suo dolore.

> *L'AOGOI ha creato un protocollo per le violenze che utilizziamo in pronto soccorso. A me è capitato ma erano casi limite, in cui non era proprio chiara la violenza. È fatto molto bene perché pone l'accento anche sul piano psicologico. Dà consigli, per esempio se c'è un sospetto suggerisce di far visitare la paziente da ginecologhe donne. Descrive nei minimi dettagli la parte documentale: prelievi, tamponi, raccolta dati, … Ma tenendo sempre presente il benessere psicologico della donna.*
>
> *(Gaia – Specializzanda in ginecologia)*

Questo strumento potrebbe forse essere un utile riferimento anche per chi privatamente si occupa di salute riproduttiva, ma nessuna delle intervistate che lavorano nel privato me ne ha parlato in questo senso. Per quanto riguarda il privato, infatti, è più facile che le strutture siano direttamente convenzionate, o per lo meno in rete, con figure professionali o associazioni specializzate in anti-violenza, come spiega una delle intervistate.

> *Se lo viene a sapere l'operatore sanitario ha l'obbligo della denuncia. Succede, se si notano dei lividi, spesso non sono loro a dirtelo. Noi poi valutiamo: la prima cosa che facciamo di solito è contattare delle avvocatesse con cui siamo convenzionati.*
>
> *(Alberta - Ginecologa)*

Oppure:

> *Noi non possiamo gestire situazioni, quindi dobbiamo appoggiarci all'esterno al pubblico: per l'assistente sociale, se serve la psicologa, oppure*

se servono fondi per far uscire la donna dal suo ambiente, o una struttura protetta, eccetera. Quindi inviamo ai servizi che servono. Ma capita forse di più per le italiane.

(Karen - Psicologa)

Quest'ultima intervistata riprende poi il discorso di quanto sia difficile notare ed agire quando la vittima è straniera, sottolineando anche in maniera esplicita come i protocolli siano molto più semplici da applicare con le donne italiane. Quest'ultimo particolare è condiviso da un'altra intervistata, che non ha molta esperienza con casi di violenza ma comunque nota quanto segue:

Purtroppo in genere è più facile scoprirlo e fare qualcosa con le italiane che con le straniere.

(Tiziana - Ostetrica)

Forse, se delle linee guida e dei protocolli contro la violenza di genere sono stati prodotti in passato all'interno dei servizi, sono stati immaginati e progettati pensando a donne italiane. Come viene però evidenziato dalle voci delle intervistate, lo scenario italiano a proposito di violenze sulle donne è cambiato ed urgono nuovi strumenti che permettano ai servizi socio-sanitari di affrontare in maniera adeguata il problema. Un tentativo in questa direzione lo si incontra in un decreto ministeriale del 24 novembre 2017: DPCM Le linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Nel Decreto si ribadisce spesso che i suggerimenti si riferiscono a tutte le donne, di qualsiasi età, vittime di violenza, comprese le straniere. Con particolare attenzione a queste ultime, viene suggerito agli operatori che le prendono in carico di parlare piano ed usare parole semplici, ai fini di assicurarsi un ottimo livello di

comunicazione e comprensione, nonché ai servizi di dotarsi di mediatori linguistico-culturali che favoriscano la creazione di un rapporto di fiducia[35].
Tuttavia, dalle voci delle intervistate, pare che i benefici a cui auspica il Decreto, tardino a farsi sentire, soprattutto dal punto di vista del personale strettamente sanitario che troppo spesso, come spiega un'intervistata, si trova in solitudine ad affrontare casi per cui non è sufficiente un'assistenza solo sul piano fisico.

> *Magari, se ci fosse una rete a monte di supporto, tu potresti in effetti fare il sanitario come dovresti e non occuparti della parte psicologica.*
>
> *(Luciana – Ginecologa)*

Anche un'altra intervistata sottolinea la mancanza di strumenti e di figure professionali adeguate, suggerendo invece l'esistenza di reti informali, di conoscenze che si condividono con i colleghi quando possibile, ma che non sono così scontate.

> *Noi non possiamo essere la struttura che si fa carico della parte psicologica, magari se conosciamo altre strutture che se ne occupano informiamo come accedervi tipo l'AIED.*
>
> *(Emma – Specializzanda in ginecologia)*

A questo proposito, sembra che il comune di Venezia sia sensibile alla questione e si stia muovendo per una mappatura del territorio con il fine di creare una rete anti-violenza più solida ed un protocollo più condiviso e fondato su esperienze e buone pratiche già in utilizzo nel veneziano.

> *Proprio prima è arrivata una mail dalla AULSS di Venezia perché stanno creando un nuovo protocollo anti-violenza e chiedono una mano a tutte le*

[35] http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=62811&completo=true

strutture del territorio per far rete e capire che risorse ci sono sul territorio.

(Karen – Psicologa)

4.3 Mutilazioni genitali femminili

In ambito di salute riproduttiva, i casi di mutilazioni genitali femminili, anche dette MGF, vengono comunemente associati alle violenze sulle donne, spesso ancora bambine. Ad esse, nel 2011, è stato dedicato un articolo preciso, Art. 38, della *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica*, meglio conosciuta come *Convenzione di Istanbul*, poiché le MGF violano molti diritti umani, non solo per quanto riguarda la salute fisica femminile, ma anche quella psicologica, il diritto ad una sessualità sana e felice, nonché all'uguaglianza di genere. In realtà, secondo alcune delle mie intervistate, il concetto di violenza non è sempre completamente corretto se associato a queste pratiche, per quanto terribili possano essere. In effetti, come sappiamo dalla letteratura esistente, le mutilazioni genitali femminili, per molte culture simboleggiano un rito di passaggio delle bambine all'età adulta e, per quanto a volte più invasive e dalle conseguenze più gravi, possono essere associate al corrispettivo maschile della circoncisione. Inoltre si tratta di una tradizione che generalmente si tramanda di madre in figlia, e sono le stesse donne ad occuparsene[36]. Per tutti questi motivi, come ci spiega un'intervistata, il discorso su questa pratica con una donna "mutilata" non può essere introdotto dalla parola "violenza".

I casi di violenza vanno distinti dalle mutilazioni genitali. E' vero che da

[36] https://www.osservatoriodiritti.it/2019/02/06/mutilazioni-genitali-femminili-cosa-sono-classificazione-perche-fgm/

un punto di vista ideologico è una violenza, ma da un punto di vista pratico è tutt'altra cosa, è un sistema culturale radicato e tu non puoi parlare con loro di violenza perché spesso sono state le loro mamme a deciderlo per loro. E' un discorso molto complicato.

(Francesca - Assistente sociale)

In Italia, le problematiche sanitarie e psicologiche legate alle mutilazioni genitali femminili sono state "introdotte" dalle donne immigrate, specialmente africane, per quanto pratiche simili siano diffuse anche in altre zone del mondo. Uno stereotipo diffuso in Italia vuole che si tratti di un rituale musulmano, ma molti storici hanno sfatato questo mito e dimostrato come le MGF esistessero ben prima dell'avvento delle grandi religioni; ciò viene più volte ribadito nella letteratura e nei siti che lottano per contrastare tale pratica. Per esempio, la Rete svizzera contro le mutilazioni genitali femminili ha creato un sito ed una pagina Facebook che forniscono molte informazioni, tradotte in più lingue, in maniera semplice e chiara, tra le quali appunto ribadiscono più volte la completa estraneità di Ebraismo, Islam e Cristianesimo nei confronti di queste tradizioni[37]. Nella maggior parte dei paesi in cui vengono praticate mutilazioni genitali femminili, infatti, le grandi religioni si dichiarano contrarie ad esse, influenzando anche le politiche locali che spesso le proibiscono per legge. Tuttavia questa usanza persiste con forza poiché funzionale alle regole tradizionali del mercato matrimoniale, che prevede scambi importanti basati proprio sulla "purezza" ovvero mutilazione? delle giovani spose, che private delle parti fisiche più sensibili della loro sessualità, percepiranno meno piacere e quindi non sentiranno l'esigenza di cercare rapporti sessuali al di fuori del matrimonio.

[37] https://www.mutilazioni-genitali-femminili.ch/rete/mutilazioni-genitali-femminili/motivazioni/

Non tutte le mutilazioni genitali sono foriere di conseguenze sul piano sanitario e socio-psicologico, in alcuni casi si tratta di una semplice incisione o taglietto che riguarda un'area ridotta della vulva. Ma esistono anche casi molto più gravi in cui viene rimossa parte del clitoride e delle grandi labbra, per arrivare a quelli gravissimi in cui dopo l'asportazione la vulva viene anche cucita di modo che rimanga solo una sottilissima fessura per il passaggio dell'urina e del sangue mestruale[38]. Come spiega una delle intervistate, nei casi in cui il rituale consiste in una piccola incisione, essa non è solitamente più visibile a distanza di anni.

> *Ci sono tanti tipi di mutilazioni, quella più complessa da affrontare è quella del terzo tipo, detta "Faraonica", perché oltre ad essere mutilata, la vulva viene anche ricucita esternamente. Se invece fanno solo una piccola incisione, o mutilazione, nella maggior parte dei casi, quando vengono a partorire in ospedale, le ostetriche nemmeno se ne accorgono.*
>
> *(Tatiana - Ginecologa)*

Questo anche perché come fa notare un'altra intervistata, la cute nera si cicatrizza in maniera diversa da quella bianca e quindi, se l'operatore sanitario non ha esperienza di mutilazioni potrebbe davvero non accorgersene nei casi di cui si parlava.

> *Le ginecologhe, quando si tratta di incisione del secondo tipo, di solito non se ne accorgono: primo perché spesso si tratta di un piccolo taglio fatto molti anni prima, e non cucitura evidente, secondo perché la cute delle persone di colore si cicatrizza in maniera molto diversa da quella bianca e molte non lo sanno e non lo notano.*
>
> *(Francesca – Assistente sociale)*

[38] https://www.mutilazioni-genitali-femminili.ch

Come sappiamo dalla letteratura esistente, le mutilazioni del primo e del secondo tipo, rispettivamente rimozione parziale del clitoride e rimozione del clitoride e delle grandi labbra, possono causare problemi fisici immediati, come infezioni, setticemia, tetano o altre malattie trasmesse da strumenti non sterilizzati e dalle condizioni non igieniche in cui queste operazioni sono effettuate. Ma l'operazione del terzo tipo, diffusa soprattutto in Somalia, la cosiddetta "faraonica", ossia la rimozione del clitoride e delle grandi labbra e la successiva cucitura di ciò che rimane in modo da lisciare e lasciare solo una minuscola fessura di quella che prima era la vulva, ha conseguenze molto più gravi anche a distanza di anni. Essa infatti causa cicli mestruali molto lunghi e dolorosi, poiché il sangue fatica ad uscire. Inoltre il rischio di stagnazione dell'urina e del sangue mestruale è molto elevato e può causare infezioni gravi in qualsiasi momento della vita della donna, non solo nei giorni seguenti all'operazione. Infine, come immaginabile, la mutilazione del terzo tipo, oltre ad eliminare ogni possibilità di piacere per la donna, rende il rapporto sessuale anche molto doloroso, se non quasi impossibile. Alcune delle intervistate mi spiegano infatti che molti uomini, per riuscire a consumare il matrimonio con le proprie mogli infibulate, la prima notte di nozze sono costretti ad usare un coltello per consentire il rapporto.

La domanda che sorge spontanea alle mie intervistate è quindi perché le donne somale, o di altri gruppi minoritari che praticano questa mutilazione e cucitura, si tramandino di generazione in generazione un tale orrore, nonché si sottopongano volontariamente e con gioia ad esso? Una delle intervistate, molto competente sull'argomento, decide infatti di spiegarmi che l'infibulazione, contrariamente al punto di vista diffuso in Italia, non è un rito patriarcale di sottomissione della donna, ma al contrario, secondo lei, da secoli rappresenta un momento di emancipazione di questa, il passaggio da non contare nulla a

diventare membro degno di rispetto della società.

> *La "faraonica" ha più di 25.000 anni come pratica, ed è indipendente dalle religioni. E' diffusa soprattutto nell'Africa sub-sahariana, ma anche in India e in alcune parti dell'Amazzonia. Ed è molto radicata, perché rappresenta un momento di emancipazione, di passaggio nell'età adulta. [...] Nel villaggio, le donne che l'hanno fatta poi partecipano a tutti i segreti e alle decisioni importanti, le altre no.*
>
> *(Tatiana - Ginecologa)*

Inoltre, essendo una tradizione trasmessa di madre in figlia, è diventata per queste culture un valore essenziale della femminilità, lontanissimo quindi dal concetto di violenza. La stessa intervistata racconta di un'esperienza di de-infibulazione da lei stessa praticata per una coppia di classe alta e molto colta che non riusciva ad avere rapporti. Al momento dell'operazione la donna, per quanto moderna e consapevole degli enormi rischi che questa pratica comporta per la vita delle bambine e poi donne che vi si sottopongono, dimostra comunque grande rispetto e introiezione del valore che la Faraonica porta con sé.

> *Una volta mi ha realmente colpita una coppia, laureati tutti e due, che non riuscivano ad avere rapporti, e quindi, da sposati ovviamente, sono venuti e abbiamo fatto tutto un percorso, coinvolto anche il consultorio e quando è stato il momento dell'apertura […] si fa in anestesia locale, lei mi ha detto: "faccia poco poco, quanto basta, perché voglio lasciare a lui l'onore" e te capisci che per loro è vitale […] e nemmeno per gli uomini è facile la situazione, ma è importante che sia così.*
>
> *(Tatiana - Ginecologa)*

Secondo queste intervistate, è quindi sbagliato parlare con leggerezza di MGF come violenze sulle donne: si tratta sicuramente di pratiche orribili che mettono a rischio la vita intera di molte bambine, sia dal punto di vista fisico, che psicologico per le gravi conseguenze che possono avere sulla sessualità, ma esse sono, nella maggior parte dei casi, volute e ricercate dalle stesse "vittime". E come fa notare sopra la ginecologa, gli uomini di queste società si trovano spesso in difficoltà nei confronti di queste pratiche, e "costretti" anche loro ad ad accettarle come valore. Proprio per questi motivi, continua l'intervistata, affrontare l'argomento con donne infibulate è molto complicato ed una buona strategia è lasciare da parte il "cosa è giusto e cosa è sbagliato" e cercare di focalizzarsi su quelle che sono le problematiche o le esigenze della paziente in questione.

> *Quando si presenta una donna con MGF, l'importante è non reagire pensando a quello che noi faremmo, ma piuttosto capire perché la paziente viene. Può venire perché ha dei problemi ginecologici e si cerca di capire e si spiega cosa si può fare, come intervenire, senza giudicare. E' vero che è difficilissimo che si presentino prima del matrimonio, e al matrimonio in qualche modo si apre, i mariti si portano qualcosa di tagliente. Però è capitato che ti chiedano di aprire; o perché non riescono ad avere rapporti, o qualcuna perché vivendo nel nostro mondo ha cambiato filosofia.*
>
> *(Tatiana - Ginecologa)*

L'esigenza o problematica maggiore connessa con la 'faraonica', è comunque legata al momento del parto. Questo da un lato perché, come dimostrato in questa ricerca, il termine della gravidanza è spesso il primo ed unico motivo per cui le donne immigrate si presentano ai servizi sanitari; dall'altro perché i maggiori rischi, qualora non si siano presentate infezioni o malattie gravi prima,

legati all'infibulazione sono appunto dovuti al poco spazio a disposizione per il passaggio del bambino nel momento del parto. Quest'ultimo aspetto può generare complicanze che mettono a rischi sia la vita del bambino, che quella della madre. Per questioni di sicurezza, se si intende avere un parto naturale, la cicatrice dovrebbe dunque essere aperta prima.

> *Il momento più pericoloso è il parto: perché se la cicatrice è dura, i rischi per la madre e per il bambino sono altissimi. Quindi bisogna convincerle ad aprirla prima del parto, quando sono ancora all'inizio della gravidanza. Solo che, in gravidanza, le nostre* [le italiane] *vengono un giorno prima di sapere di essere incinte, loro invece si presentano molto più avanti, mica all'inizio. E quindi lì bisogna fare un bel lavoro, che è anche un lavoro doppio, perché se nasce una bambina, se la mamma ha capito che non va bene, anche se la nonna insiste, farà di tutto per non ripetere la cosa sulla figlia […] comunque in genere non è difficile convincerle, certo è che non devi prenderle il primo giorno e dire "ti apro!", devi cominciare a parlare, ragionare anche con il marito, spiegare i rischi, dirle che intanto ci pensi e fra quindici giorni se ne riparla, e quando è matura si fa.*
>
> *(Tatiana - Ginecologa)*

Come insiste la ginecologa, è dunque necessario un lavoro paziente e privo di pregiudizi, volto a spiegare e far capire alla donna, ed anche al marito, tutti i rischi a cui si va incontro mantenendo l'infibulazione, assumendo questa come un dato di fatto da rispettare e non come un avvenimento che necessita un giudizio. Questa, secondo l'esperienza della ginecologa, è la via migliore per convincere ed allo stesso tempo far riflettere in un doppio senso sull'infibulazione. In Italia si stima che tra le bambine e ragazze tra i tre e i diciotto anni vi sia un range che va da 11.406 a 18.249 potenzialmente a rischio

di mutilazioni genitali, perché figlie di donne che le hanno subite[39]. Per tanto riuscire a convincere una madre, ed un padre, delle possibili conseguenze gravi di tale operazione, può abbassare di molto le probabilità che le loro figlie vengano sottoposte alla stessa.

4.4 Tratta e sfruttamento sessuale

Non ultimo, non meno importante e nemmeno più semplice da affrontare in ambito di salute riproduttiva e di violenza a danno delle donne immigrate è l'argomento tratta e sfruttamento a fini sessuali. Secondo gli ultimi dati raccolti da Save the Children (2019), le vittime di tratta ai fini di sfruttamento sessuale accertate in Italia tra il 2015 e il 2016 sono 1.660, con un numero sempre maggiore di minorenni coinvolti. Per la maggior parte ragazzine minorenni e giovani donne provengono soprattutto dalla Nigeria, ma anche da Romania, Bulgaria ed Albania. Come denuncia la stessa Organizzazione, la raccolta di dati sui sistemi di sfruttamento delle donne straniere in Italia è ancora lacunosa e manca una rete volta ad unire e potenziare i diversi progetti e servizi che tentano di far emergere e prevenire tale problematica. Non stupisce quindi che la maggior parte delle partecipanti a questa ricerca abbiano denunciato la mancanza di preparazione e strumenti di sostegno nell'affrontare potenziali utenti o pazienti vittime di sfruttamento. Una delle intervistate spiega così la situazione del territorio veneziano:

> [A prostituirsi sono] *le nigeriane ora, ma nel '95 erano le albanesi in strada. Per loro ho visto e ho sentito delle storie irripetibili. Poi è un po' cambiato il sistema di sfruttamento, ora forse ci sono un po' meno violenze*

[39] EIGE – European Institute for Gender Equality - *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta 2017–2018*

dal punto di vista fisico, ma molte dal punto di vista della coercizione psicologica, della minaccia, dello sfruttamento. Oggi [nel comune di Venezia] *sono sopratutto nigeriane, bulgare e rumene di etnia Rom.*

(Francesca - Assistente sociale)

Come sottolinea l'intervistata, il fatto che il fenomeno stia emergendo, rispetto agli anni '90, o per lo meno che l'opinione pubblica lo tenga in maggior conto, ha forse costretto i criminali a minimizzare, o a meglio nascondere, pratiche orribili di violenze, torture e sevizie, ma non ha ridotto lo sfruttamento delle donne immigrate; lo sta piuttosto trasformando, spostandolo su un piano più psicologico di minacce e coercizioni. E' questo il caso, come puntualizza anche l'intervistata, delle nigeriane, i cui metodi di "reclutamento" e sfruttamento si avvalgono di una coercizione psicologica molto sottile, ma allo stesso tempo potente. Le giovani, spesso minorenni, vengono infatti adescate in zone povere e periferiche della Nigeria grazie alla loro ignoranza e ingenuità, ma rimangono successivamente fedeli e vincolate ai loro aguzzini non grazie a violenze o torture, ma per via dei rituali juju ai quali si sono sottoposte. La religione tradizionale Juju è diffusa soprattutto in Edo State, la regione di Benin City, da cui provengono almeno l'80% delle giovani nigeriane costrette a prostituirsi nelle strade europee. I riti sono praticati dai preti/medici/stregoni dei villaggi e servono sostanzialmente a stipulare contratti, legando le parti coinvolte in modo che non possano sfuggire alle loro promesse. Il rituale consiste in una serie di preghiere e promesse, accompagnate dal prelievo di una parte del corpo, come capelli, unghie e gocce di sangue, del "debitore", poi simbolicamente custodite dallo stregone o dal creditore. Questi ultimi due assumeranno quindi potere di controllo sulla proprietaria del corpo e nel caso questa non dovesse rispettare l'accordo, cose terribili potranno succedere a lei o ai suoi cari. Nel caso delle giovani nigeriane, il rito prevede di solito la raccolta

di peli pubici o sangue mestruale, come a voler legare proprio quella specifica parte del loro corpo al controllo delle *maman*, sfruttatrici donne e generalmente ex prostitute, e delle organizzazioni criminali che vi stanno dietro[40].

Di fronte a casi di prostituzione forzata come quelli delle giovani nigeriane, che vedono il loro punto di forza nella coercizione psicologica, gli operatori socio-sanitari si trovano spesso privi di strumenti adeguati al riconoscimento della violenza. Le vittime, infatti, solitamente non presentano cicatrici o segni visibili di soprusi subiti, poiché essi sono talvolta talmente sottili che le stesse donne difendono e nascondono i propri sfruttatori perché convinte che questa sia l'unica via per realizzare il proprio progetto migratorio. Quindi, come emerge dai racconti raccolti in questa ricerca[41], può essere che vittime di prostituzione forzata si presentino ai servizi e vengano regolarmente visitate senza che nessuno si accorga della loro situazione, o peggio, molte delle intervistate in effetti notano anomalie e sospettano violenze, ma non hanno il tempo, la preparazione e gli strumenti per poter approfondire i loro timori. Tuttavia, è importante segnalare che anche in quest'ambito esistono buone pratiche e proposte positive che alcune intervistate riportano. Per esempio a Mestre è presente dal 1995 un Dispositivo che si occupa nello specifico di questa tipologia di marginalità e disagio:

> *[…] dal 1995, esiste il Dispositivo per la Marginalità Femminile e la Prostituzione Migrante. Ci lavora un'equipe interdisciplinare: c'è una coordinatrice, un'assistente sociale, un ginecologo uomo e un'infermiera. La psicologa non c'è nel Dispositivo […] perché gli aspetti di difficoltà personale in questo caso hanno una valenza più culturale che psicologica. Certo è che se la donna in questione ha delle difficoltà che vanno oltre, viene*

[40] https://crprotezioneinternazionale.files.wordpress.com/2018/08/riti-juju-nigeria.pdf
[41] Vedi *Difficoltà nel riconoscere e nell'affrontare le violenze* p.123

avviata una valutazione, anche dal punto di vista psichiatrico: si fa una lettura, ma poi ci si rivolge ad uno psicologo, ma anche a psichiatria nel caso sia necessario.

(Francesca – Assistente sociale)

Progetti positivi come questo affrontano però molte difficoltà nel portare avanti il proprio lavoro e rimanere attivi: si scontrano infatti con politiche distratte, mancanza di fondi ed opinioni contrarie. Come racconta la stessa intervistata, quello della prostituzione è un tema che costringe ogni giorno a battaglie pratiche e logistiche, ma anche ideologiche che hanno a che fare con pregiudizi e orientamenti filosofico-politici. Per esempio:

E' stata portata avanti un'importante battaglia, che non è solo ideologica, ma anche pratica, per tenere il Dispositivo all'interno del Consultorio Familiare. Perché loro sono donne come le altre. Certo sono marginali, certo sono immigrate, certo sono sfruttate, ma sono donne come le altre.

(Francesca – Assistente sociale)

Concludo con le parole di un'altra intervistata, che parlandomi di violenze da parte di familiari o estranei, di tratta e di donne immigrate costrette a prostituirsi, nota come a volte anche le vittime sono capaci di rinascere dal proprio dolore e come in tanti casi bisogna semplicemente sospendere i giudizi e ricordarsi della nostra umanità.

E poi le donne che arrivano da noi incinte, nella maggior parte dei casi sono figli di violenze o di clienti o di fidanzati stronzi, mi passi il termine, che non hanno voluto usare il preservativo. E mi sconvolge come poi lo tengano amorevolmente fra le braccia, nonostante tutto. E mi ricordano perché

faccio il mio lavoro e che giudicare di fronte alla nuova vita che nasce non serve a nulla.

(Emilia - Ginecologa)

5. BISOGNI, BUONE PRATICHE E PROSPETTIVE

In questa ricerca si è cercato di evidenziare la complessità del lavoro con utenti immigrate in ambito di salute riproduttiva. Come è stato messo in luce dalle partecipanti all'intervista, le potenziali difficoltà all'interno della relazione con donne straniere sono moltissime ed intrecciate fra loro su più piani. Esse infatti s i riferiscono a limiti pratici e burocratici, a scogli linguistici e concettuali, a blocchi di tipo culturale o religioso, a stereotipi e superstizioni, a questioni politiche o di classe sociale di appartenenza, al livello di scolarizzazione e molto altro. Tutti questi aspetti si inseriscono in una relazione che ha un carattere quasi sempre di necessità, perché si sta parlando di salute, in cui possono interagire da due a molte persone, ognuna con il bagaglio di problematiche sopra citate. E' quindi evidente che il lavoro del personale sanitario e degli operatori che a vario titolo si occupano della salute di queste donne non è affatto semplice. Molti di loro hanno quindi iniziato, chi da più e chi da meno tempo, ad utilizzare strategie e ad identificare strumenti e metodi che possano consentire il superamento di tali difficoltà permettendo in ogni caso lo svolgimento del proprio lavoro. In questa parte si cercherà pertanto di riassumere esempi di buone pratiche e proposte emerse dalle interviste, con una particolare attenzione quelle che sono necessità e prospettive delle figure professionali che quotidianamente affrontano la questione della salute riproduttiva delle donne immigrate.

5.1 Bisogni

Una primissima necessità espressa, forse in apparenza banale e scontata, ma non in questo caso, è il tempo. In molte delle interviste, soprattutto per chi

lavora negli ospedali, l'esigenza di avere più tempo a disposizione da dedicare alle pazienti immigrate è la prima ad emergere.

> *Sicuramente più tempo da dedicare alla paziente! Poi tutto il resto viene di conseguenza...*
>
> *(Stefania - Ginecologa)*

Un'altra intervistata approfondisce meglio spiegando che più tempo è necessario non solo per via dei minuti tecnici che intercorrono fra una traduzione e l'altra quando la paziente non parla italiano, ma anche per permettere alle parti di riconoscersi e capirsi a vicenda, instaurando così quel rapporto di fiducia tanto necessario alla medicina.

> *Tempo. Sono delle utenze particolari perché hanno bisogno di tempi più lunghi. Soprattutto quando c'è questo passaggio importante tra me e la mediatrice. E sono donne che non si aprono subito, nel senso che entrano, tu chiedi come stanno e ti dicono bene. Fanno la visita e tutto quanto e quando stanno per uscire ti dicono: "ah io mi sento..." e quindi questo rallenta tanto il mio lavoro, e io ne vedo una ventina al giorno di pazienti. Per questo dico che, a differenza della donna italiana, hanno bisogno di più tempo.*
>
> *(Filippa - Ginecologa)*

Proprio per una questione di tempistiche, e di mediatori non sempre disponibili, molti servizi ed ambulatori italiani hanno iniziato a produrre volantini, informative e consensi in diverse lingue ai fini di accelerare, ed allo stesso tempo assicurare, la comprensione da parte delle utenti-pazienti immigrate. Tuttavia, una delle intervistate sottolinea come nemmeno questa

strategia sia sufficiente a sopperire la mancanza di tempo.

> *La società italiana di ecografia ha dei consensi già pronti, in varie lingue quindi secondo me in certe cose si cerca un po' di evolversi è chiaro che l'approccio è un po' difficile e magari c'è poco tempo, quindi si utilizzano questi moduli per spiegare bene le cose importanti. Un po' aiutano ma 15 minuti a visita e' fuori di testa con una che non capisce niente.*
>
> *(Emma – specializzanda in ginecologia)*

Efficaci o meno, questi documenti cartacei in lingua sembrano aver riscosso molto successo fra le figure professionali da me intervistate, quasi tutte infatti le propongono come utile strumento di supporto e ne suggeriscono una maggior produzione da parte dei servizi in cui lavorano. Una delle intervistate per esempio aggiunge che in molti casi potrebbero rivelarsi utili per le stesse pazienti italiane.

> *Promuovere di più le informative cartacee nella loro lingua, sarebbe utile anche per le pazienti italiane, ma a maggior ragione per loro, soprattutto per quanto riguarda quelle che dovrebbero essere le accortezze in gravidanza […] per esempio l'alimentazione che per loro è davvero un punto ostico.*
>
> *(Sofia – Specializzanda in ginecologia)*

Solo una delle intervistate si rivela scettica al riguardo per via di una brutta esperienza con un volantino in cinese non corretto, di cui per molto tempo nessuno si era accorto.

> *Poi abbiamo volantini tradotti in altre lingue, ma una volta è capitato che un cinese mi ha detto che c'era scritto tutt'altro rispetto a quello che*

volevamo noi. Quindi non hai mai la sicurezza.

(Susanna – Addetta all'accoglienza)

Collegato al supporto di materiale cartaceo in lingua, e al secondo posto dopo la necessità di più tempo, le intervistate evidenziano il bisogno di un servizio di mediazione più serio e presente.

La mediazione sarebbe molto utile perché a livello pratico il primo scoglio è la comunicazione, perché per capirci ci capiamo, ma quando scendi nel tecnico è difficile.

(Filippa – Ginecologa)

Questa si rivela ancora più necessaria nei casi di emergenza e fretta che, come visto, sono all'ordine del giorno in ambito di salute riproduttiva, per esempio quando serve un consenso informato ad un'operazione, oppure in caso di un'interruzione di gravidanza per la quale sta scadendo il tempo di legge, oppure nel momento per cui la maggior parte delle donne immigrate si presentano per la prima volta in ospedale, ossia il parto.

Una mediazione sempre presente è necessaria: non si può programmare da qui a una settimana, in ostetricia non hai una settimana, ma solo qualche ora.

(Tiziana – ostetrica)

In relazione alla mancanza di mediazione, una specializzanda sottolinea anche la necessità di una maggiore preparazione degli operatori a lavorare con essa. L'intervistata si dimostra infatti abbastanza critica nei confronti di colleghi o superiori che sottovalutano questo argomento perdendo di vista l'importanza

della relazione medico-paziente che passa attraverso un buon livello di dialogo, fiducia e comprensione reciproca.

> *Manca davvero la mediazione culturale! Ossia la possibilità di calare le informazioni che diamo noi sul vissuto della signora e spesso poi della coppia. Manca il servizio, ma manca proprio anche la nostra preparazione, perché quasi nessuno ci pensa che certi concetti che nella cultura nostra sono scontati, tipo che non puoi fare cinque interruzioni di gravidanza di fila, in altre culture proprio non esistono. A noi manca la formazione anche se è vero che la maggior parte di noi se ne frega, un po' per il tempo, che non basta mai, un po' perché non ci pensiamo. Invece secondo me quella è proprio la chiave per il dialogo, con la famiglia della paziente e anche per ottenere la salute della persona singola.*
>
> *(Ilaria – Specializzanda in ginecologia)*

Queste parole risultano particolarmente interessanti in risposta al dibattito proposto nei capitoli riguardanti la mediazione, specialmente in relazione a chi sottolineava proprio la mancanza di preparazione degli operatori a lavorare con essa. Ma, nell'ottica di far emergere le necessità di chi lavora nel campo della salute riproduttiva femminile, è doveroso evidenziare come chi rappresenta il futuro di quest'ambito, tra cui le specializzande in ginecologia, sollevi proprio questo bisogno di una formazione che non sia solo tecnica e medica, ma comprenda anche aspetti più socio-culturali inerenti alla relazione con le pazienti. Questo pensiero introduce un discorso più allargato, che verrà trattato nel prossimo capitolo, sulla formazione delle figure professionali che si occupano di salute riproduttiva e che lavorano nel quotidiano con utenti e pazienti immigrate.

Concludo il paragrafo con uno spunto di riflessione e di critica, in apparenza scontato, ma in realtà foriero di cattivi presagi, offerto da una delle intervistate a proposito dell'esigenza di più fondi e risorse in questo settore.

> *Le risorse purtroppo sono poche. C'è il blocco delle assunzioni, stiamo andando in pensione e non so se saremo sostituite.*
>
> *(Francesca – Assistente sociale)*

5.2 I corsi di formazione

Un'altra mancanza molto sentita, ma allo stesso tempo dibattuta tra le partecipanti a questa ricerca, è quella di più corsi di formazione a supporto del lavoro con donne immigrate. A questo proposito, le protagoniste della discussione, sono le specializzande in ginecologia. Questo perché da un lato sono le dirette interessate in quanto ancora in fase di formazione, dall'altro perché quelle che meno possono contare su esperienze pratiche e quindi ancora necessitano di nozioni teoriche di sostegno. Una di loro infatti spiega il suo bisogno di allargare le sue conoscenze con informazioni che esulano dalla medicina e si aprono a materie quali antropologia, etnologia e filosofia, che permettano di capire meglio la prospettiva delle pazienti immigrate e delle loro famiglie.

> *Un bisogno mio sarebbe avere più corsi di formazione, non per forza obbligatori, ma secondo me sono importanti: per renderci più consapevoli nei confronti della montagna di donne immigrate che vediamo ogni giorno, per sottolineare le diversità culturali, le storie che si portano dietro a cui noi*

non pensiamo mai. Antropologia, etnologia, filosofia [...] la riproduzione per una donna marocchina è completamente diversa da quella di una ragazza dell'est Europa [...] o il concetto del tempo: per esempio quando devono prendere una medicina tre volte al giorno non è così scontato. Solo che nessuno ci pensa mai o troppo poco e quindi si dice ah è straniera, come se fosse scema.

(Ilaria – Specializzanda in ginecologia)

In questo pensiero, è tuttavia interessante l'utilizzo delle parole "non per forza obbligatori", che si riferiscono probabilmente all'enorme dibattito che concerne la possibilità di introdurre corsi simili nelle università di medicina. Infatti un'altra specializzanda spiega che per questioni di tempo è più semplice scegliere degli approfondimenti su questioni cliniche, piuttosto che antropologiche-culturali e che quindi corsi del genere non riscuoterebbero troppo successo.

Secondo me è una cosa un po' personale [approfondire aspetti culturali e relazionali] *e faresti anche un po' fatica a proporlo in un ambiente in cui già non hai tempo, non hai testa, magari opti di formarti di più su una cosa più clinica, poi c'è quello più sensibile e chi non lo è. Ti dico, secondo me nella mia scuola* [di specializzazione] *all'inizio noi specializzandi abbiamo una bella attenzione, però non è proprio sulla donna straniera.*

(Emma – Specializzanda in ginecologia)

Un'altra collega avvalora quanto detto spiegando che forse tra i giovani specializzandi esistono più possibilità di predisposizione a questi argomenti, ma che quasi sicuramente gli strutturati non si dedicano a questo.

La formazione... magari per uno specializzando è più recettivo, ma per uno strutturato tutto preso dalle sue cose è difficile.

(Eleonora – Specializzanda in ginecologia)

Al contrario un'altra intervistata più anziana ritiene che questo tipo di interesse non sia immediato nel momento in cui si sceglie di studiare ginecologia, ma nasca invece poi con l'esperienza e lo scontro/incontro quotidiano con pazienti molto diverse tra loro.

Io mi rendo conto che quando ero giovane ero anch'io così [non si interessava alle problematiche interculturali], *per quanto avessi scelto questo lavoro per aiutare le donne, sul momento avevo la tensione a dare molta più importanza alle cose difficili che dovevo imparare […] Poi però ti rendi conto che il tuo lavoro è anche convincere e spiegare […] Non puoi fare un lavoro sul fisico senza conoscere il sociale, perché è tutto collegato.*

(Tatiana – Ginecologa)

E in effetti, per quanto riguarda l'esperienza delle intervistate, le partecipanti non sono a conoscenza di corsi di formazione su tematiche socio-interculturali nel contesto Veneto.

Sull'approccio a diverse culture non ne ho mai sentito parlare [di corsi di formazione], *forse per una mia mancanza, ma non credo ce ne siano molti.*

(Gaia – Specializzanda in ginecologia)

Al massimo, come racconta un'altra intervistata, riguardano tematiche legate a situazioni più generali di povertà e disagio e alle conseguenze che esse hanno sulla salute riproduttiva femminile.

Non ci sono tantissimi corsi che trattano questi argomenti. Me ne ricordo solo uno sulla promozione della prevenzione nelle classi più emarginate.

(Camilla – Specializzanda in ginecologia)

Una spiegazione chiara di questa "divisione" tra chi è pro e chi è contro una formazione medica che dia più spazio ad aspetti psico-socio-culturali, è fornita da una ginecologa con molti anni di esperienza alle spalle. Lei parla infatti dell'esistenza di due filoni di pensiero, dei quali, quello più attento al paziente in quanto persona, sembra essere il vincente a parole, ma non nella realtà dei fatti, ancora legata ad una medicina tradizionale del medico superiore che detiene la verità assoluta. L'intervistata si dichiara anche molto critica nei confronti di questa mancanza di attenzione verso il legame ormai dimostrato fra salute fisica e psiche, e denuncia il Veneto come realtà arretrata nella formazione di operatori sanitari preparati alla relazione con il paziente, inteso come persona e non come mero insieme di organi.

Dentro la medicina, dal punto di vista della formazione, c'è sempre stato un grosso dibattito: c'è un filone che sta per la medicina degli organi, quindi tutto legato al fisico e basta, e un filone che sta per la medicina della persona, perché nessun organo è isolato e l'80% delle richieste che fa il paziente vengono da questo legame inscindibile psico-fisico. Diciamo che in questo momento, a parole, è vincente questo secondo filone […] ma nella formazione, l'aspetto psicologico è minimale. Ci sono delle università, ma quasi tutte private, che parallelamente fanno corsi di antropologia, psicologia, comunicazione […] ma da noi in Veneto davvero poco.

(Tatiana – Ginecologa)

5.3 Buone pratiche e proposte

Nel corso delle interviste, oltre ad esprimere criticità e necessità del lavoro con utenti e pazienti immigrate, sono emerse anche tutta una serie di pratiche già in utilizzo, anche sotto forma di consigli e buoni propositi, volte soprattutto a migliorare la relazione e la comprensione reciproca. La maggior parte delle intervistate, infatti, sottolinea come nel rapportarsi ad una donna straniera sia importante più che mai tenere presente l'integrità di questa in quanto persona. Questo partendo dal fatto, come dice un'intervistata, che le donne immigrate non sono tutte uguali, e non possono essere superficialmente ricondotte ad una stessa tipologia di pazienti.

> *Importante capire che sono tutte diverse: la donna immigrata … non può stare in un grande mischiotto.*
>
> *(Emilia - Ginecologa)*

Quindi, continua un'altra intervistata, se si vuole davvero poter trasmettere ciò che è meglio per la loro salute, bisogna vedere e dare importanza alla loro diversità, cercare, per quanto difficile, di immedesimarsi nel loro punto di vista per poter parlare anche di cose "scomode" senza rischiare di offendere.

> *Noi ragioniamo con tutte le pazienti come se avessero la nostra cultura, è un passaggio molto difficile quello di immedesimarsi in quelle che possono essere le loro esigenze. Per esempio quando si fanno gli screening per la salute del feto, mi accorgo che per loro l'accettazione di una gravidanza, magari rischiosa, anche qualora la loro religione non gli impedisca un'interruzione, non è sempre così scontato che loro decidano di farla, come lo è per le italiane […] e magari noi non capiamo perché lei non voglia*

interromperla. Anche nel caso delle nigeriane, che spesso hanno tanti aborti alle spalle, è difficile capire come parlare di queste cose senza rischiare di offenderle.

(Chiara – Specializzanda in ginecologia)

La scelta di "immedesimarsi" è doppiamente difficile perché da un lato significa un grande sforzo, sia mentale, che in termini di tempo, per studiare la cultura e la visione del mondo di molte donne, diversissime da noi, ma anche appunto fra di loro. Dall'altro lato, una volta vista e compresa a livello teorico la diversità, non è semplice accettare che liberamente una donna prenda determinate decisioni piuttosto che altre. Una delle intervistate porta un esempio di questa difficoltà.

Io faccio fatica a capire come una magari incinta riesca trasferirsi in un paese che non conosce dove c'è una cultura e una lingua completamente diversa. Io a volte mi immagino nella loro stessa situazione, per esempio in Cina, impazzirei.

(Susanna – Addetta all'accoglienza)

Un'altra intervistata, parlando sempre dei problemi legati alla relazione e comprensione reciproca che esistono anche con le connazionali, ma nel caso delle utenti immigrate sono più complicati, sottolinea come le figure professionali che se ne occupano debbano mettersi in gioco per prime, armandosi di pazienza e rispetto nel non dare nulla per scontato.

E' tutta una questione di comprensione e rispetto. Che vale anche per le italiane, ma con loro [le utenti immigrate] *è più complicato costruire un rapporto, devi avere più pazienza e stargli più dietro, facendo tante*

domande e spiegare anche le cose più banali, tipo segnare sul calendario l'inizio e la fine del ciclo.

(Annalisa - Psicologa)

Su questo punto, dell'essere disponibili ed attente nei confronti di chi si ha di fronte non dando nulla per scontato, concordano in molte, infatti un'altra intervistata racconta:

[Quando ho una paziente straniera] *so che devo spiegare tutto partendo dall'ABC, che devo parlare lentamente. A volte faccio disegni e scrivo vicino i nomi delle cose in stampatello.*

(Emilia - Ginecologa)

In questo chi lavora nei consultori è supportato dalla presenza dell'equipe interdisciplinare, dalla possibilità di rivolgersi alle colleghe, o ai colleghi, nell'affrontare situazioni complicate o che in qualche modo vanno oltre i limiti del singolo. Una delle intervistate spiega bene questo punto.

Comunque il fatto che sia presente un'equipe interdisciplinare dovrebbe appunto aiutare a sopperire quasi tutte le difficoltà. Vengono, le ascolti, cerchi di aiutarle e indirizzarle come puoi (…) Poi ci scambiamo anche le difficoltà, per esempio: "lei non vuole fare questa cosa e non so come convincerla, non capisce l'importanza di quest'esame, ecc."

(Francesca - Assistente sociale)

Un'altra intervistata invece non ha il supporto dell'equipe, ma può appoggiarsi ai suoi molti anni di esperienza che le hanno insegnato che quando davvero si

vuole capire la paziente e si riesce a trasmetterle questa intenzione, dopo un po' ci si riesce.

> *Non ho grosse difficoltà, in fondo donna con donna, se c'è attenzione ed empatia ci si incontra.*
>
> *(Tatiana - Ginecologa)*

L'empatia e la disponibilità non sono caratteristiche scontate, vanno allenate, e spesso lo stress della quotidianità rischia di seppellirle. Per questo un'altra delle intervistate sottolinea come, parlando di salute riproduttiva delle donne immigrate, sia necessario disporre di una buona dose di coraggio nel mettersi in gioco, ma soprattutto della possibilità di unire il piano sociale a quello sanitario, perché i due si possano arricchire a vicenda, far vedere meglio l'insieme, capire e superare la complessità delle situazioni.

> *La differenza sta nel coraggio, tra virgolette, di trattare le questioni spinose e di trovare insieme all'utente la soluzione, di queste come di altre. (…) Quindi il lavoro sociale [accompagnato a quello sanitario] fa la differenza, nel senso che riconosce il problema e l'importanza di trovarlo, analizzarlo ed affrontarlo e quindi si trovano insieme delle strategie.*
>
> *(Francesca - Assistente sociale)*

Questo coraggio si riflette anche nell'ascoltare davvero quelle che sono le esigenze delle donne immigrate nei confronti della propria salute riproduttiva, senza calare dall'alto soluzioni che seguono solo un'interpretazione occidentale di quello che è buono e salutare per queste donne. La stessa intervistata infatti parla in termini positivi di un progetto della sua dirigente rivolto ad ascoltare il parere delle utenti immigrate nei confronti del servizio in cui le due lavorano.

La mia dirigente mi ha fatto scrivere un progetto in cui è interessata a sentire anche la voce delle donne, cosa ne pensano loro. Perché la maggior parte delle ricerche e dei progetti riguardano gli operatori. Quindi ho pensato un range di domande per loro sulle motivazioni per cui vengono in consultorio e quello che si aspettano.

(Francesca – Assistente sociale)

Esistono anche altre iniziative che si muovono nella stessa direzione, cercando prima di tutto di accettare e soddisfare le esigenze delle donne immigrate, sospendendo giudizi e pregiudizi. Per esempio una delle intervistate racconta di una struttura veneta che vorrebbe approfondire il discorso delle mutilazioni genitali femminili, non solo in termini di prevenzione o risoluzione del problema nel momento emergenziale della gravidanza, ma anche offrire alle donne che ne facciano richiesta la possibilità di ricostruire le parti mutilate, e magari la sensibilità di queste per poter tornare un giorno a provare piacere durante l'atto sessuale.

Adesso per esempio c'è una strutturata che ha proposto di approfondire il discorso delle MGF e vorrebbe creare un progetto per la ricostruzione delle parti mutilate. È una cosa molto embrionale che è nata perché una signora senegalese è venuta già con figli e ha detto io vorrei fare la ricostruzione... quindi meglio che sia pensata.

(Sofia – Specializzanda in ginecologia)

Infine, una maggiore attenzione nei confronti delle donne immigrate in ambito di salute riproduttiva potrebbe tradursi anche nell'offerta di strumenti per queste ultime, per conoscere meglio il proprio corpo ed i propri diritti inerenti ad esso. Come propone una delle intervistate, dei corsi pensati ad hoc per

ampliare il bagaglio di conoscenze, spesso nullo, delle donne immigrate nei confronti della propria salute riproduttiva, potrebbero anche favorire l'integrazione nella società italiana, permettendo loro di migliorare il livello linguistico e di interagire e confrontarsi con altre donne che vivono esperienze simili.

> *Poi sarebbero utili più strumenti rivolti alle donne, come corsi di lingua e cultura, o sul loro corpo, eccetera. Però se li fai e poi non ci vanno non è che puoi essere coercitivo e costringerle. La salute comunque gliela offro, poi è una scelta loro cercare di integrarsi o meno.*
>
> *(Karen – Psicologa)*

L'intervistata conclude specificando che la partecipazione o meno a corsi di questo tipo non deve però trasformarsi in discriminante per l'accesso alla salute, che rimane sempre e comunque diritto di tutte e tutti.

5.4 Prospettive

Durante la riflessione su quelle che sono necessità, proposte e buone pratiche già in atto nel lavoro con donne immigrate, alcune delle intervistate, soprattutto quelle con più anni di esperienza e maggiore attenzione nei confronti dell'argomento, si sono sbilanciate nell'offrire al riguardo pensieri personali, valutazioni e prospettive per il futuro. Un punto di base sul quale tutte le intervistate sembrano concordare è sicuramente l'esistenza di tante problematiche legate alla paziente/utente immigrata. Questa comune convinzione viene sottolineata da una delle intervistate che nota come lo

scenario sia cambiato e come in generale vi sia maggiore attenzione nei confronti della donna immigrata e della sua salute. Tuttavia, continua lei, questo interesse non è ancora sufficiente.

> *Posso dire che l'interesse c'è. Gli operatori in generale sono molto più attenti a queste questioni. Credo che noi siamo sufficientemente attenti e disponibili. Forse qualche anno fa c'erano più difficoltà, ora stiamo migliorando, funzioniamo un po' meglio. Ma non credo che siamo arrivati ad un buon punto; c'è ancora tanto tanto da fare.*
>
> *(Francesca – Assistente sociale)*

Dello stesso parere è un'altra delle intervistate che si dimostra ancora più negativa al riguardo, e critica nei confronti del sistema di formazione dei medici che perde completamente di vista il paziente in quanto persona, chiunque esso sia.

> *In generale i medici frequentano poco* [i corsi in generale] *perché per definizione sono nati "sapienti". Per quanto riguarda gli specializzandi, dipende dai direttori delle scuole di specialità: magari fanno una lezione, ma su un corso di cinque anni, farne una, lei capisce che è un po' poco. Quella del medico è una formazione che andrebbe accompagnata costantemente da corsi di comunicazione e relazione con i pazienti, per tutti i pazienti, non solo per il caso degli stranieri, che comunque sono un argomento davvero deficitario nella formazione sanitaria italiana.*
>
> *(Tatiana – Ginecologa)*

Come giustificazione a quanto detto, sono interessanti le parole di un'intervistata che ribadisce come ognuno debba occuparsi del suo ambito e

non sia giusto pretendere che una ginecologa sia anche un'esperta di relazioni umane.

> *Alla fine chi sta più a contatto è l'ostetrica e loro magari sono più recettive all'aspetto umano. Ora non voglio descrivere i medici come dei mostri, ma il loro lavoro è diverso e non è giusto pretendere che sappiano fare tutto.*
>
> *(Luciana – Ginecologa)*

Infatti chi si occupa degli aspetti più socio-culturali legati alla salute riproduttiva, che a quelli fisico-medici, sottolinea l'importanza del lavoro interdisciplinare e di un'equipe in grado di affrontare le problematiche emerse in questa ricerca da più punti di vista e quindi di vederle, capirle ed affrontarle davvero. A questo proposito una delle intervistate rivolge la sua critica non tanto al personale sanitario ed alla sua formazione, quanto piuttosto a chi lavora sulla salute delle immigrate da un punto di vista sociale e non è in grado di dare visibilità al proprio ruolo, necessario, di "cerniera" tra le complessità.

> *I lavori difficili sono sempre demonizzati, criticati, poco visibili. Però se i primi a non dare visibilità siamo noi, allora possiamo anche rimanere tutti a casa. Il nostro compito è quello di fare da cerniera, di mettere insieme le cose, di fare in modo che le persone ed i loro problemi trovino un'accoglienza adeguata. Nella misura in cui ti metti in ascolto della diversità, allora puoi trovare la strada.*
>
> *(Francesca – Assistente sociale)*

Concludo con le parole di un'intervistata che, forte della sua esperienza, offre un quadro di quella che è la situazione veneta, ma forse anche italiana, riguardo al livello di attenzione raggiunta nei confronti della salute riproduttiva delle donne immigrate. Secondo lei si tratta di un processo di

miglioramento continuo, ma molto lento e costellato da molte fasi di arretramento, in gran parte legate alle politiche di chi dirige ed organizza il Sistema Sanitario su piccola scala, come su grande.

> *Secondo me la situazione* [del lavoro ginecologico con pazienti immigrate] *è un po' a macchia di leopardo: ci sono dei posti dove c'è stata formazione ed attenzione alla cosa e ci sono posti dove nulla, come da per tutto, come il rispetto della donna in generale. Anche in Italia trovi ancora il medico padrone, quello che finge di non esserlo, ma allora lo è lo stesso, e quello che invece ci prova a costruire una relazione paritaria il più possibile, fermo restando la sua preparazione e professionalità […] Ed è un cammino, ogni tanto si va avanti, ogni tanto indietro, anche in base a come oscilla la politica di questo paese. Ora purtroppo siamo in una fase di arretramento.*
>
> *(Tatiana – Ginecologa)*

Questa ultima frase fa emergere una nota di polemica e di sfiducia nei confronti di atti legislativi recenti che hanno portato ulteriori restrizioni nell'ambito dell'accoglienza degli immigrati; queste complicazioni, secondo l'intervistata, hanno ricadute negative anche nel settore sanitario.

CONCLUSIONE

Nel corso della presente tesi, attraverso l'analisi del punto di vista che mi hanno riportato venti donne che a diverso titolo si occupano di salute riproduttiva femminile in Veneto, ho cercato di rispondere alla domanda che ha messo in moto questa ricerca: se, e come, fosse possibile costruire "incontri" di qualità migliore sia per gli operatori sanitari e non che lavorano in questo settore, sia per le utenti e pazienti immigrate con cui si relazionano.

Una prima conclusione che mi sembra emergere in maniera forte è rappresentata dall'eterogeneità e complessità da cui è composta la categoria "donne immigrate". Come giustamente fanno notare tutte le intervistate non esiste una definizione precisa di donna immigrata, poiché ognuna di loro possiede personalità, storie, religione, cultura, progetti e desideri che la caratterizzano ed identificano in quanto persona singola, distinta dalle altre. Le intervistate appaiono concordi nell'indicare che in un mondo in cui le distanze si rimpicciolisco mentre si amplificano le possibilità di viaggiare, conoscere e fare propri valori e costumi anche molto lontani da quelli in cui siamo nati, è necessaria in ogni campo una maggiore sensibilità nei confronti della diversità, sia essa culturale, etnica, di classe, d'età, di genere o altro, che deve essere intesa come valore aggiunto alle situazioni della vita e non come limite o problema.

Quanto ai risultati di ricerca più precisi, dai racconti delle intervistate appare chiaro come molte delle donne straniere che vivono in Italia siano penalizzate nell'accesso ai servizi socio-sanitari in parte da aspetti culturali, che interpretano la salute e le figure professionali che vi ruotano attorno in maniera differente, ma anche da un'ignoranza di base di quelli che sono i propri diritti e

le proprie possibilità in ambito sanitario. Per questo motivo chi lavora nel settore nota come spesso "l'emergenza parto" sia il primo e forse unico motivo di accesso al sistema sanitario italiano da parte delle donne immigrate; osservazione propria di molti ma purtroppo ancora poco valorizzata per agganciare questo tipo di utenti ai fini di trasmettere loro le informazioni di cui sono carenti.

Dalle voci delle intervistate emerge poi un quadro di servizi di mediazione linguistica e culturale inadeguati, se non completamente assenti, innanzitutto per quanto riguarda la presenza fisica di figure di mediazione professionale formate in ambito di salute riproduttiva. Alcune delle partecipanti alla ricerca raccontano infatti in termini negativi la loro esperienza con la forma di mediazione telefonica, secondo loro macchinosa e pericolosa poiché non garantisce una reale traduzione e comprensione di ciò che si sta dicendo, e che però in molte strutture risulta l'unica possibilità per usufruire del servizio in emergenza. L'argomento mediazione inoltre ha aperto anche a pensieri e concezioni contrastanti, poiché da un lato qualcuno la considera non sostenibile dal punto di vista organizzativo ed economico, nonché una perdita di tempo nelle agende già molto strette degli operatori; dall'altro invece emergono voci che ritengono la mediazione essenziale ai fini della comunicazione ed allo stesso tempo sottolineano come lavorare con mediatori non sia così scontato e banale, ma richieda invece conoscenze teoriche, esperienza e la capacità di sapersi mettere in gioco senza pretendere che il proprio punto di vista sia il migliore.

Un'altra evidenza emersa dalle interviste è come questo argomento sollevi preoccupazioni e difficoltà relative alla relazione con, ed alla presa in carico di, pazienti/utenti immigrate. Quasi tutte le intervistate mettono al primo posto problematiche di tipo linguistico che non consentono una piena comprensione

delle necessità delle utenti e rischiano quindi di mettere in pericolo la loro privacy, costringendo gli operatori ad interfacciarsi con parenti o amici, talvolta dalle dubbie intenzioni o troppo giovani, come nel caso di figli minori, per trattare argomenti delicati come quelli ginecologici. Queste preoccupazioni vengono portate all'estremo quando si rendono necessari consensi a trattamenti che potrebbero mettere a rischio la vita stessa della paziente o di eventuali figli che porta in grembo.

Se l'incomprensione linguistica rappresenta il primo scoglio e quindi il primo impatto nella relazione con utenti straniere, ben più potente è l'incomprensione concettuale legata a sistemi culturali ed interpretazioni della salute riproduttiva diversi. Questa difficoltà diventa talvolta quasi insormontabile ed è spesso causa di frustrazione fra gli operatori del settore, motivo per cui un servizio migliore di mediazione culturale potrebbe aiutare anche nei casi in cui non sussiste un reale problema linguistico. Le diverse culture di appartenenza, come notano le intervistate, possono anche incidere sui livelli di conoscenze che le donne straniere hanno del proprio corpo, della propria sessualità e di ciò che è sano e di ciò che non lo è. Il mancato possesso di determinate informazioni, inoltre, si collega strettamente alla classe sociale di appartenenza delle utenti, che spesso arrivano in Italia fuggendo da situazioni di isolamento e povertà estrema, dove la scuola e la cultura erano del tutto secondarie a fronte della lotta per la sopravvivenza.

In questa analisi di problematiche legate alla salute riproduttiva delle donne immigrate, la classe sociale di appartenenza si rivela un fattore importante anche quando queste donne vivono già da più tempo in Italia. Condizioni di vita disagiate, precarietà o sfruttamento lavorativo, ignoranza dei propri diritti e di concetti base legati alla salute, nonché bassi livelli di conoscenza della

lingua e difficoltà ad integrarsi nella società italiana, non solo incidono negativamente sulla salute fisica e mentale di queste donne, ma aumentano allo stesso tempo le distanze e le incomprensioni nel momento in cui esse si relazionano con i servizi socio-sanitari.

Una nota particolare va dedicata ai traumi che molte delle donne immigrate, specialmente se richiedenti asilo, portano con sé. Alcune di loro scappano da guerre e violenze; altre sono state ingannate dal sistema della tratta di esseri umani e portate in Europa con la promessa di un lavoro, ma poi costrette a prostituirsi per pochi euro a prestazione; alcune provengono da culture in cui si praticano le mutilazioni genitali femminili e le operazioni a cui sono state sottoposte segneranno per sempre la loro sessualità e salute riproduttiva; alcune sono state costrette ad abbandonare le loro famiglie con la consapevolezza di un non ritorno; altre hanno visto morire i loro mariti o i loro cari durante il viaggio o nelle prigioni libiche; altre ancora sono state torturate e stuprate, e arrivano in Italia portando in ventre i figli di quelle violenze. L'elenco sarebbe molto lungo e occorrerebbe capire meglio come tutto ciò vada ad influire sulla salute riproduttiva di queste donne. Ciò che invece emerge dalle interviste è come i servizi socio-sanitari italiani che si occupano di queste donne siano del tutto impreparati a sostenerle nell'esperienza di tutto questo dolore.

Un ultimo punto saliente dei racconti delle intervistate riguarda i modi in cui le figure professionali che lavorano in questo settore agiscano consapevoli di come tutti questi fattori culturali e sociali influiscano sulla salute riproduttiva delle donne immigrate e sul loro rapporto con i servizi socio-sanitari che se ne occupano. Molte delle intervistate, e delle strutture all'interno delle quali lavorano, mettono in atto nel quotidiano strategie e buone pratiche volte proprio a migliorare la relazione fra il servizio e questo particolare tipo di

utenza. In particolare, dalle voci delle intervistate, emerge come nei servizi in cui sono presenti equipes multidisciplinari e multiprofessionali, il rapporto con l'utenza immigrata è molto più sereno e positivo, tanto che le stesse donne straniere prediligono tali strutture. Tuttavia molte delle intervistate criticano la mancanza di attenzione da parte di chi dall'alto è incaricato di pianificare e programmare i servizi, a partire dalle stesse università di medicina che non considerano nei propri corsi lo stretto legame che intercorre fra la salute, sia essa fisica o mentale, ed i fattori sociali e culturali che influenzano la vita delle persone, rendendole particolari nella loro individualità.

Per concludere, credo che sebbene questa tesi non sia in grado una risposta definitiva a come sia possibile offrire "incontri" di qualità migliore tra il personale che si occupa di salute riproduttiva femminile e le donne immigrate in Veneto, l'analisi condotta conferma ed espande alcuni aspetti importanti in questo campo. Emerge innanzitutto con forza l'idea che i servizi e le politiche socio-sanitarie in questo settore si trovino di fronte alla sfida di trasformare la complessità dell'immigrazione femminile in un punto di forza per rendere la loro offerta più accessibile e migliore per tutte le donne, italiane e straniere. In quest'ottica si rende necessaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale una maggiore attenzione nei confronti della prevenzione, intesa anche come alfabetizzazione delle classi sociali più svantaggiate a proposito di diritti e nozioni che riguardano la salute del corpo e della mente. Ciò dovrebbe andare di pari passo con politiche volte al miglioramento del welfare anche in termini di superamento delle differenze socio-economiche che non permettono un accesso semplice, consapevole ed informato a tutti i servizi. Tutto questo richiede uno sforzo di progettazione creativa e la capacità di rimettere in discussione molti sistemi e protocolli già esistenti, ma è anche vero vero che il processo potrebbe essere semplificato sfruttando al meglio le competenze

multidisciplinari e multiprofessionali di cui l'Italia è ricca, nonché costruendo occasioni reali di ascolto delle dirette interessate, ossia tutte le donne straniere e italiane che utilizzano tali servizi.

ALLEGATO A – LA TRACCIA DI INTERVISTA

1. Lei è ginecologa/infermiera/..., mi descrive meglio il suo ruolo e le sue mansioni qui?

2. Le capita spesso di avere a che fare con donne di recente immigrazione? Per quali situazioni sanitarie soprattutto?

3. Di quali strumenti dispone (al di là di quelli strettamente medici) per relazionarsi a queste pazienti? Esistono servizi di mediazione, corsi di aggiornamento, esperti da chiamare, o altro? Mi spiega meglio come funziona il servizio di mediazione? Mi racconta delle situazioni in cui ne ha usufruito e come è andata?

4. Quali sono le maggiori difficoltà che incontra nel rapportarsi a donne immigrate? Mi può raccontare di qualche esperienza particolarmente difficile?

5. Le è capitato di trovarsi di fronte a donne immigrate chiaramente vittime di violenze, sessuali o di altro tipo (mutilazioni genitali, aborti illegali)? Come si comporta in tali situazioni? Esiste un protocollo?

6. Immagino che spesso, di fronte a donne di recente immigrazione, si trovi in difficoltà nel far comprendere ed accettare consigli di cura del proprio corpo e terapie. Che strategie adotta per far sì che le pazienti straniere comprendano e condividano le sue proposte? Mi può raccontare di qualche caso "difficile"?

7. Alla luce di quanto detto finora, con quali modalità le piacerebbe che nel suo ambito lavorativo venisse affrontato, e se possibile migliorato, il tema delle differenti culture e di come la visione del corpo femminile cambia all'interno di esse?

8. L'intervista è finita: c'è qualcosa che vorrebbe aggiungere a quanto detto o domandarmi?

ALLEGATO B – LISTA INTERVISTE

1. **Camilla** - Specializzanda in ginecologia – settore pubblico – data intervista: 13 maggio 2019

2. **Eleonora** - Specializzanda in ginecologia – settore pubblico – data intervista: 13 maggio 2019

3. **Gaia** - Specializzanda in ginecologia – settore pubblico – data intervista: 18 maggio 2019

4. **Emma** - Specializzanda in ginecologia – settore pubblico – data intervista: 15 giugno 2019

5. **Sofia** - Specializzanda in ginecologia – settore pubblico – data intervista: 17 giugno 2019

6. **Chiara** - Specializzanda in ginecologia – settore pubblico – data intervista: 30 giugno 2019

7. **Ilaria** - Specializzanda in ginecologia – settore pubblico – data intervista: 30 giugno 2019

8. **Filippa** – Ginecologa – settore privato – data intervista: 25 maggio 2019

9. **Luciana** – Ginecologa – settore pubblico – data intervista: 13 giugno 2019

10. **Stefania** – Ginecologa – settore pubblico – data intervista: 17 giugno 2019

11. **Emilia** – Ginecologa – settore pubblico – data intervista: 17 giugno 2019

12. **Tatiana** – Ginecologa – settore pubblico/privato – data intervista: 2 luglio 2019

13. **Alberta** – Ginecologa – settore privato – data intervista: 5 luglio 2019

14. **Karen** – Psicologa – settore privato – data intervista: 24 maggio 2019

15. **Annalisa** – Psicologa – settore privato – data intervista: 9 luglio 2019

16. **Francesca** - Assistente sociale – settore pubblico – data intervista: 24 luglio 2019

17. **Tiziana** – Ostetrica – settore pubblico – data intervista: 29 maggio 2019

18. **Silvia** – Infermiera – settore pubblico – data intervista: 29 maggio 2019

19. **Claudia** - Addetta all'accoglienza – settore privato – data intervista: 22 maggio 2019

20. **Susanna** - Addetta all'accoglienza – settore privato – data intervista: 24 maggio 2019

BIBLIOGRAFIA

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO (pubblicazione), *Conoscersi fa bene alla salute*, 2008

AIME M., *Eccessi di culture*, Giulio Enaudi editore, Torino, 2004

BALSAMO F., *Famiglie di migranti. Trasformazioni dei ruoli e mediazione culturale*, Carocci Editore, 2003

BARALDI C., *Comprensione, empowerment e narrazione nella mediazione sanitaria*, articolo inserito in Mondi Migranti Rivista, 1/2012

BASSO P., PEROCCO F., *Gli immigrati in Europa. Disuguaglianze, razzismo, lotte*, FrancoAngeli, 2014

BASSO P. (a cura di), *Razzismo di stato. Stati Uniti, Europa e Italia*, FrancoAngeli, 2015

BONFANTI S., Farsi madri. "L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale", in *Quaderni di Donne & Ricerca*, XXVI, 27, 2012

CHIARETTI M., CARRU G.A. (a cura di), *Mutilazioni genitali femminili. Tradizione, diffusione, complicanze, trattamenti*, Università La Sapienza, 2018

COPPO P., *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria*, Raffaello Cortina Editore, 2013

DEMARIA C., *Teoria di genere. Femminismo, critica postcoloniale e semiotica,* Bompiani, Milano, 2003

DI CESARE D., *Stranieri residenti. Una filosofia della migrazione*, Bollati Boringhieri editore, Torino, 2017

DOTTI M., LUCI S., *Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne immigrate*, Franco Angeli, Milano, 2008

DOVIGO F., *Strategie di sopravvivenza. Donne tra famiglia, professione e cura di sé,* Bruno Mondadori, Milano, 2007

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE, *"Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze delle indagini multiscopo ISTAT"*, supplemento 1, numero 3/4, maggio-agosto 2017

FIORUCCI M., PINTO MINERVA F., PORTERA A. (a cura di), *Gli alfabeti dell'intercultura*, Edizioni ETS, 2017

GAROFALO GEYMONAT, G., *Vendere e comprare sesso. Tra piacere, lavoro e prevaricazione*, Bologna, Il Mulino, 2014

GJERGJI I., *Circolari amministrative e immigrazione*, Franco Angeli, 2013

GOOD B., *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Giulio Enaudi Editore, Torino 2006

HANNERZ U., *La diversità culturale*, Il Mulino, 2001

ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Bilancio Demografico Nazionale anno 2018*

ISTISAN (Istituto Superiore di Sanità), *L'interruzione volontaria di gravidanza fra le donne straniere*, Rapporti ISTISAN 06/17, 2006

IOM (International Organization for Migration), World Migration Report 2018, consultato il 4 ottobre 2019 su
https://www.iom.int/sites/default/files/country/docs/china/r5_world_migration_report_2018_en.pdf

LA CECLA F., *Il malinteso. Antropologia dell'incontro*, Laterza, 2009

LA MENDOLA S., *Centrato e aperto. Dare vita a interviste dialogiche*, UTET Università, 2009

LOMBARDI L., *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli, Milano, 2005

MARCECA M., *Mediazione Interculturale,* consultato il 4 ottobre 2019 su http://careonline.it/wp-content/uploads/2012/02/mediazione_interculturale.pdf

O.N.DA (Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna), *Le donne immigrate in Italia: salute, tutela e diritti,* consultato il 4 ottobre 2019 su https://www.ondaosservatorio.it/ondauploads/2009/03/12marzocartella-stampa-immigrate-INTERVENTI.pdf

OPENPOLIS MINIDOSSIER, *Poveri noi. Esclusione sociale e welfare in Italia tra 2005 e 2015*, N.11 dicembre 2016

PEROCCO F., *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, FrancoAngeli, 2016

QUARANTA I., RICCA M., *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina, Milano, 2012

QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2005

REGIONE VENETO, *Consultori Familiari: utenza, attività e personale – Indicatori per la valutazione anno 2017*, 2018, consultato il 4 ottobre 2019 su https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=d7d5b3bc-6f22-4278-8756-d4d75d6975d1&groupId=10797

SAYAD A., *La doppia assenza, dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano, 2002

SBISA' M., *Come sapere il parto: storia, scenari, linguaggi*, Rosenberg&Sellier, Torino, 1992

TARABUSI F., *Politiche dell'accoglienza, pratiche della differenza. Servizi e migrazioni sotto la lente delle politiche pubbliche*, in Archivio Antropologico Mediterraneo, 2014, 16, pp. 45 – 61

TOGNETTI BORDOGNA M., *Donne e percorsi migratori. Per una sociologia delle migrazioni*, Franco Angeli, Milano, 2012

TOGNETTI BORDOGNA M., *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, franco Angeli, Milano, 2008

TOGNETTI BORDOGNA M. (a cura di), *I colori del welfare: i servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, Franco Angeli, Milano, 2005

TOMIETTO M., *Il ciclo vitale nella prospettiva del nursing transculturale: gravidanza, parto e puerperio*, Ed. Istituto Cecchini Pace, Milano, 2002

VILLA A., TOGNASSI F., *Intercultura e immigrazione. E' difficile incontrare chi è diverso da noi?*, Di Girolamo Editore, 2012

SITOGRAFIA (ultima consultazione 4 ottobre 2019)

www.acp.it – Sito dell'Associazione Culturale Pediatri

www.aogoi.it – Sito dell'Associazione ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

www.aopd.veneto.it – Sito dell'Azienda Ospedaliera di Padova

www.asgi.it – Sito dell'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione

www.aulss3.veneto.it – Sito dell'Azienda ULSS 3 Serenissima

www.aulss6.veneto.it – Sito dell'Azienda ULSS 6 Euganea

www.careonline.it – Sito della rivista CARE – Costi della Assistenza e Risorse Economiche

www.cartadiroma.org – Sito dell'Associazione Carta di Roma

crprotezioneinternazionale.wordpress.com - Sito del CentroRicerche Protezione Internazionale

www.eige.europa.eu – Sito di European Institute for Gender Equality

www.glnbi.org – Sito del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria

www.internazionale.it – sito della Rivista Internazionale

www.ismu.org – Sito della Fondazione Iniziative e Studi sulla multietnicità

www.istat.it – Sito dell'Istituto Nazionale di Statistica

www.litaliasonoanchio.it – Sito Campagna per i diritti di cittadinanza

www.mutilazioni-genitali-femminili.ch – Rete Svizzera Contro le Mutilazioni Genitali Femminili

www.osservatoriodiritti.it – Sito dell'Osservatorio sui Diritti Umani

www.salute.gov.it – Sito del Ministero della Salute

www.saluteinternazionale.info – Sito del progetto Salute Internazionale

www.savethechildren.it – Sito del progetto Save the Children

www.simmweb.it - Sito della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

www.sip.it – Sito della Società Italiana di Pediatria

www.unhcr.it – Sito dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati