

La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Una prospettiva transfrontaliera

a cura di

Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

Laboratorio Sociologico

Ricerca empirica
ed intervento sociale

FrancoAngeli

OPEN ACCESS

Direttore Scientifico: Costantino Cipolla

Laboratorio Sociologico approfondisce e discute criticamente tematiche epistemologiche, questioni metodologiche e fenomeni sociali attraverso le lenti della sociologia. Particolare attenzione è posta agli strumenti di analisi, che vengono utilizzati secondo i canoni della scientificità delle scienze sociali. Partendo dall'assunto della tolleranza epistemologica di ogni posizione scientifica argomentata, Laboratorio Sociologico si fonda su alcuni principi interconnessi. Tra questi vanno menzionati: la combinazione creativa, ma rigorosa, di induzione, deduzione e adduzione; la referenzialità storico-geografica; l'integrazione dei vari contesti osservativi; l'attenzione alle diverse forme di conoscenze, con particolare attenzione ai prodotti delle nuove tecnologie di rete; la valorizzazione dei nessi e dei fili che legano fra loro le persone, senza che queste ne vengano assorbite e – ultimo ma primo – la capacità di cogliere l'alterità a partire dalle sue categorie "altre". Coerentemente con tale impostazione, Laboratorio Sociologico articola la sua pubblicistica in sei sezioni: *Teoria, Epistemologia, Metodo; Ricerca empirica ed Intervento sociale; Manualistica, Didattica, Divulgazione; Sociologia e Storia; Diritto, Sicurezza e Processi di vittimizzazione; Sociologia e storia della Croce Rossa.*

Comitato Scientifico: Natale Ammaturo†; Ugo Ascoli (Ancona); Claudio Baraldi (Modena e Reggio Emilia); Leonardo Benvenuti, Ezio Sciarra (Chieti); Danila Bertasio (Parma); Giovanni Bertin (Venezia); Rita Biancheri (Pisa); Annamaria Campanini (Milano Bicocca); Gianpaolo Catelli (Catania); Bernardo Cattarinussi (Udine); Roberto Cipriani (Roma III); Ivo Colozzi, Stefano Martelli (Bologna); Celestino Colucci (Pavia); Raffaele De Giorgi (Lecce); Paola Di Nicola (Verona); Roberto De Vita (Siena); Maurizio Esposito (Cassino); Antonio Fadda (Sassari); Pietro Fantozzi (Cosenza); Maria Caterina Federici (Perugia); Franco Garelli (Torino); Guido Giarelli (Catanzaro); Guido Gili (Campobasso); Antonio La Spina (Palermo); Clemente Lanzetti (Cattolica, Milano); Emiliana Mangone (Salerno); Giuseppe Mastroeni (Messina); Rosanna Memoli (La Sapienza, Roma); Everardo Minardi (Teramo); Giuseppe Moro (Bari); Giacomo Mulè (Enna); Giorgio Osti (Trieste); Mauro Palumbo (Genova); Jacinta Paroni Rumi (Brescia); Antonio Scaglia (Trento); Silvio Scanagatta (Padova); Francesco Sidoti (L'Aquila); Donatella Simon (Torino); Bernardo Valli (Urbino); Francesco Vespasiano (Benevento); Angela Zanotti (Ferrara).

Corrispondenti internazionali: Coordinatore: Antonio Maturo (Università di Bologna) Roland J. Campiche (Università di Losanna, Svizzera); Jorge Gonzales (Università di Colima, Messico); Douglas A. Harper (Dquesne University, Pittsburgh, USA); Juergen Kaube (Accademia Brandeburghese delle Scienze, Berlino, Germania); André Kieserling (Università di Bielefeld, Germania); Michael King (University of Reading, Regno Unito); Donald N. Levine (Università di Chicago, USA); Christine Castelain Meunier (Casa delle Scienze Umane, Parigi, Francia); Maria Cecilia de Souza Minayo (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasile); Everardo Duarte Nunes (Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasile); Furio Radin (Università di Zagabria, Croazia); Joseph Wu (Università di Taiwan, Taipei, Taiwan).

Coordinamento Editoriale delle Sezioni: Giuseppe Masullo

Ogni sezione della Collana nel suo complesso prevede per ciascun testo la valutazione anticipata di due referee anonimi, esperti nel campo tematico affrontato dal volume. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

Sezione *Teoria, Epistemologia, Metodo* (attiva dal 1992). *Responsabile Editoriale*: Leonardo Altieri. *Comitato Editoriale*: Agnese Accorsi; Gianmarco Cifaldi; Francesca Cremonini; Davide Galesi; Francesco Gandellini; Ivo Germano; Maura Gobbi; Francesca Guarino; Silvia Lolli jr.; Alessia Manca; Emmanuele Morandi†; Alessandra Rota; Barbara Sena.

Sezione *Ricerca empirica ed Intervento sociale* (attiva dal 1992). *Coordinatore Scientifico*: Andrea Bassi; *Responsabile Editoriale*: Sara Sbaragli. *Comitato Editoriale*: Sara Capizzi; Teresa Carbone; Paola Canestrini; Carmine Clemente; David Donfrancesco; Laura Farneti; Ilaria Iseppato; Lorella Molteni; Paolo Poletti; Elisa Porcu; Francesca Rossetti; Alessandra Sannella.

Sezione *Manualistica, Didattica, Divulgazione* (attiva dal 1995). *Coordinatore Scientifico*: Linda Lombi. *Responsabile Editoriale*: Arianna Marastoni. *Comitato Editoriale*: Veronica Agnoletti; Flavia Atzori; Alessia Bertolazzi; Barbara Calderone; Raffaella Cavallo; Carmela Anna Esposito; Laura Gemini; Silvia Lolli sr.; Ilaria Milandri; Annamaria Perino; Fabio Piccoli.

Sezione *Sociologia e Storia* (attiva dal 2008). *Coordinatore Scientifico*: Nicola Strizzolo (Università di Udine) *Consiglio Scientifico*: Nico Bortoletto (Università di Teramo); Alessandro Bosi (Parma); Camillo Brezzi (Arezzo); Luciano Cavalli, Pietro De Marco, Paolo Vanni (Firenze); Sergio Onger, Alessandro Porro (Brescia); Carlo Prandi (Fondazione Kessler – Istituto Trentino di Cultura); Adriano Prosperi (Scuola Normale Superiore di Pisa); Renata Salvarani (Cattolica, Milano); Paul-André Turcotte (Institut Catholique de Paris). *Responsabile Editoriale*: Alessandro Fabbri. *Comitato Editoriale*: Barbara Baccarini; Roberta Benedusi; Elena Bittasi; Emanuele Cerutti; Pia Dusi; Giancarlo Ganzerla; Nicoletta Iannino; Riccardo Maffei; Vittorio Nichilo; Ugo Pavan Dalla Torre; Alessandra Pignatta; Ronald Salzer; Stefano Siliberti†; Paola Sposetti.

Sezione *Diritto, Sicurezza e processi di vittimizzazione* (attiva dal 2011). *Coordinamento Scientifico*: Carlo Pennisi (Catania); Franco Prina (Torino); Annamaria Rufino (Napoli); Francesco Sidoti (L'Aquila). *Consiglio Scientifico*: Bruno Bertelli (Trento); Teresa Consoli (Catania); Maurizio Esposito (Cassino); Armando Saponaro (Bari); Chiara Scivoletto (Parma). *Responsabili Editoriali*: Andrea Antonilli e Susanna Vezzadini. *Comitato Editoriale*: Flavio Amadori; Christian Arnoldi; Michele Bonazzi; Rose Marie Callà; Teresa Carbone; Dafne Chitos; Gian Marco Cifaldi; Maria Teresa Gammona; Veronica Moretti; Annalisa Plava; Antonia Roberta Siino.

Sezione *Sociologia e storia della Croce Rossa* (attiva dal 2013). *Direttori*: Costantino Cipolla (Bologna) e Paolo Vanni (Firenze). *Consiglio Scientifico*: François Bugnion (*presidente* - CICR), Roger Durand (*presidente* - Société “Henry Dunant”), Giuseppe Armocida (Varese), Stefania Bartoloni (Roma III), Paolo Benvenuti (Roma III), Fabio Bertini (Firenze), Paola Binetti (Campus Bio-Medico, Roma), Ettore Calzolari (Roma I), Giovanni Cipriani (Firenze), Franco A. Fava (Torino), Carlo Focarelli (Perugia; LUISS), Edoardo Greppi (Torino), Gianni Iacovelli (Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma), Giuseppe Palasciano (Bari), Jean-François Pitteloud (già CICR), Alessandro Porro (Brescia), Duccio Vanni (Firenze), Giorgio Zanchin (Padova). *Comitato Editoriale*: Filippo Lombardi (coordinatore), Massimo Aliverti, Nico Bortoletto, Luca Bottero, Virginia Brayda, Carolina David, Antonella Del Chiaro, Renato Del Mastro, Gerardo Di Ruocco, Boris Dubini, Alberto Galazzetti, Livia Giuliano, Laura Grassi, Veronica Grillo, Riccardo Romeo Jasinski, Pier Francesco Liguori, Maurizio Menarini, Maria Enrica Monaco, Gianluigi Nava, Marisella Notarnicola, Marcello Giovanni Novello, Raimonda Ottaviani, Isabella Pascucci, Francesco Ranaldi, Piero Ridolfi, Anastasia Siena, Calogera Tavormina, Silvana Valcavi Menozzi. *Segreteria Scientifica*: Alberto Ardissona (responsabile), Alessandro Fabbri (responsabile), Barbara Baccarini, Elena Branca, Giovanni Cerino Badone, Emmanuele Cerutti, Alessandro D'Angelo, Carmela Anna Esposito, Simona Galasi, Sara Moggi, Paola Sposetti.

La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Una prospettiva transfrontaliera

a cura di

Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

LABORATORIO SOCIOLOGICO



FRANCOANGELI

Ricerca empirica
ed intervento sociale

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università degli Studi di Trieste.

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Paola Sposetti

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione: INTEGRA e integrazione , di <i>Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis</i>	pag.	7
A partire da Simmel e oltre: la sociologia dello straniero e le donne migranti , di <i>Giorgio Porcelli</i>	»	18
Salute riproduttiva nella società globale. Diritti e disuguaglianze , di <i>Lia Lombardi</i>	»	36
Il contrasto alla violenza contro le donne nel diritto comparato: profili costituzionali e criticità nell'attuazione della Convenzione di Istanbul , di <i>Serena Baldin</i>	»	53
Donne migranti e normalizzazione della violenza , di <i>Ignazia Bartholini</i>	»	63
La discriminazione istituzionale e la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti , di <i>Mateja Sedmak e Zorana Medarić</i>	»	74
Conflitti di culture, diritti e tutela della salute nel contesto nazionale e internazionale , di <i>Davide Monego e Sara Tonolo</i>	»	94
I diritti e la conoscenza dei diritti da parte delle donne straniere , di <i>Teresa Tonchia</i>	»	106
Le donne straniere al confine orientale: un'analisi statistica delle principali caratteristiche socio-demografiche , di <i>Gabriele Blasutig, Blaž Lenarčič, Zorana Medarić, Mateja Sedmak e Moreno Zago</i>	»	113

Il percorso amministrativo per l'accesso alle cure di pazienti donne sprovviste d'iscrizione al Servizio sanitario nazionale , di <i>Barbara Fari</i>	pag.	134
Diagnosi, interventi e caratteristiche dei pazienti dell'ospedale Burlo Garofolo , di <i>Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis</i>	»	143
Analisi epidemiologica del trattamento ambulatoriale e ospedaliero di cittadine straniere nell'Ospedale di Postumia , di <i>Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak, Mirko Prosen, Sabina Ličen e Igor Karnjuš</i>	»	164
L'influenza della cultura patriarcale sulla salute sessuale e riproduttiva: una ricerca in ambito ospedaliero , di <i>Ornella Urpis</i>	»	172
Salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti e integrazione nella società in Slovenia , di <i>Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen, Igor Karnjuš, Jana Čelhar, Jana Prosen e Martina Podobnik</i>	»	195
Uno sguardo antropologico alla salute delle donne migranti in area transfrontaliera , di <i>Roberta Altin e Veronica Saba</i>	»	214
Le prospettive dei lavoratori sanitari nel fornire assistenza alle donne migranti in Slovenia , di <i>Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš e Urška Bogataj</i>	»	228
Il lavoro in ospedale. Buone pratiche in campo sanitario , di <i>Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Laura Pomicino e Federica Scrimin</i>	»	241

Introduzione: INTEGRA e integrazione

di *Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis**

1. Una storia che viene da lontano

La salute sessuale e riproduttiva, intrinsecamente legata alle donne e alla loro vita sociale nel corso di tutta la storia dell'umanità, è il tema centrale di questo libro. La funzione sessuale, naturalmente collegata con quella procreativa, si incarna infatti nei loro corpi e genera le gioie e i tormenti di quella che chiamiamo la "condizione femminile". Per questo la salute sessuale e riproduttiva dovrebbe essere il perno di ogni buona politica, ma la sessualità, con tutte le conseguenze sociali che ne derivano per le donne, viene sempre sottovalutata o addirittura occultata quando invece, come insegna Amartya Sen (2000), ogni politica di sviluppo economico e di democrazia non può prescindere dalla condizione femminile.

Gli ostacoli e i blocchi sono dovuti in larga misura alla presenza di una cultura patriarcale che produce un uso strumentale del corpo delle donne, piuttosto che una valorizzazione della loro funzione sociale. Nelle parole di Françoise Héritier: «La valenza differenziale dei sessi e la dominazione maschile sono fondate sull'appropriazione da parte del genere maschile del potere di fecondità del genere femminile e *ipso facto* sul godimento della sessualità delle donne» (2000, p. 79).

I diritti delle donne e il diritto alla salute sessuale e riproduttiva irrompono nella scena politica internazionale in modo rilevante nel 1979 con la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione della donna (CEDAW) dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite che rappresenta il principale testo giuridicamente vincolante sui diritti delle donne¹. In essa

* Il lavoro è il frutto della collaborazione tra gli autori, ma ai fini di legge si precisa che i paragrafi 1 e 2 sono stati redatti da Ornella Urpis e il paragrafo 3 da Giovanni Delli Zotti (Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli studi di Trieste).

¹ La CEDAW (http://www.cidu.esteri.it/resource/2016/09/48434_f_CEDAWmaterialetraduzione2011.pdf) è stata firmata e ratificata da tutti i paesi membri dell'ONU con esclusione di sette paesi che non l'hanno ancora ratificata (Iran, Nauru, Palau, Somalia, Sudan, Tonga e Stati Uniti). Niue e la Città del Vaticano non l'hanno invece mai firmata. L'Italia ha ratificato la CEDAW nel 1981.

viene dichiarato espressamente che, sulla base della parità dell'uomo e della donna, le donne hanno «a) lo stesso diritto di contrarre matrimonio; b) lo stesso diritto di scegliere liberamente il coniuge e di contrarre matrimonio soltanto con il proprio libero e pieno consenso [...]; e) gli stessi diritti di decidere liberamente e responsabilmente il numero e la cadenza dei figli e di accedere alle informazioni, all'istruzione e ai mezzi che consentano loro di esercitare tali diritti» (art.16). Il tema della salute è affrontato in particolare nell'art. 12 dove si afferma che: «l'accesso all'assistenza sanitaria, compresa la salute riproduttiva, è un diritto fondamentale [...]. Si esige dagli Stati l'eliminazione della discriminazione contro le donne nel loro accesso ai servizi di assistenza sanitaria durante tutto il loro ciclo vitale, in particolare nell'ambito della pianificazione familiare, della maternità, del parto e del periodo *post partum*».

Nella Conferenza del Cairo nel 1994, organizzata dal Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), venne affermato anche il principio che il progresso e l'*empowerment* delle donne passa attraverso l'eliminazione di tutte le forme di violenza contro di esse e il loro diritto alla salute. I bisogni di istruzione e salute, ivi compresa la salute riproduttiva, diventano perciò gli strumenti fondamentali per il miglioramento delle condizioni di vita individuali e per uno sviluppo equo e sostenibile; un principio ribadito con forza anche nella Conferenza di Pechino del 1995. La Piattaforma d'Azione approvata dalla Conferenza di Pechino è decisamente il testo politico più rilevante e tuttora più consultato dalle donne di tutti i paesi. È a Pechino che i movimenti di tutto il mondo affermano la propria pretesa di «guardare il mondo con occhi di donna» proclamando che «i diritti delle donne sono diritti umani» e che uno dei più gravi ostacoli che impedisce alle donne di raggiungere un alto livello di salute è la disuguaglianza tra uomini e donne.

Come affermato poi dalla Commissione sui diritti umani delle Nazioni Unite nel 2003, il diritto alla salute sessuale e riproduttiva è parte integrante del diritto alla salute, garantito dalla Dichiarazione universale dei diritti umani fin dal 1949. In tutti i paesi in cui attualmente sono disponibili i servizi per la salute riproduttiva, i pionieri della pianificazione familiare hanno dovuto però lottare per la loro inclusione nei programmi sanitari nazionali superando grossi ostacoli di carattere politico, economico e religioso. In molti paesi purtroppo i cittadini non hanno ancora accesso alle informazioni necessarie concernenti la protezione dalle infezioni sessualmente trasmissibili e gli strumenti per evitare le gravidanze indesiderate. La cosa peggiore è che, in alcuni paesi, l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva viene negato e i migranti che ne provengono sono completamente disinformati.

In Italia la prima ONG (Organizzazione Non Governativa) che ha affrontato il tema della salute sessuale e riproduttiva delle donne, anche di quelle migranti, è stata l'Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (AIDoS) di Roma. Nel 1986 infatti la presidente Daniela Colombo, invitata all'Univer-

sità di Trieste, relazionò nell'Aula Magna della Facoltà di economia e commercio sul tema delle mutilazioni dei genitali femminili, portando l'esperienza di lavoro dell'Associazione in Somalia². Per la prima volta in Italia veniva trattato pubblicamente un tema così delicato e del tutto sconosciuto in sede accademica. In quegli anni il problema riguardava principalmente le popolazioni del Corno d'Africa e i pochi immigrati somali presenti in Italia. Per molto tempo la questione rimase in sordina, fino a quando, nei primi anni 2000, i flussi immigratori iniziarono a caratterizzare in modo nuovo la fisionomia della popolazione italiana.

Dopo una serie di consultazioni con le organizzazioni umanitarie e le associazioni femminili, si arrivò alla promulgazione della legge n. 7 del 9 gennaio 2006 (Legge Consolo) dove esplicitamente si affermava che «chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni». Molti allora si chiesero il motivo della necessità di una legge speciale che disciplinasse questi temi, vista la presenza nel nostro ordinamento giuridico di altre norme sanzionanti le lesioni fisiche gravi o gravissime. Tuttavia, essa ebbe una grande importanza poiché, essendo finanziata dallo Stato, produsse il coinvolgimento di numerose associazioni ed enti nei progetti territoriali per la prevenzione e il contrasto delle pratiche tradizionali nocive e diede l'avvio in tutta la Nazione a un processo di sempre maggiore presa di coscienza dell'importanza della salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti.

Nel 2008 il Dipartimento per le Pari Opportunità affidò ad AIDoS il progetto “*Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani delle comunità migranti*”. Oltre alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) materno infantile Burlo Garofolo di Trieste, si registrò la collaborazione del Dipartimento di Scienze dell'Uomo della Facoltà di Scienze Politiche (Università di Trieste). Dopo due anni di lavoro e il coinvolgimento delle associazioni degli immigrati della Regione, della Questura di Trieste, della Prefettura, delle Aziende sanitarie, dell'Associazione Nazionale Oltre Le Frontiere (ANOLF), del Abdus Salam International Centre for Theoretical Physics (ICTP) di Trieste³, emersero molte criticità riguardanti sia le difficoltà di sradicamento delle pratiche

² Nel 1985 AIDoS, grazie a un progetto finanziato dalla cooperazione italiana, lavorò in Somalia per cinque anni con l'Organizzazione democratica delle donne somale nella lotta contro ogni forma di mutilazione sessuale. Questo fu il primo programma di cooperazione internazionale italiano sui temi della salute sessuale. Nel 1988 venne organizzata nel Parlamento somalo la riunione delle donne contro le mutilazioni dei genitali femminili e le proposte vennero fatte proprie dallo stesso governo e dalla popolazione.

³ Fra i diversi personaggi illustri che appoggiarono il progetto e facilitarono la diffusione e la sensibilizzazione si ricorda il dott. Giorgio Tamburlini (esperto OMS, IRCCS Burlo Garofolo), il dott. Katepalli R. Sreenivasan (ICTP di Trieste), il dott. Giovanni Maria Leo (Prefettura di Trieste) e il dott. Leonardo Boido (Questura di Trieste).

tradizionali nocive alla salute delle donne immigrate sia le difficoltà di intervento degli operatori sanitari⁴. Il progetto ebbe comunque un grande successo poiché produsse la mobilitazione di molte donne africane sul problema dei diritti umani e una presa di coscienza contro la violenza sui loro corpi: per la prima volta si parlò apertamente di sessualità, di mutilazione, di rapporto fra i generi. Il progetto si concluse con due convegni: il primo presso l'Università di Trieste (Aula Magna della Facoltà di Economia e Commercio), con la partecipazione attiva delle donne immigrate, dei servizi sociali, degli ospedali e dei ricercatori, e il secondo, coadiuvato dall'Azienda sanitaria triestina, "*Le mutilazioni dei genitali femminili tra tradizione, diritti umani e salute. Una pratica da abbandonare*", presso la Stazione Marittima di Trieste, che vide la partecipazione di centinaia di persone⁵.

Vista l'importanza delle problematiche relative alla salute riproduttiva, dal 2010 i fondi ministeriali che finanziavano la legge del 2006 passarono dal Dipartimento delle Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, alle Regioni, che li indirizzavano esclusivamente verso interventi nell'ambito sanitario. Nel 2010 l'IRCCS. Burlo Garofolo ricevette un finanziamento quinquennale allo scopo di formare gli operatori socio-sanitari sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti, con particolare riferimento alle pratiche di mutilazione dei genitali femminili. Iniziò così un percorso conoscitivo e di relazione diretta fra l'istituzione ospedaliera triestina e la popolazione migrante della regione⁶.

A seguito delle attività di ricerca svolte dall'Università di Trieste fin dal 1986, il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Trieste presentò nel 2017 il programma di studio *Integrazione sociale e salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti in Friuli Venezia Giulia. Il ruolo della cultura e delle tradizioni familiari*⁷. La ricerca prevedeva un'indagine sociologica qualitativa e quantitativa sulle donne migranti residenti nella regione FVG che accedono ai servizi di ginecologia e ostetricia dell'Ospedale Burlo Garofolo di Trieste e che provengono da Paesi dove il mantenimento di alcuni modelli

⁴ I risultati del progetto vennero pubblicati in un volume curato da Paola Degani, Paolo De Stefani e Ornella Urpis (2009). Il lavoro sul campo servì anche per la preparazione della docu-fiction della regista della Rai Cristina Mecci presentata, oltre che in diverse sedi universitarie e nei cinema, in una puntata speciale di CRASH RAI dedicata ai temi dell'immigrazione e su RaiStoria, in occasione della Giornata internazionale per l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili nel 2010.

⁵ <https://aidos.it/le-mutilazioni-genitali-femminili-fra-tradizione-diritti-umani-e-salute-una-pratica-da-abbandonare/>.

⁶ Una particolare attenzione fu rivolta alle donne burkinabé presenti a Spilimbergo e a Pordenone, alle donne musulmane di Trieste e Pordenone e a quelle bangladesi presenti a Monfalcone. I risultati della ricerca sul campo sono stati pubblicati nel volume *Mutilazioni genitali femminili e donne immigrate. Progetto di formazione per un sostegno integrato alla persona: ricerca quantitativa* (2015).

⁷ <https://dispes.units.it/it/ricerca/ambiti/gruppi/15500>.

culturali impedisce l'esercizio del diritto alla salute sessuale e riproduttiva. Lo studio delle diverse culture familiari e di alcune pratiche nocive alla salute, quali le mutilazioni dei genitali femminili (MGF) e i matrimoni forzati (MF), avrebbe permesso agli operatori della salute di intervenire con maggior efficacia nella relazione con le pazienti. La ricerca si concentrò sopra i sistemi culturali-normativi, le caratteristiche delle famiglie e della salute sessuale e riproduttiva delle donne provenienti da paesi a rischio MGF e MF.

Grazie a questo progetto e all'impegno della dott.ssa Federica Scrimin e del prof. Giuseppe Ricci, venne firmato un Accordo di collaborazione con l'ospedale Burlo Garofolo e con il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Trieste che instaurò uno stretto rapporto cooperativo interdisciplinare fra medici ostetrici e ginecologi, sociologi, filosofi, giuristi. Il lavoro di ricerca fu propedeutico per la presentazione del progetto Interreg Italia-Slovenia INTEGRA i cui i lavori sono contenuti in questo volume.

2. Il progetto INTEGRA

Il progetto Interreg Italia-Slovenia “*Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva*” (<https://dispes.units.it/it/trasferimento-conoscenza/node/21586>) ha rappresentato lo spazio scientifico per un incontro tra diverse professionalità: medici ostetrici, ginecologi, operatori della salute, sociologi, filosofi, antropologi, giuristi, infermieri, statistici, psicologi. Questo è stato il primo progetto transfrontaliero nell'area di Programma che, partendo dalla salute delle donne, delinea un percorso di conoscenza delle caratteristiche delle comunità culturali e prospetta una via possibile verso l'integrazione sociale. Ecco dunque spiegato “INTEGRA”, il nome sintetico del progetto che allude allo stesso tempo alla salute, e dunque all'integrità fisica della donna, e all'integrazione, sua e della sua famiglia, nella società di nuova residenza e di accoglienza. L'area di Programma sta vivendo un aumento cospicuo del numero dei migranti provenienti dall'Africa e in particolare dai Paesi mediorientali, costituendo uno dei terminali della “rotta balcanica”, e la presenza di persone provenienti da culture profondamente diverse pone nuove sfide legate all'integrazione a tutti i livelli istituzionali.

La necessità di nuovi processi di adattamento culturale deriva in particolare dal fatto che molti dei richiedenti asilo politico provengono da aree geografiche (Somalia, Siria, Afghanistan, Pakistan) caratterizzate da culture familiari dove sono presenti squilibri di genere che condizionano pesantemente la vita e la salute delle donne. Il difficile rapporto con la nuova società, la distanza culturale, la mancanza di integrazione, spesso producono il ritiro dei migranti nei propri gruppi culturali. Lo stato di emarginazione, lo scontro culturale e la relativa chiusura dei gruppi favoriscono il mantenimento di

pratiche tradizionali nocive che diventano un segno di riconoscimento e di appartenenza. Alcune di queste pratiche tradizionali costituiscono reato nei paesi di accoglienza; si tratta in modo particolare dei Matrimoni Forzati (MF) e delle Mutilazioni dei Genitali Femminili (MGF) che ledono il diritto all'integrità psichica e fisica delle donne impedendo loro di esercitare i propri diritti, anche diritti basilari come quello alla salute.

Le strutture sanitarie si trovano dunque di fronte a un nuovo tipo di utenza femminile con problemi sanitari e sociali specifici e il progetto ha previsto perciò una collaborazione transfrontaliera per due motivi dai quali discende la necessità dello scambio di buone pratiche e linee guida comuni:

- la permeabilità del confine favorisce lo spostamento della popolazione migrante tra paesi limitrofi;
- le strutture sanitarie italiane hanno un'esperienza ormai consolidata nella cura di donne migranti provenienti dall'Asia e dall'Africa e quelle slovene hanno prevalentemente affrontato invece problematiche connesse alla salute di donne provenienti da paesi dell'ex Jugoslavia (Bosnia, Kosovo).

L'obiettivo complessivo del progetto era perciò quello di aumentare la conoscenza e la cooperazione degli operatori sul tema della salute delle donne migranti, in particolare quelle a rischio di MGF e MF, offrendo una chiave interpretativa e strumenti (un indice di salute sessuale e riproduttiva e linee guida comuni) per affrontare il problema nel territorio transfrontaliero.

Il progetto ha previsto una fase di ricerca conoscitiva sul campo, un programma di formazione per gli operatori sociali e sanitari focalizzata sul superamento delle difficoltà di comunicazione interculturale e, per i soli operatori sanitari, una formazione medica specifica per la cura delle donne migranti, anche nei casi più gravi come la mutilazione genitale femminile. Un punto fondamentale è stato lo scambio di buone pratiche fra le strutture sanitarie italiane e quelle slovene.

Il *target group* era rappresentato da migranti provenienti da culture dove le pratiche familiari impongono una rigida separazione dei sessi e una diversa capacità di *empowerment* di uomini e donne, a favore dei primi. I modelli culturali possono comportare il mantenimento di pratiche e usanze lesive della salute delle donne delle quali gli esempi più visibili sono le già ricordate MGF e il MF, ma anche le numerose gravidanze non desiderate, aborti ripetuti, violenze psicologiche, sessuali e fisiche e la mancanza di accesso a metodi contraccettivi.

I dati raccolti sono stati utili per elaborare un indicatore di salute sessuale e riproduttiva da inserire tra indicatori già utilizzati in ambito medico e anche nell'analisi delle politiche sociali. Tale indicatore è stato promosso presso le autorità regionali, nazionali ed europee attraverso le attività di divulgazione e disseminazione. Inoltre, il progetto ha previsto un'attività di sensibilizzazione finalizzata anche ad avvicinare le donne alle strutture sanitarie.

Gli attori del progetto INTEGRA (responsabile scientifico Giovanni Delli Zotti) sono stati tre Dipartimenti universitari (due italiani e uno sloveno), due ospedali (uno italiano e uno sloveno) e un partner associato.

Il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste (DiSPeS), lead partner assieme al Dipartimento Clinico di Scienze Mediche, chirurgiche e della salute (responsabile per INTEGRA Giuseppe Ricci), gode di una notevole esperienza nei progetti europei costruiti insieme a partner sloveni; ad esempio, il progetto *Children's Voices: Exploring Interethnic Violence and Children's Rights in the School Environment*, finanziato nell'ambito del programma europeo FRAC, con lead partner il Centro di Ricerche Scientifiche (ZRS) dell'Università del Litorale di Capodistria a altri tre partner austriaci, ciprioti e inglesi; il progetto *Eduka* (Educare alla diversità), finanziato dal programma Interreg Italia-Slovenia 2007-2013, con lead partner l'Istituto di Ricerche Sloveno Slori di Trieste e, in precedenza, il progetto strategico Interreg *Slow Tourism*, nel quale il DiSPeS ha svolto il ruolo di "referente scientifico". Inoltre, ha realizzato un progetto di ricerca dipartimentale, dal titolo "*Integrazione sociale e salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti in Friuli-Venezia Giulia. Il ruolo della cultura e delle tradizioni familiari*", sulla base di protocolli di intesa stipulati con il DSM e con l'Ospedale Burlo Garofolo.

L'IRCCS materno infantile Burlo Garofolo di Trieste (responsabile per INTEGRA Federica Scrimin), oltre a essere uno dei promotori iniziali del progetto, è stato essenziale in quanto nell'area di Programma è senza dubbio la struttura più qualificata e con a disposizione una casistica ampia sul tema della salute sessuale e riproduttiva di donne migranti provenienti da culture tradizionali con una struttura fortemente patriarcale. L'Ospedale è interessato all'elaborazione di protocolli clinici, in funzione di indicatori di rischio, da utilizzare nella pratica clinica in rapporto all'area di provenienza delle donne.

Sul versante sloveno del partenariato di INTEGRA, la Facoltà di Scienze Mediche dell'Università del Litorale (UP FVZ – responsabile per INTEGRA Mirko Prosen) ha fornito esperienza e supporto nel raggiungimento degli obiettivi del progetto, specialmente nelle attività di formazione del personale sanitario, nella ricerca in ambiente clinico e nello sviluppo di protocolli riguardanti la pratica medica e sociale con la popolazione migrante. UP FVZ è una tra le prime facoltà in Slovenia ad aver introdotto il concetto di competenza interculturale e averlo inserito tra le attività didattiche ufficiali.

L'Ospedale di Postumia (Bolnišnica Postojna, responsabile per INTEGRA Marko Mugoša) è specializzato in ginecologia e ostetricia e sul lato sloveno dell'area di Programma è l'ospedale con il maggior numero di accessi di donne migranti, in quanto posizionato nelle vicinanze di un centro di accoglienza. L'Ospedale ha messo a disposizione la propria casistica e si è rivelato molto

interessato ad apprendere le buone pratiche individuate nel progetto, così da poter elevare la qualità delle cure offerte alle donne migranti.

Un valore aggiunto al progetto è stato il partner associato ONLUS “Associazione Nazionale Oltre Le Frontiere” (ANOLF) di Trieste, un’associazione di immigrati di varie etnie che ha come scopo la crescita dell’amicizia e della fratellanza tra i popoli per combattere il razzismo e la xenofobia e si fonda sul protagonismo degli immigrati per la tutela delle loro esigenze e la crescita della società.

3. Il libro

Alcuni capitoli del volume sono rielaborazioni di testi prodotti nelle diverse fasi del progetto per finalità conoscitive e didattiche (Delli Zotti 2018; Ricci e Scrimin, 2019). Tali testi, e alcuni altri non utilizzati in questa sede, scaricabili dal sito dell’Editore EUT (<https://www.openstarts.units.it/handle/10077/23632>), sono stati rivisti anche al fine di capitalizzare sulle esperienze maturate nel corso del lavoro. Altri testi ancora sono stati invece realizzati espressamente per il volume e la maggioranza di essi è stata prodotta da partecipanti alla conferenza finale del progetto INTEGRA (Trieste, 13 aprile 2019).

Il volume si apre con un capitolo di Giorgio Porcelli (Università di Trieste, Dipartimento di Studi Umanistici - DiSU) che ha l’obiettivo di inquadrare il tema delle donne migranti all’interno del dibattito sociologico che da oltre un secolo ha preso in considerazione le figure dello straniero e del migrante, figure che non sono sinonime all’interno della teoria sociologica. Il concetto di straniero insiste infatti maggiormente sulla prospettiva gnoseologica, quello di migrante sull’aspetto politico e sociale.

Segue il capitolo di Lia Lombardi, ricercatrice della Fondazione ISMU (Iniziativa e Studi sulla Multietnicità) di Milano, che tratta di diritti e disuguaglianze in relazione alla salute riproduttiva partendo dal presupposto che le differenze di salute sono strettamente correlate alle disuguaglianze sociali e, allo stesso tempo, la dimensione della salute è un elemento chiave per la comprensione del sistema di disuguaglianze sociali e di genere.

I due capitoli successivi sono dedicati al tema della violenza sulla donna e, nello specifico, sulla donna migrante. Il tema è introdotto da Serena Baldin (Università di Trieste, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali - DiSPeS) che riferisce sui principi introdotti nelle Costituzioni di diversi paesi. Il capitolo si completa con un’esposizione, alquanto esaustiva, dello stato di attuazione della Convenzione di Istanbul del Consiglio d’Europa, che rappresenta il livello più avanzato dello standard internazionale in tema di prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza di genere, nonché di protezione delle vittime e di criminalizzazione dei responsabili.

A seguire, il capitolo di Ignazia Bartholini (Dipartimento di Culture e Società dell'Università di Palermo) espone il tema della violenza di genere in prospettiva sociologica, con particolare riguardo per la sua declinazione nel contesto dell'immigrazione. Il suo contributo poi si incentra sugli esiti del progetto PROVIDE (PROximity On Violence: Defence and Equity – finanziato dalla UE (Right and Justice 2014-2020) che, allo scopo di definire più nitidamente il fenomeno, ha svolto una ricerca qualitativa basata su interviste semi-strutturate a operatori professionali che lavorano a stretto contatto con donne rifugiate/riciedenti asilo, spesso vittime di *gender based violence*.

Anche il capitolo di Mateja Sedmak e Zorana Medaric (Centro di Ricerche Scientifiche di Capodistria - ZRS) tratta del tema della violenza sulle donne migranti, ma pone l'accento sulle forme meno visibili e riconosciute di violenza, nonché sul trattamento discriminatorio nel contesto istituzionale, presentando l'esperienza delle donne straniere all'interno del sistema sanitario sloveno, in riferimento alla loro salute sessuale e riproduttiva.

Il capitolo di Davide Monego e Sara Tonolo (DiSPeS - Università di Trieste) tratta della tutela del diritto alla salute in ambito giuridico interno e internazionale, in prospettiva collettiva e individuale, evidenziando la potenziale problematicità del rapporto tra queste due prospettive. La dimensione collettiva appare prevalente, perché è interesse della società garantire condizioni di vita idonee a prevenire il diffondersi delle malattie ma, allo stesso tempo, la tutela della salute e il rapporto medico-paziente sono fortemente fondati sulla "libertà di autodeterminazione" del paziente, garantita dall'art. 2 della Costituzione italiana che tutela i diritti fondamentali della persona umana nella sua identità e dignità.

Teresa Tonchia (DiSPeS - Università di Trieste) affronta, nell'ambito del tema del diritto alla salute, l'aspetto della conoscenza dei diritti da parte delle donne straniere. Per poter realizzare i diritti umani, e in particolare i diritti delle donne, è infatti necessario che esse possiedano strumenti e linguaggi che le rendano in grado di rivendicare il soddisfacimento dei propri bisogni e il rispetto della propria dignità e libertà.

Nel volume è poi presente un'analisi dei flussi migratori e della presenza di donne migranti nei territori interessati al progetto INTEGRA (Regione Friuli Venezia Giulia e Slovenia), realizzata da Moreno Zago e Gabriele Blasutig del DiSPeS (Università di Trieste) e da Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak e Zorana Medarić del Centro di Ricerche Scientifiche (ZRS) di Capodistria.

L'intervento di Barbara Fari puntualizza rispetto alle procedure amministrative per l'accesso alle cure di pazienti donne sprovviste d'iscrizione al Servizio sanitario nazionale una tematica resa complessa dall'evolvere continuo della normativa e della numerosità delle tipologie amministrative all'interno delle quali l'operatore sanitario si trova ad operare. Il capitolo è propedeutico all'analisi degli accessi ai servizi ospedalieri (ricoveri e visite

ambulatoriali) contenuta nel capitolo di Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis (DiSPeS), che hanno utilizzato il database delle dimissioni dall'Ospedale Burlo Burlo per rilevare, anche in prospettiva longitudinale, la provenienza e l'incidenza dell'utenza straniera nei vari reparti e prestazioni. L'analisi epidemiologica è completata da Marko Mugoša e Marjeta Stegel Bizjak dell'Ospedale di Postumia e Igor Karnjuš dell'Università del Litorale, che hanno analizzato i ricoveri e le visite ambulatoriali di donne straniere all'Ospedale di Postumia.

Il materiale empirico utilizzato da Ornella Urpis (DiSPeS – Università di Trieste) per il suo capitolo sull'influenza della cultura patriarcale sulla salute sessuale e riproduttiva consiste nell'analisi delle informazioni raccolte in ambito ospedaliero dove si evidenziano le criticità riguardo ai modelli di comportamento di alcune comunità migranti e le difficoltà di integrazione. L'ascolto della voce delle donne si completa con il capitolo successivo, redatto da Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica e Sabina Ličen dell'Università del Litorale e da Jana Čelhar, Jana Prosen e Martina Podobnik dell'Ospedale di Postumia, che hanno utilizzato, sul versante sloveno, oltre al questionario semi-strutturato⁸, interviste in profondità.

Il capitolo di Roberta Altin e Veronica Saba (DiSU - Università di Trieste) si apre con una descrizione del quadro normativo italiano sui diritti dei migranti e dei servizi socio-sanitari a Trieste. A seguire, le Autrici commentano alcune risposte delle donne interrogate tramite il questionario somministrato presso l'Ospedale Burlo Garofalo alla luce della loro sensibilità di antropologhe e di alcune interviste a operatori sanitari che operano al di fuori della struttura ospedaliera.

Il volume si conclude con due lavori che si pongono nella prospettiva degli operatori sanitari. Il primo capitolo, redatto da Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš e Urška Bogataj dell'Università del Litorale di Capodistria, riferisce sugli esiti di una rilevazione effettuata con un design della ricerca di tipo qualitativo. Sono stati infatti realizzati dei *focus group* su una traccia di intervista che si basava sugli obiettivi del progetto INTEGRA.

Anche il capitolo finale del volume, redatto da Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz Laura Pomicino e Federica Scrimin dell'IRCSS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste adotta la prospettiva degli operatori sanitari. Alcune delle risultanze delle interviste con il questionario vengono commentate alla luce dell'esperienza professionale delle autrici. Inoltre, sono illustrati degli studi di caso ed è descritto il frutto delle osservazioni effettuate in Ospedale durante la somministrazione del questionario da loro

⁸ Il questionario, redatto da Federica Scrimin e Ornella Urpis, è consultabile e scaricabile al seguente link: <https://www.openstarts.units.it/handle/10077/24096>.

effettuata. Da questo materiale, e in particolare dalle osservazioni sul campo, le ricercatrici individuano alcune criticità e alcuni esempi di buone pratiche.

Riferimenti bibliografici

- Degani P., De Stefani P., Urpis O. (2009), *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti*, AIDOS, Roma.
- Delli Zotti G. (2018), *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficoltà e buone pratiche*, EUT, Trieste.
- Héritier F. (2000), *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari.
- Ricci G., Scrimin F. (2019), *Linee guida e indicatori di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti*, EUT, Trieste.
- Sen A. (2000), *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, Milano.
- Urpis O., Ferruccio N., Vecchiet C., Valencak F., Espeche S.M., Restaino S. (2015), *Mutilazioni genitali femminili e donne immigrate. Progetto di formazione per un sostegno integrato alla persona: ricerca quantitativa*, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste.

A partire da Simmel e oltre: la sociologia dello straniero e le donne migranti

di *Giorgio Porcelli**

1. Straniero e migrante nella teoria sociologica

L'obiettivo del presente contributo è quello di inquadrare il tema della ricerca sulla salute delle donne migranti all'interno del dibattito sociologico che da oltre un secolo ha preso in considerazione la figura dello straniero e del migrante. Occorre precisare sin dall'inizio che straniero e migrante non rappresentano all'interno della teoria sociologica due sinonimi. Come apparirà chiaro nelle pagine che seguiranno, il concetto di straniero insiste maggiormente sulla prospettiva gnoseologica mentre quello di migrante sull'aspetto politico e sociale del problema. Questa distinzione ha portato a collocare il tema dello straniero all'interno della sociologia della conoscenza (Merton, 1972), mentre il tema del migrante è alla base di una specifica sociologia applicata, la sociologia delle migrazioni.

Rispetto alle problematiche emerse nel progetto INTEGRA, riteniamo che sia importante focalizzare l'attenzione sul concetto di straniero. In qualche modo lo straniero infatti è un presupposto della condizione di migrante e di rifugiato. Lo straniero insomma esiste a prescindere dall'attuale presenza di rifugiati e migranti su un dato territorio. Questo è un dato che emerge sin dal primo studio dedicato allo straniero all'interno della *Soziologie* di Georg Simmel (1968). Nella prospettiva simmeliana, lo straniero è infatti inerente al secondo a-priori sociologico. Gli a-priori sociologici sono una sorte di schemi di pensiero che si attiverrebbero ogniqualvolta individuo e società si toccano nella concreta realtà di una quotidianità fatta di incontri tra esseri umani e tra esseri umani e istituzioni. Ebbene, il secondo di questi schemi implicherebbe la percezione da parte dell'individuo socializzato che c'è sempre qualcosa di ulteriore rispetto alla società di riferimento, qualcosa o qualcuno che vada oltre e ne rompa gli schemi, un'estraneità sempre in agguato oltre un'invisibile linea di confine, ma non per questo meno tangibile. Il migrante dunque sarebbe quella figura che, nelle parole di Simmel, oggi arriva

* Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Trieste.

e domani resta e, una volta giunto in un dato territorio, attiverebbe negli autoctoni uno schema mentale diffidente rispetto alla sua ambivalenza di lontano che si rende vicino. In sintesi, il concetto di straniero si riproduce *in primis* in quanto schema mentale interfacciandosi in seguito con la presenza concreta del migrante.

Approfondire dunque la figura sociologica dello straniero è attualmente di importanza primaria soprattutto in vista del ruolo che rispetto alla salute delle donne migranti ricopre il mediatore culturale. Partire da Simmel e andare oltre significa rendere il presente contributo più di una semplice retrospettiva, in mezzo a tante altre, del tema dello straniero nella sociologia classica e contemporanea. Sicuramente è necessario confrontarsi con chi come Simmel, Park, Schutz, Elias e Merton ha contribuito in modo fondamentale al dibattito in corso, illuminandone i diversi aspetti in maniera decisiva; occorre però volgere lo sguardo al panorama attuale dove si pone la questione della costituzione di una sfera pubblica globale adeguata a un fenomeno migratorio percepito sempre nella sua dimensione strutturale.

La mediazione culturale e la costruzione della sfera pubblica globale su due piani diversi si trovano a fare i conti col medesimo problema che è quello della rappresentazione sociale dello straniero. Se lo straniero esiste prima e quasi a prescindere dall'arrivo del migrante come categoria del pensiero, il pensiero è infarcito di quelli che Bacone definiva *idola* e che la psicologia sociale chiama stereotipi e pregiudizi. Fare mediazione culturale e operare per la costruzione di una sfera pubblica globale implica andare oltre alla cortina fumogena degli stereotipi e dei pregiudizi. Significa rendere possibile l'incontro tra l'uguale e il diverso, tra il residente e l'estraneo, tra l'*insider* e l'*outsider*. Tutto ciò a patto che la rappresentazione della diversità sia adeguata. Uno dei maggiori ostacoli su questo cammino è che la società contemporanea è una società mediatizzata in cui l'informazione è il prodotto del sistema dei media. Sorge spontaneo domandarsi quale ruolo i media svolgano nella rappresentazione dello straniero in quanto esponente di mondi sociali e culturali sovente molto diversi e distanti. Tale inadeguata raffigurazione costituirebbe un sasso di inciampo che potrebbe trasformarsi in una montagna insormontabile nel cammino verso l'edificazione di una sfera pubblica globale. Nelle pagine conclusive di questo saggio affronteremo anche questi aspetti di scottante attualità attraverso l'acuta analisi che non molti anni orsono venne condotta in tal proposito da Roger Silverstone (2007).

Potremmo proporre al lettore un indovinello su quando furono scritte queste righe e da chi: «per lo straniero il modello culturale del gruppo avvicinato non è un rifugio, ma un campo d'avventura, non è una questione scontata ma un tema di indagine controverso, non è uno strumento per sbrogliare situazioni problematiche ma una situazione problematica di per sé, e di quelle difficili da padroneggiare» e ancora: «la dubbia lealtà dello straniero, sfortu-

natamente, è molto più di un semplice pregiudizio da parte del gruppo avvicinato. Ciò è specialmente vero nei casi in cui lo straniero si dimostra restio o incapace a sostituire interamente il nuovo modello culturale a quello del gruppo natio». A prima vista sembrerebbero il rendiconto di un acuto opinionista rispetto alle difficoltà incontrate dalle politiche di integrazione che sono state tentate con più o meno successo nell'ultimo trentennio sul nostro territorio. Ebbene, così non è. Queste pagine furono scritte e pubblicate nel maggio del 1944 dal sociologo austriaco naturalizzato americano Alfred Schutz (2013, pp. 30-32). Abbiamo proposto questi brevi stralci dal saggio sullo straniero di Schutz per evidenziare la componente che potremmo definire a-storica che caratterizza l'impianto riflessivo della sociologia dello straniero nei suoi autori classici. Lo straniero, oltre a essere una figura del panorama sociale, è molto più una configurazione dell'immaginario sociale, un idealtipo.

Non a caso, fu proprio il sociologo delle forme di associazione, Georg Simmel, a dare inizio alla riflessione sociologica sullo straniero. Analogamente ad altre forme sociali esaminate da Simmel, anche questa è caratterizzata dall'ambivalenza. Come osserva acutamente Antonio De Simone:

Georg Simmel, il più acuto *filosofo e sociologo della modernità*, analizzando con un nuovo metodo “saggistico” e “analogico”, in modo ancor oggi impareggiabile, il principio strutturale logico-filosofico e le modalità sociologiche delle *azioni reciproche* che sortiscono dalle forme pure dell'interazione e dell'associazione sociale, ci ha offerto una complessa, problematica e minuziosa ricostruzione di alcune figure dell'universo sociale (tra cui lo straniero e il migrante) la cui straordinaria “attualità” risiede nell'originalità del punto di osservazione teoretico ed ermeneutico prescelto nei confronti di queste figure, che permane ancora nella riflessione contemporanea come un importante punto di riferimento interpretativo riguardo alle attuali dinamiche della socialità e agli odierni processi di inclusione/esclusione sociale (2016, p. 59).

Prosegue De Simone:

In Simmel l'interesse sociologico per la figura dello straniero come *forma sociale*, al di là del suo mutevole configurarsi in diversi contesti culturali e della sua utilizzazione come strumento di ricerca delle cause, modalità, condizioni dell'emarginazione e dell'integrazione culturale nelle diverse circostanze storico-sociali, riguarda principalmente le caratteristiche permanenti e fondamentali dell'*interazione sociale*. Simmel definisce la forma sociologica dello “straniero” come una particolare “costellazione” a cui perviene l'unità di vicinanza e di distanza, che ogni rapporto tra uomini comporta. La rilevanza di senso di questa costellazione, cioè delle due forme differenti di lontananza, la si può formulare nei termini seguenti: la distanza (*Distanz*) nel rapporto significa che il soggetto vicino è lontano, mentre l'essere straniero (*das Fremdsein*) significa che il soggetto lontano è vicino. Simmel non manca

subito di precisare che non s'intende lo straniero [...] come il viandante che oggi viene e domani va, bensì come colui che oggi viene e domani rimane – per così dire il viandante potenziale che, pur non avendo continuato a spostarsi, non ha superato del tutto l'assenza di legami dell'andare e del venire (Ivi, pp. 60-61).

Lo straniero così inteso rappresenta una sfida per la società nel suo condiderne lo spazio sociale testimoniando al contempo la distanza culturale. Storicamente le società vennero a patti con tale ambivalenza di vicinanza-distanza istituzionalizzando lo straniero nel ruolo del commerciante, di colui che varca il confine per assicurare alla società quelle risorse, prodotti e merci di cui non ha disponibilità. Tuttavia, non è sulla figura concreta dello straniero che Simmel concentra la propria attenzione, quanto piuttosto alla configurazione mentale che si attiva nella società dall'incontro tra *insider* e *outsider*.

Per Simmel lo straniero è colui che costringe la società a ridefinirsi incessantemente: egli pone continuamente al gruppo sociale il problema della propria collocazione, della propria parziale o totale assimilazione e integrazione, mette in gioco continuamente le categorie dell'inclusione e dell'esclusione. Nell'accezione di senso sociologicamente inteso, il termine "straniero" non fa riferimento esclusivo allo straniero in quanto membro effettivo della società, ma rinvia anche allo straniero come categoria cognitiva operante in modo più o meno consapevole all'interno di ogni singolo attore sociale e della società nel suo insieme. La società abbisogna dello straniero, pena la perdita della propria identità, la perdita della nozione di inclusione-esclusione che ne costituisce l'intima essenza, la perdita dei propri *confini* (Ivi, p. 64).

Queste ultime osservazioni sono particolarmente importanti. In qualche modo prefigurano il destino sociale dello straniero nella società di approdo. Sicuramente le considerazioni di Simmel si riferiscono direttamente alla sua biografia. Simmel incarnò nella Berlino guglielmina la forma dello straniero da lui descritta. La forma dello straniero si accompagna a un destino in qualche modo ineluttabile. Lo straniero è funzionale alla società che ne prevede una collocazione nella propria struttura. Gli *insider* sanno che negli incontri quotidiani avranno a che fare con soggetti vicini e al contempo lontani, ci sarà sempre un'alterità che supera il confine delle forme sociali attese. Simmel stesso in quanto ebreo visse l'esperienza di essere *outsider* nel proprio ambiente, per quanto la sua storia familiare fosse una storia di integrazione. Simmel si sacrificò a questo destino ineluttabile in quanto percepì il suo sacrificarsi come un atto di abnegazione alla società di cui faceva parte. La forma dello straniero è infatti funzionale al puntellamento dell'identità sociale degli *insider*. Possiamo condividere o meno il punto di vista di Simmel, tuttavia occorre prenderlo seriamente in considerazione specialmente nella pratica quotidiana dell'operatore sanitario che viene a contatto con le donne migranti. Occorre prendere consapevolezza da parte di costui della presenza

di questi schemi mentali a prescindere dal contesto quotidiano dell'incontro con le donne straniere. Un'azione che mira all'inclusione non può fare a meno di confrontarsi con un atteggiamento quasi spontaneo di presa di distanza dal vicino che si percepisce al contempo lontano e quindi estraneo e di cui tuttavia non possiamo fare a meno. Simmel sembra suggerire che tale è l'importanza della forma sociale dello straniero che se non ci fosse occorrerebbe inventarlo.

D'altro canto sarebbe nel contempo auspicabile che nella dinamica relazione che lega l'operatore socio-sanitario con la paziente migrante, l'operatore fosse preparato a *epocizzare* (mettere tra parentesi) tali schemi e preconcetti sociali che potrebbero indurre nell'altro atteggiamenti di rinuncia e resa rispetto a una collocazione sociale tanto ineluttabile quanto marginale.

Il concetto di marginalità e di *uomo marginale* riferito allo straniero e al migrante fu introdotto da un allievo nordamericano di Simmel, Robert Ezra Park. Nella sua riflessione sociologica Park coniugò la grande tradizione del nascente pensiero sociologico europeo incarnata da Simmel con l'esperienza di ricerca empirica sviluppatasi in quelli stessi anni nel contesto nordamericano e nello specifico nell'area metropolitana di Chicago. Park fu per diversi anni direttore del dipartimento di sociologia dell'università di Chicago. Egli coniugava l'esperienza acquisita da giornalista con il profilo di sociologia. Gli Stati Uniti di fine diciannovesimo e inizi ventesimo secolo rappresentavano un laboratorio ideale per la nascente scienza sociale. La società del nuovo mondo si formò per successive ondate migratorie, provenienti allora prevalentemente dalla vecchia Europa. L'America quindi quasi reclamò l'intervento degli scienziati sociali per risolvere l'impellente problema legato all'integrazione dei nuovi arrivati. Non mancarono i mecenati che a fine ottocento finanziarono la nascita di un dipartimento di sociologia all'interno dell'università di Chicago, la cui direzione fu nel 1892 affidata ad Albion Small. Park subentrò nella direzione a Small nel 1914 (Porcelli, 2018a).

Gli anni della direzione di Park furono quelli in cui il dipartimento di sociologia fu coinvolto in un vortice di ricerche empiriche di notevole spessore sul tema dell'ambiente urbano e dell'integrazione. Questa indefessa attività meritò al dipartimento negli anni a venire l'appellativo di Scuola di Chicago per esplicitare un lavoro di ricerca che era un lavoro di squadra più che il frutto dell'ingegno di singoli studiosi. Numerose ricerche condotte dagli studenti di Park attraverso la tecnica dell'osservazione partecipante e il vivere di persona all'interno dell'ecosistema umano studiato, presero in considerazione gli *slums* ossia i quartieri degradati dove spesso i nuovi arrivati erano costretti a stabilirsi e in generale sottoposero alla lente di ingrandimento tutte le nuove forme di disadattamento sociale, quei sottoprodotti del progresso industriale ed economico che in anni recenti Bauman (2007) ha definito "vite di scarto". All'interno degli sradicati, un posto rilevante era occupato da stranieri e migranti.

Le ricerche della Scuola di Chicago sul tema dello straniero tenevano conto dello studio che tra il 1918 ed il 1920 era stato dato alle stampe da W. Thomas e F. Znaniecki, dedicato alla vicenda migratoria del contadino polacco che dalla madrepatria partiva verso i porti del nuovo mondo. Questo studio monumentale, oltre ad analizzare le dinamiche migratorie in maniera encomiabile, si occupò dallo spaesamento prodotto dal nuovo contesto sociale sull'identità dell'immigrato polacco. Nelle prime parti dell'opera, quelle dedicate a un'implicita fondazione di quella che successivamente si definirà sociologia delle migrazioni, Thomas e Znaniecki esaminano i fattori storici, sociali ed economici che contribuirono all'ondata di migranti in partenza dalla Polonia. Questi fattori sono quelli che costituiscono i meccanismi di *push*. Accanto ai fattori che spingono a partire e a lasciare l'ambiente originario, si collocano i meccanismi di attrazione verso un luogo specifico di approdo che sono definiti di *pull*.

Quello che ci sembra di particolare rilievo è l'analisi delle storie di vita dei singoli immigrati, il destino riservato loro nell'America tanto agognata e sognata. Thomas e Znaniecki commissionarono la scrittura di due racconti di vita (Madge, 1993). Il primo in particolare riguarda la vicenda di un ragazzo che, approdato nell'America del primo Novecento, divenne il garzone di un fornaio. Il suo racconto fu verosimile ma non corrispondente alla verità dei fatti concreti e delle vicende vissute. Questa scoperta non deluse Thomas e Znaniecki. Thomas in particolare con acume notò che menzogna e verità in fondo costituiscono due facce della stessa medaglia. Non si mente mai a caso, si mente per essere all'altezza di un modello culturale e rispetto alle aspettative di comportamento a esso collegate. Si tratta dei tradizionali meccanismi attraverso cui si esercita il controllo sociale. L'adeguamento alla norma riceve l'approvazione dell'ambiente sociale, laddove la trasgressione viene stigmatizzata. Si parla in proposito di sanzioni positive nel primo caso e di sanzioni negative nel secondo. Le bugie narrate a Thomas e Znaniecki dal giovane garzone distorcevano la realtà dei fatti della sua biografia americana secondo una traiettoria ben precisa che era quella di cercare l'approvazione del lettore, mostrargli l'adeguamento al suo modello culturale. Allo stesso modo il ragazzo evitava di raccontare quegli episodi che, a suo giudizio, gli avrebbero meritato la disapprovazione. Egli incarnava nel suo essere straniero in America la tipologia dell'uomo marginale enunciata già da Thomas nella sua opera e approfondita alcuni anni dopo da Park nel suo breve e famoso articolo.

L'uomo marginale è definito da Park come colui che sperimenta un'incongruenza tra il sistema culturale della comunità da cui proviene e quello della società di arrivo, vivendola come una duplice perdita: di *status*, ossia di riconoscimento del suo ruolo all'interno del gruppo, e di senso del proprio sé, ossia di riconoscimento del suo ruolo all'interno del gruppo. Nel nuovo

contesto sociale, egli deve mettere in discussione tutto ciò che per altri è invece dato per scontato. Viene dunque messo in luce quello stretto rapporto esistente tra *identità e cultura*, tra concezione di sé e forme di riconoscimento sociale, tematica centrale della riflessione sociologica contemporanea (Sciolla, 2002). Essere marginali significa non permettersi di essere sé stessi fino in fondo quando i propri comportamenti potrebbero essere in contrasto con il mondo culturale della società ospitante. La linea di confine che separa l'ospitalità dall'ostilità è estremamente effimera e basta un nonnulla per superarla inavvertitamente. Il solo timore della trasgressione imbalsama sovente il migrante straniero e lo condanna a vita al destino di uomo marginale (Park, 1928; Stonequist, 1935). Come nota Luigi Perrone:

Per Park [...] le migrazioni innescano processi di emancipazione che coinvolgono tutti i soggetti sociali, quelli maggioritari e quelli minoritari. Si crea un vero e proprio movimento vitale che libera energie e, scatenando mutamenti a catena, produce nuovi equilibri. [...] Il migrante, emancipato e cosmopolita, sottoposto dall'ambiente a forti pressioni sociali, non fa in tempo a costruirsi punti di riferimento che già gli diventano inutili, superati e obsoleti; in questo nuovo ordine è egli stesso uno "straniero", costretto com'è a una vicinanza/lontananza dal "suo ambiente". Nello stesso tempo, però, questa nuova condizione lo costringe a guardare il mondo in cui è nato e cresciuto con un distacco simile a quello dello straniero e lo conduce ad acquisire una predisposizione alla riflessione intellettuale. È a questo proposito che Park chiama in causa Simmel e la sua concezione dello straniero: Simmel ha descritto la posizione dello straniero in una comunità e la sua personalità, in termini di movimento e migrazione [...]. L'effetto della mobilità e della migrazione è di secolarizzare i rapporti che precedentemente erano sacri; una "secolarizzazione della società" e contemporaneamente una "individualizzazione della persona" (2005, p. 79).

L'uomo marginale si condannerebbe così a una condizione di "inassimilabilità". Per contestualizzare le riflessioni di Park nel contesto della ricerca sulla salute riproduttiva delle donne migranti, la sfida che si pone all'operatore sta nel sapere leggere la condizione di marginalità dell'utente, raccogliere le informazioni nella consapevolezza che la bugia potrebbe essere inevitabile. Il non dire la verità non deve essere da lui inteso come fosse una strategia di inganno ma come piuttosto una strategia di sopravvivenza nel nuovo ambiente e, a ben vedere, di accondiscendenza alla sfera valoriale del mondo sociale ospitante. L'utente attraverso la distorsione di certi fatti e circostanze lo farebbe per cercare l'approvazione dell'interlocutore autoctono. Questa sarebbe per Park, in estrema sintesi, la precaria condizione dell'uomo marginale, un vero e proprio equilibrista tra mondi culturali distanti che le vicende storiche hanno resi vicini.

2. Lo straniero tra disorientamento e conflitto

Se finora abbiamo preso in considerazione lo straniero quasi esclusivamente dalla prospettiva del gruppo degli *insiders*, occorre analizzare la reazione di questi di fronte ai (pre)giudizi del contesto sociale in cui è approdato. Le due dimensioni che caratterizzano questa prospettiva sono quelle dello spaesamento e quella del conflitto. Sul disorientamento dello straniero le riflessioni più acute e penetranti si devono ad Alfred Schutz, mentre sul conflitto tra radicati e nuovi arrivati ha scritto pagine illuminanti Norbert Elias. Alfred Schutz analogamente a Simmel sperimentò sulla sua pelle la condizione di straniero. Nato a Vienna, fu costretto a emigrare dopo l'annessione dell'Austria da parte di Hitler e nel 1939 arrivò a New York dove insegnò fino alla morte alla New School for Social Research (Porcelli, 2018a). Quando compose nel 1944 il suo saggio sullo straniero, Schutz fece convergere nell'analisi diversi temi derivati dalla sua fenomenologia sociale. Allievo di Edmund Husserl a Friburgo, Schutz dedicò la sua ricerca a dipanare uno degli aspetti che il maestro aveva trovato tra i più problematici del suo pensiero: quello dell'interdipendenza. Il pensiero fenomenologico, che era alla ricerca di una base incontrovertibile della conoscenza, si trovò difatti avviluppato dalla deriva solipsistica del *cogito* cartesiano. Se incontrovertibile è solo l'ego pensante, diventa problematico pensare alla società se non come un arcipelago di monadi, incapaci di gettare ponti tra di loro e quindi anche di comunicare. Schutz dedicò i suoi studi a cercare l'elemento che consente l'interdipendenza tra le monadi, apparentemente negata da Husserl.

La comunicazione, che è alla base dell'esperienza sociale, è possibile perché gli individui condividono tra loro uno stock di significati che hanno ricevuto in eredità dal momento della nascita. Si tratta di una sorta di ricettario che contiene le indicazioni sul come comportarsi nelle più diverse situazioni della quotidianità sociale. Tale ricettario è condiviso da tutti coloro che vivono nel medesimo mondo sociale. Questo stock di significati non è quasi mai problematizzato in quanto contiene tutto ciò che per i membri di un determinato mondo sociale è dato per scontato. Bastano questi elementi della fenomenologia sociale di Schutz per cogliere quali sono i tratti che caratterizzano lo straniero. Straniero è colui che non condivide con la società in cui è arrivato lo stesso stock di significati, ossia per lui non c'è nulla che possa più essere dato per scontato, la sua è un'esistenza continuamente a rischio. Straniero è colui che ha abbandonato per le circostanze più diverse le sicurezze del suo mondo della vita e ha scoperto suo malgrado che il ricettario da lui utilizzato non è più utile nella sua nuova realtà sociale. Inizia per lui dunque un faticoso, incerto cammino di esplorazione e di apprendimento. Nonostante le sue capacità di adattamento, la sua condizione non arriverà mai a essere quella di un nativo, in quanto lo stock di significati condivisi, il ricettario dei nativi sarà per lui un testo da consultare quotidianamente e non

arriverà mai a dargli la sensazione del “dato per scontato” la sicurezza del senso comune e dell’ovvio. Gli autoctoni nutriranno verso il maldestro esploratore del loro mondo sociale un atteggiamento di diffidenza:

Ma molto spesso il biasimo di dubbia fedeltà trae origine dallo stupore dei membri interni al gruppo per il fatto che lo straniero non accetti l’insieme del loro modello culturale come lo stile di vita appropriato e naturale e la migliore di tutte le soluzioni possibili per ogni problema. Si dice allora che lo straniero è un ingrato dato che si rifiuta di riconoscere che il modello culturale che gli è stato offerto gli concede riparo e protezione. Ma costoro non comprendono che lo straniero in fase di transizione non considera affatto questo modello come un rifugio che gli offre protezione ma come un labirinto in cui ha perso ogni senso dell’orientamento (Schutz, 2013, p. 32).

La ricerca sulla salute riproduttiva delle donne migranti in Italia e Slovenia ha sottolineato con vigore la centralità della mediazione culturale e la valorizzazione della figura del mediatore. Nella prospettiva di Schutz il mediatore sarebbe più che un traghettatore, una sorta di facilitatore nel campo di avventura del modello culturale del gruppo avvicinato dallo straniero che è da lui percepito non come una questione scontata ma come un tema di indagine controverso, una situazione problematica di per sé. Questo è possibile in quanto il mediatore possiede entrambi i ricettari di cui parla Schutz ed è in grado di demolire anche quel pregiudizio di dubbia lealtà espresso dagli *insiders* di fronte ai maldestri tentativi posti in essere dallo straniero per adeguarsi a un modello culturale a lui estraneo e sovente incomprensibile.

È solo però con la pubblicazione da parte di Norbert Elias di *The Established and the Outsiders* nel 1965 che la teoria sociologica tenta di cogliere la figura dello straniero situandola all’interno delle complesse trame dei recenti flussi migratori operanti su scala globale. Rispetto al passato della disciplina e a spiegazioni spesso prospettiche, quali l’analisi dello straniero dalla parte dell’autoctono, ossia l’analisi dello straniero attraverso lo sguardo dell’*outsider* stesso, Elias insiste per un nuovo approccio che definisce configurazionale. La sociologia è chiamata ad analizzare la relazione complessa che si viene a creare tra il gruppo dei radicati e quello degli esterni, perché è da questa configurazione che eventualmente si producono le *strategie di esclusione* (che è anche il titolo della traduzione italiana pubblicata nel 2004). Il lavoro di Elias prende spunto da una precedente ricerca di J.L. Scotson un insegnante sensibile al problema della devianza giovanile che decise di studiare a Winston Parva, quartiere operaio inglese nei pressi di Leicester. La storia di questo insediamento è che a un certo punto una realtà sociale consolidata fu turbata dall’arrivo di nuovi nuclei di famiglie operaie. Questa è la configurazione che Elias si propose di sondare attraverso lo sguardo della sociologia. Quello che accadde a Winston Parva fu un conflitto *sui generis* tra radicati ed estranei (*established and outsiders*).

L'Autore analizza attentamente i processi sociali che si scatenano tra i gruppi, perciò oggetto del suo interesse non è lo straniero singolo, isolato, ma le famiglie, i gruppi [...]. *Outsiders* ed *Established*, gli uni e gli altri, sono due aspetti dello stesso problema, sono impensabili come soggetti in sé, si legittimano reciprocamente e non possono esistere separatamente. Sul piano metodologico ne consegue che, essendo interdipendenti, è necessario analizzarli contemporaneamente, all'interno dello stesso contesto. *Outsiders* ed *Established* si confrontano ed entrano in conflitto, indipendentemente dalla loro volontà, per il solo fatto di abitare lo stesso spazio urbano e di essere vicini di casa. Le diversità, che fungono da catalizzatore conflittuale, sono immanenti e vanno a giocare ruoli "pre-stabiliti", definiti da dinamiche sconosciute agli stessi attori sociali. Nel contesto analizzato da Elias, come egli dice, "si trovano collegati a una posizione di antagonismo senza quasi capire che cosa stesse loro succedendo e certamente senza alcuna responsabilità personale" (Perrone, 2005, pp. 106-107).

Queste ultime parole sono estremamente significative in quanto attribuiscono a dinamiche sociologiche conflitti interetnici che oggi troppo facilmente, invece di essere analizzati, come Elias invita a fare, vengono strumentalizzati da prospettive di carattere ideologico che finiscono per polarizzare ulteriormente la realtà sociale. La comprensione sociologica della configurazione che si crea tra gruppi sociali di radicati ed estranei è il prodromo per la composizione dei conflitti stessi. È proprio per questa ragione che

Elias ci parla dello straniero moderno, frutto della mobilità sociale e geografica dell'ultimo secolo; la sua non è solo la figura del migrante bensì quella dell'estraneo, dell'*Outsider* che mette in moto un modello di interazione tipico, un antagonismo reciproco e inevitabile fra sé stesso e il gruppo più antico (Tabboni, 1986, p. 42). Con Elias, lo straniero «è un estraneo in senso spaziale e culturale che, in un mondo in cui aumenta continuamente la mobilità sociale mentre si attenuano le differenze nazionali, è destinato a prendere il posto che lo straniero inteso come cittadino di un altro stato, occupava nel mondo antico» (ivi, p. 41). [...] I nuovi arrivati erano percepiti come una minaccia all'ordine esistente non perché avessero intenzione di sovvertirlo, ma perché costituivano di per sé una minaccia; si riteneva che fosse sufficiente la sola convivenza, il solo contatto ravvicinato perché tutta la comunità perdesse prestigio e retrocedesse di *status*. Il conflitto viene innescato dal semplice arrivo di estranei in un territorio vissuto come proprio da altri; altri gruppi sociali che hanno costruito un'immagine del proprio percorso di stabilizzazione sociale e acquisizione di caratteri *civili*. Questi gruppi ora hanno paura di essere ricacciati nell'antica condizione, comprovata dalla rappresentazione che hanno degli estranei, su cui proiettano le caratteristiche collettivamente riconosciute come *negative* nella costruzione della propria identità, perciò abitualmente riservate al peggio di sé. È questo il percorso che permette ai *radicati* di considerarsi migliori degli *esterni*, etnicizzando e *naturalizzando* così i caratteri *incivili* di questi ultimi (Perrone, 2005, pp. 108-111).

Quello dei radicati è un vero e proprio esercizio di potere volto a mantenere gli estranei al loro posto, in una collocazione di marginalità sociale ma non solo, come scrive Perrone nel suo commento all'opera di Elias:

L'altro elemento di rilievo che risalta dalla ricerca è il meccanismo attraverso il quale la stigmatizzazione del gruppo dei nuovi arrivati – estranei rispetto ai vecchi residenti, ma anche tra di loro, e perciò meno in grado di costruire collettivamente una buona immagine di sé – viene interiorizzata dagli esterni, al punto da autopercepirsi come inferiori, alimentando gli episodi di devianza. (Ivi, p. 114).

Questo ultimo punto è estremamente rilevante e illumina la diffidenza che accompagna l'incontro tra il migrante e l'operatore socioassistenziale. Il migrante e il rifugiato sono per definizione gli estranei, in quanto ultimi arrivati in un mondo di radicati. Il radicato da parte sua percepisce l'alterità radicale di coloro che per così dire stanno occupando un territorio considerato come proprio. Elias suggerisce che il conflitto prima di esternalizzarsi vive una dimensione interiore e spesso inconscia. La stigmatizzazione sociale da parte dei radicati convince i nuovi arrivati di essere sul serio dei portatori di stigma e quindi di essere naturalmente inferiori. Invano cercheremmo nello studio di Elias un compendio di buone prassi. A monte delle buone prassi occorre scopercchiare quel meccanismo quasi ancestrale che crea una sorta di abisso, una pietra di inciampo alla comunicazione tra il radicato e l'estraneo.

3. Conoscenza e rappresentazione dello straniero

In un articolo del 1972 intitolato “*Insiders and Outsiders: A Chapter in the Sociology of Knowledge*” Robert King Merton amplia ulteriormente la prospettiva di analisi dello straniero. Il sottotitolo dell'articolo colloca il testo nell'ambito della sociologia della conoscenza. Incontrarsi con l'estraneo è sicuramente muoversi su terreni insicuri ma c'è del peggio. Persino lo studio dello straniero rischia di rivelarsi una falsa conoscenza del fenomeno. Tutto dipende non sola dalla prospettiva teorica adottata dal ricercatore, ma specialmente dalla sua collocazione sociale. Chi è che studia lo straniero e il migrante in termini di gruppo di appartenenza? Dagli esempi tratti dalla recente letteratura ed esaminati da Merton, emerge innanzitutto un assunto dato per scontato: solo chi fa parte di un determinato gruppo è in grado di studiarlo. Questo elemento sarebbe del tutto precluso agli estranei. Una ricerca che prenda in considerazione gli afroamericani può essere scritta solo da un americano di colore. Analogamente, solo una sociologa di genere femminile può studiare i movimenti femministi del ventesimo secolo. Solo chi è *insider* può analizzare gli altri *insiders*. Non occorrono molte pagine a Merton per

demistificare questo presupposto gnoseologico. La stessa complessità dell'ambiente sociale della tarda modernità demolisce l'assunto. Ciò che caratterizza l'individuo contemporaneo è l'appartenenza a diversi gruppi sociali; si assiste continuamente a un'intersezione di status: si può essere contemporaneamente bianchi caucasici, protestanti o cattolici, femministi. Ma non si può essere contemporaneamente leali a ognuno dei gruppi a cui si appartiene. Quello che si verifica è una scelta di priorità.

In termini strutturali, siamo tutti, sia *Insiders* che *Outsiders*, membri di alcuni gruppi e, qualche volta conseguentemente, non di altri; occupanti di certi status che quindi ci escludono dall'occupare altri status affini. Per quanto ovvio sia il fatto basilare della struttura sociale, le sue implicazioni per le dottrine epistemologiche dell'*Insider* e dell'*Outsider* sono all'apparenza non così ovvie. Ancora, queste dottrine non presupporrebbero, come fanno normalmente, che gli esseri umani in società socialmente differenziate possano essere collocati sufficientemente nei termini di un singolo status sociale, categoria o affiliazione di gruppo – bianchi o neri, maschi o femmine, sotto i 30 anni o più vecchi – o di diverse simili categorie, prese in serie piuttosto che congiuntamente. Ciò trascura il fattore cruciale di una struttura sociale in cui gli individui non posseggono un singolo status ma un insieme di status: un complemento di status variamente collegati che interagiscono per determinare sia il loro comportamento che le loro prospettive (Merton, 1972, p. 22).

L'esempio addotto da Merton è molto eloquente in proposito. Una scienziata sociale afroamericana e femminista militante si trovò a scegliere se dare la priorità alla lotta di emancipazione per i diritti delle donne o alla lotta di emancipazione degli americani di colore e consapevolmente scelse quest'ultima.

I conflitti periodicamente riferiti dalle donne di colore – per esempio il dibattito tra Mary Mebane (Liza) e Margaret Sloan (a difesa di Gloria Steinem) – tra l'identificazione con il movimento di liberazione dei neri e il movimento di liberazione delle donne, riflette il fattore sociologico dell'intersezione dell'insieme degli status. Il problema di affrontare questi conflitti indotti a livello strutturale è sintetizzato da Margaret Sloan come: “la realizzazione che avrei aiutato i fratelli a comprendere che in quanto donne di colore non possiamo permettere che i maschi di colore facciano a noi quello che i maschi bianchi hanno fatto alle loro donne in tutti questi anni”. [...] I movimenti di liberazione delle donne che cercano l'unità all'interno degli Stati Uniti si trovano periodicamente a combattere contro le divisioni tra neri e bianchi all'interno delle proprie file, esattamente come i movimenti di liberazione dei neri che cercano l'unità si trovano periodicamente a contendere con le divisioni al loro interno tra uomini e donne emancipate. [...] Il problema di conseguire l'unità in movimenti su larga scala fondati su qualunque status quando i propri membri si differenzino rispetto all'intersezione degli insiemi di status è sintetizzato da queste parole sul movimento di liberazione delle donne pro-

nunciate da una donna di colore la cui identificazione con la razza era dominante. Di sicuro ci sono state donne che sono state in grado di pensare meglio di come erano state educate e hanno prodotto un canone letterario a cui ci si riferisce familiarmente come “letteratura femminista”: Anais Nin, Simone de Beauvoir, Doris Lessing, Betty Friedan, ecc. Ci si pone la domanda: che rilievo hanno le verità, le esperienze, le scoperte di donne bianche rispetto alle donne di colore? Sono le donne dopo tutto solo donne? Non so se le nostre priorità siano le stesse, se le nostre preoccupazioni e i nostri metodi siano gli stessi, o anche abbastanza simili da poterci permettere di dipendere da questo nuovo campo di esperti (bianche e femmine). È piuttosto ovvio che non possiamo. È ovvio che ci scontriamo (Merton, 1972, pp. 22-23).

La stessa storia della sociologia ci ripropone in un tempo più recente una vicenda analoga. Una delle scuole più innovative di studio delle culture contemporanee, la cosiddetta Scuola di Birmingham si sciolse nel 1980 quando il suo direttore e guida carismatica Stuart Hall decise di abdicare dalla sua posizione. Hall, cittadino britannico di origine giamaicana era un uomo di colore. Come scrisse un giorno con un pizzico di ironia, egli era tra i suoi fratelli quello che aveva ereditato la carnagione più scura e i tratti somatici più pronunciati che connotavano le radici africane dei suoi avi. La Scuola di Birmingham fu dalla sua nascita all'avanguardia di tutte le lotte sociali volte a perorare la politica del riconoscimento delle minoranze:

Foucault identificava tre modi attraverso i quali il potere opera sugli individui quali lo sfruttamento, il dominio e l'assoggettamento. Il primo lo definiva in termini economici come la lotta per i mezzi di sussistenza; il secondo in termini politici e religiosi (le ideologie come forme di dominio) e il terzo come la soppressione o negazione dell'identità individuale e del diritto a essere sé stessi. Era la soppressione della propria identità di donne e/o di Americani neri quella che i nuovi movimenti sociali identificavano e combattevano. Le “politiche del riconoscimento” come in seguito vennero conosciute, asserivano i diritti dei gruppi sociali marginalizzati di essere sé stessi e di essere accettati dagli altri in quanto tali (Scannell, 2007, pp. 217-218).

Lo stesso Hall negli anni '70 del secolo scorso fu un intellettuale capofila nella lotta per i diritti di coloro che avevano un colore di pelle e un'appartenenza etnica differente da quella che era la *British mainstream* e la *Britishness*. Negli stessi anni all'interno del suo istituto si andava organizzando un gruppo di studiose dedite agli studi femministi e che si fecero avanguardia intellettuale nelle lotte per i diritti delle donne. Ebbene, un bel giorno lo stesso Hall fu accusato da costoro di essere ormai diventato una figura di padre padrone all'interno della Scuola. Quella che era più di una critica, ferì profondamente Stuart Hall che credeva profondamente alle lotte per l'emancipazione ma in un sol colpo capì quello che Merton aveva scritto pochi anni prima nel suo articolo. La scelta di un gruppo di appartenenza prioritario è

ineludibile nell'intersezione delle appartenenze. Hall scelse di non decidere e preferì dimettersi. Al di là della vicenda che vide coinvolto Hall, se non è l'*insider* colui o colei che può conoscere e descrivere le dinamiche del proprio gruppo di appartenenza in quanto ci sta dentro fino al collo rendendo impraticabile qualsivoglia conflitto di lealtà, non è nemmeno l'*outsider* che può prendersi la delega della funzione. La studio dei gruppi a cui non appartiene finirebbe per produrre anche da parte sua una non equilibrata lettura sociologica. La distorsione proverrebbe anche in tal caso dalla prospettiva di analisi da lui adottata, determinata dalla lealtà nei confronti del gruppo di cui è *insider*.

Sembrirebbe dunque che anche agli occhi di Merton un'analisi dello straniero risulti impossibile. In realtà Merton suggerisce la possibilità di una terza collocazione per il ricercatore, quella intermedia tra *outsiders* e *insiders* che è particolarmente consistente quando si studiano i processi migratori. L'immigrato e in particolare l'immigrato di seconda generazione è infatti chi è nello stesso tempo *insider* e *outsider*, una sorta di ponte tra mondi culturali e gruppi etnici differenti. Non a caso, quando l'Europa si è trovata a fronteggiare le recenti ondate migratorie, nelle buone pratiche la figura maggiormente valorizzata è stata quella del mediatore culturale (Urpis, 2018), il solo che di fronte alle solide barriere e confini è capace di aprire soglie, secondo la felice metafora della sociologa Richter Malabotta:

L'apertura evoca la dissoluzione dei confini. L'esistenza di un confine è sempre stata (ed è tuttora) considerata un ovvio presupposto per la costruzione dell'identità di un sistema. Nella comunicazione interculturale, però, il confine è considerato un ostacolo all'adattamento interculturale reciproco e una causa di conflitti etnocentrici. [...] Mentre in una società gerarchica i confini creano sicurezza e sono un monito contro le possibili crisi di un'identità etnica che va difesa, in una società a codificazione multipla i confini tra culture suscitano claustrofobia e senso di costrizione. In tal senso, la creazione di confini indica una chiusura negativa, come dimostra il fatto che i confini geografici sono utilizzati per separare e definire spazi di conquista e di possesso, e che uno dei primi provvedimenti che indicano una nuova unione o collaborazione è la loro apertura. I confini imbrigliano le aperture al possibile e alle molteplicità delle espressioni culturali. Si cercano allora vie per "sconfinare". Uno dei tentativi più interessanti è ben rappresentato dal concetto di soglia (Richter Malabotta 2002). Creare una soglia significa predisporre le condizioni di un passaggio di confine: la soglia è un non-luogo, una condizione di sospensione della differenza. Il passo sospeso della cicogna simbolizza la sospensione della situazione *sul* confine e la conseguente necessità di stare da una parte o dall'altra di esso, che è l'essenza dell'etnocentrismo (normativo o modernista) come forma di comunicazione interculturale (Porcelli, 2018b, pp. 58-59). La soglia è il luogo in cui il passo sospeso della cicogna acquista un significato. Le soglie sono spazi «dove si facilitano l'incontro, il contatto

la contaminazione», esse sono «il primo presagio dell'annullamento del confine» (Richter Malabotta, 2002, p. 15). [...] Aprire i confini e creare soglie tra le culture non è un'operazione semplice, né indolore: essa evoca infatti l'idea modernista e individualista che la perdita di un'identità culturale non è un problema rilevante. Se si aboliscono i confini, viene a mancare la diversità culturale e, quindi, si determina una nuova monocultura? Nella comunicazione, i confini appaiono come una garanzia del mantenimento della diversità culturale, come essenziali per osservare la comunicazione interculturale. Il concetto di soglia indica l'abolizione di un confine fissato in modo etnocentrico, che crea disuguaglianza o discriminazione. Tuttavia, non è affatto semplice distinguere questo tipo di confine da quelli che mantengono le diversità culturali e/o offrono garanzie di riproduzione di altre forme comunicative. Per questo motivo, è importante chiarire la forma di comunicazione interculturale che assicura l'apertura e la creazione di soglie, cioè la ricostruzione del confine di una comunicazione adeguata (Baraldi cit. in Porcelli, 2017, pp. 52-54).

Manca tuttavia un tassello fondamentale per una chiusura parziale del presente contributo. La realtà quotidiana della tarda modernità è sempre meno il luogo degli incontri reali che vengono sostituiti da quelli virtuali. Nella complessità della società globale, quella società che Ulrich Beck (2003) avrebbe voluto cosmopolita, l'attiguità o la lontananza tra *insiders* e *outsiders*, tra i radicati e gli stranieri è questione di rappresentazione. La paura di essere invasi da rifugiati e migranti è indotta dalla visione delle immagini televisive degli sbarchi. Quello che sappiamo del conflitto in Siria o della guerra civile libica è frutto di rappresentazione. Il ruolo del sistema mediatico è attualmente un elemento imprescindibile della percezione e definizione dello straniero e dell'estraneo. Si profila una responsabilità mediatica in quanto in ballo c'è la fattibilità di una sfera pubblica globale che è alla base della società cosmopolita prefigurata da Beck. In quanto i media forniscono i quadri o i mondi di riferimento per la presenza dell'altro, essi *de facto* definiscono lo spazio morale entro il quale l'altro ci appare e nello stesso tempo chiedono un'equivalente risposta morale da parte nostra, il pubblico, quale cittadino potenziale o attuale.

Ciò che rende la società di massa così difficile da sopportare non è il numero delle persone coinvolte, ma il fatto che il mondo in mezzo a loro ha perso il potere di raccoglierle insieme, di legarle e di separarle. La stranezza di questa situazione ricorda una seduta spiritica in cui un numero di persone raccolte attorno al tavolo potrebbero all'improvviso, attraverso un trucco magico, vedere il tavolo svanire cosicché due persone sedute una opposta all'altra non sarebbero più separate né legate da alcunché di tangibile (Arendt, 1998, pp. 92-93). La sparizione del tavolo distrugge la necessaria distanza appropriata tra il sé e l'altro (Silverstone, 2007, p. 104). I media hanno sempre compiuto la funzione di creare il senso della distanza appropriata o almeno hanno tentato. Tuttavia tali mediazioni hanno in pratica prodotto un

tipo di polarizzazione nella determinazione di tale distanza. Il non familiare è spinto sino al punto di una totale estraneità, al di là dell'umanità; o viene tratto così vicino da divenire indistinguibile da noi stessi. Il contrappunto è quella metafora musicale che secondo Edward Said (2001) ha la virtù di legare senza annullare distanza e diversità ed è cruciale per la creazione di un effettivo spazio pubblico.

La logica del contrappunto ci consente di accostare la struttura emergente della *mediapolis*, un'infrastruttura di trame di espressione e di identità parallele, separate ma in grado di connettere (Silverstone, 2007, p. 104). La nozione di distanza appropriata ha un senso morale (Porcelli, 2010), in cui la relazione tra prossimità e distanza è mediata da un'effettiva misura di comprensione, cura e responsabilità. Abbiamo bisogno di sapere di ciascuno in un modo che da solo implichi un costante impegno critico verso le nostre rappresentazioni dell'altro attraverso i media. I media stanno diventando una realtà predominante di secondo ordine, del tutto equivalente a ciò che altrimenti sarebbe concepito come il mondo del tangibile faccia a faccia. Questa realtà predominante di secondo ordine, che il sociologo Silverstone nella sua ultima opera *Media and Morality. On the Rise of the Mediapolis* (2007) definiva *mediapolis*, non rimpiazza il mondo dell'esperienza vissuta – così come la nozione di simulacro in Baudrillard – bensì corre attraverso il mondo dell'esperienza e con esso è strettamente interconnessa. Il principio di ospitalità è già all'opera nella *mediapolis*. Internet è spesso inteso nel senso di offrire un tale spazio; la rete tuttavia, pur nella sua apertura, non è necessariamente uno spazio di ospitalità: se è ospitalità lo è senza un ospite (*host*). È ironico notare che il discorso definitorio di internet includa in generale tali termini: *host*, *home-page*, *visitor*, che sono i medesimi che per il discorso dell'ospitalità. Come nota Derrida, non può esserci ospitalità senza una casa, senza un luogo di accoglienza e in esso qualcuno che accolga. Internet in genere non è una casa, e i siti individuali, le *home pages*, possono, e lo fanno forse ancor di più, respingere il visitatore indesiderato e non essere accoglienti tanto quanto molti dei canali più istituzionalizzati di *media broadcasting* (Silverstone, 2007, p. 142). La *mediapolis* segnala la presenza nella vita quotidiana di quello spazio della mediazione entro il quale, in quanto partecipanti, ci confrontiamo con il mondo e laddove, in quanto cittadini, ci confrontiamo gli uni con gli altri.

Il movimento da partecipante a cittadino, e da uno spazio mediato a uno spazio civico, è il vero problema. Non è in alcun modo un presupposto. Ma è necessario pensare a come possa essere realizzato. Una tale riflessione diventa imperativa a margine di ogni ricerca sociale che abbia per oggetto il migrante, uomo, donna, minorenne non accompagnato. È fondamentale che il momento della disseminazione dei risultati e l'esposizione delle buone pratiche tenga debito conto dell'inevitabile rappresentazione mediatica. La sensibilizzazione della società civile non si produrrà se il messaggio mediato dal

sistema dei media non rispetterà la giusta distanza nella narrazione dell'alterità dello straniero. La figura di uno straniero distante ed estraneo si accompagnerà alla paura e alla diffidenza che si tradurranno in un evitamento se non in una vera e propria marginalizzazione sociale. Al contempo, l'annullamento ingenuo delle diversità etniche e culturali produrrà quella che nel passato è stata l'assimilazione forzata dell'immigrato. Occorre dunque tenere alta la guardia affinché il professionista dell'informazione mantenga la rotta in una navigazione non facile tra una troppo remota Scilla e una sin troppo addomesticata Cariddi. Solo in questo modo potrà esserci quella ospitalità che è alla base della convivenza tra diversità culturali che è alla radice della sfera pubblica globale.

Vorrei concludere queste pagine raccontando un aneddoto. Durante la scrittura del contributo sono stato convocato sull'altopiano del Renon, sovrastante la città di Bolzano, in un centro conferenze dove si sarebbe tenuto il primo incontro di una ricerca nazionale sul tema della genitorialità su basi insicure. Nel primo momento del simposio fu proposto da una delle animatrici del gruppo di ricerca un gioco rivolto agli astanti. Ciascuno venne invitato a scegliere in un mazzo di immagini disegnate quella in cui maggiormente si riconosceva. Immediatamente fui attratto da una carta di quel mazzo che meglio rappresentava la mia attitudine di ricercatore. Si trattava del disegno di una piccola giostra caricata a molla. Quale è l'analogia con la figura sociologica dello straniero? La realtà sociale è un polittico, una giostra in continuo movimento e il ricercatore colui che ne osserva le diverse prospettive che via via gli si offrono allo sguardo. La figura dello straniero che abbiamo cercato di descrivere in questo capitolo è stata dipinta cercando di rispettare le diverse prospettive che si proponevano via via all'occhio sociologico. Questa attitudine di ricerca non è nuova, ma è forse stata inopinatamente dimenticata da quando fu proposta da Karl Mannheim (1998) come il fondamento di un'autentica sociologia della cultura.

Riferimenti bibliografici

- Arendt H. (1998), *The Human Condition*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Baraldi C. (2003), *Comunicazione interculturale e diversità*, Carocci, Roma.
- Bauman Z. (2007), *Vite di scarto*, Laterza, Roma-Bari.
- Beck U. (2003), *La società cosmopolita. Prospettive dell'epoca postnazionale*, il Mulino, Bologna.
- De Simone A. (2016), *L'inquieta prossimità. Lo straniero e il migrante secondo Simmel*, «Post-Filosofie», 1: 9.
- Elias N., Scotson J.L. (1994), *The Established and the Outsiders. A Sociological Enquiry into Community Problems*, Sage, London.
- Madge J. (1993), *Lo sviluppo dei metodi di ricerca empirica in sociologia*, il Mulino, Bologna.

- Mannheim K. (1998), *Saggi di sociologia della cultura*, Armando, Roma.
- Merton R.K. (1972), *Insiders and Outsiders: A Chapter in the Sociology of Knowledge*, «American Journal of Sociology», 78: 1.
- Park R.E. (1928), *Human Migration and the Marginal Man*, «American Journal of Sociology», 33: 6.
- Perrone L. (2005), *Da straniero a clandestino. Lo straniero nel pensiero sociologico occidentale*, Liguori, Napoli.
- Porcelli G. (2010), “L’alba di mediapolis: l’etica della responsabilità”, in Sanguanini B. (cur.), *Comunicazione & partecipazione. Sociologia per la persona nella “Società-Display”*, QuiEdit, Verona.
- Porcelli G. (2017), “Il paradosso globale della comunicazione interculturale: lo strano caso del lavoro sociale con i rifugiati in Germania”, in Salzano D., Germano I.S., Ferzetti F., a cura di, *Sociologie del mutamento*, Esculapio, Bologna.
- Porcelli G. (2018a), “Harvard, Chicago, New York”, in Iannone R., Pitasi A. (cur.), *Tra Harvard e Madrid. Geografia e spirito della teoria sociologica*, L’Harmattan Italia, Torino.
- Porcelli G. (2018b), “Intercultural Communication and Social Work in Italy”, in Kollhoff L. (cur.), *Soziale Arbeit mit Flüchtlingen*, Shaker, Aachen.
- Richter Malabotta M. (2002), “Vivere le terre di mezzo”, in Piccioni L. (cur.), *Sconfinare. Differenze di genere e di culture nell’Europa di oggi*, Ed. Goliardiche, Urbino.
- Said E. (2001), *Reflections on Exile and Other Literary and Cultural Essays*, Granta, London.
- Scannell P. (2007), *Media and Communication*, Sage, London.
- Schutz A. (1944), *The Stranger: An Essay in Social Psychology*, «American Journal of Sociology», 49: 6, pp. 499-507 (tr. it. 2013, *Lo straniero. Un saggio di psicologia sociale*. Trieste, Asterios).
- Sciolla L. (2002), *Sociologia dei processi culturali*, il Mulino, Bologna.
- Silverstone R. (2007), *Media and Morality. On the Rise of the Mediapolis*, Polity Press, Cambridge.
- Simmel G. (1968), “Exkursus über den Fremden”, in *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Duncker & Humblot, Berlin (tr. it., 1989, *Sociologia*, Comunità, Milano).
- Stonequist E.V. (1935), *The Problem of the Marginal Man*, «American Journal of Sociology», 41: 1.
- Tabboni S. (cur.) (2016), *Vicinanza e lontananza. Modelli e figure dello straniero come categoria sociologica. Elias, Merton, Park, Schütz, Simmel, Sombart*, FrancoAngeli, Milano.
- Urpis O. (2018), *La diversità culturale nelle società complesse e le nuove strategie di integrazione: il ruolo dei mediatori interculturali nelle istituzioni*, «Poliarchie/Polyarchies», 1/2018.

Salute riproduttiva nella società globale. Diritti e disuguaglianze

di Lia Lombardi*

«Se vuoi capire perché la salute è distribuita così com'è, devi capire la società». Così scrive Marmot nel suo libro *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World* (2015, p. 7) ed è proprio ciò che cerchiamo di trattare in questo saggio, con un focus particolare sulle migrazioni e sulle differenze di genere.

Le scienze sociali, a livello internazionale, mostrano che «la distribuzione di salute e malattia all'interno di una società non è mai casuale, ma strettamente interconnessa alla posizione di una persona nell'ambito della stratificazione sociale»¹ (Giarelli e Venneri, 2009, p. 405). La connessione tra posizione sociale e livello di salute-malattia è definita *gradiente sociale*. Perciò, le disuguaglianze sociali di salute possono essere definite come «le differenze sistematiche di salute tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno di una società» (Ivi, p. 411). Presupponendo che la dimensione della salute sia elemento chiave per la comprensione del sistema di disuguaglianze, sia sociali, sia di genere, questo saggio entra nello specifico della correlazione tra disuguaglianze di genere e salute evidenziando, attraverso una prospettiva mondiale, sia la costruzione sociale della disuguaglianza di genere sia l'accumulo delle disuguaglianze che riguardano le donne: disuguaglianze sociali, di genere, di salute, e anche di generazione, laddove si tratti di adolescenti e minori (Lombardi, 2008).

* Fondazione ISMU (Iniziativa e Studi sulla Multiethnicità), Milano.

¹ Per descrivere le disuguaglianze, i sociologi parlano di *stratificazione sociale* che può essere definita come «un sistema di disuguaglianze strutturate tra raggruppamenti differenti di persone (...). È possibile concepire le società come costituite da strati ordinati gerarchicamente, dove i privilegiati stanno in alto e i meno privilegiati in basso» (Giddens, 2000, p. 213).

1. Globalizzazione e salute

Per un'analisi delle disuguaglianze sociali e di salute non possiamo non tenere conto di quelle che esistono tra nazioni e tra macro-aree del mondo. Come indicano Giarelli e Venneri (2009, p. 424), non solo «esiste una sorta di gradiente internazionale delle disuguaglianze ma esso si presenta ancora più ampio che all'interno dei singoli paesi» mostrando un maggiore divario tra i paesi del Nord e del Sud del mondo, sebbene un significativo miglioramento si sia registrato negli ultimi 25 anni (tab. 1).

Tab. 1 – Indicatori di salute su tre macro-regioni

	Aspettativa di vita alla nascita (anni) – 1994-2019	Parti assistiti da personale medico qualificato (%) 2017	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) 1994-2015
Totale mondiale	65-72	79	369-216
Regioni più sviluppate	74-80	-	22-12
Regioni meno sviluppate	63-71	-	409-238
Paesi meno sviluppati	52-65	56	832-436
Stati arabi	64-70	76	285-162
Asia e Pacifico	64-72	84	316-127
Europa orientale e Asia centrale	67-73	98	68-25
America latina e Carabi	69-76	95	117-68
Africa orientale e meridionale	49-64	62	858-455
Africa occidentale e centrale	49-58	52	1.040-676

Fonte: UNFPA, *Lo stato della popolazione nel mondo, Indicatori selezionati, 2019*

Il gradiente internazionale di salute tra le nazioni è il risultato della disparità di ricchezza, come si può notare dalla differenza tra la speranza di vita alla nascita della popolazione dei paesi sviluppati e quella dei paesi meno o non sviluppati. Bisogna, inoltre, considerare la determinante dipendenza delle disuguaglianze (interne ai paesi e tra di essi) dalle politiche sociali e sanitarie adottate dai governi. Osserviamo tre indicatori: la spesa sanitaria pro-capite, la spesa sanitaria pubblica sul PIL e la spesa sanitaria pubblica sull'intera spesa sanitaria. Nella tab. 2 riportiamo i dati esemplificativi di alcuni paesi selezionati tra i più e meno sviluppati del mondo in modo da mostrare le sostanziali differenze anche all'interno delle medesime aree. Il paese più virtuoso sembra essere la Svezia con una spesa pro-capite di 5.710 dollari: il 9% del PIL in spesa sanitaria pubblica e l'83,5% della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria corrente. Ciò significa che la presenza dello stato e l'investimento nelle politiche sanitarie sono elevati. All'estremo opposto troviamo l'Etiopia con un investimento pubblico basso in spesa sanitaria (1% del PIL e 28% della spesa sanitaria corrente) a cui corrisponde

una spesa pro-capite altrettanto esigua (28 dollari). India e Haiti evidenziano ugualmente un investimento pubblico in sanità molto ridotto (rispettivamente 1% del PIL e 25% e 15% della spesa sanitaria corrente) a fronte di una spesa pro-capite un po' più elevata (63 e 38 dollari).

Tab. 2 – La spesa sanitaria di alcuni paesi selezionati (2016)

<i>Paese</i>	<i>Spesa sanitaria pro capite (in US \$)</i>	<i>Spesa sanitaria pubblica – % PIL</i>	<i>Spesa sanitaria pubblica – % della spesa sanitaria totale</i>
<i>Paesi industrializzati</i>			
Svezia	5.386,73	9,13	83,51
Italia	3.572,31	6,65	74,46
<i>Paesi in transizione</i>			
Rep. Ceca	2.884,63	5,85	81,88
Moldova	480,38	4,38	48,79
<i>Paesi emergenti</i>			
Brasile	1.777,47	3,91	33,22
India	15,95	0,93	25,43
<i>Paesi più poveri</i>			
Haiti	95,44	0,83	15,34
Etiopia	69,52	1,10	27,62

Fonte: World Bank: <http://data.worldbank.org/indicator>

Al fine di ridurre l'ampio gap di disuguaglianza di salute tra le popolazioni del mondo si rende necessaria un'importante inversione di tendenza nella cooperazione sanitaria internazionale, «fondata sulla salute come bene comune e non come merce, sul rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, sulla promozione di un accesso equo ai servizi sanitari di base, su di un approccio comprensivo e multi-settoriale che coinvolga la popolazione; e, soprattutto sull'idea di salute come diritto fondamentale» e inviolabile (Giarelli e Venneri, 2009, p. 429).

2. Genere e salute. Aspetti della disuguaglianza

Ancora oggi la speranza di vita delle donne che vivono in paesi non industrializzati o caratterizzati da forti disuguaglianze rispetto al genere è più simile a quella maschile. Al contrario, la più alta mortalità maschile nei paesi industrializzati è caratterizzata da fattori sociali come il consumo di alcol, di tabacco e sostanze stupefacenti e dagli incidenti stradali. Le caratteristiche e le cause di questa maggiore morbilità variano nei diversi gruppi sociali, ma il quadro generale mostra che la vita delle donne è meno salutare di quella degli uomini. La spiegazione di questo apparente paradosso risiede nella complessa relazione tra fattori biologici e sociali che determinano salute e malattia degli esseri umani.

Osserviamo il rapporto tra salute e disuguaglianza di genere attraverso uno sguardo internazionale sulla salute riproduttiva delle donne che mette a confronto l'eccesso di medicalizzazione dei paesi occidentali con l'assenza – o la carenza strutturale e organizzativa – della medicina di base nei paesi non industrializzati. Aborto, generatività, sterilità e mutilazioni genitali sembrano fluttuare, in tutti i paesi del mondo, tra l'illegittimo e l'accettato, tra l'illegalità e la tolleranza di gran parte dei Paesi in Via di Sviluppo (PVS) e tra la legalità e la disapprovazione morale, nella maggior parte dei paesi industrializzati. Ancora una volta regna l'ambiguità, il “non detto”: atto privato negato in pubblico o atto pubblico, medico e legale, negato nella vita privata. L'ambiguità, il silenzio, la paura delle stigmatizzazioni lasciano spazio al controllo sui corpi e, ancora una volta, si tratta di corpi di donne (Boltansky, 2004; Lombardi, 2005; Lombardi, 2018).

2.1. Salute e diritti riproduttivi: uno sguardo internazionale

Assumiamo la salute riproduttiva come macro-indicatore di disuguaglianza/uguaglianza di genere e di salute tra le regioni del mondo. Secondo il Programma di Azione della Conferenza del Cairo per lo sviluppo mondiale, «la salute riproduttiva è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che riguarda tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e di decidere se, quando e quanto spesso farlo». In questa dichiarazione è sottinteso il diritto di accesso a servizi sanitari appropriati che «permettano alle donne di affrontare la gravidanza e il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere un bambino sano» (Programma di azione del Cairo, par. 7.2, 1994).

I diritti sanciti da questa dichiarazione non sono però garantiti in tutte le regioni del mondo, proprio a causa delle interconnessioni tra i diversi fattori della disuguaglianza, come: le condizioni socio-economiche, la carenza di servizi per la salute e/o la difficoltà di accesso, le disuguaglianze di genere (istruzione, reddito, occupazione), la mancanza di politiche di contrasto delle disuguaglianze. In altri termini, la salute riproduttiva è un indicatore dello stato di salute specifico delle donne, cioè quello connesso alla capacità di “fare bambini”, ma è anche un indicatore di sviluppo della società, misurato attraverso indicatori specifici come la mortalità materna, le nascite tra le adolescenti (15-19 anni), i parti assistiti da personale qualificato, il tasso di utilizzo della contraccezione. Esploriamo alcuni degli indicatori menzionati. Per quanto riguarda la mortalità materna (tab. 1), questa assume un particolare rilievo tanto che il terzo tra i diciassette Obiettivi del Millennio (Millennium Development Goals o MDG) posti dalle Nazioni Unite all'inizio di

questo secolo è quello di “migliorare la salute materna”, riducendo il tasso di mortalità materna a meno di 70 decessi ogni 100.000 nati vivi, entro il 2030.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce mortalità materna «la morte di una donna mentre è incinta o entro quarantadue giorni dalla fine della gravidanza, a prescindere dalla durata o dal contesto della gravidanza o aggravata da questa condizione o dal suo decorso, ma non per cause accidentali o per incidenti». Le cause di morte materna sono sempre le stesse: l'80% sono dovute a complicanze ostetriche dirette (emorragia, sepsi, complicanze dell'aborto, preclampsia, durata eccessiva del travaglio e ostruzione del canale del parto) e il 20% a cause indirette (condizioni mediche generali aggravate dallo stato di gravidanza e dal parto, come l'anemia, la malaria, l'epatite e l'Aids) (UNFPA, 2017). A questo si collega il peso dell'assistenza a gravidanza e parto condotta da personale qualificato: circa 40 milioni di donne non ricevono alcuna assistenza prenatale e solo la metà di tutte le donne gravide riceve una vaccinazione antitetanica; nei paesi meno sviluppati del mondo solo il 56% dei parti è assistito da personale qualificato².

2.2. Salute e diritti sessuali e riproduttivi: adolescenti tra libertà e rischio

L'adolescenza, la fase della vita tra i di 10 e 19 anni durante i quali i giovani sono in transizione dall'infanzia all'età adulta, è un tempo di opportunità e rischi. Per ragioni sociali ed economiche i giovani sono più vulnerabili degli adulti nel contrarre malattie, nel prevenirle e nel gestirle. Tra loro, i soggetti più a rischio sono le ragazze e le giovani donne. I ruoli e le disuguali relazioni di genere – spesso più che i fattori sociali ed economici – contribuiscono infatti alle loro difficoltà nel raccogliere informazioni specifiche o nell'aderire alle cure e ai servizi disponibili. Perciò, aiutare le giovani donne a evitare gravidanze indesiderate può avere benefici di vasta portata per loro, i loro figli e le società nel loro insieme.

Si stima che 252 milioni di donne di età compresa tra 15 e 19 anni vivano nelle regioni in via di sviluppo nel 2016. Queste adolescenti rappresentano circa un sesto di tutte le donne in età riproduttiva (15-49 anni) nelle regioni in via di sviluppo e costituiscono un quinto delle donne in età riproduttiva in Africa. Il 65% delle adolescenti del mondo vive in Asia (tra cui il 15% in Cina e il 23% in India), il 24% vive in Africa e l'11% in America Latina e

² Per personale qualificato si intende un operatore sanitario, solitamente medico, ostetrica o infermiera/e, che abbia ricevuto una formazione professionale e abbia le competenze per gestire un travaglio e un parto normali, riconoscere in tempo ed eseguire eventuali interventi immediati, iniziare la terapia e supervisionare il trasferimento di madre e bambino a un livello superiore di assistenza, laddove necessario. Le levatrici tradizionali, dotate o meno di una formazione professionale, non sono considerate personale qualificato (UNFPA, 2010).

nei Caraibi. Quasi due terzi degli adolescenti in Africa e in Asia vivono in zone rurali, ma solo un quarto in America Latina e nei Caraibi. Il fatto che gli adolescenti vivano in aree rurali o urbane è un indicatore del loro livello di istruzione e di ricchezza familiare: gli adolescenti rurali sono più poveri e quasi tutti sono meno istruiti degli adolescenti urbani (Darroch *et al.*, 2016; Lombardi, 2018).

È incoraggiante il fatto che il tasso di natalità tra le adolescenti sia diminuito in quasi tutto il mondo a partire dal 1990: nel 2018, il tasso di natalità delle giovani scende a 44 nascite su 1000 donne di 15-19 anni, in rapporto al tasso di 56 nel 2000. Il dato più alto si registra nell’Africa sub-sahariana: 101/1000 (UN Sustainable Development Knowledge).

Tale decremento si è verificato in correlazione con altri fattori quali l’aumento delle iscrizioni scolastiche tra le ragazze, l’aumento dell’età media al primo matrimonio e della domanda e uso di contraccettivi. I miglioramenti più significativi si sono registrati nell’istruzione primaria, in particolare nell’Asia meridionale, dove la parità di genere è stata raggiunta nel 2015. A partire dal 2016, circa il 68% delle adolescenti di età compresa tra 15 e 19 anni, nei paesi in via di sviluppo, ha completato sette o più anni di istruzione: percentuali più elevate si registrano in America Latina e nei Caraibi (82%) e in Asia (72%); le più basse si verificano nei paesi africani (51%). La tab. 3 mostra le percentuali di nascite tra le adolescenti nelle diverse aree del mondo, evidenziando come alla fragilità generazionale si aggiunga quella sociale e quella di genere, generando così un accumulo di disuguaglianze che pesa, sostanzialmente sul loro stato salute (Lombardi, 2018).

Il Guttmacher Institute (2012) fa una stima del risparmio dei costi e delle risorse se si procedesse al miglioramento dei servizi per la salute riproduttiva delle/degli adolescenti: per esempio, il miglioramento dei servizi per la contraccezione costerebbe circa \$ 770 milioni all’anno. Con un costo medio di \$ 21 milioni all’anno per ogni utente si andrebbe ben oltre le informazioni e l’offerta contraccettiva. Includerebbe infatti la formazione e la supervisione degli operatori sanitari, gli investimenti in strutture e forniture adeguate; i sistemi d’informazione e comunicazione per garantire che gli adolescenti possano accedere a una gamma di metodi e al supporto per scelta di un metodo contraccettivo e possano quindi utilizzarlo in modo efficace. La riduzione della domanda insoddisfatta di contraccezione moderna tra le giovani di 15-19 anni porterebbe 6 milioni di gravidanze indesiderate in meno ogni anno e questo significherebbe evitare 2,1 milioni di nascite non pianificate, 3,2 milioni di aborti e 5.600 decessi materni. L’importante riduzione delle gravidanze indesiderate risparmierebbe alle giovani e alle loro famiglie le conseguenze negative delle nascite precoci, si risparmierebbe nell’assistenza sanitaria e migliorerebbe il livello d’istruzione e le prospettive economiche delle giovani donne (Lombardi, 2018).

Tab. 3 – Nascite tra le adolescenti nelle regioni del mondo

<i>Dati mondiali e regionali</i>	<i>Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 2018</i>
Totale mondiale	44
Regioni sviluppate	14
Regioni meno sviluppate	48
Paesi meno sviluppati di tutti	91
Stati arabi	50
Asia e Pacifico	28
Europa orientale e Asia centrale	26
America latina e Carabi	62
Africa orientale e Meridionale	95
Africa occidentale e centrale	114

Fonte: UNFPA, *Lo stato della popolazione nel mondo, 2019*

Gli/le adolescenti europei/e vivono condizioni migliori dei loro coetanei extraeuropei, sebbene permangano significative differenze tra i diversi paesi, con un *range* che va dal tasso più alto del Regno Unito (14 nascite ogni 1000 adolescenti di 15-19 anni) a quello più basso dei Paesi Bassi (3). Nella tab. 4 confrontiamo i tassi di maternità con l'abortività delle adolescenti di alcuni paesi europei selezionati: il Regno Unito evidenzia sia un tasso più alto di nascite che di abortività tra le giovani sotto i 20 anni; Francia e Svezia si distinguono per un'abortività più elevata a fronte di tassi di maternità relativamente ridotti; l'Italia si colloca tra i paesi a basso tasso sia di nascite sia di abortività tra le adolescenti.

Tab. 4 – Nascite e aborti tra le adolescenti di alcuni paesi europei selezionati

<i>Paese</i>	<i>Tasso di maternità (ogni 1000 donne 15-19 anni) - 2006-2017*</i>	<i>Rapporto di abortività (ogni 1000 nascite di donne sotto i 20 anni) - 2015**</i>
Bulgaria	39	372
Romania	35	374
Slovacchia	24	167
Regno Unito	14	1.047
Lettonia	18	323
Ungheria	23	733
Malta	11	-
Estonia	13	1.207
Lituania	14	279
Polonia	12	-
Spagna	8	1.206
Francia	5	1.629
Italia	5	1.106
Paesi Bassi	3	2.030
Danimarca	3	3.141

*Fonte: UNFPA, *Lo stato della popolazione nel mondo, 2019*

**Fonte: WHO, *European Health Information Gateway, 2018*, https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_588-7020-abortions-per-1000-live-births-age-under-20-years/visualizations/#id=19683&tab=table

La situazione europea resta comunque di gran lunga migliore rispetto a quella dei paesi del Sud del mondo poiché l'uso della contraccezione è maggiormente diffuso anche tra le/gli adolescenti; le politiche a sostegno delle famiglie e dei giovani sono "generose", soprattutto nel Nord Europa; una maggiore informazione ai più giovani e meno tabù culturali su sessualità e riproduzione e, non ultime, le leggi che nella grande maggioranza dei casi garantiscono l'aborto sicuro e protetto, riducono quasi a zero il rischio di morbilità e mortalità delle adolescenti (Lombardi, 2018).

3. Migrazioni femminile e rischi per la salute

Oggi capita di frequente di sentir parlare di "femminilizzazione della migrazione", ma questo cosa significa? Questa terminologia è riferibile al fatto che la globalizzazione orienta in maniera nuova le migrazioni e che queste vanno viste in relazione alle origini, alla composizione e ai rispettivi profili dei migranti e uno degli aspetti più importanti delle migrazioni recenti riguarda la presenza della manodopera femminile sia nel lavoro informale sia in quello formale (Zanfrini, 2016).

Una caratteristica delle migrazioni femminili attuali, a livello mondiale, è la prevalenza di donne giovani e single. Il lavoro e i servizi delle donne single sono sempre stati un bene prezioso: nella prima migrazione trans-atlantica dal 1600 al 1800 possiamo trovare le radici del perché il lavoro delle donne, in particolare delle donne sole, è ed è diventato una "merce" apprezzata nelle attività economiche transnazionali (IOM, 2015). Le migrazioni femminili mostrano aspetti significativamente diversi da quelle maschili relativamente ai progetti e alle ondate migratorie, ai bisogni, alle provenienze, alle aspettative e anche ai rischi. Rispetto a questi ultimi la IOM (International Organization for Migration) osserva che le donne migranti sono più vulnerabili degli uomini rispetto agli abusi fisici, sessuali e verbali; che sono facilmente preda dei trafficanti di persone e dell'industria del sesso. Inoltre, è necessario introdurre prospettive di analisi di genere rispetto alla salute perché, anche in questo campo, gli uomini e le donne migranti presentano caratteristiche e rischi diversi. Per esempio: le donne spesso subiscono una doppia discriminazione nel mercato del lavoro (in quanto donne e in quanto migranti); oppure, lo status di "persona a carico" spesso limita il loro accesso ai programmi per il lavoro e a quelli socio-sanitari e la residenza può dipendere dal loro rapporto con un partner di sesso maschile occupato (Zanfrini, 2005).

Come evidenziano molti osservatori, il processo migratorio comprende diverse fasi e fattori che influenzano la salute delle persone migranti e che contribuiscono alla loro condizione di benessere. Tra questi possiamo distinguere: a) i fattori legati alla fase pre-partenza; b) le condizioni del viaggio; c) i fattori legati al contesto e alla comunità "ospitante" e a questi tre gruppi

di fattori s'intrecciano le variabili socio-demografiche (età, genere, istruzione, capacità e risorse, ecc.). Le interconnessioni tra questa pluralità di fattori possono permetterci di cogliere la relazione tra migrazione, genere e salute e il peso delle disuguaglianze che in essa si costruiscono e che, spesso, si rafforzano (Lombardi, 2018). Possiamo così individuare alcuni fattori chiave che sono alla base della condizione sociale delle donne migranti. Per esempio (IOM, 2015): a) i fattori individuali (capacità e risorse personali, età, istruzione, stato di salute, ecc.); b) i fattori sociali riferibili al ruolo delle donne e alle norme culturali; c) le politiche d'immigrazione stabilite dai paesi di destinazione; le reti relazionali e ancora di più il loro status è determinato dalle disuguaglianze di genere espresse (discriminazioni economiche, sociali, di accesso alle cure, subordinazione e assoggettamento agli uomini, violenza contro le donne e relative conseguenze).

3.1. Salute e diritti riproduttivi delle donne migranti

Secondo il Guttmacher Institute Report (2018), la situazione dell'aborto volontario è notevolmente cambiata negli ultimi decenni. A partire dal 2010-2014, si stima che ogni anno si verifichino 36 aborti ogni 1.000 donne di età compresa tra 15 e 44 anni nelle regioni in via di sviluppo, rispetto a 27/1000 nelle regioni sviluppate. Il tasso di abortività è diminuito significativamente nelle regioni sviluppate a partire dal 1990, ma non si sono verificati cambiamenti significativi nelle regioni in via di sviluppo.

Il calo più marcato dei tassi di abortività si è verificato nell'Europa orientale, dove l'uso di contraccettivi sicuri è aumentato in maniera importante, ed è diminuito in modo significativo anche nella sub-regione dell'Asia centrale. Entrambe le sub-regioni sono costituite da stati dell'ex blocco sovietico in cui la disponibilità dei contraccettivi moderni è aumentata nettamente dopo l'indipendenza politica, mostrando come l'aborto diminuisce quando aumenta la diffusione e l'uso dei contraccettivi efficaci.

Gli aborti si verificano più frequentemente sia nei paesi con leggi più restrittive sia in quelli con leggi meno restrittive, mostrando rispettivamente un tasso medio di abortività di 37 e 34 per 1.000 donne. In gran parte del mondo, le donne tra i 20 e 24 anni tendono ad avere il tasso più alto rispetto alle altre fasce d'età, e la maggior parte degli aborti avvengono tra donne di circa vent'anni. I tassi di aborto adolescenziale nei paesi delle regioni sviluppate sono piuttosto bassi (ad esempio, 3-16 per 1.000 donne di età compresa tra 15 e 19 anni) e sono in costante calo in molti di questi paesi; dati comparabili non sono disponibili per le regioni in via di sviluppo.

Lo sviluppo e l'applicazione di linee guida e di standard clinici hanno facilitato l'accesso all'aborto sicuro. Inoltre, la portata dei servizi sicuri è

stata estesa grazie a professionisti della salute di livello intermedio (infermieri, ostetriche, ecc.) appositamente formati per eseguire l'aborto in modo sicuro, in molti paesi. Poiché l'accesso all'assistenza sanitaria in generale migliora e i governi nazionali danno maggiori priorità all'attuazione delle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), migliora anche l'accesso alle cure di qualità post-aborto. Questo significa che molte meno donne muoiono a causa di un aborto non sicuro.

Di tutti gli aborti che avvengono annualmente, si stima che il 55% sia sicuro (cioè eseguito con un metodo raccomandato e da un professionista adeguatamente formato), il 31% è meno sicuro (soddisfa solo uno dei due criteri) e il 14% è insicuro (non soddisfa nessuno dei due criteri). Quanto più restrittivo è il contesto legale, tanto maggiore è la percentuale di aborti meno sicuri, che vanno da meno dell'1% nei paesi meno restrittivi al 31% nei paesi più restrittivi.

Gli aborti non sicuri si verificano in grande prevalenza nelle regioni in via di sviluppo, dove sono concentrati i paesi che limitano fortemente l'aborto. Ma anche laddove l'aborto è legale, la presenza di servizi inadeguati o di prezzi inaccessibili può limitarne l'accesso. Anche lo stigma persistente contro l'aborto può influire negativamente sui professionisti, come per esempio accade per l'obiezione di coscienza in diversi paesi europei, compresa l'Italia. Questo orientamento può indurre le donne a privilegiare un aborto clandestino e non sicuro. In 14 paesi in via di sviluppo in cui è prevalente l'aborto non sicuro, il 40% delle donne che hanno abortito sviluppa complicanze che richiedono cure mediche e in tutte le regioni in via di sviluppo, circa 6,9 milioni di donne vengono trattate ogni anno per tali complicanze.

La stragrande maggioranza degli aborti deriva da gravidanze indesiderate. I tassi di gravidanza non previsti stimati nelle regioni sviluppate e in via di sviluppo sono rispettivamente 45 e 65 per 1.000 donne di età compresa tra 15 e 44 anni, tra il 2010 e il 2014; entrambi i valori rappresentano un calo significativo dal 1990 in avanti. I tassi più alti si registrano in America Latina e Caraibi (96 per 1.000) e in Africa (89 per 1.000).

A livello globale, il 56% delle gravidanze non intenzionali termina con un aborto volontario; a livello regionale, questa percentuale varia dal 36% nel Nord America al 70% in Europa. Per intervenire in base alle crescenti preferenze per nuclei familiari poco numerosi e per un migliore controllo sui tempi delle nascite, le donne e gli uomini necessitano di avere un accesso più facile ai contraccettivi moderni. Il bisogno insoddisfatto di contraccezione efficace è più elevato tra le donne single e sessualmente attive, rispetto alle donne in coppia, poiché lo stigma continua a impedire alle donne single, soprattutto se adolescenti, di rivolgersi ai servizi di consulenza per la contraccezione.

È evidente che la legalità è il primo passo verso l'aborto sicuro, ma questa deve essere accompagnata dalla volontà politica e dalla piena attuazione

della legge, nonché da percorsi di informazione e di educazione alla salute riproduttiva e all'aborto sicuro. Nei paesi che limitano l'aborto, la prevenzione di una gravidanza non voluta può fare molto per prevenire l'aborto stesso. Bisogna infine sottolineare che decidere quando e quanti figli avere è un "diritto umano fondamentale", i cui benefici si estendono a ogni livello: ogni singola donna, la sua famiglia e la società nel suo insieme (Guttmacher Institute, 2018).

Una prima considerazione da fare a ridosso dei tassi di abortività appena descritti è che uno dei fattori che influenza la più alta abortività delle donne migranti rispetto alle native è dato dalla loro provenienza da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), sia europei sia extraeuropei, che già mostrano un maggiore ricorso all'interruzione di gravidanza. Come vedremo nel corso di questo paragrafo, tale comportamento non può essere considerato di tipo culturale, bensì derivante da precise strutture e condizioni sociali (Lombardi, 2018). Nella regione europea, molti paesi hanno sviluppato e approvato strategie nazionali a sostegno della salute riproduttiva, politiche e/o documenti programmatici, tra cui l'affermazione del diritto alla scelta riproduttiva (*reproductive choice*) e l'accesso ai servizi per l'interruzione di gravidanza, in linea con il Programma d'Azione della Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite (ICPD, 1994). Tutti i 52 Stati membri dell'OMS nella Regione Europea, tranne Malta, hanno sottoscritto una dichiarazione di principio che non stabilisce il "diritto all'aborto", ma lo interpreta come una pratica sostanzialmente da evitare e a cui ricorrere in *extrema ratio*.

In nessun caso l'aborto deve essere promosso come metodo di pianificazione familiare. Tutti i governi e le organizzazioni intergovernative e non governative sono invitati a rafforzare il loro impegno per la salute delle donne, per affrontare l'impatto sulla salute degli aborti non sicuri come un importante problema di salute pubblica e di ridurre il ricorso all'aborto attraverso servizi di pianificazione familiare ampliati e migliorati. Alla prevenzione delle gravidanze indesiderate deve sempre essere data la massima priorità e ogni tentativo deve essere offerto per evitare il ricorso all'aborto [*trad. dell'autrice*].

Nella regione europea, quasi tutti i paesi consentono l'aborto per salvare la vita di una donna e il 90% di essi per preservarne la salute fisica o mentale; l'88% per anomalie fetali o in caso di stupro o incesto. Quasi l'80% consente l'aborto per motivi economici e sociali, e un po' meno lo ammettono su richiesta (Lazdane, 2005). Dall'analisi dei dati e dei diversi sistemi di accesso all'aborto volontario, possiamo individuare tre diversi orientamenti: a) paesi con leggi che permettono un accesso facilitato (come Austria, Belgio, Gran Bretagna, Norvegia, Olanda, Svezia, Svizzera); b) paesi con accesso limitato (Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Portogallo, Spagna); c)

paesi in cui l'aborto è illegale (Malta, Andorra, Irlanda³, Polonia⁴). Alle diverse modalità d'approccio rilevabili nei paesi europei, si aggiungono le politiche d'accesso alla salute riproduttiva e all'aborto volontario delle persone immigrate. Modalità più o meno restrittive che non necessariamente si distribuiscono coerentemente rispetto all'accessibilità delle persone native. Per esempio, l'accesso all'aborto in Olanda e Svezia è molto facilitato ed è permesso fino alla 24^a settimana di gestazione, è gratuito per tutte le persone residenti legalmente sul territorio, ma è a pagamento per le donne straniere residenti all'estero, le irregolari e le rifugiate (<http://www.abortion-clinics.eu/>).

Tra i paesi con limitazioni nell'accesso all'aborto, troviamo la Danimarca che non permette l'accesso gratuito alle donne straniere non residenti o irregolari, così la Francia usa norme restrittive verso chi non risiede regolarmente sul territorio nazionale. L'Italia, d'altra parte, pur essendo considerato un paese che permette l'accesso all'aborto volontario con alcune limitazioni⁵ non fa distinzione tra cittadine italiane e straniere, tra residenti regolari e irregolari. L'accesso all'aborto volontario e a tutti i servizi per la salute riproduttiva è garantito e gratuito per tutte/i (Lombardi, 2018). In Portogallo, a causa delle norme restrittive e dell'elevato numero di obiettori di coscienza, gran parte delle interruzioni di gravidanza avvengono illegalmente nelle cliniche private, presso ambulatori medici, effettuato anche da ostetriche e infermiere. Questo vale per le cittadine portoghesi e, a maggior ragione, per le immigrate e le irregolari. Nei paesi in cui l'aborto è illegale, la situazione delle donne migranti non differisce da quella delle native e le uniche possibilità di interrompere una gravidanza sono di andare all'estero o procurarselo clandestinamente, con il rischio di compromettere la propria salute, la propria vita o di essere perseguite penalmente. I fattori legati alla difficoltà di accesso all'aborto volontario, correlati ai percorsi migratori, alla condizione di genere, ai fattori di fragilità sociale e alle barriere culturali, che spesso accompagnano le donne migranti, fanno rilevare tassi di abortività volontaria significativamente superiori a quelli delle native dell'area occidentale e settentrionale dell'Europa. In Spagna, per esempio, si registra che il 45% degli aborti è attribuibile alle donne straniere, sebbene solo l'11% delle donne residenti in Spagna nel 2008 fossero nate all'estero; in Italia, per esempio, più del 30% degli aborti del 2016 sono da attribuire alle cittadine straniere; tra il 25 e il 35% delle IVG che avvengono in Finlandia, Olanda, Norvegia e Svezia sono registrate a carico delle straniere.

³ L'aborto è ammesso solo in caso di pericolo di vita della madre.

⁴ L'aborto è ammesso solo per grave rischio per la salute della madre; per gravi condizioni fetali, in caso di stupro.

⁵ Tra cui l'obbligo di effettuare l'intervento solo nei servizi pubblici, l'accesso molto limitato all'aborto medico e il dilagare dell'obiezione di coscienza da parte degli operatori sanitari, l'obbligo di attesa di una settimana tra la richiesta di IVG e la certificazione di accesso all'intervento (L. 194/78).

3.2 Le donne immigrate in Italia tra salute e diritti riproduttivi

Le cittadine straniere immigrate in Italia e regolarmente residenti hanno tutti i diritti di accesso ai servizi, soprattutto quando si tratta di salute riproduttiva. Infatti, in caso di gravidanza, parto e aborto, le straniere non regolarmente residenti ricevono il codice STP (Straniero Temporaneamente Residente) e con questo accedono a tutti servizi pubblici per l'assistenza in gravidanza, parto e interruzione di gravidanza. Oltre a questo le donne gravide ricevono un permesso di soggiorno temporaneo valido per tutta la gravidanza e sei mesi dopo la nascita del bambino/a (Agenas, 2013).

In linea di massima la salute delle donne immigrate⁶ da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) si caratterizza con un standard mediamente elevato, seppur con qualche differenza rispetto alle cittadine italiane e alle straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

Secondo il più recente rapporto CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto), nel 2015, il 20% dei parti riguarda donne di cittadinanza straniera, con una maggiore presenza nelle aree del Centro-Nord (più del 25%) e in Emilia Romagna e Lombardia dove raggiungono il 30% delle nascite. Le aree geografiche di provenienza maggiormente rappresentate sono l'Africa (25,3%) e l'Unione Europea (26,1%). Le madri di origine asiatica e sudamericana costituiscono rispettivamente il 18,1% e il 7,8% delle madri straniere (Basili *et al.*, 2018).

L'età media della madre è di 32,8 anni per le italiane e di 30,1 anni per le cittadine straniere. L'età media delle donne italiane al primo figlio è superiore a 31 anni, le donne straniere partoriscono invece il primo figlio in media a 28,4 anni. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2015 il 43,8% ha una scolarità medio-alta, il 28,6% medio-bassa e il 27,6% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio-bassa (46,4%).

Per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, a livello nazionale, oltre l'87% delle donne in gravidanze ha effettuato più di quattro visite, mentre la percentuale di gravidanze in cui non è stata effettuata alcuna visita è dello 0,9%. Il *timing* della prima visita è un indicatore utilizzato a livello internazionale e nazionale per la valutazione dell'accesso alle cure prenatali. Analizzando la percentuale di gravidanze in cui viene effettuata la prima visita dopo l'undicesima settimana di gestazione, si evidenzia che le donne con cittadinanza straniera non si sottopongono ad alcun controllo nell'1,6% dei casi (0,8% per le donne italiane) e si sottopongono alla prima visita di controllo dopo l'undicesima settimana di gestazione nell'11% dei casi contro il 2,5% delle donne italiane (*Ibidem*).

⁶ I parti delle cittadine straniere sono circa il 18% di tutti i parti avvenuti in Italia nel 2013 (Istat, 2014).

Per quanto riguarda le ecografie in gravidanza, nel 2015 ne sono state effettuate in media 5,5 a livello nazionale. Nel 73,9% dei casi si registra un numero di ecografie superiore a tre (valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute). I dati rilevati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza (*Ibidem*). Il livello di medicalizzazione tra le donne straniere risulta però più contenuto rispetto alle italiane: il 20,2% ha effettuato sette o più controlli ecografici contro il 41,5% delle italiane; il 71,3% si rivolge più spesso a un ginecologo del consultorio o di una struttura pubblica contro il 24,7% delle italiane (ISTAT, 2014)⁷.

Più contenuto è anche il ricorso al parto cesareo delle cittadine straniere che si attesta intorno al 27% contro il 37% delle italiane. Un altro dato interessante da interpretare riguarda la medicalizzazione anche dei parti fisiologici, cioè un cospicuo intervento medico anche quando non si evidenziano particolari complicanze.

Considerando alcuni indicatori di medicalizzazione, si evidenziano significative differenze tra le cittadine italiane e le straniere: il 75,8% delle italiane dichiara di aver subito almeno una delle pratiche di medicalizzazione contro il 60,3% delle straniere; al 33,8% delle italiane è stata eseguita la rottura artificiale delle membrane contro il 25,4% delle straniere; il monitoraggio cardiaco fetale continuo è stato applicato al 46,5% delle italiane contro il 25,4% delle straniere; l'ossitocina è stata applicata al 24,9% delle italiane e al 12,4% delle straniere; le pressioni sul ventre sono state esercitate al 23,5% delle partorienti italiane e al 17% delle straniere e infine l'episiotomia è stata eseguita al 37,8% delle italiane contro il 22,4% delle straniere. È quindi inevitabile che ci si chieda perché, come mai accade questo. Una ricerca *ad hoc* ne svelerebbe le ragioni, però in questa sede possiamo avanzare qualche ipotesi che vanno dal minore interesse e attenzione verso le donne straniere (in Italia vigono idee sul parto che “più interventi sono indicativi di una migliore assistenza” sia da parte degli operatori sia delle partorienti) – se si vuole sostenere un'ipotesi negativa – a una maggiore capacità di gestire il parto e/o di fare meno richieste da parte delle straniere, che conduce gli operatori a non intervenire in maniera standardizzata – se si vuole sostenere un'ipotesi positiva (Lombardi, 2018).

Per ciò che riguarda il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) delle donne immigrate in Italia, l'ultima relazione ministeriale (2018) mostra che, dopo un aumento importante nel tempo, le IVG fra le straniere

⁷ Bisogna ricordare che i controlli ecografici sono sostanzialmente concomitanti alle visite. Pertanto, dato che le cittadine straniere accedono maggiormente al servizio pubblico, gioco-forza fanno meno ecografie e meno visite. A ciò si aggiunge il dato che tendono a ricorrere alla prima visita a uno stadio più avanzato rispetto alle italiane, di conseguenza effettuano percentualmente meno controlli e meno ecografie in gravidanza rispetto alle italiane.

si sono stabilizzate e negli ultimi tre anni cominciano a mostrare una tendenza alla diminuzione: sono il 30,3% di tutte le IVG nel 2017 rispetto a 31,1% nel 2015. È in diminuzione anche il loro tasso di abortività (15,5 per 1.000 nel 2016 rispetto al 17,2 per 1,000 nel 2014 e 40,7 nel 2003), permanendo comunque una popolazione con un tasso di abortività più elevato di 2-3 volte rispetto alle italiane. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze: donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria PFPM, da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e cittadine italiane, si conferma la diminuzione dei tassi di abortività tra le italiane, ma anche un importante decremento tra le straniere, specialmente quelle provenienti da PFPM. Dal 2003 al 2016 si è verificato un decremento del tasso di IVG delle italiane da 7,6 a 5,8; da 10,8 a 7,4 scende il tasso IVG delle donne straniere provenienti da PSA mentre si riduce a un terzo il tasso delle straniere provenienti da PFPM (da 40,7 a 14,8)⁸. Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFPM e del divario con le donne italiane potrebbe essere interpretata come un segnale di inclusione da parte delle donne straniere e di modifica dei comportamenti riproduttivi. Un altro fattore significativo è l'anzianità migratoria: più lungo è il tempo di residenza in Italia più i comportamenti delle donne immigrate si avvicinano a quelli delle italiane e delle straniere PSA. Il cambiamento è dovuto alla maggiore stabilità sul territorio, all'impegno lavorativo e perciò anche alla difficoltà di conciliare famiglia e lavoro; a questo si aggiunge una maggiore e migliore acquisizione dei metodi contraccettivi, dell'utilizzo dei servizi territoriali (v. consultori familiari) e ambulatoriali per la cura della salute sessuale e riproduttiva (Lombardi *et al.*, 2016). A questi nuovi comportamenti riproduttivi concorrono quindi sia le strutture sociali sia i cambiamenti culturali che le migrazioni inevitabilmente producono; a questo aggiungiamo un importante lavoro di formazione, informazione, sensibilizzazione, accoglienza che i servizi territoriali e gli operatori hanno fatto in questi ultimi vent'anni e di cui ora si comincia a raccogliere i frutti (Relazione Ministero, 2018).

La distribuzione delle IVG per cittadinanza mostra un'importante prevalenza delle provenienze dai paesi dell'Europa orientale: 18.236 IVG, pari al 51% delle interruzioni di tutte le cittadine straniere, che rappresentano il 34% del totale complessivo delle IVG avvenute nel 2012. Il numero predominante delle IVG delle cittadine dell'Est Europeo è dovuto all'elevata presenza di donne provenienti da quell'area del continente: infatti, sono 1.383.915 le europee (comunitarie e non) residenti in Italia, con un rapporto M/F pari al 76,4%. La grande maggioranza è rappresentata da rumene (529.265) e alba-

⁸ Rimane importante il divario tra le IVG delle adolescenti italiane rispetto a quelle di origine straniera: rispettivamente 3,9 contro 10,7 interruzioni ogni 1000 giovani di 15-19 anni.

nesi (223.275), seguono le ucraine (160.113), le moldave (87.951) e le polacche (77.603). In complesso, le europee rappresentano il 58% di tutta la popolazione femminile straniera residente in Italia (ISTAT, 2014).

4. Considerazioni conclusive

A conclusione di questo breve saggio intendo sottolineare alcuni aspetti critici che riguardano la salute riproduttiva delle donne migranti in Europa e nel mondo. L'osservazione dell'andamento dell'aborto volontario a livello internazionale ci consente di individuare alcune aree critiche che riguardano le donne migranti.

In primo luogo, gli aborti ripetuti sono molto comuni in Svizzera, Spagna e Italia tra le donne asiatiche e rumene (Rapporto del Ministero della salute, 2014) e gli aborti selettivi (a scapito dei feti femminili) si registrano ancora in Albania, Kosovo e Montenegro e tra le donne migranti provenienti da questi paesi (Hennen, 2013). In secondo luogo, gli aborti illegali sono ancora frequenti tra le donne straniere e se ne stimano 3-5.000 ogni anno in Italia (Rapporto del Ministero della Salute, 2014). Sono frequenti anche gli aborti non sicuri, poiché le donne immigrate usano spesso il Misoprostol, un farmaco per il trattamento delle ulcere che può causare l'aborto spontaneo se assunto in quantità elevate.

La terza area di preoccupazione è quella dell'obiezione di coscienza del personale sanitario che in diversi paesi europei, tra cui l'Italia, mostra un costante aumento ostacolando, spesso in modo significativo, l'opportunità per le donne (in particolare quelle migranti) di chiedere l'interruzione di una gravidanza entro i termini previsti dalla legge.

I dati ministeriali più recenti (2015) indicano una percentuale media di obiettori che riguarda il 70% dei ginecologi, il 50% circa degli anestesisti e il 40% del personale non medico. A seguito dell'obiezione di coscienza, il 2 aprile 2014 il Comitato per i diritti sociali del Consiglio d'Europa ha redarguito l'Italia e ha affermato che l'obiezione di coscienza «viola il diritto alla salute delle donne che vogliono interrompere una gravidanza, ai sensi dell'articolo 11 della Carta sociale europea».

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2013), *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali*, Ministero della salute-Agenas, Roma.
- Basili F., Messia I., Montorio V., Tamburini C. (2018), *Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2015*, Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica – Ufficio di statistica, www.salute.gov.it/statistiche.

- Boltanski L. (2004), *La condition foetal*, Gallimard, Parigi.
- Darroch J.E., Woog V., Bankole A., Ashford L.S. (2016), *Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*, Guttmacher Institute, New York, www.guttmacher.org.
- Giarelli G., Venneri E. (2009), *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Giddens A. (2000), *Fondamenti di sociologia*, il Mulino, Bologna.
- Guttmacher Institute (2018), *Abortion Worldwide 2017: Uneven progress and unequal access*, Guttmacher Institute, New York.
- Guttmacher Institute (2012), *Facts on induced abortion worldwide*, Guttmacher Institute, New York.
- Hennen C. (2013), *More female fetuses aborted in Europe*, «Deutch Welle», 7-1.
- ICPD (1994), *International conference on population and development in Cairo*, UN Population Division, New York.
- IOM (2015), *Migration health. Annual report*, IOM, Ginevra.
- ISTAT (2014), *Gravidanza, parto e allattamento al seno. Statistiche Report*, Istat, Roma.
- Lazdane G. (2005), *Abortion in Europe: ten years after Cairo*, «Entre Nous», 59.
- Lombardi L. (2005), *Società, culture e differenze di genere. Processi migratori e stati di salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Lombardi L. (2017), *Violence against refugee and migrant women. The reproduction of gender discrimination and inequality*, Fondazione ISMU, Milano, <http://www.ismu.org/2017/05/violence-against-refugee-and-migrant-women/>.
- Lombardi L., Merotta V., Panisi N., Pullini A. (2016), “La salute degli immigrati in Lombardia”, in Cesareo V. (cur.), *Gli immigrati in Lombardia, Rapporto 2015*, Fondazione ISMU, Milano.
- Lombardi L. (2018), *Riproduzione e salute nella società globale. Genere, medicalizzazione e mutamento sociale*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Ministero della salute (2018), *Relazione del Ministro della salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita*, Ministero della salute, Roma.
- UNFPA (2010), *Lo stato della popolazione nel mondo. Rapporto 2009*, AIDOS, Roma.
- UNFPA (2017), *Lo stato della popolazione nel mondo. Rapporto 2016*, AIDOS, Roma.
- UNFPA (2019), *Lo stato della popolazione nel mondo. Rapporto 2018*, AIDOS, Roma.
- WHO (2018), *European health information gateway*, https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_588-7020-abortions-per-1000-live-births-age-under-20-years/visualizations/#id=19683&tab=table.
- Wijzen C. (2006), *Netherlands: abortion rate higher by immigrants*, «Islam in Europe», 20-10.
- Zanfrini L. (cur.) (2005), *La rivoluzione incompiuta. Il lavoro delle donne tra retorica della femminilità e nuove disuguaglianze*, Ed. Lavoro, Roma.
- Zanfrini L. (2016), *Introduzione alla sociologia delle migrazioni*, Laterza, Bari.

Il contrasto alla violenza contro le donne nel diritto comparato: profili costituzionali e criticità nell'attuazione della Convenzione di Istanbul

di *Serena Baldin**

1. I riferimenti costituzionali al contrasto alla violenza contro le donne

L'espressione violenza contro le donne indica «ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata», ai sensi dell'art. 1 della Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne del 1993.

Il contrasto alle varie forme di aggressione e di sopruso nei riguardi delle donne si riverbera sul piano interno nell'ambito del diritto penale e civile e sul piano internazionale nell'adozione di diversi strumenti *ad hoc*. Su questo secondo versante, oltre alla citata Dichiarazione, senza pretesa di esaustività è doveroso menzionare la Convenzione inter-americana sulla prevenzione, punizione e sradicamento della violenza contro le donne del 1994; il Protocollo alla Carta africana sui diritti dell'uomo e dei popoli relativo ai diritti delle donne in Africa del 1993; la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, adottata nel 2011 a Istanbul ed entrata in vigore nel 2014.

Nelle costituzioni degli ordinamenti europei l'impegno degli Stati nel contrasto alla violenza sulle donne non trova appigli espliciti; in questi testi l'accento è posto solamente sull'eguaglianza e sul correlato divieto di discriminare per motivi legati al sesso. Fanno eccezione i richiami sulla protezione dei bambini, contemplati nelle costituzioni di Lettonia (art. 110), Polonia (art. 72), Albania (art. 54), Kosovo (art. 50), Turchia (art. 41) e Ucraina (art. 52). Di converso, al di fuori del continente europeo si individuano diverse costituzioni che dedicano spazio alla violenza contro le donne, nonché contro bambini e anziani. Il dato è collegabile, da una parte, al crescente impegno

* Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi di Trieste.

della comunità internazionale su tale fronte e all'influenza esercitata negli Stati e, dall'altra parte, alla tendenza a riconoscere a livello costituzionale categorie di soggetti deboli meritevoli di attenzione da parte delle istituzioni.

Nel dettaglio, e partendo dall'area latino-americana, si osserva che alle costituzioni ove si enunciano impegni contro la violenza di genere e/o domestica¹, o in cui ci si occupa solo dei minori², oppure dove si affidano compiti specifici a commissioni *ad hoc*³, si aggiungono i testi solenni di Cuba ed Ecuador i quali si soffermano su vari profili. La Costituzione cubana del 2019 affida allo Stato il compito di assicurare alle donne l'esercizio dei loro diritti sessuali e riproduttivi, di proteggerle dalla violenza di genere e di introdurre meccanismi istituzionali e giuridici appositi (art. 43); riconosce inoltre il dovere dei genitori di proteggere i minori da ogni tipo di violenza (art. 84); sancisce che la violenza familiare è considerata distruttiva per le persone coinvolte, per le famiglie e per la società, ed è sanzionata dalla legge (art. 85); e afferma che i minori sono protetti contro ogni tipo di violenza (art. 86).

La Costituzione dell'Ecuador del 2008 pone un'enfasi ancora maggiore. L'art. 35 dispone cure prioritarie per diverse categorie di soggetti deboli, comprese le vittime di violenza domestica e sessuale e i minori maltrattati. Con specifico riguardo alle persone anziane, gli artt. 36 e 38 affermano la loro protezione contro ogni tipo di violenza, maltrattamento o sfruttamento sessuale. L'art. 66 impegna lo Stato a adottare le misure necessarie per prevenire, eliminare e punire tutte le forme di violenza, in specie la violenza contro donne, bambini e adolescenti, anziani, persone con disabilità o in una situazione di vulnerabilità e a prendere analoghe misure contro la violenza, la schiavitù e lo sfruttamento sessuale. Originale e particolarmente garantista

¹ La Costituzione della Repubblica dominicana condanna la violenza familiare e di genere, impegnando lo Stato a garantire i mezzi necessari per prevenire, sanzionare e sradicare la violenza contro le donne (art. 42). In Colombia, la violenza in famiglia è considerata distruttiva della sua armonia e unità e deve essere sanzionata a norma di legge (art. 42 Cost.).

² Il testo fondamentale della Bolivia afferma il diritto, di tutti e in particolare delle donne, di non subire violenze fisiche, sessuali o psicologiche, sia in famiglia che nella società; e sancisce l'impegno statale a adottare le misure necessarie per prevenire, eliminare e punire la violenza sessuale (art. 15, c. II e III). Specifico riferimento è poi rivolto alle persone anziane e ai disabili, verso i quali è proibita e punita qualsiasi forma di maltrattamento e violenza (artt. 68 e 71). La Costituzione brasiliana sancisce il dovere della famiglia, della società e del governo di proteggere bambini, adolescenti e giovani da ogni forma di negligenza, discriminazione, sfruttamento, violenza, crudeltà e oppressione, demandando alla legge il compito di punire severamente l'abuso, la violenza e lo sfruttamento sessuale di bambini e adolescenti (art. 227). La Costituzione del Paraguay considera dovere della famiglia, della società e dello Stato la protezione dei bambini da violenza, abusi, tratta e sfruttamento (art. 54) e promuove politiche volte a evitare la violenza familiare (art. 60).

³ La Costituzione della Guyana affida alla Commissione per l'eguaglianza delle donne e di genere il compito di promuovere, avviare o far svolgere ricerche e creare banche dati non solo sulle questioni legate alla salute riproduttiva, bensì anche in tema di violenza contro le donne e la famiglia (art. 212R).

risulta poi essere l'art. 77, ove si enuncia che a nessuno può essere richiesto di fare una dichiarazione in un processo penale contro il proprio coniuge, compagno di vita o parenti fino al quarto grado di consanguineità o secondo grado di affinità, a eccezione dei casi di violenza domestica, sessuale e di genere. Ancora, il precetto di cui all'art. 81 affida alla legge il compito di stabilire procedure speciali e rapide per portare in giudizio e punire i crimini di violenza domestica, reati sessuali, nonché crimini perpetrati contro minori, persone con disabilità, anziani e persone che, a causa della loro caratteristiche specifiche, richiedono una maggiore protezione. Nell'ambito lavorativo, l'art. 331 dispone il divieto qualsiasi forma di discriminazione, molestia o azione violenta, di qualsiasi natura, diretta o indiretta, che colpisca le donne.

Riguardo all'area africana e medio-orientale, la Costituzione della Costa d'Avorio del 2016 è l'unica al mondo a proibire a chiare lettere le mutilazioni genitali femminili all'art. 5; inoltre, si prevede l'impegno delle istituzioni a eliminare tutte le forme di violenza contro le donne e le ragazze (art. 35). In altri ordinamenti, e con diversi tipi di impegno da parte degli Stati, si trovano o solo richiami alla violenza contro le donne⁴, o disposti indirizzati alle donne e ai minori⁵, o solo verso questi ultimi⁶.

Nell'area asiatica, l'accento è posto sul diritto dei minori a essere protetti⁷ e le uniche costituzioni che accolgono una prospettiva più ampia sono quelle

⁴ Nella Costituzione tunisina è previsto che lo Stato prenda tutte le misure necessarie per sradicare la violenza contro le donne (art. 46).

⁵ In Egitto è costituzionalizzato all'art. 11 l'impegno dello Stato a proteggere le donne da ogni forma di violenza e all'art. 80 il dovere statale di proteggere i bambini da ogni forma di violenza, abuso, maltrattamento e sfruttamento commerciale e sessuale. In Iraq vige il divieto di qualsiasi forma di violenza e abuso nella famiglia, nella scuola e nella società (art. 29 cost.). Nella Repubblica Centro Africana si sancisce l'obbligo delle istituzioni a proteggere donne e bambini da violenza e sfruttamento all'art. 7 cost. Il Testo fondamentale della Repubblica democratica del Congo affida alle istituzioni il compito di adottare misure per contrastare ogni forma di violenza contro le donne nella sfera pubblica e privata (art. 14) nonché di eliminare la violenza sessuale (art. 15); e riconosce il dovere dei genitori di proteggere i minori sia all'interno che all'esterno della famiglia (art. 41). In Malawi, ci si prefigge l'obiettivo di attuare politiche di contrasto alla violenza domestica (art. 13) e si dispone di legiferare per eliminare consuetudini e pratiche che giustifichino abusi sessuali, molestie e violenze (art. 24). La Costituzione del Niger contempla l'adozione di misure per contrastare la violenza sulle donne e i bambini (art. 22). La Carta fondamentale dello Zimbabwe dispone che lo Stato prenda misure per prevenire la violenza domestica (art. 25) e che i bambini hanno il diritto a essere protetti da sfruttamento sessuale, maltrattamenti e ogni altra forma di abuso (art. 81).

⁶ Nella Costituzione algerina si sottolinea che la legge proibisce la violenza contro i bambini (art. 71). Il Testo solenne del Burundi sancisce che tutti i bambini hanno diritto alla protezione contro abusi, violenza o sfruttamento (art. 44).

⁷ Il Testo fondamentale dell'Indonesia sancisce che ogni bambino ha diritto alla protezione dalla violenza (art. 28B). Con estensione maggiore, la Costituzione di Timor Est afferma che i minori hanno diritto a una protezione speciale da parte della famiglia, della comunità e dello Stato, in particolare contro ogni forma di abbandono, discriminazione, violenza, oppressione, abuso e sfruttamento sessuale (art. 18). Il Testo solenne cambogiano riconosce il diritto dei bambini alla protezione dallo sfruttamento sessuale (art. 48).

del Bhutan del 2008 e del Nepal del 2015. Nel Testo solenne del Bhutan viene sancito l'impegno statale a adottare misure appropriate per eliminare tutte le forme di discriminazione e sfruttamento contro le donne e i bambini, inclusi traffico, prostituzione, abuso, violenza, molestie e intimidazioni sul lavoro (art. 9). La Costituzione del Nepal proibisce qualsiasi tipo di violenza contro le donne e qualsiasi tipo di oppressione basata sulla tradizione religiosa, sociale e culturale e altre pratiche (art. 38) e affida alla Commissione federale sulle donne il compito di trasmettere raccomandazioni alle autorità competenti a presentare ricorsi in materia di violenza di genere (art. 253).

Dopo avere così segnalato il diverso rilievo che offrono i paesi extra-europei rispetto a quelli europei in tema di contrasto alla violenza sulle donne, obiettivo del presente scritto è di individuare le criticità emerse nella fase di attuazione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (c.d. Convenzione di Istanbul). L'intento è quello di fare emergere le problematiche più ricorrenti riscontrate negli ordinamenti europei.

2. La Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa: cenni introduttivi

La Convenzione di Istanbul rappresenta il livello più avanzato dello standard internazionale in tema di prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza di genere nonché di protezione delle vittime e di criminalizzazione dei responsabili. È un trattato steso dal Consiglio d'Europa, la principale organizzazione internazionale di difesa dei diritti umani del continente europeo, di cui fanno attualmente parte quarantasette Paesi. L'atto ha pure delle aspirazioni universali, nel senso che può essere ratificato sia dall'Unione europea sia da Stati non membri del Consiglio d'Europa; l'Unione europea ha firmato il trattato nel 2017 ma non l'ha ancora ratificato.

In questo paragrafo ci si propone di illustrare sommariamente i profili più rilevanti dell'atto in esame rispondendo ai seguenti interrogativi: quale è l'obiettivo della Convenzione? Chi è tutelato dalla Convenzione e quali sono le condotte perseguibili? Quali sono gli obblighi degli Stati che discendono dalla sua ratifica?

Con riguardo al primo quesito, riguardante la finalità del trattato, esso si propone di sradicare la violenza contro le donne e la violenza domestica. Per conseguire tale obiettivo, il disegno convenzionale non mira solo a reprimere le condotte penalmente rilevanti, bensì anche a cambiare la mentalità delle persone. Ciò in quanto, come espressamente indicato nel preambolo, «la violenza contro le donne è una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi, che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini»; da cui il riconoscimento della natura strutturale della violenza contro le donne, considerata

come «uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini». Essa è perpetuata da una cultura che tollera e giustifica tali comportamenti e si rifiuta di riconoscere la violenza di genere come problema.

La Convenzione di Istanbul rappresenta il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante volto a creare un quadro normativo completo a tutela delle donne contro qualsiasi forma di violenza. Il carattere di innovatività risiede nel suo approccio “olistico”, a indicare che le misure di carattere preventivo, di protezione e di repressione della violenza si devono accompagnare a misure capaci di porre al centro la vittima e di assicurare la più ampia cooperazione fra gli attori coinvolti, siano essi istituzioni, agenzie specializzate nella tutela dei diritti od organizzazioni non governative (De Vido, 2016, p. 182).

Il trattato è innovativo anche per il fatto di riconoscere che la violenza domestica è una delle forme della violenza contro le donne, identificando quindi uno dei “luoghi” in cui si produce violenza. Ancora: un altro aspetto di novità riposa nella definizione di genere, con cui «ci si riferisce a ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una determinata società considera appropriati per donne e uomini» (art. 3, lett. c, Conv.). La Relazione esplicativa della Convenzione chiarisce che il termine genere «si basa sulla distinzione sessuale maschio-femmina» e puntualizza che le «ricerche hanno evidenziato che alcuni ruoli o stereotipi riproducono pratiche indesiderate e dannose, contribuendo a rendere “accettabili” alcuni atti di violenza nei confronti delle donne»⁸.

Con riguardo al secondo interrogativo, vale a dire chi è tutelato dalla convenzione e quali sono le condotte perseguibili, innanzi tutto va chiarito che la Convenzione protegge le donne e le ragazze indipendentemente dalla loro origine, religione, orientamento sessuale o status (ad esempio quello di migrante). Inoltre, il trattato interviene specificamente nell’ambito della violenza domestica, che non colpisce solo le donne ma pure bambini e anziani, per cui la protezione si estende anche a questi. In aggiunta, si riconosce un fenomeno ben di rado affrontato nelle aule dei tribunali, vale a dire la violenza economica. L’espressione racchiude tutte le azioni compiute da un uomo nei confronti della donna volte a creare dipendenza economica, come ad esempio il controllo ossessivo sulle spese fatte, l’accesso limitato alle carte di credito, nonché il rifiuto che la donna entri nel mondo del lavoro in quanto si renderebbe indipendente dal partner. Altre forme di violenza indicate nella convenzione sono la violenza fisica, psicologica, sessuale, lo *stalking*, nonché le mutilazioni genitali femminili, il matrimonio forzato, la sterilizzazione forzata e l’aborto forzato.

⁸ La Relazione è reperibile all’url <https://www.irpps.cnr.it/wp-content/uploads/2018/03/Rapporto-esplicativo-della-Convenzione-del-Consiglio-dEuropa-sulla-Prevenzione-e-la-lotta-contro-la-violenza-nei-confronti-delle-donne-e-la-violenza-domestica.pdf>, p. 10.

Relativamente al terzo quesito, inerente agli obblighi degli Stati, il trattato presenta specifici obblighi che si suddividono in quattro “pilastri”: prevenzione, protezione, repressione e politiche. Il pilastro prevenzione, racchiuso nel Capitolo III della Convenzione (artt. 12-17), prevede l’adozione di misure volte a modificare modelli sociali, a promuovere nell’istruzione programmi sensibili al genere, a richiedere ai mass media l’adozione di codici di condotta che prevengano l’utilizzo e la rappresentazione della donna quale “oggetto”, a formare figure professionali per gestire adeguatamente i casi di violenza.

In merito al pilastro della protezione e del sostegno alle vittime, di cui al Capitolo 4 della Convenzione (artt. 18-28), si prevede un obbligo generale laddove gli Stati contraenti si impegnano a adottare le misure legislative o di altro tipo necessarie a proteggere le vittime (art. 18); si prevede inoltre che gli Stati mettano a disposizione delle vittime servizi di sostegno che consistono in consulenze legali e supporto psicologico, assistenza finanziaria, case rifugio e altre misure ancora, segnalando che queste si estendono anche ai bambini testimoni di violenza.

Le misure di repressione sono elencate nel cap. V della Convenzione intitolato «Diritto sostanziale» (artt. 29-48). Oltre alla criminalizzazione delle condotte menzionate dal trattato, è previsto come obbligo la definizione di sanzioni «efficaci, proporzionate e dissuasive» (art. 45); inoltre, il trattato contempla (art. 45, c. 2) l’adozione di altre misure nei riguardi degli autori di reati, quali il monitoraggio o la sorveglianza della persona condannata o la privazione della patria potestà nell’interesse del minore. Merita inoltre segnalare che le Parti sono tenute a adottare misure per garantire che nei procedimenti penali la cultura, gli usi e i costumi, la religione o il c.d. “onore” non possano essere adottati come scusa per giustificare reati contro le donne (art. 42); e sono pure tenute a garantire che le vittime abbiano accesso a misure di protezione speciali nel corso delle indagini e dei procedimenti giudiziari.

Infine, il quarto pilastro relativo alle politiche integrate, di cui al Capitolo II intitolato *Politiche integrate e raccolta dei dati* (artt. 7-11), si traduce nella garanzia che l’insieme delle misure in tema di prevenzione, protezione e repressione rientrino in un quadro di politiche coordinate e globali e offrano una risposta omnicomprensiva alla violenza nei riguardi delle donne.

3. Le criticità nell’attuazione della Convenzione di Istanbul in alcuni ordinamenti

Prima di valutare le criticità riscontrate finora nella fase attuativa della Convenzione è opportuno chiarire in cosa consista la procedura di monitoraggio relativa all’applicazione di questo trattato. In altri termini, ci si chiede

come venga accertato da parte degli organi del Consiglio d'Europa il corretto adempimento degli obblighi pattizi.

Il trattato istituisce un apposito meccanismo di monitoraggio suddiviso in cicli. Il controllo è attivato dal Grevio, acronimo che sta per Gruppo di esperti sulla lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica⁹. Il Grevio è tenuto a esaminare i rapporti degli Stati, che sono redatti sulla base di un questionario preparato dal gruppo stesso. Dopo che lo Stato ha inviato il suo rapporto al Grevio sull'attuazione della Convenzione, fa seguito una bozza di rapporto del Grevio stesso che può basarsi anche su informazioni provenienti da organizzazioni non governative, dalla società civile, da istituzioni nazionali di protezione dei diritti umani, nonché da organi competenti del Consiglio d'Europa. Nella bozza di rapporto sono contenute le valutazioni sull'applicazione del Trattato, i suggerimenti e le proposte riguardanti il modo in cui lo Stato può affrontare i problemi individuati. La bozza viene inviata prima allo Stato interessato per eventuali commenti e poi al Comitato delle Parti, un organismo politico composto dai rappresentanti ufficiali degli Stati parte della Convenzione. Il Comitato formula delle raccomandazioni sulla base del rapporto, fissando se necessario una data per la presentazione delle informazioni sulla loro attuazione. A distanza di tempo questo ciclo di monitoraggio ricomincia daccapo.

Al momento in cui si scrive, e stante quanto riportato sul sito del Consiglio d'Europa appositamente dedicato a questa Convenzione, tutti i Paesi membri hanno firmato il trattato a eccezione di Azerbaigian e Federazione russa. Non è però ancora stato ratificato da undici Paesi (Regno Unito, Liechtenstein e vari Stati dell'Europa centrale e orientale, vale a dire: Armenia, Bulgaria, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Ungheria, Lettonia, Lituania, Moldavia e Ucraina). Inoltre, tra i Paesi che hanno proceduto alla ratifica, l'anno di entrata in vigore varia tra il 2014 e il 2018, e arriva al 2019 per l'Irlanda; il che significa che per ben pochi ordinamenti si è già arrivati alla fase delle raccomandazioni finali del Comitato delle Parti. Tutti gli altri Paesi o hanno consegnato il loro questionario e sono in attesa della bozza di rapporto del Grevio (come nel caso dell'Italia), o hanno già ricevuto la bozza di rapporto del Grevio, ma non hanno ancora le raccomandazioni finali del Comitato, oppure non hanno nemmeno iniziato la procedura di controllo.

Limitando la presente ricognizione comparatistica alla disamina delle raccomandazioni del Comitato delle Parti già rese pubbliche, si intende verificare quali siano le criticità emerse con maggiore frequenza negli otto Stati

⁹ L'art. 66 della Convenzione dispone che il Grevio sia composto da un minimo di 10 a un massimo di 15 esperti, eletti per 4 anni. Le modalità di elezione sono disciplinate nella Risoluzione adottata al Comitato dei ministri il 19 novembre 2014, CM/Res(2014)43 on rules of the election procedure of the members of the Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO), reperibile all'url <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/grevio>.

giunti alla conclusione del primo ciclo di monitoraggio. Nello specifico, si tratta di Albania, Austria, Danimarca, Monaco, Montenegro, Portogallo, Svezia e Turchia¹⁰. L'insistenza delle raccomandazioni si appunta in particolare, e con riguardo a tutti i Paesi, sulla necessità di: dare piena attuazione della convenzione, prevedere risorse finanziarie adeguate per prevenire e reprimere la violenza, sostenere organizzazioni non governative e organismi di coordinamento, e sulla necessità di migliorare la raccolta dei dati statistici indicando chiaramente il numero di donne vittime di violenza in base al tipo di condotta criminale subita, all'età, al tipo di rapporto sussistente fra chi ha perpetrato il crimine e chi l'ha subito e ad altre caratteristiche.

I profili specifici riguardano invece l'adozione di misure *ad hoc* da indirizzarsi a: vittime di reati in nome dell'onore o di regole tradizionali in Turchia; donne disabili in Austria e Montenegro; migranti in Austria e Danimarca; vittime di matrimoni forzati e di mutilazioni genitali in Austria; donne appartenenti alla minoranza rom in Montenegro e a quella lappone in Finlandia. Ancora, si chiede di rafforzare l'accesso ai servizi di sostegno in Austria, Portogallo e Turchia; facilitare l'accesso ai rimedi giudiziari in Turchia; dare assistenza legale gratuita in Albania e Montenegro; modificare la legislazione corrente in Albania, Austria, Monaco, Portogallo e Turchia; e un forte accento è posto in Montenegro su corsi di formazione per il personale a contatto con le vittime della violenza di genere, ossia pubblici ministeri, giudici, agenti di polizia, assistenti sociali, insegnanti e personale sanitario.

4. Annotazioni conclusive

Dato che è ancora troppo presto per tentare di fare un bilancio complessivo del livello di attuazione della Convenzione di Istanbul negli Stati contraenti, in chiusura ci chiediamo che incidenza potrebbe avere questo atto in veste di strumento interpretativo nell'alveo giudiziale dell'Unione europea, considerato che l'impiego dei trattati internazionali per interpretare il diritto europeo non rappresenta una novità. Come premessa occorre ricordare che la ratifica della Convenzione è rimasta bloccata a causa delle resistenze di alcuni Stati membri dell'UE, resistenze incentrate sull'uso del termine genere e sul suo approccio di considerare la violenza contro le donne come violenza di genere. Essi infatti considerano questi concetti come minacce ai valori familiari tradizionali.

¹⁰ Tutti i documenti si possono consultare *online* all'apposita pagina della Convenzione, all'url <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/country-monitoring-work>.

Comunque sia, e supponendo che la Convenzione sarà ratificata dall'Unione¹¹, si segnala che attenta dottrina ha avanzato l'ipotesi che l'art. 36 della Convenzione di Istanbul potrebbe essere un ausilio importante per interpretare l'espressione "violenza sessuale" contemplata – ma senza darne una definizione – all'Allegato D della Direttiva 2014/41/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 3 aprile 2014, relativa all'ordine europeo di indagine penale. Nella direttiva si afferma che le categorie di reati elencati dovrebbero essere interpretate in maniera coerente con l'interpretazione basata sugli strumenti esistenti in materia di riconoscimento reciproco (art. 36). Di conseguenza, la Convenzione potrebbe essere impiegata come strumento interpretativo di tale espressione ai fini riconducibili all'ordine europeo di indagine penale (De Vido, 2019).

Del resto, il trattato in esame potrebbe anche influire sull'interpretazione del diritto domestico degli Stati parte, come già è accaduto in Italia. Difatti, nel 2016 la Corte Suprema di Cassazione ha risolto il quesito se l'espressione "violenza alla persona" (contenuta nel comma 3bis dell'art. 408 c.p.p. relativo all'onere in capo al pubblico ministero di notificare alla persona offesa dal reato l'avviso della richiesta di archiviazione) dovesse intendersi come inclusiva delle sole condotte di violenza fisica oppure dovesse invece comprendere anche quelle di minaccia, come lo *stalking* nel caso di specie. Il collegio, con un approccio molto significativo per il tema in discussione, ha affrontato il problema muovendo dal rispetto della normativa sovranazionale e internazionale, per arrivare a conclusioni di ampio respiro (Bressanelli, 2016). La sentenza infatti attribuisce un posto di assoluta rilevanza alla normativa unionale e anche alle convenzioni del Consiglio d'Europa, quella di Lanzarote del 2007 sulla protezione dei minori e quella di Istanbul del 2011 sulla violenza contro le donne. La Corte così constata che nelle fonti sovranazionali e internazionali l'espressione "violenza alla persona" è sempre intesa «in senso ampio, comprensiva non solo delle aggressioni fisiche ma anche di quelle morali e psicologiche» e che lo *stalking* rientra tra «le ipotesi "significative" di violenza di genere che richiedono particolari forme di protezione a favore delle vittime»¹².

In conclusione, la disamina comparatistica ha messo in luce la tendenza a disciplinare anche i profili inerenti alla violenza contro le donne nelle più recenti costituzioni, a conferma dell'importanza – purtroppo in termini negativi – di questa tematica. Aspetti che però non sfiorano i testi fondamentali dei Paesi europei e non certo perché tale problema non sussista. Il punto è

¹¹ V. la Risoluzione del Parlamento europeo del 28 novembre 2019 sull'adesione dell'UE alla convenzione di Istanbul e altre misure per combattere la violenza di genere (2019/2855(RSP)).

¹² Sentenza della Corte Suprema di Cassazione, sezioni unite penali, n. 10959/16, reperibile all'url https://www.penalecontemporaneo.it/upload/1459438452SU_10959_2016.pdf.

che le costituzioni di quest'area, e in specie dei Paesi dell'Europa occidentale, sono in buona misura piuttosto datate; dunque, anche volendo non avrebbero potuto registrare l'evoluzione che si rintraccia al di fuori del nostro continente. Soprattutto, però, si ritiene che il vero motivo riposi sull'inclinazione culturale-giuridica europea a non dilatare oltremodo la "materia costituzionale", propensione che, a modesto avviso di chi scrive, non consentirebbe nemmeno in futuro di disciplinare questi profili nella Fonte suprema.

Riferimenti bibliografici

- Bressanelli C. (2016), *La "violenza di genere" fa il suo ingresso nella giurisprudenza di legittimità: le sezioni unite chiariscono l'ambito di applicazione dell'art. 408 co. 3 bis c.p.p.*, «Diritto Penale Contemporaneo», 21 giugno 2016, in <https://www.penalecontemporaneo.it/d/4600-la-violenza-di-genere-fa-il-suo-ingresso-nella-giurisprudenza-di-legittimita-le-sezioni-unite-chiar>.
- De Vido S. (2016), *Donne, violenza e diritto internazionale. La Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa del 2011*, Mimesis, Milano.
- De Vido S. (2019), "The Council of Europe Istanbul Convention as interpretative tool at European and national level", in Peroni L., Niemi J., Stoyanova V. (eds), *The Istanbul Convention*, Routledge, London, in corso di pubblicazione.

Donne migranti e normalizzazione della violenza

di *Ignazia Bartholini**

1. Introduzione

La violenza di genere coinvolge pratiche di discriminazione e di esclusione sociale (Jaji, 2009; Corradi, 2009; Crisp, Morris e Refstie, 2012), di vittimizzazione secondaria (Pinelli, 2011; Tognetti, 2016), di sfruttamento del lavoro (Coin, 2004), di prostituzione forzata (Krause-Vilmar, 2011; Peano, 2013; Naggujja, 2014), di abuso sessuale (Crisp, Morris e Refstie, 2012). Una delle conseguenze delle migrazioni è la violenza contro le donne che, nell'individuazione di vittima e carnefice, coinvolge attori sempre più spesso appartenenti a etnie diverse, nazionalità diverse, stati e continenti diversi fra loro. Ciò fa sì che pratiche di abuso nei confronti delle donne si rafforzino proprio in virtù di ulteriori indicatori che si innestano su quello principale della differenza di genere. Etnia, nazionalità, stato e continente sono costrutti sociologici che rimandano esplicitamente a una differenza fra gli uni e gli altri, "noi" e "loro" che sembrano giustificare la violenza al di là delle differenze di genere o a conferma della diade uomo/donna.

Hevrin Khalaf, oggetto di atroci violenze – fisiche e sessuali – da parte di integralisti islamici di nazionalità turca, è l'ultima delle vittime che testimonia una violenza maschile che si spiega non solo attraverso pratiche di giustizia sommaria nei confronti delle donne che rifiutano l'assoggettamento all'uomo, ma anche nei confronti di appartenenti ad altri gruppi che, sulla base di una differenza etnica e culturale, si ritiene giustificato assoggettare.

L'etnia corrisponde a una categoria di persone che condividono una tradizione culturale e linguistica, ma utilizzare l'etnia come fattore che giustifica la violenza, soprattutto in Africa, Asia e Medio Oriente, è ciò che ci viene costantemente ricordato, oltre che dai mass media, da gruppi etnici e persone in fuga di diversa appartenenza nazionale. Pur essendo un parametro che distingue simboli, narrazioni e visioni del mondo differenti, è da rilevare che è un tratto ascrivibile che non può mutare, ma che diviene utilmente fles-

* Dipartimento di Culture e Società, Università degli Studi di Palermo.

sibile quando si vogliono sottoporre gruppi di minoranza ai diktat delle maggioranze più forti e, soprattutto, agire violentemente nei confronti dei soggetti più vulnerabili di quelle stesse minoranze o anche quando, in nome della comune appartenenza etnica, una donna viene vittimizzata.

Di violenza di genere accompagnata da connotazioni etniche sono vittime le richiedenti asilo che arrivano sul nostro territorio. Le donne migranti che hanno attraversato svariati confini, geografici e simbolici, si trovano a vivere, giunte in Europa, in contesti ad alto tasso di vulnerabilizzazione. Perciò, una lettura del problema e del fenomeno visto nel suo portato socio-sanitario può essere un utile strumento procedurale che si potrebbe rivelare fecondo nel definire i livelli essenziali di cura di donne rifugiate/richiedenti asilo e immigrate di prima e seconda generazione presenti sul territorio italiano.

Le pagine che seguono descriveranno il fenomeno della violenza di prossimità, come *umbrella concept* che contiene al suo interno anche la violenza di genere, senza tuttavia confondersi con essa, per osservare come le donne provenienti da altre culture, rispetto a quella occidentale, sono esposte a una duplice violenza: quella maschile dei loro gruppi etnici di riferimento, quella occidentale nella sottovalutazione o mancata individuazione di strumenti di accompagnamento a un affrancamento della prima in virtù delle difficoltà di comunicazione e relazione con soggetti altri “diversi da noi” (Bartholini, 2015; 2019).

2. Immigrazione e immigrazione femminile

L'Italia non è il paese con il numero più alto di immigrati in Europa, dove i cittadini stranieri sono 38,6 milioni (di cui 21,6 non comunitari) e incidono per il 7,5% sulla popolazione complessiva. Secondo i dati diffusi dal Dossier Statistico ‘Immigrazione’ realizzato dal Centro Studi e Ricerche Idos (2018), sono 5 milioni e 333 mila gli stranieri regolarmente presenti in Italia. Per immigrazione è terza dopo la Germania, che ne conta 9,2 milioni, e il Regno Unito, con 6,1 milioni, mentre superiamo di poco la Francia (4,6 milioni) e la Spagna (4,4). Anche l'incidenza sulla popolazione complessiva (8,5%) risulta più bassa di quella di Germania (11,2%), Regno Unito (9,2%) e diversi altri paesi più piccoli, dove i valori superano anche in maniera consistente il 10% (Cipro 16,4%, Austria 15,2%, Belgio 11,9% e Irlanda 11,8%). e donne rappresentano il 52% del totale – più di 2.672.000 persone – ovvero l'8,6% della popolazione femminile complessiva.

Questi numeri però sembrano ancora descrivere marginalmente la condizione in cui le donne straniere si trovano a vivere in Italia. Le donne africane provengono soprattutto dalla Nigeria, seguite dalle donne provenienti dalla Costa d'Avorio, Eritrea e Marocco. Esse rappresentavano il 15% delle ri-

chieste di protezione internazionale formalizzate nel nostro Paese. Nonostante la presenza per ricongiungimento familiare sia preponderante, è in aumento, tra le donne migranti non comunitarie, la percentuale di quelle che arrivano in Italia nubili (65%), ovvero sulla base di un progetto migratorio che ruota intorno alla loro persona. Altro elemento di assoluto rilievo è l'alta percentuale di donne straniere di età compresa tra i 15 e i 29 anni: sono giovani non più inserite in percorsi scolastico-formativi, ma neanche impegnate in un'attività lavorativa: le giovani Neet straniere rappresentano il 44,3%, contro il 23,7% delle donne italiane.

Anche per questo sono fortemente esposte alla violenza di genere: il 31,3% dichiara di aver subito violenza fisica e sessuale nel corso della vita, dato omogeneo con il 31,5% delle donne italiane. La violenza perpetrata dal partner inizia già nel paese di origine (68,5% dei casi), anche se il 20% dichiara di aver subito violenza nel contesto di relazioni nate in Italia (Idos, 2018). Nel caso in cui la violenza venga esercitata da un uomo diverso dal partner, nel 63,9% dei casi questa viene esercitata in Italia. Da evidenziare anche che il 17,1% delle donne straniere denuncia le violenze vissute (rispetto all'11,4% delle donne italiane); frequente risulta essere anche la scelta di rivolgersi a centri anti-violenza e ad altri servizi dedicati alle donne, ove disponibili sul territorio di residenza. Dunque, l'emersione della violenza di genere sembra un fenomeno in crescita, ma la violenza denunciata per gran parte delle vittime è solo una parte di una lunga sequela di abusi subiti già nel loro viaggio verso le coste del Mediterraneo (Bartholini, 2019). Non si tratta quindi solo di violenza di genere, ma di una forma di violenza prossimale che si coniuga con la stessa vulnerabilità delle vittime. Riempire questo *vacuum* attraverso la capacità teorica di individuarne le assonanze generative e le reciproche filiazioni faciliterebbe forse la valutazione del fenomeno sul piano delle politiche sociali e della *governance*.

3. La ricerca PROVIDE

Appare necessario considerare un asse di differenziazione legato alla particolare percezione e auto-percezione della violenza sia da parte delle vittime che degli operatori che lavorano nei diversi settori dell'accoglienza, primariamente in quello sanitario.

Analizzare gli effetti della *gender based violence* non è infatti sufficiente a rendere chiaro il “retablo” delle forme più subdole di violenza che fanno tutt'uno con la vulnerabilità delle vittime¹. Si tratta invece di comprendere

¹ “Retablo” è un termine mutuato dall'arte medievale spagnola che indica una pala d'altare con molteplici scomparti. Più recentemente Vincenzo Consolo ha dato a un suo romanzo que-

cosa rende accettabile, sopportabile la violenza e cosa la naturalizza all'interno di determinati contesti, fino al punto di mistificarla, fornirgli alibi e altri nomi con i quali le vittime non sono tali, in virtù di una diversa cultura e diversa etnia. Ciò presuppone di riempire un vuoto che non è solo terminologico, ma di definire alcuni indicatori che rendono individuabile “quel” tipo di violenza. Le dimensioni situazionali e contestuali della vulnerabilità – intesa dalla direttiva 2011/36/UE come una condizione in cui una persona «non ha altra scelta effettiva e accettabile se non cedere all'abuso di cui è vittima» (art. 4) – non giustificano in toto l'assoggettamento e la assenza di auto-difesa delle vittime, anche se le particolari condizioni di contesto esercitano una funzione importante nel determinare la permanenza del più debole in una condizione di dipendenza dal più forte e di esposizione alla contingenza. Ciononostante, non si spiegano proceduralmente i meccanismi che consentono il riprodursi dello sfruttamento della vittima anche in presenza di situazioni e variabili intervenienti che ne determinerebbero invece il suo affrancamento.

Allo scopo di definire più nitidamente tale fenomeno, il Progetto PROximity On VIolence: Defence and Equity (PROVIDE) – finanziato dalla UE Right and Justice 2014-2020 – ha svolto una ricerca qualitativa che ha raccolto solo in Italia 78 interviste semi-strutturate a operatori professionali che lavorano a stretto contatto con donne rifugiate/ricipienti asilo spesso vittime di *gender based violence*.

Due domande² della traccia di intervista concernevano la raccolta di segnalazioni e feedback sulla violenza di prossimità (cioè agita da un soggetto prossimo alla vittima che ritiene di avere una titolarità – attribuita dalla tradizione e normalizzata culturalmente o, in taluni casi, da condizioni e situazioni contestuali indipendenti dalla vittima – a comportarsi in modo violento). E ciò non solo in quanto il soggetto è padre, consanguineo o sposo, ecc., ma talvolta anche in quanto il soggetto, contestualmente prossimo alla vittima, si arroga – o viene legittimato da terzi ad arrogarsi – un potere sulla donna in oggetto. Sono peculiari codici culturali (violenza simbolica) che facilitano il perpetrarsi di modelli relazionali basati sulla differenziazione e la segregazione dei generi.

sto titolo per indicare il complesso percorso di strade intricate e luoghi suggestivi di un viaggiatore in Sicilia. Infine, Bartholini (2013) ha traslato il termine nel linguaggio sociologico per indicare un intreccio, una matassa in cui è difficile distinguere l'inizio dalla fine.

² Le domande a cui gli intervistati hanno risposto erano: Quali forme di violenza vengono maggiormente riportate? Maggiormente rivolte a chi (donne, minori, uomini, persone omosessuali)?

4. Dall'intimidazione allo sfruttamento sessuale

Le interviste agli operatori evidenziano tutte il dispiegarsi di rapporti di potere orientati alla subalternità femminile nelle relazioni non solo intime, ma più genericamente di genere fra gli ospiti dei centri per rifugiati/richiendenti asilo. E ciò genera dinamiche comportamentali disfunzionali, a tutto svantaggio delle donne e a vantaggio degli uomini. Non si è trattato, nel corso delle interviste con i professionisti, di valutare semplicemente attraverso l'osservazione diretta le dinamiche dei gruppi famiglia, ma di osservare come di frequente esse evidenzino una dimensione intimidatoria nei confronti delle donne, siano esse spose, sorelle o figlie. Riconoscere la violenza significa per gli intervistati innanzitutto *registrare il silenzio delle vittime*. Non si tratta di un silenzio derivante dalle difficoltà linguistiche. Si tratta di oppressione che si coniuga con l'intimidazione. Quest'ultima, da cui deriva uno stato permanente di oppressione, è a tutti gli effetti una dimensione latente della violenza di prossimità:

l'intimidazione consiste nello spaventare la vittima con gesti, sguardi e parole. Spesso, le donne non sono consapevoli da questo punto di vista di essere vittime di violenza e, se ci sono dei figli che assistono a tutto ciò, non si rendono conto dei traumi che potrebbero subire quest'ultimi (violenza assistita), tendendo sempre a giustificare il maschio (intervistata n.7, assistente sociale responsabile di struttura).

Poiché si tratta di una violenza “normalizzata” sia nelle relazioni familiari sia nelle relazioni dettate da necessità che si creano con soggetti esterni alla rete familiare durante il viaggio, il più delle volte non viene percepita se non nei suoi effetti concreti e materiali. L'intimidazione latente si manifesta nella subalternità silenziosa e nella subalternità delle donne. Come scrive un'intervistata,

le nostre ospiti considerano “giusto” e “normale” che gli uomini abbiano atteggiamenti di superiorità, necessari per mantenere l'ordine familiare e comunitario (intervistata n. 7, assistente sociale).

Il primo indicatore di normalizzazione della violenza di genere è quindi interno alle stesse regole delle relazioni di genere. Esse legittimano il soggetto uomo, in quanto naturale detentore di un potere ereditato per via maschile all'interno del gruppo familiare o parentale, a esercitare la violenza. L'elemento che distingue questa violenza è la possibilità che essa sia esercitata anche “in sostituzione dei soggetti che primariamente sono autorizzati” in quanto mariti o padri. In assenza degli uni o degli altri, altri uomini a vario titolo ne faranno le veci attribuendosi un potere legittimato dal gruppo nei confronti di quelle stesse donne senza marito, padre o fratello.

Durante la mia esperienza lavorativa, ho avuto modo di constatare come la violenza nei confronti delle donne venisse posta in essere da persone molto vicine alla vittima come i parenti più prossimi o, addirittura, affiliati dei clan o degli stessi villaggi di provenienza. Uno schema di prossimità in cui l'allargamento dei confini non riduceva la possibilità di vittimizzare le vittime che, durante il viaggio, diventavano proprietà di molti uomini (intervistata n. 5, assistente sociale).

Violenze comunque legittimate soprattutto all'interno delle relazioni matrimoniali, anche se le stesse non sempre vengono esibite dai partner:

a Sciara, una beneficiaria ha avuto due bambini dal medesimo padre. Picchiava la donna ripetutamente, di nascosto e per lo più di notte (intervistata n. 73, orientatore).

La violenza fisica ha anche un rimando simbolico volto a spaventare la vittima oltre che a ferirla. Non riguarda solo l'aggressione grave, che causa ferite in cui sono necessarie cure mediche di emergenza, ma ogni atto intimidatorio che viene rivolto alle nostre ospiti, spinte, stratonate, o che diventano oggetto di simulazioni della violenza da parte delle persone a loro prossime. Il nostro compito di operatori è anche quello di *interpretare* ciò che vediamo e le informazioni che riceviamo. Ad esempio, il ricatto economico attraverso la gestione del *pocket money*, è una di queste (intervistata n. 7, assistente sociale responsabile di struttura).

Il ricatto economico è un aspetto del dominio maschile osservato frequentemente dalle intervistate. Il monopolio delle pur esigue somme del *pocket money* da parte del partner pone la donna in una costante dipendenza anche per piccolissimi acquisti. Altre forme indirette sono individuabili nel tentativo di impedire alle donne di frequentare corsi di alfabetizzazione all'interno delle stesse strutture di accoglienza o corsi professionali all'esterno dei centri di accoglienza, nella prospettiva di un'autonomizzazione delle partner. Si tratta di donne, infatti, che prima dell'arrivo in Italia non hanno mai lavorato al di fuori dell'ambiente domestico o comunque solo all'interno dello spazio fisico circoscritto dalla rete parentale, poiché il loro lavoro principale è consistito nell'accudire il marito, i figli e mantenere l'ordine e la pulizia della casa.

Infine, è utile parlare di una categoria di violenza che è quella simbolica (Bourdieu, 1988). Essa presiede alla strutturazione di codici intersoggettivi, con cui donne e uomini, dominanti e dominati riproducono il dominio maschile, permettendo il riprodursi e l'imposizione di un pensiero culturale basato sulla differenziazione tra i generi. Uno dei problemi principali che ruota intorno alla violenza di prossimità, e che rende difficile la ricerca delle modalità per ostacolarla, è che in molte culture questa è ammessa, tollerata e giustificata.

Si tratta di un'impostazione della famiglia basata sul ruolo centrale del padre, in quanto uomo, a scapito della moglie, in quanto donna [...]. In alcuni casi la disuguaglianza non è considerata solo in una modalità che delimita la diversità dei ruoli, ma stabilisce invece una vera e propria superiorità dell'uomo, tanto che in caso di forte contrasto si ritiene "normale" che l'uomo possa usare violenza nei confronti della donna senza doversi aspettare alcun tipo di sanzione né legale né tantomeno di tipo sociale (intervistato n. 70, legale CAS).

L'impostazione patriarcale genera processi relazionali disfunzionali che perpetrano a oltranza meccanismi di dominazione diretta o indiretta.

Della violenza solo gli aspetti tangibili sono percepiti, ma proprio l'esercizio della violenza fisica all'interno di contesti privati la rende sopportabile in quanto lecitamente ad appannaggio degli uomini.

Si tratta di una violenza che non viene percepita in quanto tale, perché le donne considerano "giusto" e "normale" che gli uomini abbiano atteggiamenti di superiorità, necessari per mantenere l'ordine familiare e comunitario e, per evitare che venga distrutto l'onore maschile, elemento essenziale della cultura di appartenenza dei paesi extraeuropei di provenienza delle donne.

Proprio per tali ragioni, nonostante le donne siano vittime di diversi tipi di violenza, non riescono a riconoscerla, appunto perché per loro è normale vivere in uno stato di subordinazione quotidiana, a causa di una socializzazione al genere che ha inculcato in loro atteggiamenti di inferiorità e sottomissione. L'unica forma di violenza che riescono a percepire è quella fisica in quanto è la forma di violenza più palese, in quanto comprende qualsiasi atto volto a far male o a spaventare la vittima (intervistata n. 7, assistente sociale presso uno Sprar).

Le interviste descrivono via via forme sempre più vistose di violenza fisica che declina fino all'abuso e allo sfruttamento sessuale:

Durante l'esperienza lavorativa presso il CIE e presso l'Hotspot ho constatato come le violenze sessuali (tra le vittime alcuni erano uomini), i maltrattamenti e gli abusi non fossero inusuali e avvenissero soprattutto durante il viaggio dal paese di origine fino allo sbarco lungo le coste italiane. Le violenze, ci è stato poi lasciato intendere da alcuni dei richiedenti asilo, venivano perpetrate soprattutto in Libia. I segni (di percosse, bruciature etc.) al momento degli sbarchi sono ancora ben visibili sui loro corpi. Allo stesso modo infezioni e lacerazioni rimandano a violenze di tipo sessuale (intervistato n. 28, educatore).

Racconto la storia di una beneficiaria, nigeriana, protestante, che per arrivare in Italia è stata aiutata economicamente e spiritualmente dal Pastore del suo villaggio. Una volta arrivata da minorenne, viene contattata dal Pastore che la minaccia di pretendere tutti i soldi che le aveva prestato, o in caso contrario di rivolgersi alla madre e alla sorella rimaste in Nigeria che avrebbero "pagato

il conto” al suo posto. Lei intuisce sin da subito che il lavoro proposto qui in Italia (prostituzione) era in contrasto con le sue leggi morali e religiose. Inizialmente nasconde agli operatori il suo malessere strettamente connesso alla minaccia subita, ma lo confida a un’amica che l’aiuta a rivolgersi agli operatori. Per lei ci siamo molto dati da fare, sorreggendola umanamente, attivando un servizio di sostegno psicologico, ecc. Attualmente la ragazza non subisce più minacce e non è più facilmente contattabile telefonicamente (intervistata n.3 assistente sociale presso un centro anti-violenza).

Si sono registrati degli elementi che facessero sospettare che delle beneficiarie inserite all’interno dello Sprar fossero vittime di tratta o comunque coinvolte nel traffico della prostituzione (intervistata n. 46, assistente sociale presso centro antiviolenza).

Racconto la storia che mi è stata a mia volta raccontata un anno fa, durante un colloquio di prima accoglienza, e in presenza della psicologa e della mediatrice, da una giovane donna del Camerun. Insieme al marito e alle due figlie, erano scappati a causa della guerra e arrivati fino al confine con la Nigeria, dove purtroppo vengono imprigionati a causa di problemi etnici. Al momento della cattura, le due bambine vengono uccise sotto gli occhi dei genitori. La madre viene condotta in una sezione femminile, così come il marito in quella maschile. La donna racconta che durante la sua prigionia, durata circa un anno, ha vissuto totalmente al buio, violentata costantemente dai soldati che le facevano visita ogni notte e dai quali successivamente ha partorito una bambina. Partorendo ha tagliato il cordone ombelicale con il tappo della scatoletta di tonno. Oggi vive in Italia e non ha più notizie dal marito da quando è stata costretta a partire dalle prigioni libiche, senza sapere la sua destinazione (intervistata n. 3, assistente sociale).

Ho riscontrato segni di violenze (cicatrici osservate durante i controlli medici presso la struttura), che mi fanno ritenere che non solo donne, ma anche minori e uomini, siano stati vittime, prima dell’arrivo qui in Sicilia, di violenze non necessariamente ricondotte al mero viaggio migratorio ma anche al proprio background socio-familiare-culturale (intervistata n. 45, educatrice).

I segni sono evidenti sia al livello fisico, psicosomatico, nonché psicologico. Si tratta di soggetti con personalità sfuggenti, solo apparentemente introversi, tendenti all’isolamento, che sono vissuti spesso in ambienti familiari destrutturanti e violenti sotto molteplici punti di vista (intervistata n. 56, medico).

I racconti degli operatori intervistati rilevano una realtà diffusa di sottomissione, regole patriarcali, dominio maschile da parte di soggetti che, pur non essendo necessariamente parenti, non possono dirsi estranei alle vittime, a cui fa eco, nella maggior parte dei casi osservati, solo il silenzio delle vittime che trasforma la loro vulnerabilità in sottomissione e servitù. Si tratta di

una violenza che non può e non deve identificarsi con la *gender based violence*, anche se la contiene al suo interno.

5. Il senso di questa specie ibrida di violenza

Le interviste agli operatori professionali hanno permesso a chi scrive di rappresentare il fenomeno degli abusi ripetuti a ogni livello nei confronti di donne vulnerabili e soprattutto ripetuti nel tempo dagli stessi aguzzini, definendo un ponte fra le teorie sulla violenza *gender based* e la “cosa” – la violenza di chi non è estraneo e a cui, per ragioni diverse, le vittime si affidano. Si trattava quindi di evidenziare aspetti relazionali che si accompagnano a una violenza, indiretta e diretta, simbolica e concreta, che non potrebbero essere prodotti da un carnefice considerato “estraneo” dalla vittima e alieno rispetto alla sua percezione emotiva. Ed è proprio nella diade estraneo-prossimo che si situa la possibilità stessa di prolungare lo sfruttamento delle vittime di tratta.

Il termine *proximus*, più vicino, deriva da un superlativo assoluto latino che indica “la persona più vicina a un'altra”, e può riferirsi a un tipo di relazione in cui i soggetti sono collegati, in una dimensione spazio-temporale, permettendo contiguità fisica e sfruttamento della vittima. E ciò talvolta anche solo in base di una comune etnia che costituisce l'*incipit* della non estraneità. Il *proximus* è l'altro che, in un rapporto di prossimità fisica, occupa una posizione dominante. Poiché questo predominio è quasi sempre esplicitamente fondato sulla differenza di genere, su un'asimmetria di potere ufficializzata e legittimata, sull'abuso fisico e psicologico diretto e indiretto della vittima, perpetrato in un contesto oppressivo, la violenza di cui il soggetto vulnerabile è vittima è di tipo prossimale. La categoria di prossimità, che illumina il carattere intimo della relazione, rende possibile ogni tipo di abuso e di sfruttamento della vittima, anche al di fuori della relazione, ed è questo il caso delle vittime di tratta. La violenza di prossimità è, da tale angolo prospettico, un fenomeno funzionale alla perpetuazione di un sistema basato su “costruzioni sociali” (Berger e Luckmann, 1966), che rimandano a precipui rapporti di potere fra uomo e donna, fra etnie e nazionalità differenti. Viene legittimata cioè da una produzione di senso che rende specifici comportamenti e atteggiamenti riconoscibili all'interno di situazioni o “province di significato” (Schütz, 1956) situate all'interno di un contesto che le giustificano e ne condividono il significato. Tali sono le relazioni uomo-donna quando le pensiamo in contesti in cui il traffico umano, le mutilazioni genitali, gli stupri e la segregazione etnica diventano il male minore rispetto alla stessa morte. Essi sono legittimati, cioè subiti all'interno di una relazione fra la vittima e il suo aguzzino che la rende meno “oscena” perché contestualizzabili nella relazione di prossimità fra vittima e carnefice.

La possibilità di subire violenza è subordinata al comportamento e alle azioni dell'oppressore che domina la vittima che si trova in una condizione di assoluta vulnerabilità dovuta alla situazione. La violenza è un rischio particolarmente consistente per la gran parte delle migranti, proprio per l'incrociarsi di fattori esogeni ed endogeni nella loro vita e non concerne la sola asimmetria di potere, ma la scena sociale in cui si struttura. Nel caso delle donne migranti vittime di tratta si verifica la presenza di tre variabili oggettive:

1. le condizioni materiali che ne penalizzano la vita quotidiana;
2. la dimensione soggettiva che rendono alcune di loro maggiormente esposte alla violenza;
3. le situazioni di temporanea difficoltà che sopravvengono via via ad aggravare una condizione già precaria.

Essa tuttavia si stabilizza solo in presenza di variabili soggettive aggreganti. In tali situazioni, lo sfruttatore è "quel" prossimo che partecipa di una parte dell'esperienza emotiva della vittima la quale definisce la propria identità in relazione all'altro e consente, di riflesso, l'altrui processo di identificazione in quella particolare situazione che prevede lo scatenarsi di un surplus emotivo. Nessuna vittima di tratta accetterebbe di venderci a più uomini consecutivamente, se tale esperienza non fosse indirettamente partecipata dal trafficante, se egli stesso non fosse consapevole di ciò che di abnorme la vittima sta vivendo.

Perciò l'accettazione da parte della vittima della violenza prossimale – diretta e indiretta – è da attribuirsi ai meccanismi intrinseci della prossimità che plasmano una dipendenza emotiva, che rendono la vittima docile e incline a normalizzare la violenza anche in presenza di eventuali vie d'uscita, e che fa del corpo stesso della vittima una agency di relazioni giustificate da culture etniche diverse, piuttosto che un'entità materiale.

Prova ne è che gli operatori stessi intervistati faticano a ravvisare, nel groviglio di bisogni di cui le vittime sono portatrici, la violenza se non come fenomeno secondario a una più generale dipendenza dal perpetratore determinata dalla stessa cultura e dalle comuni matrici etniche, oltre che dalla vulnerabilità della vittima.

Dunque, la categoria epistemologica della violenza di prossimità evidenzia più in profondità le strategie con cui le donne, provenienti da altre culture rispetto a quella occidentale, siano di fatto esposte a una duplice violenza: quella maschile dei loro gruppi etnici di riferimento, quella occidentale nella sottovalutazione o mancata individuazione di adeguati strumenti di accompagnamento delle vittime.

Riferimenti bibliografici

- Bartholini I. (cur.) (2013), *Violenza di prossimità. La vittima, il carnefice, lo spettatore, il “grande occhio”*, FrancoAngeli, Milano.
- Bartholini I. (cur.) (2014), *Violenza di genere e percorsi mediterranei*, Guerini e Associati, Milano.
- Bartholini I. (cur.) (2019), *Proximity violence in migration times. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, FrancoAngeli, Milano.
- Berger P., Luckmann T. (1966), *The social construction of reality*, Anchor, London.
- Bimbi F., Basaglia A. (eds.) (2013), *Speak Out! Migranti e mentor di comunità contro la violenza di genere*, Cleup, Padova.
- Bourdieu P. (1988), *Male domination*, Gallimard, Paris.
- Coin F. (2004), *Gli immigrati, il lavoro, la casa*, FrancoAngeli, Milano.
- Corradi C. (2009), *Sociologia della violenza. Identità, modernità, potere*, Meltemi, Roma.
- Crisp J., Morris T., Refstie, H. (2012), *Displacement in urban areas: new challenges, new partnerships*, «Disasters», 36: 1.
- Centro Studi e Ricerche Idos (2018=), *Dossier Statistico Immigrazione 2018*, Unar, Roma.
- Jaji R. (2009), *Masculinity on unstable ground: young refugee men in Nairobi, Kenya*, «Journal of Refugee Studies», 22: 2.
- Krause-Vilmar, J. (2011), *Preventing gender-based violence: building livelihoods. Guidance and tools for improved programming*, Women’s Refugee Commission, New York, <https://resourcecentre.savethechildren.net/node/6657/pdf/6657.pdf>.
- Nagguja Y. et al. (2014), *From the frying pan to the fire. Psychosocial challenges faced by vulnerable refugee women and girls in Kampala*, Refugee Law Project, Kampala.
- Peano I. (2013), *Opaque loves: Governance and escape in the intimate sphere of Nigerian sex workers*, «Etnografia e ricerca qualitativa», 3.
- Pinelli, B. (2011), *Attraversando il mediterraneo. Il «Sistema campo» in Italia: violenza e soggettività nelle esperienze delle donne*, «Lares», 77: 1.
- Schütz A. (1956), *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die Verstehende Soziologie*, Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Tognetti M. (2016), *Donne e processi migratori fra continuità e cambiamento*, «ParadoXa», 10: 3.

La discriminazione istituzionale e la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

di Mateja Sedmak* e Zorana Medarić**

1. Introduzione

Questo saggio affronta il tema della salute delle donne migranti ponendo l'accento sulle forme meno visibili e riconosciute di violenza, nonché il trattamento discriminatorio delle donne migranti nel contesto istituzionale. Presenteremo l'esperienza delle donne all'interno del sistema sanitario sloveno, in riferimento alla loro salute sessuale e riproduttiva.

La letteratura scientifica sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti mostra come questo ambito sia scarsamente studiato in Slovenia. In rari studi le donne migranti sono menzionate e solo indirettamente, in quanto membri di gruppi vulnerabili ai quali rivolgere una particolare attenzione (Ličer, 2005; 2012; Mikuš-Kos, 1996). A oggi in Slovenia non sono mai state condotte ricerche incentrate esclusivamente sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne straniere e sulle pratiche di violenza e di discriminazione all'interno dell'ambito sanitario e gli studi si sono concentrati per lo più sulla questione dell'accesso alle cure mediche per i migranti (indipendentemente dal genere). Dai risultati delle ricerche emerge che i migranti affrontano diversi problemi all'interno del sistema sanitario sloveno, fra i quali i più importanti riguardano le barriere linguistiche, la mancanza di competenze interculturali del personale sanitario e gli atteggiamenti discriminatori (Jazbinšek e Palaić, 2009; Bufolin e Bešter, 2010; Rajgelj, 2011; Lipovec-Čebren, 2009; 2010; 2017).

Anche i risultati del *case study* presentato nel seguito (realizzato nell'area dei tre comuni costieri di Capodistria, Isola e Pirano) (Sedmak *et al.*, 2018c) confermano i risultati delle ricerche degli altri autori ed evidenziano i problemi per la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti derivanti dal

* Centro di Ricerche Scientifiche di Capodistria.

** Centro di Ricerche Scientifiche e Facoltà di Studi Turistici, Università del Litorale di Capodistria.

rapporto con le strutture sanitarie, *in primis* la non conoscenza del funzionamento del sistema sanitario, l'accesso ai servizi sanitari, e l'importanza dei legami sociali in Slovenia e con il paese d'origine.

La letteratura evidenzia le barriere linguistiche e l'importanza di offrire informazioni pertinenti (Schmidt *et al.*, 2018; Mengesha *et al.*, 2018; Villadsen *et al.*, 2016; Small *et al.*, 2014), nonché un accesso adeguato ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva (Keygnaert *et al.*, 2013). Villadsen *et al.* (2016) sottolineano anche l'uso inadeguato degli interpreti, i problemi della comunicazione interculturale e dell'intervento interculturale che rappresenta la chiave per fornire una assistenza sanitaria di qualità. Small *et al.* (2014) hanno confrontato l'esperienza delle donne migranti con l'assistenza postnatale e osservato che i migranti hanno generalmente un'esperienza sanitaria non molto positiva, principalmente a causa delle difficoltà di comunicazione, della mancanza di conoscenza dei sistemi sanitari, degli atteggiamenti di discriminazione e di cure irrispettose e ostili.

La salute riproduttiva in generale è spesso associata alla violenza e alla discriminazione contro le donne e, in particolare, donne migranti, poiché la loro vulnerabilità è multiforme (Adanu, 2009; Keygnaert e Giuneu, 2015; Mason-Jones e Nicholson, 2018). Come sottolinea Vah-Jevšnik (2017), le donne migranti sono spesso deprivate socialmente ed economicamente, mancano di reti sociali, affrontano barriere linguistiche e difficoltà culturali da sole e spesso vivono nella paura di tornare nei loro paesi di origine.

La violenza, e in particolare la violenza istituzionale sulle donne migranti, è intesa in questo articolo in modo più ampio, come comportamento discriminatorio, privazione dei diritti, limitazioni o inaccessibilità nell'accesso ai servizi, violazione dei diritti umani, violazione dei confini personali umani e abuso di potere contro le persone (DNK, 2018). Come si vedrà nello studio di caso che presentiamo, le donne migranti sono doppiamente vulnerabili, sia perché donne sia perché migranti.

La violenza e la discriminazione a cui sono sottoposte le donne in riferimento alla salute sessuale e riproduttiva dimostra un disequilibrio di potere che facilita e produce pratiche violente. Tali comportamenti sono attribuiti anche al personale impiegato nelle istituzioni sanitarie (pubbliche) che dovrebbero per legge e in conformità con il codice professionale provvedere al benessere generale dei pazienti, comprese le donne migranti, ma purtroppo non è sempre così. Esistono infatti due "dottrine" nel settore sanitario: da una parte vige l'obbligo del personale sanitario di agire sempre a favore del paziente e, d'altra parte, la "dottrina" del nazionalismo, che per sua natura implica pratiche discriminatorie e di esclusione basate sulle differenze culturali, religiose e linguistiche. Di conseguenza, come nel resto della popolazione,

anche nel caso del personale sanitario troviamo pregiudizi, stereotipi etnici, “culturalismi”¹, razzismo e rifiuto verso culture diverse.

Oltre al comportamento discriminatorio diretto del personale medico, troviamo anche l’inaccessibilità dei servizi sanitari legata allo status giuridico delle donne migranti. L’accesso ai servizi sanitari dipende dall’inclusione delle donne straniere nel sistema dell’assicurazione sanitaria. L’inaccessibilità o l’accesso limitato ai servizi di assistenza sanitaria è spesso anche una conseguenza della mancanza di conoscenza della lingua slovena che comporta minore informazione, mancanza di conoscenza delle opzioni e, di conseguenza, inaccessibilità nonostante la presenza dei requisiti legali richiesti.

Di seguito presentiamo i risultati di uno studio qualitativo condotto come studio di caso in tre comuni costieri confinanti con l’Italia (Capodistria, Isola e Pirano). La ricerca è stata condotta nell’ambito del progetto transfrontaliero Interreg “*INTEGRA - Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva in Slovenia e in Italia*”. I risultati sono molteplici e su piani scientifici diversi, ma in questa sede ci concentriamo solo su quelli relativi all’argomento del progetto.

Nell’articolo sarà presentata la metodologia, le caratteristiche dell’indagine e i principali risultati emersi, in particolare sulle pratiche discriminatorie di trattamento delle donne migranti, sull’accesso (limitato) ai servizi sanitari nelle aree della salute sessuale e riproduttiva e sulle restrizioni dovute alla mancanza di conoscenza della lingua slovena.

2. Metodologia

Il sondaggio tra il personale sanitario è stato condotto da maggio ad agosto 2018 attraverso interviste semi-strutturate con gli operatori sanitari dei tre centri sanitari di Capodistria, Isola e Pirano e dell’Ospedale generale di Isola. All’interno dei centri sanitari il sondaggio ha riguardato il personale degli ambulatori ginecologici, all’Ospedale di Isola il personale del Reparto di ostetricia e ginecologia. In questo contesto, sono state condotte 18 interviste con personale che lavora nel campo della salute sessuale e riproduttiva: tre interviste approfondite con ginecologi, quattro con ostetriche, due interviste con infermiere nell’unità di maternità e tre interviste di gruppo con nove suore infermiere. È stata inoltre realizzata un’intervista telefonica con il servizio ambulanza “pro bono” di Lubiana e ottenute informazioni dagli operatori delle ambulanze della direzione del Centro sanitario di Capodistria. Tutte le interviste con il personale sono state raccolte previo consenso del personale e con il permesso della struttura sanitaria; ogni intervista ottenuta sul

¹ Mentre “culturalismo” è l’ostentazione affettata di cultura, con “culturalismi”, come si vedrà anche nel seguito, si può alludere alla pratica di enfatizzare strumentalmente le differenze tra le varie culture.

posto di lavoro ha impegnato l'operatore per circa un'ora e mezza. Tutte le interviste sono state registrate e trascritte. Nello stesso periodo sono state intervistate anche nove donne migranti provenienti da India, Filippine, Ucraina, Russia, Tailandia, Indonesia, Azerbaigian e Bosnia, che vivono nei tre comuni costieri e un'intervista informativa con un'albanese che vive in Slovenia da 20 anni. Le intervistate vivono in Slovenia, alcune da poco tempo altre da più tempo, differiscono anche per livello di scolarità e professione (alcune sono impiegate, altre sono casalinghe); tutte hanno figli e hanno un partner o sono sposate, tranne una che ha divorziato.

Le ragioni dell'immigrazione sono diverse: alcune si sono trasferite per amore, altre per lavoro o alla ricerca di una vita migliore. Le interviste con le donne migranti sono state condotte in contesti prevalentemente informali e di loro scelta (a casa, in locali pubblici, nel posto di lavoro, ecc.); in lingua slovena, altre in inglese o in una combinazione di entrambe le lingue. Una minoranza delle migranti intervistate ha la cittadinanza slovena e in prevalenza posseggono lo status di straniera con residenza regolare in Slovenia. Anche le interviste con donne migranti sono state registrate e trascritte. I temi rilevanti trattati riguardavano la famiglia e la cultura di origine, il matrimonio, la vita di coppia e i figli, l'integrazione, la lingua, l'assistenza sanitaria, la salute riproduttiva, la discriminazione, ecc.

Nel caso del personale sanitario, le domande invece trattavano l'atteggiamento e il lavoro con le donne migranti, il linguaggio della comunicazione, le differenze interculturali, la conoscenza del sistema sanitario, ecc. Prima dell'inizio delle interviste tutti gli intervistati sono stati informati del codice etico, dello stato di avanzamento, degli obiettivi e delle finalità della ricerca, della protezione dei dati e della privacy. La partecipazione è stata volontaria e poteva essere interrotta in qualsiasi momento.

Al fine di comprendere meglio i risultati dello studio di caso, effettuato nell'area di confine dell'Istria slovena, è opportuno sottolineare che il territorio è altamente multiculturale. Oltre alla presenza della minoranza autoctona italiana e delle comunità di immigrati dell'ex Jugoslavia (bosniaci, albanesi, serbi, croati, macedoni, montenegrini), ben organizzate in associazioni culturali o comunità religiose, si nota anche la presenza di russi, cinesi, thailandesi e altri gruppi etnici meno riconosciuti come comunità etniche nell'area locale. È anche interessante leggere i risultati ottenuti alla luce del fatto che la ricerca colloca l'area dell'Istria slovena tra le regioni interculturali più tolleranti; accetta quindi maggiormente i membri di altre culture, religioni e lingue, e la xenofobia e il nazionalismo sono inferiori rispetto ad altre regioni della Slovenia (Sedmak, 2003; 2005). Ultimo dato, ma non meno importante, il fatto che qui possiamo trovare la più alta percentuale di famiglie etnica-

mente miste (Sedmak, 2006). Infine, secondo le statistiche ufficiali, la percentuale più elevata di donne immigrate, su scala slovena, si riscontra nei comuni di Isola (4,9% di straniere) e Capodistria (4,1%) (Surs², 2018).

3. Risultati della ricerca

3.1. Pratiche discriminatorie

Quella che segue è un'analisi delle narrazioni delle donne migranti e del personale medico impegnato nelle sedi istituzionali preposte alla salute sessuale e riproduttiva delle donne dove emergono segreti, espressioni esplicite di intolleranza e comportamento discriminatorio su base etnica, presenza di pregiudizi, stereotipi, culturalismi che enfatizzano le “specificità culturali” delle donne migranti, nonché espressioni di nazionalismo e razzismo.

Tutte questi aspetti sono problematici, poiché riflettono sia il sentimento negativo sia atteggiamenti di violenza contro le donne migranti basati su posizioni di potere disuguali. Il personale sanitario ha sempre più potere sociale e questo può essere utilizzato anche inconsapevolmente, in assenza di empatia interculturale. Sia il nostro che altri studi correlati (Villadsen *et al.*, 2016; Small *et al.*, 2014) evidenziano la frequenza degli abusi in relazione al potere conferito istituzionalmente. I modi discriminatori praticati dal personale sanitario in relazione alle donne migranti sono problematici, anche perché riproducono le relazioni sociali esistenti sull'asse del dominio e della subordinazione e mantengono lo status stigmatizzato ed emarginato delle donne migranti nella società. Infine, tali pratiche violano la legge secondo la quale il paziente ha «diritto alla parità di trattamento nell'assistenza sanitaria, indipendentemente da genere, nazionalità, razza o origine etnica, religione o convinzioni personali, età, orientamento sessuale o altre circostanze personali» (art. 7) (vedi anche Bofulin e Bester, 2010).

Sebbene il personale medico, come già sottolineato, si impegni ad agire a beneficio dei pazienti, presenta anche atteggiamenti negativi nei confronti delle donne migranti (così come dei migranti in generale) evidenti nella citazione che riportiamo di un operatore sanitario fortemente contrario all'immigrazione:

Puoi dirmi che sono nazionalista, sciovinista, razzista. Non mi interessa. Io penso così. Come sociologa, tu la pensi diversamente.

Tuttavia, va sottolineato che l'operatore sanitario citato percepiva come donne migranti solo le donne provenienti da altri continenti o da paesi lontani

² Surs (Statistični urad Republike Slovenije) è l'Ufficio Statistico della Repubblica di Slovenia.

come la Siria, l'Afghanistan e altri paesi arabi e africani. Le sue dichiarazioni mostravano infatti un atteggiamento diverso nei confronti delle migranti dall'ex Jugoslavia, percepite come migranti "proprie":

Da me non ci sono donne migranti, ma ci sono albanesi ed ex-Jugoslave. Di dieci che vengono in studio medico, otto provengono dall'ex Jugoslavia.

Questo operatore sanitario le donne migranti vere non le aveva ancora affrontate, il che è significativo e indica una gerarchia di estraneità secondo la quale «non tutti gli stranieri sono ugualmente stranieri» e non «tutti i migranti sono ugualmente disturbanti» (Breger, 1998). Infatti, la gerarchia di estraneità è principalmente influenzata dalla vicinanza interculturale o dalla distanza delle etnie in confronto alla propria appartenenza.

L'atteggiamento del personale sanitario nei confronti delle donne migranti è spesso ambivalente. Un'operatrice sanitaria si è offerta di lavorare in una clinica "pro bono"³ (per le persone senza assicurazione sanitaria) e, mentre esprimeva paura verso le migranti ed era infastidita dalla loro vittimizzazione, affermava che: «sono colpevoli per l'aumento della criminalità, ecc.», o esprimeva giudizi: «vogliono approfittarsi, vogliono portarti in giro, non vogliono adattarsi, conoscono lo sloveno ma non lo vogliono parlare». Inoltre, affermava che le donne migranti devono adattarsi linguisticamente (e culturalmente) ed era contraria all'introduzione di mediatori culturali e dizionari interculturali per aiutare nella comunicazione.

Fondamentalmente sono contro la loro protezione, forse questo sembra un po' fobico, ma penso che sia importante che loro si adattano. Con tutto il rispetto per la loro lingua. [...] non è utile creare un dizionario multilingue, sarebbe più utile socializzarli. Questo può essere per loro solo un vantaggio.

Gli atteggiamenti negativi nei confronti delle donne migranti e delle loro pratiche culturali sono presenti anche in modi più nascosti e indiretti tra il personale medico, attraverso critiche, condanne, esagerazioni, esposizione di particolari culturali e differenze interculturali in generale.

Sono follemente disturbata dal loro dondolare, cioè il dondolio delle culle tradizionali utilizzate dalle donne albanesi, che è così forte.

Perché io penso se sono venute come migranti in Slovenia, devono adattarsi al nostro sistema e alla nostra vita. Penso che possano vedere molto bene come si vive da noi. Non lo so, abbiamo una donna albanese che è stata molto

³ "Pro bono" deriva dal latino "*pro bono publico*", che significa attività prestata (gratuitamente) per il bene pubblico.

trascurata, che era sporca, i suoi denti erano orribili, è venuta qui, è stata accettata, ha imparato l'igiene personale, le basi. Tuttavia, è vero che devi essere un po' spietato – devono fare la doccia ogni giorno!

Soprattutto in relazione alle donne albanesi dei territori dell'ex Jugoslavia, una convinzione molto forte e stereotipata della maggioranza degli operatori sanitari è il fatto che: «non parlano sloveno, sono sotto il controllo del marito e/o della famiglia allargata; non sono emancipate; sono imprigionate; isolate; ignoranti; povere; non vogliono integrarsi; stanno approfittando del sistema sanitario sloveno; ecc.». Sono percepite con compassione (vittime indifese della propria cultura), ma contemporaneamente criminalizzate perché rifiutano di parlare lo sloveno e di integrarsi nella società slovena.

Queste sono le mogli che si trovano in un cerchio chiuso, di regola, non prendono contatti, non vanno al negozio, non vanno alle riunioni, non vanno all'asilo, a differenza di tutte le altre immigrate che abbiamo. Ad esempio, le russe vogliono integrarsi. Forse le donne albanesi hanno un interesse diverso.

Particolare intolleranza viene percepita dal personale sanitario in relazione alle donne migranti non assimilate linguisticamente o alle migranti che non parlano inglese, italiano o croato/serbo-croato. Le albanesi del Kosovo e della Macedonia sono particolarmente esposte.

Se hai la nostra assicurazione, se vivi da noi, scusa, in ogni paese che vieni, vai a un corso di lingua base. Per favore, devi sapere almeno tre parole: sanguinamento, dolore, non ne posso più, seno, latte, e arrivederci. Nessuno ti chiede niente di speciale. Ti guardano in un modo, non lo sanno, non capiscono. Alle due di notte ti chiede “mio marito”. Bene, cosa c'è che non va in te [...]. Se ti guarda negli occhi possiamo anche comunicare e gesticolare, ma per quelle che girano la testa, che ti ignorano, perché devo io fare qualcosa?! [...] Tu vieni in Slovenia, tu hai un'assicurazione slovena, un appartamento.

A questo punto introduciamo un altro concetto nella nostra analisi, cioè la discriminazione multipla. Oltre alla posizione svantaggiata (anche legale) determinata dallo status di immigrata *per sé*, la discriminazione è influenzata anche dall'educazione, dall'occupazione e dallo stato economico generale della donna migrante, oltre a tutte le altre circostanze. Va notato che le donne migranti sono internamente un gruppo sociale differenziato (Antic Gaber e Strle, 2014), che differisce non solo in termini di provenienza culturale e linguistica e appartenenza religiosa, ma anche in relazione ad altri indicatori sociali che incidono in modo importante sulla qualità della loro vita, capacità di integrazione nel nuovo ambiente sociale, accessibilità ai servizi di salute e altro. Abbiamo in mente le differenze in termini di educazione, stato socio-economico, capitale culturale, nonché le cause della migrazione, esperienze

di vita passate, caratteristiche individuali, fisiche, psicologiche e altro. Anche se si possono tracciare alcuni parallelismi tra le storie di vita delle donne migranti e si possono trarre alcune conclusioni comuni, dobbiamo essere consapevoli di differenze importanti. Migranti più educate incluse nella nostra ricerca che parlavano inglese o altre lingue straniere, che avevano un'assicurazione sanitaria aggiuntiva, avevano uno status sociale più elevato, ecc., non sono state sottoposte a trattamenti discriminatori da parte del personale sanitario a causa della loro scarsa conoscenza della lingua slovena. Al contrario, le migranti di origine albanese che, secondo le statistiche esistenti (Surs, 2018), sono un gruppo sociale particolarmente vulnerabile a rischio di privazione multipla sono state invece discriminate a causa di un'istruzione più bassa, della condizione di casalinga e del numero elevato di bambini.

Le interviste spesso esprimono anche la convinzione che l'assistenza sanitaria debba essere condizionata, così come altri diritti e benefici, dalla conoscenza della lingua. In questo modo le donne migranti sarebbero costrette ad acquisire la lingua slovena.

Una forma speciale di razzismo è l'“esotismo”, come ci riferisce una donna migrante (visivamente diversa dalla maggior parte della popolazione locale a causa del colore della pelle più scuro e della fisionomia caratteristica del suo paese di origine). Secondo lei, non si trattava di un trattamento offensivo, ma piuttosto di un misto di “trattamento dell'amore” e un fascino per “l'alterità”. Il suo ginecologo prescelto si rivolgeva a lei con parole come “la mia piccola barretta di cioccolato” e “la mia piccola scura”. Sebbene la donna migrante affermi che essere definita in quel modo non l'ha mai disturbata, è necessario sottolineare la disposizione positiva del medico, ma declinata negativamente nelle asserzioni.

La presenza del razzismo è evidenziata anche in altre storie di vita:

Quando ho partorito è stato un po' problematico anche per me, perché le infermiere erano un po' razziste. Non puoi evitarlo. Per me è stato ok, fintanto che stai facendo il tuo lavoro e mi tratti come gli altri, non è necessario parlarli. E vedi che alcune di loro sono così. Puoi notarlo. E non solo per me, ho visto che vale anche per altre donne che provengono da altri paesi.

Le intervistate sottolineano che non si tratta necessariamente di razzismo, forse più disagio per la presenza dell'altro (come nella citazione seguente) e mancanza di competenze interculturali del personale sanitario.

Ho potuto vederlo dal loro sguardo che non mi prestavano attenzione. O forse è solo la mia sensazione che non mi prestavano attenzione. O forse è solo perché non mi possono capire. La maggior parte degli sloveni è così. Adesso lo so.

Diverse intervistate hanno sottolineato che il trattamento discriminatorio è strettamente collegato con le differenze visive.

Si è comportata in un modo esaltato (infermiera) come se fosse qualcosa di più, lei vede le persone solo dall'esterno. Poi le ho detto che ero segretaria nel mio paese e che anch'io sapevo lavorare [...]. Io sono come te, conosco il computer, so come lavorare. Allora l'infermiera non ha detto più niente.

3.2. Accesso ai servizi sanitari

Nonostante il diritto universalistico all'assistenza sanitaria, l'inclusione o esclusione dai benefici dell'assistenza sanitaria dipende dallo status giuridico delle persone. Il sistema di assistenza sanitaria slovena si basa infatti sull'assicurazione sanitaria, il che significa che le migranti hanno accesso ai servizi sanitari solo se assicurate, altrimenti hanno diritto unicamente a trattamenti di emergenza. A tale proposito, il sistema sloveno protegge in larga misura i dipendenti a tempo pieno con residenza permanente in Slovenia e i loro familiari (Rajgelj, 2012; Bofulin e Bešter, 2010). Dobbiamo sottolineare inoltre che esiste un divario tra l'accesso formale relativamente ben regolato all'assistenza sanitaria slovena e l'accesso effettivo senza impedimenti a un'assistenza sanitaria di qualità. Uno degli ostacoli è la mancanza di informazioni da parte delle migranti sul sistema sanitario e sui diritti che ne derivano che hanno prodotto un accesso più difficile ai servizi sanitari (di qualità) esponendo le migranti a una minor assistenza.

Come straniero non hai informazioni giuste (ad esempio chi è un buon medico, un buon ginecologo), devi iniziare tutto da zero in Slovenia. Non sai nulla, non hai informazioni in un'altra lingua o sito web che puoi capire.

Per accedere alla salute (riproduttiva), anche l'ingegnosità, i legami sociali informali, il sostegno a una famiglia più ampia e il coinvolgimento nella comunità etnica sono fondamentali.

Vado a tradurre ai russi all'ospedale di Isola. [...] Una signora mi ha chiesto quanto sarebbe costato se avesse partorito, perché non aveva assicurazione, era straniera. In questo caso è meglio trovare il lavoro e ottenere un'assicurazione o pagare l'assicurazione privatamente? Ho avuto tutte le informazioni necessarie per lei, all'ospedale mi hanno detto tutto, erano gentili. Per lei era meglio assicurarsi, e così ha fatto.

La mancanza di informazioni a causa della non conoscenza della lingua o di altre circostanze può influire sull'assistenza prenatale, ostetrica e post-natale (Schmidt *et al.*, 2018), nonché sulla qualità del trattamento o dell'assistenza e sui rischi per la salute, come sottolinea Ionnidi-Kapolou (2007). Entrambi gli aspetti della privazione si riscontrano anche nella nostra ricerca. Gli operatori sanitari evidenziano il problema dell'esclusione delle donne

migranti dai servizi perché non comprendono lo sloveno, non frequentano i vari seminari e le lezioni organizzate dai centri sanitari, ecc.

Il nostro servizio è progettato per fornire anche una visita alla madre durante l'ultimo trimestre quando è incinta. Semplicemente (le migranti) non ci sono. Le perdiamo. Stiamo cercando di trovarle, di includerle. Molti anni fa i ginecologi ci hanno tenuti informati, parlo molto tempo fa, 20 anni fa, ma solo ginecologi locali. Adesso non lo sappiamo dove sono. Le competenze linguistiche sono un grande problema.

Inoltre, le migranti che non ottengono informazioni da altre fonti, non sanno del corso di base per il parto, delle pratiche di assistenza medica prima, durante e dopo il parto, della possibilità di alleviare il dolore durante il parto, ecc. Di conseguenza, all'Ospedale generale di Isola, ad esempio, le donne di origine albanese non usano mai l'anestesia epidurale – perché non sono semplicemente a conoscenza di questa possibilità. Testimonianze del personale medico sottolineano che i parti delle donne albanesi sono “più naturali”, poiché non hanno un piano di nascita, non richiedono alcun sollievo dal dolore, non chiedono “nulla”. Allo stesso tempo, sottolineano che viene offerta a loro l'assistenza per alleviare il dolore al parto se lo ritengono necessario.

Mancanza di informazioni perché non frequentano la scuola materna. Non sono preparate per il parto, l'ignoranza, ecc. pensano che i pannolini sono per le donne, per la mestruazione. Voglio dire, abbiamo di tutto. [...] Vedi appena arriva, ha paura, non sa cosa la sta aspettando, ti guarda con grandi occhi, ma non puoi spiegarle perché non sai come. Cose del genere. E poi contrazioni. Non puoi mostrarle come respirare. Perché le slovene già lo sanno perché sono state al corso... quando si deve respirare profondamente con il naso e quando espirare con la bocca. Ma loro... è difficile guidarle attraverso il parto. [...] Queste donne sono numerose, il numero è costante, non importa se sono giovani o meno giovani, se è il primo parto o successivo.

La mancanza di conoscenza della lingua, la comunicazione difficile e conseguente inaccessibilità o accesso più difficile alle informazioni portano a un utilizzo limitato dei servizi sanitari e aumentano anche la possibilità di errori professionali e altri problemi, come ad esempio la firma di consenso prima dell'intervento chirurgico. Il personale ha anche messo in evidenza i rischi per la salute causati dalle difficoltà linguistiche. Le migranti che vengono in Slovenia alla fine della gravidanza rappresentano un particolare gruppo a rischio. Al momento della nascita, il personale sanitario non ha alcuna conoscenza delle condizioni mediche della donna o del bambino, del decorso della gravidanza, del gruppo sanguigno e di altre informazioni sanitarie fondamentali per un parto sicuro.

E vengono, non hanno l'esame medico, non sai il loro gruppo sanguigno, non hanno un libretto materno, non si conoscono le allergie, non si sa nulla. Fai ciò che puoi e ciò che non puoi, non lo fai.

L'accesso senza ostacoli ai servizi sanitari, che è particolarmente importante per le donne migranti secondo vari studi (Ioannidi-Kapolou, 2007; Bofulin e Bešter, 2010), è limitato in Slovenia a causa dei lunghi tempi di attesa, citati anche dai nostri interlocutori. Sebbene la questione dei tempi lunghi di attesa non si limiti alle donne migranti, questo aspetto ha dimostrato di essere un ostacolo significativo alla fornitura regolare dell'assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda il servizio medico, è buono. Ma non puoi ottenerlo, non puoi raggiungere il dottore. I dottori hanno esperienza, ma il sistema è terribile. Ma non è solo la mia opinione, è anche un'opinione di altre persone. Ho amici dalla Russia, dall'Ucraina, dal Kazakistan. E siamo rimasti tutti scioccati. Inoltre, all'ospedale di XXX, come tutte le donne dopo i 50 anni anche io ho un problema. Quando sono venuta da lei, è una dottoressa, una donna fantastica, davvero fantastica. Ma prima di arrivare a lei ci sono voluti 5 mesi.

A causa delle lunghe code, anche le migranti decidono di fare una visita privata (a pagamento) da un ginecologo. Ciò solleva la questione dell'accesso ai servizi sanitari in relazione allo status socioeconomico delle donne migranti (Ioannidi-Kapolou, 2007) – le persone con un migliore status economico hanno accesso ai servizi sanitari privati (più veloci) e avviene anche che le donne migranti non assicurate utilizzino i servizi di prima urgenza, evitando quelli che si devono pagare.

Il caso di una donna migrante intervistata dimostra proprio la complessità della relazione tra i servizi sanitari, l'ammissibilità agli interventi di emergenza, la copertura dei costi del servizio e una cultura di sfiducia nei confronti dei migranti. Il marito di una donna, ricoverata in ospedale con urgenza per un intervento chirurgico a causa di complicazioni da aborto spontaneo, ha dovuto pagare il conto per l'operazione prima, secondo informazioni fornite dalla moglie, per sospetto di fuga nel corso dell'intervento. L'accesso al servizio medico di emergenza per alcuni stranieri è quindi quasi subordinato al pagamento.

Quando ho perso il mio bambino, ho dovuto andare in ospedale per una procedura e mio marito era molto sensibile... mi stava aspettando. Era seduto lì e io ero ancora in recupero quando arrivò l'infermiera e gli chiese di pagare. [...] Lui era molto arrabbiato, disse lo sai che sono seduto qui, non so dove sia mia moglie... Che pensi? Pensi che scapperò? [...] Ed era molto ferito e arrabbiato con l'infermiera.

Per le migranti dalla zona costiera non coperte dall'assicurazione sanitaria, un dispensario generale "Pro bono" opera una volta alla settimana a Capodistria, ma non include un dispensario ginecologico specializzato, che invece è disponibile solo presso il dispensario "Pro bono" di Lubiana.

3.3. Restrizioni, ostacoli, discriminazione e controllo a causa della mancanza di conoscenza della lingua

Una comunicazione efficace di solito è cruciale e ha un impatto significativo sulla soddisfazione per le cure mediche, sulla comprensione del proprio stato di salute, sulla gestione della gravidanza, sul parto, su tutti gli eventi postnatali, nonché sulla percezione della malattia e sul rispetto delle indicazioni terapeutiche e del personale medico (Bofulin e Bešter, 2010).

Nel caso delle migranti che entrano nel sistema sanitario sloveno, la questione della conoscenza della lingua e dell'interpretariato è al centro di un dibattito. L'interpretariato non è sistematicamente regolato in Slovenia, nonostante la legge sui diritti dei pazienti (2008) la quale stabilisce che il paziente deve essere informato sulle sue condizioni di salute e opzioni di trattamento in modo comprensibile. Come giustamente sottolineato da alcuni autori, dovremmo concludere che un migrante che entra in contatto con un medico ha il diritto di comunicare in una lingua che comprende, ma la legge non ne parla esplicitamente (*Ibidem*). La legge garantisce solo il diritto di parlare in sloveno o nelle lingue delle minoranze riconosciute dalla legge (italiana e ungherese) e circoscritto alle aree in cui l'italiano e l'ungherese sono lingue ufficiali.

La comunicazione linguistica e la non conoscenza dello sloveno è un problema complesso. Dalle interviste emerge che alcune migranti non capiscono e non parlano lo sloveno solo al loro arrivo in Slovenia, altre invece non lo parlano anche dopo diversi anni di residenza; altre, secondo la convinzione del personale medico, anche se lo capiscono e parlano parzialmente, non vogliono o non possono a comunicare in sloveno (ad esempio le albanesi). In altri casi le donne comunicano fluentemente in inglese, italiano, croato o un'altra lingua che facilita la comunicazione con il personale sanitario.

La lingua non è mai stata un problema perché almeno i medici parlano inglese, quando ho iniziato a parlare un po' di sloveno era ancora più facile.

Nel caso in cui le migranti non parlino sloveno, sono spesso assistite da una persona che lo parla fluentemente. Di solito è il marito, un parente, una vicina, un'amica o una traduttrice selezionata dallo stesso gruppo etnico (come accade per esempio nella comunità albanese di Capodistria e Isola).

Quando vengo in una famiglia che non capisce lo sloveno, mi assicuro sempre che qualcuno lo capisca, specialmente durante le prime visite dopo il parto, è molto importante.

Un gruppo specialmente vulnerabile di donne migranti, con le quali è più difficile comunicare, è rappresentato (come già sottolineato) dalle albanesi che non parlano né sloveno, né inglese, né altre lingue.

Vengono dal Kosovo, dall'Albania, dalla Macedonia, non parlano sloveno, di solito traduce il marito che parla male sloveno. Di norma, non conoscono l'inglese.

Il personale medico ritiene inoltre che, sebbene alcune donne albanesi capiscano e parlino lo sloveno, si rifiutano di parlarlo perché sono sottoposte al controllo del marito o della comunità secondo le regole della tradizione patriarcale. Mariti, suocere e altri membri della famiglia allargata parlano a nome della paziente. Allo stesso tempo, va sottolineato che l'opinione sul "controllo personale" che accompagna la mediazione linguistica tra la donna albanese e i membri della famiglia allargata è osservato in modo chiaro dal personale ospedaliero. In questo contesto, alcuni operatori sanitari sottolineano gli aspetti negativi di tali pratiche: il controllo, la privazione della libertà di decisione e di azione, la dominazione patriarcale, la manipolazione e il controllo delle informazioni. Altri invece si soffermano sulle caratteristiche delle pratiche interculturali che sono necessariamente diverse, la condivisione delle informazioni, la preoccupazione della comunità e del marito per la donna, la sua protezione. Questi ultimi negano anche di avere assistito al trattamento discriminatorio o violento dal marito verso la donna (albanese).

Loro, le donne albanesi conoscono e capiscono lo sloveno, ma non vogliono o non possono parlare. A volte mando il marito fuori, per esaminare la moglie, la paziente (prima era lui che traduceva), poi parla con me in serbo-croato, anche se prima nella testimonianza del marito diceva che non capisce nulla e non parla. Anche quando si svegliano dalla narcosi, io lo dico a loro: "Guardami, apri la bocca, apri gli occhi" e loro lo capiscono. Sebbene prima dimostravano di non saper parlare.

In altre interviste troviamo anche l'angoscia per le difficoltà comunicative del personale medico con le migranti.

Malintesi possono avvenire, se ti chiamano nel cuore della notte e non sanno dirti di che cosa hanno bisogno, e tu non riesci a capire di cosa si tratta. Perché se lei ti dice "latte bambino" sai di cosa si tratta, ma se lei sta male, soffre se non lo sa esprimere... anche se lei si preoccupa riguardo alla cura del bambino. Poi è difficile... Semplicemente, una donna albanese ti chiama nel mezzo della notte e non sai cosa vuole, è angosciata, perché non può spiegare

perché ti sta chiamando alle 3 di notte e sei anche tu preso dall'angoscia perché vuoi aiutarla e non puoi perché non sai di cosa si tratta. Nel caso specifico, abbiamo poi scoperto che aveva paura perché il suo seno aveva iniziato a far male. È banale, ma può diventare un problema serio.

La questione dell'assistenza sanitaria è generalmente un'area delicata, in quanto riguarda le questioni di privacy, la riservatezza tra il medico e il paziente, nonché le questioni sensibili della salute, delle malattie e del corpo. Nel caso della maternità, del parto e dell'assistenza postnatale ci sono problemi ancor maggiori riguardanti la sfera dell'intimità e della privacy. La comunicazione attraverso "intermediatori" è sempre insufficiente, la presenza di una mediazione professionale interculturale sarebbe auspicabile. Nell'esperienza quotidiana gli operatori osservano che quando ci sono delle donne (amiche o parenti) la comunicazione con la paziente risulta abbastanza adeguata, mentre quando si trovano davanti al marito, o ancor di più a un bambino, è veramente difficile e imbarazzante e viene meno la correttezza dell'informazione medica.

C'è la possibilità seria di filtrare le informazioni, poiché il marito spesso parla a nome della moglie, dicendo che lui la conosce molto bene. Probabilmente lui possiede molte informazioni riguardo alla moglie, ma noi vogliamo che la signora risponda da sola e che il marito poi traduca. Per la maggior parte, ci riusciamo. A volte parliamo anche per giorni per comunicare ciò che vogliamo e chiediamo che il marito solo traduca correttamente alla moglie. Molto spesso, si tratta di informazioni sulla sua famiglia che lui non ha o di alcune specifiche informazioni ginecologiche che lui non conosce. Queste possono essere piccole cose che il marito non può sapere.

Al fine di ottenere una comunicazione più efficace, le migranti e il personale medico si aiutano reciprocamente in una vari di modi: utilizzano telefoni cellulari, dizionari, parole tradotte, comunicazioni non verbali e altro ancora.

Vengono con la scorta. Con il marito o una parente che traduce. Se non capiscono, hanno la tecnologia, i telefonini, e poi mettono il marito al telefono. Poi dico che preferisco vederla venire di persona perché è molto più facile da spiegare e voglio vedere che lei parla con lui e che esista un dialogo. Perché altrimenti (nel caso delle possibili malattie della moglie) lui può semplicemente dire "è sana". Io dico, chiedilo a lei!

Le ostetriche hanno chiesto ai mariti di tradurre alcune parole, così ora abbiamo creato un dizionario nostro in modo che alla fine del parto possiamo comunicare e dire come respirare e spingere.

La mancanza di comunicazione adeguata aumenta la possibilità di errori professionali, equivoci e, di conseguenza, crea insoddisfazione verso il sistema sanitario e il lavoro degli operatori sanitari in generale.

Volevo raccontare il caso di una signora cinese che veniva a partorire. A causa di un malinteso, suo marito le ha portato un pasto alla sera, che poi lei ha consumato. Poi la signora ha partorito e, dopo il parto, c'era una piccola complicazione ed è stata sottoposta immediatamente a un intervento con narcosi. La signora non lo sapeva che non avrebbe dovuto mangiare prima del parto. E così l'intervento è stato rinviato di mezz'ora. Fortunatamente il ritardo non ha messo in pericolo né la madre né il bambino, ma il personale medico è rimasto sorpreso dal fatto che la signora non conoscesse queste regole di base. Dato che non ha frequentato la scuola pre-parto e non ha visitato il reparto maternità, prima dell'evento non ha avuto nessuna formazione.

A volte, tuttavia, i malintesi linguistici, anche se inizialmente scomodi, possono essere anche un po' umoristici.

Quando ho partorito, mi hanno detto che avevo una ragazzina. Avevo paura e ho girato la testa, non volevo guardare il mio bimbo. E l'ostetrica mi gira la testa e mi dice: 'guarda, guarda la tua bella ragazzina'. Pensavo di aver partorito qualcosa di strano che non era né un bambino, né una bambina. Sì, è allora che mi sono spaventata. Ho pensato che fosse un'anomalia che qualcosa non andava. Poi invece ho visto che era una bambina e abbiamo riso. Ma che cosa hai pensato mi chiese l'ostetrica?

Quali sono le misure chiave per affrontare le barriere linguistiche per garantire la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti? Secondo il personale medico coinvolto nella nostra ricerca, la più appropriata sarebbe l'introduzione nel sistema sanitario di mediatori/mediatrici interculturali, che consentirebbe una traduzione adeguata, un confronto con le diverse sensibilità culturali e anche una comunicazione più efficace tra le donne migranti e il personale medico. La presenza di un mediatore/mediatrice interculturale non garantisce però di per sé una comunicazione senza problemi. I paesi con una più lunga tradizione di mediazione interculturale come l'Italia, per esempio, sottolineano anche potenziali insidie legate alla mediazione (Urpis, 2018). È capitato infatti che si è chiesta una mediazione interculturale che coinvolgeva un mediatore scelto dalla comunità etnica che rappresentava uno strumento di controllo (comunitario ed etnico) sulla donna e le sue decisioni in merito alla regolazione delle nascite (contraccezione o interruzione della gravidanza) o ai trattamenti medici (interruzione del trattamento dell'HIV a causa della superstizione del gruppo etnico). L'esperienza di altri paesi dove la mediazione interculturale ha già una storia ci suggerisce quindi che per garantire la salute riproduttiva e sessuale delle donne migranti è più efficace

la mediazione fatta da una donna “indipendente” con conoscenze di base di ostetricia e salute riproduttiva.

Qualche volta abbiamo problemi con l’esame della paziente perché la signora non si fida di noi e poi tutto richiede più tempo. Se è presente una mediatrice culturale, la situazione migliora, lei rassicura la paziente, la incoraggia a fare un esame di base che non sarà impegnativo, non sarà doloroso, ed è allora più facile lavorare.

Alcuni ospedali, ospedali materni e centri sanitari in Slovenia hanno già introdotto newsletter o informazioni multilingue destinate ai migranti. L’idea di introdurre una newsletter bilingue o multilingue per le donne migranti che offra informazioni di base sui diritti relativi alla salute sessuale e riproduttiva delle donne viene percepita in due modi: la maggior parte dei medici e lavoratori sanitari intervistati considera le informazioni multilingue significative e benvenute, alcuni invece sono fortemente contrari:

che mi adatterò a loro, per favore!

Un altro grave problema riguarda la firma dei consensi, che attualmente è presente solo in lingua slovena e non può essere firmata senza un interprete. Ciò può ritardare le operazioni e altri interventi (anche urgenti), poiché l’interprete non è sempre presente. Tuttavia, anche in presenza di un interprete, c’è il dubbio che la donna migrante capisca davvero cosa sta firmando e comprenda il testo interpretato. Dal punto di vista legale la firma del consenso basata solo su una spiegazione orale è molto controversa.

4. Conclusioni

Guardando il trattamento istituzionale nel campo della salute sessuale e riproduttiva, le donne migranti affrontano disparità di trattamento, pratiche discriminatorie e restrizioni nell’accesso a cure sanitarie adeguate. Le narrazioni dello studio di caso presentato evidenziano, analogamente allo studio di Small *et al.* (2014), che le principali sfide in questo settore sono la questione delle informazioni per le donne migranti e, di conseguenza, l’accesso a servizi sanitari (appropriati) e la comunicazione con il personale sanitario. Scarse informazioni e comunicazioni inadeguate con gli operatori sanitari portano all’esclusione sociale, all’emarginazione e alla stigmatizzazione delle donne migranti e promuovono relazioni di potere ineguali tra loro e il personale sanitario. Una comunicazione inefficace e/o difettosa può, dopotutto, portare a errori professionali nel trattamento o nelle procedure mediche. La mancanza di competenze interculturali del personale sanitario e l’as-

senza di soluzioni sistemiche (informazioni tradotte per iscritto, presenza garantita di un interprete, implementazione di scuola per la maternità in lingua straniera) sono i problemi più significativi.

Un aspetto importante che dovrebbe essere affrontato in futuro è la sensibilizzazione del personale sanitario su questioni che riguardano l'interculturalismo e le pratiche discriminatorie, che faciliterebbero cure mediche più appropriate, nonché diminuirebbero le incomprensioni e i possibili errori medici. Sarebbe opportuno introdurre una formazione sistematica alle competenze interculturali per il personale medico, e in particolare, nel caso della salute sessuale e riproduttiva, sulla percezione del corpo, la privacy e le relazioni di genere. Un passo in questa direzione è sicuramente il Manuale per lo sviluppo delle competenze culturali dell'Istituto nazionale di sanità pubblica (2016), che è il primo di questo tipo e mira a migliorare la sensibilità alle differenze culturali e ad aumentare la comprensione e l'accettazione della diversità culturale nella società. L'obiettivo finale sarebbe quello di introdurre questi contenuti anche a tutti i livelli dell'educazione alla salute. Le buone pratiche degli altri paesi mostrano che, nel caso della salute riproduttiva delle donne migranti, sarebbe ragionevole introdurre una mediatrice interculturale, che potrebbe avere un impatto significativo sulla riduzione delle pratiche e dei trattamenti discriminatori. Anche la regolamentazione sistemica dell'interpretariato nel sistema sanitario è urgente, poiché le attuali soluzioni dei problemi di comunicazione sono lasciati alla generosità del personale sanitario e delle donne migranti. A questo punto è importante anche sottolineare che, per una comunicazione corretta, è anche importante la conoscenza appropriata dei temi della salute da parte degli interpreti (Mengesha *et al.*, 2018).

Dovrebbe essere affrontata anche la questione di informazioni adeguate per le donne migranti sugli aspetti istituzionali della salute sessuale e riproduttiva. A causa della mancanza di informazioni e della scarsa o nessuna conoscenza della lingua, le donne migranti sono spesso escluse dalle cure prenatali e parzialmente postnatali fornite dalle istituzioni. Spesso hanno solo scarse informazioni sull'assistenza sanitaria (ad es. sul corso del parto), nonché sulle opzioni e sui loro diritti in questo settore, ad es. sulla possibilità di alleviare il dolore del parto, sulla scelta dei diversi tipi di parto e altro. Una delle possibili soluzioni per l'integrazione delle donne migranti nelle cure prenatali sarebbe l'organizzazione di scuole materne in una lingua straniera (ad esempio inglese e albanese) o l'introduzione di un interprete nelle scuole materne. In questo contesto, è stata anche evidenziata la necessità di introdurre informazioni scritte sui diritti e le opportunità nelle lingue delle migranti. Ultimo, ma non meno importante, nell'area costiera in esame tutte le brochure e le autorizzazioni scritte sono scritte solo in lingua slovena. Altrove l'esperienza mostra che, al fine di garantire la parità di trattamento per le donne migranti, gli interpreti professionisti devono essere coinvolti per

stabilire la fiducia tra il personale medico e le donne migranti e per offrire informazioni che consentano loro di navigare correttamente nel sistema sanitario (Villadsen *et al.*, 2016, 109). Tutto questo può ridurre significativamente i ritardi nella fornitura di assistenza sanitaria e fornire cure più adeguate. Tuttavia, un approccio integrato e inclusivo alle politiche sanitarie per garantire un'adeguata salute dei migranti, in particolare nel campo della salute sessuale e riproduttiva, deve essere affrontato anche dalla sanità pubblica europea (Keygnaert *et al.*, 2013).

Riferimenti bibliografici

- Adanu R.M.K., Johnson R.B.T. (2009), *Migration and women's health*, «International Journal of Gynecology & Obstetrics», 106: 2.
- Antić Gaber M., Strle U. (2014), *A contribution to understanding "čefurke"*, «Annales: anali za istrske in mediteranske študije. Series historia et sociologia», 24: 3.
- Bofulin M., Bešter R. (2010), "Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: M. Medvešek", in R. Bešter (ur.): *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani? Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*, Inštitut za narodnostna vprašanja, Ljubljana.
- Breger R. (1998), "Love and the State: Women, Mixed Marriages and the Law in Germany", in Breger R. and Hill R. (eds.), *Cross-Cultural Marriage*, Berg, Oxford, New York.
- DNK (2018), Kaj je nasilje? Društvo za nenasilno komunikacijo. <https://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju/kaj-je-nasilje.html#gor> (11.9.2018)
- Ioannidi-Kapolou E. (2007), "Health Barriers and Inequities for Migrants", in Apostolopoulos V.Y., Sonmez S. (eds.), *Population Mobility and Infectious Disease*, Springer, New York.
- Jazbinšek S., Palaić T. (2009), Zdravje – človekova pravica? Prosilke in prosilci za mednarodno zaščito. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, Horizont bojev: na lateralah, mejah in marginah, 238.
- Keygnaert I., Guieu A. (2015), *What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants*, «Reproductive Health Matters», 23: 46.
- Keygnaert I., Guieu A., Ooms G. Vettenburg N., Temmermana M., Roelens K. (2013), *Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care?*, «Health Policy», 114: 2-3.
- Ličer Z. (2005), *Socialni vidiki varovanja reproduktivnega zdravja žensk*, «Socialno delo», 44: 6.
- Ličer Z. (2012), *Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo*, «Socialno delo», 51: 1/3.
- Lipovec-Čebtron U. (2009), *Od kulture nezaupanja do selektivnega sočutja: prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v slovenskem zdravstvenem sistemu*, «Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo», 37, 235/236.

- Lipovec-Čebtron U. (2010), *The construction of a health uninsured: people without medical citizenship as seen by some slovene health workers*, «Stud. ethno. Croat.», 22.
- Lipovec-Čebtron, U. (2017), *Ko nujno postane nenujno: raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Slovenije*, «Glasnik Slovenskega etnološkega društva», 57: 1/2.
- Mason-Jones A.J., Nicholson P. (2018), *Structural violence and marginalisation. The sexual and reproductive health experiences of separated young people on the move. A rapid review with relevance to the European humanitarian crisis*, «Public Health», 158.
- Mengesha Z.B., Perz J., Dune T., Ussher J. (2018), *Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women*, «Sexual & Reproductive Healthcare», 16.
- Mikuš-Kos A. (1996), “Zdravje migrantov in beguncev”, in Kraševac-Ravnik E. (ed.): *Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji*. Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, Slovenska fondacija, Ljubljana.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18 in 57/18. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59> (20.6.2018)
- Rajgelj B. (2012), *Vpliv delovnopravnega, državljanskega in družinskopravnega statusa na neenako obravnavo v zdravstvenem zavarovanju = The effects of labour, citizenship and family status on the unequal treatment in health insurance*, «Zdravstveno varstvo: Slovenian journal of public health», 51: 1.
- Schmidt N.C., Fargnoli V., Epiney M., Irion O. (2018), *Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study*, «Reproductive Health», 15 (1): 43.
- Sedmak M. (2003), *Stališča mladih slovenske Istre do (med)kulturnih fenomenov okolja bivanja*, «Annales: anali za istrske in mediteranske študije, Series historia et sociologia», 13: 2.
- Sedmak M. (2005), *Social inclusion/exclusion of immigrant groups in urban Slovenia: the case of Istria*, «Ethnologia Balkanica: journal for Southeast European anthropology», 9,
- Sedmak M. (2006), Etnično mešane družine. V: T. Renner, in druge (ur.): *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Knjižnica Annales Majora. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.
- Sedmak M., Medarić Z., Lenarčič B., Gornik B. (2018a), *Report on demographic, social and economic characteristics of migrant women in Slovenia* (Poročilo projekta INTEGRA), Znanstveno-raziskovalno središče Koper. Koper.
- Sedmak M., Medarić Z., Lenarčič B., Zago M. (2018b), *Principali caratteristiche demografiche delle donne straniere in Slovenia e Friuli Venezia Giulia* (Poročilo projekta INTEGRA), EUT, Trieste.

- Sedmak M., Medarić Z., Lenarčič B., Gornik B. (2018c), *Spolno in reproduktivno zdravje migrantk v Sloveniji: Študija primera treh obalnih občin* (Poročilo projekta INTEGRA – kvalitativna raziskava). Koper, Znanstveno-raziskovalno središče Koper.
- Small R., Roth C., Raval M., Shafiei T., Korfker D., Heaman M., McCourt C., Gagnon A. (2013), *Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries*, «BMC pregnancy and childbirth», 14, 152.
- Urpis O. (2018), *La diversità culturale nelle società complesse e le nuove strategie di integrazione: il ruolo dei mediatori interculturali nelle istituzioni*, «Poliarchie / Polyarchies», 2018: 1.
- Vah J.M. (2016), "Toliko je izgubljenega s prevodom!": izkušnje zdravstvenih in strokovnih delavcev ter delavk z obravnavo migrantk, žrtev nasilja v družini, in: S. Cukut, K. & D. Knežević Hočevar (ed.), *Zdravstvo – pomemben člen pri preprečevanju nasilja v družini: zbornik*, Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana, 33-37.
- Villadsen S.F., Mortensen L.H., Andersen A.M.N. (2016), *Care during pregnancy and childbirth for migrant women: How do we advance? Development of intervention studies –The case of the MAMA ACT intervention in Denmark*, «Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology», 32, 100-112.
- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (Uradni list SRS, št. 11/77, 42/86 in Uradni list RS, št.70/00–ZZNPOB). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408> (20.6.2018).
- Zakon o pacientovih pravicah (2008): <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281> (20.6.2018).

Conflitti di culture, diritti e tutela della salute nel contesto nazionale e internazionale

di *Davide Monego e Sara Tonolo**

1. Osservazioni introduttive

La drammaticità degli eventi internazionali concernenti la tutela dei diritti fondamentali dell'individuo, e in tale contesto, anche la protezione del diritto alla salute stimolano alcune riflessioni sulla possibile attuazione di tale diritto in ambito giuridico interno e internazionale.

Rileva, in tale contesto la duplicità della salute come bene pubblico, da un lato, sia nel quadro dell'ordinamento interno che in quello internazionale, e, dall'altro, come diritto individuale, in rapporto e potenzialmente in conflitto con altre discipline come ad es. in materia di commercio e di investimenti e come oggetto dell'eventuale responsabilità concernente attività lesive poste in essere da Stati, Organizzazioni internazionali, imprese¹.

Il quadro normativo è complesso e frammentato anche perché, sin dall'emergere della necessità di tutelare il diritto alla salute, è apparsa evidente la problematicità dell'interazione pubblicistica con la natura di diritto individuale; se è chiaro che le esigenze sottese alla dimensione collettiva possono anche comprimere aspettative individuali, rimane la prevalenza del connotato pubblicistico, in base al quale lo Stato risulta l'ambiente naturale entro il quale beneficiare del diritto alla salute.

La dimensione collettiva appare infatti prevalente, rappresentando l'interesse della società a garantire condizioni di vita idonee a prevenire il diffondersi delle malattie; anche l'art. 32 della Costituzione italiana insiste su tale interesse come limite alle libertà individuali (artt. 14 e 16)². E, in maniera

* I par. 2 e 3 sono scritti da Sara Tonolo, i par. 1 e 4 da Davide Monego (Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi di Trieste).

¹ Si veda in generale sul punto Acconci (2011).

² Ciò, pur essendo nota la dimensione individualistica di tale diritto chiaramente affermata nella giurisprudenza costituzionale; ad es. in Corte Cost., 5 luglio 2001, n. 252. Sul punto si veda Alpa (1976, pp. 446 e ss.), nonché, per uno sguardo complessivo sui vari aspetti del diritto in questione, Minni e Morrone (2013).

analoga, nella Convenzione europea del 1950³ la salute rileva come limite alla libertà personale (art. 5), alla libertà di espressione (art. 10) e alla libertà di riunione e associazione (art. 11, par. 2).

Nella sua portata individuale il diritto alla salute presenta due aspetti distinti: il diritto all'integrità psico-fisica, che implica obblighi negativi di non interferenza da parte dello Stato o di soggetti privati, e il diritto all'assistenza sanitaria e all'accesso a farmaci idonei alla cura di malattie, che richiede obblighi positivi da parte dello Stato, come si può leggere anche nell'art. 38 della Costituzione italiana che prevede forme di assistenza pubblica e privata, da leggersi anche alla luce dei principi generali sanciti dagli artt. 2 e 3 della Costituzione stessa. Nell'ordinamento italiano, infatti, la tutela della salute e il rapporto medico-paziente appare fortemente fondato sulla "libertà di autodeterminazione"⁴ del paziente, che viene garantita dall'art. 2 della Costituzione che tutela i diritti fondamentali della persona umana nella sua identità e dignità.

2. La dimensione collettiva. La tutela del diritto alla salute nel diritto internazionale

La dimensione collettiva della tutela del diritto alla salute può dirsi caratterizzata da una notevole frammentazione sia a livello normativo che a livello operativo.

Come diritto umano individuale, la salute ha trovato il suo primo riconoscimento internazionale nel preambolo della Costituzione dell'OMS del 22 luglio 1946⁵, poi ripreso dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948, all'art. 25⁶. In tale contesto, il diritto alla salute viene collegato al soddisfacimento di altri bisogni, quali il cibo, l'alloggio, le cure mediche e la sicurezza sociale. Una disposizione analoga è poi contenuta nell'art. 12 del Patto sui diritti economici, sociali e culturali del 1966⁷, che conferma la necessaria realizzazione progressiva dei diritti fondamentali degli individui.

³ La Convenzione per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali è stata adottata in seno al Consiglio d'Europa a Roma il 4 novembre 1950 ed è entrata in vigore il 3 settembre 1953. È stata resa esecutiva in Italia con l. n. 848 del 4 agosto 1955, in *Gazz. Uff.*, n. 221 del 24 settembre 1955.

⁴ Cass. 16 ottobre 2007, n. 21748 (caso Englaro), in *FI*, 2007, I, 3025.

⁵ «The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social conditions». In *UNTS*, vol. 14, p. 185.

⁶ Dichiarazione, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, Ris. 217 A (III), e sul punto in generale Kunz (1949), p. 316 e ss.; Hernandez – Truyol (1999), p. 19.

⁷ Patto approvato con la risoluzione 2200A (XXI), in *United Nations Treaty Series*, vol. 999, p. 171 e ss., reso esecutivo in Italia con l. n. 881 del 25 ottobre 1977, in *Gazz. Uff.*, n. 333, s.o. del 7 dicembre 1977, sul quale si v. in generale Ando (2004), pp. 225 – 247.

A livello regionale, si afferma la necessità di tutelare tale diritto nell'art. 16 della Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli⁸, mentre nel sistema interamericano di tutela dei diritti il diritto alla salute non era considerato nella Convenzione del 1969 ed è stato sancito dall'art. 10 del Protocollo addizionale sui diritti economici e sociali del 1988⁹; nell'ambito della Convenzione europea sui diritti dell'uomo, non vi è una disposizione specifica che tuteli il diritto individuale (al di là delle previsioni precedentemente esaminate ove opera come limite ad altri diritti), ma la Corte europea dei diritti dell'uomo lo ha indirettamente tutelato applicando altre norme della Convenzione. Ciò è avvenuto ad es. con riguardo all'art. 2 e alla tutela del diritto alla vita, in casi in cui lo Stato aveva lasciato morire alcune persone affette da gravi malattie senza intervenire con l'assistenza medica¹⁰. L'affermazione della necessità di tutelare il diritto alla salute è stata poi codificata nella Carta sociale europea, ovvero nel testo della stessa riveduto nel 1996¹¹, all'art. 11, ove però tale diritto rimane soggetto al regime opzionale, come previsto dalla Parte III della Carta.

Dall'affermazione così frammentata della necessità di tutelare la salute come diritto individuale è poi derivata una sua corrispondente implementazione per settori. A livello di diritto internazionale vincolante, è possibile infatti ricordare la Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco¹² e il Regolamento sanitario internazionale del 2005¹³.

Tale regolamento è stato emanato dall'OMS in seguito ai poteri conferiti all'Assemblea Generale di tale organizzazione dagli artt. 21 e 22 della Costituzione della stessa Organizzazione, al fine di poter adottare regolamenti giuridicamente vincolanti per gli Stati membri dell'Organizzazione, salvo i casi di rigetto o di riserve da parte degli stessi. All'interno di esso si amplia la definizione di malattia, che include così eventi «*irrespective of origin or source, that present or could present significant harm to humans*», ricomprendendo possibili casi di bioterrorismo con conseguenze internazionali. Da tale normativa deriva inoltre l'obbligo per gli Stati di sorvegliare e controllare tali eventi, notificando eventualmente all'OMS gli eventi a rischio di diffusione internazionale, nonché di cooperare e di comunicare costantemente con l'OMS. In seguito a tale scambio di informazioni, l'OMS tramite il suo Direttore Generale dichiara una *public health emergency of international*

⁸ Carta africana dei diritti umani e dei popoli, adottata a Nairobi il 27 giugno 1981, in ILM, 1982, p. 158 e ss., sulla quale si veda Pascale (2017).

⁹ Protocollo di San Salvador del 17 novembre 1988 in materia di diritti economici, sociali e culturali, in ILM, 1989, p. 161 ss.

¹⁰ Sent. 17 luglio 2014, ric. N. 47848/08, *Centre for Legal Resources on Behalf of Valentin Campeanu c. Romania*; sent. 30 novembre 2004, ricorso n. 48939/99, *Öneryildiz c. Turchia*.

¹¹ Carta sociale europea, Strasburgo, 3 maggio 1996, in ETS n. 163.

¹² Convenzione quadro sul controllo del tabacco, Ginevra, 21 maggio 2003, in UNTS, vol. 2302, p. 166.

¹³ Regolamento sanitario internazionale del 23 maggio 2005, in UNTS, vol. 2509, p. 79; sul punto si veda Fidler (2005, pp. 325 e ss.).

concern” (PHEIC) e adotta raccomandazioni temporanee di misure da adottare allo Stato colpito dalla PHEIC e a Stati terzi.

Tale sistema non è stato tuttavia sempre efficacemente attuato, come nel caso dell’epidemia di Ebola in Africa Occidentale nel 2014-2016, quando, nonostante la dichiarazione di PHEIC e le raccomandazioni dell’OMS, molti Stati e operatori economici hanno interrotto le relazioni con i Paesi colpiti dalla malattia, rendendo così difficile l’assistenza internazionale. In seguito a ciò, la reazione del sistema internazionale è avvenuta, sempre confermandosi la frammentarietà della medesima, dapprima tramite l’azione del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite che, con la ris. 2176 (2014)¹⁴ estende il mandato delle Nazioni Unite in Liberia, in considerazione della destabilizzazione socio-economica causata entro tale paese dall’epidemia di Ebola, e subito dopo per mezzo dell’azione del Segretario Generale delle Nazioni che istituisce la *United Nations Mission for Emergency Ebola Response* (UN-MEER), gestita come una operazione di *peace keeping*¹⁵, e ancora con la ris. 2177 (2014) del Consiglio di Sicurezza, in cui la diffusione dell’epidemia di Ebola viene vista come «*a threat to international peace and security*»¹⁶, richiamando così in maniera fortemente simbolica l’art. 39 della Carta delle Nazioni Unite.

Dalla frammentarietà dell’azione internazionale a tutela della salute derivano anche possibili situazioni problematiche, quali quelle conseguenti alla diffusione di malattie in seguito alle operazioni delle Nazioni Unite. Tristemente nota è la connessione tra l’epidemia di colera sviluppatasi ad Haiti nel 2010 e la presenza del contingente nepalese della missione di pace MINUSTAH (*Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haiti*)¹⁷. In seguito a tale evento, che ha causato più di novemila decessi e colpito ottocentomila persone, l’azione delle Nazioni Unite si è esplicata sia a livello operativo (intensificazione delle azioni di contrasto immediato alla diffusione dell’epidemia e potenziamento dei sistemi e servizi idrici, sanitari e igienici di Haiti; adozione di misure di supporto materiale – *package of material assistance and support* – a sostegno delle comunità o degli individui colpiti dal colera), sia livello strategico-politico (reperimento di risorse per finanziare tali azioni e istituzione di un fondo fiduciario amministrato dalle Nazioni Unite)¹⁸.

¹⁴ Doc. S/RES/1776 (2014) del 15 settembre 2014.

¹⁵ *Identical letters dated 17 September 2014 from the Secretary – General addressed to the President of the General Assembly and the President of the Security Council*, doc. A/69/389-S/2014/679 del 18 settembre 2014.

¹⁶ Doc. S/RES/2177 (2014) del 18 settembre 2014.

¹⁷ *Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights*, doc. A/71/367 del 26 agosto 2016, p. 4, e sul punto: Piarroux *et al.* (2011).

¹⁸ Vedi proposte del Segretario generale nel doc. A/71/620 del 25 novembre 2016 e la sua dichiarazione del 1° dicembre 2016, consultabile al sito www.un.org.

3. La dimensione individuale. Conflitti di culture e tutela del diritto alla salute

I conflitti di culture si pongono alla base di molti contrasti normativi, nell'ambito dei quali i diritti fondamentali delle persone sono necessariamente coinvolti.

Da un lato, si è ormai consolidata una diffusa consapevolezza che la regolamentazione armoniosa ed equilibrata delle relazioni interindividuali, che presentano elementi di contatto con differenti sistemi giuridici, si fonda sulla considerazione del ruolo essenziale della tutela dei diritti fondamentali dell'individuo (Davi, 2011, p. 209 ss.); dall'altro lato, si deve attentamente valutare la specificità dei problemi connessi alla tutela della salute nell'ambito della disciplina dell'immigrazione.

Quanto al primo profilo, appare pertanto evidente che, accanto al confronto con gli istituti sconosciuti all'ordinamento del foro (ad es. ripudio, *kafalah*, poligamia), che pongono profili di contrasto con l'ordine pubblico, risolvibili tramite il bilanciamento dei valori religiosi con i diritti fondamentali, si delinea la possibile incidenza della giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo nella tutela del diritto alla salute con molteplici implicazioni rilevanti, quali quelle ad es. concernenti gli *status personali*¹⁹.

Vi è inoltre da considerare la circostanza che la libertà di cura e l'esplicarsi del diritto individuale alla salute non si esaurisce nella possibilità di decidere come curarsi, ma comprende anche la scelta del luogo ove curarsi, dal momento che, tra l'altro, la diversità delle discipline nazionali supporta la mobilità verso gli Stati che lasciano ai singoli libertà di autodeterminazione. Il diritto dell'Unione europea agevola tale mobilità, includendo le cure mediche tra i servizi²⁰, consentendo al paziente di invocare il principio di libera prestazione per ottenere all'estero trattamenti più rapidi²¹, o a minor costo²².

Rimangono poi i problemi della tutela della salute dei migranti che si spostano da uno Stato all'altro per motivi economici, sociali o politici. Rispetto a tale problema vi è da segnalare positivamente un'interessante evoluzione segnata dall'interpretazione dell'operatività della tutela del diritto alla salute, come garantito dalla Carta sociale europea e dal suo organo di controllo, il Comitato dei diritti sociali.

¹⁹ Sent. 26 giugno 2014, *Mennesson c. Francia*, ricorso n. 65192/11.

²⁰ Corte giust., 31 gennaio 1984, causa 286/82 e 26/83, *Luisi e Carbone*.

²¹ Corte giust., 12 luglio 2001, causa C- 157/99, *Smits e Peerbooms*; 13 maggio 2003, in causa C-385/99, *Müller-Fauré e van Riet*.

²² Le cure più richieste all'estero risultano essere quelle estetiche, odontoiatriche, nonché i trapianti. Sul punto Cohen (2013, pp. 269 ss.).

Innanzitutto tale organo ha riconosciuto il diritto alla salute come presupposto per il godimento di altri diritti fondamentali, quali la dignità umana²³, il diritto alla vita, nonché il divieto di tortura e di trattamenti disumani e degradanti²⁴. Sulla base di tale considerazione, il Comitato ha progressivamente dedotto che, in deroga all'Annesso alla Carta sociale, che delimita l'applicazione della tutela del diritto alla salute in capo agli Stati rispetto «ai cittadini di altri Paesi che risiedono legalmente o lavorano regolarmente nel territorio dello Stato», il diritto di accesso alle cure sanitarie deve essere garantito anche alle persone non letteralmente previste da tale norma, come i migranti irregolari, gli stranieri non europei compresi i minori non accompagnati²⁵. Pertanto, i migranti c.d. irregolari non possono essere privati della protezione dei diritti più basilari sanciti nella Carta, né pregiudicati in altri diritti, quali il diritto alla vita, all'integrità fisica, o al rispetto della dignità umana; tali eventi sarebbero infatti in contrasto con l'interpretazione teleologica della Carta e con la sua operatività coordinata con le regole generali del diritto internazionale²⁶.

4. Gli stranieri e l'accesso al sistema sanitario in Italia

Alla luce di quanto previsto dagli atti internazionali e dall'evoluzione della relativa prassi interpretativa, può essere valutata la disciplina italiana concernente l'accesso degli stranieri al sistema sanitario, come configurata a livello nazionale e, dal punto di vista organizzativo, dalla legislazione regionale, la "tutela della salute" rientrando fra le materie di competenza concorrente fra Stato e Regioni²⁷. E che la relativa disciplina abbia prodotto notevoli difficoltà applicative pare comprovato dai successivi interventi interpretativi adottati dal Governo e dalla Conferenza Stato-Regioni²⁸.

²³ European Committee of Social Rights, *International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) c. Francia* (com. 14/2003), decisione 3 novembre 2004, par. 31.

²⁴ European Committee of Social Rights, *Conclusions 2005, Statement of Interpretation on Article 11*.

²⁵ European Committee of Social Rights, *Conclusions 2004, Statement of Interpretation – Personal Scope of the Charter*.

²⁶ European Committee of Social Rights, *Défense des Enfants International (DEI) c. Belgio* (com. 69/2011), decisione 23 ottobre 2012, par. 28 ss.

²⁷ Cfr. sul punto il d.lgs. 286 del 1998 (TU Immigrazione), artt. 34, 35 e 36, nonché il relativo regolamento di attuazione (d.P.R. 394 del 1999, artt. 42, 43, 44). Sul riparto della potestà legislativa in materia sanitaria, cfr. Morana (2018).

²⁸ Si vedano la circolare del Ministero della salute n. 5 del 2000, da un lato, l'accordo siglato in Conferenza Stato Regioni nel 2012, contenente "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera", successivamente recepito dalla Regioni (cfr. ad es. l'art. 21, l.r. Friuli Venezia Giulia 31/2015), dall'altro.

Limitando in questa sede il discorso allo straniero non comunitario²⁹, e premessa la spettanza alla persona in quanto tale del relativo diritto (art. 32 Cost.), variano le modalità di esercizio del medesimo – o forse i relativi contenuti – non in base al distinguo fra cittadino e non cittadino, bensì alla luce della posizione che il non cittadino assume rispetto alle norme di ordine pubblico che ne regolano l'ingresso e la permanenza nel nostro Paese. Sul punto il legislatore gode di discrezionalità, purché non vada a pregiudicare il nucleo irriducibile del diritto alla salute, in quanto tale incompressibile, alla stregua del consolidato orientamento della giurisprudenza costituzionale³⁰.

La principale distinzione al riguardo risulta essere dunque quella tra stranieri regolarmente presenti sul territorio e stranieri c.d. irregolari. Per gli stranieri regolarmente presenti vale l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale, nonché l'obbligo di copertura sanitaria mediante iscrizione volontaria al Servizio sanitario o polizza assicurativa. Si delineano quindi due categorie, a seconda del titolo di soggiorno posseduto dall'interessato. La prima – quella degli obbligati all'iscrizione, cui consegue piena parità di diritti e doveri rispetto al cittadino italiano – è quella maggiormente comprensiva, posto che molti sono i permessi di soggiorno contemplati dall'art. 34, commi 1 e 2, TU Immigrazione (lavoro, protezione internazionale, minori non accompagnati, in attesa di adozione, persone richiedenti la cittadinanza, per fare alcuni esempi), oltre che da altre specifiche disposizioni³¹.

In tale quadro è recentemente intervenuto il cd. decreto sicurezza³², abolendo la c.d. protezione umanitaria, sino a quel momento contemplata quale premessa per l'iscrizione obbligatoria, e concepita alla stregua di una forma residuale di protezione per quanti non avessero diritto al riconoscimento

²⁹ Si ricorda peraltro che i cittadini dei paesi appartenenti allo Spazio economico europeo (Norvegia, Islanda e Liechtenstein), insieme alla Svizzera, sono assoggettati alla stessa disciplina riguardante i cittadini europei.

³⁰ Corte cost. 252/2001, con specifico riguardo allo straniero nonché, sul “nocciolo duro” del diritto alla salute, in generale, Corte cost. 267/1998 e 509/1999, le quali ultime si sono occupate delle regole sul rimborso delle prestazioni rese all'estero o comunque da strutture diverse da quelle pubbliche o convenzionate. Rimborso condizionato, in violazione del contenuto essenziale del diritto alla salute, a una preventiva autorizzazione, anche qualora l'intervento fosse indifferibile, e non fosse possibile ottenere tempestiva assistenza nell'ambito del S.S.N. Nello stesso senso Corte cost. 304/1994, che distingue le prestazioni indifferibili e urgenti, come tali oggetto di assistenza indiretta, da quelle riabilitative a carattere continuativo e prolungato nel tempo, viceversa escluse in quanto eccedenti i confini del nucleo irriducibile di cui all'art. 32 Cost.

³¹ Altri titoli possono individuarsi in base a diverse fonti normative, come nel caso dei detenuti (ai sensi dell'art. 1 del d.lgs. 230/1999), o in base a interpretazioni estensive (così per i permessi per motivi di salute in caso di scadenza di precedente titolo e sopraggiunta malattia che non consenta di lasciare il paese, stando alla Circ. Ministero della salute 5/00).

³² Ovvero il decreto legge 113/2018, come convertito dalla legge 132/2018, il cui articolo 1 introduce plurime modifiche al d.lgs. 286 del 1998.

dello *status* di rifugiato, né alla protezione sussidiaria, ma non potessero essere allontanati dal territorio nazionale in condizioni di oggettive e gravi situazioni personali, rinnovabile ogni anno (Conetti, 1986, pp. 819 ss.; Nascimbene e Favilli, 2006, pp. 5.306 ss.).

Rimane invece in vigore la disciplina dell'asilo che viene concesso, a opera di apposite Commissioni territoriali (composte da funzionari dell'Interno e dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati), sulla base di alcuni criteri ancora derivanti dalla Convenzione di Ginevra del 1951³³, e della complessa normativa dell'Unione europea³⁴. Qualora la domanda venga accolta, la concessione dell'asilo comporta l'acquisto dello *status* con una serie di diritti (residenza, accesso al lavoro, diritti previdenziali e sociali, istruzione, ecc.). Inoltre l'art. 33, par. 1 della Convenzione di Ginevra stabilisce che «Nessuno Stato contraente espellerà o respingerà in qualsiasi modo un rifugiato verso i confini di territori in cui la sua vita o la sua libertà sarebbero minacciate a motivo della sua razza, della sua religione, della sua cittadinanza, della sua appartenenza a un gruppo sociale o delle sue opinioni politiche» (c.d. principio di «*non refoulement*»)³⁵.

Le Commissioni, preposte all'esame delle richieste d'asilo nel nostro Paese, possono disporre diverse forme di protezione. Oltre alla concessione dello *status* di rifugiato, possono accordare la protezione sussidiaria, ovvero quella rivolta a chi rischia di subire un danno grave come morte o tortura al rientro nel proprio Paese. In Italia si fa molto ricorso a questo strumento (15% delle richieste)³⁶. In Europa, invece, è più frequente assegnare lo *status* di rifugiato (40% delle richieste rispetto al 4-5% delle richieste accolte in Italia).

Il permesso per motivi umanitari peraltro rappresentava una sorta di clausola residuale, una clausola indeterminata, come tale idonea a racchiudere

³³ La Convenzione di Ginevra del 1951 è stata resa esecutiva in Italia con l. 24 luglio 1954, n. 722 e successivamente modificata con Protocollo di New York del 1967, reso esecutivo con l. 14 febbraio 1970, n. 79. Su di essa, si veda in generale Carlier (2001, p. 63 ss.); Hathaway, 2005); Benvenuti (2006, 151 ss.); Battjes, (2006); Goodwin-Gill e Mc Adam (2007); Lenzerini (2009); Gammeltoft-Hansen (2011).

³⁴ Si veda: Direttiva 2011/95/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 dicembre 2011, recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta, in *G.U.U.E.*, L 337 del 20 dicembre 2011, pp. 9-26; Direttiva 2013/32/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 giugno 2013, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale, in *G.U.U.E.* n L 180 del 29 giugno 2013, pp. 60-95.

³⁵ Si veda sul punto ACNUR (2007). Più in generale, sul principio di *non refoulement*, si veda: Salerno (2010, pp. 487-515); Goodwin-Gill e Mc Adam 2007, pp. 345 ss.); Hailbronner (1986, pp. 866 ss.).

³⁶ Si veda il rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2017, consultabile all'indirizzo: https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/Rapporto_2017_web.pdf.

svariate ipotesi – operanti anche al di fuori di una richiesta di protezione internazionale – in cui sussistessero, a giustificazione della presenza in Italia, “seri motivi, in particolare di carattere umanitario”³⁷. Il relativo titolo era incluso fra quelli comportanti l’obbligo all’iscrizione al Servizio sanitario nazionale, ai sensi del vecchio testo dell’art. 34 TU Immigrazione. Il decreto sicurezza da un lato ha eliminato questo tipo di permesso di soggiorno, dall’altro ha introdotto una serie di titoli tipici, che precedentemente rientravano, almeno in parte, nell’area applicativa del primo. Così per i “casi speciali”³⁸ e di “protezione sociale”³⁹, ora esplicitamente menzionati nel nuovo testo dell’art. 34 e, pertanto, determinanti l’obbligo di iscrizione, di cui si è già detto.

Nuovo appare poi il permesso per cure mediche a favore dello straniero che versi in “condizioni di salute di particolare gravità”, qualora la sua espulsione determini un “rilevante pregiudizio” alla sua salute. Che in tal caso egli versasse in una condizione di inespellibilità era già stato affermato dalla Corte costituzionale (sent. 252/2001), pur in assenza di una disposizione formale in tal senso, ma essendo questo l’unico modo per rendere effettivo il relativo diritto costituzionale alla salute. Risultava peraltro controverso se al paziente spettasse anche uno specifico titolo di soggiorno, fosse quello per motivi umanitari ex art. 5 TU Immigrazione o quello per cure mediche ai sensi dell’art. 36 del medesimo provvedimento normativo, secondo le diverse prospettive assunte dalla giurisprudenza civile e amministrativa⁴⁰. La

³⁷ In tal senso disponeva l’art. 5, comma 6, TU Immigrazione.

³⁸ Cfr. artt. 18 (protezione sociale), 18 bis (violenza domestica), e 22, comma 2, *quater* e *sexies* (sfruttamento lavorativo), TU Immigrazione.

³⁹ Cfr. artt. 32, comma 3, d.lgs. 25/2008 per i casi in cui il rimpatrio avrebbe luogo in Paesi in cui la persona rischia di essere torturata o perseguitata secondo quanto previsto dall’art. 19, commi 1 e 1.1, TU Immigrazione.

⁴⁰ Cfr. Tribunale di Roma, ord. 04.05.12, che accoglie la domanda di protezione umanitaria presentata, ai sensi dell’art. 5, comma 6, T.U. n. 286/98, in un caso riguardante persona affetta da HIV. Nella giurisprudenza amministrativa, a volte la possibilità del rilascio di un permesso di soggiorno per cure mediche è data per implicita (T.A.R. Trentino Alto Adige, Trento, sent. n. 139/2012 T.A.R. Molise, sent. n. 276/11), a volte invece è fatta oggetto di specifico esame, attraverso linee interpretative che, pur diverse fra loro, convergono in un risultato favorevole al richiedente, risultato che ne rappresenta il comune denominatore e la *ratio* unificante. T.A.R. Veneto, sent. n. 1168/11, ragiona di un’autorizzazione atipica, fondata su di una lettura estensiva dell’art. 28 D.P.R. n. 394/1999, il quale tratta dei permessi di soggiorno da rilasciare nei casi in cui la legge vieti l’espulsione, riferendosi anche al caso delle cure mediche, ma con limitato riferimento alle donne in stato di gravidanza. T.A.R. Lombardia, sent. n. 315/2014 evoca il complessivo quadro normativo-giurisprudenziale ormai affermatosi, mentre C.d.S., sent. n. 4863/2010, T.A.R. Campania, sentt. nn. 3847/2015 e 2530/2014, valorizzano il combinato disposto degli art. 35 e 36, T.A.R. Sicilia, sent. n. 1872/2009 insiste proprio sull’art. 36. Quest’ultimo è ritenuto applicabile anche allo straniero che sia già presente in Italia in condizione di irregolarità. Il che però va ben oltre – forse sarebbe meglio dire contro – quanto risulta dal testo, pensato per chi entra regolarmente nel Paese per curarsi, come si dirà.

previsione esplicita operata dal decreto sicurezza ovviamente risolve il problema, rimanendo semmai un certo margine di dubbio sul fatto che i presupposti per il rilascio dell'apposito titolo di soggiorno coincidano del tutto con quelli in precedenza previsti – e di cui si parlerà fra breve – per definire l'estensione del diritto alla salute dello straniero irregolare.

Come sopra ricordato, non sempre la presenza legale sul territorio si risolve nella necessità di iscrizione al Servizio sanitario nazionale, residuando ipotesi in cui tale iscrizione è alternativa alla stipula di una polizza assicurativa per malattia, infortunio e gravidanza. L'individuazione di questa ulteriore categoria di non cittadini in parte avviene in maniera espressa, in parte per differenza. Nel primo ambito rientrano gli stranieri entrati in Italia per motivi di studio e quelli collocati alla pari (art. 34, comma 4, TU Immigrazione), indipendentemente dalla durata del soggiorno. Nel secondo tutti gli altri, quale che sia il (non menzionato) titolo di ingresso e permanenza, purché però quest'ultima si protragga per oltre tre mesi (art. 34, comma 3, TU e art. 42, comma 6, d.P.R. 394/1999)⁴¹. A rigore, a questa categoria vanno ascritti anche due ulteriori titoli, introdotti, *ex novo*, dal decreto sicurezza, in quanto non menzionati altrove: quello per calamità (art. 20 *bis* TU) e quello per atti di particolare valore civile (art. 42 *bis* TU)⁴².

Venendo ora alla posizione degli stranieri irregolari⁴³, risulta che spettano loro, presso le strutture pubbliche o private accreditate, «le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e quelle essenziali, benché a carattere continuativo, per malattia e infortunio» (art. 35, comma 3, TU e art. 43 d.P.R. 394/1999). Categorie queste meglio definite nella circolare del Ministero della salute 5/00: le prime quali «cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute», le seconde quali «prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni, aggravamento)»⁴⁴. Vanno aggiunte peraltro talune tipologie di prestazioni, espressamente enunciate, quali la tutela della gravidanza, della maternità, la cura

⁴¹ Così, ad esempio, per il personale religioso, i volontari, i ricercatori.

⁴² È da ricordare che l'iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale è soggetta al preventivo pagamento di un contributo annuale, calcolato in proporzione al reddito dell'anno precedente, salvo che per gli studenti e i collocati alla pari, per i quali è stabilito in maniera forfettaria. È parimenti da tener presente che la durata dell'iscrizione corrisponde all'anno solare e decorre dal momento in cui è materialmente effettuata presso la struttura sanitaria di residenza (o domicilio) dell'interessato.

⁴³ Su cui si veda Randazzo (2011, pp. 1 ss).

⁴⁴ L'art. 63 dei LEA (livelli essenziali di assistenza) approvati nel 2017, riprende testualmente le precisazioni di cui alla citata circolare ministeriale.

della salute dei minori, le vaccinazioni, la cura, prevenzione e riabilitazione dei tossicodipendenti⁴⁵.

Differente è infine la questione del c.d. “turismo sanitario” e dell’ingresso nel territorio nazionale per ricevere assistenza, sostenendo per intero i relativi costi, previa dichiarazione della struttura sanitaria italiana circa il tipo di cura, il tempo necessario, e previo versamento di apposita cauzione (art. 36, comma 1, TU e art. 44 d.P.R. 394/1999), alla luce di quel diritto alla mobilità sanitaria, precedentemente esaminato⁴⁶, nonché quella dell’ingresso dello straniero per cure mediche ex art. 36, comma 2, in attuazione di un intervento umanitario autorizzato dal Ministro della Salute o organizzato dalle Regioni di intesa con il medesimo.

Riferimenti bibliografici

- Acconci P. (2011), *Tutela della salute e diritto internazionale*, Cedam, Padova.
- ACNUR (2007), *Advisory opinion on the extraterritorial application of non-refoulement obligations under the 1951 Convention relating to the status of the refugees and its 1967 Protocol*.
- Alpa G. (1976), *Danno ‘biologico’ e diritto alla salute. Un’ipotesi di applicazione diretta dell’art. 32 della Costituzione*, «GI», I-2.
- Ando N. (ed.) (2004), *Towards implementing universal human rights: Festschrift for the twenty – fifth anniversary of the Human Rights Committee*.
- Askin K.D., Koenig D.M. (eds.) (1999), *Women and international law*, Ardsley, New York.
- Battjes H. (2006), *European asylum law and international law*, Martinus Nijhoff The Hague.
- Benvenuti P. (2006), “La Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati”, in Pinechi L. (cur.), *La tutela internazionale dei diritti umani*, Giuffrè, Milano.
- Carlier J.Y. (2001), *Et Genève sera... la définition du réfugié: bilan et perspectives*, in AA.VV., *La Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés 50 ans après: bilan et perspectives*, Bruylant, Bruxelles.
- Cohen I.G. (2013), *Transplant tourism: The ethics and regulation of international markets for organs*, «JLME», 41.
- Conetti G. (1986), *Rifugiati*, in *Novissimo Digesto Italiano. Appendice VI*, Utet, Torino.
- Davi A. (2011), “Diritto internazionale private e diritti umani. Introduzione”, in Di Stefano A., Sapienza R. (cur.), *La tutela dei diritti umani e il diritto internazionale*, Editoriale Scientifica, Napoli.

⁴⁵ Circa i profili economici delle prestazioni garantite agli stranieri irregolari, si vedano gli artt. 35, commi 4 e 6 TU, nonché 43, comma 4, d.P.R. 394/1999, stando ai quali essi, se privi di mezzi, sono assoggettati al solo ticket, se previsto per gli italiani, salvo poter evitare anche tale versamento se versanti in condizioni di assoluta indigenza, accertata mediante autodichiarazione dell’interessato.

⁴⁶ Si veda *supra* par. 3.

- European Committee of Social Rights, *Conclusions 2004, Statement of interpretation - Personal scope of the Charter*.
- European Committee of Social Rights, *Conclusions 2005, Statement of interpretation on article 11*.
- Fidler D.P. (2005), "From international sanitary conventions to global health security. The new international health regulation", «CJIL», 4.
- Gammeltoft-Hansen T. (2011), *Access to asylum, international refugee law and the globalisation of migration control*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
- Goodwin-Gill G.S., Mc Adam J. (2007), *The refugee in international law*, Oxford Univ. Press, Oxford.
- Hailbronner K. (1986), "Non refoulement and "humanitarian" refugees: Customary international law or whimsical legal thinking?", «Virginia Journal of International Law», 26.
- Hathaway J.C. (2005), *The rights of refugees under international law*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
- Hernandez-Truyol B.E. (1999), "Human rights through a gendered lens: Emergence, evolution, revolution", in Askin K.D., Koenig D.M. (eds.), *Women and international law*, Ardsley, New York.
- Kunz J.L. (1949), *The United Nations Declaration of Human Rights*, «AJIL».
- Lenzerini F. (2009), *Asilo e diritti umani. L'evoluzione del diritto d'asilo nel diritto internazionale*, Giuffrè, Milano.
- Minni F., Morrone A. (2013), *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, «Rivista AIC», 3.
- Morana D. (2018), *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, «Osservatorio costituzionale», 1.
- Nascimbene B., Favilli C. (2006), *Rifugiati*, in Cassese, a cur.), *Dizionario di diritto pubblico, vol. V*, Giuffrè, Milano.
- Pascale G. (2017), *La tutela internazionale dei diritti dell'uomo nel continente africano*, Jovene, Napoli.
- Piarroux R., Barraï R., Faucher B., Haus R., Piarroux M., Gaudart J., Magloire R., Raoult D. (2011), *Understanding the cholera epidemic, Haiti*, «Emerg. Infect Dis.», 17-7.
- Randazzo A. (2011), "La salute degli stranieri irregolari: un diritto fondamentale 'dimezzato'", *Consulta online*.
- Rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2017*, consultabile all'indirizzo: https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/Rapporto_2017_web.pdf.
- Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights* (2016), doc. A/71/367 del 26 agosto.
- Salerno F. (2010), *L'obbligo internazionale di non-refoulement dei richiedenti asilo*, «Diritti umani e diritto internazionale».

I diritti e la conoscenza dei diritti da parte delle donne straniere

di *Teresa Tonchia**

1. Uno sguardo teorico: i diritti umani delle donne

Partendo dal presupposto che conoscere è un modo di essere nel mondo (Heidegger, 2011), occorre domandarsi come possa essere percepito il diritto come oggetto di conoscenza non essendo reale, nel senso di tangibile e visibile, se non attraverso una sua violazione. Il diritto allora può essere conosciuto intuitivamente come diritto ad avere diritti, ma anche attraverso l'esperienza dove, come oggetto specifico, è dato nella sua realtà originaria. In tal senso è innegabile che il diritto possa essere considerato come un insieme di regole intersoggettive necessarie per la convivenza umana, coincidendo in tal modo con la legge positiva. Eppure il diritto – lo *ius* – può essere interpretato come un bene intrinseco all'essere umano in quanto tale, richiamando quei diritti umani, fondamentali per la sua stessa esistenza. In entrambi i casi il diritto – come norma positiva o come bene innato – inerisce al concetto di esistere, di essere nel mondo e di possedere quei diritti inviolabili come il diritto primario alla vita da cui il diritto alla salute è a esso intrinsecamente correlato. Insomma un diritto all'esistenza che richiama quei diritti umani la cui retorica rischia spesso di svuotarne l'importanza e i contenuti.

I diritti umani sono i beni universali della persona, sono ciò che serve al suo pieno sviluppo. Generalmente intesi come inalienabili in quanto intrinsecamente propri alla persona per il semplice fatto di appartenere al genere umano, esistono esclusivamente in sua funzione. I diritti umani sono quindi inerenti a tutti gli esseri umani indipendentemente dalla loro nazionalità, religione lingua, origine etnica o sesso¹ in quanto interconnessi con la dignità della persona stessa, intesa come capacità di comprendersi e, quindi, di

* Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi di Trieste.

¹ Cfr. art. 2 della *Dichiarazione universale dei diritti umani dell'ONU*, 1948: «ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione».

possedersi. Ogni essere umano è, di conseguenza, padrone di sé e, per questo, ha connaturato il diritto all'inviolabilità, alla crescita e al pieno sviluppo. Il riconoscimento della dignità intrinseca e dei diritti di tutti gli esseri umani è il fondamento della libertà².

Se i diritti umani appartengono a ogni soggetto *qua talis*, il loro riconoscimento e la loro tutela dipendono dalla legislazione posta in essere da ogni singolo Stato e dalla comunità internazionale. Tutela che, però, posta formalmente, spesso non trova una sua attuazione in quanto potrebbe contrastare con consuetudini radicate in società in cui la cultura tradizionale prevale su leggi universalmente riconosciute³.

Possedere tali diritti implica una loro conoscenza immediata e intuitiva, ma riuscire a esercitarli necessita di una serie di conoscenze di procedure e spesso significa affrancarsi dalla cultura e dalla tradizione di appartenenza. In questo caso il dovere – l'altro lato, l'altra faccia del diritto – prevale e ciò comporta l'adeguamento a una legge non scritta propria della società di origine. La libertà di scelta non si pone pena l'espulsione dal gruppo.

È evidente che la conoscenza di propri diritti non è sufficiente per contrastare le pratiche tradizionali (le mutilazioni genitali violano il diritto all'integrità fisica della donna, ma coinvolgono anche il diritto alla salute nonché il diritto delle donne al godimento sessuale; il matrimonio forzato ne sono degli esempi) poiché la dimensione sociale prevale su quella individuale. L'appartenenza al gruppo che implica l'identità sociale sembra essere l'unica forma di esistenza basata su regole non scritte, ma che valgono come se fossero universali. In questo contesto è l'immagine di Antigone a costituire il referente classico in quanto ritenuta l'antesignana dei diritti umani poiché segue una legge non scritta – *lo ius* – ritenuta fondamentale rispetto al decreto della capo della città di Tebe, Creonte. Ella afferma l'esistenza di diritti inalienabili che ognuno di noi possiede in virtù del suo essere (Strada, 1988). L'universalità di tale legge fonda il diritto di Antigone di opporsi al tiranno, metafora che richiama la dicotomia tra norma positiva, ovvero posta dal sovrano o dal legislatore, e la giustizia come principio che nella legge dovrebbe estrinsecarsi.

Per Antigone, come ci riporta la tragedia sofoclea, le leggi positive contrastano con le leggi non scritte degli dèi che costituiscono quei comandamenti e principi assoluti o, meglio, quegli imperativi categorici assoluti che nessuna autorità può né dovrebbe violare. Ella proclama e ribadisce, pertanto, il diritto di esistenza, nella sfera pubblica, di leggi altre rispetto a

² *Preambolo alla Dichiarazione universale dei diritti umani*, ONU, 1948: "Il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali e inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo".

³ Il relativismo dei diritti umani concerne il loro riconoscimento e la loro protezione in ambito regionale: dalla convenzione interamericana dei diritti dell'uomo, a quella araba e a quella africana.

quelle dettate dal potere sovrano. Leggi antecedenti allo Stato che richiamano la teoria giusnaturalistica, ovvero l'esistenza di un diritto naturale proprio di ogni essere umano che deve essere riconosciuto e tutelato indipendentemente dalle differenze culturali, etniche, religiose, sessuali, proprio perché legato alla dimensione ontologica. L'universalismo di diritti dunque deve tenere conto della differenza, conducendo, sebbene possa sembrare paradossale, a un universalismo della contingenza (Marramao, 2003) che è in grado di offrire a ognuno/a le condizioni oggettive per operare scelte individuali per poter essere effettivamente libero/a.

La libertà, infatti, e il suo effettivo esercizio costituisce il fulcro attraverso cui ogni persona può autodeterminarsi. È paradossale come la figura di Antigone possa risultare emblematica, ma anche problematica nel senso che solleva la questione della possibilità di antitesi tra *ius* e *lex*, tra legge non scritta e legge positiva e della necessaria prevalenza della prima rispetto alla seconda. Antitesi che può trovare una forma di inconciliabilità nel momento in cui la legge "non scritta" risulti essere frutto di un insieme di costumi e tradizioni particolari e, di conseguenza, non richiamanti l'universale, la sfera celeste divina come nel caso di Antigone.

In questo caso la posizione di Antigone subisce un ribaltamento di senso e significato. Nel momento in cui il particolare prevale sull'universale, l'adeguarsi alle norme "non scritte" ribadisce un dominio – maschile – che conduce all'omologazione, alla rinuncia della propria individualità, del proprio essere. Ciò porta a un'ulteriore oggettivazione del soggetto femminile ritenuto merce di scambio e discriminato sessualmente attraverso la necessità di marcare il suo corpo per sottolinearne la disuguaglianza e l'essere sottoposto al dominio, alla supremazia maschile.

La presunta inferiorità femminile viene rimarcata attraverso la mercificazione del corpo femminile che, in determinate culture, continua a persistere vuoi per tradizioni legate a un mondo patriarcale e androcentrico, vuoi per costellazioni religiose.

2. Uno sguardo particolare: i diritti delle donne

Parlare di diritti e di diritti delle donne in particolare significa addentrarci nella complessa questione della soggettività femminile e della sua possibilità di essere riconosciuta e tutelata in quanto tale nella sua specificità. Se il soggetto dei diritti è un essere umano ipotetico e astratto (Cassese, 2009, p. 70), i diritti pretendono di applicarsi all'essere umano reale, inserito in un ambiente sociale e culturale concreto che deve tenere conto della differenza sessuale onde evitare di omologare le donne al soggetto maschile che fa da paradigma fondante (Tonchia, 2008, p. 62). «Affermare che le donne non sono uguali agli uomini significa prima di tutto riconoscere che esse sono

meno libere» (Degani, 2010, p, 9). Se è vero che gli uomini nascono tutti uguali è altresì vero, come direbbe Orwell, che alcuni sono più uguali degli altri. L'uguaglianza contiene in sé una trappola che vede le donne poste in una condizione di marginalizzazione: essa si manifesta nell'impossibilità per le donne di essere un soggetto capace di progettarsi e autodeterminarsi in un diritto che dia conto non del fatto che le donne siano come gli uomini (uguaglianza formale) nonostante siano donne, ma proprio del loro incancellabile essere donne. Il diritto, infatti, comporta il riconoscimento della propria singolare e irripetibile identità.

Prima di ottenere una protezione universale dei diritti umani è dunque necessario che questi vengano interiorizzati in ogni società e riconosciuti da tutti gli Stati che si faranno garanti della loro tutela tenendo conto della differenza sessuale che non deve essere vista come un elemento discriminante, ma come una forma di realizzazione della democrazia. Il principio di uguaglianza nella diversità contempla i due sessi come parte di un intero e comporta il riconoscimento delle donne come la metà del genere umano e dei loro diritti come diritti umani⁴. Questo perché se è vero che i diritti umani esistono a prescindere dalle norme; queste ultime sono tuttavia indispensabili per permetterne la tutela e l'applicazione. Per questo «la giustizia, mentre con una mano tiene la bilancia con la quale pesa il diritto, porta con l'altra la spada, necessaria ad affermarlo. La spada senza bilancia è violenza, forza nuda e cruda; ma questa senza quella sarebbe l'impotenza del diritto» (Coccopalmerio, 2004, p. 98).

3. Uno sguardo specifico: le donne straniere

Passando dal generale al particolare, la situazione delle donne migranti sia per motivi di ricongiungimento familiare che di studio che di “fuga” in un Occidente ritenuto baluardo della libertà merita una riflessione che investe il problema dei diritti umani nella forma del loro riconoscimento intersoggettivo, al di là della legislazione esistente. Riconoscimento che, come evidenziato, dipende dalla singola comunità e dalla legislazione del singolo Stato di appartenenza.

L'acquisizione e il riconoscimento dei diritti spesso non permette e non è sufficiente al loro effettivo godimento. Se il diritto è libertà dell'essere umano nel suo semplice esistere (Hersch, 2008), questo necessita oltre che del riconoscimento altrui, anche della possibilità di attualizzare la libertà, ovvero

⁴ Cfr. a tal proposito le conferenze di Vienna del 1993 ma soprattutto quella di Pechino del 1995 promossa dall'ONU, nonché la CEDAW (Convenzione sull'eliminazione di tutte le discriminazioni contro le donne) del 1979 intesa «come accordo internazionale giuridico fondamentale dei diritti delle donne» (Degani, 2012, p. 26).

di agire concretamente. In questo modo il diritto di avere diritti esprime, kantianamente, il riconoscimento dell'umanità in ogni persona e il diritto di essere trattato come tale, fine in sé senza alcuna discriminazione (Kant, 1997).

Sulla base di questo postulato, ognuno sente la necessità di essere riconosciuto come essere umano. «Riconoscere che l'altro – uomo o donna – è differente da me, accettando che il suo diritto all'esistenza e alla dignità umana equivale al mio, apre al riconoscimento delle altre forme di diversità» (Irigary, 1994, p. 17).

La pratica del riconoscimento intersoggettivo si manifesta nell'esperienza di relazione attraverso l'empatia: l'aprirsi all'altro, farne esperienza e accoglierlo. Esperienza che preclude ogni possibilità di supremazia e superiorità sia essa individuale o culturale che connoterebbe il predominio dell'occidente o della sua cultura. L'apertura verso l'altra, nel caso specifico – le donne migranti – necessita di un atteggiamento mimetico (Hersh, 1995)⁵, privo di quei pregiudizi e stereotipi che accompagnano l'immagine della donna in una prospettiva multiculturale e multi-etnica. Il riconoscimento delle differenze (Mancina, 2007, pp. 49-52)⁶ si impone in maniera amplificata in un mondo globalizzato, caratterizzato dalla molteplicità, dalla multiformità della realtà. Il molteplice richiama la pluralità irriducibile del moderno che ulteriormente rinvia alla differenza poiché «noi siamo tutti uguali cioè umani, ma in modo tale che nessuno è mai identico a un altro che vive, visse o vivrà» (Arendt, 1991, p. 8).

La pratica dell'empatia fa superare le barriere linguistiche e culturali e acquista una funzione pedagogica e formativa: comunicare, insegnare, trasmettere i modi di attualizzazione della capacità di libertà, sono modi che possono favorire l'estrinsecazione dell'esistenza di ognuno, del nostro essere.

Il riconoscimento dell'«altro/a» e della sua libertà travalica il diritto positivo sebbene necessiti di una legislazione per una effettiva ed efficace tutela al godimento di tale libertà in una società complessa come quella in cui viviamo.

In un mondo legato ancora alla cultura patriarcale, l'empatia costituisce una forma di comunicazione e di conoscenza che, in quanto legata al sentire, si riallaccia alla dimensione del femminile. Di conseguenza diventa un modo per far comprendere e comprendere quei diritti che, essendo inviolabili, appartengono anche alle donne nella loro peculiare specificità: la salute.

Certamente l'esercizio dei diritti non dipende solamente dalla loro conoscenza ma dalla possibilità di renderli effettivi. L'attuarli dipende da strutture che, attraverso gli operatori sanitari e sociali, sono o dovrebbero essere facilmente reperibili quanto all'accesso dei servizi sanitari.

⁵ Cfr. De Vecchi, 2008.

⁶ Cfr. Pitch, 2004.

Il diritto alla salute che comprende il diritto alla salute riproduttiva e alla pianificazione familiare, diventa onnicomprensivo di quello fondamentale alla vita e all'integrità fisica. Esso potrebbe assicurare la tutela del diritto di ogni donna contro quella violenza simbolica che emerge anche dal questionario somministrato: una violenza non fisica, ma che si riflette inconsciamente su chiunque debba affrontare il confronto con il nostro mondo. Un mondo che, nonostante certe premesse, è legato a una visione antropocentrica che si esaspera nei confronti delle donne straniere.

L'estraniarsi da sé comporta parimenti la possibilità di esserci in un mondo multiculturale e multi-etnico (Moller Okin, 2007), dove le differenze risultano la normalità, al di là di una norma costituita. Essere nel mondo, occorre ribadirlo, implica una conoscenza che nel caso specifico è quella dei propri diritti. Diritti che conosciuti o percepiti intrinsecamente spesso diventano impossibili da esercitare a livello pratico. Il divario tra riconoscimento e conoscenza e suo esercizio effettivo dipende dalle infrastrutture che determinano la facilità di accesso alla struttura sanitaria.

Riconcettualizzare la differenza di sesso-genere nel campo dei diritti significa affrontare le differenze tra le donne con una visione di universalismo dei diritti che sfida anche la pretesa che i diritti umani delle donne possano essere limitati o sacrificati dal rispetto di pratiche religiose o di tradizioni culturali relative al ruolo femminile nella società. In opposizione alle forme di relativismo etico che, sulla base dell'esistenza delle differenze culturali e della rivendicazione dei diritti culturali collettivi della comunità d'appartenenza, arriva a legittimare le più gravi violazioni dei diritti individuali delle donne come le violenze sul loro corpo (mutilazioni genitali femminili), l'universalismo deve essere compatibile e coniugarsi con alcune diversità culturali e religiose salvaguardando un comun denominatore basilare di diritti e libertà fondamentali.

La formulazione dei diritti umani delle donne a partire sia dalla differenza del corpo femminile che dalla rilettura dei diritti umani universali attraverso la prospettiva di genere, non può che tenere conto della specificità di questa differenza né deve assimilarla a qualsiasi altra diversità culturale o sociale. La differenza nella differenza costituisce o può costituire quella visione di universalismo dei diritti che sfida la pretesa che i diritti umani delle donne possano essere limitati o sacrificati dal rispetto di pratiche religiose o di tradizioni culturali relative al ruolo femminile nella società.

L'integrazione dei diritti delle donne nel sistema dei diritti umani opera, infatti, come fattore critico di decostruzione del modello maschile che ha influenzato la formulazione e interpretazione dei diritti, consentendo di rivisitare il rapporto tra uguaglianza e differenza recuperando, in tal modo, l'universalismo giuridico e l'orizzonte della differenza sessuale. Per poter realizzare i diritti umani e in particolare i diritti delle donne, è necessario fornire alle donne del mondo strumenti e linguaggi per rivendicare in

qualsiasi luogo in cui si trovino a vivere il soddisfacimento dei propri bisogni e, innanzi tutto, il rispetto della propria dignità e libertà.

Riferimenti bibliografici

- Arendt H. (1991), *Vita activa. La condizione umana*, Bompiani, Milano.
- Cassese A. (2009), *I diritti umani oggi*, Laterza, Bari.
- Coccopalmerio D. (2004), *Sidera cordis. Saggio sui diritti umani*, Cedam, Padova.
- De Vecchi F. (2008), *La libertà incarnate. Filosofia, etica e diritti umani secondo Jeanne Hersch*, Bruno Mondadori, Milano.
- Degani P. (2010), *Condizione femminile e Nazioni Unite*, CLEUP, Padova.
- Degani P. (2012), *Condizione femminile e Nazioni Unite: recenti sviluppi della politica internazionale per i diritti delle donne*, CLEUP, Padova.
- Heidegger M. (2011), *Essere e tempo*, Mondadori, Milano.
- Hersch J. (1995), *Tolérance entre liberté et vérité* in Ead. *Tolérance, j'écris ton nom*, Ed. Pierre Saurat, Unesco Paris.
- Hersch J. (2008), *I diritti umani da un punto di vista filosofico*, Bruno Mondadori, Milano.
- Irigary L. (1994), *La democrazia comincia a due*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kant I. (1997), *La metafisica dei costumi*, Laterza, Bari.
- Mancina C. (2007), “La cittadinanza delle donne tra uguaglianza e differenza”, in G. Fiume (cur.), *Donne diritti democrazia*, XL Edizioni, Roma.
- Marramao G. (2003), *Passaggio ad occidente*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Moller Okin S. (2007), *Diritti delle donne e multiculturalismo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pitch T. (2004), *I diritti fondamentali: differenze culturali, disuguaglianze sociali, differenza sessuale*, Giappichelli, Torino.
- Strada V. (1988), *Diritti umani: dalla parte di Antigone*, «Mondo operaio», 3.
- Tonchia T. (2008), “I diritti umani delle donne”, in Paolin G., Tonchia T. (cur.), *Donne, Politica e Istituzioni*, EUT, Trieste.

Le donne straniere al confine orientale: un'analisi statistica delle principali caratteristiche socio-demografiche

di *Gabriele Blasutig, Blaž Lenarčič, Zorana Medarić, Mateja Sedmak e Moreno Zago**

1. Muri e ponti di frontiera

La situazione migratoria lungo il confine che separa la Slovenia dalla Regione autonoma del Friuli Venezia Giulia si distingue per la compresenza di una migrazione di medio-lungo periodo costituita da migranti ormai radicati nel territorio e da una migrazione emergenziale, legata all'arrivo dei flussi migratori della rotta balcanica. I confini tra Italia, Slovenia e Austria sono (da sempre) la soglia per l'ingresso in Europa, sia per coloro che intendono proseguire verso altri paesi dove ricongiungersi con le famiglie o trovare lavoro, sia per coloro che vogliono rimanere ed essere accolti. E, nonostante i molti "muri" che sono stati eretti (da Turchia, Serbia, Ungheria, Austria, ecc.) i migranti continuano ad arrivare, lungo nuovi cammini che attraversano l'Albania, il Montenegro, la Bosnia-Erzegovina, la Croazia e la Slovenia. Negli ultimi tempi, in particolare dagli anni della crisi migratoria più acuta (2015-16), in Friuli Venezia Giulia, gruppi di giovani (quasi esclusivamente uomini) pachistani, afgani, ecc. respinti dagli altri paesi europei cercano una strada verso i paesi dell'Unione europea. Nell'ultimo anno, si sono registrate in regione 3.995 richieste di asilo, di cui solo 96 di donne straniere, mentre in Slovenia sono state 1.435, principalmente di cittadini afgani, algerini e pachistani.

* M. Sedmak, Z. Medarić e B. Lenarčič (Znanstveno-Raziskovalno Središče Koper) sono i principali autori dell'analisi statistica dei flussi migratori in Slovenia (par. 3) mentre M. Zago e G. Blasutig (Dipartimento di Scienze politiche e sociali, Università di Trieste) di quelli nel Friuli Venezia Giulia (par. 1, 2.1, 2.2 e 4 e 2.3, rispettivamente). Le analisi sono state condotte sulle banche dati delle agenzie statistiche nazionali di Slovenia (<http://pxweb.stat.si>) e Italia (<http://dati.istat.it>; <http://www.inps.it>). Le analisi si concentrano sulle migrazioni consolidate escludendo, sostanzialmente, il movimento dei "temporaneamente presenti" per salute, studio, turismo, lavoro transfrontaliero, ecc., di quelli in transito che seguono un personale progetto migratorio, dei titolari di permesso di soggiorno o in attesa di ottenerlo e dei clandestini.

Nelle pagine successive si illustreranno le statistiche della migrazione femminile “radicata” che presenta, nei due territori analizzati, caratteristiche assai diverse. Da un lato, infatti, il Friuli Venezia Giulia, per la sua posizione di frontiera e di facile accesso per le correnti migratorie, di paese dell’Unione europea fino all’ingresso della Slovenia, per le opportunità di lavoro è stato un polo di attrazione per le migranti provenienti da paesi a debole sviluppo economico che, negli anni Novanta, hanno costruito le basi per i successivi ricongiungimenti familiari o nuovi progetti di vita. Oggi, la regione si caratterizza per la presenza di donne straniere di area europea: si consolida e cresce la presenza delle romene, albanesi, ucraine e serbe. Di provenienza extra-europea, crescono le cinesi, le bengalesi, le indiane e le pachistane. Continuano a registrarsi le presenze storiche delle comunità ex-iugoslave a Trieste, bengalese nel Monfalconese e ghanese nel Pordenonese.

Dall’altro lato, c’è la Repubblica di Slovenia. Questa, per diverse ragioni, non è la meta finale per gli immigrati che preferiscono proseguire verso altri paesi europei. La Slovenia è un paese piccolo, economicamente poco avanzato, meno riconosciuto in un’arena politica più ampia, ecc. Di conseguenza, per motivi economici, politici, climatici o di altro tipo, il numero dei migranti in arrivo nel Paese non è molto alto rispetto agli altri paesi dell’Unione europea. Questo vale sia per gli uomini, sia per le donne. In Slovenia, prevalgono le immigrazioni dagli stati dell’ex-Iugoslavia che, nella maggior parte dei casi, hanno avuto inizio per motivi economici negli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso. La Slovenia ha dovuto, poi, affrontare ondate migratorie rilevanti, soprattutto dalla Bosnia-Erzegovina, negli anni Novanta, a causa delle guerre balcaniche.

2. L’immigrazione femminile nel Friuli Venezia Giulia

2.1. L’incidenza della popolazione straniera

Gli stranieri rappresentano, nel 2018, il 2% (su 5.144.440) delle presenze nazionali e l’8,7% di quelle del nord-est (su 1.225.466); le stesse percentuali si hanno per la presenza delle donne straniere: 2% (su 2.672.718) e 8,6% (su 648.921). Nello specifico, dalla tab. 1 si possono mettere in evidenza alcuni aspetti. Nel periodo 2011-18, la popolazione straniera è aumentata di circa 10mila persone (da 96.879 a 106.652) con un aumento percentuale sulla popolazione regionale dell’1% (da 7,8% a 8,8%). Nell’ultimo anno, la popolazione è cresciuta del 2,2%. La componente femminile straniera è aumentata di circa 5mila donne: da 50.753 a 55.828, costituendo, oggi, l’8,9% della popolazione femminile regionale. La componente femminile è sempre stata superiore a quella maschile: mediamente di circa 5mila unità e il 52% della componente straniera.

Tab. 1 – Popolazione complessiva e straniera per sesso (residente al 1° gennaio)

Popolazione	Sesso	2011	2013	2015	2018
Complessiva (n.)	M	598.742	589.803	594.007	589.785
	F	638.373	632.057	633.115	625.753
	Tot.	1.237.115	1.221.860	1.227.122	1.215.538
Straniera (n.)	M	46.126	48.704	50.945	50.824
	F	50.753	53.864	56.614	55.828
	Tot.	96.879	102.568	107.559	106.652
Straniera (%)	M	7,7	8,3	8,6	8,6
	F	8,0	8,5	8,9	8,9
	Tot.	7,8	8,4	8,8	8,8

Tab. 2 – Popolazione nelle province per sesso (residente al 1° gennaio 2018)

Provincia	Pop. Totale	Popolazione Straniera		Popolazione straniera femminile			
		n.	% Tot.	n.	% Tot.	% Str.	% F
Gorizia	139.439	13.423	9,6	6.471	4,6	48,2	9,1
Pordenone	312.080	31.661	10,1	16.623	5,3	52,5	10,4
Trieste	234.638	21.747	9,3	10.749	4,6	49,4	8,8
Udine	529.381	39.821	7,5	21.985	4,2	55,2	8,0
Totale	1.215.538	106.652	8,8	55.828	4,6	52,3	8,9

Passando al livello delle province (tab. 2) e dei comuni, si può osservare quanto segue. Nella provincia di Gorizia, le donne straniere rappresentano il 9,1% delle donne residenti (6.471). La concentrazione maggiore è nei comuni di Monfalcone (2.701), Gorizia (1.659) e Ronchi dei Legionari (403). Nella provincia di Pordenone, le donne straniere sono il 10,4% delle donne residenti (16.623). Sono principalmente residenti nel comune capoluogo (3.723) e nei comuni di Sacile (1.154), Azzano Decimo (779), Spilimbergo (769), Prata (761) e San Vito al Tagliamento (748). Nella provincia di Trieste, le donne straniere sono l'8,8% delle donne residenti (10.749). La quasi totalità è residente nel comune capoluogo (10.256) e nei comuni di Muggia (226) e di Duino-Aurisina (181). Nella provincia di Udine, le donne straniere sono l'8% delle donne residenti (21.985). Il comune capoluogo (7.519) e i comuni di Cervignano (822), Latisana (756), Codroipo (596) e Lignano (524) registrano le presenze più elevate. Infine, se Trieste è il comune con il numero di donne residenti straniere più elevato (10.256), seguito da Udine (7.519), Pordenone (3.723) e Monfalcone (2.701), è proprio quest'ultimo il comune in cui l'incidenza di donne straniere è maggiore: 9,6% della popolazione e il 19,4% delle donne residenti. Seguono Prata di Pordenone (9%), Pravisdomini (8,5%) e Pasiano di Pordenone (8,4%). Si deve tuttavia segnalare che l'incidenza delle donne straniere è particolarmente elevata nei comuni di piccole dimensioni, spesso di montagna, dove la loro presenza è finalizzata all'assistenza e alla cura delle persone anziane.

Per quanto riguarda il bilancio demografico, dalla tab. 3 si evince che le poste in entrate e in uscita delle donne straniere presentano quasi sempre un saldo positivo. Essendo una popolazione giovane, le nate sono più numerose delle decedute. Anche i valori delle iscritte, sia dall'estero sia da altri comuni, sono positivi a conferma della capacità di attrazione della regione. Per quanto riguarda le voci iscritte e cancellate per altri motivi, secondo l'Istat, queste sono dovute non tanto a effettive acquisizioni o trasferimenti di residenza, ma a operazioni di rettifica anagrafica a seguito di regolarizzazioni, accertamenti anagrafici, impossibilità di registrarsi per mancanza di requisiti, per mancato rinnovo della dichiarazione di dimora abituale, a seguito di scadenza del permesso di soggiorno o per procedimento di irreperibilità ordinaria. Le voci hanno prevalentemente un saldo negativo.

Tab. 3 – Bilancio demografico delle donne straniere in Regione

<i>Indicatori</i>	<i>2011</i>	<i>2013</i>	<i>2015</i>	<i>2017</i>
Straniere al 1° gennaio	50.753	53.864	56.614	55.357
Nate vive	195	777	709	712
Morte	7	85	84	104
Saldo naturale	188	692	625	608
Iscritte da altri comuni	826	3.353	3.213	3.299
Cancellate per altri comuni	755	3.096	2.812	2.844
Saldo migratorio interno	71	257	401	455
Iscritte dall'estero	840	2.998	2.307	2.752
Cancellate per l'estero	149	697	815	832
Saldo migratorio estero	691	2.301	1.492	1.920
Saldo migratorio	762	2.558	1.893	2.375
Iscritte per altri motivi	105	2.440	325	386
Cancellate per altri motivi	608	1.551	1.120	1.047
Saldo per altri motivi	-503	889	-795	-661
Saldo migratorio e per altri motivi	259	3.447	1.098	1.714
Acquisizioni cittadinanza italiana	149	1.471	2.756	1.851
Totale iscritte	1.966	9.568	6.554	7.149
Totale cancellate	1.668	6.900	7.587	6.678
Saldo totale	298	2.668	-1.033	471
Straniere al 31 dicembre	51.051	56.532	55.581	55.828

Un'ultima voce considerata è l'acquisizione della cittadinanza, che è aumentata notevolmente, da 149 (nel 2011) a 1.851 (nel 2017), con il picco di 2.756 nel 2015, e ha riguardato soprattutto le donne albanesi (22%), romene (9%), marocchine (6%) e bengalesi (4%). Questo indicatore è importante poiché – è bene ricordare – con l'acquisizione della cittadinanza italiana lo straniero è cancellato dalla popolazione residente straniera per entrare a far parte di quella italiana. In percentuale, le acquisizioni della cittadinanza avvengono per le straniere residenti in Regione principalmente per residenza (46%), trasmissione o elezione (36%) e solo in quota minore per matrimonio (18%). Si segnala, inoltre, che il tasso di fecondità delle donne straniere è pari a 2,03 figli e l'età media al parto di 28,9 anni, rispetto ai dati delle cittadine italiane uguali a, rispettivamente, 1,21 figli e 32,8 anni.

2.2. Le aree di provenienza delle donne straniere

Al 1° gennaio 2018, oltre due-terzi della popolazione straniera della Regione (67,5%) proviene da paesi dell'Unione Europea (36.648) o extra Ue (35.250). Quote inferiori al 10% includono gli stranieri dell'Asia centro-meridionale (9.837), dell'Africa occidentale (6.798) e settentrionale (6.157) e dell'Asia orientale (4.962) (tab. 4). Con specifico riferimento alle donne straniere, il 72,1% ha la cittadinanza di un paese Ue (20.722) o europeo (19.564). Con percentuali attorno al 5%, le altre principali aree geografiche di provenienza sono l'Asia centro-meridionale (3.041), l'Africa settentrionale (2.876) e occidentale (2.823) e l'Asia orientale (2.661).

Tab. 4 – Popolazione straniera per area di cittadinanza (residente al 1° gennaio 2018)

Area	Totale stranieri		Donne straniere	
	n.	%	n.	%
Unione Europea	36.648	34,4	20.722	37,1
Altri paesi europei	35.250	33,1	19.564	35,0
Africa settentrionale	6.157	5,8	2.876	5,2
Africa occidentale	6.798	6,4	2.823	5,1
Africa orientale	511	0,5	295	0,5
Africa centro-meridionale	809	0,8	411	0,7
Asia occidentale	1.417	1,3	732	1,3
Asia orientale	4.962	4,7	2.661	4,8
Asia centro-meridionale	9.837	9,2	3.041	5,4
America settentrionale	474	0,4	214	0,4
America centro-meridionale	3.678	3,4	2.431	4,4
Oceania	48	0,0	26	0,0
Apolide	63	0,1	32	0,1
Totale	106.652	100,0	55.828	100,0

Dalla tab. 5 si rileva la distribuzione delle donne straniere all'interno delle province. Prendendo atto del fatto che, in valore assoluto, le province di Udine e Pordenone raccolgono le quote di donne migranti maggiori ed escludendo i paesi europei, si possono segnalare le seguenti specificità: la presenza delle donne provenienti dall'Asia centro-meridionale (1.098; 17%) per la provincia di Gorizia; la presenza di donne migranti provenienti dall'Africa occidentale (1.407; 8,5%) e settentrionale (923; 5,6%) e dall'Asia centro-meridionale (1.303, 7,8%) nella provincia di Pordenone; la presenza di donne dell'Asia orientale (699; 6,5%) e dell'America centro-meridionale (449; 4,2%) nella provincia di Trieste; la presenza di donne dell'Africa settentrionale (1.382; 6,3%) nella provincia di Udine.

Tab. 5 – Donne straniere nelle province per area geografica di cittadinanza (residenti al 1° gennaio 2018)

Area	Gorizia		Pordenone		Trieste		Udine	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ue	2.271	35,1	6.600	39,7	3.799	35,3	8.052	36,6
Paesi europei	1.995	30,8	4.845	29,1	4.772	44,4	7.952	36,2
Africa Nord	336	5,2	923	5,6	235	2,2	1.382	6,3
Africa Ovest	145	2,2	1.407	8,5	159	1,5	1.112	5,1
Africa Est	20	0,3	63	0,4	51	0,5	161	0,7
Africa C-Sud	10	0,2	145	0,9	136	1,3	120	0,5
Asia Ovest	51	0,8	88	0,5	178	1,7	415	1,9
Asia Est	315	4,9	497	3,0	699	6,5	1.150	5,2
Asia C-Sud	1.098	17,0	1.303	7,8	199	1,9	441	2,0
America Nord	12	0,2	95	0,6	64	0,6	43	0,2
America C-Sud	213	3,3	630	3,8	449	4,2	1.139	5,2
Oceania	4	0,1	2	0,0	8	0,1	12	0,1
Apolide	1	0,0	25	0,2	0	0,0	6	0,0
Totale	6.471	100,0	16.623	100,0	10.749	100,0	21.985	100,0

Tab. 6 – Popolazione straniera per paese di cittadinanza e province (residente al 1° gennaio 2018, ordinata per presenza straniera femminile ≥ 500 unità)

Paese	M+F		Solo Donne					
	n.	%	n.	%	Go	Pn	Ts	Ud
Romania	24.606	23,1	13.964	25,0	1.200	5.476	1.794	5.494
Albania	9.670	9,1	4.906	8,8	237	2.146	322	2.201
Ucraina	5.368	5,0	4.272	7,7	336	1.089	553	2.294
Serbia	6.936	6,5	3.499	6,3	162	145	2.338	854
Marocco	4.045	3,8	2.016	3,6	218	745	120	933
Cina	3.763	3,5	1.907	3,4	252	391	544	720
Croazia	3.916	3,7	1.638	2,9	223	197	658	560
Kosovo	3.468	3,3	1.599	2,9	347	190	536	526
Bangladesh	3.867	3,6	1.596	2,9	1.070	316	79	131
Moldavia	2.195	2,1	1.484	2,7	117	536	269	562
Bosnia-Erz.	3.130	2,9	1.397	2,5	392	172	242	591
Macedonia	2.811	2,6	1.330	2,4	288	370	167	505
Ghana	2.565	2,4	1.174	2,1	10	727	-	437
Polonia	1.536	1,4	1.072	1,9	143	242	161	526
India	2.260	2,1	1.014	1,8	10	790	30	184
Russia	815	0,8	646	1,2	78	151	141	276
Nigeria	1.342	1,3	644	1,2	29	136	57	422
Slovenia	1.232	1,2	620	1,1	265	17	228	110
Colombia	982	0,9	617	1,1	29	172	123	293

Guardando al paese specifico di origine (tab. 6), la presenza romena rappresenta un quarto di quella straniera complessiva (24.606; 23,1%), seguita da quella albanese (9.670; 9,1%), serba (6.936; 6,5%) e ucraina (5.368; 5,0%). Con riferimento alle sole donne straniere (154 cittadinanze diverse),

queste rappresentano, rispettivamente, il 25% (13.964), l'8,8% (4.906), il 6,3% (3.499) e il 7,7% (4.272). In generale, si può affermare che le donne straniere risiedono nelle quattro città capoluogo con alcune integrazioni: significativa è la presenza di romene a Monfalcone, Prata di Pordenone, San Vito al Tagliamento, Pasiano di Pordenone, Cordenons, Azzano Decimo, di albanesi a Sacile e di bengalesi a Monfalcone.

Un'ultima informazione su cui soffermarsi è la distribuzione della popolazione femminile straniera per classi d'età. Al 1° gennaio 2018, le percentuali a livello regionale sono le seguenti: 16,1% (fino ai 14 anni: 8.959), 28,2% (15-34 anni, 15.746), 29,8% (35-49 anni, 16.647), 19,4% (50-64 anni, 10.825), 6,5% (oltre i 64 anni, 3.651). Le classi d'età con le percentuali maggiori di donne straniere sono quelle dei 30-34 anni (10,8%), dei 35-39 (10,8%) e 40-44 anni (10%). L'età media è di 32,8 anni, leggermente inferiore a quella regionale (36,6 anni).

2.3. La presenza delle donne straniere nel mercato del lavoro

Per comprendere le caratteristiche e le tendenze evolutive che caratterizzano la presenza degli stranieri è importante osservare la loro partecipazione al mercato del lavoro. Il presente paragrafo dedica alcuni approfondimenti a questo argomento, traendo spunto dai dati forniti dall'Inps sui lavoratori dipendenti¹. Anche se questi dati non includono gli occupati nel lavoro autonomo e nel lavoro domestico, le indicazioni che se ne possono trarre sono comunque significative, soprattutto rispetto all'analisi dei profili evolutivi, con particolare riferimento alla componente femminile.

La tab. 7 contiene dati relativi all'andamento degli occupati come dipendenti (comprendendo tutte le forme contrattuali) dal 2009 al 2017. Prima di entrare nel merito, è il caso di ricordare che il 2009 è stato l'anno in cui la crisi economica ha avuto il maggiore impatto negativo sui livelli occupazionali. Solo nell'ultima parte del periodo considerato il mercato del lavoro ha conosciuto una ripresa di cui, come si può vedere, si sono avvantaggiati anche i lavoratori stranieri. Analizzando i dati presentati dalla tabella, si riscontra che nel 2017 i lavoratori stranieri dipendenti erano 37.172, con un incremento superiore al 10% rispetto alle annualità precedenti (in valori assoluti si tratta di una crescita superiore alle 3.500 unità). Nel corso degli anni, è cresciuta l'incidenza degli stranieri sul totale dei dipendenti (italiani e stra-

¹ I dati impiegati in questo paragrafo provengono dall'archivio amministrativo Inps e riguardano il settore privato non agricolo, ad esclusione del lavoro domestico. Si tratta di valori medi annuali calcolati sulle rilevazioni mensili, che si riferiscono ai lavoratori extracomunitari e ai comunitari nati nei paesi dell'Europa dell'Est: Bulgaria, Croazia, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica ceca, Repubblica slovacca, Romania, Slovenia e Ungheria.

nieri), raggiungendo una quota del 12,8% nel 2017. Si tratta di una percentuale sensibilmente superiore a quella relativa alla presenza complessiva degli stranieri in rapporto alla popolazione residente. Ciò dipende dal fatto che, come è noto, gli stranieri sono proporzionalmente più attivi nel mercato del lavoro dei residenti autoctoni. Inoltre, questo dato conferma un ruolo imprescindibile degli immigrati nell'economia regionale, un ruolo che non si è affatto ridimensionato in seguito alla recente crisi occupazionale.

Il trend appena evidenziato è dovuto soprattutto alla componente degli stranieri provenienti dai paesi dell'Est Europa (appartenenti all'Ue). Tale raggruppamento è cresciuto in maniera consistente anche durante il periodo di crisi occupazionale, registrando nel 2017 un incremento del 30% rispetto al 2009. Invece, gli immigrati extraeuropei hanno risentito maggiormente della crisi occupazionale. Tuttavia, la ripresa degli ultimi anni ha creato le condizioni per un'inversione di tendenza. I dipendenti di origine extracomunitaria hanno ripreso a crescere: il loro numero nel 2017 ha superato, seppur di poco, quello registrato nel 2009. Peraltro, per effetto dei trend appena descritti, la componente di lavoratori extracomunitari sul totale degli stranieri si è ridotta, restando tuttavia abbondantemente maggioritaria: si è infatti passati da una quota del 70,4% nel 2009 a una quota del 65,0% nel 2017.

Tab. 7 – Lavoratori stranieri dipendenti (maschi più femmine) dal 2009 al 2017 (valori medi annui)

<i>Area e indicatore</i>	<i>2009</i>	<i>2011</i>	<i>2013</i>	<i>2015</i>	<i>2017</i>
Ue Est Europa (n.)	9.960	10.622	10.449	12.145	13.015
Extra Ue (n.)	23.717	24.039	22.928	21.202	24.122
Totale stranieri (n.)	33.677	34.661	33.377	33.347	37.137
Ue Est Europa (num. indice)	100,0	106,6	104,9	121,9	130,7
Extra Ue (num. indice)	100,0	101,4	96,7	89,4	101,7
Totale stranieri. (num. indice)	100,0	102,9	99,1	99,0	110,3
Stranieri su totale dipendenti (%)	11,6	12,1	12,2	12,2	12,8
Extra Ue su totale stranieri dip. (%)	70,4	69,4	68,7	63,6	65,0

La tab. 8 mostra le stesse informazioni soffermandosi in particolare sulle lavoratrici straniere. Si tratta di una componente molto significativa del lavoro straniero. Come si può vedere dalla penultima riga della tabella, le donne corrispondono a una quota di circa un terzo del totale. Tale quota non è stata intaccata dalla crisi occupazionale. Anzi, è tendenzialmente cresciuta nel periodo considerato. Per quanto concerne i valori assoluti, si parla di 12.851 lavoratrici dipendenti mediamente presenti nel mercato del lavoro regionale nel 2017, un numero cresciuto del 26,4% rispetto al 2007. Anche per la componente femminile tale crescita è imputabile soprattutto alle donne provenienti da paesi dell'Est Europa appartenenti all'Unione europea. Tuttavia, il divario di tale trend rispetto a quello registrato dalle straniere extracomunitarie è meno sensibile rispetto a quello commentato poc'anzi. Le stesse lavoratrici extracomunitarie rappresentano una quota maggioritaria delle

straniere occupate come dipendenti (61,7% nel 2017). Pertanto, la posizione delle donne straniere nel mercato del lavoro regionale è senza dubbio significativa, considerando anche la presenza molto cospicua nel lavoro domestico (non contemplato dai dati qui esaminati). Si consideri, a questo proposito, che nel 2014, le straniere impegnate nel lavoro domestico in Friuli Venezia Giulia erano più di 11.000², un valore paragonabile a quello delle lavoratrici dipendenti.

Tab. 8 – Lavoratrici straniere dipendenti (maschi più femmine) dal 2009 al 2017 (valori medi annui)

Area e indicatore	2009	2011	2013	2015	2017
Ue Est Europa (n.)	3.798	4.219	4.007	4.750	4.916
Extra Ue (n.)	7.247	7.640	7.373	6.991	7.935
Totale stranieri (n.)	11.045	11.859	11.380	11.741	12.851
Ue Est Europa (num. indice)	100,0	111,1	105,5	125,1	129,4
Extra Ue (num. indice)	100,0	105,4	101,7	96,5	109,5
Totale stranieri. (num. indice)	100,0	107,4	103,0	106,3	116,4
Femmine su totale stranieri (%)	32,8	34,2	34,1	35,2	34,6
Extra Ue su tot. straniere dip. (%)	65,6	64,4	64,8	59,5	61,7

Prendendo ora in considerazione la distribuzione dei dipendenti stranieri tra le quattro province della regione, si osservino i dati presentati nella tab. 9. Emerge che le province di Udine e di Pordenone sono quelle con più dipendenti stranieri in valore assoluto (circa due terzi del totale). Se si guarda, però, all'incidenza degli stranieri sul totale dei dipendenti (italiani e stranieri), spicca Gorizia con il 16,1%, seguita da Pordenone con il 13,8%, Trieste con il 12,8% e Udine con l'11,2%. Considerando il fenomeno in prospettiva temporale, le province di Gorizia e di Trieste sono quelle che conoscono le dinamiche più intense, registrando variazioni, dal 2009 al 2017, rispettivamente del 23,5% e 12,9%.

Tab. 9 – Lavoratori stranieri dipendenti (maschi più femmine) per provincia (valori medi annui)

Province	2017 n.	2017 %	Variatz. % 2009-17	Stran. su tot. dip. % 2017
Gorizia	5.295	14,3	23,5	16,1
Pordenone	10.842	29,2	8,4	13,8
Trieste	7.222	19,4	12,9	12,8
Udine	13.777	37,1	6,1	11,2

Restringendo l'analisi alla sola componente femminile (tab. 10), emerge la peculiarità di Gorizia dove la quota di donne è più bassa, considerando anche la percentuale di lavoratrici femmine sul totale dei lavoratori stranieri. Si può dedurre che, in questa provincia, l'occupazione straniera ha un profilo

² Fonte: Ires-Fvg, iReport, *Il lavoro domestico in Friuli Venezia Giulia*, n. 4/14.

più maschile in confronto a quanto si rileva nelle altre province della regione. In termini dinamici, il trend di crescita più significativo si registra in provincia di Udine (+20,5%). Piuttosto significativi sono i dati relativi alle province di Udine e Trieste, sia per quanto la percentuale delle femmine sul totale dei dipendenti (attorno al 40%), sia per quanto riguarda le lavoratrici extracomunitarie sul totale delle femmine straniere (attorno al 65%).

Tab. 10 – Lavoratrici straniere dipendenti per provincia (valori medi annui)

Province	2017 n.	2017 %	Variaz. % 2009-17	F su tot. dip. stran. % 2017	F extra-Ue su tot. F % 2017
Gorizia	1.176	9,2	16,0	22,2	52,9
Pordenone	3.538	27,5	12,9	32,6	57,8
Trieste	2.944	22,9	13,8	40,8	65,9
Udine	5.193	40,4	20,5	37,7	64,1

Un ultimo approfondimento sulla stessa base dati può essere effettuato prendendo in considerazione le lavoratrici dipendenti in relazione ai principali paesi di origine. La tab. 11 mostra, per ciascun paese, i valori assoluti, la percentuale di femmine sul totale delle straniere residenti, la variazione dal 2009 al 2017 e la distribuzione tra le quattro province della regione.

Gli aspetti principali che si possono rilevare leggendo questi dati riguardano la preponderanza delle lavoratrici donne, rispetto ai lavoratori maschi, per quanto riguarda alcuni paesi dell'Est come Ucraina, Russia e Polonia. Si può dedurre, per questi paesi di origine, una presenza sul mercato del lavoro parzialmente svincolata da quella maschile. Per quanto riguarda altri paesi di origine risulta particolarmente significativa la partecipazione al mercato del lavoro delle donne provenienti da Cina e Colombia. Per contro, la percentuale di donne impiegate sul totale degli stranieri è relativamente bassa per quanto riguarda le donne provenienti da paesi del continente africano come Ghana e Marocco. Questa caratteristica si ravvisa, seppure in maniera meno marcata, anche per alcuni paesi dell'Est come Bosnia-Erzegovina e Croazia.

Valutando lo stesso dato in chiave dinamica, si ravvisano variazioni significative dal 2009 al 2017 per alcuni gruppi nazionali. In particolare, è molto consistente la crescita del lavoro subordinato per le donne cinesi. Non è trascurabile anche la crescita, in relazione ai valori medi, dei valori relativi alle donne provenienti da Moldavia e Albania. Per quanto riguarda gli altri paesi, in particolare quelli extraeuropei, si ravvisa una crescita sensibile delle donne provenienti dal Marocco e, in senso contrario, una diminuzione marcata per le donne ghanesi.

Infine, prendendo in considerazione la distribuzione territoriale, si possono trarre degli spunti interessanti analizzando come alcuni gruppi nazionali tendano a concentrarsi in maniera particolare in alcune aree. Per quanto riguarda i paesi di origine europei, si segnala una forte concentrazione delle donne provenienti dalla Slovenia nelle province di Trieste e Gorizia. Così

pure è elevata la presenza nel mercato del lavoro, limitatamente però alla provincia di Trieste, delle donne provenienti da Serbia, Montenegro e Croazia. Questo dato è facilmente spiegabile considerando la contiguità geografica. Per il resto, si può notare una particolare concentrazione di donne di origine albanese in provincia di Pordenone e di donne polacche in provincia di Udine. Quest'ultima provincia conosce una presenza consistente anche di donne provenienti da paesi extraeuropei, come il Marocco e la Colombia. Infine, si segnala che le donne originarie del Ghana sono occupate quasi tutte in provincia di Udine e di Pordenone.

Tab. 11 – Lavoratrici straniere dipendenti per paese di origine

Paese di provenienza	n.	F su tot. stran. %	Variatz. 2009-17	GO %	PN %	TS %	UD %
Romania	3.275	37,6	22,8	7,5	38,0	15,2	39,4
Albania	1.779	37,2	37,4	3,8	43,4	11,1	41,8
Serbia-Monten.	1.247	41,2	6,3	4,6	4,3	65,1	26,1
Ucraina	654	60,1	20,9	11,9	22,6	22,2	43,3
Cina	581	45,1	135,2	8,8	22,9	17,6	50,8
Bosnia Erzeg.	483	29,3	11,3	23,6	14,7	20,3	41,4
Slovenia	447	30,0	21,8	35,6	3,1	43,2	18,1
Croazia	424	29,1	-33,8	12,3	14,4	41,5	31,8
Moldavia	394	48,4	34,0	10,2	31,7	21,3	36,8
Polonia	333	59,4	-5,9	10,8	26,4	15,3	47,4
Marocco	301	23,3	27,0	12,3	20,3	11,3	56,1
Colombia	251	58,6	2,9	2,4	25,1	21,9	50,6
Ghana	199	21,1	-41,5	0,0	37,2	0,5	62,3
Russia	164	80,4	11,6	14,0	17,1	24,4	44,5
Totale	12.855	34,6	16,4	9,1	27,5	22,9	40,4

3. L'immigrazione femminile nella Repubblica di Slovenia

3.1. L'incidenza della popolazione straniera

Dalla tab. 12 si evidenzia innanzitutto che in sette anni (2011-18) la presenza straniera è passata dal 4,1% al 5,9% della popolazione (+1,8%); in termini assoluti, da 84.854 a 121.875 stranieri. Nell'ultimo anno, la popolazione straniera è cresciuta dell'1,8%. Nello stesso periodo, il numero di donne straniere è aumentato significativamente: da 25.728 a 43.019. In percentuale della popolazione femminile, si è passati dal 2,4% (2011) al 4,1% (2018). La quota di donne straniere, sia in termini assoluti sia percentuali, è circa la metà di quella degli uomini. Nel periodo 1996-2017, il numero di donne immigrate è quasi raddoppiato: da 2.669 a 4.861 (tab. 13).

Tab. 12 – Popolazione complessiva e straniera per sesso (residente al 1° gennaio)

Popolazione	Sesso	2011	2013	2015	2018
Complessiva (n.)	M	1.016.456	1.020.455	1.023.392	1.027.041
	F	1.038.285	1.040.208	1.041.240	1.039.839
	Tot.	2.054.741	2.060.663	2.064.632	2.066.880
Straniera (n.)	M	59.126	64.249	69.798	78.856
	F	25.728	30.999	36.688	43.019
	Tot.	84.854	95.248	106.486	121.875
Straniera (%)	M	5,8	6,2	6,7	7,7
	F	2,4	2,9	3,4	4,1
	Tot.	4,1	4,6	5,2	5,9

Tab. 13 – Donne immigrate ed emigrate (escluse le cittadine slovene)

Indicatore	1996	2000	2005	2010	2015	2016	2017
Immigrate	2.669	1.279	3.009	4.075	4.764	4.703	4.861
Emigrate	745	384	785	2.101	1.830	1.956	2.037
Saldo	1.924	895	2.224	1.974	2.934	2.747	2.824

Distribuendo la popolazione tra le dodici regioni statistiche slovene (tab. 14), in valori assoluti quella straniera è maggiore nella Slovenia centrale (40.716), seguita da Oltredrava (16.408) e Savinia (14.974). Anche in riferimento alle sole donne straniere, le regioni sopra richiamate riportano i valori più elevati: 14.534, 5.089 e 4.828, rispettivamente. In termini percentuali, è la regione del Litorale-Carso a registrare la più elevata presenza di stranieri rispetto alla propria popolazione (10,5%; 11.910), seguita da Slovenia centrale (7,5%; 40.716) e Carniola interna-Carso (6,4%; 3.369). Questo tipo di distribuzione si rispecchia anche nel rapporto percentuale tra donne straniere e popolazione femminile complessiva, rispettivamente: 8,2% (4.727), 5,3% (14.534) e 4,7% (1.216).

Tab. 14 – Popolazione delle regioni statistiche per sesso (residente al 1° gennaio 2018, ordinata per presenza straniera femminile)

Regione statistica	Pop. Totale	Popolazione Straniera		Popolazione straniera Femminile			
		n.	% Tot.	n.	% Stra.	% F	
Slovenia Cent.	542.306	40.716	7,5	14.534	2,7	35,7	5,3
Oltredrava	322.058	16.408	5,1	5.089	1,6	31,0	3,1
Savinia	254.760	14.974	5,9	4.828	1,9	32,2	3,8
Litorale-Carso	113.961	11.910	10,5	4.727	4,1	39,7	8,2
Alta Carniola	203.636	10.691	5,3	4.104	2,0	38,4	4,0
Goriziano	117.260	6.426	5,5	2.422	2,1	37,7	4,1
Slovenia Sud.	142.819	6.426	4,5	2.084	1,5	32,4	2,9
Oltresava Inf.	75.359	4.085	5,4	1.380	1,8	33,8	3,7
Carniola Int.	52.334	3.369	6,4	1.216	2,3	36,1	4,7
Sava Centrale	57.061	2.406	4,2	941	1,6	39,1	3,3
Carinzia	70.550	2.539	3,6	890	1,3	35,1	2,5
Murania	114.776	1.925	1,7	804	0,7	41,8	1,4
Totale	2.066.880	121.875	5,9	43.019	2,1	35,3	4,1

A livello di unità amministrativa, se la presenza di donne straniere è maggiore in termini assoluti a Lubiana (10.502; il 24% della presenza nazionale), Maribor (3.256), Koper-Capodistria (2.128), Kranj (1.692), Celje (1.634) e Velenje (1.062), in termini percentuali rispetto alla popolazione la presenza di donne straniere è più rilevante nei comuni costieri di Izola-Isola (4,9%), Sežana (4,8%), Piran-Pirano (4,3%), Koper-Capodistria (4,1%).

3.2. Le aree di provenienza delle donne straniere

La tab. 15 evidenzia come, tra tutte le donne straniere immigrate (126 cittadinanze diverse) in Slovenia nel periodo 2011-18, la percentuale più elevata riguarda gli arrivi dai paesi dell'ex-Iugoslavia (71,3% nel 2018), seguita dai paesi dell'Unione europea (16,7%) e da altri paesi (12%). Si noti come circa il 90% provenga, quindi, da paesi europei.

Tab. 15 – Donne straniere per area di cittadinanza (residenti al 1° gennaio)

Area		2011	2013	2015	2017	2018
Ex-Iugoslavia	n.	18.953	23.064	24.115	28.551	30.673
	%	78,8	78,8	70,5	71,2	71,3
Unione europea	n.	2.260	2.906	6.239	6.838	7.192
	%	9,4	9,9	18,3	17,0	16,7
Altri paesi	n.	2.836	3.294	3.826	4.735	5.154
	%	11,8	11,3	11,2	11,8	12,0
Totale	n.	24.049	29.264	34.180	40.124	43.019
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Relativamente all'età, la percentuale di donne straniere (2017) è in genere più alta nelle coorti 30-34 e 35-39 anni: 12,8% e 11,3%, rispettivamente. La distribuzione complessiva è la seguente: 17,7% (fino ai 14 anni: 7.087), 35,2% (15-34 anni, 14.078), 29,9% (35-49 anni, 11.611), 12,9% (50-64 anni, 5.135), 5,6% (oltre i 64 anni, 2.213). L'età media è di 33,7 anni. Tuttavia, ci sono alcune differenze a seconda dei continenti di provenienza: da quelli economicamente meno sviluppati (Africa, Asia, Caraibi, Sud e Centro America) proviene un maggior numero di immigrati nelle classi 15-54 anni; da quelli più sviluppati (Nord America e Oceania) un numero relativamente alto di immigrate è presente anche nelle coorti di età più anziana. Uno dei motivi è probabilmente la ragione della migrazione. Mentre le donne dei paesi meno sviluppati emigrano in Slovenia principalmente per motivi economici (in cerca di lavoro) e per scopi matrimoniali, le donne dei paesi più sviluppati migrano a causa di altri motivi, come la ricerca di una migliore qualità della vita, di un clima piacevole, di condizioni di vita più economiche, ecc.

Nella tab. 16 si riporta una selezione dei paesi economicamente meno sviluppati che rappresentano la principale area di immigrazione per la Slovenia. Il numero più alto di donne (nel periodo 2011-17) proviene dalla Bosnia-Erzegovina (14.341), seguita da Kosovo (5.945), Macedonia (4.853), Croazia (3.187) e Serbia (3.060). Le donne che arrivano dalla Macedonia hanno generalmente origini etniche albanesi. Inoltre, le donne dei paesi elencati sono presumibilmente in larga misura migranti economiche e/o che seguono i mariti che lavorano in Slovenia (es. le donne albanesi).

Tab. 16 – Principali paesi europei di provenienza delle donne straniere (residenti al 1° gennaio, ordinati per presenza straniera femminile)

Paese	2011	2013	2015	2017		
				F	F+M	% F/M
Bosnia-Erzegovina	8.194	10.043	11.986	14.341	50.378	28,5
Kosovo	2.457	3.683	4.653	5.945	14.397	41,3
Macedonia	3.222	3.885	4.329	4.853	10.835	44,8
Croazia	2.609	2.779	2.971	3.187	9.230	34,5
Serbia	2.205	2.351	2.791	3.060	10.632	28,8
Russia	423	559	884	1.310	2.341	56,0
Ucraina	897	989	1.043	1.218	1.898	64,2
Rep. slovacca	224	266	303	291	455	64,0
Romania	144	158	189	196	392	50,0

Per quanto concerne gli altri paesi di origine, dall'Asia il maggior numero di donne proviene da Cina (490), Tailandia (213), Filippine (94) e Kazakistan (57); dai Caraibi e dal Centro-Sud America, il numero di donne che migrano è inferiore rispetto a quello delle donne provenienti dall'Asia, ma più alto rispetto ad Africa e Oceania: principalmente da Repubblica Dominicana (141), Brasile (66), Cuba (30) e Colombia (26); per i paesi africani i numeri sono molto piccoli: 12 dalla Nigeria, 10 dal Marocco, 9 da Kenya e Somalia.

Infine, dai dati disponibili per il 2011 e 2015 sul paese di prima residenza (tab. 17), si osserva che il numero complessivo di donne provenienti dall'ex-Iugoslavia che vivono in Slovenia è stato molto più alto nel 2011 (+23.601), mentre il numero di quante sono registrate come straniere è più elevato nel 2015 (+4.701). Diversa è la situazione per le donne provenienti dall'Unione europea, la maggior parte delle quali sono cittadine della Slovenia (29.022 nel 2015 vs. 8.591 nel 2011). Le donne migranti provenienti da altri paesi europei e dall'Asia sono registrate in misura maggiore come cittadine straniere. Se si guarda più da vicino agli stati ex-iugoslavi, si osserva l'aumento di cittadini stranieri in generale, ma più evidentemente dalla Bosnia-Erzegovina (11.247 vs. 7.941) e dal Kosovo (3.635 vs. 1.906), nel 2015 rispetto al 2011. Nel 2015, le donne che migrano dal Kosovo sono nell'82,7% dei casi cittadine straniere. Allo stesso modo, più donne provenienti dalla Macedonia sono cittadine straniere (65,7%); si suppone, nuovamente, che queste donne siano per lo più albanesi. In tutti gli altri casi, la situazione è opposta.

Tab. 17 – Donne straniere per cittadinanza e area/paese di prima residenza

Area/paese di prima residenza		2011		2015	
		Cittadine di Slovenia	Cittadine straniere	Cittadine di Slovenia	Cittadine straniere
Ex-Iugoslavia	n.	64.045	17.546	40.444	22.247
	%	78,5	21,5	64,5	35,5
Bosnia-Erzegovina	n.	28.688	7.941	28.247	11.249
	%	78,3	21,7	71,5	28,5
Montenegro	n.	1.023	238	1.004	306
	%	81,1	18,9	76,6	23,4
Kosovo	n.	738	1.906	759	3.635
	%	27,9	72,1	17,3	82,7
Macedonia	n.	2.076	3.018	2.147	4.120
	%	40,8	59,2	34,3	65,7
Serbia	n.	8.644	2.320	8.287	2.937
	%	78,8	21,2	73,8	26,2
Unione europea	n.	8.591	2.158	29.022	5.352
	%	79,9	20,1	84,4	15,6
Altri paesi europei	n.	1.154	1.555	1.206	2.207
	%	42,6	57,4	35,3	64,7
Africa	n.	141	53	143	88
	%	72,7	27,3	61,9	38,1
Asia	n.	168	680	198	938
	%	19,8	80,2	17,4	82,6
Centro-Nord America	n.	458	288	425	314
	%	61,4	38,6	57,5	42,5
Sud America	n.	260	101	270	126
	%	72,0	28,0	68,2	31,8
Australia, Oceania	n.	191	26	149	27
	%	88,0	12,0	84,7	15,3

3.3. Livello d'istruzione e occupazione delle donne straniere

Dalla tab. 18 si evince che il livello di istruzione delle donne migranti che vivono in Slovenia è generalmente basso. Nel 2011, così come nel 2015, quasi il 50% delle donne migranti aveva solo un'istruzione di base (circa 46.000); quasi il 40% un'istruzione di livello superiore e solo il 10% circa aveva un livello di istruzione superiore (università).

Tuttavia, delle differenze emergono a livello di area di provenienza. Con riferimento al 2015, le donne che migrano dall'America del Sud sono le più istruite (circa il 40% ha un'istruzione superiore e il 36% un'istruzione universitaria). Anche le donne che migrano da altri stati europei sono ben istruite (i due-terzi hanno un titolo di livello superiore), così come le donne provenienti dall'Australia e dall'Oceania. Le donne provenienti dai paesi dell'Unione europea hanno nel 40% dei casi un'istruzione primaria, il 40% un'istruzione superiore e solo il 20% il titolo universitario. Le donne con i livelli di istruzione più bassi migrano dai paesi dell'ex Iugoslavia (più del 52% ha solo l'istruzione primaria o nemmeno quella). La maggior parte delle

donne provenienti dall’Africa e dall’Asia ha il titolo di scuola secondaria. È interessante notare che le donne dell’America settentrionale e centrale hanno la più alta percentuale di istruzione molto bassa (scuola primaria o inferiore).

Tab. 18 – Livello d’istruzione delle donne straniere (oltre 15 anni)

Area		2011			2015		
		Primaria	Secondaria	Superiore	Primaria	Secondaria	Superiore
Ex-Iugoslavia	n.	41.755	29.045	8.133	31.615	21.922	6.056
	%	52,9	36,8	10,3	53,1	36,8	10,2
Unione europea	n.	3.090	4.295	2.083	13.266	13.775	6.123
	%	32,6	45,4	22,0	40,0	41,5	18,5
Altri paesi europei	n.	946	882	636	1.012	1.084	1.010
	%	38,4	35,8	25,8	32,6	34,9	32,5
Africa	n.	60	77	33	67	80	47
	%	35,3	45,3	19,4	34,5	41,2	24,2
America merid.	n.	100	123	107	87	130	146
	%	30,3	37,3	32,4	24,0	35,8	40,2
America centr.-set.	n.	280	192	129	275	186	129
	%	46,6	31,9	21,5	46,6	31,5	21,9
Asia	n.	338	305	121	380	435	211
	%	44,2	39,9	15,8	37,0	42,4	20,6
Australia, Oceania	n.	56	81	56	44	61	48
	%	29,0	42,0	29,0	28,8	39,9	31,4
Totale	n.	46.625	35.000	11.298	46.746	37.673	13.770
	%	50,2	37,7	12,2	47,6	38,4	14,0

Tab. 19 – Livello d’istruzione delle donne straniere provenienti da paesi dell’ex-Iugoslavia (oltre 15 anni)

Paese		2011			2015		
		Primaria	Secondaria	Superiore	Primaria	Secondaria	Superiore
Paesi ex-Iugoslavia	n.	41.755	29.045	8.133	31.615	21.922	6.056
	%	52,9	36,8	10,3	53,1	36,8	10,2
Bosnia-Erzegovina	n.	21.527	12.174	1.981	21.550	13.862	2.679
	%	60,3	34,1	5,6	56,6	36,4	7,0
Montenegro	n.	672	442	121	665	465	154
	%	54,4	35,8	9,8	51,8	36,2	12,0
Kosovo	n.	1.479	562	166	2.341	1.043	269
	%	67,0	25,5	7,5	64,1	28,6	7,4
Macedonia	n.	2.577	1.490	550	2.967	2.030	770
	%	55,8	32,3	11,9	51,4	35,2	13,4
Serbia	n.	4.229	4.411	1.880	4.092	4.522	2.184
	%	40,2	41,9	17,9	37,9	41,9	20,2

Secondo la tab. 19, il livello di istruzione delle donne migranti dall’ex Iugoslavia è piuttosto basso e non ci sono grandi differenze tra le due linee temporali: 2011 e 2015. Nel 2015, la maggior parte delle donne – il 53% – ha un’istruzione elementare o meno (31.615), seguita dalla scuola superiore (21.922; cioè 36,8%) e dall’università (6.056; cioè 10%). Il livello di istruzione più basso tra le donne dell’ex-Iugoslavia si riscontra tra le donne che

emigrano dal Kosovo (il 64% ha il solo titolo di base; il 28% quello secondario e il 7% quello superiore). D'altra parte, il livello di istruzione relativamente più alto è quello delle donne che emigrano dalla Serbia.

Tab. 20 – Donne straniere e occupazione (2015)

Area		Occu- pato	Disoc- cupato	Stu- dente	Pensio- nato	Altra inattività	Totale
Ex-Iugoslavia	n.	23.974	7.385	5.546	14.502	11.284	62.691
	%	11,8	8,8	23,1	18,0	38,2	100,0
Unione europea	n.	10.564	2.083	2.385	15.624	3.718	34.374
	%	6,1	6,9	45,5	10,8	30,7	100,0
Altri paesi europei	n.	1514	380	543	160	816	3.413
	%	11,1	15,9	4,7	23,9	44,4	100,0
Africa	n.	54	34	53	39	51	231
	%	14,7	22,9	16,9	22,1	23,4	100,0
America meridionale	n.	140	36	74	45	101	396
	%	9,1	18,7	11,4	25,5	35,4	100,0
America centro- settentrionale	n.	244	46	201	87	161	739
	%	6,2	27,2	11,8	21,8	33,0	100,0
Asia	n.	552	88	163	14	319	1.136
	%	7,7	14,3	1,2	28,1	48,6	100,0
Australia, Oceania	n.	83	8	31	25	29	176
	%	4,5	17,6	14,2	16,5	47,2	100,0

Per una migliore comprensione del profilo delle donne straniere in Slovenia è stato analizzato anche lo status occupazionale. Come riportato nella tab. 20, ci sono alcune interessanti differenze sulla base dello stato di provenienza. Come già accennato, le donne che emigrano in Slovenia dai paesi dell'Unione europea lo fanno per ragioni diverse dalle altre migranti. Il maggior numero di donne provenienti dai paesi della UE è pensionato. Almeno una parte di queste donne sono arrivate nel Paese per motivi diversi da quello lavorativo: una migliore qualità della vita, spese più economiche, un clima piacevole e un ambiente più sicuro. D'altra parte, le donne di altri paesi europei (a eccezione dell'ex-Iugoslavia) hanno un lavoro in misura maggiore e lo stesso vale per quelle provenienti dagli altri continenti. Le donne provenienti dai territori dell'ex-Iugoslavia hanno un impiego (23.874), ma non è trascurabile il numero di disoccupate (7.385) o inattive (11.284).

La tab. 21 mostra che c'è un numero piuttosto elevato di donne disoccupate o inattive provenienti dagli stati dell'ex-Iugoslavia. Il maggior numero di donne inattive che migrano e vivono in Slovenia proviene dal Kosovo. Le donne kosovare hanno, in generale, un livello di istruzione più basso e sono al tempo stesso per la maggior parte disoccupate o comunque inattive. Più di 2.000 donne sono inattive, 600 sono registrate come disoccupate e solo 509 donne sono impiegate. Quelle registrate nella categoria "altra inattività" sono probabilmente casalinghe che non sono attivamente alla ricerca di un lavoro, diversamente da quelle che si sono registrate come disoccupate. Inoltre, i dati

mostrano la situazione di “inattività” delle donne provenienti dalla Macedonia: 1.682 rispetto a 1.974 (a cui aggiungere le disoccupate: 771). Si può ritenere che tra di loro vi sia un elevato numero di donne di etnia albanese, per cui il modello di inattività è molto simile a quello delle donne provenienti dal Kosovo.

Tab. 21 – Donne straniere dell'ex-Iugoslavia e occupazione (2015)

Paese		Occu- pata	Disoc- cupata	Studen- tessa	Pensio- nata	Altra inattività	Totale
Ex-Iugoslavia	n.	23.974	7.385	5.546	14.502	11.284	62.691
	%	38,2	11,8	8,8	23,1	18,0	100,0
Bosnia-Erzeg.	n.	17.444	4.745	2.501	9.028	5.778	39.496
	%	44,2	12,0	6,3	22,9	14,6	100,0
Montenegro	n.	564	155	44	388	159	1.310
	%	43,1	11,8	3,4	29,6	12,1	100,0
Kosovo	n.	509	600	1.094	162	2.029	4.394
	%	11,6	13,7	24,9	3,7	46,2	100,0
Macedonia	n.	1.974	771	1.087	753	1.682	6.267
	%	31,5	12,3	17,3	12,0	26,8	100,0
Serbia	n.	3.483	1.114	820	4.171	1.636	11.224
	%	31,0	9,9	7,3	37,2	14,6	100,0

4. Sintesi finale

Le analisi effettuate sulle donne straniere e migranti nelle due realtà territoriali possono essere così riassunte:

- a) La presenza di donne straniere – sia in Slovenia, sia in Friuli Venezia Giulia – è costantemente cresciuta e si presume che sarà ancora maggiore nel futuro. Nel 2018, le donne straniere rappresentano il 4,1% (43.019) e il 8,9% (55.828) della popolazione femminile, rispettivamente. Per la Slovenia, nel periodo 1996-2017, il numero di donne migranti è raddoppiato.
- b) Poco meno della metà delle donne straniere è concentrata nei territori di Lubiana, Maribor, Koper-Capodistria, Kranj, Celje e Velenje (20.274; 47%) e nei comuni di Trieste, Udine, Pordenone e Monfalcone (25.858; 46%).
- c) Il numero più elevato di donne straniere in Slovenia proviene dai paesi dell'ex-Iugoslavia (71%), principalmente dalla Bosnia-Erzegovina, seguita dal Kosovo, Macedonia e Croazia. Migrano per ragioni economiche e lavorative. In Friuli Venezia Giulia, la maggior parte di loro proviene da paesi europei (72%), in particolare da Romania, Albania, Ucraina e Serbia.

Fig. 1 – Presenza di stranieri in Slovenia e Friuli Venezia Giulia (n.) (residenti al 1° gennaio)

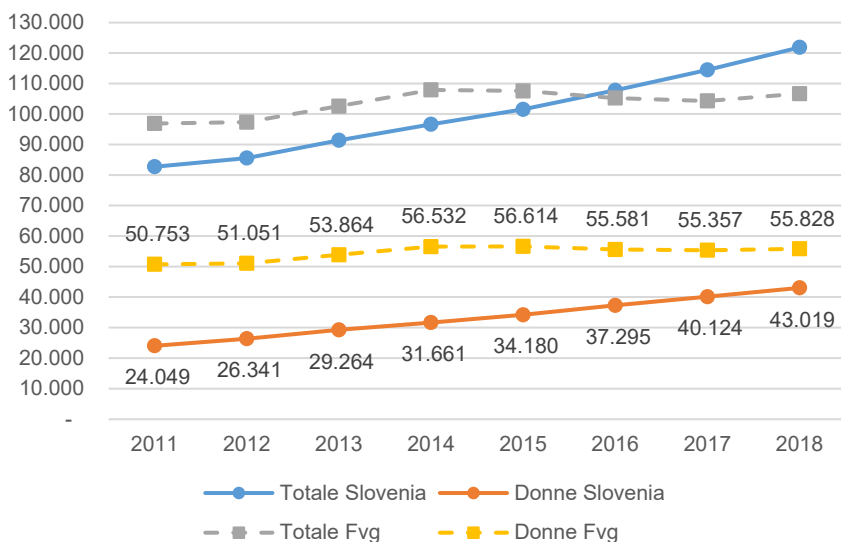
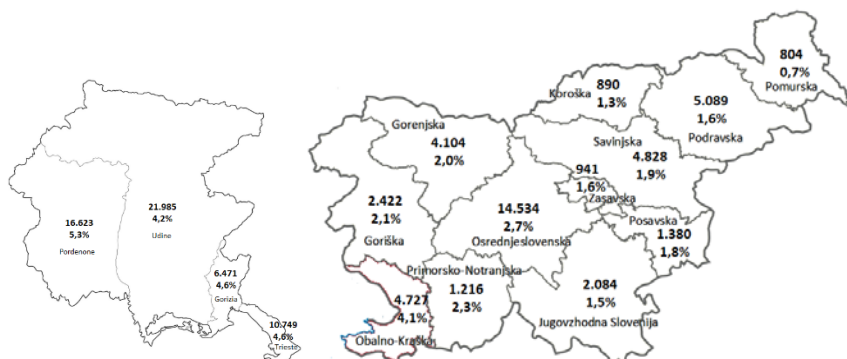


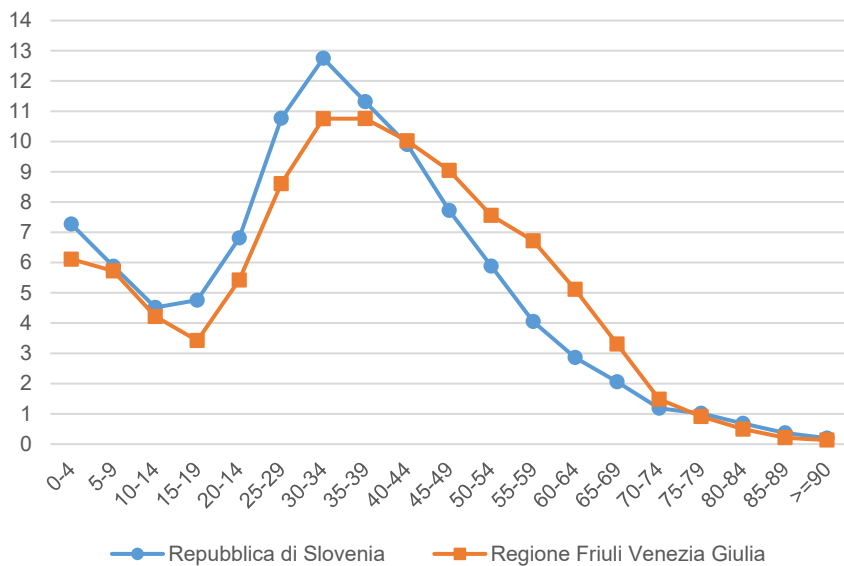
Fig. 2 – Presenza delle donne straniere nelle province del Friuli Venezia Giulia e nelle regioni statistiche della Slovenia (n. e % popolazione totale) (residenti al 1° gennaio 2018)



d) I paesi di provenienza non europea sono principalmente Cina, Thailandia, Repubblica Dominicana, Filippine, Brasile e Kazakistan per la Slovenia e Marocco, Cina, Bangladesh, Ghana, India, Nigeria e Colombia per la Friuli Venezia Giulia.

- e) Le ragioni della migrazione per le donne dei paesi meno sviluppati sono di natura economica (ricerca di un lavoro) e familiare (per seguire i mariti). Le donne dei paesi economicamente più ricchi migrano per altri motivi: ricerca di una migliore qualità della vita, costo della vita più basso, clima più favorevole, ecc.
- f) Con riferimento al paese di prima residenza delle donne provenienti dall'ex-Iugoslavia, nel caso del Kosovo (83%) e della Macedonia (66%), le donne che migrano in Slovenia sono registrate come cittadine straniere. Queste migranti sono le meno istruite, in larga misura non attive (disoccupate, ma non registrate come in cerca di lavoro). Per lo più non parlano lo sloveno e questo potrebbe essere uno dei motivi per non richiedere la cittadinanza slovena (il test linguistico è uno dei requisiti). Hanno difficoltà a adattarsi e integrarsi nella società slovena. Vivono per lo più isolandosi socialmente all'interno di una cerchia familiare (estesa) come casalinghe e madri, con un contatto limitato con il mondo esterno. A causa della barriera linguistica e di altre norme culturali e tradizionali (valori patriarcali) è il marito o un parente maschio (ad es. il suocero) che comunica con il mondo esterno in loro vece. All'opposto, le donne di Bosnia-Erzegovina sono le meglio integrate: nel 2015, circa 28mila sono registrate come cittadine slovene e 11mila come straniere. In Friuli Venezia Giulia c'è stato un boom di acquisizioni di cittadinanza (1.851 nel 2017) soprattutto da parte di donne albanesi, romene, marocchine e bengalesi.
- g) Per entrambi i territori, l'età delle donne si concentra nelle classi 30-34 e 35-39 anni (22-24%). L'età media è di 34 anni per le straniere in Slovenia e di 33 anni per quella in Friuli Venezia Giulia.
- h) In Slovenia il livello d'istruzione delle donne è relativamente basso. Circa la metà possiede solamente il titolo di scuola primaria o nemmeno quello, anche se esistono grandi differenze in riferimento al paese di provenienza: elevati livelli d'istruzione si registrano tra le donne sud americane e bassi tra le donne dell'ex-Iugoslavia. Nel caso del Kosovo, la percentuale è del 64% con il titolo di educazione primaria.
- i) Dal punto di vista occupazionale, un terzo delle donne straniere in Slovenia è occupato e una su tre è pensionata. Tuttavia, è elevato il numero di disoccupate o inattive provenienti dai paesi dell'ex-Iugoslavia. Nel Friuli Venezia Giulia, le straniere sono una componente significativa del lavoro straniero (circa un terzo). Le lavoratrici dipendenti sono 12.851 (2017), +26,4% rispetto al 2007, grazie soprattutto alla presenza di donne provenienti da paesi dell'Est Europa e membri dell'Unione europea.

Fig. 3 – Distribuzione delle donne straniere in Slovenia e Friuli Venezia Giulia per classe d'età (%) (residenti al 1° gennaio 2017-Slovenia e 2018-FVG)



Il percorso amministrativo per l'accesso alle cure di pazienti donne sprovviste d'iscrizione al Servizio sanitario nazionale

di *Barbara Fari**

1. Introduzione

Trattare l'argomento nella sua interezza sarebbe molto impegnativo ma, fortunatamente, il target di questo lavoro è limitato alla donna, comunitaria o extracomunitaria, con necessità assistenziali di tipo ostetrico/ginecologico, il che semplifica notevolmente la trattazione, pur mantenendo la complessità della materia. A causa dell'evolvere continuo della normativa e della numerosità delle tipologie amministrative davanti alle quali ci si può trovare, sarebbe infatti auspicabile e opportuno che ogni struttura sanitaria organizzasse al proprio interno un ufficio o degli operatori esperti per gestire i percorsi amministrativi degli utenti sprovvisti d'iscrizione al Servizio sanitario nazionale, e che questi operassero in stretta collaborazione con l'Ufficio convenzioni internazionali, le questure, le ambasciate e i consolati, uffici deputati al rilascio dei visti.

Fatte queste precisazioni iniziali, verranno ora analizzati i percorsi di accesso alle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento all'organizzazione esistente presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

Il primo contatto con la donna in stato di necessità può avvenire tramite medico, infermiere, personale della direzione sanitaria, Ufficio gestione delle prestazioni sanitarie e CUP o Ufficio relazioni con il pubblico. È importante che da questo primo contatto la donna ottenga la sola informazione che amministrativamente le serve: qual è l'ufficio competente al quale rivolgersi per avere le informazioni necessarie a far valere i diritti e rispettare i doveri relativi alla sua condizione.

L'accesso alle prestazioni sanitarie può avvenire tramite:

- *Pronto soccorso*: prestazioni d'urgenza o di emergenza, senza invio da parte di un medico. L'utente arriva con mezzi propri o con l'ambulanza.

* IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste.

- *Ambulatorio*: prestazioni programmabili con priorità diverse e prenotabili attraverso Centro unico di prenotazione (CUP), Call center, farmacie abilitate, agende di prenotazione elettronica messe a disposizione delle aziende sui siti web (prenotazione on line). In modalità di accesso diretto¹ o con prescrizione da parte di: medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista.
- *Accoglimento ostetrico/ginecologico*: in modalità di accesso diretto (senza prescrizione da parte di un medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialista).
- *Ricovero*: programmato o urgente (tramite Pronto soccorso o direttamente in reparto), *day hospital*.

Dando per scontato che le attività cliniche sono prioritarie, non bisogna tuttavia trascurare lo svolgimento delle procedure amministrative, che iniziano con l'identificazione dell'utente (i dati anagrafici in senso stretto), ma prestano attenzione anche a elementi che in seguito potranno essere utilizzati per studi epidemiologici, quali la nazionalità, il titolo di studio e lo stato civile, l'attribuzione corretta dell'onere di pagamento o dell'eventuale esenzione, la refertazione clinica.

Dalla corretta esecuzione di tali procedure consegue sia il riconoscimento amministrativo dell'erogazione delle prestazioni da parte degli stati di residenza delle utenti e la relativa corresponsione economica, sia la possibilità di ottenere indicazioni statisticamente utili. Si potranno quindi raccogliere dati per rispondere a quesiti quali: ricorre più frequentemente all'IVG chi ha scolarità alta o bassa? Chi è coniugato? Quale tipologia di donna è più esposta a malattie sessualmente trasmesse? Quanto influisce la nazionalità? Quale tipologia di donna è maggiormente affetta da depressione *post partum*: la donna sposata? Quella separata? La donna che ha un titolo di studio elevato o quella che non ha titolo di studio?

Nonostante vi sia l'obbligo di riportare questi dati, e il medico, per le sue ricerche, sia il loro primo utilizzatore, si nota una certa "superficialità" nella completezza della compilazione, e i controlli devono essere giornalieri, il più possibile in tempo reale, per poterli correggere.

L'identificazione non corretta è una possibilità concreta se consideriamo che spesso l'utente non si esprime nella nostra lingua, i documenti che esibisce non sempre riportano i dati indispensabili, e che nome e cognome possono essere più o meno difficili da interpretare e riportare, tanto che in alcuni casi non si distingue il cognome dal nome, né se si tratta di maschio o femmina, soprattutto se l'utente non è di fronte a noi e se manca l'assistenza del mediatore culturale.

¹ La modalità di accesso diretto prevede che la donna possa rivolgersi alla struttura sanitaria con appuntamento ma senza una prescrizione da parte di un medico di medicina generale, di un pediatra di libera scelta o di uno specialista.

Gli errori sono prevenibili applicando la procedura specifica di “identificazione attiva dell’utente”.

È quindi importante identificare correttamente il paziente mediante:

- documento d’identità personale, passaporto, carta d’identità o altro;
- documento d’identificazione sanitaria:
 1. tessera europea di assicurazione malattia (TEAM),
 2. codice ENI: europeo non iscrivibile,
 3. codice STP: straniero temporaneamente presente,
 4. modelli di convenzione internazionale,
 5. assicurazioni private.

L’identificazione attiva prevede una serie di domande che l’operatore pone alla donna, facendo attenzione a non influenzarne le risposte:

- come si chiama?
- quando è nata?
- qual è la sua residenza?
- qual è il suo domicilio attuale?
- qual è il suo recapito telefonico?
- è sposata o no?

Riguardo al titolo di studio, è più difficile ottenere una risposta poiché il percorso scolastico di altre nazioni può essere organizzato diversamente dal nostro, e le voci inserite a sistema spesso non soddisfano le necessità descrittive.

È dimostrato che questa modalità d’intervista aiuta l’operatore a ottenere dati significativi. L’identificazione scorretta può comportare la perdita della storia clinica della paziente, che potrebbe essere attribuita a un’anagrafica diversa. È importante che chi identifica un utente ponga particolare cura nella ricerca dell’anagrafica e ne inserisca una nuova solo dopo aver assodato che il paziente non è già presente nella base dati. Nel caso in cui vengano individuate anagrafiche multiple per la stessa donna, si deve richiedere all’ufficio aziendale competente l’accorpamento dei dati, eseguito con una procedura che riporta la storia clinica (referti di esami di laboratorio, d’interventi chirurgici, di visite e radiologici) sull’anagrafica corretta.

In considerazione delle prestazioni sanitarie necessarie, i requisiti per l’accesso possono essere:

- prescrizione medica,
- nessuna prescrizione in caso di accesso diretto/facilitato o tramite Pronto soccorso.

Scendiamo ora nello specifico, analizzando quali sono le possibilità assistenziali per le donne comunitarie ed extra comunitarie.

2. Donne comunitarie

Le donne comunitarie possono essere titolari di diverse tipi di documenti d'assistenza sanitaria. Ogni documento garantisce specifiche tipologie di prestazioni sanitarie.

La *tessera europea di assicurazione malattia* (TEAM) garantisce prestazioni:

- urgenti,
- medicalmente necessarie in base allo stato di salute e al periodo di permanenza sul territorio Italiano,
- visite occasionali da un medico di medicina generale (la donna non paga la prestazione e il medico emette fattura all'Azienda di competenza).

Pagano il ticket e non hanno diritto all'esenzione. L'IVG è garantita solo se medicalmente necessaria.

La prescrizione deve riportare la proposta (impegnativa del Servizio sanitario nazionale) segnalando sul frontespizio "tipo ricetta UE" e compilando sul retro i campi specifici riportando quanto descritto sul lato B della TEAM.

Il *codice per europeo non iscrivibile* (ENI) è stato originariamente istituito per Romania e Bulgaria e successivamente esteso ad altri cittadini europei che si trovano in Italia senza giustificato motivo oltre i 3 mesi previsti dalla normativa vigente ora in fase di soppressione.

È rilasciato alle/ai cittadine/i dell'Unione Europea che rispondano ai seguenti requisiti che devono essere autocertificati dalla donna su modulistica specifica:

- non residenti in Italia,
- presenti sul territorio italiano da almeno 3 mesi,
- sprovvisti dei requisiti necessari per l'iscrizione al SSN,
- sprovvisti di assicurazione sanitaria privata o di diritto all'assistenza a carico dello stato di residenza (verificabile da un portale messo a disposizione dal Ministero),
- sprovvisti di risorse economiche sufficienti.

Il Codice garantisce:

- cure urgenti e indifferibili,
- tutela della maternità, IVG,
- profilassi,
- diagnosi e cura delle malattie infettive,
- cure essenziali e continuative, programmi di medicina preventiva, tutela della gravidanza e della maternità, vaccinazioni, cura delle tossicodipendenze.

Il codice ENI ha valore semestrale ed è composto da 16 caratteri alfanumerici (es. ENI0609010000001):

- 3 caratteri (ENI) per la sigla “Europeo Non Iscrivibile”,
- 3 caratteri rappresentano il codice della Regione che lo ha emesso (per il Friuli Venezia Giulia è 060),
- 3 caratteri rappresentano l’Azienda che l’ha emesso) per l’IRCCS Burlo Garofolo è 901),
- 7 caratteri descrivono il progressivo di emissione.

La prestazione va eseguita compilando la proposta (impegnativa del Servizio sanitario nazionale) e segnalando sul frontespizio “tipo ricetta UE”. Gli utenti ENI pagano il ticket e, nel caso sussista, possono godere del diritto all’esonazione.

Il *Modello di autorizzazione cure all’estero S1/S2* viene rilasciato dallo Stato di residenza a fronte di:

- specifiche patologie o situazioni cliniche (anche la gravidanza),
- una dichiarazione di possibilità di trattamento da parte dell’ospedale indicato,
- un preventivo rilasciato dall’ospedale stesso.

Va convertito in tessera sanitaria presso l’Ufficio convenzioni internazionali, a Trieste o presso gli uffici deputati nella città dove la donna intende sottoporsi ai trattamenti. Per il periodo indicato sulla tessera, è garantita la copertura di tutte le necessità sanitarie, al pari di una cittadina italiana, con diritto all’esonazione.

3. Donne comunitarie residenti in Italia

Le donne comunitarie residenti in Italia possono acquistare la tessera sanitaria se sono:

- titolari di permessi di soggiorno per studi,
- ragazze/donne collocate alla pari,
- a carico di un cittadino italiano o di persona residente con copertura sanitaria del Servizio sanitario italiano.

Le donne che hanno acquistato la tessera sanitaria godono di pari diritti di trattamento sanitario di una cittadina italiana per tutto il periodo di durata previsto. La tessera ha validità di un anno solare per cui è valida fino a dicembre dell’anno di acquisto. Per questo motivo è importante valutare le necessità assistenziali della donna, definire un percorso diagnostico-terapeutico a breve, medio o lungo termine e, di conseguenza, impostare un preventivo di spesa. Considerato che il costo della tessera, pur variando con il reddito, è di circa 388 €, confrontarlo con il preventivo delle prestazioni sanitarie pagate in proprio è utile per valutare l’opportunità dell’acquisto della tessera.

Nella Regione Friuli Venezia Giulia, zona di confine, è facile riscontrare casi di donne che lavorano oltre confine e hanno diritto a essere iscritte al Servizio sanitario come “transfrontaliere”. Hanno una tessera sanitaria che garantisce tutte le prestazioni dovute alle cittadine italiane con pari diritti, comprese eventuali esenzioni.

4. Donne extra comunitarie

Le donne extra comunitarie possono essere titolari di codice Straniero temporaneamente presente (STP); una fattispecie ormai molto rara poiché la legislazione attuale prevede l’obbligo d’iscrizione al Servizio sanitario per categorie di stranieri non previste in precedenza.

Si tratta di donne extra comunitarie non in regola con le norme di accesso o di soggiorno sul territorio italiano (una donna potrebbe entrare nel rispetto della normativa ma soggiornare in violazione delle regole previste).

Per questa tipologia amministrativa, la donna potrebbe esibire un documento valido, oppure un documento non più in corso di validità, o non esibire alcun documento. Il codice STP è rilasciato comunque.

L’STP rilasciato consiste in un foglio di carta, in formato A4, che viene stampato all’atto della registrazione dell’utente ai servizi di accesso alle cure (CUP, Accettazione amministrativa ricoveri, Pronto soccorso) e che deve in seguito essere convertito in una tessera STP rilasciata dall’Ufficio convenzioni internazionali. Può anche essere emesso dagli uffici territoriali competenti, preventivamente rispetto alle necessità assistenziali. Si tratta di un codice composto da 16 caratteri alfanumerici (es. STP0609010000001), di cui (analogamente al Codice ENI):

- 3 caratteri (STP) per la sigla “Straniero Temporaneamente Presente”,
- 3 caratteri rappresentano il codice della regione che lo ha emesso (per il Friuli Venezia Giulia è 060),
- 3 caratteri rappresentano l’azienda che l’ha emesso (per l’IRCCS Burlo Garofolo è 901),
- 7 caratteri descrivono il progressivo di emissione.

Le caratteristiche sono:

- viene rilasciato a pazienti stranieri privi di permesso di soggiorno (clandestini² o irregolari³) in occasione della prima prestazione o preventivamente,
- viene rilasciato in forma anonima,

² Stranieri entrati in Italia senza regolare visto d’ingresso.

³ Stranieri che hanno perduto i requisiti necessari per la permanenza sul territorio nazionale (es: permesso di soggiorno scaduto e non rinnovato), di cui erano però in possesso all’ingresso in Italia.

- ha validità semestrale e può essere rinnovato,
- garantisce prestazioni urgenti, essenziali, continuative, tutela della maternità, prevenzione, vaccinazioni,
- ha valore su tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda il costo delle prestazioni, la titolare di tessera STP:

- di norma paga l'intero costo della prestazione, come da tariffario regionale della specialistica ambulatoriale,
- se dichiara indigenza paga la tariffa ticket e potrà godere del diritto a eventuale esenzione,
- se dichiara di non avere alcuna forma di sussistenza la prestazione erogata resta a carico dell'azienda erogatrice⁴.

In questi casi l'utente rilascia un'autocertificazione, soggetta ad accertamento. La prestazione va eseguita compilando la proposta prescrizione (impegnativa del Servizio sanitario nazionale) inserendo il codice STP nel campo destinato al codice fiscale. Sul frontespizio, nel campo "Tipo ricetta", si indica il codice "ST" (Straniero STP).

5. Donne titolari di assicurazione sanitaria privata

La formula di assistenza diretta da parte delle assicurazioni è garantita solo per quelle compagnie assicurative con le quali l'IRCCS Burlo Garofolo ha stipulato una convenzione, oppure nel caso in cui, a fronte di un preventivo proposto dall'Istituto, la compagnia assicurativa trasmette una garanzia di pagamento. In tutti gli altri casi, l'utente deve pagare, chiedendo in seguito il risarcimento presso la propria assicurazione.

6. Donne soggette a patti bilaterali

Si tratta di donne che sono residenti in stati con i quali l'Italia ha stipulato accordi internazionali. Devono essere in possesso di specifici moduli rilasciati dai paesi di appartenenza. All'arrivo in Italia questi moduli vanno convertiti in tessere sanitarie provvisorie.

Hanno diritto al trattamento sanitario al pari delle cittadine italiane per il periodo di durata della tessera: pagano il ticket e possono godere del diritto a eventuale esenzione. La prestazione va eseguita compilando la proposta prescrizione (impegnativa del Servizio sanitario nazionale). Sul frontespizio, nel campo "Tipo ricetta" si indica il codice "EE" (Escursionista Estero).

⁴ In Friuli VG sulla prescrizione viene inserita la nota relativa alla LR18829/2001.

7. Compiti e responsabilità nella gestione amministrativa delle donne che accedono all'IRCCS Burlo Garofolo

Prima di definire i compiti e le responsabilità, va posto l'accento, ancora una volta, sulla complessità della materia. I molteplici casi pongono spesso comprensibili problemi di gestione, non solo a causa delle difficoltà linguistiche. Può succedere che le donne siano spaventate e che non vogliano o non possano riferire esattamente e realmente come stanno le cose. In questi casi il rischio è di non individuare le soluzioni migliori per la donna e per l'azienda (garantire diritti evitando danni erariali).

A rendere necessario un efficace e tempestivo controllo da parte di personale formato *ad hoc* è la tendenza del personale sanitario a concentrarsi sulla clinica e meno (a volte molto meno) sugli aspetti amministrativi.

La procedura “*Accesso alle cure sanitarie per i cittadini stranieri*”, certificata ISO9001: 2008, prevede la seguente distribuzione di compiti e responsabilità.

Responsabilità di chi accetta la donna:

- identificare correttamente la donna,
- inserire l'anagrafica completa e corretta⁵,
- recuperare le copie di documenti identificativi, sanitari e/o assicurativi⁶,
- segnalare il caso, al più presto e comunque prima della dimissione, all'ufficio competente⁷.

Responsabilità dell'Ufficio gestione delle prestazioni sanitarie e del Centro unico di prenotazione:

- garantire un punto informativo per l'accesso alle prestazioni sanitarie sia ambulatoriali che di ricovero a coloro che non sono iscritti al SSN,
- verificare lo stato di copertura sanitaria della donna,
- attribuire gli eventuali codici ENI e STP,
- inviare all'Ufficio convenzioni internazionali le pratiche da trasmettere ai relativi stati, assieme ai documenti identificativi e sanitari necessari al riconoscimento del pagamento delle prestazioni erogate,

⁵ Residenza, domicilio, recapito telefonico.

⁶ Nel caso di cittadine comunitarie, in assenza di copie dei documenti e delle autocertificazioni necessarie non si può procedere alla richiesta di pagamento delle prestazioni erogate agli Stati di provenienza.

⁷ Ufficio gestione delle prestazioni sanitarie e Centro unico di prenotazione.

- correggere gli eventuali errori commessi dal personale di assistenza nell'imputazione degli oneri di degenza⁸, dell'ente debitore⁹, del contratto¹⁰, dello stato civile e del grado d'istruzione,
- trasmettere le richieste di pagamento, verificare che venga effettuato ed eventualmente, curare l'invio della pratica all'ufficio che gestisce il recupero del credito,
- supportare il personale dedicato alla diagnosi, cura e riabilitazione della donna allo scopo di ridurne le incombenze amministrative,
- garantire la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario e amministrativo sulla materia specifica.

L'esperienza maturata dimostra che, se la conoscenza della materia è ovviamente fondamentale, altrettanto importante è la conoscenza dell'organizzazione territoriale degli uffici che gestiscono l'utente sprovvisto d'iscrizione al Servizio sanitario nazionale.

Non è necessario sapere tutto, ma è importante essere in grado di trovare le informazioni, sapendo a chi chiederle: la rete professionale vince sempre!

⁸ Trattando di ricoveri: contratto che lega l'utente all'azienda erogatrice di prestazioni in base al grado di copertura assicurativa sanitaria.

⁹ Identificazione del soggetto che paga la prestazione: può essere una persona fisica o un'istituzione pubblica o privata.

¹⁰ Trattando di prestazioni ambulatoriali: contratto che lega l'utente all'azienda erogatrice di prestazioni in base al grado di copertura assicurativa sanitaria.

Diagnosi, interventi e caratteristiche dei pazienti dell'ospedale Burlo Garofolo

di *Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis**

1. Le caratteristiche della Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO)

Operare nell'ambito del progetto INTEGRA (Interreg Italia-Slovenia 2014-2020) ha offerto ai ricercatori l'opportunità di analizzare i dati sui ricoveri e le prestazioni ambulatoriali dell'ospedale materno-infantile IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. Per quanto concerne i ricoveri, prima di procedere all'analisi, è opportuno illustrare alcune caratteristiche e criticità del database nel quale sono trascritte le informazioni contenute nella Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO). Nel seguito sono pertanto descritti i principali "campi" del tracciato dei file ricevuti dall'Ufficio per la gestione delle prestazioni sanitarie e Centro Unico di Prenotazione (CUP)¹, le aggregazioni di categorie e le nuove variabili derivate dalle informazioni originali.

Riguardo alla Divisione di dimissione, gli accorpamenti intervenuti nel 2014 sono stati applicati anche agli anni precedenti al fine della comparabilità dei dati. Per l'Italia il comune di nascita è stato categorizzato in aree (Trieste/Isontino/Resto FVG/Resto Italia), mentre per i nati all'estero si è conservata l'identità degli stati dai quali si registrano i più consistenti flussi di migranti, raggruppando gli altri in coerenti zone socio-politiche. Il luogo di nascita è stato anche dicotomizzato in "Italia/Estero" e analogamente si è proceduto con il campo "Cittadinanza".

Le variabili "stato civile", "istruzione" e "professione" si sono rivelate inutilizzabili perché per la maggior parte dei ricoveri l'informazione è assente. Si tratta di carenze poco comprensibili dal momento che le *Specifiche funzionali*

* Il lavoro è il frutto della collaborazione tra gli autori, ma ai fini di legge si precisa che i paragrafi 1 e 3 sono stati redatti da Giovanni Delli Zotti e i paragrafi 2 e 4 da Ornella Urpis (Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste).

¹ Gli Autori desiderano ringraziare Sandro Marigonda per la cordiale e competente collaborazione e l'Ospedale per aver messo a disposizione del progetto INTEGRA il database delle dimissioni negli ultimi 12 anni. Il lettore che ne fosse interessato potrà trovare nel sito di progetto del DiSPeS elaborazioni dei dati più dettagliate e aggiuntive rispetto a quanto consentito nell'economia del presente lavoro.

del Ministero della Sanità stabiliscono, e le più recenti disposizioni ribadiscono, l'obbligatorietà per il campo "istruzione", aggiunto alla scheda SDO con il D.M. 8 luglio 2010, n. 135, e del campo "stato civile", presente nella scheda SDO fin dalla sua introduzione con il Decreto 27 ottobre 2000, n. 380.

L'indisponibilità di queste informazioni nel data base per la grande maggioranza dei ricoveri non ha consentito di caratterizzare socialmente le donne ricoverate e di effettuare comparazioni con le analisi dei partner sloveni che hanno potuto disporre di informazioni complete riguardo a istruzione e stato civile delle pazienti. Queste carenze informative sono peraltro generalizzate, al punto che nel sito del Ministero della Salute la pagina che illustra caratteristiche e storia dell'introduzione della SDO si conclude con il paragrafo "*Limitazioni e cautele nell'utilizzo dei dati*" che segnala esplicitamente il problema: «la banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera, per quanto abbia un ricchissimo contenuto informativo e una copertura pressoché totale delle strutture ospedaliere italiane, ha comunque dei limiti e delle criticità nell'utilizzo, come ad esempio problemi di omogeneità della compilazione, problemi di completezza e accuratezza per alcune variabili (soprattutto nei primi anni) e variazione dei sistemi di classificazione nel corso degli anni»².

Tornando al tracciato della Scheda SDO, la data di dimissione è stata utilizzata per calcolare l'età alla dimissione. In un successivo campo è riportato il numero di giorni di degenza, seguito dai campi "Onere della degenza" (con scarsa variabilità, perché circa il 90% dei ricoveri è a carico del SSN) e "Ente debitore" (in grande maggioranza l'ASS di residenza).

In sei campi sono registrate in modo molto analitico le diagnosi che si sono poi aggregate in categorie identificate dalle prime tre cifre del codice e poi ulteriormente raggruppate nei 17 capitoli in cui è strutturata la *Classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM*³. In altri sei campi sono registrati gli interventi a cui è stato sottoposto il paziente, anch'essi poi aggregati in 17 categorie generali. In fase di elaborazione dei dati sono state create due variabili contando per ogni ricovero il numero di diagnosi e di interventi; sommando i due conteggi si ottiene un semplice indicatore di "complessità del ricovero" i cui valori possono variare da 1 (una sola diagnosi e nessun intervento) a 12 (tutti i campi "diagnosi" e "interventi" sono compilati).

In un successivo campo del database è riportato il "Codice DRG" (*Diagnosis Related Group*), seguito dal "Tipo di DRG" (Chirurgico/Medico/Non definito). I Codici DRG sono stati successivamente raggruppati all'interno delle MDC (*Major Diagnostic Category*).

² http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1232&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto. Il problema della corretta compilazione della scheda SDO è affrontato in questo volume nel capitolo di Barbara Fari.

³ <http://www.salute.gov.it/imgs/C17pubblicazioni2251allegato.pdf>. Usando gli stessi criteri sono state accorpate le diagnosi registrate utilizzando la *Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie* (codici V).

Si segnala infine che le analisi del database hanno rilevato la frequente duplicazione di diagnosi simili all'interno della stessa scheda SDO imputabile all'attribuzione di un codice generale e di un codice più specifico alla stessa situazione diagnostica: un caso frequente è l'accoppiamento della diagnosi "650 - Parto normale" con "V270 - Parto semplice: nato vivo".

Altre anomalie riscontrate nei dati possono dipendere da errori nella registrazione delle informazioni o da una diversa applicazione dei criteri da parte della pluralità di operatori che contribuiscono alla compilazione delle schede SDO. Del resto, gli errori di compilazione sembrano davvero incidere in modo significativo sulla qualità delle informazioni, come si apprende dal più recente *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2017)*, nel capitolo "*Completezza e qualità della rilevazione SDO*" (Ministero della Salute, 2019)⁴.

2. L'analisi dei dati sui ricoveri

2.1. Caratteristiche generali dei pazienti e reparto di dimissione

L'ICCRS Burlo Garofolo di Trieste è un ospedale "materno-infantile" nel quale vengono ricoverati solo bambini (0-18 anni) e donne nei reparti di ostetricia e ginecologia le tabelle si riferiscono alle dimissioni dal 2006 al 2017. Le prime analisi si riferiscono all'intera casistica e altre, nel seguito, riguardano sottoinsiemi di ricoveri/pazienti di specifico interesse in questa sede⁵.

Nella tab. 1 le 142.402 dimissioni registrate in dodici anni (le schede SDO sono disponibili in formato elettronico dal 2006) sono suddivise per genere e fascia d'età. Quanto al genere, i ricoveri di femmine sono 91,360 (64,2%) e quelli di maschi 51,042 (35,8%). La prima classe d'età è "fino a 28 giorni" (20.833 ricoveri - 14,6%) e riguarda in minori ricoverati a Neonatologia; il secondo valore soglia è 18 anni e riguarda i minori ricoverati di norma a Pediatria (67.986 ricoveri, 47,7%). Si sono poi usati come soglia il compimento di 30 anni (i 18-29enni sono 14.230, 10,0%) e di 40 anni (i 30-39enni sono 32.622, pari al 22,9%); le donne di 40 anni e più sono 6.731 (4,7%). Nella terza colonna della tabella si nota innanzitutto che la maggior parte dei ricoveri ha interessato minorenni, perché in quasi il 15% dei casi si è trattato di neonati, ai quali si aggiunge quasi il 50% che non ha compiuto 18 anni, per un totale che supera il 60%. Tra i minorenni si registra una leggera prevalenza di maschi, mentre nelle fasce d'età successive non si dovrebbero re-

⁴ http://www.salute.gov.it/imgs/C17pubblicazioni_2651_allegato.pdf.

⁵ È opportuno precisare che i dati riguardanti le patologie sono semplicemente descritti, perché per la loro interpretazione sarebbero necessarie competenze diverse da quelle possedute dagli autori.

gistrare ricoveri di maschi, trattandosi di un ospedale materno-infantile: ciononostante, nei dodici anni si sono registrate quasi 1.500 dimissioni di maschi di età superiore a 18 anni. La presenza di questi ultimi tra i 18-29enni potrebbe essere spiegata dal fatto che i pazienti non avevano compiuto i 18 anni al momento del ricovero; non è invece spiegabile la presenza di maschi tra i trentenni e tra i pazienti che alla dimissione avevano compiuto 40 anni o più (si può trattare di errori quali quelli riscontrati a proposito della registrazione del livello di istruzione o dello stato civile)⁶.

Tab. 1 – Dimissioni dall’Ospedale Burlo Garofolo per fascia di età e genere

	Totale	% Femmine	Maschi	Femmine
Fino a 28 giorni	20.833	48,0	21,2	10,9
29 giorni-17 anni	67.986	43,0	75,9	32,0
18-29 anni	14.230	92,3	2,2	14,4
30-39 anni	32.622	99,1	0,6	35,4
40 anni e più	6.731	98,8	0,2	7,3
Totale	142.402	64,2	100,0	100,0

Tab. 2 – Divisione di dimissione per cittadinanza (italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Ostetricia	25.773	21,3	16,4	29,0
Ginecologia	24.714	17,0	16,6	22,2
Neonatologia	22.100	6,3	16,8	7,4
Pediatria	24.891	7,8	18,6	10,3
Altra divisione	44.924	13,1	31,6	31,1
Totale	142.402	13,3	100,0	100,0

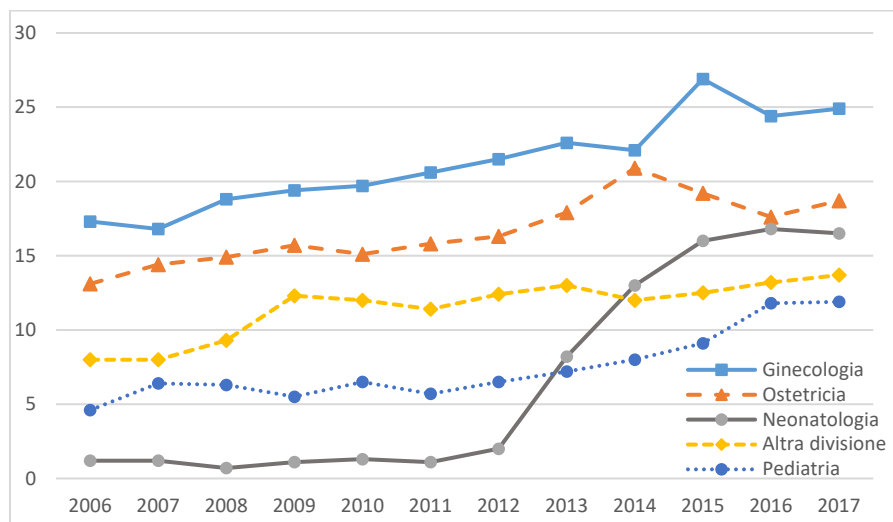
Nella tab. 2 la cittadinanza è dicotomizzata in italiana o straniera e la categorizzazione per reparto mantiene separate le divisioni di maggiore interesse in questa sede: sono dunque presenti Ostetricia, Ginecologia (compresi i ricoveri a Procreazione medicalmente assistita, passati dal 2015 al regime di prestazioni ambulatoriali). Sono poi mantenute autonome Neonatologia e Pediatria (compresi i ricoveri a Gastroenterologia pediatrica). La categoria residuale “altra divisione” comprende poco più del 30% dei ricoveri, mentre la quota di tutte le altre divisioni si colloca sotto il 20%, con il massimo a Ostetricia (18,1%) e il minimo a Neonatologia (15,5%).

Più interessanti per i nostri fini sono le percentuali di riga (nella parte sinistra della tabella) le quali mostrano che i ricoveri di stranieri incidono per il 13,3% sul totale con una ripartizione per reparto alquanto variabile: supera il 20% a Ostetricia e si arriva al 17% a Ginecologia, mentre la percentuale è molto più bassa a Pediatria (7,8%) e Neonatologia (6,3%).

⁶ Oltre alla prevalente assenza del dato, l’analisi ha mostrato numerosi errori di registrazione, rivelati da situazioni di palese incompatibilità (ad esempio, titoli di studio e condizioni di stato civile non congrue in relazione all’età del paziente).

L'incidenza di ricoveri di stranieri a Neonatologia e Pediatria può apparire sorprendentemente bassa, ma l'analisi longitudinale rivela che il dato complessivo occulta il fatto che la percentuale di bambini stranieri ricoverati a Neonatologia (limitata a 1/2% nei primi anni), cresce a partire dal 2013 in modo esponenziale (8%, rispetto al 2% dell'anno precedente), per arrivare all'attuale 16/17%. Con incrementi meno clamorosi, ma costanti, anche i ricoveri di bambini stranieri a Pediatria crescono da 5/6% a 12/13% (fig. 1).

Fig. 1 – Incidenza dei ricoveri di cittadini stranieri per reparto e per anno



Il totale dei ricoveri è gradualmente diminuito da oltre 12.000 a circa 10.500 all'anno, anche se si deve tenere conto che oltre 400 ricoveri nella divisione PMA negli ultimi anni sono registrati come prestazioni ambulatoriali. La diminuzione è comunque dovuta al calo dell'utenza italiana, perché i ricoveri di stranieri aumentano invece da 1.400/500 nei primi anni agli attuali 1.800 circa; di conseguenza, la percentuale di stranieri nel complesso passa da circa 10% a più del 17%.

I valori assoluti (qui non riportati) sono interessanti anche per osservare che l'aumento di bambini stranieri a Neonatologia e Pediatria non è sufficiente a mantenere l'equilibrio demografico nella popolazione: 250 neonati stranieri in più non bastano infatti a compensare circa 500 bambini italiani in meno (i ricoveri multipli a Neonatologia nello stesso anno sono improbabili e dunque i ricoveri sostanzialmente corrispondono al numero di neonati).

La più elevata incidenza di ricoveri di pazienti straniera si registra attualmente a Ostetricia (da 19% a oltre 25%), ed è sopra la media anche a Ginecologia; la crescita a Neonatologia e Pediatria porterà però in pochi anni a un allineamento, come sta accadendo anche nell'insieme degli altri reparti, dove

i ricoveri di stranieri crescono complessivamente di circa il 5%. Una conferma di queste tendenze, e che il fenomeno migratorio si sta dunque “consolidando”, si ricava anche dall’aumento dell’incidenza di donne straniere tra le 30-39enni e tra quelle che hanno 40 o più anni.

2.2. Cittadinanza, paese di nascita e residenza

La suddivisione dei pazienti sulla base della cittadinanza è rilevante per diversi aspetti, quali il diritto all’assistenza sanitaria che, peraltro, in Italia è garantito a tutti. Non è così in Slovenia dove i pazienti stranieri, se non sono lavoratori o coniugati con un titolare di pieni diritti all’assistenza, possono contare solo sull’assistenza emergenziale. Se per il diritto all’assistenza è rilevante la cittadinanza (anche se non “necessariamente”), per altri aspetti è più utile tenere conto del luogo di nascita. Nascere in un determinato luogo può infatti comportare l’appartenenza a una cultura e risiedere in un ambiente che può influenzare significativamente la salute sessuale e riproduttiva. Non si può però generalizzare, perché alcune culture sono simili a quella italiana (o occidentale) e alcuni paesi possono essere molto simili all’Italia dal punto di vista “ambientale” (reddito, salubrità, abitudini e risorse alimentari, assistenza sanitaria, ecc.). Inoltre, l’“effetto territorio” può essere mitigato dalla cultura di appartenenza, che può essere influenzata se si risiede in un paese diverso da quello d’origine. In pratica, un italiano nato all’estero condivide l’appartenenza culturale con chi è nato in Italia, ma la sua salute può essere influenzata se nasce in un paese che presenta situazioni di particolare criticità. Per converso, uno straniero nato in Italia condivide l’ambiente in cui cresce con gli italiani e ciò può essere rilevante da tutti i punti di vista (se appartiene a una comunità non troppo refrattaria alla contaminazione culturale).

In pratica, può essere opportuno distinguere tra italiani nati in Italia e all’estero e stranieri nati all’estero o in Italia articolando, per alcune finalità, le provenienze dall’estero perché l’Italia è una sola (pur con qualche significativa differenziazione interna), mentre i paesi stranieri sono anche molto diversi tra loro.

Tab. 3 – Cittadinanza e luogo di nascita per periodo

	2006-09	2010-13	2014-17	2006-17		Donne età feconda	
Italiani nati in Italia	85,4	83,3	79,9	83,0	118.129	74,8	36.867
Italiani nati all'estero	3,9	3,8	3,7	3,8	5.368	5,4	2.677
Stranieri nati in Italia	2,0	3,2	6,0	3,6	5.186	,2	95
Stranieri nati all'estero	8,7	9,8	10,5	9,6	13.719	19,6	9.675
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	142.402	100,0	49.314

La tab. 3 evidenzia, come era prevedibile, che in maggior parte i ricoverati sono italiani nati in Italia (83%); gli italiani nati all’estero sono il 3,8%, gli

stranieri nati in Italia il 3,6% e quelli nati all'estero quasi il 10%. Come si è notato analizzando i ricoveri per reparto, le situazioni in rapida evoluzione rischiano di essere occultate considerano solo i dati complessivi; si sono pertanto aggregati i ricoveri in periodi quadriennali e in tal modo diventa evidente il fenomeno più appariscente: la triplicazione della quota di stranieri/e nati/e in Italia. I valori in tabella consentono inoltre di calcolare facilmente che nel complesso solo il 4,4% dei pazienti di cittadinanza italiana è nato all'estero, mentre più di un quarto degli stranieri (27,3%) ricoverati al Burlo è nato in Italia (oltre un terzo, se si considera solo l'ultimo periodo).

I dati visti fin qui si riferiscono all'intera casistica ma, per renderla più omogenea e rispondente alle finalità del presente lavoro, che riguarda principalmente la salute sessuale delle donne migranti, si è deciso di concentrare il seguito dell'analisi ai ricoveri di donne in "età feconda" (14-43enni); un sottoinsieme pari a poco più di un terzo del totale. Come si nota nella parte destra della tab. 3, tra le donne in età feconda è inferiore di quasi dieci punti la quota di ricoveri di italiane nate in Italia e più alta (esattamente di dieci punti) quella delle straniere nate all'estero. Le situazioni "ibride" si riducono a meno del 6% e, visto che è marginale la quota di straniere nate in Italia, si tratta quasi esclusivamente di nate all'estero, italiane per "*ius sanguinis*", matrimonio, residenza o altro motivo che consente l'acquisizione della cittadinanza italiana.

Tab. 4 – Percentuale di stranieri nati in Italia e italiani nati all'estero per anno

	2006-09	2010-13	2014-17	2006-17		Donne età feconda	
<i>Nati in Italia di cittadinanza straniera</i>							
Trieste	1,8	3,2	8,3	4,2	2.736	0,2	54
Isontino	3,8	6,9	10,0	6,8	542	-	-
Resto Friuli VG	5,0	6,3	7,0	6,1	1.457	0,1	5
Resto Italia	0,9	1,5	2,9	1,7	451	0,4	36
<i>Nati all'estero di cittadinanza italiana</i>							
Europa Occidentale	55,1	49,7	43,4	49,8	932	42,4	492
Slovenia	84,7	79,1	83,5	82,4	665	56,9	149
Croazia	53,5	53,2	55,8	54,1	487	22,5	85
Romania	8,6	7,8	6,3	7,5	154	6,5	103
Serbia Montenegro	20,4	24,3	27,4	23,6	759	22,1	533
Albania	16,4	14,2	19,4	16,9	211	22,5	138
Resto Balcani	4,1	6,3	3,3	4,6	74	4,8	13
Ex-Urss	25,4	28,0	25,5	26,3	432	5,8	10
America Latina	43,9	47,1	49,6	47,0	833	18,6	173
USA Australia	76,1	61,0	50,0	63,4	189	45,0	586
Marocco	6,4	15,8	15,2	13,1	38	67,2	92
Africa Islamica	10,9	8,4	12,1	10,3	59	8,4	63
Resto Africa	21,7	27,1	22,3	23,8	212	14,3	72
Turchia	7,5	16,3	9,3	12,1	25	9,5	16
Asia Islamica	17,3	17,8	6,1	10,8	44	9,9	22
Cina	1,6	0,7	7,8	3,1	15	1,4	6
Bangladesh	0,0	1,7	1,9	1,6	5	1,7	4
Resto Asia	39,1	40,0	44,7	41,2	206	34,3	106

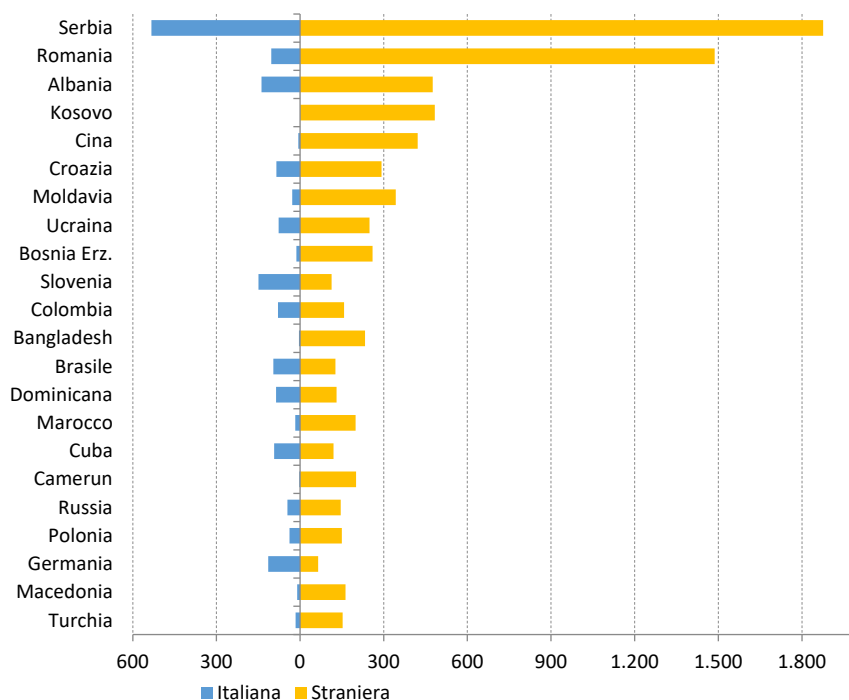
L'analisi per luogo di nascita mostra che poco meno del 50% è nato a Trieste, il che non è sorprendente perché l'Ospedale ha sede a Trieste e sono molti numerosi i ricoveri a Neonatologia e Pediatria. Più interessante è notare che tra i nati a Trieste gli/le stranieri/e passano da 1,8% a 8,3%, con valori un po' più alti nell'Isontino e più bassi nel resto del Friuli-VG e nelle altre regioni, dove non si raggiunge il 3% nell'ultimo periodo, segno che gli stranieri sono meno inclini al c.d. "turismo sanitario" (tab. 4).

È poi interessante osservare che sono italiani/e il 50% dei nati in Europa occidentale, l'80% dei nati in Slovenia e gli italiani nati in Croazia crescono nel periodo da oltre il 50% a circa due terzi. Sono (diventati) italiani circa il 20% dei nati in Serbia, Albania, Ex-Unione Sovietica, Africa Islamica e resto dell'Africa, con qualche oscillazione dovuta al fatto che l'attribuzione della cittadinanza agli immigrati è proceduta a "ondate". Nelle altre aree o paesi la percentuale di cittadini italiani è molto più bassa e solo in alcuni casi raggiunge il 10% negli ultimi anni (Balcani, Turchia, Cina). Secondo il paese, sono figli/e di matrimoni misti, stranieri/e che hanno ottenuto la cittadinanza italiana o figli/e di italiani residenti all'estero (in particolare nelle Americhe e in Australia, dove gli italiani superano il 60%). Osservando anche in questo caso le colonne sulla destra, che si riferiscono ai soli ricoveri di donne in età feconda, si nota innanzitutto la sparizione o quasi delle straniere nate in Italia. Quanto alla situazione inversa (italiane nate all'estero), gli scostamenti più evidenti sono la diminuzione di circa 30 punti delle italiane nate in Slovenia, Croazia e America Latina e, su livelli più bassi, in ex-Urss e Usa-Australia (20 punti in meno), nel resto dell'Africa e nel resto dell'Asia (meno di 10 punti). Al contrario, crescono in termini relativi le quote di (ora) italiane nate in Albania ma, più di tutto, di quelle che sono nate in Marocco (si tratta peraltro di una casistica alquanto limitata).

La fig. 2, dove sono rappresentati i paesi che contano fino a 150 ricoveri nel periodo 2006-2017, mostra che le provenienze da paesi non finora citati sono poco numerose, se si tiene conto che i dati si riferiscono a ricoveri nell'arco di 12 anni. Utilizzando le percentuali si perderebbe l'informazione relativa alla consistenza numerica dei diversi gruppi e pertanto le presenze sono rappresentate in valore assoluto. In tal modo la lunghezza complessiva delle barre consente di apprezzare la numerosità e la contrapposizione dei segmenti di individuare i paesi dove i cittadini italiani (o divenuti tali) sono una presenza nulla o marginale (Kosovo, Cina, Bosnia, Bangladesh, Camerun e Macedonia) o, invece, significativa o prevalente (Serbia, Slovenia, Germania, Brasile, Repubblica Dominicana e Cuba). Il grafico consente anche di notare la maggiore proporzione di italiane nate in Serbia, rispetto alla Romania. Si tratta evidentemente di italiane "diventate", vista la scarsa o nulla emigrazione italiana verso quei paesi, e la differenza può dipendere dal fatto che le rumene sono comunque cittadine europee. Nel caso della Germania la

numerosità è molto più bassa e probabilmente le italiane sono in maggioranza nate in famiglie di italiani emigrati e residenti in quel Paese.

Fig. 2 – Nati all'estero 2006-2017 per cittadinanza (italiana/straniera)



Tab. 5 – Paese/zona di nascita dei pazienti stranieri per periodo

	2006-09	2010-13	2014-17	2006-17	
Trieste	8,0	11,2	21,9	14,5	2.736
Resto Italia	10,8	13,2	14,3	13,0	2.450
Europa Occidentale	10,2	8,5	6,3	8,1	1.529
Romania	9,8	11,5	9,0	10,1	1.900
Serbia Montenegro	19,0	12,8	8,9	13,0	2.452
Albania	6,6	4,9	5,2	5,5	1.040
Resto Balcani	6,3	9,4	8,1	8,0	1.521
Ex-Urss	6,6	6,2	5,9	6,2	1.173
Americhe e Oceania	6,5	5,6	4,9	5,6	1.050
Africa Islamica	5,1	5,4	4,2	4,9	919
Resto Africa	3,3	3,1	2,1	2,8	524
Asia islamica	1,9	2,3	4,1	2,9	543
Resto Asia	6,1	5,9	5,1	5,6	1.068
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	18.905

Tornando all'analisi per periodo di dimissione, la tab. 5 rappresentata la ripartizione dei ricoveri dei soli pazienti stranieri secondo il paese/zona di nascita (con qualche ulteriore aggregazione rispetto alla tab. 4). I dati mostrano, come sopra anticipato, che, a partire da meno del 20%, negli ultimi anni la quota di stranieri nati a Trieste e nel resto d'Italia è ormai oltre il 35% (raggiunge quasi il 40% nel 2017). Di conseguenza, calano le quote di stranieri nati all'estero, in particolare in Serbia (da quasi il 20% a meno del 9%).

Osservando i totali in fondo alla tab. 6 si nota che in grande maggioranza (82,9%) sono stati ricoverati pazienti residenti in FVG (57,1% a Trieste e 25,8% nel resto della Regione), cui si aggiunge il 14,5% che risiede nel resto d'Italia (poco meno del 10% in Veneto). Solo il 2,6% dei pazienti è residente all'estero (2,6%), ma questa percentuale oscura differenze rilevanti tra i pazienti italiani che risiedono all'estero (come è lecito attendersi solo 0,3% dei casi) e i pazienti stranieri, tra i quali la quota di residenti all'estero non è per nulla trascurabile.

Tab. 6 – Cittadinanza dei pazienti per residenza

	Regione FVG	Resto Italia	Paese di cittadinanza	Altro estero	Non rilevata	Totale
Italia	83,5	16,1	-	0,3	0,0	123.497
Resto EU	75,4	3,0	18,5	2,7	0,3	1.038
Slovenia	70,8	2,3	25,7	1,2	0,0	171
Croazia	78,8	1,4	18,8	0,0	1,1	664
Romania	81,5	4,3	12,1	0,1	2,0	2.696
Serbia Montenegro	86,0	0,7	10,8	0,9	1,5	3.281
Albania	63,9	5,6	30,0	0,4	0,1	1.712
Kosovo	77,2	1,8	18,4	2,2	0,3	1.210
Bosnia Erzegovina	87,3	2,2	9,0	0,0	1,5	457
Macedonia	83,6	7,4	9,0	0,0	0,0	580
Ex-Urss	66,9	2,4	28,8	0,6	1,2	1.231
America Latina	76,9	6,1	15,6	0,4	1,0	987
USA Australia	46,2	1,3	50,0	1,3	1,3	158
Marocco	86,8	10,2	2,4	0,4	0,2	463
Africa Islamica	78,8	6,2	13,2	1,2	0,5	1.096
Resto Africa	86,4	1,4	11,5	0,1	0,6	722
Turchia	90,9	1,1	8,0	0,0	0,0	275
Asia Islamica	63,3	4,2	31,9	0,6	0,0	474
Cina	85,9	6,1	7,2	0,7	0,1	707
Bangladesh	90,5	4,4	4,8	0,0	0,3	608
Resto Asia	83,5	5,3	9,6	0,3	1,3	375
Totale	82,9	14,5	2,1	0,4	0,1	142.402

La situazione è alquanto variabile e, a conferma che si tratta di presenze sul territorio occasionali o transitoria, si vede (tab. 6) che mantengono la residenza nel proprio paese metà dei cittadini del Nord America o Australia. Percentuali assai elevate si registrano anche per albanesi, cittadini di paesi dell'ex-Urss e di paesi dell'Asia islamica (intorno al 30%). Si può parlare di “transfrontalierato sanitario” per più di un quarto di cittadini sloveni e quasi

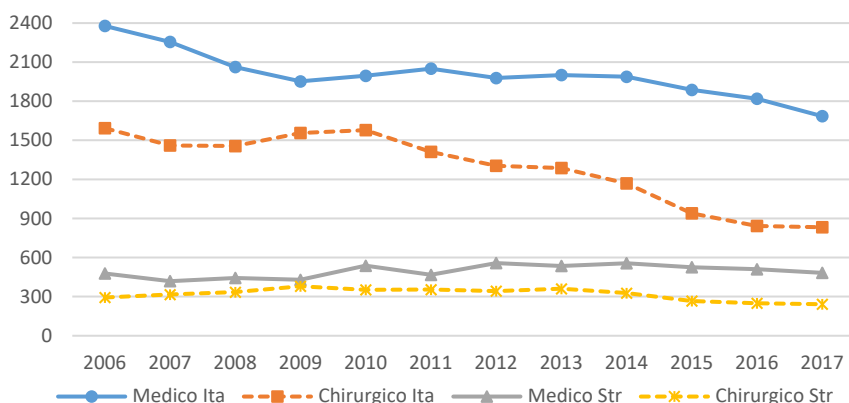
un quinto di croati. Percentuali significative si registrano anche per cittadini provenienti da paesi più lontani geograficamente e in questo caso si può trattare (almeno in parte) di immigrazione recente che non ha trovato ancora uno stabile inserimento in Italia.

Anche se per la maggior parte dei pazienti l'ASS di afferenza indica in linea di massima su chi ricade la spesa, l'esame della distribuzione della variabile "onere della degenza" mostra che in oltre il 98% dei casi ricade sul Sistema Sanitario Nazionale. Per un residuale 1% ricade sul paziente e per meno dell'1% si tratta di pazienti supportati dal paese di provenienza (convenzionato con il SSN) e, per la maggior parte, sostenuti dal SSN perché indigenti.

2.3. Diagnosi e interventi

Limitandoci ai ricoveri di donne in età feconda, passiamo ora all'analisi delle diagnosi secondo il sistema di classificazione DRG (*diagnosis-related-group*), a partire dal raggruppamento sintetico in DRG chirurgici (circa il 40%) e medici (poco più del 60%), con un'incidenza di pazienti straniere che in entrambi i casi è pari al 20% nell'intero periodo. La quota di cittadine straniere mostra una significativa crescita nel tempo, analoga a quella evidenziata dalle linee che rappresentano nella fig. 1 i ricoveri a Ginecologia e Ostetricia (dove le pazienti sono prevalentemente in età feconda): per entrambi i DRG, con minime oscillazioni, la quota di stranieri passa infatti da circa 15% nel 2006 a 22% nel 2017. Nella fig. 3 i ricoveri sono rappresentati in valore assoluto, per mostrare come l'incremento sia tale solo in termini relativi, perché i ricoveri di paziente straniera si mantengono su un livello pressoché costante, mentre calano notevolmente i ricoveri di donne italiane.

Fig. 3 – Ricoveri di donne in età feconda per tipo di DRG e cittadinanza (val. assoluti)



Prima di mostrare in maggiore dettaglio i motivi dei ricoveri, notiamo che il modesto maggior costo medio dei ricoveri di donne straniere si riduce nel tempo, invertendosi nell'ultimo periodo, mentre la durata media del ricovero è leggermente superiore per le pazienti straniere, ma la differenza si riduce a causa del leggero aumento della durata dei ricoveri delle pazienti italiane (tab. 7). Segnaliamo infine che, mentre i ricoveri per DRG di tipo medico hanno un costo medio che si aggira su 1.800 euro, il DRG di tipo chirurgico hanno un costo medio che sfiora i 3.000, pur in presenza di una durata media in entrambi i casi di poco superiore a 3 giorni.

Tab. 7 – Giorni di degenza e costo medio per cittadinanza (Italiana/straniera)

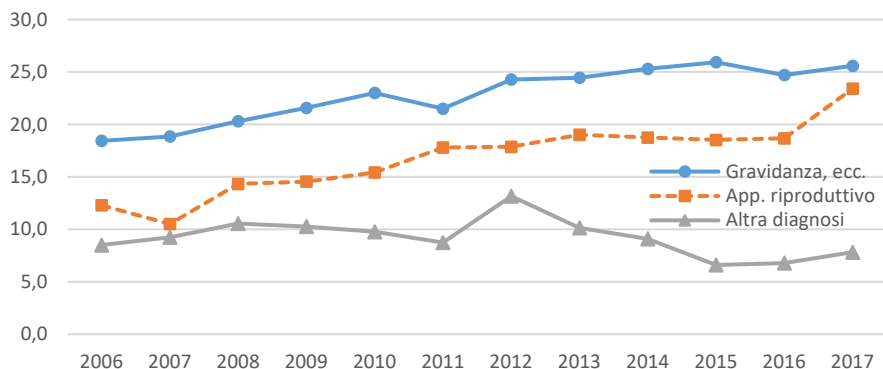
		2006-09	2010-13	2014-17	2006-17	
Giorni di degenza	Italiana	2.83	2.97	3.07	2.95	39.544
	Straniera	3.30	3.22	3.25	3.25	9.770
Importo della degenza	Italiana	2.116	2.292	2.179	2.195	39.544
	Straniera	2.227	2.308	2.124	2.223	9.770

Entrando nel merito delle categorie di diagnosi principali (MDC), la tab. 8 mostra, tra le categorie di maggiore interesse per i ricoveri di donne in età feconda, che “gravidanza, parto e puerperio” conta nel complesso per il 71%; il resto è quasi equamente ripartito tra le diagnosi riguardanti l’“apparato riproduttivo femminile” e l’insieme delle altre diagnosi (tab. 8). Nella categoria principale si nota una notevole divaricazione: tra le pazienti straniere i ricoveri per gravidanza pesano per l’81%, percentuale che si riduce al 68,5% per le pazienti italiane. La quota residuale di poco più del 30% nel caso delle italiane è quasi equamente ripartita tra malattie dell’apparato riproduttivo e altri tipi di diagnosi; la quota di meno del 20% che residua per le pazienti straniere è invece ripartita asimmetricamente con una netta prevalenza (12,5) dei ricoveri per malattie dell’apparato riproduttivo sui ricoveri per altri tipi di diagnosi (6,5%). Usando le percentuali per riga (ponendo cioè uguale a 100 il tipo di diagnosi), si nota analogamente che l’incidenza delle straniere (nel complesso poco meno del 20%) è pari al 22,6% per le gravidanze, scende al 16,3% tra i ricoveri per malattie dell’apparato riproduttivo e si contrae a meno del 10% nel resto delle diagnosi.

Tab. 8 – MDC selezionati per cittadinanza (Italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Gravidanza, parto e puerperio	34.991	22,6	68,5	81,0
Apparato riproduttivo femminile	7.492	16,3	15,9	12,5
Altra o non codificata	6.831	9,3	15,7	6,5
Totale	49.314	19,8	39.544	9.770

Fig. 4 – Incidenza donne straniere in età feconda per MDC e cittadinanza



Anche la fig. 4, che rappresenta l'incidenza delle pazienti straniere sui ricoveri, mostra che il dato generale può occultare, almeno in parte, un fenomeno in netta evoluzione. L'incidenza delle straniere tra i ricoveri per gravidanza è infatti pari al 22,6% nell'intero periodo, ma si passa da 18,4% nel 2006 all'attuale 25,6%. Ancor più netto è l'aumento tra i ricoveri per malattie dell'apparato riproduttivo, dove si passa da meno del 15% a quasi il 20% negli ultimi anni, con un netto incremento al 23,4% nel 2017. Nel frattempo, l'incidenza delle donne straniere tra le "altre diagnosi" rimane sostanzialmente stabile, con una tendenza alla riduzione.

Esaminando in maggiore dettaglio l'articolazione per DRG (Diagnosis Related Group) delle MDC (Major Diagnostic Category) più rilevanti ai fini del presente lavoro, notiamo che, tra le patologie dell'apparato riproduttivo, l'incidenza delle pazienti straniere è più elevata della media nel caso di infezioni (28,4%), laparoscopia (25,2%) e disturbi mestruali (20,0%) (tab. 9).

Tab. 9 – DRG – Apparato riproduttivo femminile per cittadinanza (italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Interventi su utero e annessi	5.197	15,1	70,4	64,2
Interventi su vagina, cervice e vulva	328	17,1	4,3	4,6
Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	135	25,2	1,6	2,8
Occlusione endoscopica delle tube	180	12,8	2,5	1,9
Interventi per neoplasie maligne	663	16,9	8,8	9,2
Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	176	28,4	2,0	4,1
Disturbi mestruali e altri dell'apparato riproduttivo	813	20,0	10,4	13,3
Totale	7.492	16,3	100,0	100,0

Nell'ambito dei ricoveri per "gravidanza, parto e puerperio", dove l'incidenza delle pazienti straniere è in generale del 22,5%, si nota un'incidenza ancor più elevata per tutti i tipi di aborto (in particolare quelli con dilatazione e raschiamento), per le minacce di aborto e i falsi travagli. Tra i parti, sia cesarei che vaginali, l'incidenza delle donne straniere è maggiore nei casi in

cui siano presenti complicanze e/o comorbidità (CC)⁷. Analoga differenza si nota riguardo alle “altre diagnosi parto”, per le quali si registra una maggiore incidenza di straniere in caso di presenza di complicazioni mediche.

Tab. 10 – DRG - Gravidanza, parto e puerperio per cittadinanza (italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Parto cesareo con CC	648	24,4	1,8	2,0
Parto cesareo senza CC	3.788	19,8	11,2	9,5
Parto vaginale con CC	614	23,1	1,7	1,8
Parto vaginale senza CC	14.373	20,6	42,1	37,4
Parto vaginale con sterilizzazione e/o altro	342	22,5	1,0	1,0
Parto vaginale con altro intervento	24	29,2	0,1	0,1
Postparto e postaborto senza intervento chirurgico	298	24,5	0,8	0,9
Postparto e postaborto con intervento chirurgico	150	16,0	0,5	0,3
Gravidanza ectopica	315	19,7	0,9	0,8
Minaccia di aborto	893	24,9	2,5	2,8
Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.658	23,0	4,7	4,8
Aborto con dilatazione e raschiamento	6.253	26,5	17,0	20,9
Falso travaglio	422	24,9	1,2	1,3
Altre diagnosi parto con complicazioni mediche	2.635	28,7	6,9	9,5
Altre diagnosi parto senza complicaz. mediche	2.578	20,9	7,5	6,8
Totale	34.991	22,6	100,0	100,0

Tab. 11 – DRG – Ricoverati in neonatologia per cittadinanza (italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Neonati morti o trasferiti a strutture assist. acuti	59	10,2	0,3	0,5
Gravemente immaturi o distress respiratorio	256	8,2	1,2	1,7
Prematurità con affezioni maggiori	950	9,1	4,5	6,9
Prematurità senza affezioni maggiori	623	8,0	3,0	4,0
Neonati a termine con affezioni maggiori	1.748	7,4	8,4	10,4
Neonati con altre affezioni significative	2.162	10,0	10,0	17,4
Neonato normale	14.827	5,0	72,7	59,1
Totale	20.625	6,0	100,0	100,0

Per concludere quest’analisi dei ricoveri è utile esaminare anche la categoria MDC “periodo neonatale” che non riguarda ovviamente le donne in età fertile, ma i loro figli ricoverati a Neonatologia. I dati della tab. 11 mostrano in modo inequivocabile la maggiore criticità delle nascite nel caso degli stranieri, anche solo osservando che l’incidenza dei neonati figli di donne straniere (6% nell’intero periodo) è inferiore (5%) nella DRG “neonato normale”. In tutti gli altri casi è invece superiore, con un’incidenza ancor più elevata nel caso dei “neonati con altre affezioni significative”, tra i prematuri

⁷ La sigla CC (Complicazioni e Comorbidità) indica “l’insieme di condizioni cliniche, determinate in modo specifico per ciascuna diagnosi principale, insorte rispettivamente, durante il ricovero o in precedenza ad esso e che prolungano la durata della degenza di almeno un giorno nel 75% dei casi” ([http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano &id=3669&area=ricoveriOspedaliери&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3669&area=ricoveriOspedaliери&menu=vuoto)).

e anche tra i gravemente immaturi. Detto altrimenti, le percentuali per colonna nella parte destra della tabella mostrano che sono classificati come normali quasi i tre quarti dei parti delle donne italiane e solo meno del 60% dei parti delle donne straniere.

3. Dai ricoveri ai pazienti

Per stimare la numerosità e il tipo di utenza che accede a una struttura ospedaliera è necessario passare dai dati esaminati finora, nei quali l'unità di analisi è il ricovero, a un database nel quale l'unità di analisi è il paziente. Per realizzare il nuovo database è necessario scegliere un codice che consenta di identificare univocamente i pazienti e si deve poi decidere quali altre informazioni associare a ognuno dei casi. La procedura non presenta problemi per le caratteristiche dei pazienti che rimangono stabili, che sono però ben poco numerose, visto che tra un ricovero e l'altro rimangono in pratica immutati solo il luogo e la data di nascita. Il problema non si pone se il paziente è stato ricoverato una sola volta, ma in caso di ricoveri multipli possono mutare cittadinanza, residenza, stato civile e, ovviamente, reparto di dimissione, diagnosi, interventi, ecc. In tali casi si deve ad esempio decidere se registrare la cittadinanza al primo o all'ultimo ricovero, ma può essere consigliabile registrare entrambe perché, confrontando le due situazioni, si può ottenere un'utile informazione aggiuntiva (l'eventuale cambio di cittadinanza).

Prendendo in considerazione la divisione di dimissione all'ultimo ricovero (in caso di ricoveri multipli), procedendo all'aggregazione si vede che i 142.402 ricoveri si riferiscono a 83.043 pazienti che sono stati ricoverati in media poco meno di due volte nell'arco dei 12 anni. Se si devono però analizzare i dati in prospettiva longitudinale, insorge un problema non banale: se un paziente è "assegnato" all'anno dell'ultima dimissione, i suoi eventuali ricoveri precedenti non verrebbe considerati. Usando invece la divisione di dimissione al primo ricovero il problema permarrrebbe, ma i pazienti si ridimensionerebbero negli ultimi anni, mentre nel primo anno il loro numero sarebbe simile a quello dei ricoveri (un po' minore, perché un paziente ricoverato più volte nello stesso anno verrebbe conteggiato una volta sola)⁸.

È dunque ragionevole conteggiare il paziente una volta sola se ricoverato più volte nello stesso anno, ma considerarlo nuovamente se ricoverato in un anno diverso. In questo modo si ridimensiona anche il problema del cambiamento delle caratteristiche del paziente: ad esempio, l'età aumenta al massimo di un anno. Inoltre, mentre aggregare i ricoveri effettuati in 12 anni non

⁸ Operando su un arco temporale più esteso il problema diventerebbe ancor più paradossale, dovendo ad esempio decidere se classificare una paziente come neonata o, diversi anni più tardi, come donna ricoverata per partorire.

ha giustificazioni pratiche o “teoriche”, la periodizzazione anno per anno è supportata dal Ministero della Salute che la utilizza per il “*Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero*”⁹. Del resto, le strutture ospedaliere, come la maggior parte delle istituzioni, usano l’anno come unità temporale per allocare le risorse, rendicontare le attività, ecc.

Operando in questo modo si ottengono i dati della tab. 12, dalla quale si nota che gli 83.043 pazienti unici dell’aggregazione nell’arco dei 12 anni diventano 117.690 pazienti (non unici) nell’aggregazione anno per anno. La tabella poi mostra, analogamente a quanto si è visto usando come unità di analisi il ricovero, che l’incidenza degli stranieri, nel complesso del 12,3%, arriva al 16,6% a Ginecologia e a quasi il 21% a Ostetricia. Guardando alle percentuali per colonna si vede che poco meno del 30% delle pazienti straniere è stato ricoverato a Ostetricia, percentuale che quasi si dimezza per le italiane.

Tab. 12 – Divisione di dimissione con re-immissione dei pazienti anno per anno

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Ostetricia	20.244	20,8	15,5	29,2
Ginecologia	20.975	16,6	16,9	24,1
Neonatologia	21.353	6,0	19,4	8,9
Pediatria	19.826	7,2	17,8	9,8
Altra divisione	35.292	11,5	30,3	28,0
Totale	117.690	12,3	103.226	14.464

Passando dai ricoveri ai pazienti, un’informazione che non presenta ambiguità di interpretazione è il numero di ricoveri collezionati dal paziente nel periodo usato per l’aggregazione. Ovviamente, il numero medio di ricoveri (poco meno di due nei 12 anni) scende se l’accorpamento è fatto anno per anno e si conferma una piccola divaricazione tra pazienti italiani (1,2) e stranieri (1,3). Anche il numero medio di diagnosi è più elevato per i pazienti stranieri (2,1) rispetto agli italiani (1,9) e il numero medio di interventi (3,1), rispetto a quello degli italiani (2,7). Di conseguenza, per gli stranieri è più elevato anche il numero medio di giorni di degenza (5,0), rispetto a quello degli italiani (3,7).

In prospettiva longitudinale, il numero medio di ricoveri nell’anno tende a scendere per entrambi i gruppi (permanendo una leggera divaricazione). Il numero di diagnosi sale per entrambi, ma un po’ meno per gli stranieri. Al contrario, scende il numero medio di interventi e questo calo sembra strutturale, perché condiviso da entrambi i gruppi. Il numero medio di giorni di degenza, pur con qualche oscillazione, rimane sostanzialmente stabile.

⁹ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Assistenza,%20ospedale%20e%20territorio&area=ricoveriOspedalieri.

4. Le prestazioni ambulatoriali dei pazienti stranieri

Anche nel caso delle prestazioni ambulatoriali l'unità di analisi utilizzata è la prestazione e non il paziente, che spesso è ricorso ai servizi più volte in ognuno degli anni considerati. Visto che le prestazioni ambulatoriali sono molto più numerose dei ricoveri, si è deciso di limitare l'analisi alle prestazioni erogate ai soli pazienti stranieri in un più ristretto arco temporale (4 anni). L'analisi della casistica completa mostra che nel 2017 le prestazioni salgono a oltre 40mila, mentre nei tre anni precedenti erano stabilizzate intorno a 33/34mila, e ciò può essere dovuto alla riclassificazione di prestazioni registrate in precedenza come ricoveri in day hospital o day surgery. Le prestazioni ambulatoriali erogate ai maschi salgono da meno del 20% a 35% nel 2017, con una notevole accelerazione nell'ultimo anno. Il mutamento è conseguenza dell'incremento dei ricoveri a Neonatologia e Pediatria: i bambini, che comprendono quote pressoché paritarie di maschi e femmine, dopo il ricovero continuano a essere assistiti ambulatorialmente dalla struttura.

Tab. 13 – Paese o area di cittadinanza

	2014	2015	2016	2017
Europa occidentale	8,4	9,6	8,5	7,1
Slovenia	2,6	2,6	2,1	1,6
Croazia	4,0	4,0	3,6	1,9
Romania	17,0	18,5	16,3	16,5
Serbia Montenegro	13,6	13,5	15,2	14,6
Albania	5,4	5,0	5,6	3,7
Kosovo	7,5	6,7	7,9	6,0
Bosnia Erzegovina	2,3	2,0	1,0	1,7
Macedonia	1,9	3,0	2,1	1,8
Ex-Urss	5,5	6,1	4,7	9,0
America Latina	5,7	5,6	5,7	6,8
USA Australia	0,4	0,1	0,2	0,4
Marocco	1,9	1,9	2,0	2,1
Africa Islamica	5,1	4,0	5,2	6,8
Resto Africa	4,1	3,0	4,1	4,2
Turchia	1,8	1,7	2,3	2,2
Asia Islamica	2,8	3,3	3,8	3,6
Cina	5,1	4,1	4,0	3,0
Bangladesh	3,2	3,6	3,7	4,9
Resto Asia	1,7	1,7	2,0	2,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
	23.079	22.476	21.336	16.624

Ciò detto sinteticamente per l'insieme delle prestazioni, al fine di operare su dati più omogenei concentreremo ora l'analisi solo su quelle erogate a donne in età fertile, analogamente a quanto fatto nella seconda parte dell'analisi sui ricoveri, e l'effetto di questa selezione è alquanto sorprendente. La tab. 13 mostra infatti che le prestazioni scendono drasticamente, da

23/21mila a meno di 17mila nel 2017, a conferma che è probabilmente intervenuto di recente qualche drastico mutamento organizzativo che ha forse interessato principalmente i pazienti minorenni.

Tab. 14 – Cittadinanza dei pazienti stranieri per residenza

	<i>Italia</i>	<i>Paese di cittadinanza</i>	<i>Altro Paese</i>	<i>Totale</i>
Resto UE	85,7	13,1	1,2	7.095
Slovenia	20,9	78,7	0,4	1.891
Croazia	89,7	10,0	0,3	2.920
Romania	97,2	2,6	0,2	14.293
Serbia Montenegro	96,1	3,1	0,8	11.854
Albania	94,0	5,3	0,7	4.162
Kosovo	97,5	2,4	0,1	5.931
Bosnia Erzegovina	96,1	3,0	0,9	1.479
Macedonia	96,9	2,7	0,3	1.834
Ex-Urss	92,3	6,0	1,7	5.126
America Latina	96,1	2,8	1,2	4.912
USA Australia	88,0	10,1	1,9	208
Marocco	99,9	0,1	0,0	1.637
Africa Islamica	96,4	3,6	0,0	4.329
Resto Africa	94,0	5,2	0,9	3.182
Turchia	99,5	0,5	0,0	1.675
Asia Islamica	93,1	6,9	0,0	2.800
Cina	98,6	1,4	0,0	3.452
Bangladesh	98,7	0,4	0,9	3.147
Resto Asia	92,7	6,9	0,4	1.588
Totale	93,3	6,1	0,6	83.515

Il maggior numero di prestazioni è stato erogato a rumene (circa il 17% del totale), serbe (14/15%) e, con notevole distacco, kosovare (6/7%) e albanesi (5%, ma in notevole calo nell'ultimo anno). È in crescita la quota delle prestazioni ambulatoriali a bengalesi (quasi il 5% nel 2017) e, con percentuali inferiori (3% nel 2017), a cinesi (in significativo calo) e marocchine (in leggera crescita). La tabella mostra inoltre un significativo calo di prestazioni erogate a slovene e croate e, passando alle aggregazioni di stati, un significativo aumento nell'ultimo anno di prestazioni a pazienti dell'ex-Urss.

Il 93,3% delle prestazioni ambulatoriali è stato erogato a straniere che risiedono in Italia, con una tendenza al calo accentuatasi nell'ultimo anno (tab. 14). Il resto è stato erogato a donne che mantengono la residenza nel loro paese di origine (6,1%) o in un altro paese estero (0,6%). Anche se si tratta di percentuali residuali, è interessante esaminare questo fenomeno che presenta significative differenziazioni. Quasi l'80% delle slovene (con un brusco calo nell'ultimo anno) usufruisce dei servizi ambulatoriali del Burlo mantenendo la residenza in Slovenia e ovviamente il fenomeno si spiega con la vicinanza geografica e l'appartenenza della Slovenia alla UE. Quest'ultima spiegazione vale anche per le cittadine di altri paesi UE, ma anche la vicinanza geografica ha il suo peso, se si considera che la quota di residenti

in Croazia è molto più bassa di quella slovena (10%), ma più elevata di quella delle cittadine della Romania (2,6%).

Mantiene la residenza nel proprio paese anche il 10% dei pazienti del gruppo “USA-Australia” e la spiegazione in questo caso può essere diversa (stranieri in transito o presenti temporaneamente in Italia). La casistica in questo caso è alquanto ridotta, ma la spiegazione può avere una valenza più generale: per alcuni gruppi mantenere la residenza all'estero si può infatti forse considerare un indicatore di “propensione al rientro” che nel 2017 si riscontra in particolare per albanesi e cittadine dell'Ex-Urss (ucraine). Si può però anche trattare di immigrate *ad-hoc* (per usufruire della struttura) e dunque di “turismo sanitario”. Per gli arrivi più recenti e/o da paesi lontani (a eccezione di quelli di immigrazione ormai stabilizzata in Italia, quali Marocco, Cina e Bangladesh) la spiegazione più probabilmente risiede nel fatto che non c'è stato sufficiente tempo per il trasferimento della residenza o per l'accertamento del diritto alla permanenza in Italia.

Preso atto che oltre il 90% delle pazienti straniere del Burlo ha la residenza in Italia, si può osservare che per le prestazioni ambulatoriali la quota di “turismo sanitario” è inferiore a quella registrata per i ricoveri, presentando valori significativi solo per pazienti provenienti dal Veneto (circa 2%). Le prestazioni ambulatoriali a cittadini stranieri residenti in altre regioni è limitato all'1,2% e si tratta presumibilmente di visite o accertamenti in vista di un successivo ricovero.

Tab. 15 – Strutture di accoglienza

	2014	2015	2016	2017	Totale
Immunopatologia e terapia cellulare	31,8	32,2	30,4	22,2	24.731
Virologia e Sierologia Infettivologica	26,0	26,0	28,6	6,8	19.095
Clinica ostetrica e ginecologica	12,5	14,0	16,1	23,1	13.331
Diagnostica ecografica	7,7	8,7	9,5	14,0	8.084
Centro Prelievi Burlo	9,2	8,8	8,2	11,8	7.814
Procreazione medicalmente assistita	1,9	2,1	2,9	6,8	2.659
Microbiologia	6,9	3,9	,3	,4	2.573
Genetica medica	1,3	1,1	1,4	2,0	1.206
Radiologia a indirizzo pediatrico	,6	,5	,5	2,2	718
Cardiologia	,5	,4	,5	2,1	655
Patologia ostetrica	,8	,8	,0	1,4	594
Anestesia e rianimazione	,0	,3	,4	1,8	457
Ortopedia pediatrica	,1	,3	,3	,5	244
Neuropsichiatria infantile	,1	,1	,2	,7	230
Altra struttura	,5	,7	,7	4,1	1.124
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	83.515
	23.079	22.476	21.336	16.624	

Nella tab. 15, dove le strutture sono ordinate secondo il totale di prestazioni erogate nel quadriennio, si nota chiaramente che nell'ultimo anno è intervenuto qualche drastico mutamento organizzativo. Infatti, anche se le per-

centuali annullano il notevole calo di prestazioni nel 2017, è evidente il ridimensionamento di Immunopatologia e ancor più di Virologia, superate entrambe da Clinica ostetrica e ginecologica (Virologia anche da Diagnostica ecografica e dal Centro prelievi). A parte Microbiologia (che si ridimensiona anch'essa drasticamente), crescono quasi tutte le altre strutture e in particolare Procreazione medicalmente assistita, in prosecuzione con quanto si era notato tra i ricoveri (finché l'attività si è svolta in regime di day hospital).

Le prestazioni ambulatoriali sono raggruppate nella tab. 16 in “macro” categorie, tra le quali spiccano le prestazioni di laboratorio che nel 2017 pesano per poco meno di metà delle prestazioni, ma in precedenza assommavano anche a più di tre quarti del totale. Nell'ultimo anno crescono invece notevolmente le prestazioni nella categoria “anamnesi, valutazione, consulto e visita”, che da 12/15% balzano nell'ultimo anno al 27%. Analogamente, le procedure radiologiche passano da meno del 10% a 17% nel 2017 e aumentano similmente anche gli interventi ostetrici. Si può comunque presumere che queste modificazioni, improvvise e di notevole entità, siano attribuibili a una riclassificazione, oltre che alla già segnalata trasformazione in ambulatoriali di prestazioni precedentemente erogate in regime di day hospital.

Tab. 16 – Prestazioni ambulatoriali raggruppate in macro categorie

	2014	2015	2016	2017	Totale
Intervento ostetrico	1,8	2,6	4,1	7,9	3.178
Procedura radiologica	8,2	8,3	9,8	17,2	8.704
Anamnesi, valutazione, consulto e visita	12,5	14,5	14,9	27,0	13.811
Prestazione di laboratorio	77,0	73,9	70,7	46,5	57.219
Altra procedura non operatoria	,5	,6	,6	1,4	603
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	83.515
	23.079	22.476	21.336	16.624	

Come i ricoveri, le prestazioni ambulatoriali non si traducono direttamente in pazienti perché ognuno di essi può avere usufruito di più prestazioni; inoltre, come si è visto, non è facile assegnare i pazienti a categorie socialmente rilevanti perché la maggior parte delle caratteristiche personali si modificano saltuariamente (cittadinanza, residenza, stato civile, ecc.) o con continuità (età). Come per i ricoveri, l'aggregazione delle prestazioni ambulatoriali è fatta anno per anno: ciò inflaziona un po' il numero di singoli pazienti, ma consente la comparazione dei dati anno per anno.

Passando ai risultati, le pazienti straniere in età feconda che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali (circa 1.700 all'anno nei primi tre anni) salgono a 1900 nel 2017. All'aumento dei pazienti curiosamente corrisponde un calo nel numero di prestazioni, al punto che il numero medio, pressoché stabile fino al 2016 intorno a 13 all'anno, scende a meno di 9 nel 2017. Scende anche il numero massimo di prestazioni erogate a un singolo paziente nello stesso anno (da 141/120 a 102 nel 2017) e la stabilità della mediana mostra che il calo dipende (anche) dalla diminuzione dei casi più estremi

(141 prestazioni in un anno significa ricorrere alle prestazioni ambulatoriali ogni due o tre giorni).

La ripartizione secondo la cittadinanza (tab. 17) non si discosta molto da quella già vista per quanto concerne le prestazioni e conferma che ai primi posti si collocano romeni e serbi (assieme contano per circa il 30% del totale), kosovari (meno del 10%) e albanesi (meno del 7%). Pur nell'ambito di un calo generalizzato del numero medio di prestazioni, la tabella consente di notare una certa variabilità legata alla provenienza; guardando solo al 2017, si nota un numero medio di prestazioni meno elevato per sloveni, croati e macedoni e più elevato per i pazienti di cittadinanza latinoamericana, del Bangladesh, dell'Ex-Urss e dell'Africa sub-sahariana non islamica.

Tab. 17 – Pazienti (%) e numero medio di prestazioni per paese/area di cittadinanza

	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Resto UE	6,1	5,7	5,8	6,4	9,0	10,3	8,9	5,0
Slovenia	3,6	4,2	2,0	1,5	4,6	3,7	5,5	4,8
Croazia	3,6	3,6	3,2	2,6	8,4	7,7	7,2	4,6
Romania	16,6	16,5	16,0	15,5	7,6	7,9	7,3	5,6
Serbia Montenegro	15,8	15,2	14,3	14,3	7,2	7,0	7,3	6,0
Albania	7,1	6,8	7,6	6,7	8,1	7,4	7,0	6,1
Kosovo	7,6	6,9	8,1	9,3	9,9	7,3	7,2	5,8
Bosnia Erzegovina	2,9	2,8	2,7	2,6	6,8	6,3	5,0	5,3
Macedonia	2,7	3,2	2,9	3,0	7,1	8,1	7,1	4,7
Ex-Urss	5,5	6,2	5,6	5,7	8,3	7,3	6,9	7,8
America Latina	4,0	3,9	4,1	3,5	10,4	9,5	8,2	8,6
USA Australia	,5	,4	,4	,6	6,0	2,1	4,2	3,8
Marocco	2,7	3,1	3,1	3,0	6,6	5,8	5,6	5,7
Africa islamica	5,1	5,0	5,5	6,1	8,2	6,8	7,2	6,2
Resto Africa	3,1	2,5	2,7	2,4	10,0	8,7	9,5	7,9
Turchia	1,5	1,6	1,5	1,7	9,1	9,3	9,6	6,7
Asia islamica	2,1	2,7	3,9	5,0	10,0	8,3	7,9	6,3
Cina	3,8	4,1	4,3	4,1	9,0	7,1	6,5	4,9
Bangladesh	3,8	3,8	4,3	3,8	7,2	6,9	7,2	7,6
Resto Asia	1,8	1,7	1,9	2,1	7,3	6,9	8,0	6,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	8,0	7,5	7,3	6,0
	4.251	4.460	4.596	6.770				

Riferimenti bibliografici

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2007), *Classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2251_allegato.pdf.
 Direzione generale della programmazione sanitaria (2019), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2017)*, Ministero della Salute, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2831_allegato.pdf.

Analisi epidemiologica del trattamento ambulatoriale e ospedaliero di cittadine straniere nell'Ospedale di Postumia

di Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak*, Mirko Prosen, Sabina Ličen e Igor Karnjuš**

1. Introduzione

Negli ultimi anni l'Unione europea sta affrontando la peggiore crisi migratoria dalla Seconda guerra mondiale (European Migration Network, 2017). La convinzione generale è che la maggior parte dei migranti siano di sesso maschile, siccome le migrazioni sono generalmente collegate con la ricerca di un lavoro. I dati del 2015 dimostrano invece che le donne rappresentano circa il 48% dei migranti internazionali in tutto il mondo (Shah *et al.*, 2018).

La migrazione rappresenta un evento importante nella vita di una persona, che nel caso delle donne può avere un impatto molto negativo sulla loro salute sessuale e riproduttiva, uno dei diritti umani fondamentali (Botfield *et al.*, 2016; McMichael e Gifford, 2010). Le donne migranti sono esposte a esiti negativi nel campo della salute sessuale e riproduttiva a causa del basso utilizzo dei servizi sanitari nei paesi ospitanti (Metuselea *et al.*, 2017). Esiste un consenso generale sul fatto che le donne migranti sono un gruppo particolarmente vulnerabile che dovrebbe avere l'accesso garantito ai servizi sanitari, sia preventivi che curativi. Tuttavia, come segnalato da Keyganert *et al.* (2014), rispetto alla popolazione generale dell'UE, le donne provenienti da stati non membri dell'UE raramente partecipano allo screening preventivo del cancro della cervice e del cancro al seno, in generale fanno meno visite dal ginecologo, hanno una scarsa accessibilità agli ambulatori per la pianificazione familiare e la contraccezione e hanno una maggiore incidenza degli aborti nonché delle complicazioni durante la gravidanza. Inoltre, le donne migranti sono più esposte alle malattie sessualmente trasmissibili.

I dati per l'analisi epidemiologica sono stati raccolti dal sistema informativo pazienti "Hipokrat" forniti dal personale di ricerca dell'Ospedale ginecologico e materno di Postumia. L'analisi si basa sui dati dal 2012 al 2017, analizzati separatamente per le cure in regime ospedaliero e ambulatoriale.

* Reparti di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Postumia.

** Facoltà di Scienze della Salute, Università del Litorale di Capodistria.

La conoscenza inadeguata riguardo la salute sessuale e riproduttiva in relazione con il basso utilizzo dei servizi sanitari può avere delle conseguenze serie per la salute delle donne (Henderson e Kendall, 2011). Per questo è necessario individuare come le donne migranti percepiscono la salute sessuale e riproduttiva per fare in modo di garantire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente, un'appropriata educazione sessuale e la promozione della salute, nonché rendere più accessibile i servizi che riguardano la salute sessuale e riproduttiva per tutte le donne migranti. Per questo motivo gli operatori sanitari devono avere accesso a informazioni accurate riguardo le nuove ed emergenti tendenze migratorie per fornire un'assistenza sanitaria adeguata alle donne migranti. L'obiettivo della ricerca è quello di determinare il numero e le cause principali dell'assistenza alle donne migranti in un ospedale regionale di ginecologia e ostetricia.

2. Aspetti metodologici

Nella ricerca è stata usata l'analisi retrospettiva epidemiologica dei dati sulle donne migranti trattate all'ospedale di ginecologia e ostetricia di Postumia sia al livello ambulatoriale che ospedaliero. L'analisi retrospettiva usa dati raccolti in passato, ma non principalmente per motivi di ricerca (per esempio i database clinici) (Burns e Grove, 2009). I dati sono stati prelevati dal database Hipokrat, sistema informativo dell'ospedale, nell'aprile 2018. L'analisi include dati sulle donne migranti per il periodo dall'inizio del 2012 alla fine del 2017. L'analisi statistica è stata fatta con il programma SPSS versione 23 (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA). I dati sono stati analizzati con statistiche descrittive monovariate (frequenze, percentuali) e i risultati sono presentati separatamente per il trattamento ambulatoriale e quello ospedaliero.

La ricerca è stata condotta in conformità con la Dichiarazione di Helsinki-Tokyo (World Medical Association, 2013), con il Codice Etico Infermieri e Assistenti infermieri della Slovenia (2014) e le raccomandazioni per l'etica nella ricerca quantitativa (British Sociological Association, 2002). La ricerca è stata approvata dalla Commissione per l'etica medica della Repubblica di Slovenia (26. 10. 2017; 0120-544/2017/7).

3. Donne straniere trattate in regime ambulatoriale

Dal 2012 al 2017 1.586 donne straniere sono state assistite in regime ambulatoriale. Il numero di casi per anno è mostrato nella tab. 1. La percentuale di donne straniere assistite in regime ambulatoriale è in aumento; nel 2012 è

stato assistito lo 0,88% di donne straniere, percentuale che nel 2017 è arrivata al 2,18% sul totale di assistenze ambulatoriali dell'anno.

Tab. 1 – Donne assistite in regime ambulatoriale (2012-2017)

Anno	Totale	Straniere	% straniere
2012	19.245	171	0,88
2013	18.873	182	0,96
2014	19.537	192	0,98
2015	19.617	240	1,22
2016	19.369	388	2,00
2017	18.937	413	2,18

L'età media delle donne straniere trattate come pazienti in regime ambulatoriale è 30,2 anni ($\sigma=6,9$). La più giovane aveva 15 anni e la più anziana 66. La tab. 2 illustra in modo più preciso la struttura demografica per fasce di età.

Tab. 2 – Donne straniere trattate per fascia di età (2012-2017)

Età	N.	%
15-19	27	1,7
20-29	796	50,2
30-39	582	36,7
40-49	159	10,0
50-59	20	1,3
60-66	2	0,1
Totale	1.586	100,0

Con riferimento al livello organizzativo delle prestazioni ambulatoriali¹, di 1.583 donne, 836 (52,7%) hanno ricevuto un trattamento di assistenza sanitaria a livello primario e 737 (46,5%) a livello secondario; solo un esiguo numero di donne, a causa di molte e complesse ragioni, è stato indirizzato alle cure ambulatoriali per l'infertilità maschile (0,8%, n=13).

I servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale di livello primario sono stati ulteriormente divisi in *visita preventiva*, *visita terapeutica* e *visita prenatale*, mentre i servizi di assistenza ambulatoriale di livello secondario in *visita specialistica*, *monitoraggio prenatale* e *amniocentesi*. Nell'assistenza ambulatoriale di livello primario, la percentuale maggiore di servizi è classificato come *visita prenatale*, quella minore come *visita terapeutica*; nell'assistenza di livello secondario nella maggior parte dei casi i servizi erano orientati al

¹ Il sistema sanitario sloveno è un servizio pubblico organizzato su tre livelli, che sono principalmente finanziati dall'Istituto di assicurazione sanitaria della Slovenia. Il trattamento ospedaliero è organizzato a livello secondario e terziario in ospedali generali e specializzati in tutta la Slovenia. Il livello secondario, oltre al trattamento ospedaliero, fornisce assistenza ambulatoriale specializzata, che si differenzia dall'assistenza ambulatoriale a livello primario trattando malattie più complicate, offrendo diagnostica e metodi di trattamento più avanzati.

monitoraggio prenatale (tab. 3). La maggior parte dei servizi/trattamenti ambulatoriali è stata finanziata dal sistema di assicurazione sanitaria della Repubblica di Slovenia (91,2%) (tab. 4). La tab. 5 mostra la distribuzione dei servizi di assistenza ambulatoriale nel periodo di sei anni preso in esame; l'aumento maggiore si riscontra nel *monitoraggio prenatale* e nell'*esame prenatale*. L'età media delle donne che hanno ricevuto assistenza ambulatoriale non è cambiata di molto nel periodo in questione (da 29,9 a 30,6 anni).

Tab. 3 – Classificazione dei servizi per livello di organizzazione dell'assistenza primaria e tipo di servizi (2012-2017)

<i>Livello di organizzazione</i>	<i>Servizi</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
Livello primario di salute	Visita preventiva	223	14,1
	Visita terapeutica	121	7,6
	Visita prenatale	488	30,8
Livello secondario di salute	Visita specialistica	304	19,2
	Monitoraggio prenatale	420	26,5
	Amniocentesi	17	1,1
Sub-fertilità maschile	Sub-fertilità maschile	13	0,8
	Totale	1.586	100,0

Tab. 4 – Finanziamento dei servizi di assistenza ambulatoriale nel 2012-2017

<i>Finanziamento</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Assicurazione malattia	1.447	91,2
Paziente autofinanziato	65	4,1
Convenzioni e trattati internazionali	69	4,4
Ambulatorio	1	0,1
Paziente straniero autofinanziato	4	0,3
Totale	1.586	100,0

Tab. 5 – Distribuzione dei servizi di assistenza ambulatoriale nel 2012-2017

<i>Servizio ambulatoriale</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
Visita preventiva	24	19	25	43	51	61
Visita terapeutica	11	13	14	24	26	33
Visita prenatale	39	45	71	63	130	140
Visita specialistica	43	40	22	53	75	71
Monitoraggio prenatale	48	62	57	54	98	101
Amniocentesi	2	3	1	1	6	4
Visita per sub-fertilità maschile	4	0	2	2	2	3
Totale	171	182	192	240	388	413

4. Donne straniere ricoverate in regime ospedaliero

Nel periodo 2012-2017 sono state ricoverate all'ospedale 605 donne straniere. Il numero di donne ricoverate per anno è presentato nella tab. 6; l'aumento è evidente negli ultimi due anni. La durata media del ricovero è stata

di 3,8 giorni ($\sigma=2,5$). Durante questo periodo di osservazione l'ospedalizzazione di un giorno (*day hospital*) è stata la più comune (175 casi). La durata massima del ricovero è di 23 giorni (1 caso).

L'età media delle donne ricoverate in ospedale è di 30.6 anni ($s=7,0$); la più giovane ha 15 anni e la più anziana 74 (tab. 7).

Tab. 6 – Ricoveri in ospedale di donne straniere nel periodo 2012-2017 per anno

Anno	Totale	Straniere	% straniere
2012	4.565	87	1,91
2013	4.077	87	2,13
2014	4.020	88	2,19
2015	4.012	97	2,41
2016	3.852	125	3,24
2017	3.655	121	3,31

Tab. 7 – Donne straniere ricoverate in ospedale per fascia di età (2012-2017)

Età	N.	%
15-19	10	1,65
20-29	270	44,6
30-39	264	43,6
40-49	54	9,0
50-59	5	0,8
60-69	1	0,2
70-74	1	0,2
Totale	605	100,0

Per quanto riguarda il livello di istruzione (tab. 8), la maggior parte delle donne straniere ricoverate ha finito la scuola secondaria professionale (25,5%; $n=154$); seguono quelle che hanno terminato solo la scuola elementare (17,9%; $n=108$) e la secondaria professionale (15,9%, $n=96$). In tre casi, il livello di istruzione non è documentato.

Tab. 8 – Donne straniere ricoverate per livello di istruzione (2012-2017)

Livello di istruzione	N.	%
Nessuna istruzione	6	1,0
Scuola elementare non terminata	21	3,5
Scuola elementare	108	17,9
Scuola secondaria vocazionale	96	15,9
Scuola secondaria professionale	154	25,5
Scuola secondaria generale (Ginnasio)	45	7,4
Istruzione professionale superiore a ciclo breve	27	4,5
Istruzione superiore	54	8,9
Istruzione superiore – livello universitario	75	12,4
Specializzazione	2	0,3
Master	13	2,1
Dottorato	1	0,2
Non rilevato	3	0,5
Totale	605	100,0

Nel periodo 2012 e 2017, sono state ricoverate all'ospedale donne provenienti da 40 paesi diversi. La percentuale più grande di donne proviene dalle ex repubbliche jugoslave: Bosnia-Erzegovina (23,5%; n=142), Macedonia (10,2%; n=62), Kosovo (10,1%; n=61), Serbia (8,9%; n=54) e Croazia (8,9%, n=54). Anche le donne russe presentano una percentuale significativa di ospedalizzate (4,6%, n=28). In 79 casi (13,1%), il paese di origine non è documentato. L'Istituto di Assicurazione Sanitaria della Slovenia ha finanziato la maggior parte (83,1%) dei servizi resi durante l'ospedalizzazione (tab. 9).

Tab. 9 – Finanziatore dei servizi sanitari durante il ricovero (2012-2017)

Finanziatore	N.	%
Assicurazione malattia	503	83,1
Paziente autofinanziato	82	13,6
Convenzioni e trattati internazionali	18	3,0
Ambulatorio	1	0,2
Paziente straniero autofinanziato	1	0,2
Totale	605	100,0

Di 605 donne, 233 (38,5%) sono state ricoverate nel reparto di Ginecologia e 372 (61,5%) nel reparto Maternità. Le cause del ricovero sono state classificate nel reparto di ginecologia in sei sotto-gruppi e le cause di ricovero nel reparto di maternità i quattro: la tab. 10 presenta i dati sui ricoveri secondo questa classificazione.

Tab. 10 – Classificazione delle cause del ricovero per reparto nel periodo 2012-2017

Reparto	Causa ricovero	N	%
Ginecologia	Fecondazione in vitro (IVF)	87	14,4
	Aborto	50	8,3
	Procedura operativa	30	5,0
	Procedura diagnostica	25	4,1
	Procedura operativa minore	36	6,0
	Applicazione di terapia	5	0,8
Maternità	Parto spontaneo	195	32,2
	Parto prematuro	8	1,3
	Parto cesareo	93	15,4
	Parto con ventosa	18	3,0
Dato mancante	Non rilevata	58	9,6
	Totale	605	100,0

La tab. 11 mostra la distribuzione delle cause di ospedalizzazione nel periodo di sei anni preso in esame; si può notare la diminuzione del numero di *aborti* in relazione al numero totale di casi e un lieve aumento delle *fecondazioni in-vitro*.

Tab. 11 – Distribuzione delle cause di ospedalizzazione nel periodo 2012-2017

Causa ospedalizzazione	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fecondazione in vitro (IVF)	9	9	15	12	21	21
Aborto	12	6	13	8	5	6
Procedura operativa	3	2	4	7	6	8
Procedura diagnostica	7	4	3	5	2	4
Procedura operativa minore	7	10	3	3	6	7
Applicazione di terapia	0	2	0	2	1	0
Parto spontaneo	29	30	27	33	47	29
Parto prematuro	1	2	3	0	0	2
Parto cesareo	16	7	11	17	20	22
Parto con ventosa	3	5	1	1	4	4
Non rilevata	0	10	8	9	13	18
Totale	87	87	88	97	125	121

5. Conclusioni

L'analisi epidemiologica ha mostrato alcune importanti caratteristiche sessuali e riproduttive delle donne migranti che vivono in Slovenia sulle quali gli operatori sanitari devono essere informati e che devono essere considerate nel loro lavoro quotidiano. I dati mostrano che il numero delle donne trattate nell'ospedale di Postumia negli ultimi anni è in continuo aumento. La maggior parte delle donne migranti derivano dalla regione dell'ex Jugoslavia o dai paesi dell'ex blocco sovietico. Nella maggior parte dei casi ci si confronta con la popolazione fertile tra venti e trentanove anni di età con l'istruzione secondaria completata. Lo studio epidemiologico ha mostrato che nella maggior parte dei casi il ricovero delle donne straniere è avvenuto a causa del parto, seguito da fecondazione artificiale e aborto. Un'analisi aggiuntiva, fatta per ogni anno separatamente, ha mostrato anche una leggera diminuzione del numero di aborti sul totale dei trattamenti, un numero leggermente più elevato dei trattamenti di inseminazione artificiale, nonché un lieve aumento del numero dei cesarei. A livello ambulatoriale la maggior parte dei trattamenti era motivata da esami di gravidanza e visite preventive che negli ultimi anni stano aumentando.

Assicurare un'assistenza sanitaria culturalmente congruente insieme a un adeguato sostenimento sociale è cruciale nel garantire la salute delle donne. Il personale sanitario per raggiungere questi obiettivi deve acquisire conoscenze adeguate sulle altre culture. I risultati epidemiologici devono essere ulteriormente analizzati anche in futuro perché le tendenze migratorie cambiano di continuo assieme alla struttura demografica delle donne migranti.

Riferimenti bibliografici

- Burns N., Grove S.K. (2009), *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.), Saunders Elsevier, St. Louise.
- Botfield J.R., Newman C.E., Zwi A.B. (2016), *Young people from culturally diverse backgrounds and their use of services for sexual and reproductive health needs: A structured scoping review*, «Sexual Health», 13: 1.
- European Migration Network (2017), *Kratko poročilo o gibanju migrantov v Sredozemlju*, <https://emm.si/publikacije/emn-kratko-porocilo-o-gibanju-migrantov-v-sredozemlju-december-2017/>.
- Henderson S., Kendall E. (2011), *Culturally and linguistically diverse peoples' knowledge of accessibility and utilisation of health services: exploring the need for improvement in health service delivery*, «Australian Journal of Primary Health», 17: 2.
- Keynaert I., Guieu A., Ooms G., Vettenburg N. (2014), *Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care?*, «Health Policy», 114 (2-3).
- McMichael C. and Gifford S. (2010), *Narratives of sexual health risk and protection amongst young people from refugee backgrounds in Melbourne, Australia*, «Culture, Health & Sexuality», 12: 3.
- Metusela C., Ussher J., Perz J., Hawkey A. (2017), *In My Culture, We Don't Know Anything About That': Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women*, «International Journal of Behavioral Medicine», 24: 6.
- Shah R., Kiriya J., Shibanuma A., Jimba M. (2018), *Use of modern contraceptive methods and its association with QOL among Nepalese female migrants living in Japan*, «PLoS One», 13: 5.

L'influenza della cultura patriarcale sulla salute sessuale e riproduttiva: una ricerca in ambito ospedaliero

di Ornella Urpis*

1. L'importanza di una ricerca sulla salute sessuale e riproduttiva

I rapporti che intercorrono fra l'immigrato e la società di accoglienza sono sempre molto complessi e le istituzioni giocano un ruolo rilevante nell'avvicinare gli individui ai modelli sociali poiché, per loro natura, esse vincolano e plasmano le condotte umane costruendo i relativi significati (March e Olsen, 1992).

Nei processi migratori l'integrazione non è sempre scontata e la lealtà alla cultura e al modello della famiglia tradizionale patriarcale può diventare funzionale alla conservazione dei confini dell'identità e della lealtà comunitaria. Il mantenimento (o il rafforzamento) della rigida separazione dei sessi, il disequilibrio di potere e la diversa capacità di *empowerment* di uomini e donne diventa la condizione necessaria per l'auto-riconoscimento culturale dei gruppi nella nuova società¹.

La conformità ai valori e ai comportamenti "tradizionali" nel paese di accoglienza tende a trasformarsi in una forza identitaria e a diventare una condizione indispensabile per essere accettati, anche da coloro che provengono dallo stesso milieu culturale (Sayad, 2002). La tradizione – che non è più precisamente quella del paese di provenienza – adattata e trasformata al confronto (o al conflitto) con il mondo Occidentale assume caratteri diversi mantenendo comunque sempre i nuclei di disparità di potere fra gli uomini e le donne. L'"invenzione della tradizione" va a costituire il nuovo nucleo di identificazione e di riconoscimento collettivo (Hobsbawn e Ranger, 1989).

Così accade che alcune comunità straniere diventino quasi impermeabili al mondo sociale che le circonda e i modelli patriarcali di potere degli uomini sulle donne tendano addirittura a rafforzarsi, andando a influire direttamente

* Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Trieste.

¹ Lo sviluppo delle società patriarcali, caratterizzate dal predominio maschile e diffuse in tutto il pianeta in forme diverse, è dovuto principalmente alle differenze legate al sesso, alla generazione e all'allevamento dei figli (Huber, 2007).

sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne. Pratiche discriminatorie quali i matrimoni forzati (MF) e le mutilazioni dei genitali femminili (MGF) possono riprodursi all'interno del nuovo gruppo culturale di riferimento assurdo a centro di identificazione del gruppo (Urpis, 1999; Boyle, McMorris e Gómez, 2002).

Dalle recenti ricerche risulta una presenza non trascurabile di questi due fenomeni sociali in Europa. Dopo gli esiti del rapporto *Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre* (Serugheti *et al.*, 2014), il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha scelto di avviare un percorso conoscitivo e di approfondimento vista la rilevante presenza di questo comportamento fra alcune comunità immigrate. Per quanto concerne le mutilazioni dei genitali femminili, già il rapporto EIGE del Parlamento europeo (2016) aveva evidenziato un trend in crescita e purtroppo non sembra che ci sia stata un'inversione di tendenza (Van Baelen *et al.*, 2016).

Si stima che in Italia le donne adulte (dai 15 anni in su) che hanno subito MGF siano da 60 a 80 mila e che un'elevata percentuale di donne sia incline a non abbandonare la pratica (Farina e Ortensi, 2014). Il fenomeno, a prescindere dai fattori religiosi, è radicato perché si connette con l'identità sociale e con l'uso del corpo quale simbolo della comunità (Morrone e Vulpiani, 2004); inoltre, i nuovi flussi migratori recenti introducono sempre di più persone provenienti da zone, come la Nigeria, dove la "resistenza" della pratica è molto forte. Osservare la salute sessuale e riproduttiva diventa quindi un importante indicatore dello stato di integrazione sociale e di relazione con il nuovo ambiente delle popolazioni migranti, nonché di conoscenza delle diverse interpretazioni sociali e culturali della salute (Lombardi, 2018).

La prima ricerca empirica in Friuli Venezia Giulia sul perdurare dei modelli di comportamento che ledono la salute e i diritti delle donne è stata condotta nell'ambito del programma di ricerca/azione promosso dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e affidato alla ONG Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (2007-2009), in collaborazione con IRRCS Burlo Garofolo, Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Veneto e ULSS 16 di Padova. Il lavoro empirico si è avvalso di strumenti di tipo qualitativo (interviste in profondità e osservazione partecipante) e ha portato all'emersione del fenomeno delle MGF, i risultati sono stati pubblicati in *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti* (Degani, De Stefani e Urpis, 2009).

Per questo motivo i ricercatori del progetto INTEGRA, oltre a utilizzare strumenti di tipo qualitativo (interviste in profondità, *focus group*, osservazione partecipante)², hanno analizzato il fenomeno anche attraverso un questionario semi-strutturato somministrato in Italia nei reparti dell’Ospedale Burlo Garofolo di Trieste e in Slovenia nel reparto di ginecologia dell’Ospedale di Postumia (la versione slovena è stata adattata al diverso contesto sociale e culturale)³.

Per la rilevazione dei dati è stato scelto l’ospedale perché è un luogo privilegiato per osservare il fenomeno della violenza legata alla sfera riproduttiva: per molte donne straniere il primo accesso risulta essere infatti molto spesso il pronto soccorso e gli operatori ospedalieri possono trovarsi nelle condizioni di essere i primi a osservare i casi di violenza (fisica e/o culturale), anche se la letteratura suggerisce che spesso la violenza è sottovalutata⁴.

Il questionario è formato da quattro parti. Nella prima è osservata la vita del rispondente nel Paese di nascita, con riferimento alle tradizioni, alla cultura di appartenenza e il tipo di società. Nella seconda viene approfondito il processo migratorio, la capacità di adattamento e le conseguenti modificazioni di valutazione e di osservazione della realtà da parte del migrante, nonché le relazioni familiari. Nella terza parte è presa in considerazione la relazione fra l’utente e le strutture socio-sanitarie. Nella quarta parte infine è trattato il tema della mutilazione dei genitali femminili in relazione alla salute della donna e al contesto in cui l’evento si è verificato. Il questionario nella versione integrale è stato usato solo per le donne provenienti da Paesi a rischio, per le altre è stato utilizzato un questionario ridotto (senza la quarta sezione)⁵.

Con la supervisione della dott.ssa Federica Scrimin del Burlo Garofolo i questionari in Italia sono stati somministrati dal personale specializzato dell’ospedale a 77 donne straniere presenti presso l’ambulatorio di gravidanza ad alto rischio, il reparto di ginecologia, il servizio di procreazione medicalmente assistita e il reparto di ostetricia (dai primi giorni di marzo a

² I risultati di queste attività di ricerca sono esposti nel saggio *Salute sessuale e cultura patriarcale: le esperienze delle donne* (Urpis 2018).

³ Sull’importanza dell’uso del questionario strutturato nella ricerca sociale anche su tematiche complesse, vedi M. Caselli (2005) e C. Bezzi (2015).

⁴ Si veda il *Manuale formativo sulla violenza di genere per gli operatori sanitari* della Implement Health System Response to Gender Based Violence (2015) prodotto per aiutare a riconoscere e individuare proprio i casi di violenza che spesso rimangono inosservati dagli operatori della sanità.

⁵ La versione completa del questionario si trova nell’allegato del volume a cura di Giovanni Delli Zotti (2018), *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficoltà e buone pratiche* (<https://www.openstarts.units.it/handle/10077/23633>).

fine maggio 2018). I colloqui sono avvenuti in lingua italiana e in inglese; in alcuni casi è stata necessaria la presenza di un mediatore interculturale⁶.

Durante la somministrazione è stato spiegato che il questionario non era collegato alla cartella clinica e serviva a raccogliere informazioni per un programma europeo sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti, al fine di migliorare le loro condizioni di salute e il servizio offerto. Le operatrici hanno creato un dialogo con le donne, raccogliendo i dati a volte anche in più incontri.

2. Caratteristiche del campione

Vista la natura esplorativa della ricerca e la difficoltà nel reperimento delle informazioni su temi sensibili che concernono la vita privata e la sessualità delle donne, consideriamo questo come un campione di convenienza. Il campione, pur essendo molto eterogeneo culturalmente, rappresenta solo in parte la complessità dell'immigrazione nel nostro Paese dove sono presenti persone che provengono da quasi 200 diversi paesi del mondo (Dossier Statistico immigrazione 2018).

Le intervistate provengono da 28 paesi: le 8 rumene rappresentano il gruppo più numeroso, seguite da kosovare (7), marocchine, nigeriane e serbe (6). La presenza di donne pakistane (5, come le camerunensi) è molto recente sul nostro territorio ed è da collegarsi per lo più alla presenza di richiesta di ricongiungimenti familiari da parte di coloro che hanno ottenuto lo status di rifugiato politico o un permesso umanitario.

Nonostante la grande diversità di provenienza, troviamo tre fedi rilevanti: musulmana (39%), cristiana ortodossa (26%) e cattolica (18%); le cristiane appartenenti alle varie confessioni rappresentano nel complesso il 50% del campione. Quattro donne hanno dichiarato di non appartenere a nessuna religione (vietnamita, cinese, ceca e domenicana).

Tutte le donne sono in età fertile e solo 8 superano i 40 anni. Le più giovani (sotto i 25 anni) sono caratterizzate da un livello di istruzione basso (quasi metà ha frequentato solo la scuola elementare) e, a parte 4, sono arrivate in Italia recentissimamente (da un anno). Quasi due terzi del campione ha comunque un elevato livello d'istruzione: università (28%) e scuola superiore (37%). Le sette donne che hanno dichiarato solo la frequenza della scuola elementare sono di nazionalità diversa (domenicana, bosniaca, cinese, nigeriana, bengalese, rumena, serba).

Alla domanda sul titolo di soggiorno non hanno risposto 19 donne (per 12 la domanda non era pertinente e altre 7 non hanno ritenuto di rispondere).

⁶ Un particolare ringraziamento va alla dott.ssa Chiara Semenzato e alla dott.ssa Alice Cernogoraz per la cura della raccolta delle informazioni.

Calcolando le percentuali sulle 58 rispondenti, un'elevata percentuale (41%) possiede un titolo di lungo soggiornante e il 28% è entrato in Italia per motivi familiari. Sono presenti anche i motivi di lavoro (5), umanitari (5) e 3 donne hanno lo status di rifugiato politico (due nigeriane e una camerunense).

Tab. 1 – Titolo di soggiorno

	N	%
Lungo soggiornante	24	41,4
Motivi familiari	16	27,6
Motivi di lavoro	5	8,6
Motivi umanitari	4	6,9
Protezione internazionale/rifugiato	3	5,2
Motivi di studio	2	3,4
Cure sanitarie	2	3,4
Altro	2	3,4
Totale	58	100,0
Non pertinente	12	
Non risposto	7	

L'arrivo in Italia per meno di un quarto del campione è molto recente e dunque la permanenza è alquanto breve (un anno o meno); per circa metà è di più lunga durata (più di un anno, ma meno di 10) e per oltre un quarto è superiore a 10 anni. Tutte le donne si sono trasferite in Italia in età fertile: circa il 15% era minorenne, la metà aveva da 1 a 25 anni e il resto (più di un terzo) 26 anni o più (due intervistate non hanno risposto).

La grande maggioranza delle intervistate (64) risiede a Trieste, 8 in provincia di Gorizia, solo una fuori dalla Regione e un'altra fuori dal Paese. L'84% non possiede la cittadinanza italiana e dunque il campione risulta abbastanza rappresentativo del fenomeno migratorio recente.

3. La famiglia e il matrimonio

Oltre metà delle rispondenti nel suo Paese di origine viveva in una famiglia composta da non più di 5 persone. Solo 7 donne (tre sono kosovare) vivevano in una famiglia composta da più di 10 persone. Oltre metà del campione ha avuto un'esperienza di vita urbana. Le donne che provengono da villaggi o paesi piccoli sono per lo più bengalesi e kosovare.

Rispetto alle caratteristiche di emancipazione femminile, risulta che nel 57% dei casi la madre lavorava fuori casa. Il dato è molto interessante se confrontato con il percorso lavorativo delle figlie, dove invece la percentuale è più bassa. Metà delle intervistate infatti non ha mai lavorato, una percentuale superiore e quindi in controtendenza rispetto al percorso di *empowerment* delle loro madri. Quelle che non hanno mai lavorato provengono per lo più da Romania, Kosovo, Bangladesh, Camerun e Marocco.

Nonostante l'appartenenza alla religione islamica di molte intervistate (circa il 40%), più del 90% del campione proviene da una famiglia monogamica (solo 4 donne affermano che il padre aveva due mogli).

Per quanto riguarda le caratteristiche del matrimonio nel Paese di origine, alla domanda sulla libertà di scelta 5 donne non rispondono e altre 45 (poco più del 60%) affermano che "ognuno è libero". La domanda comunque conferma che in alcuni paesi è problematica la "scelta" matrimoniale: negata completamente (9 persone), oppure presente o possibile solo a certe condizioni (emerge una frattura tra zone urbane e rurali) o in certi tipi di famiglia (16 rispondenti). Anche se alcune intervistate affermano che la situazione sta cambiando, circa il 35% ha vissuto in aree del mondo dove è presente il matrimonio combinato. La maggioranza di chi ha risposto in questo senso proviene da Bangladesh, Pakistan, Marocco, Camerun. La totalità delle donne bangladesi e pakistane del campione dichiara come prassi il matrimonio combinato.

Alla domanda "Sei stata promessa in sposa? E se sì, da chi e a quanti anni" la grande maggioranza (88%) risponde che non è stata promessa in sposa, ma 9 intervistate ammettono invece che il loro è stato un matrimonio combinato, organizzato dai famigliari. Fra queste troviamo donne pakistane, bengali, kosovare e due africane. Delle 9 donne che hanno detto di essere state promesse in sposa, solo due indicano i responsabili (famiglia e genitori) e una donna camerunese che è stata promessa quando aveva 3 anni.

Solo tre delle donne coniugate (12 sono nubili) ha contratto matrimonio prima dei 18 anni (una rumena, una bengali, una bosniaca). Le donne con una formazione universitaria hanno contratto matrimonio a un'età relativamente alta, mentre quelle che si sono sposate giovani (sotto il 21 anni) hanno una formazione più bassa.

Nella quasi totalità le famiglie delle intervistate sono di tipo nucleare: due donne dichiarano di vivere da sole e circa un terzo in famiglie di due persone; in un altro terzo dei casi la famiglia è composta di tre persone e nel 17% dei casi i membri sono quattro. Pertanto, in soli 10 casi le famiglie sono "numeroso" (5, 6 e solo in un caso 7 membri).

Nonostante la presenza di comportamenti tradizionali, nel momento del matrimonio le intervistate affermano che non ci sono state particolari transazioni economiche. La dote e il prezzo della sposa (*brideprice*), presenti in molte culture, sono infatti poco indicate nelle risposte. Il *brideprice* è una transazione che corrisponde alla compensazione matrimoniale versata dallo sposo, o dal suo gruppo familiare, alla sposa o al suo gruppo familiare. È un tipo di transazione, inversa rispetto alla dote, che implica il passaggio di beni della sposa, o del suo gruppo familiare, allo sposo o al suo gruppo familiare.

Se il prezzo della sposa non è stato pagato i figli possono essere considerati membri del lignaggio materno anziché di quello paterno. Allo stesso modo, un legame matrimoniale non si può considerare scisso fino a che la

famiglia della sposa non rimborsa il prezzo, riacquisendo in questo modo i diritti sul potere riproduttivo della donna. Il pagamento del prezzo della sposa ha infatti un ruolo centrale nello stabilire legami e alleanze tra gruppi familiari diversi ed è solitamente concepito come una compensazione per il trasferimento del potere riproduttivo della sposa dal proprio lignaggio di origine a quello del marito.

Secondo Carla Pasquinelli (2007), studiosa dei temi delle mutilazioni genitali femminili, il *brideprice* non è il corrispettivo di una giovane donna qualsiasi, ma solo quello di una giovane mutilata; quindi il valore di una donna non è basato su qualità soggettive, ma su valori socialmente condivisi come la verginità, la purezza, la fecondità che nelle società africane, come quelle somale, eritree, del Corno d’Africa, sono garantite unicamente dall’escissione o dall’infibulazione.

Due terzi delle donne intervistate (tolte le nubili e 5 che non hanno risposto alla domanda) dichiarano esplicitamente di non aver ricevuto nulla, altre fanno riferimento a “regali” e sono molto poche quelle che parlano di somme di denaro. I regali più comuni sono gioielli, oro e vestiti. Una donna afferma di aver ricevuto dai parenti dello sposo unicamente “affetto” ed è interessante la dichiarazione di una donna che afferma che non ha ricevuto niente perché: «ci siamo sposati con rito civile e questa cosa esiste solo per quello religioso», a significare che tanto più il matrimonio è associato a un rito e a una credenza religiosa, tanto più è connesso alle pratiche tradizionali di conferimento dei beni.

4. Il concetto di cultura e l’appartenenza a due mondi

Nonostante la lunghezza del questionario, la ricchezza delle risposte alla domanda aperta sulle caratteristiche della cultura e delle tradizioni locali è veramente notevole. Hanno infatti risposto ben 64 intervistate offrendoci un’ampia prospettiva su questo tema. Anche le risposte ad altre domande aperte del questionario sono state numerosissime. Il risultato è da attribuire in parte alla pazienza e professionalità delle intervistatrici (tornate anche in momenti diversi dalla paziente a causa di interruzioni dovute alla somministrazione di farmaci, visite, ecc.), e in parte anche al clima ospedaliero che favorisce un rilassamento delle persone, le sgancia dai problemi della quotidianità e crea un ambiente di confidenza con gli operatori della salute.

Ma come viene definita sinteticamente la cultura da parte delle intervistate? Dalle risposte si osserva che il concetto di “cultura” viene concepito per lo più attraverso il rapporto con la religione e un rapporto presunto come “naturale” fra queste due dimensioni. Per cui, come spesso accade nella percezione delle persone, la tradizione diventa religione e la religione si trasforma in tradizione. Interessante a questo proposito l’affermazione di una

donna bangladese: «ci sono 4 religioni, la cultura dipende dalla religione di appartenenza».

Fra gli elementi culturali caratterizzanti, risultano inoltre le feste religiose e in particolare il rito del matrimonio: «i riti sono caratteristici, ad esempio il rito matrimoniale musulmano è tradizionale» (donna bangladese), ma anche i vestiti: «il vestire è diverso, i matrimoni si festeggiano due giorni» (donna kosovara), il cibo e poi quel concetto generale di famiglia che, in quanto tale, va a definire la differenza fra la cultura italiana e quella di ogni altra parte del mondo: «si vive con la famiglia, si fa tutto con la famiglia, qui in Italia no» (donna libanese).

Non mancano le osservazioni in merito alla caratterizzazione della cultura attraverso il parametro della disegualianza di genere. In molte dichiarazioni infatti le donne individuano in modo netto e indistinguibile le caratteristiche della loro cultura, che di fatto corrispondono a prassi di tipo patriarcale: «le diverse etnie si vestono, cucinano in modo diverso. Le donne sono molto meno libere e più sottomesse al volere dell'uomo» (donna camerunese); «in Marocco la donna ha meno diritti rispetto all'Italia» (donna marocchina); «l'uomo decide e la donna non può decidere molto» (donna serba), «le donne si occupano della famiglia e gli uomini poco, dopo il lavoro escono con gli amici e basta» (donna vietnamita); «le donne sono sottomesse all'uomo» (donna domenicana); ma anche attraverso il riconoscimento dell'assenza dei diritti sociali: «tutto è diverso, in Pakistan le cure sanitarie non sono buone e tutto è privato»; «il sistema sanitario è a pagamento, se non hai un'assicurazione non puoi curarti» (donna bosniaca).

Alcune donne definiscono comunque la propria cultura in termini positivi rispetto all'Occidente, perché prevale il senso di comunità, solidarietà e accoglienza: «molta povertà, persone più aperte, più felici, più socievoli, più solidarietà» (donna colombiana); «in Nigeria c'è rispetto, tipo per le donne gravide: sul bus o nei locali la gente si alza per lasciarle sedere, anche i bambini imparano presto a portare rispetto» (donna nigeriana).

Per osservare in modo più preciso le caratteristiche del sentimento di appartenenza e le sue modificazioni a causa del processo migratorio, abbiamo chiesto: “cosa ti manca del tuo Paese?” e “cosa hai trovato qui che prima non avevi?”. Dalla tab. 2, si vede che il 90% delle 69 che hanno risposto a questa batteria di domande individua nella famiglia l'item più importante e allo stesso tempo la più grande mancanza attuale; seguono il senso di solidarietà, l'aiuto della comunità e il senso di religiosità collettivo. Molto basse risultano le risposte in merito ai diritti sociali e alla libertà personale. Tra le risposte “altro” 4 donne hanno indicato il “cibo del paese d'origine” e altre 3 il “paesaggio” e la “natura”, ed è facile immaginare che queste risposte sarebbero state probabilmente più numerose se anche questi aspetti fossero stati esplicitamente inseriti nel questionario.

Alla batteria di domande, composta dagli stessi item, con cui si è chiesto di indicare le cose “nuove” trovate in Italia, non hanno risposto 12 donne, ma le risposte sono comunque interessanti, poiché individuano gli elementi fondanti della struttura della società occidentale: i diritti sociali e, *in primis*, i valori della libertà, dell’individuo e della sua autonomia personale.

La famiglia scende dal 90% al 14%, perché i legami familiari, assieme alla protezione del sistema famiglia/comunità, in Italia si affievoliscono e sono sostituiti dal sistema di welfare: la sicurezza prodotta da un sistema sanitario che dà fiducia (79%), un buon lavoro (35%), un sistema scolastico buono (34%) e, naturalmente, un senso di sicurezza personale (34%). Anche il senso di religiosità collettivo scende e passa dal 22% al 5%, ed emergono con forza la libertà di scegliere e di decidere (20%) e l’autonomia economica/personale (23%), anche se il 60% del campione dichiara di essere disoccupata o casalinga (come si vedrà più avanti).

Tab. 2 – Cosa avevi che ti manca e cosa hai trovato

	Cosa avevi	Cosa hai trovato	Diff.
La famiglia	89,8	13,8	-76,0
La solidarietà e l'aiuto della comunità	23,2	13,8	-9,4
Un senso di religiosità collettivo	21,7	4,6	-17,1
Un senso di sicurezza personale	11,7	33,8	22,1
Un buon lavoro	13,0	35,4	22,4
Un sistema scolastico buono	8,7	33,8	25,1
La libertà di parlare e di pensare	7,2	29,2	22,0
La libertà di scegliere/di decidere	7,2	20,0	12,8
Un sistema sanitario che dà fiducia	4,3	78,5	74,2
L'autonomia economica/personale	2,6	23,1	20,5
Altro	15,9	4,6	-11,3

5. Il processo migratorio e le relazioni con il nuovo mondo sociale

Il fatto che solo 9 donne su 77 siano vissute in “altri paesi del mondo” indica che la scelta italiana/europea è “mirata” e che la predisposizione al cambiamento di questo campione non è molto elevata. È interessante il fatto che ben 4 donne (di origine nigeriana, camerunese e marocchina) siano state in Libia e ciò fa supporre che siano entrate in Italia attraverso le operazioni di soccorso in mare. Le risposte alla domanda “Hai vissuto anche in altri Paesi europei?” confermano che il campione è piuttosto “sedentario”: solo 11 intervistate hanno infatti vissuto in altri Paesi dell’Europa occidentale.

Riguardo al principale motivo dell’emigrazione, quasi due terzi del campione ha indicato “seguire il proprio marito o i propri familiari”, l’11% “cercare un lavoro” e il 9% “ragioni di studio”. Le motivazioni riguardanti la fuga da una guerra, da fame e miseria, da violenze fisiche e mutilazioni genitali femminili sono del tutto residuali (tab. 3). Addirittura, nessuna donna dichiara di essere stata perseguitata politicamente, né di essere stata trattata

male dai familiari, nonostante il 10% del campione affermi di avere un titolo di soggiorno per protezione internazionale o motivi umanitari. Anche se una piccola quota ha indicato la ricerca del lavoro, è interessante che nessuna abbia esplicitamente risposto “per guadagnare ed emanciparmi” (ma una donna ha indicato spontaneamente come altro motivo “avere un futuro migliore”). Inoltre, nessuna donna ha indicato “sposare un uomo del mio paese che viveva in Italia” o “una finta promessa di lavoro”, che erano motivi elencati nel questionario.

Tab. 3 – Principale motivo dell'emigrazione

	N	%
Seguire marito o genitori	47	61,8
Cercare un lavoro	8	10,5
Studio	7	9,2
Futuro migliore per i figli	4	5,3
Curare malattia	3	3,9
Fuggire da fame e miseria	2	2,6
Fuggire dalla guerra	1	1,3
Subiva continue violenze fisiche	1	1,3
Fuggire alle mutilazioni genitali	1	1,3
Sposare un uomo del mio paese	-	-
Perseguitata politicamente	-	-
Guadagnare ed emanciparmi	-	-
Trattata male in famiglia/comunità	-	-
Finta promessa di lavoro	-	-
Altro motivo	5	6,5

Sappiamo che gli aspetti relazionali costituiscono un indicatore importante nei processi di integrazione e per questo abbiamo inserito la domanda: “Quanti amici italiani hai?” Nel campione più di un terzo afferma di non avere nessuno o solo un amico italiano e queste donne non appartengono a una nazionalità in particolare. Sembra che le relazioni amicali dipendano perciò più da fattori personali che di tipo sociale o culturale, perché le donne che dichiarano di avere molti amici (21%) provengono da paesi diversi, ma nessuna di queste è kosovara, pakistana e bengali; hanno titoli di studio diversi, ma metà delle rispondenti sono accomunate dall'essere cristiano-ortodosse.

Per quanto concerne il sostegno ricevuto per l'integrazione nel nuovo mondo, il 48% afferma di averne ricevuto molto dal marito e il 34% dai parenti che vivono in Italia (tab. 4). Il 10% dichiara di aver ricevuto un aiuto importante dalle persone che lavorano nelle istituzioni. Le istituzioni religiose sembrano invece essere assolutamente assenti nel processo di inclusione sociale, sia quelle della propria comunità (per niente 99%), sia quelle cattoliche (per niente 97%) e solo una donna fa esplicito riferimento, alla voce “altro”, all'aiuto ricevuto dalla Caritas. Incidono negativamente anche altri stranieri e gli amici italiani (per niente 97%) e i mediatori interculturali

(92%). Emerge dunque con forza che il marito e i parenti che vivono in Italia sono quasi l'unica fonte di sostegno per questo campione di donne.

Tab. 4 – Da chi ha ricevuto sostegno

	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbast.</i>	<i>Molto</i>	<i>Totale</i>
Marito	49,4	-	2,6	48,1	100,0
Parenti che vivono in Italia	63,6	-	2,6	33,8	100,0
Altre persone del mio Paese	84,4	2,6	1,3	11,7	100,0
Persone che lavorano nelle istituzioni	89,6	-	-	10,4	100,0
Mediatori interculturali	92,2	1,3	-	6,5	100,0
Amici Italiani	97,4	-	-	2,6	100,0
Chiesa/associazioni cattoliche	97,4	-	-	2,6	100,0
Altri stranieri	97,4	1,3	-	1,3	100,0
Propria comunità religiosa	98,7	-	-	1,3	100,0
Altro	83,1	1,3	-	15,6	100,0

Rispetto ai cambiamenti nella vita e nei pensieri, i processi migratori implicano sempre un rimodellamento dei quadri cognitivi e valutativi, dunque un mutamento nei rapporti con il quotidiano e nelle relazioni sociali. Per questo abbiamo chiesto “da quando sei emigrata, quanto è cambiata la tua vita” e dalle risposte osserviamo che quello che più si è modificato, oltre alla vita quotidiana, risulta essere l'alimentazione (“molto” 38%) e, solo in seconda battuta, le conoscenze sul mondo, le relazioni sociali, i rapporti con il marito/uomo (tutti con “molto” al 20%).

È indubbiamente interessante che nella percezione delle rispondenti un po' meno di metà delle risposte indichi che non sono cambiati “per niente” i rapporti sessuali, la contraccezione e la conoscenza del proprio corpo.

Tab. 5 – Quanto è cambiata la vita

	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbast.</i>	<i>Molto</i>	<i>Non risp.</i>	<i>Totale</i>
Rapporti con marito/uomo	33,8	5,2	3,9	19,5	37,7	100,0
Vita quotidiana	14,3	3,9	6,5	39,0	36,4	100,0
Rapporti sessuali	40,3	7,8	1,3	14,3	36,4	100,0
Contracezione	45,5	3,9	1,3	13,0	36,4	100,0
Conoscenza corpo	46,8	5,2	2,6	9,1	36,4	100,0
Conoscenze sul mondo	39,0	2,6	1,3	19,5	37,7	100,0
Relazioni sociali	31,2	7,8	5,2	19,5	36,4	100,0
Alimentazione	19,5	2,6	2,6	37,7	37,7	100,0

Riguardo ai pensieri, quello che cambia maggiormente è il ruolo della donna (“molto” 13% – il valore più alto; “per niente” 35% – il più basso), al quale sono associati i pensieri inerenti al piacere sessuale della donna (“molto” 10%) e al valore delle tradizioni (“molto” 10%); due dimensioni collegate probabilmente in senso inverso; ossia, tanto più le tradizioni si allontanano dai nuclei di identità dell'individuo, tanto più si modificano i pensieri sul piacere sessuale delle donne. Solo il 4% afferma di aver cambiato “molto” i pensieri sulla libertà di scegliere il marito. Delle tre persone che

hanno dichiarato di aver cambiato molto i loro pensieri riguardo a questi aspetti, nessuna appartiene alle nazionalità bengali e pakistana, dove i matrimoni combinati sono più frequenti.

Tab. 6 – Quanto sono cambiati i pensieri

	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbast.</i>	<i>Molto</i>	<i>Non risp</i>	<i>Totale</i>
Valore delle tradizioni	44,2	5,2	2,6	10,4	37,7	100,0
Valore della famiglia	46,8	3,9	1,3	9,1	39,0	100,0
Numero dei figli	41,6	5,2	3,9	9,1	40,3	100,0
Controllo delle nascite	46,8	1,3	3,9	7,8	40,3	100,0
Ruolo della donna	35,1	1,3	9,1	13,0	41,6	100,0
Piacere sessuale donna	44,2	1,3	2,6	10,4	41,6	100,0
Libertà di scegliere marito	53,2	2,6	1,3	3,9	39,0	100,0

6. La conoscenza linguistica

L'apprendimento linguistico è un indice di integrazione ed è la prima cosa che ogni migrante dovrebbe apprendere per poter vivere in armonia con il nuovo ambiente. Le persone del campione che conoscono poco o per niente l'italiano risultano purtroppo essere numerose (40%) e sono donne provenienti da paesi diversi e con formazione scolastica non sempre bassa. Ai tre quarti di coloro che non lo conoscono o che lo conoscono poco interesserebbe comunque frequentare un corso per imparare meglio Italiano.

I figli rappresentano il maggiore ostacolo per l'apprendimento linguistico: «piacerebbe, ma con 4 figli non ho tempo per studiare» (donna kosovara); «ho 7 gravidanze, non ho tempo ma lo farà quando bimbi crescono» (donna bangladesi); «vorrei ma lavoro e il pomeriggio ho i figli» (serba). Abbiamo chiesto allora se sarebbero interessate a frequentare un corso di italiano e la maggioranza ha indicato un'istituzione pubblica, l'università, un ente di formazione e alcune donne hanno risposto che vorrebbero partecipare a un corso ma solo se organizzato in casa di amici.

Le conoscenze linguistiche sono comunque molto presenti. Il 44% afferma di saper parlare in inglese come seconda lingua, il 20% circa il francese e, a seguire, quote decrescenti di donne parlano altre lingue. Sommando le percentuali si supera il 100% perché era possibile indicare più di un'altra lingua conosciuta, oltre alla lingua madre. Le donne hanno dunque mediamente indicato poco meno di due altre lingue (186%), il che non è sorprendente per migranti che in grande maggioranza dichiarano la conoscenza dell'italiano, in aggiunta alla lingua madre. Vi sono però donne che conoscono solo la lingua madre, in particolare moldave, rumene, bangladesi, albanesi, pakistane, bosniache, kosovare.

Tab. 7 – *Lingua madre e altra lingua parlata*

<i>Lingua madre</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Altra lingua</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Italiano	0	0	Italiano	58	75,3
Rumeno	8	10,4	Inglese	34	44,2
Inglese	6	7,8	Francese	14	18,2
Arabo	6	7,8	Dialetto tipico	7	9,1
Serbo	6	7,8	Russo	6	7,8
Spagnolo	5	6,5	Spagnolo	6	7,8
Urdu	5	6,5	Tedesco	4	5,2
Francese	4	5,2	Croato	3	3,9
Bengalese	4	5,2	Turco	2	2,6
Albanese	4	5,2	Arabo	2	2,6
Moldavo	3	3,9	Cinese	2	2,6
Kosovaro	3	3,9	Altra lingua	5	6,4
Russo	2	2,6	Totale	143	185,7
Turco	2	2,6			
Cinese	2	2,6			
Bosniaco	2	2,6			
Edu	2	2,6			
Altra lingua	13	16,9			
Totale	77	100,0			

Riguardo alle domande sulle lingue parlate in una serie di ambiti di vita, va innanzitutto segnalato che alcune donne non sono sposate, non hanno figli e, di conseguenza, non interagiscono con gli insegnanti. L'uso dell'italiano avviene in modo preponderante nella comunicazione quotidiana durante la spesa (68%) e dal medico (65%) (tab. 8). Con i figli invece viene usata prevalentemente la lingua madre (47%), ma anche l'italiano (9%) o un misto di lingua madre e italiano (22%). Più di metà delle donne comunica con il marito solo nella lingua madre (57%) e una situazione simile si registra per la comunicazione con gli amici. Con i parenti la comunicazione avviene quasi esclusivamente nella lingua madre (84%) e le donne che hanno figli che frequentano la scuola con gli insegnanti parlano in grande prevalenza in italiano.

Tab. 8 – *Lingue parlate nei diversi ambiti di vita*

<i>Lingue parlate</i>	<i>Figli</i>	<i>Parenti</i>	<i>Marito</i>	<i>Insegn.</i>	<i>Amici</i>	<i>Spesa</i>	<i>Medico</i>
Italiano	9,1	1,3	16,2	57,5	13,0	68,0	64,5
Lingua madre	47,3	84,4	56,8	15,0	39,0	10,7	7,9
Altra lingua	1,8	1,3	2,7	5,0	3,9	6,7	5,3
Italiano e lingua madre	21,8	7,8	13,5	2,5	27,3	4,0	1,3
Italiano e altra lingua	-	-	2,7	-	-	-	-
Lingua madre e altra	1,8	5,2	5,4	-	2,6	-	-
Ital., lingua madre e altra	1,8	-	1,4	-	9,1	1,3	-
Mediazione linguistica	1,8	-	-	2,5	-	-	14,5
Traduce familiare/amica	-	-	-	-	-	-	3,9
Non risposto	7,3	-	1,4	17,5	5,2	9,3	2,6
Totale	100	100	100	100	100	100	100
	55	77	74	40	77	75	76

7. Il lavoro, i diritti e la consapevolezza della disuguaglianza

Il grande problema delle donne straniere e fonte di isolamento sociale è la mancanza di un'attività lavorativa. Se il 17% si definisce casalinga e forse accetta di esserlo, ben il 44% delle casalinghe di fatto si dichiara disoccupata, volendo forse indicare una propensione positiva verso il mondo del lavoro. A parte un'esigua minoranza che ha un buon lavoro, la maggioranza delle lavoratrici è impiegata nei servizi alla persona (pulizia e anziani). La mancanza di un'attività lavorativa porta con sé la mancanza dell'autonomia economica; infatti, il 41% non dispone di un conto corrente bancario ed è dunque completamente dipendente dal marito.

Le casalinghe che hanno dichiarato di essere disoccupate, e quindi di voler inserirsi nel mondo del lavoro, di fatto però non hanno mai frequentato un corso professionale (83%) e solo il 40% ha partecipato a un corso di italiano. Il 10% ha comunque partecipato a corsi universitari e il 9% ad altri tipi di corsi.

Anche rispetto alle conoscenze legislative il marito è la fonte indiscutibile del sapere per ben un quarto delle donne. Il sindacato è quasi assente, come le organizzazioni umanitarie; la Polizia e la Questura hanno svolto un ruolo per 4 donne, così come le istituzioni scolastiche. Per le altre l'aiuto è stato offerto dai parenti/amici. Solo 7 donne dichiarano di aver ottenuto le informazioni in modo autonomo.

Il 65% delle donne non conosce la Costituzione e, se aggiungiamo il 19% che la conosce poco, arriviamo a un 84% di straniere residenti che non conoscono la legge fondamentale dello Stato italiano e quindi nemmeno i loro diritti e doveri.

Ben 66 donne hanno commentato la domanda: «Il diritto italiano prevede l'uguaglianza dei diritti/doveri tra gli uomini e le donne nella società. In che cosa l'hai potuto notare?» ed emerge una visione della realtà delle società di origine violentemente diseguale, dove la tradizione patriarcale rafforza i comportamenti degli uomini a prescindere dalla legge. Il confronto con la società italiana fa dunque comprendere in modo chiaro alle donne la natura discriminatoria della tradizione del Paese di nascita.

Alcune testimonianze emblematiche e commoventi: «in Bangladesh c'è la legge ma c'è disuguaglianza, è bello che qui in Italia sia diverso» (donna bangladesese); «anche da noi il diritto dice questo, ma non viene applicato, l'uomo è più potente e può fare quello che vuole, in Italia la legge viene rispettata» (donna marocchina); «in Camerun ci sono poche leggi a riguardo. In Camerun le donne non possono avere l'eredità. È gravemente ingiusto» (donna camerunese); «anche da noi, ma nessuno segue queste regole, il marito decide, si ha rispetto verso l'uomo» (donna bangladesese); «in Camerun la donna sa qual è il suo ruolo e non deve ribellarsi, invece in Italia non è così, la donna può rispondere male all'uomo» (donna camerunese); «in Italia la

donna ha più libertà, in Russia le donne hanno paura di divorziare» (donna russa); «la donna in Italia ha più libertà, ha gli stessi diritti dell'uomo, in Marocco se la donna viene trattata male non viene protetta da nessuno» (donna marocchina); «qui le donne sono molto più rispettate, ad esempio l'uomo porta le borse della spesa» (donna togolese); «per la politica le donne sono uguali e molto brave, in Senegal le donne per il lavoro non sono considerate» (donna senegalese); «sono qui da poco non so bene, in Pakistan gli uomini hanno più priorità» (donna pakistana).

Per quanto riguarda la domanda: «che cosa pensa tuo marito dell'uguaglianza dei diritti e dei doveri tra gli uomini e le donne nella società italiana?», in generale le risposte delle donne è molto positiva. Il quadro che dipingono è dominato da uomini che si comportano in modo paritario e rispettoso: «a lui piace che la legge venga rispettata qui in Italia» (donna serba); «a lui piace che uomo e donna sono uguali, dice che deve essere così anche in Kosovo»; «lui è d'accordo, è diverso dagli altri serbi»; «gli piace, vuole che io sia libera» (donna vietnamita); «marito pensa sia più bello qui, anche a lui non piace la disuguaglianza in Bangladesh»; «marito è cresciuto qui anche se marocchino, è molto onesto in queste cose altrimenti non l'avrei sposato»; «qui da 34 anni ed è femminista in certe cose»; «modernista, è più per la libertà delle donne e la loro indipendenza». Solo alcune sottolineano il perdurare del modello patriarcale: «gli piaceva più come in Marocco, essendo uomo gli conviene».

Essendo il marito il principale punto di riferimento, anche tutte le decisioni in merito ai figli o alla famiglia vengono prese assieme (“sempre” 74%, “spesso” 17%). L'8% dichiara invece una totale autonomia. I familiari del Paese di origine risultano ininfluenti.

Un dato confortante emerge dal 65% che dichiara di non aver mai avuto problemi in Italia in quanto donna straniera: «mai, anzi sono molto colpita dall'accoglienza»; «no, mai, mi hanno sempre aiutato, se dico una parola sbagliata nessuno mi prende in giro». Non mancano ovviamente difficoltà e atteggiamenti di diffidenza o discriminazione a causa dal velo islamico: «sì, io porto il velo e mi guardano male» (donna marocchina); «no, perché non porto il velo, le mie amiche che ce l'hanno hanno dei problemi» o perché di colore diverso: «spesso mi chiamano negra» (donna camerunense). Il lavoro sembra essere l'ambito in cui affiorano comportamenti penalizzanti per le donne: «i colleghi di lavoro mi trattano male, in certi uffici pubblici sento di essere trattata in modo diverso»; «sono stata discriminata soprattutto al lavoro».

Il calderone dell'immigrazione però a volte inghiottisce tutti, senza distinzione: «si percepisce freddezza chiacchiere, sono paragonata agli immigrati irregolari» ed è questa forse la più grande preoccupazione per le persone che vivono qui da molto tempo: «in università e in Sissa no mai, tutti siamo

“educati” e formati, in altri contesti ci trattano come immigrati illegali». L’illegalità è il più grande ostacolo e lo stereotipo che marchia infine tutta la popolazione straniera.

Dalle risposte alla domanda: “come vedi le donne occidentali?” in molti casi emergono considerazioni molto positive. Affiora la consapevolezza della differenza e delle opportunità che questo tipo di società offre alle donne e delle capacità e dei sacrifici che le donne fanno per rendersi autonome e indipendenti, pagando a volte anche a caro prezzo.

In altri casi la differenza aumenta la distanza e porta le donne a rinchiudersi nel proprio mondo culturale: «sono belle attive, comportamenti coccoli» (donna bengali); «mi piacciono, mi piace il fatto che lavorano, ma non mi piace come si vestono» (donna bengali); «sono meglio del Pakistan, lavorano duramente, invece in Pakistan dipendono dal marito, sono pigre» (donna pakistana); «le donne italiane sono più aperte, possono lavorare, bere, fumare, fare quello che vogliono» (donna cinese); «le donne italiane hanno una personalità forte, quelle marocchine seguono gli uomini» (donna marocchina); «forse più indipendenti nel mio paese le donne sono più per la casa, qui invece le donne si fanno sentire» (donna domenicana); «c’è la spinta verso l’indipendenza della donna, viene confuso con femminismo ma è giusto e positivo. Qui è molto frequente il femminicidio, mi fa paura l’idea di stare con un italiano, da dove vengo io gli uomini non uccidono le donne» (donna camerunense).

Al negativo i commenti riguardano le qualità e anche la paura di un mondo diverso: «più viziate» (donna rumena); «hanno molte relazioni superficiali» (donna pakistana); «con una cultura egoistica, ognuna pensa a sé stessa. Non c’è aiuto della comunità» (donna senegalese); «accetto il modo di vivere delle donne occidentali, ma preferisco mantenere le mie tradizioni» (donna bangladese). Non mancano coloro che non trovano differenze fra i diversi tipi di donne di mondi diversi perché: «siamo tutti esseri umani» (donna afgana).

Un dato davvero importante emerge dalle risposte riguardo alla comunità di cui la donna si sente più parte: il 40% non sente alcun sentimento di appartenenza “comunitario”, cui si può aggiungere l’8% che non risponde, forse perché non si riconosce negli “oggetti” di attaccamento proposti, ma non vuole dichiararlo esplicitamente. Circa il 25% prova senso di appartenenza all’Italia e un altro 20% verso i connazionali residenti. Le comunità religiose (cattolica e islamica) invece sembrano non creare un senso di solidarietà e riconoscimento collettivo, se non in poche intervistate (4 in tutto).

8. Le condizioni di salute e la capacità di scelta

Le modificazioni climatiche, alimentari e dello stile di vita sembrano non incidere sulla salute delle donne. Il 79% dichiara infatti “nessun cambiamento” e, tra le risposte che indicano cambiamento, prevalgono quelle che indicano l’insorgenza di nuove malattie (15%): allergie, problemi polmonari, un «prurito costante da quando vivo al centro di accoglienza» (donna bosniaca) e «il cambiamento climatico ha fatto peggiorare, a casa la mamma mi dava rimedi naturali per prevenire le malattie di stagione» (donna camerunese), Le altre donne affermano di «stare meglio» perché la «qualità di vita è migliore in Italia» o, addirittura, «sono venuta per essere curata di linfoma e ora sto bene» (donna moldava).

Quasi la totalità delle donne (91%) è iscritta al Sistema Sanitario Nazionale e, anche per questo, il medico di base è il supporto fondamentale per chi non è in salute (74%); segue, l’accesso al pronto soccorso (40%), mentre le altre istituzioni (consultori familiari) o le relazioni amicali sono quasi ininfluenti.

Quasi metà delle intervistate (45,5%) si reca sempre da sola in ospedale o dal medico (“spesso” 10%). Le donne che hanno risposto che vanno sempre da sole provengono per lo più dai Paesi dell’Est (in particolare Serbia). Il 33% risponde che è sempre accompagnata dal marito e il 17% da un mediatore interculturale.

Tab. 9 – Con chi va dal medico o in ospedale

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre	Totale
Da sola	41,6	2,6	10,4	45,5	100,0
Marito	28,6	22,1	16,9	32,5	100,0
Mediatore	79,2	1,3	2,6	16,9	100,0
Familiari	87,0	5,2	2,6	5,2	100,0
Figlio/a	94,8	2,6	-	2,6	100,0
Amiche	94,8	1,3	3,9	-	100,0
Altro accompagnatore	98,7	-	-	1,3	100,0

Le patologie che colpiscono maggiormente sono le malattie infettive (66%) e ginecologiche (21%), tutte le altre sono residuali e nessuna indica la depressione. Il 68% prende farmaci e una quota residuale del 10% utilizza le erbe; nessuna usa farmaci omeopatici.

Il 47% delle donne non è mai andata in un consultorio e, se pensiamo che il consultorio segue le donne in gravidanza e nei loro percorsi di salute, è sconcertante apprendere che il 29% non sa nemmeno che cos’è. Viene detto «ho provato il corso pre-parto, ma nessuno parlava inglese e così l’ostetrica ha organizzato incontri privati per me e mio marito» e comunque nessuna donna ha avuto informazioni sulla contraccezione o si è rivolta al consultorio per averne.

Un po' meno del 30% delle intervistate non ha ancora figli e la maggioranza ne ha uno o due. Solo 8 donne hanno 3 o più figli. Il 57% si trova in ospedale per una gravidanza e la voglia di maternità è espressa da quasi metà delle rispondenti (solo 2 hanno risposto "non so" o non hanno risposto).

Più di metà del campione (53%) non usava contraccettivi nel paese di origine, il 29% usava il preservativo, l'8% la pillola e il 5% praticava l'astinenza sessuale. Il 38% delle donne dichiara di aver scoperto in Italia nuovi sistemi di contraccezione e, nonostante ciò, il 46% dichiara di non usare niente (solo il 7% ha iniziato a usare un contraccettivo da quando è venuta in Italia). Cresce di poco la spirale (da una donna a 5) e la pillola. Il preservativo continua a essere il metodo più diffuso (25%).

Così come nel caso delle scelte di vita della famiglia, il marito è sempre coinvolto nella vita delle rispondenti e anche ovviamente in quella intima (tolte le donne non sposate, e un po' più del 10% che non rispondono pur essendo sposate, la percentuale arriva al 98%).

Togliendo le poche donne non sposate e il 20% che non ha risposto pur essendo sposata, solo il 9% dichiara che il marito non è d'accordo (completamente o un po') sulla scelta della contraccezione; nel 77% dei casi è invece molto d'accordo e nell'11% abbastanza. Presumendo qualche reticenza ad ammettere un eventuale disaccordo, si può ritenere che il mancato accordo con il marito possa essere in realtà un po' più presente di quanto appare.

Secondo le donne intervistate la pillola riscontra un certo successo fra le altre straniere che frequentano (42%) e anche la spirale (18%). Il preservativo si attesta al 30%. Dalle risposte precedenti sembra che le rispondenti siano meno favorevoli all'uso dei contraccettivi rispetto alle altre donne con cui si relazionano e che appartengono alla stessa comunità culturale.

La percentuale di mancate risposte alla domanda sulla decisione riguardo all'uso del contraccettivo è piuttosto significativa (35%). Fra chi risponde, il 78% afferma che è la donna a decidere e il 16% che la decisione viene presa in accordo tra moglie e marito. Il numero di aborti volontari tra le donne frequentate non è molto elevato; personalmente, il 14% delle intervistate ha avuto un aborto e solo il 4% due aborti, rivolgendosi in maggioranza al Burlo Garofolo per interrompere la gravidanza.

9. I rapporti con le istituzioni sanitarie

Per quanto riguarda i rapporti con le istituzioni sanitarie, la percentuale di donne che dichiara di non avere subito alcuna discriminazione arriva all'88%. Se il 12% ha risposto di aver subito qualche forma di discriminazione, la totalità nega comunque di aver subito violenza all'interno delle strutture sanitarie. La quasi totalità delle rispondenti afferma anzi di sentirsi

“accudita” (94%); solo una donna si è sentita maltrattata, 2 donne hanno dichiarato “indifferenza” e altre 2 non rispondono alla domanda⁷.

Quasi la totalità delle risposte indica nella lingua il principale problema di comunicazione con gli operatori sanitari. Alcune rispondenti osservano che gli operatori dimostrano molta pazienza anche nei confronti di chi non conosce l’italiano: «con chi non parla bene la lingua gli operatori del Burlo sono molto pazienti e si prendono il tempo per spiegare le cose», alle volte però «quando i medici parlano usano termini troppo difficili e non si capisce cosa hai, non spiegano e non hanno tempo»; comunque, come afferma una signora serba «le straniere dovrebbero sforzarsi di parlare italiano».

Gli aspetti culturali, pur presenti, sembrano non essere così rilevanti, solo una donna dice: «cultura diversa, tipo in Cina le donne che partoriscono devono stare a casa e qui non lo capiscono».

Il 58% considera la presenza del mediatore importante nel rapporto medico-paziente. Il 33% non ha mai voluto usufruirne. Solo una donna è contraria alla loro presenza e 6 donne non rispondono. In una risposta si evidenzia il difficile rapporto che può instaurarsi fra un mediatore che vive nella comunità e le utenti: «ora la mediatrice è fantastica, ma quella precedente era cattiva e mi minacciava. Ho un messaggio che dice che se non vado con lei alle visite verrò bannata dall’associazione dei mediatori e sarò scoperta nelle visite, in più non parlava bene l’inglese».

Per le donne che hanno espresso un giudizio, l’attuale assistenza ospedaliera va «bene così»; «fate già tanto»; «niente di più, mi trattano troppo bene». I giudizi sono tanti ed estremamente positivi, soprattutto se comparati con il sistema sanitario del paese di origine e la gratitudine emerge anche per la gratuità del SSN: «non so, va già bene l’atteggiamento dei medici è migliore rispetto alla Moldavia»; «benissimo così, anzi mi aspettavo molto peggio a causa delle esperienze in Serbia»; «non so, perché non vedo problemi, mi sono trovata tanto bene al Burlo»; «niente, anzi vi comportate troppo bene. Nel mio Paese non abbiamo l’opportunità di avere tutto gratis e dove ti trattano bene. A Santo Domingo muoiono tante persone perché non hanno i soldi per andare in ospedale».

La consapevolezza dell’assistenza gratuita e uguale per tutti però non è sempre presente. In certe osservazioni leggiamo critiche verso il personale sanitario e l’organizzazione: «alcuni dottori non sono professionali e trattano male, se sei giù di morale alcuni non riescono a farti sentire meglio»; «trattare le pazienti straniere bene come le altre senza problemi di pelle o colore»

⁷ Sarebbe interessante in questo caso, come del resto anche negli altri, confrontare le risposte delle donne attraverso un questionario autosomministrato (tradotto nelle diverse lingue) o in spazi sociali diversi per verificare l’influenza dell’ambiente ospedaliero (le intervistate in questa ricerca ricordiamo infatti sono tutte pazienti presenti in reparto) e della presenza dell’intervistatore.

(donna nigeriana); «velocizzare le parti burocratiche e dare informazioni più chiare» (donna Moldava).

Altre dichiarazioni riguardano il problema linguistico: «aiutare chi non parla italiano con i mediatori e corsi di lingua. Se una persona non sa parlare italiano viene abbandonata e nessuno va a parlare con lei in ospedale quando è ricoverata perché le mediatrici non possono stare sempre lì» (donna albanese); «cercare di parlare anche altre lingue oltre all'Italiano» (donna croata). Le critiche però sono mitigate dai giudizi negativi verso le donne straniere per la loro poca volontà all'integrazione: «bisognerebbe imporre alle pazienti di imparare l'italiano cose basiche»; «sono le donne a doversi integrare di più», oppure «le pazienti devono imparare la lingua del posto!».

10. La pratica della mutilazione dei genitali femminili⁸

Visto il numero esiguo di interviste a donne che appartengono a una tradizione dove sono diffuse le MGF, daremo una interpretazione complessiva e non analitica delle loro risposte.

Anche se nel campione le donne provenienti da paesi a rischio sono rappresentate da 16 casi, solo 7 donne dichiarano di appartenere a una tribù dove la pratica delle MGF è diffusa. Infatti, la pratica ha una connotazione squisitamente tribale e i confini della sua diffusione sono rappresentati per lo più dal territorio di insediamento della comunità di appartenenza, piuttosto che da quella di un intero stato – con esclusione di alcune realtà come l'Egitto (Colombo e Scoppa, 2006). Le tribù citate sono: Edu, Ibo (Nigeria); Bamunka, Bamileke, Beti (Camerun), Kisii (Kenia).

Delle sette donne che conoscono le MGF, quattro hanno affermato di essere tagliate: tre nigeriane e una keniota, tutte di religione cattolica (la religione infatti non è determinante nella tradizione delle MGF); tutte hanno subito la pratica da bambine e tre addirittura a meno di 6 mesi.

La donna camerunese è scappata dal suo Paese per fuggire alla mutilazione e ha ottenuto uno status di protezione internazionale; infatti, è l'unica che risponde alla domanda “Le persone italiane con cui sei in contatto ti hanno mai fatto domande e se sì, chi?” e afferma la “Commissione europea”.

Quasi nessuna delle rispondenti pensa che essere portatrice di una mutilazione impedisca la piena integrazione in Europa, anche se la maggioranza non sa rispondere.

Riguardo alla salute, le donne pensano che la pratica porta o può portare problemi principalmente nei rapporti sessuali, all'apparato urogenitale e problemi psicologici di tipo emotivo. Solo in un caso vengono citati problemi

⁸ Nel questionario si è scelto di utilizzare la parola escissione/infibulazione e non mutilazione dei genitali femminili per non offendere le persone che hanno subito la pratica o degradarle ulteriormente.

durante la gravidanza e il parto, probabilmente perché nelle aree culturali di provenienza di queste rispondenti non è diffusa l'infibulazione, bensì pratiche mutilatorie più lievi che compromettono di meno la loro salute.

Una donna camerunese che vive da 13 anni in Italia riferisce che, pur essendo vietata dalla legge e anche vietato portare le bambine all'estero, di fatto viene eseguita: «è vietata, anche giù, ma la fanno lo stesso». Questa segnalazione dovrebbe allertare i servizi socio-sanitari e giustifica l'importanza di ulteriori approfondimenti per comprendere la gravità del fenomeno. La donna concorda anche che bisogna denunciare chi commette reato, le altre donne invece sono più propense a parlare con il pediatra o con la famiglia o, più in generale, rivolgersi ad altri, anche perché sono pratiche "tribali" in cui, fra l'altro, «la religione non c'entra».

Le quattro donne tagliate hanno subito la pratica nel loro Paese e due in ospedale da un medico. Anche se la medicalizzazione della MGF è scoraggiata dalle istituzioni internazionali, secondo una strategia globale elaborata in collaborazione con le principali parti coinvolte, comprese le Nazioni Unite, gli organismi professionali della salute, i governi nazionali e le ONG (WHO, 2010), purtroppo continua a essere presente.

L'unica donna che ha qualche ricordo è la keniota che ha subito il taglio da bambina, ma afferma: «nessun significato, non capivo», comunque le sensazioni che ha vissuto sono riconducibili a uno stato emotivo di "paura, terrore", accompagnati dalla "rabbia" e dalla "rassegnazione" dopo l'operazione. L'atteggiamento dichiarato è di "comprensione" nei confronti dei familiari che hanno permesso che ciò avvenisse e solo una donna del Camerun parla di «aggressività e conflitto». Per quanto riguarda la salute, nessuna intervistata riferisce di aver avuto problemi fisici o psicologici dopo l'operazione (cfr. Morrone e Sannella, 2010).

La scoperta della mutilazione in coloro che sono state tagliate da bambine è sempre uno shock e i luoghi e i momenti sono molto importanti nel vissuto delle persone. Una nigeriana afferma di averlo scoperto «quando sono venuta in Europa», l'altra di averlo saputo «dal racconto di mia madre», l'altra nigeriana ancora «a scuola parlando con le altre bambine». Gli uomini per contro sono "disinteressati" a questi argomenti poiché li identificano con i problemi delle donne.

Sulle motivazioni emerge sempre il concetto di tradizione che nella percezione delle persone è così interiorizzato da risultare inconsapevole e al limite dell'incomprensibile: «si è sempre fatto così» (donna camerunese); «non so, è una cosa stupida che non capisco» (donna nigeriana), «una mia amica nigeriana ce l'ha, ma non so perché viene fatta» (donna camerunese), ma anche concetti che rapportano il ruolo della donna a fertilità e procreazione: «per tradizione, fanno un taglio un po' al clitoride per benedire la terra con il sangue. Si benedice la terra dove sono sepolti tutti i parenti» (donna keniota) (cfr. Mor-

rone e Vulpiani, 2004). Infine, in merito al tipo di azioni da condurre per contrastare la pratica, il suggerimento è organizzare “cortei” e lavorare con le “associazioni”, ma solo nei paesi di origine (donna camerunese).

11. Conclusioni

Come descritto in precedenza, il campione di donne osservate per la ricerca INTEGRA nei reparti dell’ospedale Burlo Garofolo è molto eterogeneo culturalmente e riflette le caratteristiche dell’immigrazione del nostro Paese. Le donne di recente immigrazione sono meno scolarizzate delle altre. Sono tutte in età fertile e immigrate per ragioni familiari, a parte pochi casi per questioni di lavoro o richiedenti asilo politico. A differenza delle loro madri risultano meno propense all’attività lavorativa e vivono l’esperienza della famiglia in modo totalizzante; il marito è il punto di riferimento fondamentale della loro vita, anche dal punto di vista della loro salute. Il matrimonio forzato/combinato è prassi per più di un quarto del campione e per la totalità delle donne bangladesi, pakistane e kosovare è un costume abituale. Le transazioni economiche durante il matrimonio (dote, *brideprice*) non sono presenti, ma rimane un vincolo di sottomissione della donna anche nei matrimoni laici e ancor più in quelli religiosi. Quelle che si dichiarano disoccupate di fatto non hanno mai (o quasi) frequentato un corso di formazione professionale o un corso di italiano.

Il marito è sempre il tramite del loro rapporto con il mondo sociale e fonte indiscutibile di ogni valore. Il percorso migratorio ha mutato molti dei loro pensieri (per le donne bangladesi e pakistane invece non ha influito per niente), soprattutto sul ruolo della donna nella società, e le ha aiutate a comprendere quanto il concetto di cultura e di tradizione sia intrinsecamente legato alla condizione di sottomissione della donna. Molte affermano di provenire da paesi dove sono negati i diritti alle donne e, a questo proposito, sono commoventi alcune testimonianze del modo in cui esse vedono la donna in Occidente («le donne in Italia hanno la libertà»). Nonostante i cambiamenti di vita e di conoscenze, quasi metà del campione non usa contraccettivi – così come non li usava prima della migrazione. Pur essendo perfettamente a conoscenza del modo in cui funziona l’ospedale, quasi metà delle intervistate non è mai stata seguita da un consultorio (il 29% non sa nemmeno cos’è).

Per quanto riguarda la pratica delle MGF, le donne tagliate e quelle che provengono da paesi a rischio sottolineano quanto la tradizione sia purtroppo ancora viva in certe comunità che risiedono in Europa.

Riferimenti bibliografici

- Bezzi C. (2015), *Domanda e ti sar  risposto. Costruire e gestire il questionario nella ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Boyle E.H., McMorris B.J., Gomez M. (2002), *Local conformity to international norms: The case of female genital cutting*, «International Sociology», 17 (1).
- Caselli M. (2005), *Indagare col questionario. Introduzione alla ricerca sociale di tipo standard*, Vita e Pensiero, Milano.
- Colombo D., Scoppa C. (2006), *Moolaad . La forza delle donne*, Feltrinelli, Milano.
- Degani P., De Stefani P., Urpis O. (cur.) (2009), *Mutilazioni genitali femminili e diritti umani nelle comunit  migranti*, AIDOS, Roma.
- Delli Zotti G. (2018), *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficolt  e buone pratiche*, EUT, Trieste.
- De Rose C. (2017), *L'indagine campionaria e il sondaggio d'opinione. Metodi quantitativi della ricerca sociale*, Carocci, Roma.
- Di Cesare D. (2017), *Stranieri residenti*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Farina P., Ortensi L.E. (2014), *The mother to daughter transmission of female genital cutting in emigration as evidenced by Italian survey data*, «Genus», 70 (2).
- HEIGE (2016), *Rapporto*, Ufficio pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.
- Huber J. (2007), *On the Origins of Gender Inequality*, Paradigm, Boulder.
- Hobsbawn E. e Ranger T. (1989), *L'invenzione della tradizione*, Torino, Einaudi.
- Huber J. (2007), *On the Origins of Gender Inequality*, Paradigm, Boulder.
- IDOS (2018), *Dossier Statistico Immigrazione*, IDOS, Roma.
- Blank K. e R sslhumer M. (2015), *Manuale formativo sulla violenza di genere per gli operatori sanitari*, Austrian Women's Shelter Network, Vienna.
- Lombardi L. (2018), *Riproduzione e salute nella societ  globale*, Maggioli, Rimini.
- March G., Olsen J.P. (1992), *Riscoprire le istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- Morrone A., Sannella A. (2010), *Sessualit  e culture. Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- Morrone A., Vulpiani P. (2004), *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualit  e mutilazioni dei genitali femminili in Europa*, Armando, Roma.
- Pasquinelli C. (2007), *Infibulazione. Mutilazioni sessuali e diritti umani*, Meltemi, Milano.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Serughetti G. et al. (2014), *Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre*, Le Onde Onlus, Palermo.
- Urpis O. (1999), *Le pratiche di mutilazione sessuale femminile e la formazione di un'identit  negata*, «Il reo e il folle», 8.
- Urpis O. (2018), «Salute sessuale e cultura patriarcale: le esperienze delle donne», in Delli Zotti G. (cur.), *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficolt  e buone pratiche*, EUT, Trieste.
- WHO (2010), *Global strategy to stop healthcare providers from performing female genital mutilation*, WHO Document Production Services, Geneva.
- Van Baelen L., Ortensi L.E., Leye E. (2016), *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, «The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care», 21 (6).

Salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti e integrazione nella società in Slovenia

di Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen, Igor Karnjuš*, Jana Čelhar, Jana Prosen e Martina Podobnik**

1. Introduzione

Negli ultimi decenni i modelli migratori sono cambiati radicalmente, specialmente se si considerano le modifiche nei fattori “*push*” e “*pull*” (Prosen *et al.*, 2017; Adanu e Johnson, 2009). Oltre ai bambini e ai minori non accompagnati (Prosen, 2015b), le donne sono probabilmente uno tra i gruppi di migranti più vulnerabili. Jayaweera (2018) riferisce che attualmente le donne rappresentano poco meno della metà dei migranti internazionali a livello globale, ma con grandi differenze regionali. In Europa le donne migranti sono più numerose dei migranti maschi. Secondo i dati sui flussi migratori, inoltre, le donne, rispetto agli uomini, più spesso migrano per ricongiungersi con membri della famiglia, molto più raramente per richiedere asilo. Le donne costituiscono anche una percentuale significativa tra i migranti privi di documenti (Smith *et al.*, 2016; Jayaweera, 2018).

Al giorno d’oggi le migrazioni rappresentano un fattore da prendere senza dubbio in considerazione nell’esaminare le problematiche relative alla salute delle donne e Adanu e Johnson (2009, p. 180) sottolineano che gli effetti della migrazione sulla salute delle donne possono essere molto diversi tra loro. Si può infatti verificare tanto un peggioramento quanto un miglioramento della salute di una donna. L’effetto sulla salute è infatti definito dalle condizioni in cui si è verificata la migrazione (fattori *push* e *pull*), dal grado di integrazione, dallo status sociale della donna e dalle prevalenti condizioni di salute nel paese d’arrivo.

Le donne sono più esposte rispetto agli uomini ai rischi per la salute derivanti dalla migrazione e dai processi migratori. Le ragioni di tale disparità sono multi-fattoriali e spesso difficili da districare (Schmidt *et al.*, 2018). Jayaweera (2018) sottolinea che vi è un’abbondanza di prove del fatto che le donne vivano la migrazione in modo diverso rispetto agli uomini. Le barriere

* Facoltà di Scienze della Salute e (C. Modica) Facoltà di Studi Umanistici, Università del Litorale di Capodistria.

** Reparti di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Postumia.

linguistiche, la perdita dei meccanismi di sostegno sociale, una lunga separazione dalla famiglia, ma anche abusi sessuali e altre esperienze traumatiche sono solo alcuni dei fattori di rischio che influenzano lo stato di salute già fragile delle donne migranti. Inoltre, l'isolamento sociale, la discriminazione e il peso delle circostanze sociali ed economiche non fanno che peggiorare l'emarginazione (Ruppenthal *et al.*, 2005; The Lancet Public, 2018; Schmidt *et al.*, 2018). In questo contesto, la risposta del sistema sanitario alle esigenze specifiche delle donne migranti si basa sulla sua capacità di identificare e dare priorità a tali esigenze e ai rischi associati (Ruppenthal *et al.*, 2005). Tuttavia, per rispondere a tali esigenze, gli operatori sanitari stessi devono sviluppare una certa consapevolezza culturale e il desiderio di sviluppare competenze interculturali (Prosen, 2018).

Tutti gli stati membri dell'Unione Europea hanno legalmente riconosciuto il diritto al più alto livello di salute raggiungibile per tutta la popolazione. Tuttavia, la migrazione, per diversi motivi, può comportare uno scarso o difficile accesso ai servizi di assistenza sanitaria, ponendo una questione non di poco conto, vale a dire se l'erogazione dei servizi sanitari rispetti anche il background culturale della paziente (o del paziente). In caso contrario, infatti, le disuguaglianze in campo sanitario sono inevitabili. Perseguire l'equità sanitaria significa dunque puntare ad assicurare il più alto livello possibile di salute per ogni individuo e prestare particolare attenzione ai bisogni di assistenza sanitaria delle persone più vulnerabili. Ciò include anche l'erogazione di assistenza sanitaria culturalmente competente (Prosen, 2015b; Prosen, 2015a; Prosen, 2018).

Nell'attuale contesto politico e sociale, che spesso trascura i bisogni e la vulnerabilità dei migranti, in particolare se donne, accademici e sostenitori della salute pubblica hanno un ruolo importante. La ricerca accademica può infatti contribuire con importanti informazioni alla discussione, alla progettazione delle politiche e dei programmi (The Lancet Public, 2018). Pertanto, i risultati del progetto INTEGRA svolgono un ruolo vitale nel raggiungimento dell'uguaglianza, cioè nel combattere le disparità sociali e sanitarie.

Uno dei principali obiettivi del progetto INTEGRA è infatti riconoscere e identificare i problemi delle donne migranti dal punto di vista della loro salute sessuale e riproduttiva, comprese le pratiche e gli usi propri delle diverse culture, nonché analizzare l'integrazione sociale, che non riguarda solo lo stato di salute, ma anche la qualità della vita percepita nel paese ospitante. Le informazioni raccolte rappresentano dunque la base per formare e strutturare politiche o linee guida per gli operatori sanitari in ambienti clinici perché possano sviluppare conoscenze e competenze per assicurare cure culturalmente competenti.

2. Aspetti metodologici

La ricerca, in conformità con il progetto INTEGRA e coordinamento tra i partner, si basa su una combinazione di metodologia qualitativa e quantitativa. Il design della ricerca con l'uso dei metodi misti si avvale delle varie opportunità per la raccolta dei dati e arricchisce la comprensione. La combinazione di entrambi i paradigmi aumenta il valore del design della ricerca che utilizza principalmente tecniche quantitative e metodi di misurazione (Mažgon, 2006; Schutt, 2011; Tariq e Woodman, 2013). È anche un design di ricerca sempre più utilizzato nelle scienze sociali, sia in campo applicativo e d'azione che in campo scientifico di base, perché è sempre più ovvio che il legame tra epistemologico e ontologico non è più così rigido (Lobe, 2006). Nel caso del progetto INTEGRA è stato usato il design della triangolazione simultanea (Lobe, 2006), con il quale volevamo aumentare la validità dei risultati e guardare alla salute delle donne migranti e al loro mondo sociale da diverse prospettive. Flick (Hammersley, 2008, p. 28) sostiene che l'uso di metodi diversi non fornisce solamente diversità di informazioni sullo stesso oggetto di ricerca, ma costruisce anche il mondo in modi diversi. In termini di comprensione della salute e dell'assistenza sanitaria, il design che promuove l'uso di metodi misti nella ricerca ha il potenziale di cogliere i benefici e bilanciare le debolezze di entrambi gli approcci, e può essere particolarmente forte nell'affrontare argomenti complessi e multidimensionali relativi alla salute e alla fornitura dell'assistenza sanitaria (Tariq e Woodman, 2013).

Nella parte quantitativa della ricerca, è stato utilizzato un campione di convenienza di donne migranti disposte a partecipare e per la parte qualitativa un campione finalizzato. Quest'ultimo è spesso definito anche come campione selettivo dove il ricercatore sceglie consapevolmente determinati partecipanti, elementi o eventi da includere nella ricerca. Nella ricerca qualitativa, i ricercatori selezionano esempi ricchi di informazioni cioè quelli che conoscono di più riguardo al fenomeno studiato (Burns e Grove, 2009; Steen e Roberts, 2011). In confronto con il campione finalizzato, il campione di convenienza viene definito come quello in cui i partecipanti sono coinvolti in base alla loro disponibilità in un determinato luogo e momento (Burns e Grove, 2009; Rovai, Baker e Ponton, 2014; Steen e Roberts, 2011). Entrambi i metodi di campionamento hanno vantaggi, ma anche dei punti deboli; in particolare con questi metodi di campionamento i risultati non possono essere generalizzati, cioè esiste il problema della loro rappresentatività (Burns e Grove, 2009; Rovai *et al.*, 2014), ma dato lo scopo e la natura del progetto, questa restrizione non è essenziale.

L'inclusione nel campione della parte qualitativa è stata determinata dai seguenti criteri: la disponibilità a partecipare volontariamente alla ricerca, la capacità di superare la barriera linguistica e la saturazione dei dati. Le interviste con le donne migranti ospedalizzate sono state condotte nel periodo dal

24 gennaio al 30 aprile 2018, mentre il sondaggio è durato dal 24 gennaio al 30 settembre 2018.

Lo strumento di ricerca utilizzato nella parte quantitativa è un questionario semi-strutturato sviluppato dal Lead Partner (Università di Trieste, Dipartimento di Scienze politiche e sociali) inviato nel gennaio 2018. La versione italiana è stata tradotta in sloveno e adattata al contesto culturale sloveno e al sistema sanitario della Repubblica di Slovenia.

Alle partecipanti che hanno accettato di compilare il questionario è stata somministrata la versione del questionario che conteneva anche le domande sulla mutilazione degli organi sessuali (versione lunga), oppure la versione senza questo contenuto (versione corta). La decisione sulla somministrazione della versione corta o lunga del questionario si prendeva sulla base all'anamnesi ginecologica o della proveniva da un paese ad alto rischio di tali pratiche culturali. Nonostante il questionario contenesse alcune informazioni scritte, altre informazioni sono state fornite alle partecipanti oralmente prima che iniziassero la compilazione (scopo e obiettivi della ricerca, istruzioni su come compilare la scheda, ecc.). Inoltre, è stata offerta assistenza da parte del personale sanitario o dei ricercatori se le partecipanti riscontravano difficoltà di comprensione del contenuto del questionario o con la sua compilazione. Dopo averli compilati, i questionari sono stati restituiti al personale sanitario o ai ricercatori che li hanno custoditi in una speciale scatola protetta fino all'analisi dei dati. Finita l'analisi, i questionari sono stati posti in una cartella in un armadio protetto alla Facoltà di scienze della salute, Università del Litorale. I questionari verranno distrutti dopo sette anni.

Per la parte qualitativa è stata usata l'intervista semi-strutturata. Questa forma di intervista usa il "contenuto prescritto" il che consente al ricercatore di ridurre i possibili pregiudizi che possono emergere durante l'intervista e allo stesso tempo permette di mantenere un'"uniformità di stimolo" per tutti gli intervistati (Quinn Patton, 2015). Le interviste sono state audio-registrate e ogni registrazione è stata trascritta e identificata con lo stesso codice di identificazione. Nella trascrizione delle registrazioni i nomi delle persone, istituzioni, luoghi, ecc. sono stati rimossi e le parti omesse sono state evidenziate. Alla fine, le trascrizioni sono state ricontrollate con il contenuto dell'intervista audio-registrata.

Le interviste si basano sul questionario usato come strumento di ricerca nella parte quantitativa. In base al questionario è stata realizzata una "guida per le interviste" composta da tre parti principali: (1) dati socio-demografici e altri dati che fanno parte dell'anamnesi ginecologica e ostetrica; (2) domande per l'intervista e (3) confessione personale – opinioni ed esperienza. La seconda parte, che era la più ampia, includeva i seguenti sottogruppi di domande: (i) background culturale: tradizioni, famiglia e società; (ii) processo migratorio: tradizione, famiglia e società; (iii) mutilazione degli organi

sessuali femminili (parte selettiva, si individuava se esisteva un rischio o sospetto riguardo le mutilazioni nella donna); (iv) matrimoni forzati; (v) atteggiamento verso la propria salute e il personale sanitario. L'ultima parte veniva compilata dall'intervistatore e comprendeva due parti: (i) caratteristiche dell'intervista (lingua utilizzata, presenza di un interprete, data, durata, luogo, codice dell'intervista e nome dell'intervistatore) e (ii) una riflessione dell'intervistatore dopo aver concluso l'intervista.

Nella prima fase il questionario è stato tradotto dall'italiano in sloveno. La traduzione è stata effettuata da un ricercatore dotato di conoscenza della lingua Italiana e con background professionale nel settore sanitario. Successivamente un gruppo di cinque ricercatori ha valutato in due turni la traduzione, la chiarezza e la comprensibilità delle domande in sloveno. Dopo aver esaminato il questionario, il gruppo ha suggerito alcune modifiche minori per aumentare la comprensione delle domande e migliorare l'adattamento dei contenuti al contesto culturale sloveno e all'organizzazione del sistema sanitario della Repubblica di Slovenia. Il questionario è stato adattato alla ricerca qualitativa (le domande sono state conservate, sono state escluse solo le possibili risposte, diventate potenziali sotto-domande nell'intervista).

La versione finale della guida per le interviste conteneva 77 domande. Le domande si riferivano alla cultura, per esempio "Com'è stata la sua vita prima di venire in Slovenia?", alle migrazioni, per esempio "Chi vi ha aiutato nell'processo dell'integrazione nella vita quotidiana in Slovenia?", alle mutilazioni degli organi sessuali femminili, per esempio "Quali sentimenti ed esperienze erano presenti prima, durante e dopo l'intervento?", ai matrimoni forzati, per esempio "Esistono matrimoni forzati nel vostro paese di origine?" e alle relazioni interpersonali con il personale sanitario, per esempio "Il sesso di un operatore sanitario è un fattore che influisce sul sentirsi a proprio agio durante la visita medica?".

Tutti i partecipanti sono stati informati sulle finalità, gli obiettivi e i metodi di ricerca utilizzati e sono state sottolineate sia la tutela dell'anonimato che il carattere volontario della partecipazione alla ricerca. Le donne che hanno deciso di partecipare allo studio qualitativo hanno dato il loro consenso scritto. Il loro nome è stato sostituito da un codice composto da abbreviazione dell'acronimo progettuale, età, numero di figli e prime due o tre lettere del paese d'origine.

La ricerca è stata condotta nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki-Tokyo (World Medical Association, 2013), del Codice Etico Infermieri e Assistenti infermieri della Slovenia (2014) e le raccomandazioni per l'etica nella ricerca quantitativa (British Sociological Association, 2002). La ricerca è stata approvata dalla Commissione per l'Etica Medica della Repubblica di Slovenia (26. 10. 2017; 0120-544/2017/7).

L'analisi dei dati quantitativi è stata eseguita utilizzando il software SPSS ver. 23 (Statistical Package for Social Sciences, Chicago, IL, USA), utilizzando statistiche descrittive monovariate (frequenze, percentuali, valori medi, minimo e massimo).

L'analisi qualitativa è stata eseguita utilizzando il software NVivo ver. 12 (QRS International, Victoria, Australia). Le trascrizioni sono state analizzate con il metodo dell'analisi del contenuto; in specifico, l'analisi tematica seguendo i seguenti passi: lettura molteplice delle trascrizioni, codificazione dei dati, combinazione di codici in categorie e derivazione dei singoli temi dalle categorie (Flick, 2002; Gibson e Brown, 2009; Matthews e Ross, 2010; Riessman, 2008; Sandelowski, 2000; Smythe, 2012).

3. Risultati

3.1 Analisi del questionario

Il campione di convenienza comprendeva 52 donne. L'età media delle partecipanti è 32,5 ($\sigma=8,1$). La più giovane aveva 19 anni e la più anziana 56. La fig. 1 mostra il numero di intervistate secondo il paese di nascita e la fig. 2 secondo la nazionalità.

Fig. 1 – Paese di nascita

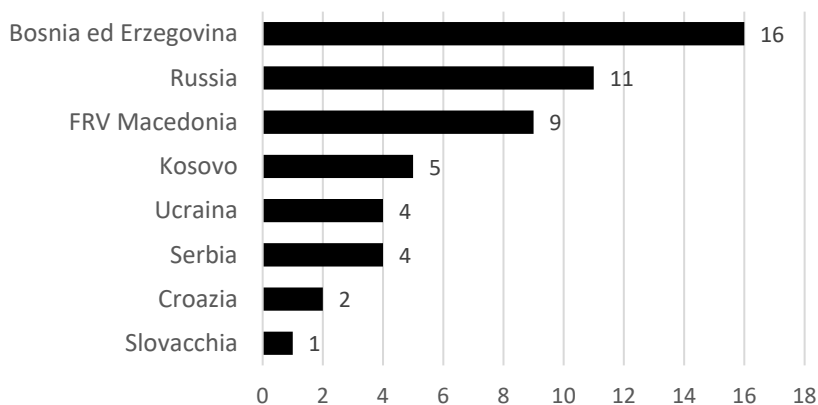
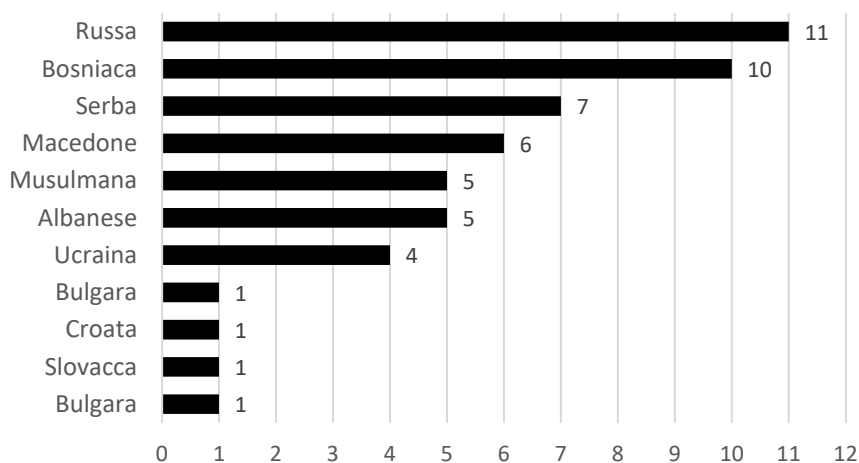


Fig. 2 – Nazionalità



Per quanto riguarda l'istruzione, il 38,5% (n=20) ha completato la scuola superiore e il 34,6% (n=18) la laurea di primo livello. Metà delle intervistate si sono dichiarate di confessione ortodossa (n=26); seguono le donne di religione islamica (36,5%; n=19), mentre due (3,8%) si considerano atee.

La maggior parte delle intervistate (n=32) è emigrata negli ultimi 5 anni (2014-2018). Per oltre la metà, il motivo della migrazione era il ricongiungimento a un membro della famiglia (55,8%; n=29); per 11 (21,2%) trovare lavoro, per altre due (3,8%) la volontà di studiare in Slovenia. Dieci donne (19,2%) sono emigrate in Slovenia per sposarsi. La maggior parte risiede in aree urbane (71,2%; n=37), le altre in zone rurali. L'età media all'arrivo in Slovenia era 27,5 anni ($\sigma=7,2$); la donna più giovane aveva 17 anni e la più anziana 53. Quarantasette donne (90,4%) non hanno la cittadinanza slovena, quattro affermano di avere la cittadinanza slovena (7,7%) mentre una non ha risposto.

L'età media delle donne sposate era di 24,5 anni ($\sigma=5,7$); la più giovane aveva 17 anni e la più anziana 42 (cinque non hanno risposto alla domanda). Tranne una, le restanti 46 donne hanno negato che il loro matrimonio sia stato forzato/combinato (cinque non hanno risposto). La donna che ha dato risposta positiva ha scritto che i suoi genitori «hanno combinato il matrimonio quando aveva 26 anni». Due donne hanno affermato che il loro padre aveva più di una moglie. Il numero di membri della famiglia varia da due a 11 ($\mu=4$). Le madri dei partecipanti erano per lo più occupate (65,4%; n=34). Anche ventisei intervistate (50,0%) hanno affermato di essere occupate, mentre 22 (42,3%) erano disoccupate. Sono occupate occasionalmente quat-

tro donne (7,7%). La maggior parte sono casalinghe (n=22), altre (n=10) lavoratrici a basso salario. Il numero di membri della famiglia dopo la migrazione in Slovenia variava da due a sei membri.

Nel descrivere le principali caratteristiche culturali, in una domanda aperta le donne hanno descritto le feste religiose e le riunioni di famiglia in tali occasioni, insieme ai rapporti familiari. Alcune hanno anche menzionato le differenze nel ruolo di uomini e donne e lo status sociale delle donne dal punto di vista dell'uguaglianza di genere. In questo contesto hanno riconosciuto la persistenza del patriarcato e della subordinazione delle donne, menzionando tuttavia anche dei cambiamenti nel loro paese d'origine. Alla domanda su ciò che avevano a disposizione nel loro paese d'origine, solo 18 donne hanno indicato tra le risposte suggerite l'autonomia, 26 la libertà di scelta, 33 la libertà di parola e 15 l'emancipazione personale. Tali risposte sono state confermate, e con numeri anche più bassi, dalla domanda di controllo; tuttavia si dovrebbe tener conto che alcune donne potrebbero non avere compreso pienamente la possibilità di indicare più risposte alla domanda a scelta multipla.

In Slovenia le donne trovano sostegno nei membri della famiglia che vivono già nel Paese (n=24), in altri migranti (n=18) e negli sloveni (n=12). Solo 3 hanno affermato di aver bisogno dell'aiuto di un mediatore culturale (se fosse possibile). L'aiuto delle organizzazioni non governative è stato raramente menzionato. Quasi metà delle partecipanti ha affermato di avere alcuni amici sloveni e 20 di averne molti. Lo sloveno è per 28 donne (53,8%) ancora sconosciuto, mentre 23 lo parlano relativamente bene. La maggior parte delle donne con non buone abilità linguistiche frequenterebbe un corso di sloveno se avesse la possibilità. In media le donne parlano almeno tre lingue (min.=1; max.=6). Le donne frequentano raramente corsi e programmi di formazione, formali o informali, organizzati in Slovenia.

La migrazione ha avuto un enorme impatto sulla vita delle donne. Ad esempio, 15 donne sono d'accordo sul fatto che hanno cambiato il loro rapporto con il marito, sette la loro sessualità, sei la visione della contraccezione, 17 la visione del mondo e 15 il sistema di sostegno sociale. Undici donne hanno dichiarato di aver avuto problemi da quando vivono in Slovenia a causa del fatto che appartengono a un diverso gruppo etnico. Le ragioni sono legate a determinate situazioni (possibilità di trovare lavoro, problemi di comunicazione, scarso aiuto da parte degli addetti ai servizi della pubblica amministrazione) e alle barriere (linguistiche).

Molte intervistate (n=36) hanno affermato di aver usufruito di buoni servizi sanitari in Slovenia e che questo tipo di servizi non erano disponibili nel loro paese d'origine. Le malattie familiari più comuni erano quelle di natura cardiovascolare e il diabete. Trentotto donne (73,1%) non hanno segnalato alcun cambiamento nello stato di salute o di benessere dopo la migrazione;

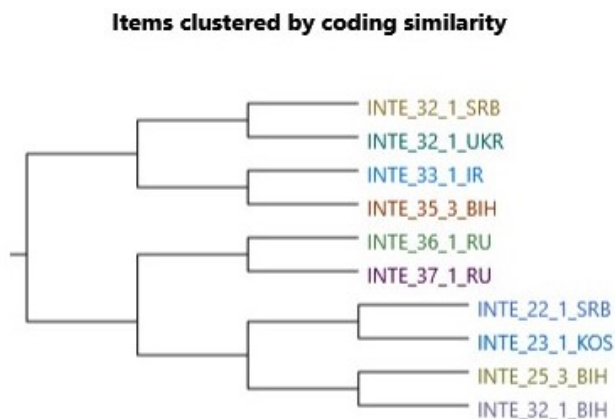
per 11 donne la salute è migliorata. La contraccezione è un aspetto importante e per la maggior parte delle donne è un problema che deve essere deciso assieme al marito (n=27; 51,9%). In 11 casi il marito non era d'accordo con l'uso della contraccezione. Quelle che praticano la contraccezione usano principalmente pillole contraccettive (n=4) e/o il preservativo (n=11). Altri metodi (impianti contraccettivi o cerotti) non sono utilizzati. Le donne hanno affermato di scegliere liberamente la forma di contraccettivo che usano (n=40). Delle 52 donne partecipanti, una ha dichiarato di avere abortito cinque volte, quattro hanno dichiarato di avere abortito due volte, e cinque una volta. La maggior parte delle donne sono multipare, mentre 13 non hanno ancora avuto bambini e 35 vorrebbero avere ancora figli.

Le intervistate dichiarano di essere ricorse al medico principalmente a causa di problemi ginecologici (n=20), malattie infettive (n=12) e lesioni (n=10). La maggior parte, quando necessario, assume i farmaci prescritti dal medico. Tra tutte le donne, solo una si è sentita discriminata nel sistema sanitario. L'ostacolo principale nei rapporti con gli operatori sanitari è la barriera linguistica (n=32; 61,5%). Altre donne hanno ulteriormente spiegato, in una domanda a risposta aperta, di aver notato una minore tolleranza nei confronti di chi non parla sloveno, limiti di tempo nel trattare con gli stranieri e una mancanza di conoscenza di culture diverse dalla loro. Le donne ritengono che il ricorso a interpreti potrebbe essere utile nel comunicare con gli operatori sanitari (n=22; 42,3%), ma alcune non condividono tale opinione. Alcune donne hanno fornito suggerimenti su come migliorare i rapporti con gli operatori sanitari: assumere mediatori culturali o interpreti, migliorare la conoscenza e consapevolezza dei fornitori di servizi sanitari, tradurre la modulistica nelle diverse lingue, la conoscenza dell'inglese degli operatori sanitari, ecc.

3.2. Analisi qualitativa

Il campione finalizzato comprende 10 donne migranti ricoverate nell'Ospedale ginecologico e materno di Postumia. L'età media è 30,5 anni (la più giovane ne ha 22 e la più anziana 37). Tre intervistate sono emigrate dalla Bosnia ed Erzegovina, due dalla Russia e dalla Serbia, una rispettivamente da Ucraina, Kosovo e Iran. Tutte, tranne una, sono migrate in Slovenia direttamente dal paese d'origine. Il motivo della migrazione per sei di loro è il ricongiungimento con la famiglia (nella maggior parte dei casi il coniuge, "lavoratore migrante" in Slovenia). Tre donne sono emigrate per le migliori opportunità di lavoro e una per sposarsi. Due hanno completato l'istruzione professionale, quattro la scuola secondaria di primo grado, una la scuola superiore e tre l'università. La loro permanenza in Slovenia è molto ben descritta dalle condizioni di vita. Più di metà (n=6) vive in appartamento in

Fig. 4 – Raggruppamento dei casi per similitudine di codifica



Tab. 1 – Temi preliminari e sotto-temi identificati nell'analisi tematica

Temi	Sotto-temi
CONFRONTO DEI SISTEMI SANITARI TRA PAESE D'ORIGINE E PAESE OSPITANTE – ESPERIENZE, ASPETTATIVE E BARRIERE	Considerare il background culturale della donna nel prestare assistenza sanitaria nel paese ospitante Riconoscimento della qualità del sistema sanitario nel paese ospitante rispetto a quello d'origine
VALORI CULTURALI, CREDENZE, PRATICHE E TRADIZIONI	La vita familiare conserva la forma tradizionale Gli eventi della vita sono parte importante del patrimo- nio culturale L'impatto della religione nella vita di tutti i giorni Pratiche relative alla salute
RELAZIONI E RUOLI DI GENERE	Status sociale delle donne (Dis)eguaglianza di genere Autonomia della donna e diritto alla libertà riproduttiva
INTEGRAZIONE SOCIALE NEL PAESE DI ACCOGLIENZA	Preservare un senso di appartenenza culturale nel ri- spetto delle tradizioni del paese ospitante Rete di supporto sociale Ostacoli all'integrazione nel paese ospitante Condizioni sociali nel paese ospitante
PROCESSO DI MIGRAZIONE - NUOVE OPPORTUNITÀ	Ricerca di nuove opportunità per una vita migliore Nuovi modelli di migrazione Impatto della migrazione sullo stato di salute e sul be- nessere

Fig. 5 – Comparazione (temi principali) per numero di riferimenti codificati (in inglese)



3.2.1 Confronto tra i sistemi sanitari del paese d'origine e del paese ospitante: esperienze, aspettative e ostacoli

Il tema rappresenta la visione, da parte delle donne migranti, del sistema di assistenza sanitaria nel paese di origine e in quello di accoglienza e, nella maggior parte dei casi, mostra l'esistenza di disparità sanitarie nel paese di origine. Ciò è particolarmente correlato alla scarsa qualità dei servizi di sanità pubblica e alle limitazioni di carattere economico delle persone che cercano di accedere al settore privato per un'assistenza di migliore qualità. Nel caso della Slovenia, sembra che gli operatori sanitari stiano cercando di fornire assistenza culturalmente competente; tuttavia, la barriera linguistica, come sottolineato da quasi tutte le donne, è uno dei principali ostacoli nell'accesso alle cure. Le esperienze con i servizi di assistenza sanitaria riproduttiva in Slovenia sono positive rispetto al paese di origine. Alcune intervistate hanno descritto l'assistenza riproduttiva nel proprio paese come obsoleta o addirittura "non esistente" e, laddove esiste, la qualità dei servizi è stata comunque messa in discussione. Inoltre, le donne intervistate, a eccezione di una (commento negativo da parte di un ginecologo), non hanno riferito esperienze negative riguardanti pregiudizi e discriminazioni da parte di operatori sanitari.

3.2.2 Valori, credenze, pratiche e tradizioni culturali

Il tema rappresenta una descrizione completa della cultura e della tradizione che influenza direttamente e indirettamente la salute, le pratiche relative alla salute e la vita delle donne in famiglia e in generale. Il tema è strettamente connesso con altri temi individuati; tuttavia, al fine di una maggiore chiarezza, in questa fase lo si è considerato come tema separato. Gli eventi della vita, siano essi matrimoni, feste religiose o feste nazionali, sono eventi molto importanti dell'identità culturale e strettamente correlati ai problemi di salute. Soprattutto le donne dell'area balcanica hanno descritto abitudini alimentari correlate a quegli eventi come abitudini che non si possono considerare salutari. Anche il matrimonio è stato molto citato e per la maggior parte delle intervistate non è possibile convivere con un uomo al di fuori del vincolo matrimoniale. Nonostante questo, nessuna donna intervistata ha descritto il suo come un matrimonio forzato e ha negato l'esistenza di tale pratica. In alcuni casi, tuttavia, è stato rivelato, indirettamente, che i matrimoni combinati potrebbero ancora esistere (Kosovo). Le tradizioni riguardanti questi eventi della vita sono cambiate, quando le donne sono emigrate in Slovenia, per adattarsi un poco alla situazione del paese ospitante. Da questo punto di vista, la religione svolge ancora un ruolo fondamentale nella vita della maggioranza delle intervistate, e influenza le pratiche di salute e la percezione della salute e della malattia; condiziona i ruoli familiari delle donne, la loro posizione sociale e la loro autonomia. Nel paese d'origine il patriarcato è ancora molto presente e la violenza familiare è stata menzionata più volte. Alcune donne hanno accennato all'uguaglianza di genere, ma – come poi rivelato nel seguito delle interviste – il sistema patriarcale in realtà ancora esiste, anche se le nuove generazioni che vivono nel paese d'origine se ne stanno lentamente allontanando. La migrazione sembra avere un effetto positivo verso un ruolo più liberatorio delle donne, anche dal punto di vista dei diritti e delle scelte collegate alla salute riproduttiva.

3.2.3 I rapporti e i ruoli di genere

L'esistenza, già precedentemente menzionata, di un modello patriarcale che permea la vita quotidiana delle donne è molto evidente nelle relazioni di genere. Nonostante alcune donne non abbiano voluto ammettere l'esistenza di differenze di genere, dai loro racconti si è potuto evincere che tali disuguaglianze sono invece presenti. Ciò influisce inevitabilmente, attraverso lo status socio-economico della donna, sul loro stato di salute. La maggior parte ha confessato che i ruoli di genere continuano a imporre che le donne siano "responsabili della vita familiare" e che il loro principale compito è e rimane la cura dei bambini e di altri membri della famiglia. Questa definizione

dei ruoli di genere è ancora molto presente nei loro paesi d'origine, il che si avverte anche dal continuo confronto con i ruoli di genere in Slovenia. Ciò si nota anche nella descrizione dello status sociale delle donne riguardo ai diritti come coniuge, divorziata, ecc. Nella narrazione è menzionato anche il mutamento dello status sociale delle donne nella società patriarcale del paese d'origine. Ciò può essere un segno positivo di cambiamento sociale ed è inoltre strettamente correlato alla libertà di scelta in ogni aspetto della vita delle donne, compresa la contraccezione. La maggioranza ritiene che la decisione di usarla o non usarla debba essere presa assieme al partner. Questo problema rimane tuttavia dibattuto, poiché l'accento è posto sulla "contraccezione della donna". La contraccezione e il suo utilizzo nel paese d'origine sono influenzati da numerosi fattori sociali, tra cui la religione e la persistenza dei valori tradizionali (influenze evidenti anche dopo la migrazione).

3.2.4 L'integrazione sociale nel paese ospitante

Tutte le donne intervistate stanno cercando di preservare la loro appartenenza culturale, ad es. l'identità, nel paese ospitante, tranne una. Quest'ultima ha affermato che tutti i migranti dovrebbero mettere da parte la propria cultura quando si stabiliscono in un altro paese. Preservare l'identità culturale implica anche preservare le credenze e le pratiche culturali legate alla salute, che possono essere viste come positive o negative. In questo contesto, alcune abitudini malsane legate allo stile di vita (alimentazione, attività ricreative, ecc.) sono mantenute anche nel paese ospitante. Le intervistate cercano anche di integrare le tradizioni culturali del paese ospitante nelle loro credenze culturali, il che può essere considerato un fatto positivo se consideriamo le attività di promozione della salute (e l'idea di salute nelle società occidentali). Le loro descrizioni includono spesso la ricerca di differenze e somiglianze tra le due culture. Sebbene la religione giochi ancora un ruolo importante nella vita delle donne, con la migrazione è diventata meno influente in alcuni aspetti della loro vita. Questo è per le donne che sono in Slovenia da un periodo più lungo, mentre quelle che sono arrivate da poco vedono nella religione un significativo sistema di sostegno.

La rete di supporto sociale è per la maggioranza vista nella famiglia, tanto nel paese d'origine quanto nel paese ospitante. Alcune trovano sostegno sociale in altri migranti che vivono in Slovenia, anche se le donne hanno confessato che trovare veri amici non è facile, il che può portare all'isolamento sociale. I problemi con le reti sociali richiedono ulteriori chiarimenti e approfondimenti in quanto ciò rappresenta un fattore molto importante anche nell'accesso ai servizi sanitari nel paese ospitante. Alcune donne hanno inoltre sottolineato che i cittadini del paese ospitante non sono molto informati sulle altre culture e sulle loro tradizioni, il che può avere potenzialmente

come conseguenza conflitti culturali, discriminazioni e nazionalismo. È inoltre possibile osservare che le donne migranti non sono adeguatamente sostenute né sufficientemente motivate ad apprendere la lingua del paese ospitante, il che le allontana ulteriormente dalla comunità. Le condizioni sociali e di vita sono molto importanti quando si parla di qualità della vita, tanto in generale, quanto dal punto di vista della salute o della malattia. La sicurezza sociale, vista dalle donne come indipendenza economica, ha un ruolo particolarmente importante in questa percezione, sebbene le donne, anche quelle con un'elevata istruzione, trovino molto difficile trovare un lavoro. Per alcune, al contrario, questa non è una possibilità, soprattutto se il motivo della migrazione è ricongiungersi a un coniuge che lavora in Slovenia.

3.2.5 Il processo di migrazione: nuove opportunità

I motivi della migrazione sono diversi (si veda l'analisi del questionario). La Slovenia è stata la prima scelta per nove donne ed è percepita come un paese con strutture sociali ben sviluppate, dal sistema sociale e sanitario, al sistema educativo, ecc. Per chi proviene dalla regione balcanica, la Slovenia è anche percepita come un Paese dove vivono molti compatrioti, il che dà un senso di più facile integrazione e, grazie alla storia comune, anche una migliore comprensione. La migrazione in sé ha contribuito a migliorare la salute, ad es. il benessere percepito. Nove donne hanno segnalato un tale cambiamento, una donna, invece, nessun cambiamento. Il benessere in questo senso è legato all'aspetto fisico e psicologico. Le ragioni principali sono viste in un ambiente pulito e un'assistenza sanitaria ben strutturata. Nelle loro narrazioni, le nuove tendenze migratorie sono evidenti. Le donne provenienti dai paesi con livelli di migrazione più elevati (Kosovo, Bosnia ed Erzegovina, Serbia) riferiscono che gli obiettivi della generazione più giovane sono quelli di migrare. Una delle donne ha così descritto la situazione in Serbia: gli uomini raramente terminano l'istruzione secondaria inferiore, o essa non è nemmeno obbligatoria, perché si prevede che se ne andranno non appena si presenterà la possibilità; al contrario, le donne sono incoraggiate a proseguire la loro formazione – e anzi ci si attende che lo facciano – poiché non ci si aspetta che partiranno contemporaneamente agli uomini.

4. Conclusioni

Le donne migrano per numerosi motivi. Storicamente la ragione principale della migrazione, tanto a livello internazionale quanto interno, è stata rappresentata dal matrimonio o dal ricongiungimento familiare (Fleury, 2016). In effetti, lo studio ha dimostrato che anche al giorno d'oggi, nella

maggior parte dei casi, il motivo principale è il ricongiungimento con la famiglia (con il partner) che lavora/vive in Slovenia. Tuttavia, è emerso anche che alcune donne sono emigrate per avere migliori opportunità di lavoro e istruzione. Fleury ad esempio riferisce come siano sempre di più le donne che migrano per migliorare le proprie condizioni economiche tramite il lavoro o l'istruzione. Questa tendenza è comunemente indicata come “femminilizzazione della migrazione”.

L'integrazione dopo la migrazione è percepita e vissuta diversamente da uomini e donne. La migrazione, come risulta evidente dallo studio, ha effetti positivi su queste ultime, che percepiscono un maggiore *empowerment*, discostandosi dalle norme tradizionali e dai modelli di patriarcato o ruoli di genere. Tuttavia, sembra che per alcune questo processo sia molto lento, soprattutto per le nuove arrivate, a causa della mancanza di adeguato sostegno sociale, che approfondisce ulteriormente il loro isolamento sociale. Di conseguenza, la qualità della vita è influenzata a tutti i possibili livelli. Uno degli ostacoli più importanti che contribuiscono all'isolamento sociale è proprio la barriera linguistica. Questo è anche il principale ostacolo all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria, come è stato rilevato anche in altri studi (Schmidt *et al.*, 2018), dove si è anche appurato che la situazione delle donne migranti in un nuovo paese è molto legata alla scarsa o inadeguata comunicazione e connessione sociale con gli altri (Balaam *et al.*, 2013). Assicurare un'assistenza sanitaria culturalmente competente, insieme a un adeguato sostegno sociale, è dunque fondamentale per garantire la salute delle donne. I servizi sanitari devono essere adattati alle aspettative delle migranti in merito al sostegno e alle differenze culturali (Balaam *et al.*, 2013; Prosen, 2018). Sebbene la maggior parte delle donne abbia dichiarato una salute migliore dopo l'arrivo nel paese ospitante, in futuro sarà necessario affrontare alcune questioni, soprattutto quelle relative alla necessità di offrire assistenza culturalmente competente e di impegnarsi per migliorare la salute delle donne migranti. Molti di questi problemi sono direttamente correlati con i determinanti sociali della salute (WHO, 2018), e anzi la migrazione in sé costituisce un determinante sociale di salute, in connessione con molti altri determinanti sociali, in particolare lo status socioeconomico, le condizioni di vita e di lavoro, le politiche pubbliche che influenzano le loro vite e il loro status giuridico (WHO, 2017).

4.1 Implicazioni per la pratica clinica

La prima fase del progetto ha rivelato alcune questioni molto importanti affrontate dal progetto INTEGRA, ma si sono anche evidenziate alcune lacune di conoscenza che devono essere ulteriormente approfondite in futuro, in particolare quelle connesse agli operatori sanitari. Sulla base dei risultati

della ricerca, le implicazioni per la pratica clinica nel fornire assistenza alle donne migranti confermano le azioni già stabilite nell'ambito del progetto INTEGRA. Inoltre, sono emerse alcune altre implicazioni, a breve e a lungo termine, che hanno a che fare con questioni sistemiche come istruzione, assistenza sanitaria e assistenza sociale.

- Le istituzioni sanitarie dovrebbero affrontare con maggiore attenzione il problema della barriera linguistica (rivedere le attuali pratiche di cura; tradurre determinati materiali di promozione della salute e di educazione sanitaria in diverse lingue; utilizzare pittogrammi, introdurre l'anamnesi sociale/culturale come parte della tradizionale anamnesi orientata biomedicalmente; ricorrere, quando possibile, a interpreti/traduttori; organizzare l'educazione prenatale come consulenza individuale o di gruppo per adattarla alle diverse popolazioni di migranti; assicurare la continuità delle cure).
- Le istituzioni sanitarie devono lavorare a più stretto contatto con le infermiere domiciliari e con gli assistenti sociali per assistere le donne migranti a casa loro e aiutarle a integrarsi nella comunità locale (anche motivandole a imparare le basi della lingua parlata nel paese ospitante).
- Il ruolo delle infermiere domiciliari dovrebbe acquisire importanza al fine di includere le donne migranti nei programmi di educazione sanitaria e di screening nel paese ospitante (screening del cancro del collo dell'utero o della mammella, ecc.) e aumentare la loro consapevolezza riguardo ai problemi di salute, sui comportamenti a essa collegati e sulle modalità di accesso al sistema sanitario.
- Le istituzioni educative che formano i professionisti della salute a tutti i livelli dovrebbero includere contenuti relativi all'assistenza sanitaria interculturale nei curricula formali.
- L'apprendimento permanente degli operatori sanitari dovrebbe includere l'educazione interculturale come forma permanente di educazione informale. In via prioritaria, anche lo staff di supporto che lavora in un istituto sanitario dovrebbe ricevere questo tipo di istruzione, poiché anch'esso lavora a contatto diretto con le donne migranti.

Riferimenti bibliografici

- Adanu R.M.K., Johnson T.R.B. (2009), *Migration and women's health*, «International Journal of Gynecology and Obstetrics», 106.
- Balaam M.C., Akerjordet K., Lyberg A., Kaiser B., Schoening E., Fredriksen A.M., Ensel A., Gouni O., Severinsson E. (2013), *A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth*, «J Adv Nurs», 69: 9.
- British Sociological Association (2002), *Statement of Ethical Practice for the British Sociological Association*, British Sociological Association.

- Fleury A. (2016), *Understanding Women and Migration: A Literature Review*, <http://atina.org.rs/sites/default/files/KNOMAD%20Understaning%20Women%20and%20Migration.pdf>.
- Flick U. (2002), *An introduction to qualitative research*, Sage, London.
- Gibson W.J. and Brown A. (2009), *Working with Qualitative Data*, Sage, London.
- Jayaweera H. (2018), *Access to healthcare for vulnerable migrant women in England: A human security approach*, «Current Sociology», 66.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije (2014), Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana.
- Matthews B., Ross L. (2010), *Research methods: A practical guide for the social sciences*, Pearsons, Essex.
- Prosen M. (2015a), *Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum*, «Procedia - Social and Behavioral Sciences», 174.
- Prosen M. (2015b), "Preventing health disparities among migrant children and youth: Delivering culturally competent health care", in Gornik B. *et al.*, *Programme and abstracts: International Conference Children and Young People on the Move: Towards a More Precise Definition of Their Best Interests, Portorož (Slovenia)*, Nov. 19-20, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Portorož.
- Prosen M. (2018), *Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity*, «Slovenian Nursing Review», 52.
- Prosen M., Karnjuš I., Ličen S. (2017), "Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege", in Rutar S., Čotar K.S., Štemberger T., Bratož S. (eds.), *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. University of Primorska Press, Koper.
- Riessman C.K. (2008), *Narrative methods for the human sciences*, Sage, Los Angeles.
- Ruppenthal L., Tuck J., Gagnon A.J. (2005), *Enhancing research with migrant women through focus groups*, «Western Journal of Nursing Research», 27.
- Sandelowski M. (2000), *Whatever happened to qualitative description?*, «Research in Nursing and Health», 23.
- Schmidt N.C., Fagnoli V., Epiney M., Irion O. (2018), *Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study*, «Reproductive Health», 15: 43.
- Smith A.C., LeVoy M., Mahmood T. and Mercer C. (2016), *Migrant women's health issues: Addressing barriers to access to health care for migrant women with irregular status*, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/330092/6-Migrant-womens-health-issues-irregular-status.pdf?ua=1.
- Smythe E. (2012), *Discerning which qualitative approach fits best*, «New Zealand College of Midwives Journal», 46.
- The Lancet Public H. (2018), *Protecting migrant women*, «The Lancet Public Health», 3: e1.
- World Health Organization (2017), *Women on the move: Migration, care work and health*, WHO, Geneva.
- WHO (2018), *Social determinants of health*, http://www.who.int/social_determinants/en/.

World Medical Association (2013), *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*, «Journal of the American Medical Association», 310.

Uno sguardo antropologico alla salute delle donne migranti in area transfrontaliera

di *Roberta Altin e Veronica Saba**

1. Introduzione

Analizzare lo stato di salute delle donne migranti in un'area di confine risulta un compito arduo per l'eterogeneità del contesto, la mobilità dei fattori umani e le dinamiche processuali che stanno modificando lo scenario sociale in modo particolarmente repentino negli ultimi anni. Una lettura etnografica e qualitativa implica una riflessione a priori sullo stato dell'arte negli studi di genere legati alle migrazioni per avere la consapevolezza degli strumenti metodologici e interpretativi a disposizione.

Partendo dai dati statistici dell'Istat, del Dossier Statistico Immigrazione (IDOS, 2017) e dell'Archivio statistico della Regione Friuli Venezia Giulia (2017) si rileva un costante aumento delle presenze femminili tra i migranti: su un totale di 104.276 le donne migranti presenti in Friuli Venezia Giulia sono 55.357 contro 48.919 a conferma di un trend di "femminilizzazione" dei flussi migratori che trova ancora poco corrispettivo nell'approccio di genere agli studi migratori. Nel quadro d'insieme della presenza straniera in Italia e in Regione FVG che la componente femminile sia più consistente di quella maschile, sia pur con dinamiche variazioni in base alla nazionalità di riferimento, è ormai un dato consolidato e noto con riferimenti anche sul piano delle migrazioni internazionali in Europa (IDOS, 2017, p. 111; IOM, 2016).

A partire dagli studi di Parrenas (2001), Hondagneu-Sotelo (2005), Decimo (2005), Salih (2003), Ehrenreich e Hochschild (2004), l'utilità di approcci che incrociano migrazioni e genere è stata quella di mettere a fuoco gli effetti perversi del neoliberismo e di decostruire la mitologia del migrante maschio, giovane, sano, avventuroso pioniere libero da legami parentali e avulso dal luogo d'origine per ribadire il genere come prodotto storico, costruito e modificato dagli eventi, che non va disgiunto dalla classe, capitale sociale, nazionalità, contesti di provenienza e di arrivo. Ignorare le differenze di genere trattando uomini e donne come cluster migranti identici enfatizza

* Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Trieste.

l'attività produttiva, rimuovendo completamente quella riproduttiva, che ha tempi e luoghi necessariamente diversi. Tuttavia, dopo un primo avvio di studi sul campo con approccio di genere, l'ambito è rimasto alquanto 'congelato' e fermo, quanto meno in una riflessione più ampia che non si fermi alla mera descrizione di ambiti specifici (Donato, Enriquez e Llewellyn, 2017), al punto che Hondagneu-Sotelo (2013, p. 180), una delle voci più autorevoli nell'ambito dello studio delle migrazioni femminili, denuncia esplicitamente una «blindness to feminist issues and gender».

Perché non si adotta ancora la prospettiva di genere negli studi dei processi migratori? A questa domanda provocatoria possiamo offrire varie risposte, che in parte ci aiutano a descrivere lo scenario transfrontaliero in cui va collocata la ricerca di INTEGRA sulla salute delle donne migranti.

Il primo punto da tenere in considerazione è che negli ultimi dieci anni di ricerche sono comparsi diversi *framework* di analisi e, quindi, di lettura interpretativa dei dati, *in primis* quello dello status legale che, dopo la cosiddetta 'crisi migratoria' 2015-16, ha introdotto altre forme di stratificazione sociale e di accesso ai servizi per la salute nello spazio europeo. La Regione FVG, coinvolta in maniera massiccia nei flussi di entrata e nei rapporti con i Paesi Terzi, rappresenta da questo punto di vista un laboratorio e un punto di osservazione particolarmente importante. Essere senza documenti o in stato di attesa di riconoscimento produce sempre più discriminazioni e impedimenti all'accesso ai servizi sanitari e sociali che impattano sullo stato di salute fisica e, soprattutto, mentale (Petrelli, Alessio *et al.*, 2017, p. 17).

Una seconda ragione per la scarsità di ricerche sulle migranti donne va ricondotta alla complessità del campo di indagine: parlare di salute delle donne in migrazione apre interrogativi sulle differenze nelle relazioni di genere all'interno della famiglia e dei servizi pubblici, in un intreccio complicato che si estende alle reciproche rappresentazioni, immaginari e conoscenze. La complessità di fattori che influenzano la salute delle donne va collegata al capitale sociale, economico, al progetto migratorio, alla situazione lavorativa, riproduttiva, alla biografia personale e familiare, alla nazionalità e provenienza, educazione, titolo di studio, esperienze precedenti e progetti futuri. Se il termine 'intersezionalità' introdotto da Crenshaw (2007) sembrava tenere conto degli intrecci complicati determinati soprattutto dalle categorie di etnia, nazionalità, genere e classe sociale, ultimamente si sono levate voci critiche anche nei confronti di questa lente di osservazione che, enfatizzando le molteplici posizioni marginali delle donne migranti, non consentirebbe di far emergere le evoluzioni positive di *agency* e di *empowerment* femminile in termini processuali e storici (Choo e Ferree, 2010).

Per allargare lo sguardo è necessario quindi tenere aperto il contesto di osservazione senza ingabbiarlo in categorie rigide di classificazione a priori. La mobilità migrante femminile introduce nello scenario da analizzare un

concetto di salute e di 'benessere' che si aggancia ai figli, alle intimità domestiche; quando si introduce la variabile di genere i flussi migratori non portano più solo forza lavoro, ma sfere e cicli di vita collegati alla riproduzione e non solo alla produzione.

Salute e benessere sono concetti culturali e storici letteralmente incorporati dove il dialogo e la comunicazione con operatori dei servizi può risultare difficoltosa, non solo su un piano prettamente linguistico, ma soprattutto nei diversi modelli antropologici di interpretazione. Tuttavia, non sempre il ricorrere a mediatori culturali risolve i problemi, soprattutto quando la donna migrante vive in maniera conflittuale gli schemi tradizionali della cultura di origine (Altin, 2000); la migrazione è un processo dinamico e spesso costituisce un progetto di riscatto e di legittima fuga da costrizioni sociali e culturali. Il rapporto con la maternità e con i figli è altrettanto critico e spesso vissuto in maniera non così semplice nel percorso migratorio che modifica la visione e le dinamiche di genere anche all'interno dei rapporti personali e familiari.

Tra le donne migranti il difficile equilibrio tra famiglia e inserimento nel mercato del lavoro si intuisce già dai dati generali che indicano dal 2012 un'ininterrotta diminuzione della fecondità delle donne straniere che contribuisce a incrementare il declino demografico italiano, invertendo la timida tendenza all'aumento della fecondità apparso grazie alle donne immigrate in Italia nei primi anni del nuovo millennio (Saraceno, 2017, pp. 113-114). La crisi del 2007-08 e la conseguente congiuntura economica sfavorevole sta contribuendo a una procrastinazione delle nascite tra le donne straniere presenti nel nostro territorio, tra le quali si è assistito a un progressivo innalzamento dell'età media al parto (28,6 anni nel 2015) (IDOS, 2017, p. 113).

Molti indicatori segnalano che le donne straniere nel nostro territorio continuano a fare i conti con persistenti disuguaglianze nell'accesso al mondo del lavoro e, soprattutto, nella capacità di mantenere l'occupazione facendo fronte alle necessità familiari senza un'adeguata rete di sostegno familiare (Saraceno, 2017, p. 112). Precarietà, vulnerabilità, esposizione alle discriminazioni e a rischi della salute sono termini ricorrenti nei percorsi migratori declinati al femminile.

Al fine di ottenere un'azione efficace risulta opportuno perciò contemplare la necessità di un processo di reciproca conoscenza, sia delle donne migranti che degli operatori sociali e sanitari coinvolti (Mazzetti, 2011), ma prima ancora la problematica fondamentale resta quella dell'accesso ai servizi e della capacità delle donne straniere del territorio di reperire informazioni utili e percorsi pertinenti. Non è infatti casuale che i temi dell'equità e dell'inclusione siano diventati centrali nelle linee guida internazionali in materia di riorganizzazione dei servizi sociosanitari (Quaranta e Ricca, 2012).

Nel seguito, a partire da una panoramica dei servizi socio-sanitari territoriali rivolti all'utenza straniera, in particolare alle donne, si indagheranno potenzialità, buone prassi e problematiche riscontrate nelle fasi di accesso e presa in carico ai servizi. Premettendo alcuni elementi riguardanti la normativa che tutela il diritto alla salute dei cittadini stranieri in Italia e nel contesto della Regione Friuli Venezia Giulia, si rifletterà circa le iniziative messe in atto per superare i limiti strutturali presenti, sia a livello istituzionale che a livello d'intervento dei servizi socio-sanitari sul territorio triestino.

Si farà ciò considerando l'analisi delle risposte al questionario somministrato alle donne aventi accesso al reparto di Gravidanza ad Alto Rischio dell'Ospedale Materno-Infantile Burlo Garofolo, nel periodo compreso tra febbraio e maggio 2018. Si considereranno inoltre alcuni dati emersi dai colloqui avuti con alcuni operatori socio-sanitari del territorio durante il mese di maggio 2018, aventi a oggetto la presa in carico delle donne immigrate in relazione alle problematiche di salute riproduttiva.

2. I servizi sanitari triestini rivolti alle donne immigrate

2.1. Le leggi italiane in materia di accesso al diritto alla salute per cittadini comunitari ed extracomunitari

L'art. 32 della Costituzione riconosce il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Come inoltre regolamentato nel TU Immigrazione agli artt. 34, 35, 36, il diritto alla salute è formalmente garantito dallo Stato italiano ed è esteso, al pari dei cittadini e cittadine italiane, sia ai comunitari sia ai non comunitari, siano essi regolari o irregolari, così come ai loro figli minori.

Per quanto riguarda le donne, all'art. 35 comma 3¹ emerge che «L'assistenza sanitaria è garantita a tutte, per: tutela della *gravidanza* e della *maternità*; tutela della salute del *minore*; *vaccinazioni* nell'ambito di campagne di prevenzione collettiva; profilassi, diagnosi e cura delle *malattie infettive*. Gli stranieri *irregolari* possono accedere ai servizi sanitari attraverso il codice *STP (Straniero Temporaneamente Presente)* valido su tutto il territorio italiano»².

¹ Al sopracitato articolo del TU Immigrazione si dichiara che: “a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176”, in: <http://www.meltingpot.org/Testo-unico-sull-immigrazione-art-34-36-8a-parte.html#.Wy-kv6czaM8>.

² Si veda: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=193&area=Servizi_per_persono_o_situazioni_speciali.

Oltre a ciò, l'Italia prevede per le persone straniere vittime di violenza e di grave sfruttamento un programma di assistenza e integrazione sociale, così come stabilito dall'art.18 TU Immigrazione, che sancisce il rilascio di un particolare permesso di soggiorno "per motivi di protezione sociale"; con l'inserimento del soggetto a rischio nel programma di protezione sociale, previ accertamenti delle autorità competenti³, ne si garantisce «l'accesso ai servizi assistenziali e allo studio, nonché l'iscrizione nelle liste di collocamento e lo svolgimento di lavoro subordinato, fatti salvi i requisiti minimi di età»⁴. Come stabilito dai dati dell'OIM, e del *GRETA- Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings*⁵, molte delle persone inserite in questi programmi sono donne e ragazze adolescenti. I servizi socio-sanitari possono svolgere un ruolo fondamentale nell'intercettare potenziali vittime presso gli sportelli di ascolto, il pronto soccorso, il consultorio familiare.

Nonostante la legislazione, tanto sul piano nazionale che su quello regionale⁶ sancisca l'accesso all'assistenza sanitaria con pari diritti per cittadini italiani e stranieri, come emerge dalla letteratura⁷ e dai report di Asgi⁸, Sistema centrale Sprar⁹, Naga Onlus e Simm (Società italiana di medicina delle migrazioni)¹⁰, vi sono tutt'oggi alcune gravi limitazioni all'accesso, dovute, in alcuni casi, ad anomalie di funzionamento del sistema: lungaggini buro-

³ Sono previsti degli indicatori condivisi, che permettono di individuare le vittime di tratta. Si veda: https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2017/11/notratta-web_DEFINITIVO_10_06_15.pdf e <https://www.un-hcr.it/wp-content/uploads/2018/02/Linee-Guida-identificazione-vittime-di-tratta.pdf>.

⁴ Si veda l'art.18 co.4 del TU Immigrazione. Fonte: <https://www.meltingpot.org/Testo-unico-sull-immigrazione-art-18-20-5a-parte.html#.W5ewAOgzaM8>.

⁵ Si vedano a tal proposito i report: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806edf35>; https://italy.iom.int/sites/default/files/news-documentsRAPPORTO_OIM_Vittime_di_tratta_0.pdf.

⁶ La Legge Regionale n.31/2015, all'art. 21, recita: "1. In attuazione della normativa in materia di tutela della salute, la Regione garantisce ai cittadini stranieri regolarmente presenti nel territorio regionale i servizi sanitari in condizioni di parità di trattamento e di piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani, in conformità all'articolo 34 del decreto legislativo 286/1998 e sulla base degli accordi Stato-Regioni".

⁷ Il sito dell'Istituto Superiore di Sanità raccoglie i principali dossier statistici riguardanti la presa in carico sanitaria dei cittadini stranieri in Italia: <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/DocumentazioneItalia.asp>.

⁸ L'Asgi ha spesso documentato varie negligenze e abusi, specie rispetto alla presa in carico dei soggetti irregolarmente soggiornanti e dei loro figli: <https://www.asgi.it/ingresso-soggiorno/illegittimo-negare-cure-mediche-essenziali-persona-privata-permesso-soggiorno/>; <https://www.asgi.it/asilo-e-protezione-internazionale/discriminatorio-chiedere-un-certificato-medico-presentare-la-richiesta-asilo/>; <https://www.asgi.it/lavoro-dirittisociali/il-divieto-di-segnalazione-dello-straniero-in-condizioni-di-irregolarita-di-soggiorno-che-accede-ai-servizi-sanitari-alla-luce-delle-nuove-disposizioni-del-cosiddetto-pacchetto-sicurezza/>.

⁹ Si veda il report del 9/01/2018 del Servizio Centrale Sprar al link: <http://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/03/Dossier-TUTELA-DELLA-SALUTE-2018.pdf>.

¹⁰ Cfr. il documento al link: http://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/Legislazione.pdf.

cratiche, tempi d'attesa dilatati, uso da parte del personale sanitario di tecnicismi linguistici inaccessibili, cui si sommano, nel caso dei cittadini stranieri, episodi di razzismo istituzionale che aumenta la sfiducia nell'approcciarsi ai servizi. A partire da questi elementi, si cercherà di mettere in luce la discrepanza tra le possibilità di accesso formali e l'accesso sostanziale, chiedendosi quale possa essere, nel caso delle donne straniere, la traiettoria compiuta per accedervi e quali gli strumenti di orientamento a loro disposizione.

2.2. I servizi dedicati alla salute riproduttiva delle donne migranti e native sul territorio triestino

La rete territoriale dei servizi sanitari di Trieste è organizzata già dagli anni '90 in un sistema distrettuale, in forza della Legge Regionale n.12/1994 che ridisegnava la struttura operativa dei servizi sanitari regionali in Distretti. Successivamente, con la L. Regionale 23/2004, si affidavano agli enti locali, sia pubblici che del privato sociale, competenze maggiori al fine di fornire risposte integrate ai bisogni della popolazione¹¹.

Secondo questa logica, nonostante le più recenti riforme e revisioni di spesa¹² dal 1996 l'area triestina è suddivisa in quattro Distretti territoriali, ognuno comprendente più rioni e circoscrizioni. Ogni Distretto è riferimento per circa 60 mila abitanti e su ciascuno è presente un consultorio familiare¹³.

Per quanto riguarda le specificità connesse alla presa in carico sanitaria della popolazione straniera, con l'aumentare dei flussi migratori, ovvero a partire dal periodo dei conflitti nella vicina area Balcanica fino a oggi, il dibattito all'interno delle istituzioni ha portato alla costituzione dal 2000 di un tavolo regionale di confronto. In conseguenza a ciò, si è arrivati alla creazione di un Osservatorio Regionale per la Salute dei Migranti, cercando quindi di lavorare al fine di rimuovere gli ostacoli di fruizione dei servizi sanitari da parte dell'utenza straniera, creando più prossimità tra l'utenza e il personale sanitario sul territorio, nella collaborazione con gli enti del privato sociale presenti. Come riportato da Giannoni (2012, 87), con esso inoltre v'è la finalità di «realizzare un progetto specificatamente mirato alla tutela e promozione della salute della donna e del bambino, con una particolare attenzione ai problemi della prostituzione, della marginalità e dello sfruttamento della donna immigrata e ad alcune problematiche più strettamente sanitarie

¹¹ Per una breve panoramica dell'evoluzione storica della struttura organizzativa dei servizi del territorio, si veda: <https://www.cardfvg.com/assodis>.

¹² Si veda: <http://ilpiccolo.gelocal.it/trieste/cronaca/2014/07/17/news/la-riforma-della-sanita-taglia-i-distretti-1.9611159>.

¹³ Per un quadro complessivo della distribuzione dei consultori territoriali si veda: http://www.asuits.sanita.fvg.it/it/_materiale_informativo/interruzione_volontaria_gravidanza.html.

quali quelle relative a IVG¹⁴ e MTS»¹⁵. Per quanto riguarda inoltre specifiche problematiche connesse alla salute riproduttiva, l'Ospedale Materno-Infantile Burlo Garofolo ha attivato un servizio dedicato alle Mutilazioni genitali femminili che comprende lo sviluppo di una «rete di contatti con strutture sanitarie ostetrico-ginecologiche operanti nell'area regionale e con le Associazioni che operano a livello regionale, i cui interessi sono congrui con lo scopo del presente progetto e provvederà al monitoraggio in ambito regionale della entità del fenomeno delle MGF e delle patologie correlate (HIV)»¹⁶.

Oltre all'Ospedale Materno-Infantile, alle altre strutture comprese nella rete ospedaliera cittadina e alla rete dei Consultori pubblici, sono presenti sul territorio diversi altri soggetti, afferenti al privato sociale, che possono fungere da ponte nell'informare le donne sulle strutture e i servizi a disposizione.

Rimanendo in ambito pubblico, come emerso da un'intervista a un'operatrice specializzata in assistenza all'allattamento, gli ambulatori pediatrici sono luoghi che possono svolgere un'importante funzione di orientamento alle molte madri migranti che vi si rivolgono. La stessa questione è riportata da una ginecologa del Consultorio Familiare del Distretto n. 1: ai fini di favorire la fruizione dei servizi, è centrale lavorare insieme alle donne sulla consapevolezza, nell'importanza di una relazione medico-paziente di qualità, fondata sul rispetto e ascolto attivo, e non sulla mera biomedicalizzazione.

Questo tipo d'intervento svolge quindi una funzione che va molto al di là della relazione clinica, presupponendo una presa in carico di carattere olistico, che nel caso dell'ambulatorio pediatrico è mirata non solo alla salute del bambino, ma anche all'ascolto dei bisogni della donna e della famiglia.

L'impatto coi servizi sanitari per le donne migranti è spesso il primo momento di contatto con l'istituzione italiana e per questo si rivela particolarmente importante, specie nelle situazioni a maggior rischio di vulnerabilità¹⁷.

Dal confronto con gli operatori di consultori e ambulatori pediatrici, emerge quindi un dato importante: nella dimensione del presidio territoriale, è possibile instaurare un rapporto diretto e di fiducia, in grado di svolgere un importante fattore protettivo e di orientamento, con risposte di salute efficaci.

¹⁴ Per le donne che facciano un ricorso frequente all'IVG, è previsto, su base regionale, un percorso di orientamento alla pianificazione familiare presso i consultori.

¹⁵ Si veda: <https://www.simmweb.it/gris-friuli-venezia-giulia>.

¹⁶ Si veda: <http://www.burlo.trieste.it/ricerca/mutilazioni-genitali-femminili-donne-immigrate-progetto-formazione-sostegno-integrato-alla-persona>.

¹⁷ L'orientamento e il lavoro sulla consapevolezza si rivelano fondamentali al fine di far emergere particolari situazioni di rischio, sia connesse alla salute sia relative alla situazione familiare della donna. Vi sono molti progetti che lavorano in questa direzione, si vedano ad esempio i progetti "*BEFORE-Best practices to empower women against female genital mutilation, Operating for Rights and legal Efficacy*" e "*WEIP Women Empowerment Integration Participation*" del Centro Antiviolenza Differenza Donna di Roma, <http://www.differenza-donna.org/progetti-internazionali/>.

Sul territorio, oltre alla presenza di questi ambulatori, sono molti gli attori impegnati nel creare reti di supporto alle donne: la Casa internazionale delle donne di Trieste¹⁸ svolge da tempo un lavoro importante per incrementare il benessere, la consapevolezza e la salute delle donne, native e migranti, svolgendo incontri di formazione e informazione su varie tematiche.

Oltre a ciò, il “*Centro Antiviolenza Goap*” è un punto di riferimento per le questioni legate alle problematiche di genere e alla violenza. Per quanto riguarda lo sfruttamento del corpo femminile, sono inoltre attivi il “*Comitato per i Diritti Civili delle prostitute Onlus*”¹⁹, presente sul territorio dal 1984, che prevede al proprio interno dal 1999 il “*Progetto Stella Polare*”, a sostegno delle vittime di tratta²⁰. Quest’ultimo, in collaborazione con i servizi sanitari territoriali e l’“*Osservatorio Regionale per la Salute dei Migranti*”, prevede tra le sue azioni a sostegno della salute delle vittime di tratta l’applicazione dell’Azione 19 del Programma Immigrazione 2017. Esso è inserito nella cornice del programma regionale “*FVG in rete contro la tratta*” che, oltre a implementare interventi per l’emersione e percorsi di protezione sociale ex art.18 TU Immigrazione, prevede una specifica presa in carico sanitaria delle donne intercettate. Gli stessi servizi socio-sanitari, prestando attenzione ad alcuni indicatori condivisi su base internazionale²¹, possono intercettare potenziali vittime presso gli sportelli di ascolto, il pronto soccorso, il consultorio familiare, collaborando nella segnalazione al progetto.

Oltre a ciò, l’associazione per la mediazione linguistico-culturale “*Inter-ethnos*”, oltre a collaborare con i servizi sanitari del territorio, organizza periodicamente incontri con le comunità etnico-nazionali presenti, al fine di ragionare sulle strategie da mettere in atto per ridurre le distanze tra esse e il contesto ospitante. In particolare, nell’ultimo periodo quest’associazione ha organizzato, in partnership con l’associazione culturale “*Benkadi*”²², il progetto “*La Tenda*”, Il Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute Onlus, l’associazione “*L’una e L’altra*”, un incontro aperto alla cittadinanza dal titolo “*Educare alle differenze nel contesto interculturale e interreligioso*”²³.

Per quanto riguarda l’accoglienza delle persone richiedenti asilo e rifugiate, “*ICS – Consorzio italiano di solidarietà*” e “*Caritas*” sono gli enti che organizzano le strutture sul territorio. Gli operatori svolgono all’interno di

¹⁸ In particolare si veda: <http://www.casainternazionaledonnetrieste.org/salute.php>.

¹⁹ Si veda: www.lucciole.org.

²⁰ Per approfondimenti si vedano: <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/FOGLIA3/> e http://autonomielocali.regione.fvg.it/aall/opencms/AALL/Polizia_Locale_e_sicurezza/Formazione/Seminari/allegati/2_Progetto_FVG_in_rete.pdf.

²¹ Si veda: <https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/09/Vittime-di-tratta-Linee-guida-compresso.pdf>.

²² Si veda: <http://benkadi.it/>.

²³ Si veda: <http://www.casainternazionaledonnetrieste.org/private/downloadfile.php?fileId=480>.

esse, specie nei casi più vulnerabili, accompagnamenti ai servizi sanitari. Caritas ha inoltre uno sportello immigrazione²⁴, aperto a tutta la popolazione straniera, che orienta su molteplici aspetti e bisogni sociali.

Tutte queste realtà presenti sul territorio, sono attori importanti poiché costituiscono un collante tra utenza e servizi, potendo diffondere strumenti e sensibilizzare la popolazione sull'offerta esistente. In ogni distretto della città inoltre sono presenti dal 2005 le Microaree, un progetto che coinvolge enti pubblici e privati intervenendo su 5 settori determinanti per la salute: la sanità, l'educazione, l'habitat, il lavoro e la democrazia locale.

L'intento di questo progetto è quello di «favorire la partecipazione attiva dei cittadini per produrre benessere. Le Microaree costituiscono un osservatorio del territorio, un punto di raccolta di bisogni e necessità, un laboratorio per la ricerca di possibili soluzioni»²⁵. In alcuni quartieri della città, particolarmente complessi dal punto di vista socio-economico, questi interventi si rivelano quindi fondamentali per intercettare bisogni sociali e sanitari specifici, e per evitare l'isolamento dei soggetti più fragili.

Questi elementi di contesto possono chiarificare circa lo scenario entro cui le donne straniere si trovano ad agire nell'accedere ai servizi sanitari triestini. L'offerta del territorio presenta potenzialità e vari esempi di buone prassi. Tuttavia, come si descriverà nel prossimo paragrafo, questi elementi talvolta non bastano a garantire un accesso ottimale ai servizi: di seguito, a partire dai dati raccolti dal questionario e dalle interviste agli operatori, si proverà a evidenziare i punti su cui ancora ci sarebbe bisogno d'intervenire.

3. Le risposte al questionario INTEGRA: una riflessione sull'accesso ai servizi territoriali delle donne immigrate

Nel campione analizzato dal progetto che ha avuto accesso al reparto di Gravidanza ad Alto Rischio tra febbraio e maggio 2018, per un totale di 77 donne intervistate, le nazionalità prevalenti sono: Serbia, Romania, Kosovo, Nigeria, Marocco, Bangladesh, Pakistan, Repubblica Dominicana. Le donne che hanno avuto accesso al servizio hanno fatto ingresso in Italia in un'età prevalentemente compresa tra i 20 e i 30 anni, quindi nel pieno della fertilità.

A conferma dei dati regionali sulla popolazione immigrata presente in Friuli Venezia Giulia, così come documentato nell'ultimo Rapporto Immigrazione 2016²⁶, per le donne straniere intercettate dal servizio il motivo più

²⁴ Si veda: <https://www.caritastrieste.it/immigrazione/>.

²⁵ Si veda: http://www.asuits.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/direzione_sanitaria/dat_dipartimento_assistenza_territoriale/distretto_3/microaree/struttura.html.

²⁶ Si veda: https://www.regione.fvg.it/rafvig/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/01122016_Rapporto_Immigrazione_2016.pdf.

ricorrente per la propria migrazione, come *pull factor*, consiste nel raggiungere marito o genitori (61%). Così come evidenziato sia dal Rapporto sopracitato che dai colloqui con le operatrici, e confermato dal questionario, una quota non irrisoria di donne appartenenti al campione sono emigrate dal proprio paese per motivi di studio (9,1%).

Il livello di scolarizzazione delle intervistate è inoltre abbastanza elevato: il 26% ha frequentato nel proprio paese fino alla scuola media, il 36,4% ha frequentato la scuola superiore, mentre solo il 9% la scuola elementare. Questo potrebbe ipotizzare vari fatti: o le donne con bassa scolarizzazione accedono meno a questo genere di servizi, oppure lo strumento del questionario si rivela poco accessibile alle donne con un basso livello di scolarizzazione.

Quanto all'accessibilità ai servizi sanitari, nella domanda "Principali problemi di comunicazione tra paziente straniera e operatori italiani" è riportata più volte la difficoltà linguistica riscontrata dalle donne nel comprendere le indicazioni dei medici, dovuta sia a una conoscenza molto elementare della lingua italiana sia all'utilizzo di terminologie troppo complesse. Questo dato mi è stato confermato nel colloquio con un'operatrice specializzata nell'assistenza all'allattamento di un ambulatorio pediatrico, la quale mi dice:

Io mi occupo di sostegno all'allattamento al seno. Avrò ricorso alle mediatrici 2 volte. Con le cinesi... abbiamo una mamma cinese adorabile, che sa l'italiano e ci aiuta. Abbiamo una donna albanese che ci aiuta con le albanesi e kosovare.

Nella maggior parte dei casi non serve... se non è qualcosa di importante, ho lavorato con mamme di tutte le lingue, che non sapevano l'italiano, se devo dire una cosa cerco con Google Translator. Quindi per quanto riguarda l'allattamento e il sostegno di questo tipo ho sempre fatto senza mediazione. È ovvio che è meglio se glielo spieghi ma non è quello a dover eliminare la possibilità di sostenerle. È chiaro che io vorrei anche per loro stesse, per il loro bambino così escono vanno a fare la spesa, al giardino e quando il bambino incomincia ad andare a scuola anche capire che cosa sta facendo.

Io credo che meglio sarebbe se lo sapessero ma non può essere questo lo scoglio insormontabile. Puoi farti capire, con pazienza. Avere una relazione diretta, anche se la mamma non sa la lingua, io preferisco.

Benché in questo frammento l'operatrice mi riporti un tipo di intervento differente da quello svolto dal personale ospedaliero, emerge comunque come centrale nella comprensione, oltre il fattore meramente linguistico, la questione dell'instaurarsi di una relazione diretta e duratura. Poiché i tempi e le prassi ospedaliere spesso non lo consentono, sarebbe utile mantenere maggior raccordo tra diverse tipologie di servizio. Come commenta anche una ginecologa di un consultorio familiare, è importante incentrare la relazione medico-paziente sul rispetto e la consapevolezza:

Parto sempre dal rispetto della persona. Ogni persona che viene da me non le darò mai del tu. Se viene nel suo percorso di crescita, la famiglia non sa che viene al consultorio, un ragazzo che vuol sapere come si usa il preservativo... va benissimo dare del lei. Entri nel mondo che stai gestendo tu e questo è ottimo come rapporto. Quindi non complicità ma rispetto. E io alla donna devo fornire gli elementi che io ho e lei non ha per poter fare una scelta, questo è il punto. Consapevolezza sua, e solo che sua. Se poi lei deve parlare col marito, fratello, mamma, zio... io non entro nel merito. Posso consigliarla, questo sì. Con la spirale ad esempio sul filo se si sente o meno. Dico che non si sente. Questa piccola complicità ci può essere, ma è di passaggio. Non è altro. È gestisca lei come vuole, sappia che può fare contraccezione all'insaputa di chiunque. Se poi il rapporto di coppia è buono, va molto meglio che se ne discuta assieme. Quindi tutte queste cose si possono concordare, però qualcuna magari chiede "può venire anche mio marito?", certo che può venire. Se lei è disponibile dico va bene se invece la donna straniera mi dice porto il marito dico no. Prima lei signora poi può venire anche il marito, ma il primo discorso lo faccio con lei.

Continuando nella riflessione sull'accesso ai servizi da parte delle donne straniere, un altro dato che appare significativo da commentare riguarda la percentuale di donne che dichiarano di non aver subito discriminazione in strutture sanitarie: la maggioranza (88,3% contro 11,7%) dichiara di non aver subito discriminazioni nei servizi. Inoltre il totale del campione risponde di non aver mai subito violenze. Benché questo dato sia a un primo sguardo positivo, e venga in parte confermato dalla risposta alla domanda "Cos'hai trovato qui che non avevi" che vede il 66,2% delle donne soddisfatte della qualità del sistema sanitario italiano, è possibile che la risposta sia condizionata dal contesto in cui è stata somministrata, e che quindi abbia spinto le intervistate a rispondere che il rapporto coi servizi è positivo. Inoltre, per quanto riguarda il quesito "Ha subito qualche forma di violenza nelle strutture sanitarie", per la complessità che richiede affrontare la tematica della violenza, sia per una questione di meccanismi psicologici a essa collegati così come per le diverse percezioni e livelli di consapevolezza possibili, per quanto posta in maniera confidenziale, è difficile che la risposta data in questo contesto dia elementi di reale attendibilità (Romito, 2005; Romito, Folla e Melato, 2017).

Nella domanda aperta "Essere donna straniera in Italia ha creato problemi" il 45,5% delle intervistate ha risposto "no" e l'8% "no, mai". Alcune altre risposte però, appartenenti alla restante parte del campione, fanno emergere una serie di riflessioni circa la percezione della discriminazione su base razzista da parte delle intervistate, per esempio:

- si percepisce freddezza chiacchiere, paragonata agli immigrati irregolari;
- io porto il velo e mi guardano male;
- dipende sempre da chi incontri ti trattano in modo diverso;
- sentita discriminata perché Nera;

- sono stata discriminata soprattutto al lavoro;
- a Trieste la maggioranza è razzista;
- gli altri sanno che siamo stranieri e fanno tutto diverso;
- i colleghi di lavoro mi trattano male;
- in certi uffici pubblici sento di essere trattata in modo diverso;
- problemi con i vicini di casa, non volevano stranieri;
- soprattutto per la lingua;
- spesso viene chiamata negra.

Oltre a considerare queste risposte come un dato di fatto rispetto alle forme di razzismo sociale e istituzionale vissute dalle donne intercettate, come emerge da diversi studi tra cui *“Racism, violence and health: the living experience of immigrant women in an Italian city”* svolto a Trieste da Romito *et al.* (2011), è importante tenere in considerazione questo tipo di percezioni quando si guarda ad alcune patologie, complicazioni cliniche e cronicità presenti nella popolazione straniera (Karlsen e Nazroo, 2002; Krieger, 2003).

Per dirla con Romito *et al.* (2011, pp. 206-207): «Most of these studies consider the relationships between racist discrimination, violence and health for “visible minorities”, people who are citizens with, at least in theory, all citizenships rights. But immigrant people must struggle also with other difficulties: restrictive immigrant laws, abrupt changes in laws or policies, bureaucratic delays and harassment in the put into force of policies. Few studies have considered the effects of being an undocumented migrant on migrant women’s health. [...] Authors conclude that not having a legal residence permit leads to a greater vulnerability for pregnant women».

I determinanti sociali delle malattie sono infatti correlati alle discriminazioni subite (Cozzi, 2012), così come al costante senso d’insicurezza dovuto alla precarietà dello status giuridico connesso alla condizione di migrante. Questo frammento fa inoltre riflettere su un altro aspetto: l’84,4% delle donne intervistate non ha la cittadinanza italiana. I tipi più frequenti di titolo di soggiorno del campione sono per il 20,8% motivi familiari, il 31,2 % ha un permesso di lungo periodo, il 3,9% un permesso per richiesta di Protezione Internazionale, il 5,2% per motivi umanitari, il 6,5% per motivi di lavoro. Non sappiamo però se le donne che hanno risposto “Altro”, “Non pertinente”, “Non risposto” siano titolari di permesso di soggiorno, e qualora lo fossero, di quale tipo. Come suggerito dallo studio sopracitato, le donne prive di un titolo di soggiorno sono più difficili da raggiungere, rimanendo di fatto più vulnerabili.

Inoltre, alla domanda a risposta multipla “Cosa hai trovato qui che là non avevi” molte donne hanno risposto negativamente a opzioni quali “libertà di parlare e pensare; senso di sicurezza personale; autonomia economica personale”. Questo dato ci può aiutare a de-costruire alcuni stereotipi circa l’arretratezza dei paesi d’origine, ma al contempo può far riflettere riguardo il

senso d'isolamento sociale che caratterizza la vita di alcune di queste donne (molte nel campione dichiarano di essere casalinghe, 16,9%, e disoccupate 44,2%): l'assenza di reti sociali forti infatti non aiuta ad aumentare il livello di autonomia personale. Inoltre, per molte donne con figli è difficile trovare un momento per accedere ai corsi d'italiano (il 90,9% ha dato risposte non pertinenti alla domanda "Perché non interessa frequentare corso di Italiano", mentre alcune delle risposte date riguardano la difficoltà a conciliare i tempi di cura dei figli con un eventuale impegno fuori casa).

Alla domanda "Da quando sei emigrata come sono cambiati i tuoi pensieri in relazione a" c'è stata un'alta percentuale di non risposte, forse a suggerire la difficoltà, oltre che linguistica, dovuta al poco tempo dedicato alla somministrazione del questionario non sufficiente a entrare nel merito di questioni così complesse e che meriterebbero un approfondimento specifico.

Per concludere, se generalmente osserviamo un buon livello di soddisfazione rispetto all'accesso ai servizi sanitari delle donne immigrate intercettate, vi sono alcuni punti di debolezza da migliorare: agire per rinsaldare queste reti sociali, sia in raccordo con gli enti del privato sociale menzionati sia in collaborazione, laddove possibile, con le comunità etnico-nazionali può rivelarsi, sul lungo periodo, un fattore protettivo importante anche nella tutela della salute riproduttiva.

Riferimenti bibliografici

- Altin R. (2000), "La comunicazione interculturale", in Gri G.P. (cur.), *Esperienze di mediazione*, Forum, Udine.
- IDOS (2017), *Dossier Statistico Immigrazione 2017*, Centro Studi e Ricerche Idos/Immigrazione, Roma.
- Choo H.Y., Ferree M.M. (2010), *Practicing Intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusion, interactions, and institutions in the study of inequalities*, «Sociological Theory», n. 28.
- Cozzi D. (cur.) (2012), *Le parole dell'antropologia medica: piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- Crenshaw K.W. (2007), "Intersectionality and identity politics: learning from violence against women of color", in Shanley M.L., Narayan U. (eds.), *Reconstructing Political Theory: Feminist Perspectives*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Donato K.M., Enriquez L.E., Llewellyn C. (2017), *Frozen and stalled? Gender and migration scholarship in the 21st Century*, «American Behavioral Scientist», 61: 10.
- Giannoni M. (cur.) (2012), *Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane*, FrancoAngeli, Milano.
- Decimo F. (2005), *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, il Mulino, Bologna.
- Ehrenreich B., Hochschild A.R. (cur.) (2004), *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano.

- Hondagneu-Sotelo P. (2005), *Gendering migration: Not for “feminist only”- and not only in the household*, in “CMD Working Paper”, n. 5-2f [<http://cmd.princeton.edu/paper/wp0502f.pdf>].
- Hondagneu-Sotelo P. (2013), “New direction in gender and immigration research”, in Gold S.J. and Nawyn S. (eds.), *The Routledge international handbook of migration studies*, Routledge, New York.
- IOM (2016), *Global migration trends 2015*, Factsheet 2006 [<http://www.iom.int>].
- Karlsen S., Nazroo J. (2002), *Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority group*, «American Journal of Public Health», 92: 4.
- Krieger N. (2003), *Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions critical science and current controversies: An ecosocial perspective*, «American Journal of Public Health», 93: 2.
- Mazzetti M. (2011), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci, Roma.
- Parreñas R.S. (2001), *Servants of globalization. Women, migration and domestic work*, Stanford Univ. Press, Stanford.
- Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L. (cur.) (2017), *Lo stato di salute della popolazione immigrata*, «Epidemiologia preventiva», 41: 3-4, Suppl. 1.
- Quaranta I., Ricca M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Cortina, Milano.
- Regione Friuli Venezia Giulia (2017), *Cittadini stranieri in Friuli Venezia Giulia. Report sulla presenza di stranieri in FVG 2017* [http://www.regione.fvg.it/rafvg/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/2017CITTADINI_STRANIERI_IN_FVG.PDF].
- Romito P., Creazzo G., Paci D., Pipitone E. (2011), “Racism, violence and health: the living experience of immigrant women in an Italian city”, in Thiara, R.K., Condon S.A., Schrottle M. (eds.), *Violence against women and ethnicity: Commonalities and differences across Europe*, Barbara Budrich, Berlino.
- Romito P. (2016), *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, FrancoAngeli, Milano.
- Romito P., Folla N., Melato M. (2017), *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo*, il Mulino, Bologna.
- Salih R. (2003), *Gender in transnationalism*, Routledge, London.
- Saraceno C. (2017), *L'equivoco della famiglia*, Laterza, Bari.

Le prospettive dei lavoratori sanitari nel fornire assistenza alle donne migranti in Slovenia

di *Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš e Urška Bogataj**

1. Introduzione

Le credenze e le pratiche connesse alla salute prendono la loro forma nel contesto della vita quotidiana, cioè nell'ambito di universi culturali e sociali. La salute in sé è spesso definita da persone provenienti da diversi ambienti culturali come assenza di malattia, e si basa sulla percezione individuale del benessere e della salute personale; su credenze e pratiche familiari e culturali; su sistemi socioculturali di convinzioni e credenze in interazione dinamica con il contesto dell'ambiente in cui vivono; e sulle convinzioni sulla struttura e le funzioni del corpo come dei confini corporei (Anderson *et al.*, 2010). Gli operatori sanitari devono oggi relazionarsi con una popolazione di pazienti molto diversificata in conseguenza dei fenomeni migratori su scala globale. Questa diversità culturale rappresenta una sfida per qualsiasi sistema sanitario. Gli studi hanno dimostrato che l'esperienza degli operatori sanitari che si occupano di pazienti culturalmente diversi è spesso definita impegnativa e frustrante. Perciò, la conoscenza dell'altra cultura e la comprensione della cultura del paziente da parte dei professionisti sono fattori cruciali nel fornire assistenza culturalmente competente (Amiri *et al.*, 2016). Per soddisfare le esigenze particolari e diversificate dei pazienti è imperativo che tutti gli operatori sanitari comprendano l'importanza delle differenze culturali, e valutando, incorporando ed esaminando i propri valori e convinzioni relativi alla salute e quelli dell'istituzione sanitaria in cui operano, sostengano il principio del rispetto delle persone e l'ideale della cura transculturale (Bjarnason *et al.*, 2009).

La mancanza di conoscenza dovuta a ignoranza, etnocentrismo, stereotipi o pregiudizi razziali nelle società di accoglienza ha il potere di privare le persone dei loro diritti umani e di precludere loro assistenza e sostegno adeguati. Quando migranti, rifugiati o minoranze etniche non accedono ai servizi esistenti, è molto più facile supporre che siano stati loro a scegliere di non usarli piuttosto che esaminare l'adeguatezza di ciò che viene loro offerto

* Facoltà di Scienze della Salute e (C. Modica) Facoltà di Studi Umanistici, Università del Litorale di Capodistria.

(Tilki, 2006). Tutti gli esseri umani hanno il diritto a un'assistenza sanitaria egualitaria e libera da pregiudizi. Sebbene la maggior parte degli operatori sanitari si sforzi di fornire cure di pari qualità a tutti i pazienti, è necessario sottolineare che un'assistenza adeguata e egualitaria significa valutare le esigenze dei pazienti e rispondere ai loro bisogni (Dreachslin *et al.*, 2012). Ciò significa anche rispondere ai bisogni culturali e sociali dei pazienti, poiché è un obbligo legale e morale per tutti gli operatori sanitari essere culturalmente competenti al fine di fornire assistenza altrettanto culturalmente competente. Lo sostengono Repo *et al.* (2017), che hanno identificato diversi fattori associati allo sviluppo delle competenze culturali, in particolare tra infermieri, come un più alto livello di istruzione: esperienza lavorativa, formazione supplementare sull'assistenza multiculturale, etnocentrismo, abilità comunicative, di interazione e linguistiche.

La competenza interculturale può essere definita come la capacità di un infermiere, di un'ostetrica o di qualsiasi altro operatore sanitario di fornire al paziente, alla famiglia o alla comunità un'assistenza culturalmente sensibile e competente, prendendo in considerazione i loro valori, convinzioni, costumi e abitudini, e incorporandoli nella pianificazione del trattamento. Chi assiste dovrebbe accettare e rispettare la diversità culturale, la cui consapevolezza è acquisita attraverso la conoscenza e lo sviluppo delle competenze professionali (Prosen, 2018).

Le competenze (inter)culturali possono sostenere gli operatori sanitari nel soddisfare le esigenze culturali e di comunicazione dei pazienti e sono fondamentali per un'assistenza di qualità e centrata sul paziente (Papadopoulos *et al.*, 2016). Lo sviluppo delle competenze interculturali è un processo dinamico, continuo e permanente (Prosen, 2018) profondamente influenzato dalla società in cui esse sono sviluppate (Repo *et al.*, 2017). Perché gli operatori sanitari possano fornire un'assistenza culturalmente competente, è necessario integrare i contenuti della diversità culturale nell'educazione sia formale che informale (Prosen, 2015; Prosen, 2018; Prosen *et al.*, 2017) fornendo al tempo stesso una serie di linee guida cliniche. Queste ultime dovrebbero, almeno in una certa misura, assicurare agli operatori sanitari un'adeguata conoscenza culturale, competenze e approcci per consentire loro di rispondere ai bisogni dei pazienti con rispetto, compassione e comprensione (Papadopoulos *et al.*, 2016).

Uno degli obiettivi principali del progetto INTEGRA era anche quello di esplorare l'approccio degli operatori sanitari nei confronti delle donne migranti che incontrano come pazienti in ambito clinico e le loro esperienze nel fornire assistenza. L'enfasi è posta sulle sfide e sulle difficoltà nell'assistenza sanitaria e nell'assicurare cure culturalmente competenti, nonché sulle buone pratiche che sono state stabilite nel contesto clinico.

Il capitolo presenta i risultati di un'analisi qualitativa il cui obiettivo era quello di ottenere informazioni sull'esperienza e la percezione del personale sanitario nel fornire assistenza alle donne migranti in contesti clinici.

2. Aspetti metodologici

Il design della ricerca è basato su un approccio qualitativo; in particolare è stato scelto il metodo del *focus group*. In questo modo l'interazione tra i partecipanti genera dati che di solito non emergono usando altri metodi di raccolta dei dati come l'intervista individuale (Bluff, 2006). Il gruppo di discussione era composto di 8 partecipanti, operatori sanitari impiegati in ambito clinico al livello secondario dell'assistenza sanitaria. Il *focus group* è stato organizzato nell'agosto 2018.

I dati sono stati raccolti utilizzando interviste semi-strutturate, audio-registrate e trascritte integralmente. La guida all'intervista si basava sugli obiettivi del progetto INTEGRA e includeva 11 domande principali (ad esempio, "Puoi parlarmi di come vedi i migranti in ambito clinico?", "Puoi parlarmi degli ostacoli più comuni quando offri assistenza a donne migranti?", "Puoi parlarmi delle tue esperienze con interpreti/traduttori?", "Puoi parlarmi delle tue esperienze positive con pazienti migranti?", "Puoi parlarmi delle tue esperienze negative con pazienti migranti?", "Puoi dirmi se ti è stato mai chiesto di modificare procedure o pratiche di routine a causa di problemi culturali?", "Puoi dirmi di cosa hanno bisogno gli operatori sanitari come te per poter fornire un'assistenza culturalmente competente?"). In alcuni casi sono state poste ulteriori sotto-domande in modo da chiarire alcuni aspetti della discussione.

Tutti i partecipanti sono stati informati su finalità, obiettivi e sul metodo utilizzato. È stato sottolineato il rispetto dell'anonimato e la volontarietà della partecipazione. I partecipanti che hanno deciso di prendere parte allo studio qualitativo hanno dovuto dare il consenso scritto. Lo studio è stato condotto in conformità con la Dichiarazione di Helsinki-Tokyo (World Medical Association, 2013), il Codice etico per infermieri e assistenti infermieri della Slovenia (2014) e le raccomandazioni per l'etica nella ricerca qualitativa (British Sociological Association, 2002). Lo studio è stato approvato dalla Commissione per l'Etica Medica della Repubblica di Slovenia (26. 10. 2017; 0120-544 / 2017/7).

L'analisi qualitativa dei dati è stata eseguita utilizzando il software NVivo ver. 12 (QRS International). Le trascrizioni sono state analizzate con il metodo dell'analisi del contenuto, nello specifico dell'analisi tematica (Flick, 2002; Gibson e Brown, 2009; Matthews e Ross, 2010; Riessman, 2008; Sandelowski, 2000; Smythe, 2012). L'approccio della riduzione dei dati non è stato utilizzato in questa fase dell'analisi in modo che tutti gli aspetti trattati dagli operatori sanitari potessero essere considerati nella successiva preparazione delle linee guida.

3. Risultati dell'analisi

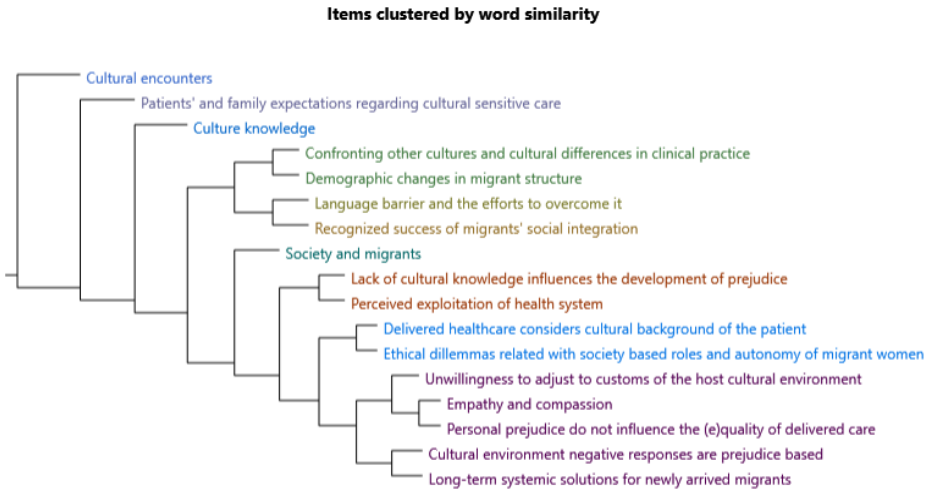
Il *focus group* era composto da otto operatori sanitari che hanno volontariamente deciso di prendere parte alla ricerca. Tutti i partecipanti sono donne impiegate presso l'Ospedale ginecologico e materno di Postumia. Tra queste, cinque hanno terminato il corso di laurea in Infermieristica e tre sono assistenti infermieristiche (scuola professionale). L'esperienza lavorativa media dei partecipanti è di 18,3 anni ($\sigma=12,8$), con la più breve di tre anni e la più lunga di 35. Tutti i partecipanti sono direttamente coinvolti nell'assistenza infermieristica di pazienti donne al livello secondario di assistenza sanitaria.

L'analisi preliminare, prima di intraprendere l'analisi tematica, ha incluso la frequenza delle parole (fig. 1) e l'analisi dei cluster, cioè la comparazione della somiglianza tra parole e tra codifiche in relazione ai singoli casi (partecipanti). Gli elementi raggruppati con la somiglianza per parola (fig. 2) hanno dimostrato una forte relazione tra i casi e confermato il raggruppamento dell'analisi tematica. Gli elementi raggruppati per similarità di codifica hanno anche dimostrato forti relazioni tra i codici, come misurato dall'indice Jaccard ($J=1$).

Fig. 1 – Frequenza delle parole nel testo codificato in sloveno (minimo 6 lettere/ 1000 parole)



Fig. 2 – Casi raggruppati in base alla somiglianza di parole



La fig. 3 presenta la struttura dei codici/riferimenti relativi a ciascun tema identificato.

Fig. 3: Confronto (temi principali) per numero di riferimenti codificati



L'analisi tematica ha identificato sei temi principali che chiariscono le esperienze e le percezioni degli operatori sanitari riguardo all'assistenza alle donne migranti in contesti clinici. Questi temi preliminari, insieme ai temi secondari, sono presentati nella tab. 1. La riduzione dei dati non è stata applicata.

Tab. 1 – Temi e sotto-temi preliminari identificati dall'analisi tematica

Temi	Sotto-temi
CAMBIAMENTI RICONOSCIUTI NELLA STRUTTURA DEMOGRAFICA DEI MIGRANTI IN CONTESTI CLINICI	Cambiamenti demografici nella struttura dei migranti in contesti clinici Confrontarsi con altre culture e differenze culturali nella pratica clinica
ASSISTENZA SANITARIA TRANSCULTURALE	Empatia e compassione L'assistenza prestata tiene conto del background culturale della paziente I pregiudizi personali non influenzano la (e)qualità delle cure fornite Aspettative dei pazienti e della famiglia riguardo a cure culturalmente competenti
OSTACOLI CONNESSI ALL'ASSISTENZA DELLE DONNE MIGRANTI	Barriere linguistiche e sforzi per superarle Dilemmi etici legati ai ruoli sociali culturalmente determinati e all'autonomia della donna Percezione dello sfruttamento del sistema sanitario La mancanza di conoscenza culturale influenza lo sviluppo di pregiudizi
EMPOWERMENT DEGLI OPERATORI SANITARI NELL'ASSISTENZA AI MIGRANTI	Conoscenza di altre culture Incontri con altre culture
PROBLEMI PERCEPITI NELL'INTEGRAZIONE SOCIALE DEI MIGRANTI	Reazioni negative basate sul pregiudizio Riluttanza a adattarsi alle abitudini dell'ambiente culturale ospitante Passi avanti riconosciuti nell'integrazione sociale dei migranti Società e migranti
SOLUZIONI SISTEMICHE PER LE PROBLEMATICHE CONNESSE CON I MIGRANTI	Soluzioni sistemiche a lungo termine per i migranti appena arrivati

3.1 Cambiamenti nelle caratteristiche delle migranti in ambito clinico

Secondo le partecipanti la struttura demografica delle donne migranti in ambito clinico non è quella che ci si aspetterebbe in considerazione delle attuali tendenze migratorie. Le donne provenienti da paesi come la Siria o dal Centro per stranieri o altri centri simili sono rare nel reparto maternità. Si è notata invece una forte migrazione dalle ex repubbliche jugoslave, e in particolare dal Kosovo, proprio a causa di motivi di salute (ad es. gravidanza). Nella pratica clinica i pazienti di religione musulmana non sono rari, tuttavia nascono sempre più pratiche culturali nuove per gli operatori sanitari. L'esempio fornito dalle partecipanti è rappresentato dalle pazienti che indossano *burka* o *niqab*, in precedenza mai viste o rarissime in ambito clinico.

Queste pratiche culturali e religiose spesso determinano le modalità di cura. Un altro esempio riguarda il genere dell'operatore sanitario: le pazienti migranti preferiscono infatti essere assistite da donne. Anche le limitazioni del processo decisionale della donna rappresentano una novità per le partecipanti. In alcuni casi, infatti, il marito era l'unica persona con cui il personale sanitario poteva parlare riguardo alla salute della donna.

Le partecipanti hanno anche menzionato il fatto che sono sempre più numerose le pazienti provenienti da Russia e Ucraina e, di conseguenza, le credenze e abitudini riguardanti salute e malattia sono legate alla Chiesa ortodossa russa. In questo caso, tuttavia, non sono state osservate differenze culturali importanti (rispetto a quelle delle partecipanti). Come riferito dalle partecipanti, in alcuni casi le migranti sono state considerate "non rispettose" delle abitudini culturali del paese ospitante e delle pratiche cliniche esistenti; un aspetto che sarà ulteriormente discusso di seguito.

3.2 Cura transculturale

Gli operatori sanitari hanno dimostrato molta compassione ed empatia nei confronti dei migranti e della loro situazione, due elementi che fanno parte più o meno intensamente dell'assistenza sanitaria "orientata al paziente". L'empatia e la compassione non sono solo legate alla storia di vita delle donne, ma ad esempio anche all'impossibilità di garantire un traduttore appropriato per la donna. Tutti i partecipanti hanno dichiarato di provare a offrire cure ottimali a tutti, spiegando che la strategia organizzativa dell'istituzione sanitaria svolge un ruolo importante nell'assicurare la cura transculturale o interculturale, poiché impone come imperativo che i desideri e le esigenze dei pazienti siano rispettati. Sono stati forniti diversi esempi: assicurare l'assistenza sanitaria da parte di personale di genere femminile, consentire la presenza del marito durante l'esame vaginale, garantire una particolare alimentazione, ecc.

Tuttavia, in due casi era evidente che l'opinione personale basata sulle esperienze con i migranti rifletteva rappresentazioni negative, che potevano essere caratterizzate come pregiudizi, a causa di differenze culturali percepite come non accettabili. È stato comunque sottolineato che tutti i pazienti devono essere trattati alla pari. Come accennato, sono stati forniti diversi esempi (ad esempio, le donne durante il ricovero in ospedale nascondevano il fatto di capire l'inglese) che per alcuni operatori sono stati cruciali nel formare pregiudizi o semplicemente stereotipi. Nella maggior parte dei casi queste differenze percepite hanno origine dalla mancanza di conoscenza culturale. Inoltre è stato menzionato come le donne migranti e le loro famiglie (soprattutto chi risiede in Slovenia da uno o due anni) si aspettino che la loro cultura venga rispettata entrando nel sistema sanitario.

3.3 Ostacoli connessi all'assistenza sanitaria delle donne migranti

La barriera linguistica è stata riconosciuta dai partecipanti come uno dei principali ostacoli nel fornire assistenza sanitaria. Le partecipanti hanno anche menzionato i metodi che usano per superare questa barriera poiché, come da loro affermato, questa problematica manca di una soluzione sistemica appropriata. Come detto, “sono lasciati soli” nel trovare soluzioni che in alcuni casi sono anche “molto innovative”. La lingua albanese è percepita come la più difficile per i professionisti del settore sanitario. In alcuni casi la traduzione è eseguita del marito, il che per alcuni operatori sanitari non è auspicabile; in altri casi ci si è rivolti a una donna della comunità albanese che viveva nelle vicinanze, o le donne migranti hanno portato qualcuno per la traduzione. In passato anche una persona di origine albanese che lavorava nell'ospedale ha aiutato nella traduzione; in alcuni casi è stato utilizzato il dizionario, sia in formato cartaceo, sia come servizio “Google traduttore” sui telefoni cellulari.

Il problema che i professionisti sanitari mettono maggiormente in evidenza è la mancanza di servizi di traduzione che siano attivi 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Ciò si avverte ancor di più durante la notte, quando si sentono del tutto “lasciati a sé stessi”. Per altre culture incontrate nella pratica clinica la barriera linguistica è vista come un ostacolo minore (ad esempio molti pazienti capiscono o parlano inglese, altre migranti parlano una lingua del ceppo slavo, ecc.). Tuttavia la possibilità di non spiegare le cose ai pazienti è molto frustrante e problematica per gli operatori sanitari.

La seconda barriera che viene percepita e che richiederà in futuro un'attenzione particolare è costituita dai ruoli culturalmente determinati delle donne e dall'autonomia di queste ultime, che nel contesto clinico spesso viene ridotta dal marito o dalla famiglia. Come è stato sottolineato, finora gli operatori sanitari erano soliti comunicare direttamente con la paziente; tuttavia, sono in aumento i casi in cui il marito era presente all'esame ginecologico e ha richiesto informazioni sulla salute della moglie. Gli operatori sanitari percepiscono questi casi come “estremi” e sottolineano che spesso si trovano di fronte a un dilemma etico poiché si rendono conto che i codici etici suggeriscono qualcosa di diverso.

In questo contesto, gli operatori sanitari sono ben consapevoli del fatto che se non consentissero, ad esempio, la presenza del marito durante l'esame vaginale, la donna non si recherebbe più dal ginecologo né parteciperebbe a campagne di screening (ad es. il pap test). Nel discutere della barriera linguistica e della condizione sociale delle donne, le partecipanti hanno commentato alcuni casi in cui la paziente (musulmana), accompagnata dal marito non capiva una parola di sloveno quando parlava con operatori sanitari (ostetrica o infermiera), mentre quando il marito lasciava l'ospedale (o la stanza) la donna capiva lo sloveno e cercava persino di rispondere in sloveno.

In molti casi gli operatori sanitari hanno identificato, a loro parere, tentativi di “sfruttamento” del sistema sanitario da parte delle donne migranti o delle loro famiglie. Ciò è percepito come ingiusto nei confronti degli altri pazienti. I partecipanti hanno fornito alcuni esempi di “sfruttamento” percepito correlato al mancato rispetto delle regole ospedaliere (ad esempio delle limitazioni al numero di visitatori, o il fatto di recarsi dal medico senza appuntamento, indipendentemente dal giorno e dall’ora, o comportamenti inappropriati). In questo contesto i partecipanti hanno sottolineato che cercano di evitare il conflitto (culturale) e riconosciuto che può essere piuttosto impegnativo. La percezione dello “sfruttamento” e le impressioni generali, evidentemente influenzate dall’opinione pubblica prevalente, sembrano derivare anche dalla mancanza di conoscenza della cultura diversa dalla propria e da stereotipi su certe culture o sui migranti in generale.

3.4 Empowerment degli operatori sanitari nell’assistenza ai migranti

Attraverso il *focus group* i partecipanti hanno presentato due elementi che, a loro parere, contribuiscono notevolmente al loro *empowerment* nel trattare con donne migranti in contesti clinici: le conoscenze culturali e l’incontro con altre culture. Gli operatori sanitari riconoscono di non avere conoscenze culturali e competenze culturali adeguate per garantire un’assistenza sanitaria olistica ottimale, anche se cercano di offrire il meglio a tutti. La loro consapevolezza dell’importante ruolo che gli incontri con altre culture hanno nello sviluppare competenze culturali (o interculturali) è particolarmente importante. Allo stesso modo, le partecipanti sono consapevoli del fatto che gli incontri con altre culture riducono i pregiudizi e migliorano le capacità interculturali.

3.5 Problemi percepiti dell’integrazione sociale dei migranti

I partecipanti hanno inevitabilmente aperto un problema di integrazione sociale. Dai loro racconti si è visto come i migranti si trovino ancora di fronte a risposte negative da parte dell’ambiente in cui si trovano, anche se questo sta lentamente cambiando. Una delle infermiere descrive le sue esperienze con l’insediamento di migranti nella sua comunità. Gli abitanti, dopo due anni, vedono la loro presenza come positiva, tuttavia all’inizio, «quando i migranti erano appena arrivati nella nostra comunità... i genitori dei bambini che frequentavano la scuola materna in cui erano stati inseriti anche i figli dei migranti sono stati i loro peggiori avversari». Alcune partecipanti hanno condiviso l’opinione secondo cui i migranti non hanno alcun desiderio di integrarsi (ri-

fiutando di imparare lo sloveno, isolandosi in comunità “ghetto”) o l’integrazione gli è “vietata”. In questo contesto, una delle infermiere ha descritto un caso in cui a una donna era stato proibito di “interagire” con lei dal marito. Questa infermiera ha detto: «a volte bisogna stare attenti a non mettere la donna in pericolo (di fronte a suo marito)». In relazione alle pratiche sanitarie, molte infermiere hanno sottolineato che molte donne migranti hanno preservato un approccio naturale alla gravidanza e un sacco di donne occidentali potrebbero imparare da loro, riferendosi a pratiche come l’allattamento al seno, la nutrizione in generale, la cura del neonato, ecc. Come una di loro ha detto: «tutto questo, nella loro cultura, funziona. Noi invece lo abbiamo completamente dimenticato». Facendo un’ulteriore analisi abbiamo notato che alcuni partecipanti hanno sottolineato che i migranti sono «inevitabili in ogni società» e che «per essere onesti abbiamo bisogno dei migranti... questo è chiaro. Non c’è alcuna possibilità che la nostra economia funzioni senza il loro contributo».

3.6 Soluzioni sistemiche per le problematiche connesse ai migranti

I partecipanti hanno sottolineato che è necessario sviluppare nuove soluzioni sistemiche, poiché l’attuale politica sociale e sanitaria in materia di migranti è obsoleta e non riflette le esigenze attuali. Gli operatori sanitari hanno menzionato la possibilità di un apprendimento precoce delle lingue (non dopo 2 anni) come criterio per una migliore integrazione nel paese ospitante. Il corso di lingua slovena è stato riconosciuto dalle partecipanti come obbligatorio e alcuni lo hanno considerato condizione necessaria per la permanenza nel paese ospitante sin dall’inizio (condizione per il visto, l’asilo). I partecipanti hanno anche affermato che dovrebbero essere adottate alcune misure per una migliore integrazione (ad esempio assicurando un qualche tipo di occupazione).

4. Conclusioni

Una delle principali sfide che gli operatori sanitari devono affrontare al giorno d’oggi consiste nel riuscire ad assicurare cure culturalmente competenti in una società sempre più diversificata. Individui o gruppi ricercano un’assistenza sanitaria che risponda a bisogni culturali, credenze e comportamenti specifici. Fornire assistenza mirata ai pazienti e alle famiglie richiede che gli operatori sanitari riconoscano la cultura dei primi, la propria cultura e il modo in cui entrambe influenzano il rapporto di cura nel suo complesso (Hart e Mareno, 2016). In questa prospettiva, le popolazioni migranti hanno esigenze di salute specifiche. I loro pattern di malattia possono essere molto

diversi da quelli osservati nella popolazione locale, inoltre sono spesso marginalizzati e di conseguenza esposti a un rischio più elevato di malattie associate alla povertà. Spesso hanno un accesso limitato ai servizi sanitari a causa di problemi di comunicazione, mancanza di conoscenza dei servizi disponibili e la loro salute è sottoposta all'influsso di molti altri fattori relativi alla loro esperienza prima, durante e dopo l'arrivo nel paese ospitante (Taylor, 2006).

I risultati hanno dimostrato che gli operatori sanitari si trovano ad affrontare cambiamenti demografici nella struttura dei migranti, tuttavia questi cambiamenti non sono tanto demografici quanto culturali. Questi cambiamenti culturali stanno influenzando il modo in cui la pratica clinica costruisce il suo approccio verso determinati gruppi culturali. Lo sforzo di garantire un'assistenza culturalmente competente e sensibile è accompagnato da empatia e compassione. Sembrano essere presenti alcuni pregiudizi personali, tuttavia è presente anche la convinzione che ogni essere umano meriti parità di trattamento. Le "aspettative culturali" sono, nell'opinione degli operatori sanitari, presenti soprattutto nelle migranti e loro famiglie che risiedono in Slovenia da uno o due anni. I migranti appena arrivati richiedono raramente un simile approccio, per motivi abbastanza ovvi.

L'ostacolo principale nel fornire assistenza alle donne migranti, come è stato rilevato in numerosi studi (Hart e Mareno, 2016; Taylor, 2006), rimane la barriera linguistica, che colpisce sia i pazienti che gli operatori sanitari. Si è constatato che gli operatori sanitari spesso si sentono impotenti nel rapporto di cura proprio per queste barriere linguistiche e per l'impossibilità di superarle. Gli operatori sanitari sono alle prese con nuovi dilemmi etici, perché l'autonomia delle donne (pazienti) viene messa in discussione dalle loro tradizioni culturali. I ruoli di genere e il patriarcato in alcune culture sono spesso decisivi nel garantire la salute delle donne, ad es. se la donna decide di ribellarsi alla subordinazione, la sua salute potrebbe essere in pericolo. Gli operatori sanitari vedono anche che i migranti, in particolare quelli che risiedono in Slovenia da alcuni anni, cercano modi per "sfruttare" il sistema sanitario. Questa percezione era presente in alcuni operatori nel descrivere le loro esperienze in determinati casi. La mancanza di conoscenza culturale è stata identificata dagli stessi operatori sanitari come una barriera all'assistenza culturalmente competente e rappresenta spesso anche la ragione alla base di stereotipi e pregiudizi. Gli operatori sanitari sono ben consapevoli del fatto che la conoscenza di culture diverse, unitamente all'acquisizione di competenze culturali, rappresenta qualcosa di cui hanno estremo bisogno. In questo modo si sentirebbero meglio equipaggiati nell'assistere donne migranti in ambito clinico. Conoscenza delle altre culture, sensibilità culturale e competenze culturali sono aspetti critici dell'assistenza sanitaria, ma dovrebbero anche sostenere le strategie per la valutazione dei bisogni dei pazienti e per lo sviluppo dei servizi (Tilki, 2006).

4.1 Implicazioni per la pratica clinica

La fase di valutazione degli approcci sanitari e individuazione di buone pratiche del progetto INTEGRA ha evidenziato alcune questioni molto importanti rispetto all'assistenza alle donne migranti in contesti clinici. I risultati hanno confermato ancora una volta come il progetto venga incontro alle aspettative degli operatori sanitari, poiché al momento mancano linee guida appropriate per garantire un'assistenza culturale competente. I risultati hanno anche confermato alcune implicazioni per la pratica clinica che sono state identificate già nella fase di analisi dei processi migratori e delle caratteristiche degli accessi all'ospedale: le istituzioni sanitarie dovrebbero affrontare con maggiore attenzione il problema della barriera linguistica; sviluppare ulteriormente il ruolo dell'infermiere domiciliare nella comunità delle donne migranti; formazione per gli operatori sanitari sia di carattere formale (contenuto formale del curriculum) che informale (apprendimento permanente), compresa la formazione del personale di sostegno. Nelle implicazioni elencate il superamento della barriera linguistica è stato enfatizzato come una priorità e merita, secondo gli operatori sanitari, un'attenzione immediata da parte dei responsabili politici.

Alcune implicazioni cliniche aggiuntive potrebbero inoltre includere la promozione della coesione/inclusione sociale tra gli operatori sanitari; l'impiego di una forza lavoro sanitaria razzialmente ed etnicamente più diversificata (Hart e Mareno, 2016); un approccio "di squadra" al lavoro una continuità nell'assistenza fornita alle donne migranti in contesti clinici.

Riferimenti bibliografici

- Amiri R., Heydari A., Dehghan-Nayeri N., Vedadhir A.A., Kareshki H. (2016), *Challenges of transcultural caring among health workers in Mashhad-Iran: A qualitative study*, «Global Journal of Health Science», 8.
- Anderson N.L.R. et al. (2010), *Chapter 5: Culturally based health and illness beliefs and practices across the life span*, «Journal of Transcultural Nursing», 21.
- Bjarnason D., Mick J., Thompson J.A., Cloyd E. (2009), *Perspectives on transcultural care*, «Nurs Clin North Am», 44.
- Bluff R. (2006), "Interviewing in qualitative research", in Cluet, E.R., Bluff R. (cur.), *Principles and practice of research in midwifery*, Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh.
- British Sociological Association (2002), *Statement of ethical practice for the British Sociological Association*, British Sociological Association.
- Dreachslin J.L., Gilbert M.J., Malone B. (2012), *Diversity and cultural competence in health care: A systems approach*, John Wiley, Somerset, US.
- Flick U. (2002), *An introduction to qualitative research*, Sage, London.
- Gibson W.J., Brown A. (2009), *Working with qualitative data*, Sage, London.

- Hart P.L., Mareno N. (2016), *Nurses' perceptions of their cultural competence in caring for diverse patient populations*, «Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare», 6.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije (2014), *Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*.
- Matthews B., Ross L. (2010), *Research methods: A practical guide for the social sciences*, Pearsons, Essex.
- Papadopoulos I., Shea S., Taylor G., Pezzella A., Foley L. (2016), *Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare*, «Journal of Compassionate Health Care», 3(2).
- Prosen M. (2015), *Introducing transcultural nursing education: Implementation of transcultural nursing in the postgraduate nursing curriculum*, «Procedia - Social and Behavioral Sciences», 174.
- Prosen M. (2018), *Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity*, «Slovenian Nursing Review», 52.
- Prosen M., Karnjuš I., Ličen S. (2017), "Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege", in Rutar S. et al. (eds.), *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*, University of Primorska Press, Koper.
- Repo H., Vahlberg T., Salminen L., Papadopoulos I., Leino-Kilpi H. (2017), *The cultural competence of graduating nursing students*, «J Transcult Nurs», 28.
- Riessman C.K. (2008), *Narrative methods for the human sciences*, Sage, Los Angeles.
- Sandelowski M. (2000), *Whatever happened to qualitative description?*, «Research in Nursing & Health», 23.
- Smythe E. (2012), *Discerning which qualitative approach fits best*, «New Zealand College of Midwives Journal», 46.
- Taylor G. (2006), "Migrants and refugees", in Papadopoulos I. (ed.), *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners*, Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Tilki M. (2006), "Human rights and health inequalities: UK and EU policies and initiatives relating to the promotion of culturally competent care", in Papadopoulos I. (ed.), *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners*, Churchill Livingstone, Edinburgh.
- World Medical Association (2013), *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*, «Journal of the American Medical Association», 310.

Il lavoro in ospedale. Buone pratiche in campo sanitario

di Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Laura Pomicino e Federica Scrimin*

1. Introduzione e revisione della letteratura

Il Progetto INTEGRA è nato dalla necessità di acquisizione di strumenti e di approfondimento manifestata dagli operatori sanitari del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'IRCCS Burlo Garofolo di fronte al significativo cambiamento dell'utenza dovuto alle migrazioni.

Come riportato in altre parti del volume, a migrare sono soprattutto donne giovani che portano con sé i loro problemi di salute riproduttiva. Infatti, molte rifugiate e migranti provengono da paesi in cui i diritti alla salute riproduttiva non sono riconosciuti (UNFPA, 2015). D'altra parte, per alcune donne che vivono in comunità più chiuse, l'ospedale diventa uno dei pochi contatti con il sistema sociale italiano: «sono donne che vediamo solo noi», «dobbiamo sfruttare questa opportunità per creare integrazione e quindi salute», sono alcune delle espressioni raccolte interagendo con gli operatori nell'ambito delle attività progettuali.

Difficoltà di comunicazione linguistica, mancanza di informazioni, scarsa conoscenza di pratiche culturali diverse, percorsi burocratici complessi sono indicati dalla letteratura come i maggiori ostacoli riferiti dalle donne di recente immigrazione nell'accesso alle cure. D'altra parte, uno scarso utilizzo dei servizi sanitari e una tardiva ricerca di aiuto possono aumentare i rischi e peggiorare gli *outcome* relativi alla salute (WHO, 2019). In questo contesto, la salute riproduttiva con il rischio di gravidanze indesiderate o non programmate costituisce uno scenario complesso. La sfera riproduttiva è un ambito particolare della salute in cui benessere fisico e aspetti sociali e culturali interagiscono in modo molto stretto (Metusela *et al.*, 2017). Le donne sono più visibili ai professionisti della salute rispetto ai maschi migranti proprio per questa connessione stretta col problema della gravidanza, della contraccezione, del parto, o dell'aborto che comunque marca la loro vita (Lombardi, 2004).

* IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste/ Institute for Maternal and Child Health Burlo Garofolo, Trieste.

La connessione tra aspetti sanitari e culturali fa sì che nell'ambito della salute le donne migranti siano un universo diversificato, un gruppo davvero eterogeneo; esigenze, aspettative e storie di vita differenti complicano ulteriormente la relazione con gli operatori.

La letteratura è ricca di studi riguardanti le donne migranti e la loro interazione coi sistemi sanitari; alcuni riguardano le donne migranti in generale e offrono raccomandazioni generiche (Keygnaert *et al.*, 2016; Pottie *et al.*, 2011); altri, più approfonditi, riguardano specifici paesi di origine, ad esempio donne somale (Degni *et al.*, 2011; Pavlish, Noor e Brandt, 2010), afgane (Yelland *et al.*, 2015), coreane (Seo, Bae e Dickerson, 2016); altri ancora riguardano regioni più ampie, come quelli sulle donne africane (Woodgate *et al.*, 2017) o asiatiche indiane (Mann, Roberts e Montgomery, 2017).

Alcuni autori hanno confrontato le difficoltà incontrate da donne migranti di diversi paesi nelle relazioni col sistema sanitario (Metusela *et al.*, 2017). Questi studi indicano alcuni problemi fondamentali: barriere linguistiche e problemi di comunicazione (Binder *et al.*, 2012; Pavlish *et al.*, 2010; Bulman e McCourt, 2002); convinzioni discordanti con quelle dei medici rispetto alla salute e al significato delle cure mediche (Pavlish *et al.*, 2010); vergogna nel parlare della sessualità con il personale sanitario (Ussher *et al.*, 2017); mancanza di informazioni e conoscenze su come funziona il sistema sanitario (Ackerman *et al.*, 2017).

Per quanto riguarda gli operatori dei servizi sanitari, il tema è stato molto meno studiato. Emerge comunque che la presenza di pazienti con background culturali diversi implica la necessità di competenze relazionali e culturali che non fanno parte dei percorsi di studio di medici e operatori sanitari, i quali in questi ultimi anni si sono trovati di fronte a problemi nuovi e soprattutto inaspettati (Mengesha *et al.*, 2018). Pensiamo ad esempio al gran numero di donne trasferite dopo gli sbarchi ai nostri pronto soccorso in stato di gravidanza. Inizialmente, il numero di gravidanze stupiva; ci si occupava della cura sanitaria e dell'accoglienza senza porsi il problema dell'origine di quelle gravidanze e quindi spesso non si informavano le pazienti sulla possibilità, prevista dalle leggi italiane, di interromperle.

Il personale sanitario può trovarsi ad affrontare ostacoli imprevisti e difficili da risolvere dal punto di vista etico. Essen, Binder e Johnsdotter (2010) hanno rilevato a Londra una seria discrepanza tra la prospettiva dei medici sulla necessità di effettuare un taglio cesareo in certe situazioni per salvaguardare il feto e la convinzione delle pazienti somale che lo stesso implicasse un maggiore rischio di morte per sé e per il bambino. Si può immaginare come in certi casi si possa arrivare a un vero e proprio dilemma etico, soprattutto quando le condizioni di rischio sono gravi e c'è poco tempo per decidere.

Mengesha *et al.* (2018), dopo aver intervistato medici generici, infermieri e altri addetti alla tutela della salute, confermano l'esperienza maturata all'IRCCS Burlo Garofolo: la mancanza di formazione e di conoscenza sulle complesse questioni riguardanti le donne migranti, ma anche la volontà dello staff di impegnarsi per migliorare la propria formazione.

Il problema più immediato che gli operatori sanitari affrontano ogni giorno con i pazienti stranieri è l'incomprensione linguistica; molte donne non parlano italiano e lo capiscono molto poco. La conoscenza linguistica è direttamente proporzionale all'accesso e alla capacità di adesione alla cura, ma in particolare influenza le cure materne.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala che fattori come un'età inferiore ai 20 anni, l'essere multipara, single, con poca o nulla conoscenza della lingua, una scolarità inferiore ai 5 anni, una gravidanza non pianificata, o la mancanza di assicurazione sanitaria si associano a un aumentato rischio di ricevere cure inadeguate (WHO, 2016).

In accordo con ciò, l'analisi sistematica di 29 studi ha dimostrato che le donne migranti hanno maggiori probabilità di ricevere un'assistenza prenatale inadeguata rispetto alle donne del paese di accoglienza. L'assistenza prenatale può contribuire a ridurre la morbilità e la mortalità materne e perinatali, monitorando i rischi potenziali, curando i problemi medici e aiutando le donne a gestire i fattori comportamentali che contribuiscono a risultati sfavorevoli (Heaman, 2012)

La mancanza di conoscenza linguistica del paese ospitante si traduce nello scarso ricorso ai programmi di screening, di prevenzione e di diagnosi precoce, con risultati peggiori in termini di salute e un aumento dei costi per il sistema sanitario (ad esempio, lo scarso ricorso alla contraccezione può comportare il ripetersi di interventi di interruzione volontaria di gravidanza, o la mancanza di cure prenatali, come ad esempio i controlli per il diabete, può portare a complicazioni intra o post parto) (WHO, 2019).

2. Le donne migranti in Italia

Secondo l'ISTAT (2017), i cittadini stranieri residenti in Italia sono 5 milioni. La maggior parte proviene dall'Europa orientale (39,6%), l'8,7% dal Nord Africa, il 5,4% dall'India e dal Bangladesh, il 5,4% dalla Cina.

Le donne rappresentano circa la metà della popolazione migrante in Italia, ma la loro quota è molto diversa a seconda del paese di origine. Ad esempio, le persone provenienti dal Nord Africa sono per lo più uomini (74%), mentre i migranti latini sono per lo più donne (80%). Inoltre, sembra che le donne migranti provenienti dall'Europa dell'Est e dal Sud America vengano in Italia per la maggior parte da sole, con un progetto di vita individuale, mentre

le donne provenienti dal Nord Africa, dai paesi arabi e dalla Cina arrivino per lo più seguendo i loro mariti.

Infine, in Italia le donne migranti hanno maggiori probabilità rispetto alle donne non migranti di cercare l'aiuto della sanità pubblica, piuttosto che del privato, e dei servizi sociali: circa l'80% delle donne migranti, contro il 33% delle italiane, durante la gravidanza (Lombardi, 2004).

L'Italia infatti garantisce anche agli immigrati irregolari il diritto alle prestazioni sanitarie, al pari dei cittadini italiani, attribuendo ad esempio al momento della richiesta di asilo il codice transitorio STP (Straniero Temporaaneamente Presente), considerato un esempio di buona pratica in rassegne internazionali (Da Costa Leite Borges e Guidi, 2018; Mladovsky, 2012). Questo diritto non è parimenti garantito in altri paesi che non si sono adeguati alla Carta dell'Unione Europea dei Diritti Fondamentali (WHO, 2018).

2.1. Barriere all'accesso all'assistenza sanitaria per la SSR

Uno dei fattori più importanti che influenzano l'accesso delle donne migranti ai servizi SSR (Salute Sessuale e Riproduttiva) è, ovviamente, la lingua. Una donna che parla solo la lingua straniera ha spesso bisogno di un interprete o di un mediatore culturale, non sempre disponibili immediatamente o adeguatamente. Per questo motivo, a volte ad aiutare nella traduzione sono i familiari stretti e persino i figli minori. Alcune linee guida mettono in guardia gli operatori sanitari dagli effetti negativi di questa pratica: «La presenza di parenti, o di altri con cui interagiscono socialmente, inibisce la libera comunicazione a due vie di informazioni cruciali ma sensibili, in particolare sulla loro precedente situazione sanitaria o storia riproduttiva, su preoccupazioni personali e abusi familiari» (Cantwell *et al.*, 2011, p. 8).

Infatti, un'analisi sistematica sull'impatto dei servizi di interpretariato medico ha rilevato che la qualità dell'assistenza sanitaria è peggiore per i pazienti che parlano lingue straniere quando vengono utilizzati interpreti non addestrati o *ad hoc* (amici, membri della famiglia) (Flores, 2004).

Altri studi riscontrano che, anche quando l'interprete è disponibile, fatto per niente scontato, può essere un servizio non gradito dalla donna, perché preferirebbe un rapporto privato con il medico anche per il timore che la comunità abbia accesso alle informazioni condivise (Pavlish *et al.*, 2010). Oppure la qualità della traduzione non è ottimale e molti interpreti o mediatori culturali non hanno una formazione sufficiente su termini medici e non sono in grado di comprendere e tradurre con efficacia le spiegazioni del medico (Binder *et al.*, 2012; Degni *et al.*, 2011; Pavlish *et al.*, 2010).

Le norme culturali o religiose possono proibire il sesso al di fuori del matrimonio o addirittura impediscono di parlare di sesso. Per questo motivo

alcune donne migranti potrebbero avere difficoltà a richiedere la contraccezione o a cercare cure preventive (Metusela *et al.*, 2007). Per alcune donne anche solo parlare di menarca e di mestruazioni con altre donne è considerato vergognoso, e durante il ciclo dovrebbero evitare molte attività perché potrebbero essere fonte di contaminazione (Rogers e Earnest, 2015; Ussher *et al.*, 2017). D'altra parte, quando entrano in contatto con l'educazione al corpo e alla loro sessualità, molte desiderano poter offrire informazioni e istruzioni alle loro figlie (Hawkey *et al.*, 2016).

Le aspettative delle pazienti riguardo all'assistenza medica e al ruolo del medico possono essere molto diverse da quanto previsto nei paesi occidentali. Ad esempio, in uno studio sulle famiglie di immigrati africani in Canada, risulta che i pazienti sono stati scoraggiati dai lunghi tempi di attesa (Woodgate *et al.*, 2017). In un altro studio qualitativo, medici, ostetriche e infermiere finlandesi hanno segnalato le loro principali difficoltà con le donne somale, evidenziando come le due culture si differenzino in base all'attitudine al contatto fisico: le pazienti lo cercavano, mentre il personale lo evitava a causa delle norme culturali. Le pazienti chiedevano tempo per costruire un rapporto, mentre lo staff puntava a mantenere un atteggiamento professionale basato sull'esecuzione di esami e accertamenti tecnologici (Degni *et al.*, 2011).

In uno studio svolto negli Stati Uniti, alcune donne somale riferivano stupore perché i medici ponevano loro molte domande, eseguivano indagini e prescrivevano pochi farmaci. I medici nel loro paese, invece, «fanno pochissime domande». «Il medico dovrebbe conoscere la risposta» e prescrivere immediatamente un farmaco (Pavlish *et al.*, 2010).

Alcune donne, a tutt'oggi, riferiscono comportamenti improntati al razzismo e agli stereotipi. Uno studio su donne migranti a Londra riporta esperienze molto variabili: alcuni professionisti si adoperano per curare, nonostante gravi problemi linguistici, ma esistono anche operatori disinteressati o indifferenti. Alcuni operatori sanitari hanno rivelato idee "inconsapevolmente" razziste, riferendo ad esempio che le donne somale sono buone madri per natura, che non hanno bisogno di usare antidolorifici e che preferiscono ricevere istruzioni piuttosto che informazioni (Bulman e McCourt, 2002).

2.2. La buona comunicazione con le pazienti

La comunicazione efficace tra operatori sanitari e pazienti è un elemento fondamentale per migliorare la soddisfazione, l'accettazione del trattamento e gli esiti di salute del paziente (Degni *et al.*, 2011). Secondo la NHMRC (2004), le caratteristiche più desiderabili di una buona comunicazione tra medico e paziente sono:

- aiutare il paziente a fornire le informazioni,
- migliorare la soddisfazione del paziente,

- coinvolgere maggiormente il paziente nei processi decisionali relativi alla salute,
- aiutare il paziente a prendere decisioni sanitarie migliori,
- portare i pazienti ad aspettative più realistiche,
- produrre terapie più efficaci,
- ridurre il rischio di errori e contrattempi.

Un importante problema che si è cercato di affrontare nel progetto INTEGRA è come raggiungere questi obiettivi anche con donne migranti di vari paesi e con background culturali diversi. Abbiamo visto che ci sono molti ostacoli noti per una buona comunicazione, secondo la letteratura. Ma dobbiamo conoscere meglio la realtà dei nostri servizi sanitari e delle pazienti per migliorare efficacemente la qualità dell'assistenza offerta.

2.3. Il lavoro svolto all'Ospedale Burlo Garofolo

Il gruppo di ricerca dell'Ospedale Burlo Garofolo ha svolto le seguenti attività:

- raccolta di informazioni sulle donne migranti tramite la somministrazione attraverso intervista di un questionario elaborato appositamente (dati quantitativi e qualitativi, 77 soggetti),
- un'ostetrica ha osservato 39 visite presso l'ambulatorio di gravidanza ad alto rischio e preso appunti sulle interazioni tra donna, medico, marito, mediatore culturale (dati qualitativi),
- raccolta di casi clinici pertinenti partecipando a riunioni in équipe e/o contattando regolarmente il personale sanitario dei reparti di ginecologia e ostetricia,
- studio delle linee guida e analisi della letteratura,
- presentazione ufficiale del progetto presso l'Istituto,
- progettazione, produzione di materiali informativi, divulgativi, lettere di dimissione ospedaliera concernenti la SSR e traduzione degli stessi in lingue diverse per le pazienti migranti,
- ideazione di strategie atte a favorire la comprensione dell'importanza della conoscenza della lingua per un progetto di integrazione e di salute "a scuola di italiano in ospedale",
- aggiornamento dei mediatori culturali.

Riguardo alla figura del mediatore culturale va ricordato che in Italia, e in particolare nella regione Friuli Venezia Giulia, è considerato una figura chiave nei percorsi di integrazione, in particolare nell'ambito del Sistema Sanitario. Attualmente, oltre che nel sistema sanitario, queste figure sono previste anche per collaborare con tribunali, questure e altri enti pubblici.

Non esiste una legislazione nazionale in proposito; mentre per quanto riguarda la regione Friuli Venezia Giulia, con la LR31/2015 – Norme per la integrazione delle persone straniere – è stato istituito l’elenco regionale dei mediatori culturali.

2.4 Il dialogo

Al fine di esemplificare le possibili strategie volte a favorire la comunicazione si possono sinteticamente illustrare alcune attività che abbiamo pensato di sintetizzare utilizzando il termine “dialogo”.

Il Dipartimento del Burlo nel quale operano le autrici del presente lavoro ha previsto, nell’ambito del Progetto “*Prevenzione dell’interruzione di gravidanza in donne straniere*”, finanziato nel 2012-13 dal Ministero, uno specifico corso di formazione per operatori che si occupano di salute riproduttiva dei quali si sta attualmente avvalendo.

Nel lavoro quotidiano è emersa la necessità di creare relazioni più intense con i mediatori culturali, ma anche di sviluppare materiale scritto e/o audiovisivo che le donne possano scaricare direttamente sui loro telefoni cellulari o vedere nelle sale d’attesa.

Si è discusso a lungo con le mediatrici culturali, ad esempio, su come elaborare del materiale informativo sulla contraccezione, nelle varie lingue, ed in questa occasione ci siamo rese conto di quanto le tradizioni culturali possano rendere difficile la comunicazione.

Per garantire un’adeguata assistenza si deve infatti tenere conto del tipo di popolazione migrante che accede ai servizi: molte delle utenti non possiedono un buon livello di conoscenza della lingua italiana, alcune non parlano perché arrivate di recente in Italia e altre, nonostante risiedano da molto tempo e abbiano già avuto due o più gravidanze completate in Italia, non l’hanno ancora imparato. Altre ancora non sono abituate o non accettano di vedere immagini del corpo femminile.

Quindi, il problema della lingua è fondamentale: il progetto mira a colmare questa lacuna in modo funzionale ai bisogni dei vari servizi, producendo materiale utile, semplice, con immagini adeguate, tradotto nelle varie lingue con l’aiuto di mediatori culturali scelti *ad hoc*.

Come detto, alcune donne straniere non parlano italiano anche se risiedono da tempo in Italia. Tra i motivi si sono evidenziati la mancanza di informazioni sulle risorse esistenti sul territorio, la scarsa alfabetizzazione, ma anche la difficoltà a uscire di casa da sole o a trovare il tempo per svolgere un’attività a causa di impegni familiari. In alcuni casi le pazienti fanno intendere che è loro proibito dal marito o dalla famiglia di uscire per apprendere la lingua. Si è quindi pensato di creare una nuova opportunità per tutte le pazienti

straniere accolte al Burlo, ossia la possibilità di frequentare lezioni di italiano di base durante il ricovero o mentre aspettano una visita di controllo.

In tal modo è possibile raggiungere anche alcune donne che non si recherebbero mai a frequentare un corso sul territorio. L'ospedale costituisce un ambiente che normalmente ottiene la fiducia dei familiari e offre strumenti di cura.

Con la collaborazione di alcune volontarie della Casa Internazionale delle Donne che insegnano abitualmente l'italiano agli stranieri sono state organizzate lezioni in ospedale tre giorni alla settimana. Sono state insegnate parole riferite al corpo umano, semplici frasi che possono aiutare nell'interazione col medico e fornite anche informazioni sulle risorse territoriali per gli stranieri che desiderano approfondire la conoscenza della lingua.

3. Il sondaggio con le donne migranti all'IRCCS Burlo Garofolo

Da marzo a maggio 2018 è stato somministrato un questionario a 77 donne migranti ospiti dell'ospedale Burlo Garofolo. Due intervistatrici, un'ostetrica e un medico, hanno reclutato donne migranti presenti all'ospedale nelle seguenti unità: ambulatorio di gravidanza ad alto rischio, reparto di ginecologia, compreso il servizio di interruzione della gravidanza, servizio di procreazione medicalmente assistita e reparto di ostetricia.

A tutte le donne immigrate che erano nella condizione di farlo è stato chiesto di rispondere al questionario in italiano o inglese. Se necessario, un mediatore culturale è stato chiamato per aiutare nella traduzione. In totale, sono state intervistate 77 donne (nessuna si è rifiutata di partecipare, anche se alcune erano restie a rispondere ad alcune domande). Si tratta dunque di un campione "di convenienza" e la ricerca è di natura esplorativa. Tuttavia, esso offre un'immagine interessante delle donne migranti che cercano assistenza medica per la SSR e delle loro difficoltà con il personale e i servizi sanitari.

Il questionario riguardava diverse aree e in questa sede ci concentreremo in particolare su: dati sociodemografici, SSR, comunicazione medico-paziente, suggerimenti delle pazienti.

3.1. Le caratteristiche di base delle intervistate

Le donne del campione provengono da diversi paesi (tab. 1) e l'Europa dell'Est è la regione più rappresentata. La maggior parte delle donne parla italiano (n=56; 72,7%), alcune parlano inglese (n=6; 7,8%). Per 12 donne (15,6%) è stato necessario l'intervento del mediatore culturale per realizzare l'intervista. L'età media è 31,1 anni, più della metà (54,5%) ha 26-35 anni. L'81,8% (n=63) è sposata. La maggior parte ha uno-due figli (n=47; 61,1%),

il 28,6% non ha figli, ma molte donne sono in clinica perché incinte (n=44; 57,1%). Solo otto (10,4%) hanno tre o più figli. La metà è di religione cristiana (n=39; 50,6%), il 39% (n=30) è musulmana, le altre indicano altre religioni o nessuna religione. La maggior parte delle donne è ben istruita: 49 (63,6%) hanno completato la scuola secondaria o sono laureate.

Tab. 1. – Paese d'origine

	N.	%
Europa orientale (Romania, Serbia, Kosovo, Moldova, Bulgaria, Macedonia, Bosnia, Russia, Rep. Ceca)	32	41.6
Africa (Marocco, Nigeria, Camerun, Togo, Costa d'Avorio, Kenya, Senegal)	22	28.7
Pakistan-Bangladesh	9	11.7
Sud America (Colombia, Brasile, Rep. Dominicana)	6	7.8
Asia (Cina, Vietnam, Cambogia)	4	5.1
Altro (Turchia, Libano, Afghanistan)	4	5.1
Totale	77	100.0

I dati mostrano che il nostro campione non è rappresentativo delle donne migranti in Italia, piuttosto è un campione privilegiato. Nonostante ciò, anche queste donne hanno incontrato alcune difficoltà pratiche o di comunicazione con i servizi sanitari e qualche forma di discriminazione quasi sempre sul territorio, molto raramente con il personale sanitario. La maggior parte (n=46; 60%) afferma di non aver subito in Italia alcuna forma di discriminazione, ma il 40% sì. Alcune hanno denunciato discriminazioni sul lavoro o da parte di persone comuni. Ad esempio, sono state viste con sospetto perché vestite in modo diverso o per il colore della loro pelle. La loro competenza in ambito lavorativo non è stata riconosciuta. Qualcuna ha riferito di essersi sentita maltrattata.

3.2. La relazione col sistema sanitario

Alle donne è stato chiesto quali difficoltà avessero incontrato nell'ambito dei servizi sanitari. Alcune (n=12; 15,6%) non hanno segnalato alcun problema. Le altre hanno detto che il problema principale è la lingua (n=65; 84,4%). Infatti, il 58,4% (n=45) afferma di parlare bene l'italiano o abbastanza bene, mentre le altre parlano l'italiano un po' (n=17; 22,1%) o per niente (n=14; 18,2%).

Le più giovani parlano molto meno l'italiano: il 26,7% delle donne di età inferiore ai 25 anni parla l'italiano bene o abbastanza bene, contro il 66,7% delle donne di età compresa tra i 26-35 anni e il 68,4% delle donne di età pari o superiore a 36 anni (chi quadrato 8,21, $p < .016$). Ciò è probabilmente dovuto al fatto che le giovani hanno trascorso meno anni in Italia.

Inaspettatamente, il mediatore culturale non è sempre visto come un aiuto utile. Un terzo delle donne (n=25, 32,5%) non ha mai usufruito di questo

servizio. Il 58,4% (n=45) afferma che il mediatore culturale è utile o molto utile, ma alcune hanno rifiutato la presenza di un mediatore culturale e tre hanno dichiarato di avere avuto un'esperienza negativa (totalmente inutile o addirittura dannosa). Altre donne hanno detto che i mediatori culturali diminuiscono la volontà di imparare l'italiano e di essere più indipendenti.

Alle donne è stato chiesto se potevano pensare ad alcune strategie per migliorare la comunicazione con il personale dell'ospedale.

Ecco i suggerimenti principali:

- i mediatori culturali dovrebbero tradurre testualmente,
- interpreti/mediatori culturali, quando necessario, dovrebbero essere presenti in ospedale ogni giorno durante il ricovero della paziente,
- ci dovrebbe essere un ufficio specifico per informazioni/accettazione degli stranieri,
- le informazioni per gli stranieri dovrebbero essere più chiare,
- fornire volantini e altre informazioni scritte,
- se ci sono più pazienti straniere, provare a metterle nella stessa stanza,
- evitare il razzismo,
- evitare lunghi tempi di attesa,
- il personale dovrebbe essere più gentile e paziente con gli stranieri.

3.3. Informazioni sulla salute

La maggior parte delle donne (n=59, 76,6%) afferma che cambiare le condizioni climatiche e lo stile di vita non ha influito sulla loro salute. Il 14,3% (n=11) ha avuto nuove malattie (principalmente influenza e/o raffreddori), per cinque donne le condizioni sono migliorate. La stragrande maggioranza ha la tessera sanitaria (n=70; 90,9%). Quando sono malate, il 40,3% (n=31) si reca al pronto soccorso, il 74% (n=57) dal medico di medicina generale. Tutte le altre opzioni (amico, consigliere, leader religioso) sono state scelte da un massimo di due donne.

La maggior parte delle donne si è rivolta al medico di base per febbre e malattie infettive (n=51; 66,2%), per problemi ginecologici (n=16; 20,8%) o gastrointestinali (n=4; 5,2%). Tutte le altre opzioni sono state scelte da una-tre donne. Le donne si sono recate in una struttura sanitaria per i seguenti motivi: problemi ginecologici (n=73; 94,8%), febbre e malattie infettive (n=9; 11,7%), problemi ai reni (n=7; 9,1%) o gastrointestinali (n=5, 6,5%). Tutte le altre opzioni sono state scelte solo da una-tre donne.

Più della metà (n=40; 52%) è stata in un consultorio familiare (distretto). Di quelle che ci sono andate, 12 (30%) hanno seguito il corso di preparazione alla nascita, 11 (27,5%) sono state seguite durante la gravidanza e sei (15%) sono andate solo a pesare il neonato. Tuttavia, più di un quarto del campione (n=21, 27,3%) non sa cosa sia il consultorio familiare. Il 67,5% (n=52) usa

farmaci prescritti dal medico, il 10,4% (n=8) usa le erbe. Nessuna usa medicine omeopatiche.

3.4. Metodi di pianificazione familiare

Per quanto riguarda la contraccezione, la maggior parte del campione nel paese di origine non ha utilizzato nulla (n=41; 53,2%) o solo l'astinenza (n=4; 5,2%). Il metodo contraccettivo più usato era il preservativo (n=22; 28,6%); poco usata la pillola (n=6; 7,8%) e quasi mai gli altri metodi.

In Italia il 37,7% ha avuto accesso a nuovi metodi di contraccezione. Attualmente le donne usano più di prima la pillola (n=15; 19,5%) e il preservativo (n=19; 24,7%), seguito dalla spirale (n=5; 6,5%). Molte donne non usano nulla (n=35; 45,5%), perché sono in gravidanza (n=44; 57,1%) o vogliono altri bambini (n=35; 45,5%).

Raggruppando le donne secondo la religione, possiamo notare che le donne cristiane, una volta arrivate in Italia, hanno adottato molto più spesso nuovi metodi di contraccezione: il 52,8% contro il 24,2% delle musulmane e il 30% degli altri gruppi (chi quadrato 5,92, $p < 0,05$).

Per quanto riguarda l'uso dei metodi contraccettivi da parte dei connazionali, i risultati non possono essere interpretati perché quasi metà del campione non ha voluto o non ha potuto rispondere. Il 71,4% delle donne ha risposto alla domanda su chi decide il sistema contraccettivo: la maggioranza (55,7%, corretta per le mancate risposte) afferma che è la donna a decidere, il 10,4% la coppia, solo due dicono il marito o altri membri della famiglia.

Considerando le donne cristiane (n=39) e le donne musulmane (n=30), escluse le agnostiche, atee e altre, troviamo una differenza significativa nell'uso di sistemi contraccettivi efficaci. Il 63,9% (n=23) delle cristiane lo usa contro il 34,5% delle musulmane (n=10) (chi quadrato=5,55; $p < 0,018$).

Il 18,2% (n=14) ha affrontato un'interruzione volontaria della gravidanza (IVG): due donne nel loro paese di origine, sette al Burlo (9,1%), le altre in diverse strutture della Regione o al di fuori della Regione. Tre donne hanno avuto più di una IVG. Emerge una differenza significativa (chi quadrato 6.89, $p < 0,03$) nel ricorso alla IVG, che è più frequente tra le cristiane (29.7% contro il 10% delle musulmane e nessuna delle altre).

3.5. Considerazioni conclusive sui risultati del sondaggio

In sintesi, dal sondaggio effettuato con le pazienti straniere, emergono alcuni dati importanti. In accordo con la letteratura, uno degli ostacoli principali nell'accesso ai servizi e alle cure, è sicuramente la scarsa conoscenza della lingua. La presenza del mediatore culturale, non scontata in altri paesi,

sembra essere necessaria ma non risolve tutti i problemi e, anzi, alcune donne vivono la sua presenza con disagio.

Dall'arrivo in Italia, molte donne iniziano a utilizzare metodi di contraccezione efficaci, strumenti indispensabili per evitare gravidanze indesiderate e aborti volontari che prima non conoscevano o non potevano utilizzare.

A fronte di alcuni problemi riscontrati, emerge però anche un buon rapporto delle utenti con i servizi sanitari. Molte riferiscono di avere avuto accesso anche ad altri servizi, oltre all'ospedale, e di avere consultato il medico di base, di essersi recate in consultorio o in altri servizi territoriali. Sarebbe utile però fornire loro maggiori informazioni sui servizi perché alcune ne ignorano la presenza e non sanno a cosa servono.

Inoltre, il 90,9% delle pazienti è già iscritta regolarmente al Servizio Sanitario Nazionale e ha la possibilità di usufruire dell'assistenza sanitaria pubblica al pari delle italiane. Le altre donne hanno comunque tessere sanitarie temporanee o STP che permettono di ricevere adeguata assistenza.

Tra i miglioramenti ritenuti utili dalle utenti straniere, oltre alla necessità di avere un interprete o mediatore sempre disponibile in caso di necessità e capace di tradurre efficacemente, emerge il bisogno di avere informazioni più chiare e scritte, sia per aspetti medici che burocratici.

4. Mutilazione dei genitali femminili/taglio

4.1. Cos'è la mutilazione genitale femminile

La mutilazione genitale femminile (MGF) o escissione comporta la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni, o qualsiasi altra lesione agli organi genitali per ragioni non terapeutiche. Viene eseguita principalmente su bambine o adolescenti e ha un'origine essenzialmente rituale.

La pratica è presente in alcuni paesi dell'Africa ma anche in alcune parti dell'Asia. In tutto il mondo 200 milioni di donne hanno subito la MGF, e più di 3 milioni di ragazze sono a rischio ogni anno (UNICEF, 2016). A causa della migrazione, oltre un milione di donne con MGF vive in paesi ad alto reddito in cui il sistema sanitario deve affrontare questa "nuova" condizione.

L'OMS distingue quattro tipi diversi di MGF (WHO, 2010):

Tipo I - Rimozione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia). Sottogruppi:

- tipo I-A, rimozione del cappuccio clitorideo o solo del prepuzio;
- tipo I-B, rimozione del clitoride con il prepuzio.

Tipo II - Rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra (escissione). Sottogruppi:

- tipo II-A, solo rimozione delle piccole labbra;

- tipo II-B, rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra;
- tipo II-C, rimozione parziale o totale del clitoride, piccole labbra e grandi labbra.

Tipo III - Restringimento dell'orifizio vaginale con creazione di un sigillo di copertura tagliando e apponendo le piccole labbra e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione). Sottogruppi:

- tipo III-A, rimozione e apposizione delle piccole labbra;
- tipo III-B, rimozione e apposizione delle grandi labbra. La reinfibulazione ricade in questa definizione. Questa è una procedura per ricreare un'infibulazione, ad esempio dopo il parto, quando la deinfibulazione è necessaria.

Tipo IV - Non classificato. Tutte le altre procedure dannose per i genitali femminili per scopi non medici; ad es.: puntura, piercing, incisione, raschiatura e cauterizzazione.

Le MGF sono una violazione dei diritti umani delle ragazze e delle donne. Si associano a danni permanenti della salute sessuale e riproduttiva. In Italia sono vietate da una legge specifica, la 7/2006 "*Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*" oltre che dall'art 583 bis del codice penale.

I rischi ostetrici sono: taglio cesareo, emorragia *post partum*, episiotomia, travaglio prolungato, lesioni/lacerazioni ostetriche, parto strumentale, travaglio difficile/distocia, prolungamento della degenza materna, nati morti e morte neonatale precoce, rianimazione infantile alla nascita (Berg, 2014).

La diagnosi e il riconoscimento di queste procedure nelle nostre pazienti è di estrema importanza in quanto permette un lavoro di prevenzione, informazione e tutela delle nasciture.

4.2. I risultati del questionario INTEGRA

La versione completa del questionario, comprendente anche le domande sulla mutilazione genitale femminile, è stata somministrata al 35,1% del campione (n=27) perché, come stabilito all'inizio dello studio, la versione completa doveva essere somministrata a tutte le donne provenienti da Africa, India e Pakistan, paesi in cui le MGF sono diffuse.

Nel campione solo nove donne (11,7%) provengono però da paesi in cui viene praticata la MGF. Di queste, quattro hanno avuto una MGF quando erano neonate (solo una aveva più di quattro anni). Una aveva subito un intervento chirurgico a casa, due all'ospedale e una non sa. Nessuna di loro ha ricordi specifici del momento, quindi è risultato impossibile rispondere a tutte le domande del questionario.

È stato chiesto loro perché pensano che questa procedura sia stata eseguita e le risposte sono state:

Non so perché, credo sia una cosa stupida, non capisco.

Una mia amica della Nigeria ce l'ha, ma non so perché è praticata.

È una cosa tradizionale, tagliano un po' il clitoride in modo che si possa benedire il terreno con il sangue. Si benedice il terreno dove tutti i nostri parenti sono sepolti.

Ignoranza, patrimonio culturale.

Cultura, è sempre stato così”.

Solo cultura. Lo fanno per preservare la verginità delle ragazze prima del matrimonio. Ma in questo modo le ragazze perdono anche la percezione sessuale.

4.3. L'importanza della formazione degli operatori sanitari

Le linee guida principali del Royal College of Obstetricians and Gynecologist sulle MGF affermano che tutti i medici dovrebbero essere a conoscenza delle complicanze delle MGF e che ginecologi, ostetrici e ostetriche dovrebbero ricevere una formazione obbligatoria sulla MGF e sulla sua gestione (RCOG, 2015). Alcuni interventi indicati come possibili strategie per migliorare le interazioni e le cure degli operatori sanitari nei confronti delle donne e delle ragazze che vivono con MGF includono l'educazione per ridurre la medicalizzazione, migliorare la comunicazione, lo screening, la diagnosi e il trattamento delle complicanze della MGF (UNFPA, 2010).

Nonostante le risorse di apprendimento disponibili, gli studi sulla consapevolezza, le conoscenze e gli atteggiamenti degli operatori socio-sanitari e degli studenti di medicina riguardo alla MGF hanno mostrato una mancanza di consapevolezza della prevalenza, della diagnosi e della gestione della MGF e delle difficoltà di classificarle correttamente secondo la classificazione OMS.

La formazione sulle MGF non è sempre inclusa nei curricula pre o post laurea di infermieri, ostetriche e medici. Ciò può costituire un problema anche semplicemente perché chi non è adeguatamente formato può non riconoscerla, non avviando quindi il colloquio informativo con la paziente ai fini della prevenzione.

Queste donne hanno esigenze sanitarie specifiche e gli operatori sanitari sono essenziali per garantire screening, diagnosi, assistenza, consulenza e prevenzione adeguati (Dawson, 2015).

Sebbene la pratica sia più diffusa nei paesi africani, il cambiamento dei modelli di migrazione ha portato gli operatori della salute a incontrare donne

con MGF in paesi ad alto reddito, tra cui l'Italia (Dawson, 2015). I professionisti che lavorano in questo campo devono quindi avere accesso a linee guida e strumenti validi e basati su riscontri oggettivi per il loro lavoro¹.

5. Alcuni casi clinici come spunto di riflessione

I tre casi illustrati di seguito sono stati scelti perché sono particolarmente complessi e sottolineano come le differenze culturali e le difficoltà di comprensione reciproca abbiano un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza. Ciò dimostra ancora una volta la validità di offrire agli operatori sanitari una buona formazione per migliorare la comunicazione con queste pazienti e un addestramento specifico sulle mutilazioni genitali femminili.

Sierra Leone (40 anni)

Dall'anamnesi emerge una interruzione volontaria della gravidanza nel 2008. Durante il travaglio, in considerazione della cardiocografia gravemente patologica e della condizione di diabete gestazionale con crescita fetale al 95° percentile, i medici decidono per l'esecuzione del taglio cesareo: la coppia esprime dissenso alla procedura nonostante l'illustrazione dei rischi materni e fetali legati a questa decisione. Si sta procedendo in situazione di urgenza. Anche la mediatrice culturale contattata telefonicamente conferma la mancata adesione della paziente alla proposta di taglio cesareo a tutela del neonato.

Il medico riferisce verbalmente che la ragione per cui la paziente ha rifiutato il taglio cesareo è stata alla paura che un demone possa entrare nel corpo attraverso il taglio sulla sua pancia. Il bambino è nato grazie all'applicazione della ventosa ed è stato trasferito in terapia intensiva neonatale per gravi sequele perinatali.

Nigeria (22 anni)

Accompagnata da un operatore del volontariato, viene inviata dal centro di consulenza familiare per un'immunizzazione anti-S. Dalla somministrazione del questionario emerge che è vittima di mutilazione genitale (nonostante ciò non sia riportato nella cartella clinica). La donna chiede di saltare alcune domande dal questionario perché il ricordo di alcuni eventi è molto doloroso. È impossibile capire le ragioni che l'hanno portata a emigrare in Italia e le circostanze in cui è rimasta incinta sono oscure. I medici prescrivono esami del sangue da ripetere ogni 2 settimane, ma la donna risponde

¹ Linee guida con queste finalità sono state elaborate dal gruppo di lavoro dell'Ospedale Burlo nell'ambito del Progetto INTEGRA (Ricci e Scrimin, 2018).

che non vuole farli perché c'è Dio che pensa al suo bambino, è sicura che il suo bambino stia bene e non intende fare gli esami due volte al mese.

6. Osservazione delle visite ostetriche

Una prima fase di ricerca qualitativa ed esplorativa è stata effettuata da gennaio ad aprile 2018 presso l'Ospedale Burlo Garofolo. Lo scopo di questo studio preliminare era valutare l'interazione tra il personale medico e le donne immigrate. Un'ostetrica addestrata, C.S., ha preso parte a diverse visite mediche con donne migranti, come osservatore partecipante. Ha osservato 24 donne immigrate nell'ambulatorio per la gravidanza ad alto rischio e 15 nel day hospital di assistenza ostetrica.

Le donne provenivano da diversi paesi: Romania, Serbia, Togo, Senegal, Afghanistan, Cina, Cameron, Nigeria, Bangladesh e altri. L'obiettivo in questa fase del progetto era di raccogliere esempi di interazioni tra lo staff medico e le pazienti provenienti da una varietà di paesi e culture.

Il focus dell'osservazione era principalmente su:

- barriere linguistiche,
- presenza di parenti durante la visita e il loro ruolo,
- problemi culturali emersi durante la visita,
- comunicazione tra il personale medico e il paziente,
- qualsiasi differenza di genere rilevante,
- attenzione alla presenza di MGF,
- qualsiasi altro fatto rilevante per gli scopi dello studio.

L'osservatore ha preso nota di questi elementi, cercando di interferire il meno possibile con la visita.

Come previsto, le barriere linguistiche sono state il problema principale nella maggior parte dei casi: solo 14 donne su 39 erano in grado di parlare italiano a un livello sufficiente per comprendere e interagire chiaramente con il personale. Altre 13 donne sono state assistite da un mediatore culturale o simili e in sette casi la traduzione è stata fornita da un parente (il marito o la madre). Quest'ultima scelta era a volte l'unica disponibile, ad esempio perché il mediatore era malato e non era venuto all'appuntamento. Nel resto delle visite a volte il medico parlava in inglese o in francese.

Un parente è stato presente durante la visita in 15 casi (principalmente il marito/partner, ma in due casi c'erano le madri, in un caso una cugina e in un altro un bambino di 10 anni). Nel complesso, sembra che i parenti che hanno preso parte alla visita non abbiano interferito troppo e che non abbiano mostrato un comportamento intrusivo o ostruttivo.

Solo in un caso si è registrato un conflitto tra un medico e il marito di una paziente durante la visita. Una donna turca aveva bisogno di un esame vaginale, il marito e una mediatrice erano presenti e c'era un medico di sesso maschile. Il marito ha spiegato che sua moglie non desiderava essere esaminata da un uomo e l'esame è stato eseguito da una specializzanda sotto la supervisione del medico.

In altri – pochi – casi, il mediatore ha ostacolato la relazione tra il paziente e il medico invece di aiutare. Per esempio, con una paziente del Bangladesh, il dottore ha dato il benvenuto alla donna e le ha chiesto cosa stava succedendo, ma la mediatrice è intervenuta e ha guidato la conversazione, rispondendo alle domande del medico senza consultare la donna e spesso non traducendo.

Un'altra donna dal Bangladesh ha ricevuto un trattamento simile. Il mediatore ha condotto la conversazione e tradotto solo un riassunto della conversazione con il medico al termine della visita.

Le pazienti generalmente manifestano molta fiducia nel Sistema Sanitario e nell'operato dei medici e del personale sanitario riconoscendo di avere accesso cure che non avrebbero nei loro paesi di origine.

6.1. Esempi di buone pratiche

- Una donna nigeriana parlava un po' di inglese e c'era un mediatore presente. Il medico, che parlava bene l'inglese, ha parlato direttamente con la donna, assicurandosi che capisse. Il mediatore ha parlato con il medico in italiano, ma quest'ultimo si è concentrato sulla donna, chiedendo e rispondendo in inglese direttamente a lei. La donna era dolorante ma sorridente ed era grata al medico.
- Una donna russa ha rifiutato la presenza del mediatore preferendo la presenza del marito, anche se entrambi parlavano solo un po' di italiano. Il marito aiutava, senza intromettersi. Il medico durante la visita ha parlato direttamente con la donna e le ha chiesto molte volte se stava capendo e lei annuiva ogni volta.
- Una donna incinta afghana, che aveva già perso il bambino durante la precedente gravidanza, era accompagnata dal marito e da un mediatore. Quando la donna ha iniziato a piangere ricordando la perdita del bambino, il medico le ha preso la mano, concentrandosi solo su di lei e parlandole – anche se non era in grado di capire una parola – mentre il mediatore traduceva e il marito era vicino a lei.
- Una donna rumena era molto preoccupata e turbata per ciò che stava accadendo (era incinta e sanguinava). Suo marito era con lei. Sebbene fosse arrabbiata, avvilita ed esigente, il medico le ha spiegato bene e lentamente la procedura di trattamento con calma e pazienza.

- Infine, il caso di una paziente cinese, nel quale sia il medico che il mediatore hanno svolto un ottimo esempio di comunicazione. Il dottore parlava direttamente con la paziente e il mediatore traduceva tutto senza intromettersi nella visita. La paziente sembrava a suo agio e sorridente.

6.2. Difficoltà di comunicazione

- Una donna del Togo era venuta in ospedale con il marito. Il medico si è concentrato sul marito e ha parlato con lui, invece di parlare con la paziente.
- Una donna bulgara non parlava italiano e il mediatore non era disponibile, quindi il marito ha cercato di tradurre per lei. Il medico ha parlato con l'uomo e a volte non ha spiegato bene cosa stava facendo per il trattamento.

Ci sono stati solo pochi esempi di contatto fisico, oltre alla visita, tra medico e paziente. Quando il contatto fisico è avvenuto, era molto necessario ed è stato ben accolto.

Infine, si è prestata molta attenzione alla diagnosi di MGF. Nel campione di visite oggetto dell'osservazione solo una donna della Nigeria è risultata tagliata e la mutilazione di I grado è stata diagnosticata dall'operatore sanitario. Tuttavia, si può dire che la mutilazione è stata rilevata dopo che la paziente l'ha menzionata. La donna ha ritenuto opportuno menzionarla al medico solo dopo aver risposto al questionario somministrato per il Progetto.

Un caso clinico molto particolare è stato osservato in ostetricia: una paziente nigeriana e il marito hanno rifiutato un taglio cesareo fortemente consigliato dai medici come realmente necessario per evitare conseguenze negative per il nascituro. Nella discussione sulla decisione da prendere sono stati coinvolti più operatori e il mediatore, ma si è ottenuto comunque un rifiuto di intervento. Come conseguenza, si è avuta una sofferenza fetale con necessità di ricovero in terapia intensiva. Le credenze religiose della donna sono state una barriera insuperabile.

6.3. Sintesi dei risultati dell'osservazione

- In sintesi, lo studio esplorativo ha consentito di evidenziare alcuni problemi.
- La lingua è la barriera più importante nella comunicazione tra medici e pazienti e i mediatori non sono sempre disponibili.
 - Anche quando i mediatori sono disponibili non sempre sono utili o accettati dalla donna.
 - Il numero di pazienti immigrate è in aumento e il fenomeno si è accelerato negli ultimi anni. A volte, la comunicazione di informazioni mediche

complesse, soprattutto nel campo dell'ostetricia, non è facile per il medico. Nel caso delle donne immigrate è ancora più difficile.

- Le mutilazioni genitali femminili sono spesso sotto-diagnosticate, in quanto non rappresentano un problema comune né in Italia né in Europa. Le mutilazioni di primo grado non sempre sono facilmente rilevabili: la necessità di protezione delle neonate impone formazione continua sul tema.

D'altra parte, da queste osservazioni sono emersi diversi esempi di buone pratiche che hanno portato ad alcune nuove idee.

- La maggior parte dei medici offre un buon livello di accettazione e comunicazione. Ad esempio, si concentrano sulla paziente, cercando in ogni modo di fornirle informazioni comprensibili e di rassicurarla.
- Quando i parenti sono presenti, lo staff medico è spesso in grado di dare loro il posto giusto nella dinamica, partecipando ma rimanendo comunque in secondo piano.
- Alcuni medici hanno offerto un contatto fisico, al di fuori della visita, quando era veramente necessario, con sollievo visibile della paziente.
- Nessun caso di discriminazione o pregiudizio è stato notato in queste visite.

Nel complesso, ecco alcune nuove idee di “buone pratiche” che gli operatori del Progetto hanno realizzato o proposto.

- I mediatori dovrebbero essere specificamente formati per aiutare questo tipo di pazienti e dovrebbero essere disponibili ogni volta che una donna ha bisogno “h24”, mentre attualmente sono disponibili solo dalle 8 alle 20.
- Una lettera di dimissioni con alcune informazioni importanti di base dovrebbe essere scritta nella lingua del paziente e dovrebbe comprendere anche informazioni sui Consultori Familiari e sui corsi di apprendimento dell'italiano.
- Le cartelle cliniche ostetriche dovrebbero richiamare l'attenzione sul problema MGF. Si dovrebbe attuare una segnalazione informatica rivolta ai neonatologi e ai pediatri di famiglia per rinforzare il sistema di protezione delle neonate.
- Fornire informazioni sulla pianificazione familiare mediante opuscoli dedicati nelle sale d'aspetto dell'ospedale e al momento della dimissione per parto o IVG
- Mettere a disposizione nelle sale d'aspetto dell'ospedale materiale divulgativo con numeri utili da fornire alle donne (consultori, centri antiviolenza, anti-tratta, corsi di italiano, corsi di sostegno all'allattamento).

Riferimenti bibliografici

- Abdulcadir J., Rodriguez. M.I., Say L. (2015), *Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis*, «BJOG», 122: 3.
- Åkerman E., Essén B., Westerling R., Elin L. (2017), *Healthcare-seeking behaviour in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: a qualitative study*, «Culture, Health & Sexuality», 19: 2.
- Berg R.C., Denison E.M., Fretheim A. (2010), *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*, Norwegian Institute of Public Health (NIPH), Oslo.
- Berg R.C., Odgaard-Jensen J., Fretheim A., Underland V. (2014), *An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting*, «Obstetrics and Gynecology International», 2014: 542859.
- Berg R.C., Underland V., Odgaard-Jensen J., Fretheim A. (2014), *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis*, «BMJ Open», 2014:4.
- Binder-Finnema P., Borné Y., Johnsdotter S., Essén B. (2012), *Shared language is essential: Communication in a multiethnic obstetric care setting*, «Journal of Health Communication: International Perspectives», 17:10.
- Bulman K.H. and McCourt C. (2002), *Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study*, «Critical Public Health», 12: 4.
- Cantwell R. et al. (2011), *Saving mothers' lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*, «Bjog: an international journal of obstetrics and gynecology», 118, 1-203.
- da Costa Leite Borges D., Guidi C.F. (2018), *Rights of access to healthcare for undocumented migrants: understanding the Italian and British national health systems*, «International Journal of Human Rights»; 11: 4.
- Dawson A., Homer C., Turkmani S., Black K. (2015), *A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation*, «International Journal of Gynecology and Obstetrics», 131: 1.
- Dawson A., Turkmani S., Fray S., Nanayakkara S. (2015), *Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience*, «Midwifery, 31: 1.
- Degni F., Suominen S., Essén B., El Ansari W., Vehviläinen-Julkunen K. (2012), *Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland*, «Journal of immigrant and minority health», 14: 2.
- Essen B., Binder P., Johnsdotter S. (2011), *An anthropological analysis of the perspectives of Somali women in the West and their obstetric care providers on caesarean birth*, «Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology», 32: 1.
- Flores G. (2004), *The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review*, «Medical Care Research and Review», 62: 3.
- Hawkey A.J., Ussher J.M., Perz J., Metusela C.I. (2017), *Experiences and constructions of menarche and menstruation among migrant and refugee women*, «Qualitative health research», 27: 10.

- Iavazzo C., Sardi T., Gkegkes I. (2013), *Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence*, «Archives of Gynecology», 287: 6.
- ISTAT (2017), *Rapporto annuale 2017. La situazione del paese*, Istat, Roma.
- Keygnaert I., Ivanova O., Guieu A., Van Parys A., Leye E., Roelens K. (2016), *What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European region*, (Vol. 45), World Health Organization-Regional Office for Europe.
- Lombardi L. (2004), *Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali*, Working Papers del Dipartimento di Studi Sociali e Politici, Università di Milano, Milano.
- Heaman M., Bayarampour H., Kingston D., Blondel B. (2012), *Migrant women's utilization of prenatal care: a systematic review*, «Maternal and Child Health Journal», 17: 5.
- Mann S.K., Roberts L.R., Montgomery S. (2017), *Conflicting cultural values, gender role attitudes, and acculturation: Exploring the context of reproductive and mental health of Asian-Indian immigrant women in the US*, «Issues in mental health nursing», 38: 4.
- Mengesha Z., Perz J., Dune T., Usshjer J. (2018), *Preparedness of health care professionals for delivering sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a mixed methods study*, «International journal of environmental research and public health», 15: 1.
- Metusela C., Ussher J., Oerz J., Hawkey A. (2017), *'In my culture, we don't know anything about that': Sexual and reproductive health of migrant and refugee women*, «International Journal of Behavioural Medicine», 24: 6.
- Mladovsky P., Ingleby D., McKee M., Rechel B. (2012), *Good practices in migrant health: the European experience*, «Clinical Medicine», 3.
- National Health and Medical Research Council (2004), *Communicating with patients. Advice for medical practitioners*, Commonwealth of Australia.
- Pavlish C.L., Noor S., Brandt J. (2010), *Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries*, «Social Science & Medicine», 71: 2.
- Pottie K., Greenaway C., Feightner J., Welch V. (2011), *Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees*, «Canadian Medical Association Journal», 183: 12, E824-E925.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015), *Female genital mutilation and its management (Green Top Guideline No.53)*, RCOG, London.
- Ricci G., Scrimin F. (2019), *Linee guida e indicatori di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti*, EUT, Trieste.
- Seo J.Y., Bae S. H., Dickerson S.S. (2016), *Korean immigrant women's health care utilization in the United States: A systematic review of literature*, «Asia Pacific Journal of Public Health», 28: 2.
- UNFPA (2010), *Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation*.
- UNFPA (2018), *State of world population 2018. The power of choice. Reproductive rights and the demographic transition*.
- UNICEF (2016), *Female genital mutilation/cutting: a global concern*.

- Ussher J., Perz J., Metusela C., Hawkey A. (2017), *Negotiating discourses of shame, secrecy, and silence: migrant and refugee women's experiences of sexual embodiment*, «Arch Sex Behav»; 46.
- Vloeberghs E., Van der Kwaak A., Knipscheer J.W., Van den Muijsenbergh M. (2012), *Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands*, «Ethnicity and Health», 17: 6.
- WHO (2006), *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*.
- WHO (2010), *Global strategy to stop healthcare providers from performing female genital mutilation*.
- WHO (2016), *What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European region*.
- WHO (2018), *Health of refugee and migrants*. WHO European Region.
- WHO (2019), *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region. No public health without refugee and migrant health*.
- Yelland, J.S., Riggs E., Szwarc J., Casey S. (2015), *Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals' experience of interpreting support in Australian maternity care*, «BMJ Qual Saf», bmjqs-2014.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835102830

Il volume raccoglie le esperienze interdisciplinari di ricercatori ed esperti che hanno partecipato al progetto europeo Interreg Italia-Slovenia “INTEGRA - Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva”.

Il lavoro ha esplorato un tema poco osservato negli studi del fenomeno migratorio, la tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti che provengono da culture con una forte impronta patriarcale.

La permanenza dei rapporti diseguali fra i sessi, il mantenimento di pratiche tradizionali nocive alla salute e i matrimoni combinati sono tutti fenomeni che portano a nuove sfide e implicano politiche adeguate per l'integrazione sociale. Si impone dunque una riflessione sulle diverse realtà di convivenza, sul funzionamento dei servizi socio-sanitari e sulla cooperazione fra i paesi per la condivisione delle buone pratiche.

L'intento principale è di offrire strumenti teorici e metodologici per l'analisi dei fenomeni migratori partendo dai bisogni di salute delle donne per svelare il mondo della complessità sociale.

Giovanni Delli Zotti è professore ordinario di Sociologia presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste. È docente di corsi di Metodologia e tecniche della ricerca sociale e di Sociologia. Ha coordinato gruppi di ricerca in alcuni progetti europei (Children's Voices, Eduka, EUth) ed è stato recentemente coordinatore scientifico del progetto INTEGRA. Ha al suo attivo pubblicazioni nel campo della metodologia della ricerca sociale e su valori, giovani e studenti, salute e società. Tra i lavori recenti : *Tecniche grafiche di analisi e rappresentazione dei dati* (2010), *Children's voices. Etnicità e bullismo nella scuola* (2014) e *Working on Epidemiological Data: Problems Encountered and Lessons Learned* (2019).

Ornella Urpis è abilitata al ruolo di professore associato in Sociologia generale ed è titolare di un contratto d'opera per la ricerca presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste. Ha collaborato con le Aziende sanitarie e con l'ospedale Burlo Garofolo per i programmi di formazione e di ricerca sulle mutilazioni dei genitali femminili e sulla violenza di genere. Fra le recenti pubblicazioni: *Sexual and Reproductive Health as an Indicator of Social Integration in Migrant Communities* (2019); *Le voci degli operatori socio sanitari, l'ascolto delle comunità straniere e dei mediatori culturali* (2018); *La diversità culturale nelle società complesse e le nuove strategie di integrazione* (2018).