

Interreg



UNIONE EUROPEA
EVROPSKA UNIJA

ITALIA-SLOVENIJA



INTEGRA

Progetto standard co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Standardni projekt sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj

Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva

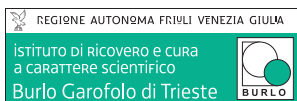
Čezmejna mreža za priseljene ženske: socialna integracija, spolno in reproduktivno zdravje

Lead partner / Vodilni partner



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Partner di progetto / Projektni partnerji



Partner associato / Pridruženi partner



STATO DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI: DIFFICOLTÀ E BUONE PRATICHE

Progetto INTEGRA:
RAPPORTI WP 3.1.1 E WP 3.1.2

a cura di
Giovanni Delli Zotti

EUT EDIZIONI UNIVERSITÀ DI TRIESTE



a cura di
Giovanni Delli Zotti
Dipartimento di Scienze politiche e sociali
Università di Trieste,
Piazza Europa, 1 - 34127 Trieste (Italia)

STATO DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI:
DIFFICOLTÀ E BUONE PRATICHE
PROGETTO INTEGRA: Rapporti WP 3.1.1 e WP 3.1.2
EUT, 2018.
ISBN 978-88-5511-029-7 (online)
ISBN 978-88-5511-030-3 (print)

EUT Edizioni Università di Trieste
via Weiss, 21 - 34128 Trieste
<http://eut.units.it>
<https://www.facebook.com/EUTEdizioniUniversitaTrieste>



<https://www.openstarts.units.it/handle/10077/23633>



Il contenuto della presente pubblicazione è di esclusiva responsabilità dei Partner progettuali e non rispecchia necessariamente le posizioni ufficiali dell'Unione europea.

Za vsebino pričujoče publikacije je odgovoren izključno Project partnerjev. Vsebina publikacije ne odraža nujno stališča Evropske unije.

The content of the present publication is under the sole responsibility of the project Partners and does not necessarily reflect the opinion or position of the European Union.

INDICE

INTRODUZIONE <i>di Giovanni Delli Zotti</i>	5
RAPPORTO 3.1.1 ANALISI DEI PROCESSI MIGRATORI, DELLE CARATTERISTICHE DELL'ACCESSO OSPEDALIERO, DELLO STATO DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI	
I diritti dei migranti negli atti internazionali ed europei <i>di Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak e Zorana Medarić</i> 1. Definizione dei termini di base 2. Convenzioni, direttive e documenti Riferimenti	9
Principali caratteristiche demografiche delle donne straniere in Slovenia e Friuli Venezia Giulia <i>di Mateja Sedmak, Zorana Medarić, Blaž Lenarčič e Moreno Zago</i> 1. Premessa 2. L'incidenza della popolazione straniera 3. Le aree di provenienza delle donne straniere 4. Sommario	15
I ricoveri e le prestazioni ambulatoriali nell'ospedale Burlo Garofolo <i>di Giovanni Delli Zotti, Ornella Urpis, Alice Cernogoraz e Giuseppe Ricci</i> 1. L'analisi dei dati sui ricoveri 2. Analisi dei ricoveri presso i reparti di ostetricia e ginecologia 3. Analisi di alcune caratteristiche della popolazione e dei ricoveri sul totale dei ricoveri 4. Dai ricoveri ai pazienti 5. Le prestazioni ambulatoriali dei pazienti stranieri	36
Ricoveri e prestazioni ambulatoriali all'ospedale di Postumia - analisi epidemiologica <i>di Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak e Igor Karnjuš</i> 1. Analisi delle donne straniere ammesse all'ambulatorio nel periodo 2012-2017 2. Analisi delle donne straniere ricoverate in ospedale nel periodo 2012-2017	55
Salute sessuale e cultura patriarcale: le esperienze delle donne <i>di Ornella Urpis</i> 1. L'impostazione metodologica e la ricerca sul campo 2. Caratteristiche del campione 3. Analisi dei risultati Riferimenti bibliografici	60

Salute sessuale e riproduttiva e integrazione sociale: il caso della Slovenia <i>di Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen, Jana Čelhar, Jana Prosen e Martina Podobnik</i>	76
1. Introduzione	
2. Metodologia	
3. Risultati	
4. Conclusioni	
Riferimenti bibliografici	
RAPPORTO 3.1.2 ANALISI COMPARATIVA DEGLI APPROCCI ALLA SALUTE E IDENTIFICAZIONE DELLE BUONE PRATICHE	
La legislazione slovena e i diritti sanitari dei migranti <i>di Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak e Zorana Medarič</i>	89
1. Migranti inclusi nel sistema di assicurazione sanitaria	
2. Migranti non inclusi nel sistema di assicurazione sanitaria	
3. Disposizioni sulla salute riproduttiva	
4. Violenza di genere	
Leggi italiane e servizi sanitari triestini rivolti alle donne immigrate <i>di Roberta Altin e Veronica Saba</i>	92
1. Le leggi italiane in materia di accesso al diritto alla salute per cittadini comunitari ed extracomunitari	
2. I servizi dedicati alla salute riproduttiva delle donne migranti e native sul territorio triestino	
Il lavoro in ospedale. Buone pratiche in campo sanitario Valutazione comparativa degli approcci e buone pratiche in campo sanitario <i>di Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Federica Scrimin</i>	96
1. Introduzione e revisione della letteratura	
2. Le donne migranti in Italia	
3. Il sondaggio con le donne migranti nel contesto dell'IRCCS Burlo Garofolo	
4. Mutilazione dei genitali femminili/taglio	
5. Alcuni rilevanti casi clinici	
6. Osservazione delle visite ostetriche	
Riferimenti bibliografici	
Uno sguardo antropologico alla salute delle donne migranti in area transfrontaliera <i>di Roberta Altin e Veronica Saba</i>	110
1. Premessa	
2. Le risposte al questionario INTEGRA: una riflessione sull'accesso ai servizi territoriali delle donne immigrate	
Riferimenti bibliografici	

Analisi della letteratura, buone pratiche e studi di caso in Slovenia	116
<i>di Blaž Lenarčič Mateja Sedmak, Zorana Medarić</i>	
1. Analisi della letteratura slovena	
2. Buone pratiche	
3. Conclusioni	
4. Uno studio di caso in tre comuni del Litorale: sintesi dell'indagine qualitativa	
Riferimenti bibliografici	
Approcci sanitari e buone pratiche nell'assistenza alle donne migranti: l'esempio della Slovenia	126
<i>di Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš, Urška Bogataj</i>	
1. Introduzione	
2. Metodi	
3. Risultati	
4. Conclusioni	
Riferimenti bibliografici	
Le voci degli operatori socio sanitari, l'ascolto delle comunità straniere e dei mediatori culturali	136
<i>di Ornella Urpis</i>	
1. Le voci degli operatori	
2. I focus group e l'osservazione partecipante	
3. Il laboratorio esperienziale con i mediatori interculturali	
Riferimenti bibliografici	
ALLEGATI: IL QUESTIONARIO INTEGRA	145

INTRODUZIONE

Giovanni Delli Zotti

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Trieste

1. Il progetto INTEGRA

Il progetto INTEGRA affronta un argomento finora poco esplorato: la tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti provenienti da culture con una forte impronta patriarcale che pongono nuove sfide legate all'integrazione a tutti i livelli istituzionali.

Il progetto coinvolge l'area transfrontaliera italo-slovena meridionale (da Trieste, Capodistria, fino a Postumia), che sta vivendo un aumento del numero di migranti anche a causa delle prossimità con la "rotta balcanica".

Il progetto prevede una collaborazione transfrontaliera per due motivi dai quali discende la necessità dello scambio di buone pratiche e di linee guida comuni:

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

Il progetto prevede infatti, con un approccio interdisciplinare, una prima fase di *assessment* del fenomeno e delle buone pratiche esistenti, seguita dallo sviluppo di linee guida di intervento per gli operatori sanitari e sociali e di un nuovo indice di salute sessuale e riproduttiva. Inoltre, è prevista una formazione specifica 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 le mutilazioni genitali femminili.

Lead partner del progetto è il Dipartimento di Scienze politiche e sociali (DiSPeS) dell'Università di Trieste, coadiuvato dal Dipartimento di Scienze Mediche (DSM). Il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali contiene competenze (sociologiche, politologiche, giuridiche, ecc.) utili ai fini del progetto e ha inoltre svolto nel recente passato intensa attività di ricerca sui temi dell'integrazione sociale, del multiculturalismo, ecc. Il DiSPeS ha inoltre svolto una ricerca su temi analoghi a quelli del progetto, realizzata sulla base di un protocollo di intesa con il Dipartimento di Scienze mediche, funzionale al progetto anche sulla base dei rapporti esistenti con l'Ospedale Burlo Garofolo

Il partner I.R.C.C.S. materno infantile Burlo Garofolo, oltre ad essere uno dei promotori iniziali del progetto, nell'area di Programma è senza dubbio la struttura più qualificata, e con una casistica più 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 funzione dell'area di provenienza delle donne.

La Facoltà di Scienze mediche dell'Università del Litorale (UP FVZ) fornisce supporto ed esperienza nel raggiungimento degli obiettivi di progetto, specialmente nelle attività di formazione del personale sanitario, ricerca in ambiente clinico e sviluppo di protocolli riguardanti la pratica medica e sociale con la popolazione migrante. UP FVZ è stata una tra le prime facoltà in Slovenia a introdurre il concetto di competenza interculturale e inserirlo tra le attività didattiche ufficiali. Inoltre, UP FVZ ha una lunga esperienza nella formazione di personale sanitario e strutture dedicate alla formazione.

L'Ospedale di Postumia è dedicato esclusivamente a ginecologia e ostetricia ed è, nell'area slovena di Programma, la struttura con più accessi di donne migranti, in quanto posizionato nelle vicinanze di un centro di accoglienza per i migranti. L'Ospedale ha messo a disposizione la propria casistica ed è molto interessato ad apprendere le buone pratiche individuate nel progetto, in modo da poter elevare la qualità delle cure offerte alle donne migranti.

Passando alla struttura del lavoro, è stato solo apparentemente facile decidere quali parti delle relazioni elaborate dai partner e collaboratori nell'ambito del WP3 andassero inserite rispettivamente nei Report 3.1.1 e 3.1.2. Il progetto infatti prevede infatti un WP 3.1.1 dedicato all'"Analisi dei processi migratori e delle caratteristiche degli accessi all'ospedale, analisi dello stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti" e la descrizione chiarisce che, oltre all'analisi del fenomeno migratorio e all'accesso alle cure sanitarie, questa parte si sarebbe dovuta dedicare all'"ascolto" delle donne migranti. È poi prevista una seconda parte (WP 3.1.2) dedicata alla valutazione comparativa degli approcci sanitari e all'individuazione di buone pratiche.

Seguendo queste indicazioni di massima, nel rapporto è dunque presente l'analisi dei flussi migratori e della presenza di donne migranti nei territori interessati al progetto (Regione Friuli Venezia Giulia e Slovenia), realizzata da Moreno Zago del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali (DiSPeS) dell'Università di Trieste e da Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak e Zorana Medarić del Centro di Ricerche Scientifiche (ZRS) di Capodistria. Il capitolo è preceduto da una descrizione del quadro normativo (internazionale ed europeo), realizzato anch'esso dai ricercatori del ZRS.

Nella seconda parte del Rapporto 3.1.1 sono trattati gli accessi ai servizi ospedalieri (ricoveri e visite ambulatoriali) con il capitolo di Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis (DiSPeS) e di Alice Cernogoraz e Giuseppe Ricci (DSM), che hanno analizzato il database dei pazienti del 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, Marjeta Stegel Bizjak dell'Ospedale di Postumia e Igor Karnjuš dell'Università del Litorale, che hanno analizzato i ricoveri e le visite ambulatoriali all'Ospedale di Postumia.

La terza parte del Rapporto 3.1.1 riguarda le "tradizioni culturali" e il materiale empirico consiste nelle informazioni raccolte al Burlo interrogando le donne straniere per mezzo di un questionario semi-strutturato, analizzato e commentato da Ornella Urpis. L'ascolto della voce delle donne migranti si conclude con il capitolo 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-strutturato, interviste in profondità.

Il vissuto delle donne, i condizionamenti sociali, il peso della tradizione e delle culture di appartenenza sono "dati di fatto" di cui INTEGRA può solo prendere atto, al pari della legislazione, dei flussi migratori, delle problematiche delle donne straniere e per questo motivo entrano a pieno titolo nel Rapporto 3.1.2. Ovviamente, anche nel Rapporto 3.1.2 si descrivono "fatti", ma sono "pratiche" che si può proporre di modificare (mediante le linee guida), se l'analisi porta a ritenere che si possano migliorare. Si può dunque affermare che oggetto del Rapporto 3.1.2 è principalmente l'attività degli operatori (personale sanitario, infermiere domiciliari, mediatori culturali, leader di comunità, ecc.) che svolgono un ruolo in relazione alle problematiche (strutturali e personali) illustrate nel Rapporto 3.1.1.

La distinzione non è però così netta e la prova sta nel fatto che i ricercatori sloveni, nell'ultimo capitolo del Rapporto 3.1.1, relazionano alla propria esperienza professionale gli esiti delle rilevazioni effettuate interrogando le donne e ne traggono spunti riguardo alle c.d. "buone pratiche" che costituiscono invece l'oggetto specifico del Rapporto 3.1.2. A conferma dello stretto legame tra le due parti, anche alcuni contributi di quest'ultimo Rapporto fanno spesso riferimento a ciò che emerge dallo "stato dell'arte" illustrato nel primo. Inoltre, anche nel secondo Rapporto è presente la voce delle donne migranti, ma sono "interrogate" e osservate mediante strumenti diversi, come il focus group o gli incontri nelle comunità.

Il Rapporto 3.1.2 si apre con una descrizione della normativa sui diritti dei migranti nel sistema sanitario sloveno, realizzata dai ricercatori del ZRS di Capodistria, seguita da un'analoga descrizione del quadro normativo italiano e dei servizi socio-sanitari a Trieste, realizzata da Roberta Altin e Veronica Saba del Dipartimento di Studi Umanistici (DiSU) dell'Università di Trieste. I due contributi descrivono elementi normativi e strutturali che hanno riflessi diretti sull'attività degli operatori sanitari e sociali e costituiscono dunque un'utile introduzione a un Rapporto che si prefigge di individuare pratiche, auspicabilmente buone.

Il Rapporto prosegue con il lavoro di Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz e Federica Scrimin dell'IRCSS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste nel quale alcune risultanze delle interviste con il questionario vengono commentate alla luce dell'esperienza professionale delle autrici. Inoltre, nel capitolo sono illustrati alcuni studi di caso ed è descritto il frutto delle osservazioni effettuate in Ospedale. Da questo materiale, e in particolare dalle osservazioni sul campo, le ricercatrici individuano alcune criticità e alcuni esempi di buone pratiche, utili alla successiva fase di elaborazione delle linee guida e dell'indicatore di salute sessuale e riproduttiva.

A seguire, anche Roberta Altin e Veronica Saba commentano alcune risposte delle donne interrogate tramite il questionario alla luce della loro sensibilità di antropologhe e di alcune interviste ad operatori sanitari che operano al di fuori della struttura ospedaliera.

Nel capitolo seguente i ricercatori del ZRS analizzano le ricerche effettuate in Slovenia sul tema, ricavandone anche in questo caso "ammaestramenti" utili all'elaborazione delle linee guida che derivano in particolare da focus group e interviste a personale medico che opera nelle strutture sanitarie dell'area di Capodistria. Il contributo di Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš, Urška Bogataj presenta poi i risultati di un focus group finalizzato a esplorare esperienze e percezioni degli operatori sanitari dell'Ospedale di Postumia sull'erogazione dell'assistenza alle donne migranti.

Infine, Ornella Urpis presenta una serie di contributi che mostrano l'utilità di trattare temi così complessi con una pluralità di approcci: interviste in profondità con personale medico del Burlo, focus group e osservazione naturalistica (partecipando ad episodi della vita delle "comunità" di migranti) e un "laboratorio esperienziale" con un gruppo di mediatori culturali.

INTEGRA - RAPPORTO 3.1.1

ANALISI DEI PROCESSI MIGRATORI,
DELLE CARATTERISTICHE DELL'ACCESSO
OSPEDALIERO, DELLO STATO DI SALUTE SESSUALE
E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI

I DIRITTI DEI MIGRANTI NEGLI ATTI INTERNAZIONALI ED EUROPEI

Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak e Zorana Medarić
Centro di Ricerche Scientifiche di Capodistria

1. Definizione dei termini di base

Le *Linee guida sulla salute riproduttiva* dell'ONU definiscono la *salute riproduttiva* come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. La salute riproduttiva riguarda i processi riproduttivi, le funzioni e il sistema in tutte le fasi della vita”. Secondo l'OMS (2002), la *salute sessuale* è “uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale in relazione alla sessualità”.

La *violenza di genere*, nella *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne* dell'ONU (1993), è definita come “qualsiasi atto di violenza di genere che abbia come risultato, o possa comportare, danni fisici, sessuali o psicologici o sofferenza alle donne, comprese le minacce di tali atti, la coercizione o le privazioni arbitrarie della libertà, che si verifichino nella vita pubblica o privata” (art. 1)

2. Convenzioni, direttive e documenti

2.1. Atti internazionali

La *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne* dell'ONU (1979) enfatizza l'accesso equo ai servizi sanitari, compresa la salute sessuale e riproduttiva.

La *Raccomandazione generale n. 19 sulla violenza contro le donne* dell'ONU (1992), aggiornata dalla *Raccomandazione generale n. 35 sulla violenza di genere contro le donne* (2017), espande la definizione di violenza includendo le violazioni dei diritti alla salute sessuale e riproduttiva.

La *Raccomandazione generale n. 24 su donne e salute* (1999) mira ad affrontare la violenza di genere nel contesto del settore sanitario, con particolare attenzione alle esigenze di salute e ai diritti delle donne appartenenti a gruppi vulnerabili e svantaggiati, come le donne migranti, rifugiate e donne sfollate internamente.

Il *Commento generale sul diritto alla salute sessuale e riproduttiva* dell'ONU (2016) invita gli Stati Membri a garantire il diritto alla salute sessuale e riproduttiva di ogni individuo. Il documento specifica l'obbligo di abrogare, eliminare leggi, politiche e pratiche che criminalizzano, ostacolano o compromettono l'accesso di un individuo o di un particolare gruppo a strutture sanitarie, servizi, beni e informazioni (art. 49).

Il *Piano d'azione per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi 2017-2021*, adottato dall'OMS/Europa, ha tre obiettivi:

1. consentire a tutte le persone di prendere decisioni informate in merito alla loro salute sessuale e riproduttiva;
2. garantire a tutte le persone di godere del più alto standard raggiungibile di salute e benessere sessuale e riproduttivo;
3. garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva ed eliminare le disuguaglianze.

La *Strategia globale per la salute delle donne e dei bambini* dell'ONU (2010), aggiornata nel 2015 dalla *Strategia globale sulla salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti 2016-2030*, ha

l'obiettivo di raggiungere il diritto al più alto standard di salute raggiungibile per tutte le donne, bambini e adolescenti.

La risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità sulla *Promozione della salute dei rifugiati e dei migranti* (2017) sollecita gli Stati membri a rafforzare la cooperazione internazionale sulla salute dei rifugiati e dei migranti e a fornire assistenza sanitaria ai paesi che ospitano e ricevono molto numerosi gruppi di rifugiati e migranti.

Altri atti legati alla violenza di genere e alla salute riproduttiva sono:

- la *Convenzione sui diritti dell'infanzia* (1989);
- la *Dichiarazione e programma d'azione di Vienna* sulla violenza di genere (1993);
- la *Conferenza internazionale sulla popolazione e il programma di sviluppo* (1994), la quale sottolinea che la salute sessuale e riproduttiva deve essere accessibile, sostenibile, accettabile e conveniente per tutti gli utenti nel corso del ciclo di vita;
- la *Dichiarazione e piattaforma d'azione di Pechino* (1995) per il conseguimento dell'emancipazione femminile, con particolare attenzione alla pianificazione familiare, all'aborto sicuro e legale e alla salute materna;
- *Trasformare il nostro mondo: Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile* (2015), che menziona i migranti e gli sfollati che hanno un accesso limitato alle cure per la salute riproduttiva e sono a rischio di affrontare specifiche gravi minacce alla loro salute e ai loro diritti riproduttivi.

2.2. Atti europei

Tutti gli Stati membri dell'UE hanno aderito ai principali atti internazionali in materia di diritti umani, con cui si obbligano tra l'altro a contrastare la violenza di genere come parte integrante del diritto universale alla salute, ma sono in una certa misura indipendenti nella loro applicazione, necessariamente condizionata al contesto nazionale politico e normativo.

Gli *Orientamenti dell'UE sulla violenza contro le donne e le ragazze e per la lotta contro tutte le forme di discriminazione contro di loro* (2008) promuovono l'accesso e il diritto all'informazione e ai servizi sanitari (Par. 3.2.7.1.c), sostengono programmi che supportano le donne che esercitano liberamente il loro diritto di prendere decisioni sulla loro sessualità senza coercizione, discriminazione o violenza (Par. 3.2.7.1.d), promuovono azioni per la prevenzione della violenza contro le donne e le ragazze (Par. 3.2.7.2.).

La *Risoluzione del Parlamento europeo sull'eliminazione della violenza contro le donne* (2009) esorta gli Stati membri a:

- migliorare le leggi e le politiche nazionali per combattere tutte le forme di violenza contro le donne, in particolare attraverso lo sviluppo di piani d'azione nazionali globali (art. 1);
- fornire programmi di assistenza e di finanziamento a organismi e organizzazioni di volontariato che offrano un rifugio e un sostegno psicologico alle donne vittime di violenza (art. 2);
- tenere in debito conto le categorie di donne particolarmente vulnerabili alla violenza, come le donne appartenenti a minoranze, le donne immigrate, le donne rifugiate, ... (art. 16);
- intensificare le misure per prevenire la violenza di genere tra i giovani attraverso campagne educative mirate e con la cooperazione tra le parti interessate (art. 17);
- riconoscere la violenza sessuale e lo stupro contro le donne come reati anche se perpetrati all'interno di matrimoni e rapporti intimi informali e/o commessi da parenti maschi, quando la vittima non ha dato il consenso. Per tali reati non si dovrebbe inoltre considerare come circostanza attenuante alcun riferimento a pratiche tradizionali o religiose, compresi i cosiddetti "delitti d'onore" (art. 24);
- adottare misure adeguate per fermare la mutilazione genitale femminile, sottolineando che gli immigrati residenti nella Comunità dovrebbero essere consapevoli che le mutilazioni genitali femminili costituiscono un grave attacco alla salute delle donne e una violazione dei diritti umani (art. 26).

Nel 2009 il Consiglio ha adottato il *Programma di Stoccolma 2010-2014 - Un'Europa aperta e sicura al servizio e protezione dei cittadini*, per meglio affrontare la violenza contro le donne appartenenti a “gruppi vulnerabili in situazioni particolarmente esposte” (Par. 2.3.3).

Nel 2010 la Commissione ha adottato il *Rafforzamento dell'impegno per la parità tra donne e uomini. Una Carta delle donne*, che mira specificamente a eliminare le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie ed eradicare tutte le forme di violenza di genere.

Basandosi sulla *Roadmap per la parità tra donne e uomini 2006-2010* e sul *Patto europeo per la parità di genere*, la Commissione europea ha adottato la *Strategia per la parità tra donne e uomini 2010-2015* che, tra l'altro, mira all'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili e sostiene la realizzazione di una campagna di sensibilizzazione a livello europeo sulla violenza contro le donne (cap. 4).

La *Convenzione sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)* (2011) garantisce che la cultura, le consuetudini, la religione, la tradizione o il cosiddetto “onore” non possano costituire una giustificazione per qualsiasi atto di violenza contro le donne. Essa impegna dunque gli Stati Membri a criminalizzare diversi reati contro le donne, compresa la violenza psicologica (art. 33); lo *stalking* (art. 34); la violenza fisica (art. 35); la violenza sessuale, compreso lo stupro, inclusi esplicitamente tutti i rapporti non consensuali di natura sessuale (art. 36), il matrimonio forzato (art. 37); la mutilazione genitale femminile (art. 38), l'aborto e la sterilizzazione forzati (art. 39), compresi i reati commessi in nome del cosiddetto “onore” (art. 42).

La *Direttiva 2012/29 / UE del Parlamento europeo e del Consiglio*, all'art. 17 definisce che “la violenza diretta contro una persona a causa del suo genere, dell'identità di genere o dell'espressione del genere o che colpisce in modo sproporzionato le persone di un particolare genere, è intesa come violenza di genere”.

Nel 2012 l'UE ha adottato il programma *Salute 2020: un quadro politico europeo a sostegno dell'azione a livello governativo e sociale per la salute e il benessere*, sottolineando che le politiche degli Stati membri dovrebbero affrontare le disuguaglianze nello stato di salute di migranti, Rom e altri soggetti resi vulnerabili da processi di esclusione e nell'accessibilità e qualità dei servizi sanitari e sociali a loro disposizione.

La *Relazione annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo nel 2014 e la politica dell'Unione europea in materia* del Parlamento europeo sottolinea che il rispetto della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi e l'accesso ai relativi servizi contribuiscono a ridurre la mortalità infantile e materna (par. 1.1.1); condanna la pratica della maternità surrogata, che mina la dignità umana della donna dal momento che il suo corpo e le sue funzioni riproduttive sono utilizzate come merce; sottolinea che pianificazione familiare, tutela della salute materna, facile accesso alla contraccezione e aborto sicuro sono fattori che possono salvare vite umane (Par. 114).

La Commissione per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere nel *Parere sulla relazione annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo 2016 e sulla politica dell'Unione europea in materia*, tra le altre cose, esprime preoccupazione per lo stato di vulnerabilità dei migranti, dei profughi e dei richiedenti asilo, e soprattutto delle donne e dei bambini, nonché dei membri di gruppi marginalizzati, e richiama allo sviluppo urgente di canali adeguati, sicuri e legali per la migrazione, prendendo tutte le misure necessarie per garantire la loro sicurezza. Tra tali misure figurano: l'accesso a servizi di consulenza legale, il supporto psicologico, la disponibilità di luoghi sicuri per donne e bambini, l'accesso alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi, compresi gli aborti sicuri, e ad altri servizi sanitari. Nel Parere si sottolinea inoltre che, per quanto riguarda le procedure di ricongiungimento con familiari residenti nell'UE, siano riconosciuti i diritti individuali di donne e ragazze, assicurando che esse non dipendano da una possibile relazione abusiva da parte di un familiare maschio per l'accesso alla salute, all'istruzione o al lavoro.

Il *Piano d'azione per la salute sessuale e riproduttiva: verso la realizzazione dell'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile in Europa - non lasciare nessuno indietro* si concentra su tre obiettivi

strettamente interconnessi:

- consentire a tutte le persone di prendere decisioni informate sulla loro salute sessuale e riproduttiva e garantire che i diritti umani siano rispettati, protetti e soddisfatti,
- assicurare che tutte le persone possano godere del più alto livello raggiungibile di salute sessuale e riproduttiva,
- garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva ed eliminare le iniquità.

Il *Consenso europeo sullo sviluppo "Il nostro mondo, la nostra dignità, il nostro futuro"* (2017) definisce i principi che guideranno la cooperazione con i paesi in via di sviluppo, nonché una strategia per raggiungere obiettivi tra i quali figurano l'eliminazione della violenza di genere (par. 33) e l'impegno per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi (par. 34).

La *Strategia e piano d'azione per la salute dei rifugiati e dei migranti nella Regione europea dell'OMS* (2016), si focalizza sulle seguenti aree prioritarie di intervento:

- sostenere il diritto alla salute dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti;
- affrontare i determinanti sociali della salute;
- rafforzare i sistemi sanitari;
- assicurare controlli e valutazioni sanitarie etici ed efficaci;
- migliorare l'informazione e la comunicazione in ambito sanitario.

Riferimenti

Atti e documenti sloveni:

- (2016): International Protection Act: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7103>
- (2015): Resolution on the national program for equal opportunities for women and men 2015-2020: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO108>
- (2013): Resolution on the national assistance program for the period 2013-2020: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NACP68>
- (2009): Resolution on the national program of family violence 2009-2014: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO60>
- (2008): Family violence prevention act: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5084>
- (2008): Patients' rights act: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
- (1999): Law on medical service: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1395>
- (1998): Rules on carrying out preventive health care at the primary level: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59>
- (1992): Health service act: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>
- (1992): Health care and health insurance act: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>
- (1991): Constitution of republic of Slovenia: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>
- (1977): Act on health measures in exercising freedom of choice in childbearing: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408>

Documenti delle Nazioni Unite:

- (2017): General recommendation No. 35 on gender-based violence against women: <http://tbinternet.ohchr.org/layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/35&Lang=en>
- (2015): Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- (2015): Global strategy on women's, children's and adolescents' health 2016-2030: http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gS_2016_30.pdf
- (2010): Gender based violence: A Global Toolkit for Action: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub->

pdf/cap-6.pdf

(2010): Global Strategy for Women's and Children's Health: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf

(2010): Guidelines on Reproductive Health: <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfrehp.gdl.html>

(2004): International Conference on Population and Development Programme: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf

(1999): UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women General Recommendation No. 24: Art. 12 of the Convention (Women and Health): <http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>

(1995) Beijing Declaration and Platform for Action: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>

(1993): Declaration on the Elimination of Violence against Women: <http://www.refworld.org/docid/3b00f25d2c.html>

(1993) Vienna Declaration and programme of Action: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/vienna.pdf>

(1992): UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women General Recommendation No. 19: Violence against women: <http://www.refworld.org/docid/52d920c54.html>

(1989): Convention on the Rights of the Child: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

(1979): Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: <http://www.refworld.org/docid/3b00f2244.html>

Documenti dell'OMS:

(2017): Promoting the health of refugees and migrants: http://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf

(2016): Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe - leaving no one behind: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571392/IPOL_STU\(2016\)571392_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571392/IPOL_STU(2016)571392_EN.pdf)

(2016): Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf

(2016): Regional consultation on the development of the European action plan for sexual and reproductive health and rights (SRHR) 2017-2021: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/300122/Regional-consultation-development-EAP-SRHR-20172021-report.pdf?ua=1

(2015): The Minsk declaration, the life-course approach in the context of health 2020: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1

(2012): Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1

(2002): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Sexual health document series: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Documenti dell'Unione Europea:

(2017): Opinion of the committee on women's rights and gender equality on the Annual Report on Human Rights and Democracy in the World 2016 and the European Union's policy on the matter: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A8-2017-0365+0+DOC+PDF+V0//EN>

(2017): European consensus on development. 'Our world, our dignity, our future': https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/european-consensus-on-development-final-20170626_en.pdf

(2015): The European Parliament's Report on the 'Annual Report on human rights and democracy in the world 2014 and the European Union's policy on the matter: <http://www.europarl.europa.eu/sides/>

getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A8-2015-0344+0+DOC+XML+V0//EN

- (2012): Directive 2012/29/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2012 establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0029&from=EN>
- (2011): European Pact for Gender Equality: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011XG0525\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011XG0525(01)&from=EN)
- (2011): Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention): <https://rm.coe.int/168008482e>
- (2010): Strategy for Equality between Women and Men 2010-2015: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0491:FIN:en:PDF>
- (2010): A Strengthened Commitment to Equality between Women and Men. A Women's Charter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:em0033>
- (2009): European Parliament resolution of 26 November 2009 on the elimination of violence against women: https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/antitrafficking/files/european_parliament_resolution_of_26_november_2009_on_the_elimination_of_violence_against_women_1.pdf
- (2009): Stockholm Programme - An open and secure Europe serving and protecting citizens: <http://www.eurojust.europa.eu/doclibrary/EU-framework/EUframeworkgeneral/The%20Stockholm%20Programme%202010/Stockholm-Programme-2010-EN.pdf>
- (2008): EU guidelines on violence against women and girls and combating all forms of discrimination against them: https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/antitrafficking/files/eu_guidelines_on_violence_against_women_and_girls_1.pdf
- (2006): Roadmap for equality between women and men 2006-2010: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:c10404&from=EN>

PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLE DONNE STRANIERE IN SLOVENIA E FRIULI VENEZIA GIULIA

Mateja Sedmak, Zorana Medarić, Blaž Lenarčič

Znanstveno-Raziskovalno Središče Koper

Moreno Zago

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Trieste¹

1. Premessa

Nell'affrontare la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti, è utile delineare il quadro della consistenza numerica assoluta e relativa delle donne straniere nelle aree partenariali coinvolte dal progetto Integra: la Repubblica di Slovenia e la regione italiana del Friuli Venezia Giulia.

La situazione migratoria lungo il confine 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. 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, 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 o ghanese nel pordenonese.

Dall'altro lato, si ha 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.

¹ M. Sedmak, Z. Medarić e B. Lenarčič sono i principali autori dell'analisi statistica dei flussi migratori in Slovenia mentre M. Zago di quelli nel Friuli Venezia Giulia. Le analisi sono state condotte sulle banche dati delle agenzie statistiche nazionali di Slovenia (<http://pxweb.stat.si>) e Italia (<http://dati.istat.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.

2. L'incidenza della popolazione straniera

2.1. Repubblica di Slovenia

Con riferimento alla Repubblica di Slovenia, dalla Tab. 2.1.a si evidenziano alcune utili informazioni:

- Relativamente alla presenza straniera sulla popolazione complessiva, si è passati in otto anni (2011-18) dal 4,1% al 5,9% (+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 il doppio inferiore a quella degli uomini stranieri.
- Nel periodo 1996-2017, il numero di donne immigrate è cresciuto di circa due volte: da 2.669 a 4.861.

Tab. 2.1.a. - Popolazione della Repubblica di Slovenia per sesso (residente al 1° gennaio)

Popolazione	Sesso	2011	2013	2015	2017	2018
Complessiva (n.)	M	1.016.456	1.020.455	1.023.392	1.026.100	1.027.041
	F	1.038.285	1.040.208	1.041.240	1.039.790	1.039.839
	Tot.	2.054.741	2.060.663	2.064.632	2.065.890	2.066.880
Straniera (n.)	M	59.126	64.249	69.798	77.448	78.856
	F	25.728	30.999	36.688	42.185	43.019
	Tot.	84.854	95.248	106.486	119.633	121.875
Straniera (%)	M	5,8	6,2	6,7	7,4	7,7
	F	2,4	2,9	3,4	4,0	4,1
	Tot.	4,1	4,6	5,2	5,8	5,9

Tab. 2.1.b. - Donne immigrate ed emigrate in Slovenia (escluse le cittadine slovene)

Indicatore	1996	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Immigrate	2.669	1.279	3.009	4.075	3.992	4.482	4.211	4.252	4.764	4.703	4.861
Emigrate	745	384	785	2.101	1.550	1.560	1.590	1.824	1.830	1.956	2.037
Saldo	1.924	895	2.224	1.974	2.442	2.922	2.621	2.428	2.934	2.747	2.824

Se si distribuisce la popolazione all'interno delle dodici regioni statistiche della Slovenia (Tab. 2.1.c), in valori assoluti quella straniera è maggiore nella regione della Slovenia centrale (40.716) seguita dalle regioni dell'Oltredrava (16.408) e della Savinja (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 presenza di stranieri rispetto alla propria popolazione più elevata (10,5%; 11.910) seguita dalle regioni della Slovenia centrale (7,5%; 40.716) e della Carniola interna-Carso (6,4%; 3.369). Questa tipologia di distribuzione si rispecchia anche nel rapporto percentuale tra le donne straniere e la popolazione femminile complessiva, rispettivamente: 8,2% (4.727), 5,3% (14.534) e 4,7% (1.216).

Tab. 2.1.c. - Popolazione delle regioni statistiche della Slovenia per sesso
(residente al 1° gennaio 2018, ordinata per presenza straniera femminile)

Unità amministrativa	Pop. Tot.	Pop. Femm.	Popolazione Straniera		Popolazione straniera Femminile		
			n.	% Pop. Tot.	n.	% Pop. Stran.	% Pop. Femm.
Slovenia Centrale	542.306	276.369	40.716	7,5	14.534	35,7	5,3
Oltredrava	322.058	161.607	16.408	5,1	5.089	31,0	3,1
Savinia	254.760	126.834	14.974	5,9	4.828	32,2	3,8
Litorale-Carso	113.961	57.536	11.910	10,5	4.727	39,7	8,2
Alta Carniola	203.636	102.618	10.691	5,3	4.104	38,4	4,0
Goriziano	117.260	58.552	6.426	5,5	2.422	37,7	4,1
Slovenia Sudorien.	142.819	70.752	6.426	4,5	2.084	32,4	2,9
Oltresava Inferiore	75.359	37.431	4.085	5,4	1.380	33,8	3,7
Carniola Int.-Carso	52.334	25.864	3.369	6,4	1.216	36,1	4,7
Sava Centrale	57.061	28.878	2.406	4,2	941	39,1	3,3
Carinzia	70.550	35.131	2.539	3,6	890	35,1	2,5
Murania	114.776	58.267	1.925	1,7	804	41,8	1,4
Totale Slovenia	2.066.880	1.039.839	121.875	5,9	43.019	35,3	4,1

A livello di unità amministrativa, se, in termini assoluti, le presenze di donne stranieri sono maggiori a Ljubljana (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 complessiva, 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%) (Tab. 2.1.d).

Tab. 2.1.d. - Popolazione delle unità amministrative in Slovenia con un'elevata presenza di donne straniere (>200)
(residente al 1° gennaio 2018, ordinata per presenza straniera femminile)

Unità amministrativa	Pop. Tot.	Pop. Femm.	Popolazione Straniera		Popolazione straniera Femminile			
			n.	% Pop. Tot.	n.	% Pop. Tot.	% Pop. Stran.	% Pop. Femm.
Ljubljana	289.518	149.741	28.990	10,0	10.502	3,6	36,2	7,0
Maribor	110.871	56.554	9.804	8,8	3.256	2,9	33,2	5,8
Koper-Capodistria	51.794	26.234	5.450	10,5	2.128	4,1	39,0	8,1
Kranj	55.950	28.212	4.510	8,1	1.692	3,0	37,5	6,0
Celje	49.377	24.625	5.283	10,7	1.634	3,3	30,9	6,6
Velenje	32.802	16.188	3.218	9,8	1.062	3,2	33,0	6,6
Nova Gorica	31.638	15.990	2.483	7,8	964	3,0	38,8	6,0
Novo mesto	36.533	18.430	2.513	6,9	853	2,3	33,9	4,6
Izola-Isola	16.015	8.153	1.922	12,0	778	4,9	40,5	9,5
Piran-Pirano	17.643	9.028	1.702	9,6	762	4,3	44,8	8,4
Jesenice	20.759	10.327	1.893	9,1	735	3,5	38,8	7,1
Domžale	35.675	18.132	1.892	5,3	707	2,0	37,4	3,9
Sežana	13.276	6.601	1.694	12,8	633	4,8	37,4	9,6
Krško	25.833	12.633	1.964	7,6	615	2,4	31,3	4,9
Kamnik	29.487	14.933	1.596	5,4	599	2,0	37,5	4,0

Postojna	16.207	8.052	1.593	9,8	579	3,6	36,3	7,2
Brežice	24.086	12.207	1.170	4,9	489	2,0	41,8	4,0
Grosuplje	20.672	10.082	1.536	7,4	420	2,0	27,3	4,2
Škofja Loka	22.919	11.673	1.035	4,5	418	1,8	40,4	3,6
Žalec	21.243	10.664	1.136	5,3	393	1,9	34,6	3,7
Slovenska Bistrica	25.524	12.928	1.032	4,0	388	1,5	37,6	3,0
Ajdovščina	19.130	9.431	1.101	5,8	379	2,0	34,4	4,0
Trbovlje	16.052	8.219	826	5,1	364	2,3	44,1	4,4
Vrhnika	16.978	8.543	1.081	6,4	355	2,1	32,8	4,2
Ptuj	23.162	11.673	1.239	5,3	349	1,5	28,2	3,0
Rogaška Slatina	11.002	5.438	848	7,7	313	2,8	36,9	5,8
Medvode	16.362	8.290	868	5,3	310	1,9	35,7	3,7
Slovenske Konjice	14.848	7.253	975	6,6	269	1,8	27,6	3,7
Idrija	11.757	5.874	659	5,6	252	2,1	38,2	4,3
Litija	15.317	7.653	706	4,6	244	1,6	34,6	3,2
Logatec	13.976	6.912	715	5,1	242	1,7	33,8	3,5
Radovljica	18.872	9.702	664	3,5	242	1,3	36,4	2,5
Tržič	14.766	7.487	588	4,0	234	1,6	39,8	3,1
Ravenna Koroškem	11.253	5.553	640	5,7	227	2,0	35,5	4,1
Kočevarje	15.771	7.947	621	3,9	218	1,4	35,1	2,7
Sevnica	17.446	8.564	828	4,7	214	1,2	25,8	2,5
Ernomelj	14.313	7.048	628	4,4	213	1,5	33,9	3,0
Škofljica	11.098	5.571	660	5,9	212	1,9	32,1	3,8
Lendava-Lendva	10.406	5.328	531	5,1	207	2,0	39,0	3,9
Ilirska Bistrica	13.329	6.649	542	4,1	206	1,5	38,0	3,1
Ivančna Gorica	16.544	8.103	662	4,0	204	1,2	30,8	2,5

2.2. Regione autonoma del Friuli Venezia Giulia

Con riferimento al Friuli Venezia Giulia, 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. 2.2.a si possono mettere in evidenza i seguenti punti:

- 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 e, nel 2018, rappresenta 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. 2.2.a. - Popolazione del Friuli Venezia Giulia per sesso
(residente al 1° gennaio)

Popolazione	Sesso	2011	2013	2015	2017	2018
Complessiva (n.)	M	598.742	589.803	594.007	589.751	589.785
	F	638.373	632.057	633.115	628.121	625.753
	Tot.	1.237.115	1.221.860	1.227.122	1.217.872	1.215.538
Straniera (n.)	M	46.126	48.704	50.945	48.919	50.824
	F	50.753	53.864	56.614	55.357	55.828
	Tot.	96.879	102.568	107.559	104.276	106.652
Straniera (%)	M	7,7	8,3	8,6	8,3	8,6
	F	8,0	8,5	8,9	8,8	8,9
	Tot.	7,8	8,4	8,8	8,6	8,8

Scendendo al livello delle ex-province regionali (Tab. 2.2.b) e dei comuni (Tab. 2.2.c), si può osservare quanto segue:

- Nella ex-provincia di Gorizia, le donne straniere rappresentano il 9,1% delle donne residenti (6.471 su 71.106). La concentrazione maggiore è nei comuni di Monfalcone (2.701), Gorizia (1.659) e Ronchi dei Legionari (403).
- Nella ex-provincia di Pordenone, le donne straniere sono il 10,4% delle donne residenti (16.623 su 159.103). 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 ex-provincia di Trieste, le donne straniere sono l'8,8% delle donne residenti (10.749 su 122.297). La quasi totalità è residente nel comune capoluogo (10.256) e nei comuni di Muggia (226) e di Duino-Aurisina (181).
- Nella ex-provincia di Udine, le donne straniere sono l'8% delle donne residenti (21.985 su 273.247). Il comune capoluogo (7.519) e i comuni di Cervignano (822), Latisana (756), Cordero (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 Pasianno 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.

Tab. 2.2.b. - Popolazione nelle ex-province del Friuli Venezia Giulia per sesso
(residente al 1° gennaio 2018)

Ex-Provincia	Pop. Tot.	Pop. Femm.	Popolazione Straniera		Popolazione straniera Femminile			
			n.	% Pop. Tot.	n.	% Pop. Tot.	% Pop. Straniera	% Pop. Femm.
Gorizia	139.439	71.106	13.423	9,6	6.471	4,6	48,2	9,1
Pordenone	312.080	159.103	31.661	10,1	16.623	5,3	52,5	10,4
Trieste	234.638	122.297	21.747	9,3	10.749	4,6	49,4	8,8
Udine	529.381	273.247	39.821	7,5	21.985	4,2	55,2	8,0
Totale Fvg	1.215.538	625.753	106.652	8,8	55.828	4,6	52,3	8,9

Tab. 2.2.c. - Popolazione dei comuni nelle ex-province del Friuli Venezia Giulia con un'elevata presenza di donne straniere (>200) (residenti al 1° gennaio 2018, ordinata per presenza straniera femminile)

Comune	Pop. Tot.	Pop. Femm.	Popolazione Straniera		Popolazione straniera Femminile			
			n.	% Pop. Tot.	n.	% Pop. Tot.	% Pop. Straniera	% Pop. Femm.
Trieste	204.338	106.653	20.889	10,2	10.256	5,0	49,1	9,6
Udine	99.518	53.273	13.979	14,0	7.519	7,6	53,8	14,1
Pordenone	51.127	26.725	7.075	13,8	3.723	7,3	52,6	13,9
Monfalcone	28.107	13.932	6.181	22,0	2.701	9,6	43,7	19,4
Gorizia	34.411	17.838	3.244	9,4	1.659	4,8	51,1	9,3
Sacile	19.905	10.262	2.121	10,7	1.154	5,8	54,4	11,2
Cervignano	13.881	7.010	1.662	12,0	822	5,9	49,5	11,7
Azzano Decimo	15.744	7.968	1.497	9,5	779	4,9	52,0	9,8
Spilimbergo	12.151	6.235	1.518	12,5	769	6,3	50,7	12,3
Prata di Pn	8.426	4.201	1.498	17,8	761	9,0	50,8	18,1
Latisana	13.478	7.003	1.268	9,4	756	5,6	59,6	10,8
San Vito al Tagl.	15.063	7.770	1.383	9,2	748	5,0	54,1	9,6
Pasiano di Pn	7.736	3.876	1.283	16,6	646	8,4	50,4	16,7
Porcia	15.280	7.869	1.180	7,7	636	4,2	53,9	8,1
Cordenons	18.210	9.337	1.060	5,8	609	3,3	57,5	6,5
Codroipo	16.165	8.204	1.111	6,9	596	3,7	53,6	7,3
Maniago	11.746	5.987	1.147	9,8	587	5,0	51,2	9,8
Fontanafredda	12.521	6.332	1.065	8,5	584	4,7	54,8	9,2
Aviano	9.080	4.574	1.039	11,4	530	5,8	51,0	11,6
Lignano	6.948	3.556	924	13,3	524	7,5	56,7	14,7
Brugnera	9.290	4.642	1.012	10,9	519	5,6	51,3	11,2
Cividale	11.176	5.888	888	7,9	487	4,4	54,8	8,3
Tavagnacco	14.981	7.866	863	5,8	487	3,3	56,4	6,2
Casarsa	8.404	4.184	902	10,7	460	5,5	51,0	11,0
Fiume Veneto	11.729	5.985	799	6,8	422	3,6	52,8	7,1
Ronchi dei Leg.	11.971	6.142	793	6,6	403	3,4	50,8	6,6
Pasian di Prato	9.363	4.876	694	7,4	392	4,2	56,5	8,0
Manzano	6.431	3.307	742	11,5	382	5,9	51,5	11,6
S. Giovanni al N.	6.137	3.032	738	12,0	366	6,0	49,6	12,1
Zoppola	8.483	4.214	666	7,9	345	4,1	51,8	8,2
Tarcento	8.964	4.683	595	6,6	342	3,8	57,5	7,3
San Daniele	7.987	4.206	610	7,6	339	4,2	55,6	8,1
Grado	8.173	4.214	578	7,1	319	3,9	55,2	7,6
Pozzuolo	6.927	3.564	569	8,2	305	4,4	53,6	8,6
Tricesimo	7.687	4.041	559	7,3	300	3,9	53,7	7,4
S. Giorgio d. Rich.	4.633	2.218	722	15,6	298	6,4	41,3	13,4
Pravisdolini	3.500	1.723	626	17,9	297	8,5	47,4	17,2
Campoformido	7.891	4.060	491	6,2	286	3,6	58,2	7,0
Gemona	10.869	5.621	476	4,4	276	2,5	58,0	4,9
Chions	5.180	2.643	470	9,1	266	5,1	56,6	10,1
Palmanova	5.419	2.799	455	8,4	265	4,9	58,2	9,5

Rivignano Teor	6.265	3.147	470	7,5	253	4,0	53,8	8,0
S. Giorgio di Nog.	7.467	3.796	513	6,9	247	3,3	48,1	6,5
Fagagna	6.296	3.234	414	6,6	231	3,7	55,8	7,1
Muggia	13.111	6.793	365	2,8	226	1,7	61,9	3,3
Majano	5.932	3.062	368	6,2	220	3,7	59,8	7,2
Valvasone Arzene	3.921	1.998	410	10,5	216	5,5	52,7	10,8
Cormons	7.347	3.866	422	5,7	215	2,9	50,9	5,6
Roveredo in Piano	5.939	3.033	421	7,1	213	3,6	50,6	7,0
Tolmezzo	10.191	5.315	320	3,1	211	2,1	65,9	4,0
Sesto al Reghena	6.367	3.198	355	5,6	208	3,3	58,6	6,5
Staranzano	7.297	3.662	434	5,9	207	2,8	47,7	5,7
Buja	6.484	3.350	372	5,7	206	3,2	55,4	6,1
Caneva	6.339	3.259	318	5,0	205	3,2	64,5	6,3

Il paragrafo si conclude con un'analisi del bilancio demografico in regione negli ultimi anni solo per le donne straniere. Dalla Tab. 2.2.d 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 dovute 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, per procedimento di irreperibilità ordinaria. Le voci hanno sempre un saldo negativo. Un'ultima voce considerata è l'acquisizione della cittadinanza. Le acquisizioni sono aumentate notevolmente, passando da 149 (nel 2011) a 1.851 (nel 2017), con il picco di 2.756 nel 2015. Hanno riguardato soprattutto le donne albanesi (22%), romene (9%), marocchine (6%) e bengalesi (4%). Questo indicatore è importante poiché, è bene ricordare, che con l'acquisizione della cittadinanza italiana lo straniero viene 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%) e per 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.

Tab. 2.2.d. - Bilancio demografico delle donne straniere in Friuli Venezia Giulia e nelle ex-province

Indicatore	Friuli Venezia Giulia				Go	Pn	Ts	Ud
	2011	2013	2015	2017	2017			
Straniere al 1° gennaio	50.753	53.864	56.614	55.357	6.214	16.769	10.369	22.005
Nate vive	195	777	709	712	122	238	114	238
Morte	7	85	84	104	14	32	22	36
Saldo naturale	188	692	625	608	108	206	92	202
Iscritte da altri comuni	826	3.353	3.213	3.299	386	1.175	286	1.452
Cancellate per altri comuni	755	3.096	2.812	2.844	304	1.031	193	1.316
Saldo migratorio interno	71	257	401	455	82	144	93	136
Iscritte dall'estero	840	2.998	2.307	2.752	449	748	645	910
Cancellate per l'estero	149	697	815	832	116	262	98	356
Saldo migratorio estero	691	2.301	1.492	1.920	333	486	547	554
Saldo migratorio	762	2.558	1.893	2.375	415	630	640	690
Iscritte per altri motivi	105	2.440	325	386	49	127	56	154
Cancellate per altri motivi	608	1.551	1.120	1.047	149	393	120	385
Saldo per altri motivi	-503	889	-795	-661	-100	-266	-64	-231
Saldo migr. e per altri motivi	259	3.447	1.098	1.714	315	364	576	459
Acquisizioni cittadinanza ital.	149	1.471	2.756	1.851	166	716	288	681
Totale iscritte	1.966	9.568	6.554	7.149	1.006	2.288	1.101	2.754
Totale cancellate	1.668	6.900	7.587	6.678	749	2.434	721	2.774
Saldo totale	298	2.668	-1.033	471	257	-146	380	-20
Straniere al 31 dicembre	51.051	56.532	55.581	55.828	6.471	16.623	10.749	21.985

3. Le aree di provenienza delle donne straniere

3.1. Repubblica di Slovenia

La Tab. 3.1.a evidenzia come, tra tutte le donne straniere immigrate (126 cittadinanze diverse) in Slovenia nel periodo 2011-18, la percentuale più elevata 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. 3.1.a. - Donne straniere in Slovenia 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

Dalla Tab. 3.1.b. si evince che la percentuale di donne straniere in Slovenia nel periodo 2011-17 è in genere più alta nelle coorti di età 30-34 e 35-39: 12,8% e 11,3%, rispettivamente. L'età media è di 33,7 anni. Tuttavia, ci sono alcune differenze nella distribuzione a seconda del continente da cui provengono le donne immigrate. Nel caso di paesi economicamente meno sviluppati (Africa, Asia, Caraibi, Sud e Centro America), si nota un maggior numero di immigrati nelle classi 15-54 anni, mentre nel caso di paesi economicamente più sviluppati (Nord America e Oceania), un numero relativamente alto di donne immigrate si ha 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.

Tab. 3.1.b. - Donne straniere in Slovenia per area di cittadinanza e classe d'età (residenti al 1° gennaio 2017)

Area		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Europa	n.	2.850	2.260	1.738	1.845	2.647	4.106	4.779	4.221	3.744	2.965
	%	7,4	5,9	4,5	4,8	6,9	10,7	12,5	11,0	9,8	7,7
Africa	n.	1	3	3	5	4	13	32	14	11	2
	%	1,0	3,1	3,1	5,2	4,2	13,5	33,3	14,6	11,5	2,1
Asia	n.	53	70	45	41	58	135	201	208	152	96
	%	4,4	5,8	3,8	3,4	4,8	11,3	16,8	17,4	12,7	8,0
Nord America	n.	10	18	12	6	8	18	18	20	17	15
	%	5,2	9,4	6,3	3,1	4,2	9,4	9,4	10,5	8,9	7,9
Caraibi, C-Sud America	n.	3	6	12	12	16	48	86	74	45	20
	%	0,9	1,7	3,5	3,5	4,7	14,0	25,0	21,5	13,1	5,8
Oceania	n.	-	1	2	-	-	-	-	3	4	-
	%	-	3,8	7,7	-	-	-	-	11,5	15,4	-
Totale Slovenia	n.	2.917	2.358	1.812	1.909	2.733	4.320	5.116	4.540	3.973	3.098
	%	7,3	5,9	4,5	4,8	6,8	10,8	12,8	11,3	9,9	7,7

Area		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90	Tot.
Europa	n.	2.258	1.582	1.122	797	460	402	268	147	79	38.270
	%	5,9	4,1	2,9	2,1	1,2	1,1	0,7	0,4	0,2	100,0
Africa	n.	5	2	-	-	1	-	-	-	-	96
	%	5,2	2,1	-	-	1,0	-	-	-	-	100,0
Asia	n.	78	28	14	11	4	2	1	0	0	1.197
	%	6,5	2,3	1,2	0,9	0,3	0,2	0,1	-	-	100,0
Nord America	n.	10	8	8	12	3	1	5	1	1	191
	%	5,2	4,2	4,2	6,3	1,6	0,5	2,6	0,5	0,5	100,0
Caraibi, C-Sud America	n.	9	4	3	3	2	1	-	-	-	344
	%	2,6	1,2	0,9	0,9	0,6	0,3	-	-	-	100,0
Oceania	n.	1	2	1	3	6	2	-	1	-	26
	%	3,8	7,7	3,8	11,5	23,1	7,7	-	3,8	-	100,0
Totale Slovenia	n.	2.361	1.626	1.148	826	476	408	274	149	80	40.124
	%	5,9	4,1	2,9	2,1	1,2	1,0	0,7	0,4	0,2	100,0

La categoria "Europa" include stati dalle caratteristiche diverse: da una parte, gli stati membri dell'Unione europea e, dall'altra, gli stati come la maggioranza degli stati ex-iugoslavi che sono al di fuori dell'Unione europea e sono economicamente più poveri e politicamente meno stabili.

Nella Tab. 3.1.c., si riporta una selezione degli stati 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 migranti 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. 3.1.c. - Principali paesi europei di provenienza delle donne straniere in Slovenia (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

La Tab. 3.1.d. riporta il numero di donne residenti in Slovenia provenienti dall'Asia. Il maggior numero di donne (nel periodo 2011-17) proviene da Cina (490), Thailandia (213), Filippine (94) e Kazakistan (57).

Tab. 3.1.d. - Principali paesi asiatici di provenienza delle donne straniere in Slovenia (residenti al 1° gennaio, ordinati per presenza straniera femminile)

Paese	2011	2013	2015	2017		
				F	F+M	% F/M
Cina	388	433	453	490	1.082	45,3
Thailandia	159	184	191	213	238	89,5
Filippine	45	63	79	94	113	83,2
Kazakistan	16	19	33	57	114	50,0
Giappone	26	31	36	41	79	51,9
India	17	22	28	38	136	27,9
Turchia	20	17	26	37	145	25,5
Iran	10	11	17	31	90	34,4
Indonesia	10	19	23	29	37	78,4
Siria	4	4	16	24	84	28,6
Vietnam	4	10	12	18	19	94,7
Corea del Sud	11	11	15	15	21	71,4

Secondo la Tab. 3.1.e, il numero di donne che migrano in Slovenia dai Caraibi e dal Centro-Sud America è inferiore rispetto a quelle provenienti dall'Asia, ma più alto rispetto ad Africa e Oceania. Il maggior numero di donne proviene dalla Repubblica Dominicana (141), dal Brasile (66), da Cuba (30) e dalla Colombia (26).

Tab. 3.1.e. - Principali paesi caraibici e del Centro-Sud America di provenienza delle donne straniere in Slovenia (residenti al 1° gennaio, ordinati per presenza straniera femminile)

Paese	2011	2013	2015	2017		
				F	F+M	% F/M
Rep. Dominicana	142	141	135	141	163	86,5
Brasile	43	50	55	66	100	66,0
Cuba	23	22	25	30	58	51,7
Colombia	15	19	20	26	33	78,8
Perù	9	11	12	19	34	55,9
Messico	9	12	15	16	41	39,0
Venezuela	10	13	13	16	27	59,3
Argentina	11	12	11	10	23	43,5
Bolivia	1	1	1	4	5	80,0
Cile	3	1	2	3	10	30,0
Ecuador	2	3	3	3	5	60,0
Nicaragua	3	3	2	3	3	100,0

Dai paesi africani (Tab. 3.1.f), i numeri della presenza delle donne straniere sono molto piccoli. Solo le nigeriane e le marocchine sono presenti con una consistenza uguale o superiore a dieci unità.

Tab. 3.1.f. - Principali paesi africani di provenienza delle donne straniere in Slovenia (residenti al 1° gennaio, ordinati per presenza straniera femminile)

Paese	2011	2013	2015	2017		
				F	F+M	% F/M
Nigeria	7	9	11	12	60	20,0
Marocco	3	6	8	10	16	62,5
Kenya	5	6	8	9	13	69,2
Somalia	2	4	13	9	28	32,1
Sudafrica	5	6	7	7	18	38,9
Tunisia	1	1	2	7	59	11,9
Egitto	7	2	5	6	74	8,1
Madagascar	1	2	2	5	6	83,3
Algeria	3	1	1	4	14	28,6
Ghana	2	2	2	4	17	23,5
Zambia	0	0	1	3	4	75,0

Infine, dai dati comparativi disponibili per il 2011 e 2015 sul paese di prima residenza (Tab. 3.1.g), si osserva che il numero complessivo di donne provenienti dalla ex-Iugoslavia che vivono in Slovenia è stato molto più alto nel 2011 (+23.601) mentre il numero di quante sono registrate come cittadine 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 guardiamo 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. 3.1.g. - 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	64.045	17.546	40.444	22.247
	78,5	21,5	64,5	35,5
Bosnia-Erzegovina	28.688	7.941	28.247	11.249
	78,3	21,7	71,5	28,5
Montenegro	1.023	238	1.004	306
	81,1	18,9	76,6	23,4
Kosovo	738	1.906	759	3.635
	27,9	72,1	17,3	82,7
Macedonia	2.076	3.018	2.147	4.120
	40,8	59,2	34,3	65,7
Serbia	8.644	2.320	8.287	2.937
	78,8	21,2	73,8	26,2
Unione europea	8.591	2.158	29.022	5.352
	79,9	20,1	84,4	15,6
Altri paesi europei	1.154	1.555	1.206	2.207
	42,6	57,4	35,3	64,7
Africa	141	53	143	88
	72,7	27,3	61,9	38,1
Asia	168	680	198	938
	19,8	80,2	17,4	82,6
Centro-Nord America	458	288	425	314
	61,4	38,6	57,5	42,5
Sud America	260	101	270	126
	72,0	28,0	68,2	31,8
Australia, Oceania	191	26	149	27
	88,0	12,0	84,7	15,3

3.2. Regione autonoma del Friuli Venezia Giulia

Per quanto concerne il Friuli Venezia Giulia, al 1° gennaio 2018, oltre due-terzi della popolazione di cittadinanza straniera (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. 3.2.a). Con specifico riferimento alle donne straniere, il 72,1% ha la cittadinanza di un paese dell'Unione europea (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. 3.2.a. - Popolazione straniera in Friuli Venezia Giulia per area di cittadinanza (residente al 1° gennaio 2018)

Area	M		F		Tot.	
	n.	%	n.	%	n.	%
Unione europea	15.926	31,3	20.722	37,1	36.648	34,4
Altri paesi europei	15.686	30,9	19.564	35,0	35.250	33,1
Africa settentrionale	3.281	6,5	2.876	5,2	6.157	5,8
Africa occidentale	3.975	7,8	2.823	5,1	6.798	6,4
Africa orientale	216	0,4	295	0,5	511	0,5
Africa centro-meridionale	398	0,8	411	0,7	809	0,8
Asia occidentale	685	1,3	732	1,3	1.417	1,3
Asia orientale	2.301	4,5	2.661	4,8	4.962	4,7
Asia centro-meridionale	6.796	13,4	3.041	5,4	9.837	9,2
America settentrionale	260	0,5	214	0,4	474	0,4
America centro-meridionale	1.247	2,5	2.431	4,4	3.678	3,4
Oceania	22	0,0	26	0,0	48	0,0
Apolide	31	0,1	32	0,1	63	0,1
Totale	50.824	100,0	55.828	100,0	106.652	100,0

Dalla Tab. 3.2.b si rileva la distribuzione delle donne straniere all'interno delle ex-province. Prendendo atto del fatto che, in valore assoluto, le ex-province di Udine e Pordenone raccolgono le quote di donne migranti maggiori, si possono tuttavia segnalare le seguenti specificità:

- La presenza delle donne provenienti dall'Asia centro-meridionale (1.098; 17%) per la ex-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 ex-provincia di Pordenone.
- La presenza di donne dell'Asia orientale (699; 6,5%) e dell'America centro-meridionale (449, 4,2%) nella ex-provincia di Trieste.
- La presenza di donne dell'Africa settentrionale (1.382; 6,3%) nella ex-provincia di Udine.

Tab. 3.2.b. - Donne straniere nelle ex-province del Friuli Venezia Giulia per area geografica di cittadinanza (residenti al 1° gennaio 2018)

Area	Gorizia		Pordenone		Trieste		Udine	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Unione europea	2.271	35,1	6.600	39,7	3.799	35,3	8.052	36,6
Altri paesi europei	1.995	30,8	4.845	29,1	4.772	44,4	7.952	36,2
Africa settentrionale	336	5,2	923	5,6	235	2,2	1.382	6,3
Africa occidentale	145	2,2	1.407	8,5	159	1,5	1.112	5,1
Africa orientale	20	0,3	63	0,4	51	0,5	161	0,7
Africa centro-meridionale	10	0,2	145	0,9	136	1,3	120	0,5
Asia occidentale	51	0,8	88	0,5	178	1,7	415	1,9
Asia orientale	315	4,9	497	3,0	699	6,5	1.150	5,2
Asia centro-meridionale	1.098	17,0	1.303	7,8	199	1,9	441	2,0
America settentrionale	12	0,2	95	0,6	64	0,6	43	0,2
America centro-meridionale	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

Guardando al paese specifico di origine (Tab. 3.2.c), 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: forte è la presenza di romene a Monfalcone, Prata di Pordenone, San Vito al Tagliamento, Pasiano di Pordenone, Cordenons, Azzano Decimo, le albanesi a Sacile e le bengalesi a Monfalcone.

Tab. 3.2.c. - Popolazione straniera in Friuli Venezia Giulia per paese di cittadinanza e ex-province (residente al 1° gennaio 2018, ordinata per presenza straniera femminile ≥ 500 unità)

Paese	Uomini + Donne		Solo Donne					
	n.	%	n.	%	Gorizia	Pordenone	Trieste	Udine
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-Erzegovina	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

Le tabelle che seguono riportano le principali cittadinanze delle donne straniere presenti in regione per ciascun continente al 1° gennaio 2018.

I principali paesi europei di provenienza sono la Romania, con quasi 14mila migranti seguita, come già evidenziato in precedenza, dall'Albania (4.906), dall'Ucraina (4.272) e dalla Serbia (3.499). Particolarmente rilevante è altresì la presenza di donne migranti provenienti dagli altri paesi dell'ex-Iugoslavia: nell'ordine, Croazia, Kosovo, Bosnia-Erzegovina e Slovenia.

Tab. 3.2.d. - Principali paesi europei di provenienza delle donne straniere in Friuli Venezia Giulia (residenti al 1° gennaio, ordinati per presenza straniera femminile)

Paese	2011	2013	2015	2017	2018		
					F	F+M	% F/M
Romania	10.604	11.509	13.141	13.530	13.964	24.606	56,8
Albania	6.351	6.213	5.903	5.065	4.906	9.670	50,7
Ucraina	3.800	3.716	4.135	4.285	4.272	5.368	79,6
Serbia	4.248	3.694	3.973	3.496	3.499	6.936	50,4

Croazia	1.910	1.652	1.716	1.633	1.638	3.916	41,8
Kosovo	785	1.416	1.527	1.640	1.599	3.468	46,1
Moldavia	1.538	1.645	1.616	1.511	1.484	2.195	67,6
Bosnia-Erzegovina	1.637	1.718	1.636	1.437	1.397	3.130	44,6
Macedonia	1.510	1.415	1.437	1.355	1.330	2.811	47,3
Polonia	1.103	1.071	1.086	1.067	1.072	1.536	69,8
Russia	536	554	596	623	646	815	79,3
Slovenia	561	529	581	599	620	1.232	50,3
Bulgaria	354	373	444	447	481	721	66,7
Georgia	71	129	241	366	451	496	90,9
Germania	459	419	408	412	409	670	61,0

I principali paesi africani d'origine dei flussi migratori femminili sono il Marocco (2.016) e il Ghana (1.174), seguiti dalla Nigeria (644), la Tunisia (429), il Burkina Faso (320), ecc.

Tab. 3.2.e. - *Principali paesi africani di provenienza delle donne straniere in Friuli Venezia Giulia (residenti al 1° gennaio, ordinati per presenza straniera femminile)*

Paese	2011	2013	2015	2017	2018		
					F	F+M	% F/M
Marocco	1.929	2.075	2.093	2.025	2.016	4.045	49,8
Ghana	2.164	2.012	1.681	1.318	1.174	2.565	45,8
Nigeria	540	564	572	604	644	1.342	48,0
Tunisia	410	419	421	437	429	1.097	39,1
Burkina Faso	292	320	328	324	320	790	40,5
Algeria	462	446	424	343	313	634	49,4
Senegal	251	276	297	295	310	1.066	29,1
Camerun	187	180	204	204	218	424	51,4
Costa d'Avorio	182	186	168	137	146	325	44,9
Etiopia	156	149	143	128	133	199	66,8
Congo, Rep. Dem.	155	97	112	101	97	186	52,2
Egitto	80	80	78	91	95	305	31,1
Togo	72	84	86	78	88	240	36,7
Mali	26	25	26	36	41	161	25,5
Benin	41	41	42	43	39	80	48,8

Relativamente al continente asiatico, dobbiamo distinguere i paesi di origine dei flussi per area. Dall'Asia orientale, le comunità di donne più rilevanti sono quelle cinesi (1.907) e filippine (466). Dall'Asia centro-meridionale, le comunità principali sono quelle bengalesi (1.596) e indiane (1.014). Infine, dall'Asia occidentale, si segnalano le comunità di iraniane (67) e armene (54), sebbene i numeri siano ridotti (Tab. 3.2.f).

Tab. 3.2.f. - Principali paesi asiatici di provenienza delle donne straniere in Friuli Venezia Giulia
(residenti al 1° gennaio, ordinati per presenza straniera femminile)

Paese	2011	2013	2015	2017	2018		
					F	F+M	% F/M
Cina	1.409	1.526	1.747	1.880	1.907	3.763	50,7
Bangladesh	1.095	1.230	1.429	1.462	1.596	3.867	41,3
India	913	967	991	1.013	1.014	2.260	44,9
Filippine	431	438	450	457	466	839	55,5
Pakistan	114	149	183	204	242	2.286	10,6
Thailandia	138	142	133	150	154	162	95,1
Iran	59	60	60	68	67	167	40,1
Armenia	38	42	49	52	54	92	58,7
Afghanistan	13	24	22	34	53	1.159	4,6
Sri Lanka	47	41	42	49	50	128	39,1
Libano	49	47	47	46	49	246	19,9
Giappone	39	39	42	39	43	58	74,1
Iraq	15	15	13	9	37	239	15,5
Kazakistan	28	35	32	35	34	39	87,2
Uzbekistan	34	37	33	34	33	52	63,5
Indonesia	16	21	22	30	32	36	88,9

Infine, la presenza delle donne straniere dal continente americano include principalmente la Colombia (617), la Repubblica Dominicana (454), il Brasile (447) e Cuba (305).

Tab. 3.2.g. - Principali paesi americani di provenienza delle donne straniere in Friuli Venezia Giulia
(residenti al 1° gennaio, ordinati per presenza straniera femminile)

Paese	2011	2013	2015	2017	2018		
					F	F+M	% F/M
Colombia	776	721	685	621	617	982	62,8
Rep. Dominicana	424	444	481	456	454	727	62,4
Brasile	443	404	406	428	447	590	75,8
Cuba	239	254	283	304	305	411	74,2
Usa	207	191	190	208	189	440	43,0
Perù	152	153	141	118	119	190	62,6
Venezuela	83	81	84	93	116	181	64,1
Argentina	177	144	138	112	109	196	55,6
Ecuador	93	80	73	77	76	124	61,3
Messico	72	76	66	71	69	90	76,7
Canada	31	33	27	23	25	34	73,5
El Salvador	17	16	21	21	21	31	67,7
Bolivia	18	21	20	19	20	32	62,5
Cile	23	25	24	22	20	40	50,0
Honduras	12	12	12	17	19	23	82,6

Un'ultima informazione su cui soffermarsi è la distribuzione della popolazione femminile straniera

per classi d'età (Tab. 3.2.h). 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). Dalla tabella si evince che le classi d'età con le percentuali maggiori 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).

Tab. 3.2.h. - Donne straniere in Friuli Venezia Giulia per ex-provincia e classe d'età (residenti al 1° gennaio 2018)

Ex-Provincia		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Gorizia	n.	1.211	1.205	933	745	1.134	1.820	2.292	2.434	2.218	2.039
	%	5,5	5,5	4,2	3,4	5,2	8,3	10,4	11,1	10,1	9,3
Pordenone	n.	535	441	310	206	387	605	743	699	610	563
	%	8,3	6,8	4,8	3,2	6,0	9,3	11,5	10,8	9,4	8,7
Trieste	n.	568	563	406	343	561	882	1.151	1.123	1.102	953
	%	5,3	5,2	3,8	3,2	5,2	8,2	10,7	10,4	10,3	8,9
Udine	n.	1.097	985	705	617	945	1.498	1.817	1.748	1.665	1.493
	%	6,6	5,9	4,2	3,7	5,7	9,0	10,9	10,5	10,0	9,0
Totale Fvg	n.	3.411	3.194	2.354	1.911	3.027	4.805	6.003	6.004	5.595	5.048
	%	6,1	5,7	4,2	3,4	5,4	8,6	10,8	10,8	10,0	9,0

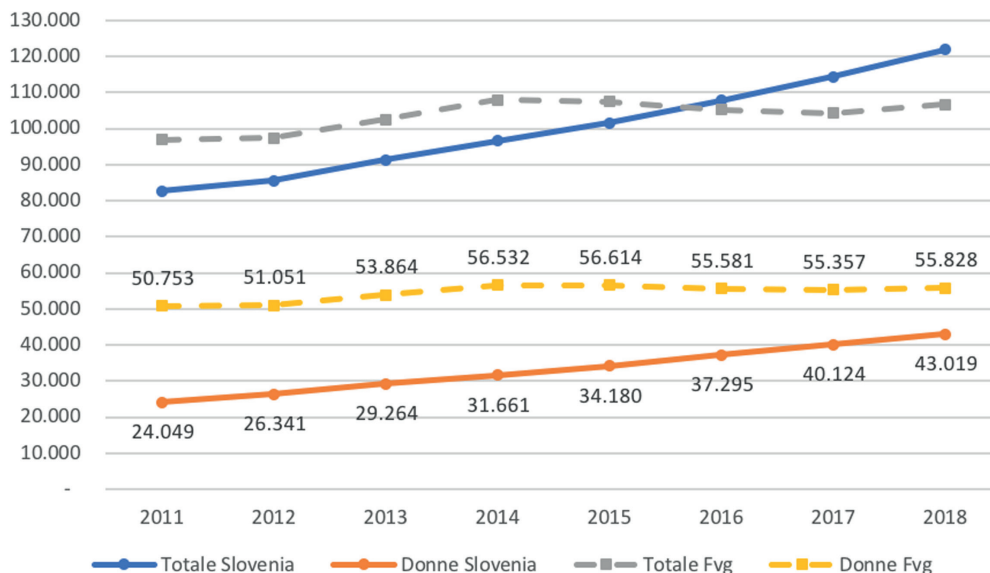
Ex-Provincia		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90	Tot.
Gorizia	n.	1.704	1.598	1.207	760	318	189	98	53	27	21.985
	%	7,8	7,3	5,5	3,5	1,4	0,9	0,4	0,2	0,1	100,0
Pordenone	n.	452	338	220	192	74	48	26	12	10	6.471
	%	7,0	5,2	3,4	3,0	1,1	0,7	0,4	0,2	0,2	100,0
Trieste	n.	829	766	650	424	187	119	76	27	19	10.749
	%	7,7	7,1	6,0	3,9	1,7	1,1	0,7	0,3	0,2	100,0
Udine	n.	1.234	1.049	778	469	249	153	76	27	18	16.623
	%	7,4	6,3	4,7	2,8	1,5	0,9	0,5	0,2	0,1	100,0
Totale Fvg	n.	4.219	3.751	2.855	1.845	828	509	276	119	74	55.828
	%	7,6	6,7	5,1	3,3	1,5	0,9	0,5	0,2	0,1	100,0

4. Sommario

Riassumendo quanto emerso dalle analisi:

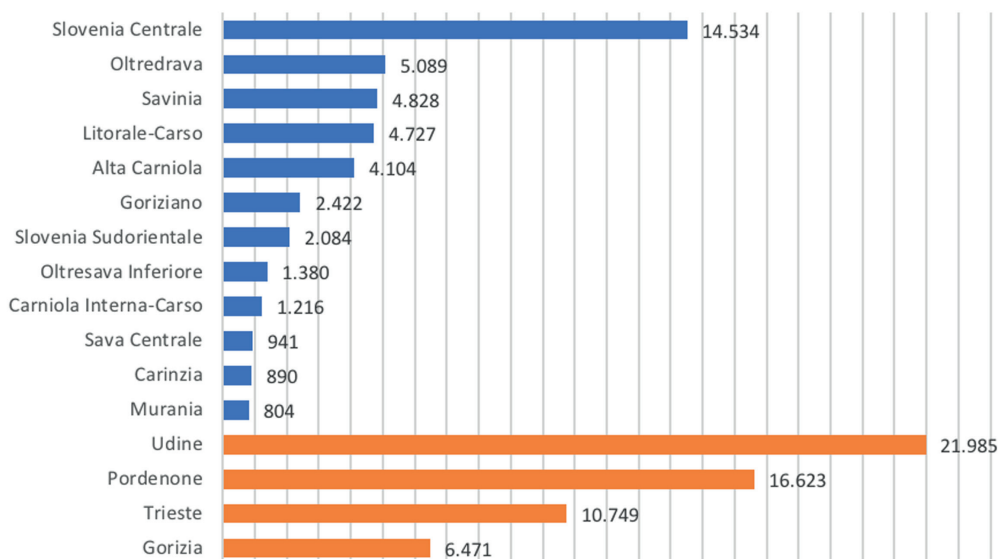
- La presenza di donne straniere sia in Slovenia, sia in Friuli Venezia Giulia è costantemente cresciuta e si presume che sarà ancora maggiore nel futuro. Nel 2018, le donne straniere rappresentano il 4,1% (43.019) e il 8,9% (55.828) della popolazione femminile, rispettivamente. Per la Slovenia, nel periodo 1996-2017, il numero di donne migranti è aumentato di circa due volte.

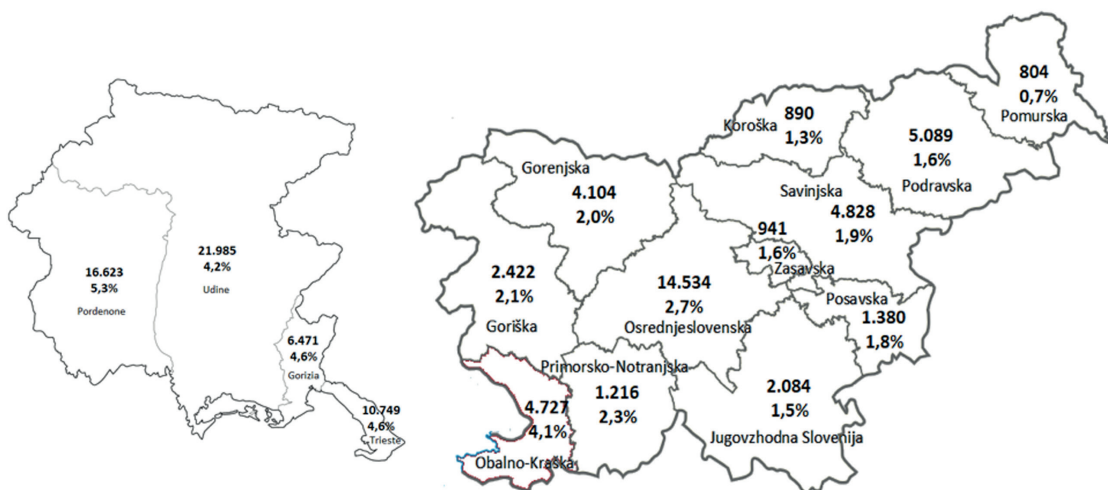
Graf. 4.1.a. - Presenza di stranieri in Slovenia e Friuli Venezia Giulia (n.)
(residenti al 1° gennaio)



- Poco meno della metà è concentrata principalmente nei territori di Ljubljana, Maribor, Koper-Capodistria, Kranj, Celje e Velenje (20.274; 47%) e nei comuni di Trieste, Udine, Pordenone e Monfalcone (25.858; 46%).

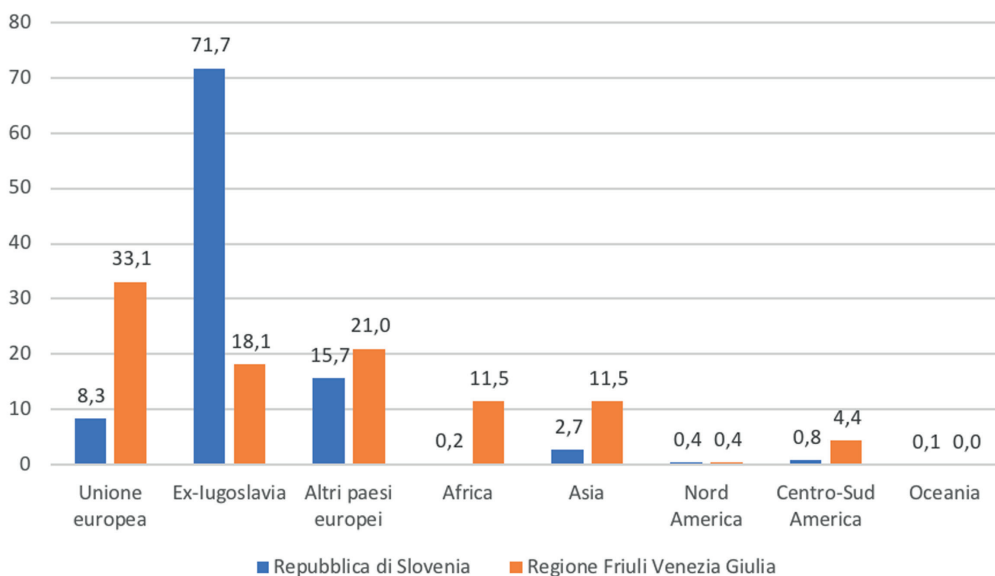
Graf. 4.1.b. - Presenza delle donne straniere nelle regioni statistiche della Slovenia e nelle ex-province del Friuli Venezia Giulia (n. e % popolazione totale)
(residenti al 1° gennaio 2018)





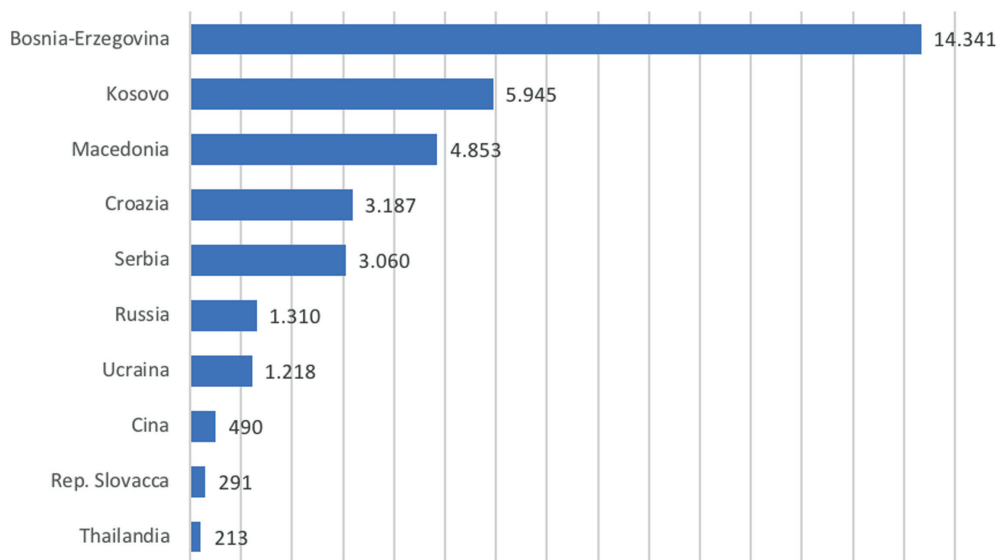
- Il numero più elevato di donne straniere in Slovenia proviene dai paesi dell'ex-lugoslavia (72%), principalmente dalla Bosnia-Erzegovina, seguita dal Kosovo, Macedonia e Croazia. Migrano principalmente per ragioni economiche e lavorative. In Friuli Venezia Giulia, la maggior parte di loro proviene da paesi europei (72%), in particolare da Romania, Albania, Ucraina e Serbia.
- 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 il Friuli Venezia Giulia.
- Le ragioni della migrazione per le donne dei paesi meno sviluppati sono principalmente economiche (ricerca di un lavoro) e familiari (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.

Graf. 4.1.c. - Presenza delle donne straniere in Slovenia e Friuli Venezia Giulia per area geografica (%) (residenti al 1° gennaio 2018)²

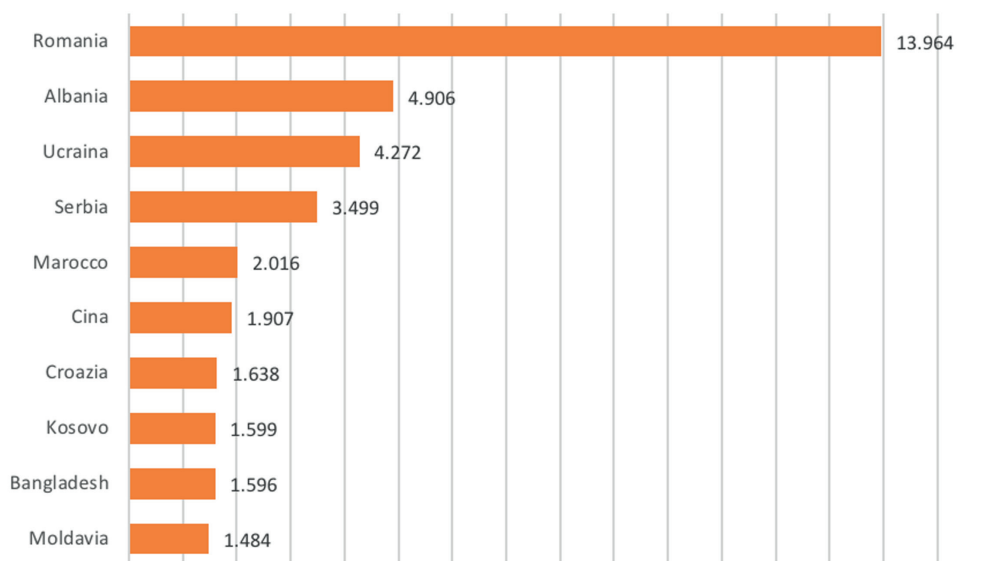


² Nella voce "Ex-lugoslavia" per la Repubblica di Slovenia sono inclusi i paesi di Bosnia-Erzegovina, Croazia, Kosovo, Macedonia, Montenegro, Serbia mentre per la Regione Friuli Venezia Giulia è inclusa anche la Slovenia. Nella voce "Unione europea" sono esclusi i paesi di Croazia per la Slovenia e di Slovenia e Croazia per il Friuli Venezia Giulia.

*Graf. 4.1.d. - Principali paesi di provenienza delle donne straniere in Slovenia (n.)
(residenti al 1° gennaio 2018)*



*Graf. 4.1.e. - Principali paesi di provenienza delle donne straniere in Friuli Venezia Giulia (n.)
(residenti al 1° gennaio 2018)*

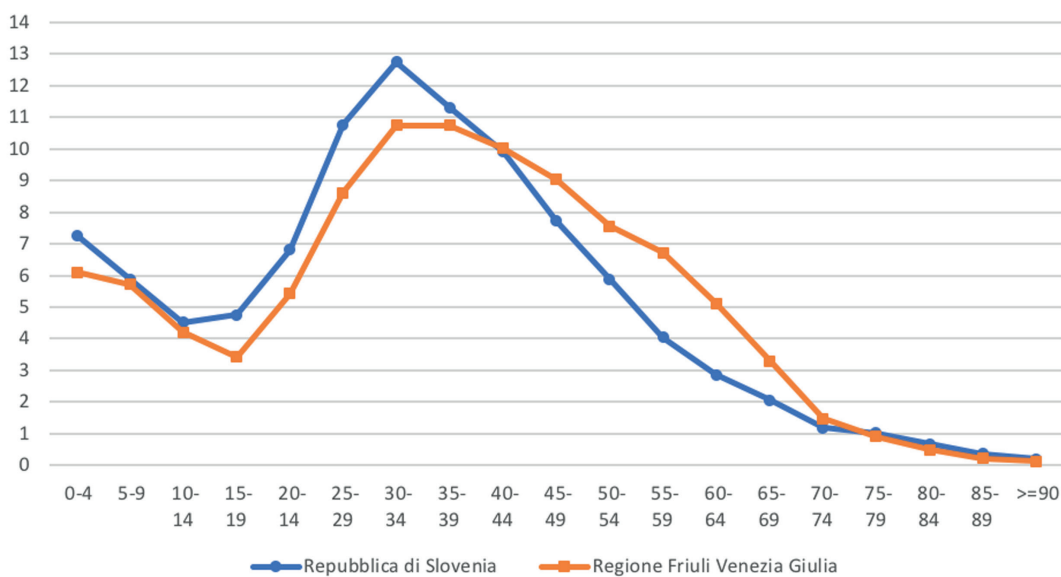


- Con riferimento al paese di prima residenza delle donne provenienti dall'ex-Iugoslavia, nel caso del Kosovo (83%) e della Macedonia (66%), le donne che migrano in Slovenia sono registrate come cittadine straniere. Queste migranti sono le meno istruite, in larga misura non attive (disoccupate, ma non 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 ad 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 vi sono le donne di Bosnia-Erzegovina che sono le meglio integrate, come si vede dai dati sullo stato dei cittadini: nel 2015, circa 28mila sono registrate come cittadine slovene e 11mila come cittadine straniere. Restando in tema di cittadinanza, in Friuli Venezia Giulia c'è stato un boom di acquisizioni (1.851 nel 2017) soprattutto da parte di donne albanesi, romene, marocchine e bengalesi.

- 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 quelle in Friuli Venezia Giulia.

Graf. 4.1.f. - Distribuzione delle donne straniere in Slovenia e Friuli Venezia Giulia per classe d'età (%)
(residenti al 1° gennaio 2017-Slovenia e 2018-Friuli Venezia Giulia)



I RICOVERI E LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI NELL'OSPEDALE BURLO GAROFOLO

Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Trieste

*Alice Cernogoraz e Giuseppe Ricci*¹

Dipartimento Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università di Trieste

1. Analisi dei dati sui ricoveri

Nelle tabelle sono riportati i dati riguardanti le dimissioni a seguito di ricoveri all'Ospedale Burlo Garofolo di Trieste dal 2006 al 2017². Nel periodo considerato (2006-2017) si sono registrate 142.402 dimissioni. La popolazione è stata dicotomizzata (italiana o straniera) sulla base della cittadinanza o del paese di nascita. Viste le finalità del progetto INTEGRA, che vuole approfondire i ricoveri ospedalieri delle donne migranti e da questi dati capire quali sono i principali problemi riguardanti la salute sessuale e riproduttiva di questa popolazione, si presenteranno di seguito i dati relativi ai reparti di ostetricia e ginecologia, desunti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Successivamente si presenterà un'analisi relativa ad età dei pazienti, provenienza, cittadinanza e caratteristiche del ricovero (tipo di DRG, durata, ecc) che è stata realizzata sul totale dei ricoveri presso il Burlo. I dati esposti di seguito hanno come unità di analisi i ricoveri (questo sta a significare che una stessa persona ricoverata più volte conterà per il numero di ricoveri effettuati e non come singolo) o, dove specificato, il singolo paziente.

2. Analisi dei ricoveri presso i reparti di ostetricia e ginecologia

Per l'analisi, inizialmente è stato deciso di selezionare dal database dell'IRCCS Burlo Garofolo tutti gli individui di sesso femminile che hanno avuto accesso ai servizi di Ginecologia, Ostetricia e Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) negli ultimi 12 anni (periodo 2006 - 2017), di dividerle nei due gruppi "straniere" e "italiane" e di valutare le diagnosi e gli interventi effettuati durante le degenze.

Nel gruppo Ostetricia sono stati inseriti tutti i ricoveri delle divisioni di Clinica Ostetrica e di Patologia Ostetrica, nel gruppo di Ginecologia sono stati inseriti tutti i ricoveri della divisione di Clinica Ginecologica; il gruppo PMA era a sé stante. Il gruppo della PMA viene visualizzato separatamente dagli altri due, sia per motivi logici di patologia/condizioni correlate al reparto stesso, sia per i diversi anni di analisi. I dettagli verranno discussi in seguito nella sezione dedicata alla PMA.

La divisione delle pazienti nei due gruppi "italiane" e "straniere" è stata fatta sia in base alla cittadinanza, l'unica voce valida a livello legale, che in base al luogo di nascita, più utile invece dal punto di vista medico in quanto rimanda a diverse origini, patologie/condizioni para-fisiologiche e stili di vita. Oltretutto la distinzione per paese di origine sembra essere più affine agli scopi del progetto in quanto donne nate all'estero ma presenti al Burlo Garofolo possono essere definite "migranti". Inoltre, se nelle nostre indagini di tipo medico venisse presa in considerazione la cittadinanza al momento della dimissione (quella inserita nelle schede SDO) verrebbero inserite nel gruppo delle pazienti italiane anche tutte quelle pazienti che hanno acquisito la cittadinanza dopo una permanenza superiore a 10 anni in Italia e/o sposate a cittadini italiani, creando potenziali errori nell'interpretazione dei dati.

¹ Il lavoro è il frutto della collaborazione tra gli autori, ma ai fini di legge si precisa che il paragrafo 2 è stato redatto da Alice Cernogoraz e Giuseppe Ricci, i paragrafi 3, 4 da Giovanni Delli Zotti e il paragrafo 5 da Ornella Urpis.

² Si ringrazia Sandro Marigonda dell'Ufficio per la gestione delle prestazioni sanitarie e Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'Ospedale Burlo per la cordiale e competente collaborazione.

Come si può osservare dalla Tab. 1, la percentuale di ricoveri attribuiti a pazienti straniere nate in Italia è compresa tra lo 0,03% e lo 0,16% del totale. Di maggior rilevanza invece risulta la percentuale di ricoveri di pazienti di cittadinanza italiana nate all'estero (5,1% - 9,9%). In questo gruppo è probabile la presenza di pazienti italiane, nate da famiglia italiana e cresciute in Italia, ma la maggior parte di queste pazienti sono naturalizzate italiane dopo la permanenza in Italia per più di 10 anni, oppure in seguito a matrimonio con un cittadino italiano (art. 5 della legge 91 del 05/02/1992).

Per completezza, comunque, in questo report inseriremo le tabelle per entrambi i metodi di divisione delle pazienti.

Tab. 1 - Ricoveri totali per reparto, cittadinanza e paese di nascita

Reparto	Cittadinanza/Nascita	N ricoveri	Totale	%
Ostetricia	Italiane nate in Italia	18.969	25.773	73,6
	Italiane nate all'estero	1.314		5,1
	Straniere nate in Italia	21		0,1
	Straniere nate all'estero	5.469		21,2
Ginecologia	Italiane nate in Italia	15.550	21.379	72,7
	Italiane nate all'estero	2.108		9,9
	Straniere nate in Italia	34		0,2
	Straniere nate all'estero	3.687		17,3
PMA	Italiane nate in Italia	2.618	3.335	78,5
	Italiane nate all'estero	234		7,0
	Straniere nate in Italia	1		0,0
	Straniere nate all'estero	482		14,5

Tab. 2a - Ricoveri per reparto e cittadinanza con percentuali per cittadinanza (2006-2017)

Reparto	Italiane		Straniere		Totale
	N	%	N	%	N
Ostetricia	20.283	78,7	5.490	21,3	25.773
Ginecologia	17.658	82,6	3.721	17,4	21.378
Totale	37.941	80,5	9.211	19,5	47.152

Tab. 2b - Ricoveri per reparto e paese di nascita con percentuali per paese di nascita (2006-2017)

Reparto	Italia		Estero		Totale
	N	%	N	%	N
Ostetricia	18.990	73,7	6.783	26,3	25.773
Ginecologia	15.584	72,9	5.795	27,1	21.379
Totale	34.574	73,3	12.578	26,7	47.152

Come si può notare dalle Tabb. 2a e b, la differente suddivisione (per cittadinanza o paese di nascita) cambia significativamente i valori percentuali e conseguentemente le caratteristiche dei ricoveri del nostro ospedale. Si osserva infatti una differenza in entrambi i reparti (ginecologia ed ostetricia) di 5/9,7 punti percentuali, con una notevole differenza quindi anche della percentuale dei ricoveri totali delle pazienti nate all'estero, se confrontata con la percentuale di ricoveri di cittadine straniere.

Tab. 3a - Ricoveri per reparto e cittadinanza con percentuali secondo reparto (2006-2017)

Reparto	Ostetricia		Ginecologia		Totale
	N	%	N	%	N
Italiane	20.283	53,4	17.658	46,6	37.941
Straniere	5.490	59,6	3.721	40,4	9.211
Totale	25.773	54,6	21.378	45,4	47.152

Tab. 3b - Ricoveri per reparto paese di nascita con percentuali secondo reparto (2006-2017)

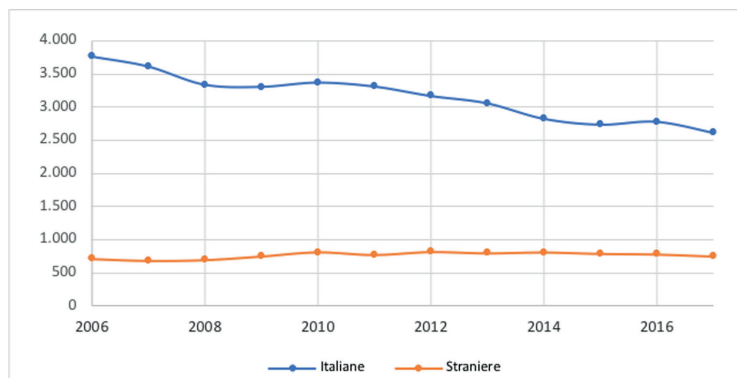
Reparto	Ostetricia		Ginecologia		Totale
	N	%	N	%	N
Italia	18.990	54,9	15.584	45,1	34.574
Eestero	6.783	53,9	5.795	46,1	12.578
Totale	25.773	54,7	21.379	45,3	47.152

Dalle Tab. 3a e 3b si può invece osservare la distribuzione delle pazienti tra i reparti di Ginecologia e Ostetricia. In questo caso la diversa categorizzazione delle pazienti per cittadinanza e per paese di nascita vede aumentare il numero delle pazienti nate all'estero, mentre si riduce il numero delle pazienti nate in Italia. Inoltre l'aumento è asimmetrico tra i due reparti, lievemente superiore nel reparto di ginecologia, che causa un aumento della percentuale di questa popolazione rispetto al corrispettivo "straniere" nella divisione per cittadinanza. Questa diversità potrebbe essere dovuta al fatto che le pazienti della ginecologia sono -in media- di età maggiore (le patologie ginecologiche sono spesso più frequenti nelle pazienti più anziane, ad eccezione delle infezioni dell'apparato genito-urinario, delle malattie a trasmissione sessuale e dell'endometriosi, condizioni come la menopausa, il prollasso di organi genitali e le patologie neoplastiche, sia benigne che maligne), e potrebbero quindi vedere tutte quelle pazienti presenti in Italia da più di 10 anni che hanno preso la cittadinanza italiana. Come osservato dalle analisi sull'età della popolazione che accede all'ospedale, le donne straniere che accedono al nostro ospedale sono più giovani.

Tab. 4a - Ricoveri per reparto e cittadinanza per anno di dimissione

Reparto	Cittad.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ostetricia	Italiane	2.196	2.124	1.982	1.847	1.896	1.839	1.796	1.660	1.306	779	1.583	1.274
	Straniere	459	435	465	472	536	482	532	489	389	281	514	437
Ginecologia	Italiane	1.574	1.495	1.362	1.464	1.479	1.477	1.377	1.402	1.522	1.959	1.199	1.341
	Straniere	256	253	234	281	280	295	288	312	425	512	269	316
Totale	Italiane	3.770	3.619	3.344	3.311	3.375	3.316	3.173	3.062	2.828	2.738	2.782	2.615
	Straniere	715	688	699	753	816	777	820	801	814	793	783	753

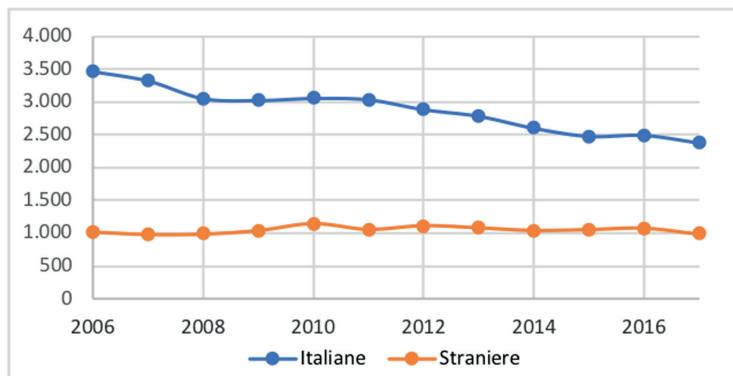
Fig. 1a - Ricoveri nei reparti di ginecologia e ostetricia per anno e cittadinanza



Tab. 4b - Ricoveri per reparto e paese di nascita divisi per anno di ricovero

Reparto	Nascita	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ostetricia	Italia	2.094	2.000	1.877	1.727	1.760	1.725	1.658	1.557	1.229	716	1.460	1.187
	Eestero	561	559	570	592	672	596	670	592	466	344	637	524
Ginecologia	Italia	1.372	1.322	1.176	1.298	1.296	1.311	1.227	1.227	1.372	1.761	1.032	1.190
	Eestero	458	426	421	449	465	461	439	487	576	710	436	467
Totale	Italia	3.466	3.322	3.053	3.025	3.056	3.036	2.885	2.784	2.601	2.477	2.492	2.377
	Eestero	1.019	985	991	1.041	1.137	1.057	1.109	1.079	1.042	1.054	1.073	991

Fig. 1b - Ricoveri delle pazienti italiane e straniere (paese di nascita) nei reparti di ginecologia e ostetricia (totale)



Anche in questo caso si osserva un aumento dei ricoveri di pazienti straniere nella divisione per paese di origine rispetto a quella per cittadinanza. Si osserva inoltre che la curva è piatta. È però interessante notare che quella dei ricoveri di pazienti nate in Italia è in discesa (in entrambe le categorizzazioni), a significare un continuo decremento dei ricoveri delle pazienti italiane.

Tab. 5a - Ricoveri in PMA per cittadinanza (2006-2014)

	Italiane		Straniere		Totale
	N	%	N	%	N
PMA	2.852	85,5	483	14,5	3.335

Tab. 5b - Ricoveri in PMA per paese di nascita (2006-2014)

	Italia		Eestero		Totale
	N	%	N	%	N
PMA	2.619	78,5	716	21,5	3.335

Nelle Tab. 5a e 5b osserviamo il numero di ricoveri nel reparto di Procreazione Medicalmente Assistita. Come già anticipato, nel biennio 2014 - 2015 c'è stata una riorganizzazione generale dei servizi dell'ospedale Burlo Garofolo, la quale ha coinvolto anche il servizio di PMA. In particolare alla PMA è stata attribuita l'attività di tipo ambulatoriale e non più di regime di ricovero. Per questo motivo quindi i dati a nostra disposizione per l'attività di Procreazione Medicalmente Assistita riguardano il periodo 2006 - 2014.

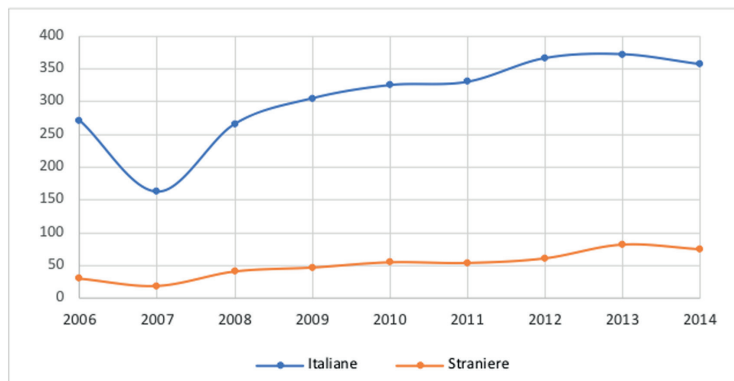
Come si può inoltre osservare da queste tabelle, anche per questa sezione si ha un aumento del numero di ricoveri di pazienti nate all'estero rispetto alla divisione per cittadinanza. Quest'aumento è di ben 7 punti percentuali, ad indicare che molte di queste pazienti, nate all'estero, hanno in realtà la cittadinanza italiana. Da osservazioni preliminari nel corso della somministrazione del questionario e anche in seguito ad un confronto con le ostetriche del servizio di PMA si è notato

che molto frequentemente le donne che accedono a questo servizio sono sposate con italiani. In generale quindi, la percentuale dei ricoveri della popolazione straniera (nata all'estero) è quindi del 21,5% su un totale di 3.335 accessi in 9 anni, con un aumento significativo ($p < 0,0005$) e costante nel corso degli anni (Tabb. 6a e 6b, Figg. 4a e 4b); le curve hanno una pendenza simile per i due tipi di suddivisione.

Tab. 6a - Ricoveri per PMA e cittadinanza per anno di ricovero

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Italiane	271	163	266	305	325	330	366	372	357
Straniere	30	19	41	47	55	54	61	82	75
Totale	301	182	307	352	380	384	427	454	432

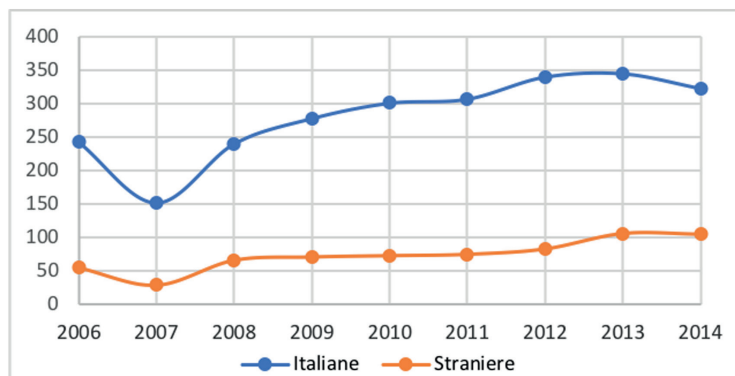
Fig. 4a - Ricoveri delle pazienti italiane e straniere nel reparto di PMA. Divisione per cittadinanza.



Tab. 6b - Ricoveri per PMA e paese di nascita divisi per anno di ricovero

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Italia	243	152	240	278	301	307	340	345	323
Estero	55	29	66	71	73	75	83	106	105
Totale	298	181	306	349	374	382	423	451	428

Fig. 4b - Ricoveri delle pazienti italiane e straniere nel reparto di PMA per paese di origine



3. Analisi di alcune caratteristiche della popolazione e dei ricoveri sul totale dei ricoveri

La Tab. 7 mostra la ripartizione dei ricoveri dei maggiorenni secondo l'età del paziente. La tabella, a nostro avviso, mostra che il fenomeno migratorio si sta "consolidando", perché cresce nel tempo la percentuale di donne straniere nella fascia 30-39 anni e anche tra le donne che hanno 40 o più anni.

Tab. 7 - Fascia di età ed età media alla dimissione per anno

Fascia di età	Citt.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
18-29 anni	Ita	990	917	830	800	775	769	807	820	774	708	728	659
	Stran	377	374	359	395	452	399	404	436	398	370	360	329
	% str	27,6	29,0	30,2	33,1	36,8	34,2	33,4	34,7	34,0	34,3	33,1	33,3
30-39 anni	Ita	2.891	2.706	2.572	2.576	2.659	2.484	2.316	2.231	2.124	1.831	1.752	1.566
	Stran	377	344	387	397	419	409	449	440	472	414	408	398
	% str	11,5	11,3	13,1	13,4	13,6	14,1	16,2	16,5	18,2	18,4	18,9	20,3
40 anni e più	Ita	594	548	552	545	537	568	601	577	463	509	411	495
	Stran	18	16	19	30	25	29	28	30	29	45	28	34
	% str	2,9	2,8	3,3	5,2	4,4	4,9	4,5	4,9	5,9	8,1	6,4	6,4

L'esame del paese o zona di nascita relativa al dato complessivo dei ricoveri al Burlo mostra (Tab. 8) che, in poco meno del 50% dei ricoveri, i pazienti sono nati a Trieste e tra essi gli stranieri passano da 1,6% nel 2006 all'attuale 9%. La percentuale di ricoveri di stranieri è un po' più elevata tra i nati nell'Isontino e inferiore nel resto del Friuli-VG; tra i nati in altre regioni la quota di ricoveri di stranieri, pur crescendo notevolmente, raggiunge nel 2017 solo il 4%.

Sempre considerando che stiamo parlando di ricoveri e non di persone, è poi interessante osservare che sono italiani il 50% dei nati nei paesi dell'Europa occidentale, l'80% dei nati in Slovenia e una percentuale di nati in Croazia che cresce da oltre 50% a circa due terzi. Secondo il paese di provenienza, si tratta di figli di matrimoni misti, di stranieri che hanno ottenuto la cittadinanza o di italiani nati quando la famiglia risiedeva all'estero. L'ultima spiegazione può valere per chi proviene dalle Americhe, dall'Australia o da alcuni paesi asiatici (gli italiani superano il 60% nei primi due casi e sono poco meno di 50% negli altri). A parte l'America Latina, i pazienti provenienti dalle altre aree non sono comunque molto numerosi nel decennio preso nel suo complesso, come si vede dal grafico in Fig. 2. Gli italiani sono infine intorno al 20% tra i nati in Serbia, Albania, Ex-Unione Sovietica, Africa Islamica e resto dell'Africa, con qualche oscillazione dovuta al fatto che l'attribuzione della cittadinanza italiana 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 giunge al 10% negli ultimi anni (Balceni, Turchia, Cina).

Tab. 8 - Ricoveri per paese di nascita e anno di ricovero; le percentuali fanno riferimento ai ricoveri di stranieri nati in Italia e di italiani nati all'estero.

Paese/zona	Citt.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trieste	Tot.	6.133	5.936	5.867	5.735	5.910	5.745	5.651	5.350	5.079	4.895	4.670	4.605
	% str.	1,6	1,2	1,7	2,6	2,3	2,7	2,7	5,1	6,6	8,5	9,4	9,0
Isontino	Tot.	644	626	688	737	744	703	710	663	697	680	495	590
	% str.	3,3	3,0	4,2	4,5	5,6	6,1	6,9	9,0	8,8	9,9	10,3	11,4

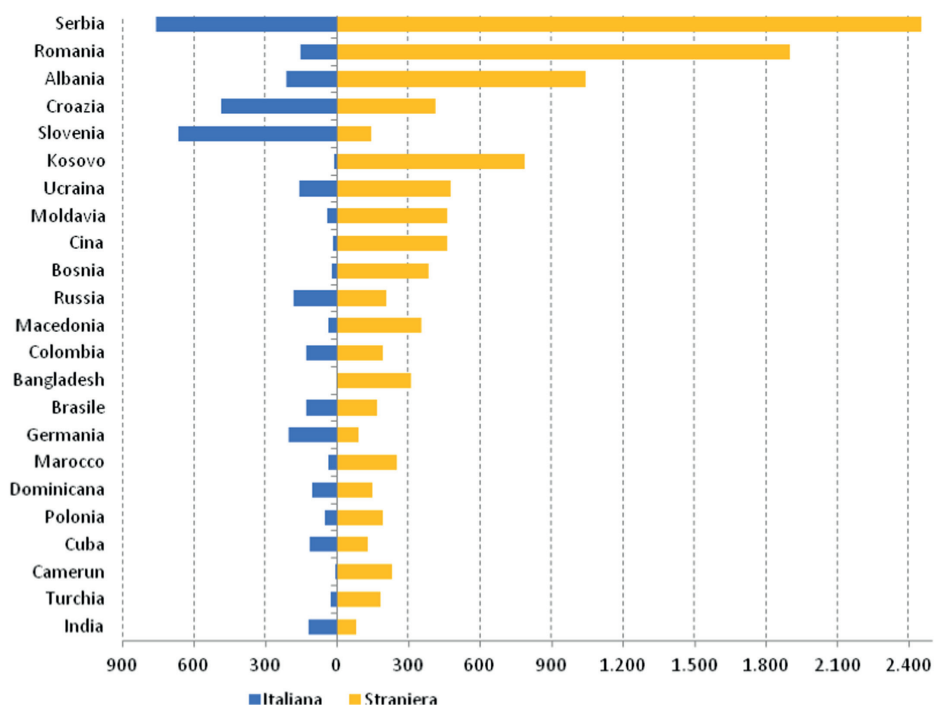
Resto Friuli VG	Tot.	1.921	1.895	1.964	1.903	2.018	2.028	2.155	2.136	2.140	2.086	1.747	1.838
	% str.	4,1	5,0	4,9	6,1	6,5	5,6	6,4	6,5	6	7,20	7,4	7,7
Resto Italia	Tot.	2.189	2.034	2.111	2.150	2.194	2.237	2.221	2.198	2.339	2.268	2.005	1.992
	% str.	,5	,9	0,8	1,3	1,5	0,8	1,3	2,3	2,3	2,1	3,2	4,1
Europa Occid.	Tot.	148	161	186	186	174	146	172	150	155	129	130	134
	% ital.	62,2	58,4	50,5	51,1	58,0	47,9	44,8	47,3	43,9	39,5	44,6	45,5
Slovenia	Tot.	78	90	108	71	97	75	63	61	43	51	33	37
	% ital.	89,7	84,4	77,8	90,1	81,4	72,0	74,6	88,5	81,4	88,2	84,8	78,4
Croazia	Tot.	94	76	86	84	88	67	74	83	65	67	74	43
	% ital.	59,6	48,7	52,3	52,4	48,9	47,8	54,1	61,4	41,5	53,7	66,2	62,8
Romania	Tot.	121	129	135	173	194	177	209	215	192	190	178	141
	% ital.	7,4	12,4	11,1	4,6	8,2	10,7	7,7	5,1	4,2	5,3	8,4	7,8
Serbia	Tot.	321	317	306	297	279	269	272	258	229	226	224	213
	% ital.	19,6	20,8	19,6	21,5	22,9	23,0	25,4	26,0	21,8	31,0	32,1	24,4
Albania	Tot.	123	90	91	105	102	78	76	111	128	155	103	89
	% ital.	13,0	24,4	17,6	12,4	6,9	16,7	18,4	16,2	21,1	14,2	23,3	21,3
Resto Balcani	Tot.	67	81	79	114	159	136	165	179	160	146	170	139
	% ital.	4,5	4,9	2,5	4,4	7,5	11,8	4,2	2,8	2,5	0,0	1,2	10,1
Ex-Urss	Tot.	120	115	109	132	105	145	149	169	168	155	128	145
	% ital.	24,2	27,8	24,8	25,0	26,7	32,4	28,9	24,3	23,8	32,9	28,1	17,2
America Latina	Tot.	136	119	144	162	165	136	154	141	165	157	148	147
	% ital.	40,4	45,4	43,7	45,7	38,8	46,3	55,2	48,9	42,4	53,5	56,8	46,3
USA Australia	Tot.	27	22	31	29	33	28	31	13	18	22	23	21
	% ital.	88,9	72,7	67,7	75,9	54,5	67,9	67,7	46,2	72,2	27,3	43,5	61,9
Marocco	Tot.	13	16	27	22	29	26	31	34	36	17	21	18
	% ital.	7,7	,0	3,7	13,6	13,8	23,1	16,1	11,8	16,7	17,6	19,0	5,6
Africa Islamica	Tot.	28	43	40	45	63	55	56	52	48	47	50	45
	% ital.	3,6	9,3	7,5	20,0	15,9	7,3	1,8	7,7	8,3	14,9	8,0	17,8
Resto Africa	Tot.	62	76	69	83	75	61	91	90	78	83	58	63
	% ital.	22,6	23,7	21,7	19,3	30,7	26,2	15,4	36,7	23,1	27,7	17,2	19,0
Turchia	Tot.	7	11	10	12	21	32	16	23	16	17	24	18
	% ital.	14,3	0,0	10,0	8,3	14,3	25,0	0,0	17,4	6,2	11,8	8,3	11,1
Asia Islamica	Tot.	24	19	16	16	25	19	18	28	26	27	95	96
	% ital.	16,7	10,5	18,7	25,0	8,0	21,1	5,6	32,1	23,1	0,0	3,2	6,2
Cina	Tot.	62	50	38	33	40	37	42	34	47	38	24	32
	% ital.	1,6	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	2,4	0	8,5	7,9	4,2	9,4
Bangladesh	Tot.	8	7	6	18	30	27	33	29	36	38	36	45
	% ital.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	,0	0,0	2,8	4,4
Resto Asia	Tot.	42	27	37	50	58	48	46	33	44	43	29	43
	% ital.	40,5	40,7	40,5	36,0	41,4	43,7	37,0	36,4	43,2	41,9	51,7	44,2

Mentre la quota di ricoveri di stranieri nati in Italia cresce costantemente nel tempo, la ripartizione italiani/stranieri tra i nati all'estero rimane piuttosto stabile e può dunque essere utile fotografare la situazione usando una casistica più ampia, come nella Tab. 9 e nella Fig. 5 dove sono rappresentati solo i paesi che contano fino a 200 presenze nel periodo 2006-2017. La rappresentazione in valore assoluto rende un po' difficile l'apprezzamento delle differenze, ma sono evidenti i casi nei quali i cittadini italiani tra i nati nel paese sono una presenza marginale (Kosovo, Cina, Bosnia, Bangladesh, Camerun) o, invece, prevalente (Croazia, Slovenia, Germania e India).

Tab. 9 - Paese o zona di nascita per cittadinanza (italiana/straniera). Dati relativi ai ricoveri.

Paese/Zona	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale
	N	N	N	% col.	% col.	% col.	% riga	% riga	% riga
Trieste	62.840	2.736	65.576	50,9	14,5	46,0	95,8	4,2	100,0
Isontino	7.435	542	7.977	6,0	2,9	5,6	93,2	6,8	100,0
Resto Friuli VG	22.374	1.457	23.831	18,1	7,7	16,7	93,9	6,1	100,0
Resto Italia	25.487	451	25.938	20,6	2,4	18,2	98,3	1,7	100,0
Europa Occid.	932	939	1.871	0,8	5,0	1,3	49,8	50,2	100,0
Slovenia	665	142	807	0,5	0,8	0,6	82,4	17,6	100,0
Croazia	487	414	901	0,4	2,2	0,6	54,1	45,9	100,0
Romania	154	1.900	2.054	0,1	10,1	1,4	7,5	92,5	100,0
Serbia Monten.	759	2.452	3.211	0,6	13,0	2,3	23,6	76,4	100,0
Albania	211	1.040	1.251	0,2	5,5	0,9	16,9	83,1	100,0
Resto Balcani	74	1.521	1.595	0,1	8,0	1,1	4,6	95,4	100,0
Ex-Urss	432	1.208	1.640	0,3	6,4	1,2	26,3	73,7	100,0
America Latina	833	941	1.774	0,7	5,0	1,2	47,0	53,0	100,0
USA Australia	189	109	298	0,2	0,6	0,2	63,4	36,6	100,0
Marocco	38	252	290	0,0	1,3	0,2	13,1	86,9	100,0
Africa Islamica	59	513	572	0,0	2,7	0,4	10,3	89,7	100,0
Resto Africa	212	677	889	0,2	3,6	0,6	23,8	76,2	100,0
Turchia	25	182	207	0,0	1,0	0,1	12,1	87,9	100,0
Asia Islamica	44	365	409	0,0	1,9	0,3	10,8	89,2	100,0
Cina	15	462	477	0,0	2,4	0,3	3,1	96,9	100,0
Bangladesh	5	308	313	0,0	1,6	0,2	1,6	98,4	100,0
Resto Asia	206	294	500	0,2	1,6	0,4	41,2	58,8	100,0
Apolidi	21		21	0,0		0,0	100,0	0,0	100,0
Totale	123.497	18.905	142.402	100,0	100,0	100,0	86,7	13,3	100,0

Fig. 5 - Ricoveri di nati all'estero 2006-2017 per cittadinanza (italiana/straniera)



Tornando all'analisi per anno di dimissione, nella Tab. 10 è rappresentata la ripartizione dei ricoveri di stranieri secondo il paese o zona di nascita (con qualche aggregazione rispetto alle categorie della Tab. 5) e i dati mostrano che, a partire da meno del 20%, negli ultimi anni la loro quota è ormai prossima al 40%.

Tab. 10 - Percentuali di ricoveri di pazienti stranieri per paese/zona di nascita e anno

Paese/Zona	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trieste	7,8	6,2	7,6	10,0	8,5	10,9	9,4	15,5	18,2	22,4	24,3	22,9
Resto Italia	8,9	11,0	10,9	11,9	13,0	12,2	13,4	14,2	13,3	14,3	13,5	16,2
Europa Occidentale	8,3	10,0	12,2	9,3	8,6	9,2	9,0	6,7	7,3	6,2	5,6	5,4
Romania	9,1	9,4	9,3	11,1	11,3	11,0	12,0	11,6	10,0	9,7	9,0	7,2
Serbia	21,0	20,9	19,1	15,7	13,6	14,4	12,6	10,8	9,8	8,4	8,4	8,9
Albania	8,7	5,7	5,8	6,2	6,0	4,5	3,9	5,3	5,5	7,2	4,4	3,9
Resto Balcani	5,2	6,4	6,0	7,3	9,3	8,3	9,8	9,9	8,5	7,9	9,3	6,9
Ex-Urss	7,4	6,9	6,4	6,7	4,9	6,8	6,6	7,3	7,0	5,6	5,1	6,7
Americhe e Australia	6,8	5,9	7,1	6,4	7,3	5,7	4,9	4,5	5,5	4,8	4,2	4,8
Africa Islamica	3,2	4,6	4,9	3,7	4,9	4,9	5,0	4,4	4,0	2,9	3,5	3,0
Resto Africa	3,9	4,8	4,2	4,5	3,3	3,1	4,8	3,2	3,3	3,2	2,6	2,8
Asia Islamica	2,1	2,3	1,7	1,5	2,6	2,7	2,1	2,2	1,9	2,3	6,3	5,9
Resto Asia	7,6	6,1	5,0	5,6	6,6	6,3	6,4	4,6	5,7	5,3	4,0	5,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.231	1.203	1.290	1.485	1.579	1.441	1.606	1.765	1.832	1.858	1.814	1.801

Il paese di cittadinanza non necessariamente corrisponde al paese di nascita perché ci sono italiani che nascono all'estero e cittadini stranieri (nati all'estero o in Italia) che acquisiscono la cittadinanza italiana. Con riferimento ai soli ricoveri di stranieri, la Tab. 11 mostra che rimane stabile nel tempo la percentuale di cittadini UE, con la sola crescita dei romeni che passano da 10% a 15%. Scende invece di oltre 10 punti la quota di serbi (da 24% e più a circa 13%), compensata da una crescita di kosovari (da quote marginali a circa il 10%). Tra le altre provenienze si nota un incremento notevole della presenza di bengalesi (da circa 1% a 5%) e un andamento analogo della quota di cittadini dei paesi islamici del Medio Oriente (anch'essi sono contano ora per circa il 5%).

Tab. 11 - Percentuali di ricoveri di pazienti stranieri per paese/zona di cittadinanza e anno

Paese/Zona	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Europa Occidentale	5,0	5,9	6,7	6,8	4,9	5,3	5,9	4,9	5,6	5,7	4,5	5,1
Slovenia	0,8	1,1	1,9	,6	1,3	2,0	1,0	0,7	0,5	0,6	0,3	0,6
Croazia	5,3	4,6	4,9	4,6	4,0	3,8	3,0	3,5	2,8	3,2	2,3	1,8
Romania	10,2	11,1	10,9	12,3	14,5	14,4	15,8	16,8	15,7	15,7	15,3	15,0
Serbia	23,9	24,8	25,7	22,2	18,5	18,5	15,6	14,9	13,9	12,1	13,0	13,4
Albania	11,9	9,4	9,7	9,0	8,7	8,5	6,8	8,8	10,4	10,8	8,3	7,0
Kosovo	1,1	0,4	,2	1,3	4,9	7,6	8,2	9,3	9,9	8,3	11,5	7,8
Bosnia	3,4	3,0	2,2	2,6	3,2	1,7	2,9	2,4	1,8	2,2	1,7	2,4
Macedonia	1,9	4,5	3,6	2,9	3,3	3,1	3,4	3,6	2,0	3,7	2,8	2,3
Ex-Urss	7,5	7,0	6,2	6,6	5,1	6,4	6,0	7,4	6,5	6,4	5,8	7,4

America Latina	6,3	5,5	6,4	6,1	6,0	5,0	4,4	4,4	5,6	4,6	4,4	5,0
USA Australia	0,6	0,7	01,2	0,7	1,4	0,6	1,1	0,5	0,3	1,3	0,9	0,7
Marocco	2,6	2,2	2,4	2,3	2,6	1,9	2,9	2,5	2,8	2,2	2,5	2,3
Africa Islamica	4,7	5,3	5,4	6,3	6,7	6,0	5,4	5,4	5,7	5,8	5,8	6,6
Resto Africa	3,2	4,0	4,0	6,0	3,3	3,2	5,7	3,4	3,6	3,0	2,9	3,9
Turchia	0,6	1,0	0,7	0,8	1,3	2,7	1,6	1,9	1,3	1,8	1,8	1,4
Asia Islamica	1,9	2,4	1,4	1,1	1,6	1,1	1,6	1,8	1,6	2,0	6,4	5,8
Cina	6,3	4,2	3,3	3,0	3,6	3,2	3,5	2,8	3,9	4,4	3,4	3,8
Bangladesh	1,0	1,6	1,2	2,0	2,7	2,9	3,4	2,7	4,3	4,3	4,9	5,4
Resto Asia	1,7	1,3	1,9	2,9	2,3	2,2	1,9	2,1	1,9	1,8	1,4	2,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.231	1.203	1.290	1.485	1.579	1.441	1.606	1.765	1.832	1.858	1.814	1.801

Passando all’Azienda sanitaria di residenza, la Tab. 12 mostra che la grande maggioranza dei ricoveri (82,9%) riguarda pazienti che risiedono in FVG (57,1% a Trieste e 25,8% nel resto della Regione), cui si aggiunge il 14,4% che risiede nel resto d’Italia (poco meno del 10% è residente “sanitariamente” in Veneto); solo una parte residuale dei ricoveri (2,6%) fa riferimento a residenti all’estero. La tabella mostra poi che i ricoveri di stranieri sono quasi il 13% tra i residenti in FVG e solo il 3,3% tra i residenti nelle altre regioni, segno che gli stranieri sono meno coinvolti in questa sorta di “mobilità territoriale sanitaria”. Ovviamente, tra i ricoveri di residenti all’estero prevalgono gli stranieri, ma i dati analitici sui residenti all’estero (non riportati in tabella) mostrano che più di un quarto dei residenti in paesi dell’Europa Occidentale ha nazionalità italiana.

Tab. 12 - Azienda sanitaria di residenza per cittadinanza (italiani/stranieri)

Citt.	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale
Azienda sanitaria	N	N	N	% col.	% col.	% col.	% riga	% riga	% riga
Trieste	70.500	10.859	81.359	57,1	57,4	57,1	86,7	13,3	100,0
Resto FVG	32.680	4.067	36.747	26,5	21,5	25,8	88,9	11,1	100,0
Veneto	13.041	554	13.595	10,6	2,9	9,5	95,9	4,1	100,0
Resto Italia	6.870	129	6.999	5,6	,7	4,9	98,2	1,8	100,0
Esero	406	3.296	3.702	0,3	17,4	2,6	11,0	89,0	100,0
Totale	123.497	18.905	142.402	100,0	100,0	100,0	86,7	13,3	100,0

Come per altre variabili esaminate in precedenza, la Tab. 12 rivela che i dati complessivi, oscurando la dimensione temporale, possono nascondere situazioni in rapida evoluzione. Come si può vedere in tabella 13, la percentuale di ricoveri di stranieri presenta un trend in crescita.

Tab. 13 - Azienda sanitaria di residenza per anno

Azienda sanitaria		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trieste	Ita	6.782	6.498	6.433	6.166	6.411	6.176	6.139	5.698	5.322	5.166	4.857	4.852
	Stran	624	595	718	823	888	858	925	1.019	1.092	1.091	1.108	1.118
	% str	8,4	8,4	10,0	11,8	12,2	12,2	13,1	15,2	17,0	17,4	18,6	18,7
Resto FVG	Ita	2.704	2.654	2.760	2.796	2.863	2.803	2.986	2.872	2.861	2.758	2.249	2.374
	Stran	208	234	285	316	335	333	392	432	400	391	356	385
	% str	7,1	8,1	9,4	10,2	10,5	10,6	11,6	13,1	12,3	12,4	13,7	14,0

Veneto	Ita	1.005	955	1.124	1.119	1.155	1.215	1.132	1.093	1.235	1.143	953	912
	Stran	26	35	40	36	45	40	38	50	66	74	48	56
	% str	2,5	3,5	3,4	3,1	3,8	3,2	3,2	4,4	5,1	6,1	4,8	5,8
Resto Italia	Ita	642	593	496	547	560	601	545	593	636	582	553	522
	Stran	9	5	8	14	10	8	7	11	12	15	14	16
	% str	1,4	0,8	1,6	2,5	1,8	1,3	1,3	1,8	1,9	2,5	2,5	3,0
Non rilevata	Ita	19	43	45	44	35	39	27	29	23	30	39	33
	Stran	364	334	239	296	301	202	244	253	262	287	288	226
	% str	95,0	88,6	84,2	87,1	89,6	83,8	90,0	89,7	91,9	90,5	88,1	87,3

Infine, la Tab. 14 mostra che la quota di ricoveri di residenti in Friuli VG di cittadinanza straniera cresce quasi monotonicamente da due terzi a più dell'80%, e cresce anche la percentuale di ricoveri di pazienti stranieri del Burlo che proviene dal resto d'Italia.

Tab. 14 - Azienda sanitaria di residenza (solo ricoveri di stranieri)

Azienda sanitaria	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trieste	50,7	49,5	55,7	55,4	56,2	59,5	57,6	57,7	59,6	58,7	61,1	62,1
Resto FVG	16,9	19,5	22,1	21,3	21,2	23,1	24,4	24,5	21,8	21,0	19,6	21,4
Veneto	2,1	2,9	3,1	2,4	2,8	2,8	2,4	2,8	3,6	4,0	2,6	3,1
Resto Italia	0,7	0,4	0,6	0,9	0,6	0,6	0,4	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9
Non rilevata	29,6	27,8	18,5	19,9	19,1	14,0	15,2	14,3	14,3	15,4	15,9	12,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.231	1.203	1.290	1.485	1.579	1.441	1.606	1.765	1.832	1.858	1.814	1.801

La variabile "Ente debitore" consente di articolare il ruolo preponderante del SSN secondo la localizzazione dell'Azienda Sanitaria (ovviamente non indicata per i residenti all'estero). La Tab. 15 mostra che il 58% dei ricoveri riguarda pazienti di Trieste, il 9% dell'Azienda Isontina e il 16,8% delle altre AAS della Regione FVG (per un totale dell'84%). Il 9,2% dei ricoveri riguarda pazienti provenienti dal Veneto e il 5% dal resto d'Italia; di conseguenza, solo il 2% di ricoveri appartiene alle categorie residuali (estero/me stesso/non codificato). Come già segnalato commentando la zona di residenza, la percentuale di ricoveri di stranieri scende progressivamente da Trieste (14,5%) al resto d'Italia (solo il 2%), suggerendo che i pazienti stranieri siano meno inclini, rispetto agli italiani, alla "mobilità sanitaria".

Tab. 15 - Ente debitore per cittadinanza (italiana/straniera)

Citt.	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale
Debitore	N	N	N	% col.	% col.	% col.	% riga	% riga	% riga
Trieste	70.726	11.990	82.716	57,3	63,4	58,1	85,5	14,5	100,0
Isontino	11.176	1.743	12.919	9,0	9,2	9,1	86,5	13,5	100,0
Resto FVG	21.426	2.476	23.902	17,3	13,1	16,8	89,6	10,4	100,0
Veneto	12.501	530	13.031	10,1	2,8	9,2	95,9	4,1	100,0
Resto Italia	6.930	148	7.078	5,6	,8	5,0	97,9	2,1	100,0
Estero	189	905	1.094	0,2	4,8	0,8	17,3	82,7	100,0
Me stesso	61	726	787	0,0	3,8	0,6	7,8	92,2	100,0
Non codif.	488	387	875	0,4	2,0	0,6	55,8	44,2	100,0
Totale	123.497	18.905	142.402	100,0	100,0	100,0	86,7	13,3	100,0

Guardando ai ricoveri dei soli pazienti stranieri in prospettiva temporale (Tab. 16) si vede che rimane stabile l'utenza residenziale (Azienda Triestina), mentre cresce significativamente la quota di provenienza isontina (da 5,4% a quasi 13%); cala leggermente la quota di pazienti dal resto della Regione, mentre quella dei pazienti da fuori Regione rimane sostanzialmente stabile. Cala invece notevolmente l'utenza per la quale l'ente debitore è definito come "estero", ma si tratta di una casistica poco numerosa in valore assoluto.

Tab. 16 - Ente debitore (solo ricoveri di stranieri)

Debitore	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trieste	66,5	62,4	63,9	62,1	63,1	64,9	63,0	59,9	63,2	63,9	64,0	64,9
Isontino	5,4	7,1	8,1	6,1	7,9	8,4	9,8	10,8	8,9	10,5	11,9	12,8
Resto FVG	12,8	14,3	15,3	15,9	14,9	15,5	15,6	14,8	12,4	10,5	8,3	9,2
Veneto	2,0	2,6	3,1	2,1	2,8	2,8	2,2	2,8	3,6	3,8	2,5	2,8
Resto Italia	0,9	0,6	0,8	1,3	0,8	0,6	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0
Esero	6,0	6,6	6,1	8,4	7,7	6,2	8,3	4,2	0,3	2,9	2,8	1,2
Me stesso								6,3	10,0	7,1	9,0	7,6
Non codificato	6,3	6,4	2,8	4,1	2,8	1,5	0,7	0,6	0,9	0,4	0,7	0,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.231	1.203	1.290	1.485	1.579	1.441	1.606	1.765	1.832	1.858	1.814	1.801

Per concludere quest'ultima parte, si possono esaminare alcuni dati sintetici che riguardano i giorni di degenza e, per introdurre la parte successiva, il numero medio di diagnosi e interventi effettuati sul paziente nel corso del ricovero (Tab. 17).

Quanto ai giorni di degenza, si nota una differenza nella durata dei ricoveri che permane nel tempo: i ricoveri dei pazienti stranieri infatti durano in media mezza giornata in più e la differenza in alcuni anni arriva a un giorno. Ovviamente, ciò può dipendere dal complesso delle diagnosi e degli interventi effettuati sul paziente durante il ricovero e, quanto a questo, i dati sono inequivocabili, anche se le differenze nel tempo si attenuano. Il numero medio di diagnosi (su un numero massimo di 6 diagnosi che le schede SDO consentono di registrare) per gli italiani parte da poco meno di due in media a superare questo valore negli ultimi anni; per gli stranieri invece il valore è quasi sempre superiore alle due diagnosi in media e in alcuni anni arriva a 2,5 diagnosi, con una differenza che permane nel tempo.

Tab. 17 - Giorni di degenza, numero di diagnosi e interventi (valori medi)

	Citt.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Giorni	Ita	3,13	3,10	3,14	3,14	3,14	3,15	2,94	3,04	3,11	3,12	3,26	3,14
	Stran	3,71	3,72	3,87	3,66	3,58	3,82	3,67	3,77	3,65	4,19	3,80	4,19
	Diff.	0,58	0,62	0,73	0,52	0,44	0,68	0,73	0,73	0,54	1,07	0,54	1,04
Diagnosi	Ita	1,95	1,98	1,95	1,98	1,92	1,94	1,90	1,87	1,96	2,04	2,07	2,16
	Stran	2,22	2,23	2,17	2,18	2,18	2,17	2,10	1,96	1,93	2,14	2,23	2,30
	Diff.	0,27	0,26	0,22	0,20	0,27	0,23	0,20	0,09	(0,03)	0,10	0,16	0,14
Interventi	Ita	2,97	2,75	2,66	2,64	2,63	2,73	2,62	2,70	2,88	2,92	2,84	2,80
	Stran	3,60	3,41	3,27	3,11	3,22	3,17	3,07	2,93	3,00	3,06	3,09	3,08
	Diff.	0,63	0,65	0,60	0,46	0,58	0,44	0,45	0,23	0,13	0,14	0,25	0,27

Il numero medio di interventi effettuati in pazienti italiani supera sempre 2,5 e in alcuni anni è molto vicino a 3 in media; nel caso dei pazienti stranieri il numero medio è invece quasi sempre superiore a 3 e la differenza, specialmente nei primi anni, è superiore a 0,5 interventi. Le due

“popolazioni” di pazienti tendono comunque nel tempo a convergere perché le differenze si attenuano e negli ultimi anni il numero medio di interventi sui pazienti stranieri è superiore di solo 0,2/0,3 interventi in media per ricovero.

Di seguito si presentano i dati dei ricoveri per DRG (*Diagnosis-Related-Group*) chirurgico e DRG medico (nel 4% di ricoveri il DRG non è definito, quasi esclusivamente nei primi anni). La Tab. 18 mostra che non ci sono differenze nelle percentuali di DRG medici e chirurgici tra pazienti italiani e stranieri (rispettivamente 61,6% vs 65,5% nei DRG medici); il 13 % dei DRG Chirurgici fanno riferimento a pazienti stranieri vs il 14% dei medici. Anche in questo caso quindi non emergono differenze. La Tab. 19 evidenzia un trend temporale in aumento della percentuale di DRG Medici e Chirurgici in pazienti stranieri.

Tab. 18 - Tipo di DRG per cittadinanza (Italiana/straniera)

Citt. DRG	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale
	N	N	N	% col.	% col.	% col.	% riga	% riga	% riga
Chirurgico	42.072	6.467	48.539	34,1	34,2	34,1	86,7	13,3	100,0
Medico	76.076	12.375	88.451	61,6	65,5	62,1	86,0	14,0	100,0
Non definito	5.349	63	5.412	4,3	0,3	3,8	98,8	1,2	100,0
Totale	123.497	18.905	142.402	100,0	100,0	100,0	86,7	13,3	100,0

Tab. 19 - Tipo di DRG per anno

DRG		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Chirurgico	Ita	3.947	3.579	3.784	3.887	4.074	3.686	3.697	3.311	3.053	3.071	2.881	3.102
	Str	436	451	506	640	555	580	592	606	542	528	503	528
	% str	9,9	11,2	11,8	14,1	12,0	13,6	13,8	15,5	15,1	14,7	14,9	14,5
Medico	Ita	5.501	5.354	5.305	6.769	6.937	7.134	7.114	6.974	7.024	6.608	5.770	5.586
	Str	777	738	772	840	1.022	856	1.012	1.159	1.290	1.330	1.311	1.268
	% str	12,4	12,1	12,7	11,0	12,8	10,7	12,5	14,3	15,5	16,8	18,5	18,5
Non def.	Ita	1.704	1.810	1.769	16	13	14	18					5
	Str	18	14	12	5	2	5	2					5
	% str	1,0	0,8	0,7	23,8	13,3	26,3	10,0					50,0

In Tab. 20 viene presentato il dato delle giornate di degenza per tipo di DRG. In particolare per i DRG chirurgici, i pazienti stranieri presentano una degenza più lunga.

Tab. 20 - Giornate di degenza per tipo di DRG

	DRG	Chirurgico		Medico		Non definito		Totale	
		Media	N	Media	N	Media	N	Media	N
Giornate di degenza	Ita	2,77	42.072	3,17	76.076	5,03	5.349	3,11	123.497
	Stran	3,90	6.467	3,74	12.375	9,79	63	3,81	18.905
	Tot.	2,92	48.539	3,25	88.451	5,08	5.412	3,21	142.402

4. Dai ricoveri ai pazienti

Per stimare l'entità e il tipo di utenza che accede al Burlo è necessario passare dai dati che adottano il ricovero come unità di analisi a un nuovo database nel quale l'unità di analisi è il paziente. La procedura prevede innanzitutto la scelta di un codice che consenta di identificare univocamen-

te i pazienti che costituiranno i casi nel nuovo database nel quale il software registra anzitutto il numero di occorrenze, cioè il numero di ricoveri di ogni singolo paziente. Per poter disporre, all'interno di ciascun anno di analisi di un unico ricovero per ciascun paziente (alcuni pazienti possono essere ricoverate più volte in un anno), è necessario prendere delle decisioni su quale ricovero selezionare. Nel nostro caso, in caso di ricoveri multipli, si è deciso di scegliere l'ultimo ricovero nell'anno. La periodizzazione anno per anno è supportata dal Ministero della Salute che la utilizza per il "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" (<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>). Del resto, le stesse strutture ospedaliere usano l'anno come unità temporale per l'allocazione delle risorse, la rendicontazione delle attività, ecc. Operando in questo modo si ottengono i risultati della Tab. 21, dalla quale si nota che i più di 142.000 ricoveri si riferiscono a 117.690 pazienti (non unici) nell'aggregazione anno per anno. I dati relativi ai pazienti del presente capitolo fanno sempre riferimento alla sola cittadinanza e non al paese di nascita.

Tab. 21 - Divisione di dimissione all'ultimo ricovero per anno

Cittad. Divisione	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale	Italiana	Straniera	Totale
	N	N	N	% col.	% col.	% col.	% riga	% riga	% riga
Ostetricia	16.026	4.218	20.244	15,5	29,2	17,2	79,2	20,8	100,0
Ginecologia	17.493	3.482	20.975	16,9	24,1	17,8	83,4	16,6	100,0

Visto che la strategia proposta rende meno cruciale la scelta, vediamo ora l'andamento della presenza di pazienti stranieri utilizzando i dati della Tab. 22 (divisione di dimissione all'ultimo ricovero), relativa ai reparti di Ostetricia e Ginecologia. A Ginecologia la percentuale dei pazienti stranieri passa da 13,1% a 18,7%, pur in presenza di un aumento di solo il 10% (da 239 a 260), per effetto del calo più consistente nel numero di pazienti ricoverati (da 9.084 nel 2006 a 7.340 nel 2017). L'aumento di pazienti stranieri è minimo a Ostetricia (3%).

Tab. 22 - Divisione di dimissione all'ultimo ricovero per anno

Divisione	Cittad.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ginecologia	Ita	1.568	1.477	1.444	1.525	1.591	1.561	1.488	1.442	1.538	1.722	992	1.131
	Stran	236	248	252	283	284	294	289	314	406	408	212	260
	% Str	13,1	14,4	14,9	15,7	15,1	15,8	16,3	17,9	20,9	19,2	17,6	18,7
Ostetricia	Ita	1.593	1.592	1.536	1.474	1.541	1.472	1.497	1.359	1.057	632	1.236	1.035
	Stran	334	322	356	355	379	382	410	397	299	232	398	343
	% Str	17,3	16,8	18,8	19,4	19,7	20,6	21,5	22,6	22,1	26,9	24,4	24,9

Il numero medio di ricoveri (meno di due nell'arco di 12 anni), scende ovviamente se l'accorpamento è fatto anno per anno, ma si conferma la divaricazione tra pazienti italiani (1,20) e stranieri (1,31). La Tab. 23 (ultima colonna) conferma poi che il numero medio di diagnosi è più elevato per i pazienti stranieri (2,15) rispetto agli italiani (1,93) e parimenti è più elevato il numero medio di interventi sui pazienti stranieri (3,11), rispetto a quello degli italiani (2,65). Di conseguenza, per gli stranieri è più elevato anche il numero medio di giorni di degenza (5,04), rispetto a quello degli italiani (3,72). Infine, l'età media è più elevata per gli stranieri (19 anni), che per gli italiani (16,5). Come per alcune altre variabili, la prospettiva longitudinale consente di rilevare alcune chiare linee di tendenza, oltre ad aspetti che indicano una relativa stabilità. Il numero medio di ricoveri nell'anno tende a scendere per gli italiani e anche per gli stranieri (la leggera divaricazione tende dunque a permanere nel tempo). Il numero medio di diagnosi sale per entrambi i gruppi, ma un po' meno per gli stranieri. Al contrario, scende il numero di interventi e, anche in questo caso, il

calo sembra essere strutturale, perché condiviso da entrambi i gruppi. Il numero medio di giorni di degenza, pur con qualche oscillazione, rimane sostanzialmente stabile

Tab. 23 - Numero medio di ricoveri, diagnosi e interventi, giorni degenza e età media per anno (italiani/stranieri)

	Citt.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Tot.
Ricoveri	Ita	1,23	1,22	1,21	1,19	1,17	1,18	1,18	1,21	1,20	1,19	1,20	1,18	1,20
	Stran	1,38	1,34	1,29	1,33	1,34	1,27	1,31	1,31	1,29	1,28	1,28	1,25	1,31
Diagnosi	Ita	1,90	1,93	1,91	1,96	1,88	1,89	1,86	1,84	1,92	2,01	2,03	2,13	1,93
	Stran	2,24	2,23	2,20	2,20	2,16	2,17	2,12	1,98	1,96	2,14	2,21	2,32	2,15
Interv.	Ita	2,82	2,62	2,55	2,53	2,53	2,64	2,55	2,62	2,81	2,82	2,71	2,69	2,65
	Stran	3,59	3,40	3,27	3,08	3,18	3,18	3,13	2,96	2,98	2,97	2,97	2,97	3,11
Giorni	Ita	3,84	3,78	3,79	3,74	3,68	3,73	3,49	3,66	3,73	3,71	3,91	3,72	3,72
	Stran	5,13	4,97	5,02	4,89	4,78	4,82	4,72	4,97	4,72	5,37	4,86	5,24	5,04
Età	Ita	17,3	17,0	16,7	16,6	16,5	16,5	16,5	16,7	16,0	15,9	15,6	15,9	16,47
	Stran	21,9	22,0	22,0	20,4	20,0	20,9	20,4	19,1	18,3	16,9	16,2	16,2	19,09

Il fatto che i pazienti stranieri tendano a registrare un numero medio di ricoveri un po' più elevato rispetto agli italiani, comporta che la percentuale degli stranieri è leggermente più bassa se calcolata sui pazienti (12,3%) invece che sui ricoveri (13,3%).

5. Le prestazioni ambulatoriali dei pazienti stranieri

Anche nel caso delle prestazioni ambulatoriali l'unità di analisi inizialmente utilizzata è la prestazione e non il paziente, che spesso è ricorso ai servizi più volte in ognuno degli anni considerati. Si potrebbe ritenere che l'utilizzo delle percentuali consenta comunque stime sufficientemente precise, ma si deve essere cauti perché utenti con caratteristiche specifiche potrebbero avere una maggiore propensione a ricorrere alle prestazioni ambulatoriali. Visto che sono molto più numerose dei ricoveri, si è deciso di limitare l'analisi a un più ristretto arco temporale (gli ultimi 4 anni) e alle sole prestazioni erogate ai pazienti stranieri. Inoltre, si sono considerate solo le donne maggiorenti.

La Tab. 24 mostra che nel 2017 le prestazioni scendono a meno di 17mila, mentre nei tre anni precedenti superavano largamente le 20mila, con una tendenza a scendere, nonostante la riclassificazione di prestazioni in precedenza registrate come ricoveri in Day Hospital o Day Surgery. L'età mostra un incremento di prestazioni erogate a ultra 40enni, che improvvisamente nell'ultimo anno passano dal 10% al 16,6% e ciò potrebbe far pensare a un'esternalizzazione di alcuni tipi di prestazioni che probabilmente interessa selettivamente l'utenza. Inoltre, ricordando che stiamo parlando di prestazioni e non di pazienti, potrebbe anche essere aumentato il numero medio di prestazioni erogate ai pazienti nella fascia di età più elevata ma, come vedremo più avanti, non è così.

Tab. 24 - Fascia di età alla prestazione

Età	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Valori assoluti				Percentuali			
18-40	21.252	20.663	19.278	14.048	89,8	89,8	90,1	83,4
Oltre 40	2.427	2.339	2.119	2.793	10,2	10,2	9,9	16,6
Totale	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0
Età media					31,6	31,6	31,4	33,3

La Tab. 25 mostra che nel 2017 il maggior numero di prestazioni è stato erogato a cittadine rumene (17% di tutte le prestazioni). Al secondo posto si collocano le prestazioni fornite a serbe (quasi il 15%), e si scende a quasi il 9% (con una tendenza all'incremento) per le cittadine di paesi dell'Ex Urss e al 7% per le donne provenienti dall'America Latina. Pur con una consistenza inferiore, è in crescita la presenza di cittadine dell'Africa islamica (nel 2017 più del 6%) e del Bangladesh (poco meno del 5%). Poco oltre il 5% sono le kosovare (ma in questo caso la tendenza è in calo) e, con percentuali ancora inferiori (intorno al 3% nel 2017), si collocano albanesi (in calo), cinesi (in notevole calo) e donne provenienti dall'Asia islamica.

Tab. 25 - Paese o area di cittadinanza

Cittadinanza	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Valori assoluti				Percentuali			
Europa	1.989	2.303	1.888	1.267	8,4	10,0	8,8	7,5
Slovenia	653	628	475	295	2,8	2,7	2,2	1,8
Croazia	1.051	943	791	372	4,4	4,1	3,7	2,2
Romania	3.967	4.213	3.512	2.871	16,8	18,3	16,4	17,0
Serbia	3.238	3.137	3.157	2.474	13,7	13,6	14,8	14,7
Albania	1.251	1.122	1.215	579	5,3	4,9	5,7	3,4
Kosovo	1.716	1.501	1.666	928	7,2	6,5	7,8	5,5
Bosnia	553	534	170	241	2,3	2,3	,8	1,4
Macedonia	447	666	403	306	1,9	2,9	1,9	1,8
Ex-Urss	1.358	1.402	1.114	1.488	5,7	6,1	5,2	8,8
America Latina	1.336	1.294	1.284	1.210	5,6	5,6	6,0	7,2
USA Australia	92	22	43	77	,4	,1	,2	,5
Marocco	470	425	440	387	2,0	1,8	2,1	2,3
Africa Islamica	1.183	917	1.090	1.081	5,0	4,0	5,1	6,4
Resto Africa	989	681	857	690	4,2	3,0	4,0	4,1
Turchia	420	390	486	330	1,8	1,7	2,3	2,0
Asia Islamica	660	743	827	589	2,8	3,2	3,9	3,5
Cina	1.169	901	833	492	4,9	3,9	3,9	2,9
Bangladesh	726	803	782	797	3,1	3,5	3,7	4,7
Resto Asia	411	377	364	367	1,7	1,6	1,7	2,2
Totale	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0

Le prestazioni qui esaminate fanno riferimento a pazienti straniere che nel 2017 per circa il 95% risiedono in Italia e per il restante 5% risiedono invece all'estero (negli anni precedenti la quota di residenti all'estero era un po' più elevata). Nella Tab. 26 sono evidenziate le residenze più frequenti (le altre sono raggruppate in coerenti aree socio-geografiche). Nelle ultime colonne a destra è riportata la percentuale calcolata rapportando in numero di cittadine di ognuno dei paesi al numero di pazienti che in quel paese hanno la residenza (nella maggior parte dei casi si tratta del paese di cittadinanza, ma non è necessariamente così perché una paziente potrebbe avere, ad esempio, la residenza in Slovenia, ma essere cittadina croata). Nel commento dei dati si possono comunque ignorare queste situazioni particolari e si può dunque affermare che circa l'80% delle slovene (con un calo a meno del 70% nell'ultimo anno) usufruisce dei servizi ambulatoriali del Burlo mantenendo la residenza in Slovenia (sono probabilmente domiciliate in Italia o pendolari). Mantiene la residenza all'estero anche una percentuale molto oscillante (perché basata su una casistica poco numerosa) di pazienti del gruppo "USA Australia" e la spiegazione in questo caso

può essere diversa (si tratta probabilmente di straniere in transito o presenti temporaneamente in Italia). Questa spiegazione può avere una valenza più generale e per alcuni gruppi mantenere la residenza all'estero si può forse considerare un indicatore di "propensione al rientro" che, nel 2017, si riscontra per quote tra il 9% e il 4% di pazienti residenti in Albania, Croazia, in paesi dell'Africa islamica, nel resto dell'Africa, Asia islamica e in altri paesi europei. Si può però anche trattare in parte di straniere "immigrate ad-hoc" per usufruire delle prestazioni offerte della struttura. Per gli arrivi più recenti la spiegazione più probabilmente risiede nel fatto che non c'è stato il tempo per il trasferimento della residenza, anche solo perché il diritto alla presenza in Italia non è ancora stato accertato o regolarizzato.

Tab. 26 - Paese/area di residenza e percentuale di prestazioni a straniere residenti all'estero

Residenza	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Valori assoluti				Percentuali				% residenti all'estero			
Italia	22.254	21.314	19.900	15.996	94,0	92,7	93,0	95,0	94,0	92,7	93,0	95,0
Europa	468	356	321	93	2,0	1,5	1,5	0,6	23,5	15,5	17,0	7,3
Slovenia	540	550	365	203	2,3	2,4	1,7	1,2	82,7	87,6	76,8	68,8
Croazia	97	31	137	30	0,4	0,1	0,6	0,2	9,2	3,3	17,3	8,1
Romania	98	119	108	50	0,4	0,5	0,5	0,3	2,5	2,8	3,1	1,7
Serbia	29	185	81	82	0,1	0,8	0,4	0,5	0,9	5,9	2,6	3,3
Albania	18	57	49	52	0,1	0,2	0,2	0,3	1,4	5,1	4,0	9,0
Kosovo	5	8	111	23	0,0	0,0	0,5	0,1	0,3	0,5	6,7	2,5
Bosnia	17	32	-	4	0,1	0,1	-	0,0	3,1	6,0	-	1,7
Macedonia	2	28	15	5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,4	4,2	3,7	1,6
Ex-Urss	26	74	55	59	0,1	0,3	0,3	0,4	1,9	5,3	4,9	4,0
America Latina	2	72	40	26	0,0	0,3	0,2	0,2	0,1	5,6	3,1	2,1
USA Australia	3	4	24	16	0,0	0,0	0,1	0,1	3,3	18,2	55,8	20,8
Marocco	-	-	3	5	-	-	0,0	0,0	-	-	0,7	1,3
Africa Islamica	-	37	51	51	-	0,2	0,2	0,3	-	4,0	4,7	4,7
Resto Africa	13	5	33	61	0,1	0,0	0,2	0,4	1,3	0,7	3,9	8,8
Turchia	6	-	-	1	0,0	-	-	0,0	1,4	-	-	0,3
Asia Islamica	81	46	59	39	0,3	0,2	0,3	0,2	12,3	6,2	7,1	6,6
Cina	-	38	-	12	-	0,2	-	0,1	-	4,2	-	2,4
Bangladesh	3	2	2	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,3	0,6
Resto Asia	14	43	43	10	0,1	0,2	0,2	0,1	3,4	11,4	11,8	2,7
Apolidi	3	1	-	18	0,0	0,0	-	0,1	0,0	0,0	-	0,1
Totale	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-

Preso atto che la maggior parte delle prestazioni ambulatoriali erogate al Burlo si riferiscono a pazienti straniere residenti in Italia, si tratta ora di osservare il fenomeno della "mobilità sanitaria" da fuori Friuli Venezia Giulia, regione di residenza di circa il 90% delle pazienti straniere (Tab. 27). Valori significativi si riscontrano solo per pazienti che risiedono in Veneto (intorno alle 400 prestazioni, con un'percentuale oscillante intorno al 2%). Il numero di prestazioni ambulatoriali a straniere residenti in altre regioni italiane è dunque alquanto limitato e si tratta presumibilmente di visite ambulatoriali o accertamenti clinici in vista di un successivo ricovero.

Tab. 27 - Regione di residenza

Residenza	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Valori assoluti				Percentuali			
Friuli VG	21.523	20.577	19.352	15.338	90,9	89,5	90,4	91,1
Veneto	472	398	302	419	2,0	1,7	1,4	2,5
Altra regione	258	339	246	214	1,1	1,5	1,1	1,3
Eestero	1.426	1.688	1.497	870	6,0	7,3	7,0	5,2
Totale	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0

Anche se le prestazioni ambulatoriali complessivamente erogate alle donne straniere maggiorenni diminuiscono negli ultimi anni, le strutture di interesse per il progetto INTEGRA registrano un consistente aumento dell'attività in valore assoluto, che diventa ancora più spiccato in termini percentuali, visto che il loro aumento si inserisce nel quadro di una complessiva diminuzione dell'attività. Clinica ostetrica e ginecologica aumenta di 1.000 prestazioni nei quattro anni considerati e passa dal 14% circa a contare per un quarto di tutte le prestazioni erogate nel 2017 a questo tipo di pazienti. Come già segnalato, aumentano anche le prestazioni di Procreazione medicalmente assistita, da alcuni anni erogate in regime ambulatoriale; inoltre, aumenta la diagnostica prenatale e ginecologica, il cui peso sulle prestazioni ambulatoriali raddoppia in termini percentuali, da meno del 2% del totale a 7%.

Tab. 28 - Strutture di accoglienza

Struttura	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Valori assoluti				Percentuali			
U.C.O. Clinica ostetrica e ginecologica	3.238	3.536	3.852	4.295	13,7	15,4	18,0	25,5
S.S. DPT Diagnostica ecografica prenatale e ginecol.	1.807	1.996	2.043	2.318	7,6	8,7	9,5	13,8
S.S. DPT Procreazione medicalmente assistita	433	484	616	1.172	1,8	2,1	2,9	7,0
S.C. Patologia ostetrica	183	173	4	236	0,8	0,8	0,0	1,4
Altra struttura	18.018	16.813	14.882	8.820	76,1	73,1	69,6	52,4
Totale	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0

Come per i ricoveri, le prestazioni ambulatoriali non si possono direttamente tradurre in pazienti, perché ogni paziente può avere usufruito di più prestazioni; inoltre, anche in questo caso non è facile assegnare le pazienti a categorie socialmente rilevanti perché, a parte genere, luogo e data di nascita, le caratteristiche personali si modificano saltuariamente (cittadinanza, residenza, stato civile, ecc.) o con continuità (età). Come già evidenziato, l'esito dell'aggregazione dipende anche dalla durata del periodo che, nel nostro caso, come per i ricoveri è fatta anno per anno; una paziente è dunque presente in ogni anno nel quale ha usufruito di almeno una prestazione: ciò inflaziona un po' il numero complessivo di singole pazienti, ma consente la comparabilità dei dati anno per anno.

Passando ai risultati per paziente, la Tab. 29 mostra che il numero di pazienti straniere maggiorenni rimane sostanzialmente stabile nei quattro anni considerati e comunque supera le 2.000 unità nel 2017, anche per effetto della più volte ricordata riclassificazione di alcuni tipi di prestazioni. L'ultima sezione della tabella mostra che il numero medio di prestazioni diminuisce improvvisamente nell'ultimo anno, quando si passa a 8 prestazioni ambulatoriali per paziente da circa 12 nei primi anni. La tabella mostra infine che un quarto circa delle prestazioni riguarda pazienti di oltre 40 anni, la cui quota cresce leggermente nel tempo.

Tab. 29 - Pazienti (N e %) e numero medio di prestazioni per classe d'età

Età	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Valori assoluti				Percentuali				N. medio di prestazioni			
18-40	1.413	1.474	1.354	1.483	75,1	76,2	75,3	72,3	15,10	13,98	14,32	9,52
Oltre 40	469	461	444	569	24,9	23,8	24,7	27,7	4,97	5,04	4,51	4,76
Totale	1.882	1.935	1.798	2.052	100,0	100,0	100,0	100,0	12,57	11,85	11,90	8,20

La ripartizione secondo la cittadinanza (Tab. 30) non si discosta molto da quella già vista per quanto concerne le prestazioni e conferma che ai primi posti si collocano nel 2017 le donne romene e serbe (assieme contano per oltre il 30% del totale), kosovare (meno del 6%) e albanesi (meno del 5%). 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 slovene, croate, albanesi, bosniache e macedoni e più elevato per le pazienti turche, del Bangladesh, latino-americane e africane.

Tab. 30 - Pazienti per paese o area di cittadinanza

Paese/Area	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Valori assoluti				Percentuali				N. medio di prestazioni			
Unione Europea	155	152	144	168	8,2	7,9	8,0	8,2	12,83	15,15	13,11	7,54
Slovenia	132	160	78	61	7,0	8,3	4,3	3,0	4,95	3,93	6,09	4,84
Croazia	81	77	71	59	4,3	4,0	3,9	2,9	12,98	12,25	11,14	6,31
Romania	317	330	282	322	16,8	17,1	15,7	15,7	12,51	12,63	12,45	8,91
Serbia	288	271	272	315	15,3	14,0	15,1	15,4	11,24	11,58	11,59	7,85
Albania	87	79	87	92	4,6	4,1	4,8	4,5	14,38	14,20	13,97	6,29
Kosovo	100	99	103	110	5,3	5,1	5,7	5,4	17,16	15,16	16,17	8,39
Bosnia	38	37	30	37	2,0	1,9	1,7	1,8	14,55	14,43	5,67	6,51
Macedonia	33	41	35	44	1,8	2,1	1,9	2,1	13,55	16,22	11,51	6,95
Ex-Urss	126	152	128	173	6,7	7,9	7,1	8,4	10,78	9,22	8,70	8,60
America Latina	115	111	115	126	6,1	5,7	6,4	6,1	11,59	11,49	11,17	9,60
USA Australia	9	8	8	14	0,5	0,4	0,4	0,7	10,22	2,75	5,38	5,50
Marocco	34	42	44	56	1,8	2,2	2,4	2,7	13,82	10,07	10,00	6,91
Africa Islamica	70	73	81	120	3,7	3,8	4,5	5,8	16,90	12,56	13,46	9,01
Resto Africa	69	59	68	72	3,7	3,0	3,8	3,5	14,33	11,54	12,60	9,58
Turchia	27	25	27	31	1,4	1,3	1,5	1,5	15,56	15,60	18,00	10,65
Asia Islamica	31	37	52	69	1,6	1,9	2,9	3,4	21,29	20,08	15,90	8,54
Cina	74	87	75	69	3,9	4,5	4,2	3,4	15,66	10,36	11,11	7,07
Bangladesh	61	60	60	65	3,2	3,1	3,3	3,2	11,90	13,38	13,03	12,26
Resto Asia	35	35	38	49	1,9	1,8	2,1	2,4	11,74	10,77	9,58	7,49
Totale	1.882	1.935	1.798	2.052	100,0	100,0	100,0	100,0	12,57	11,85	11,90	8,20

RICOVERI E PRESTAZIONI AMBULATORIALI ALL'OSPEDALE DI POSTUMIA - ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak

Ospedale di Postumia, Reparti di Ostetricia e Ginecologia

Igor Karnjuš

Università del Litorale, Facoltà di Scienze della Salute

I dati per l'analisi epidemiologica sono stati raccolti dal sistema informativo pazienti "Hipokrat" e forniti dal personale di ricerca dell'Ospedale ginecologico e materno di Postumia. L'analisi si basa sui dati raccolti dal 2012 al 2017, analizzati separatamente per le cure in regime ospedaliero e ambulatoriale.

1. Analisi delle donne straniere trattate in regime ambulatoriale nel periodo 2012-2017

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 a partire dal 2012; nel 2012 è stato assistito un 10,8% di donne straniere, percentuale che nel 2017 è arrivata al 26%.

Tab. 1 - Donne trattate in regime ambulatoriale (2012-2017)

Anno	N	%
2012	171	10,8
2013	182	11,5
2014	192	12,1
2015	240	15,1
2016	388	24,5
2017	413	26,0
Totale	1,586	100,0

L'età media delle donne straniere trattate come pazienti in regime ambulatoriale è 30.2 (s = 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 - Struttura demografica delle donne trattate nel 2012-2017 per fascia di età

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 la sub-fertilità 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 donne è classificata come *visita prenatale*, quella minore come *visita terapeutica*; allo stesso modo, nell'assistenza di livello secondario nella maggior parte dei casi i servizi erano orientati al *monitoraggio prenatale* (Tab. 3).

Tab. 3 - Classificazione dei servizi per livello di organizzazione dell'assistenza primaria e tipo di servizi (2012-2017)

Livello di organizzazione	Servizi	N	%
Livello primario di salute ('Dispanzer za žene')	Visita preventiva	223	14,1
	Visita terapeutica	121	7,6
	Visita prenatale	488	30,8
Livello secondario di salute ('Specialistična ginekološka ambulanta')	Visita specialistica	304	19,2
	Monitoraggio prenatale	420	26,5
	Amniocentesi	17	1,1
Assistenza ambulatoriale per la sub-fertilità maschile ('Ambulanta za moško subfertilnost')	Assistenza ambulatoriale sub-fertilità maschile	13	0,8
	Totale	1586	100,0

La maggior parte dei servizi/trattamenti ambulatoriali è stata finanziata dal sistema di assicurazione sanitaria della Repubblica di Slovenia (91,2%) (Tab. 4).

Tab. 4 - Finanziamento dei servizi di assistenza ambulatoriale nel 2012-2017

Finanziamento	N	%
Assicurazione malattia	1,447	91,2
Paziente autofinanziato	65	4,1
Convenzione ²	69	4,4
Ambulatorio	1	0,1
Paziente straniero autofinanziato	4	0,3
Totale	1,586	100,0

La tab. 5 mostra la distribuzione dei servizi di assistenza ambulatoriale nel periodo di 6 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).

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.

² Convenzioni e trattati internazionali.

Tab. 5 - Distribuzione dei servizi di assistenza ambulatoriale nel 2012-2017

Servizio ambulatoriale	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Visita preventiva (n)	24	19	25	43	51	61
Visita terapeutica (n)	11	13	14	24	26	33
Visita prenatale (n)	39	45	71	63	130	140
Visita specialistica (n)	43	40	22	53	75	71
Monitoraggio prenatale (n)	48	62	57	54	98	101
Amniocentesi (n)	2	3	1	1	6	4
Visita ambulatoriale per sub-fertilità maschile (n)	4	0	2	2	2	3
Totale	171	182	192	240	388	413

2. Analisi delle donne straniere ricoverate in regime ospedaliero nel periodo 2012-2017

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 ($s = 2,5$). Durante questo periodo di osservazione, l'ospedalizzazione di un giorno è stata la più comune (175 casi). Quest'ultima si riferisce al "day hospital". La durata massima del ricovero è di 23 giorni (1 caso).

Tab. 6 - Ricoveri in ospedale di donne straniere nel periodo 2012-2017 per anno

Anno	N	%
2012	87	14,4
2013	87	14,4
2014	88	14,5
2015	97	16,0
2016	125	20,7
2017	121	20,0
Totale	605	100,0

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. 7 - Struttura demografica delle donne ricoverate in ospedale nel periodo 2012-2017 per fascia di età

Età	N	%
15-19	10	1,65
20-29	270	44,63
30-39	264	43,64
40-49	54	8,9
50-59	5	0,83
60-69	1	0,16
70-74	1	0,16
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 coloro che hanno ter-

minato 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 - Struttura demografica delle donne ricoverate nel 2012-2017 per livello di istruzione

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 (7,4%, n = 54). Anche le donne russe presentano una percentuale significativa di ospedalizzate (4,6%, n = 28). In 79 casi (13,3%), 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 durante il 2012-2017

Finanziatore	N	%
Assicurazione malattia	503	83,1
Paziente autofinanziato	82	13,6
Convenzione ³	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: *fecondazione in vitro (IVF)*, *aborto*, *procedure operative*, *procedure operative minori*, *procedure diagnostiche e applicazione di terapie (i.m.⁴, i.v.⁵)*. Le cause di ricovero nel reparto di maternità sono classificate come segue: *parto spontaneo*, *parto prematuro*, *parto cesareo*, *parto con ventosa*. La Tab. 10 presenta in modo più dettagliato questa classificazione.

³ Convenzioni e trattati internazionali.

⁴ Iniezione intramuscolare.

⁵ Iniezione intravenosa.

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 6 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*, nonché un leggero aumento dei *parti cesarei*.

Tab. 11 - Distribuzione delle cause di ospedalizzazione nel 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

SALUTE SESSUALE E CULTURA PATRIARCALE: LE ESPERIENZE DELLE DONNE

Ornella Urpis

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Trieste

1. L'impostazione metodologica e la ricerca sul campo

In molte società le relazioni sociali si strutturano sulla rigida separazione dei sessi e sulla diversa capacità di *empowerment* di uomini e donne¹ e nei processi migratori le lealtà al modello della famiglia patriarcale diventa funzionale al mantenimento dei confini dell'identità.

Il difficile rapporto con la nuova società, la distanza culturale, la mancanza di integrazione, spesso producono il ritiro dei migranti nei propri gruppi culturali. Il mutamento di vita e di abitudini, e la conseguente modificazione dell'identità che spesso si accompagna alla migrazione, non sono infatti processi automatici. Anzi, la conformità ai valori e ai comportamenti "tradizionali" diventa una condizione indispensabile per essere accettati, nel Paese di accoglienza, da coloro che provengono dallo stesso *milieu* culturale (Sayad, 2002).

Così accade che alcune comunità straniere diventano quasi impermeabili al mondo sociale che li circonda e i modelli patriarcali di potere degli uomini sulle donne tendono addirittura a rafforzarsi, andando a influire direttamente sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne. È stato dimostrato che pratiche discriminatorie quali i matrimoni forzati (MF) e le mutilazioni dei genitali femminili (MGF) si riproducono all'interno del nuovo gruppo culturale di riferimento.

Dalle recenti ricerche risulta infatti la presenza cospicua di questi due fenomeni sociali in Europa. In particolare per il matrimonio forzato, dopo la ricerca del 2014 su "*Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre*" (Serughetti *et al.*), il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha scelto di avviare un percorso conoscitivo e di approfondimento che non è ancora divenuto oggetto di un discorso pubblico e politico. Per quanto concerne le mutilazioni dei genitali femminili, già il rapporto EIGE del Parlamento europeo (2012) 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 in Italia che 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 introducono sempre di più persone provenienti da zone dove la "resistenza" della pratica è molto forte, come in Nigeria.

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 - Presidenza del Consiglio dei Ministri e affidato alla ONG Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (2007-2009), in collaborazione con I.R.R.C.S. Burlo Garofolo, Regione Friuli VG, 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 a nuove conoscenze sul fenomeno delle MGF e sui modelli di comportamento delle donne migranti e i risultati sono stati pubblicati in "*Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti*" (Degani, De Stefani e Urpis, 2009).

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).

I ricercatori del progetto INTEGRA, oltre all'utilizzo di strumenti qualitativi² (interviste in profondità, focus group, osservazione partecipante), hanno voluto esplorare il fenomeno utilizzando un questionario strutturato (con alcune domande aperte), elaborato da Federica Scrimin e Ornella Urpis e utilizzato anche dai partner sloveni e somministrato nei reparti dell'Ospedale Burlo Garofolo.

L'ospedale è infatti il luogo privilegiato per osservare il fenomeno della violenza legata alla sfera riproduttiva perché per molte donne straniere il primo accesso risulta essere il pronto soccorso; gli operatori ospedalieri possono dunque 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 sottovalutata dagli operatori sanitari.³

Il questionario è formato da quattro parti. Nella prima è osservata la vita del rispondente nel Paese di nascita, con riferimento a tradizioni, cultura di appartenenza e tipo di società. Nella seconda sono osservati il processo migratorio, la capacità di adattamento e le conseguenti modificazioni di valutazione e di osservazione della realtà da parte del migrante, le relazioni familiari. Nella terza parte è presa in considerazione la relazione fra l'utente e le strutture socio-sanitarie. Nella quarta parte (somministrata solo a donne provenienti da Paesi a rischio) 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.

Con la supervisione di Federica Scrimin, i questionari sono stati somministrati dal personale specializzato dell'ospedale (Chiara Semenzato e Alice Cernogoraz, che hanno provveduto anche all'inserimento delle risposte nel database, assieme a Micaela Crisma), a 77 donne straniere ricoverate presso i reparti di ginecologia, ostetricia e procreazione assistita dell'Ospedale Burlo Garofolo. Le operatrici hanno 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, completando i dati a volte in seguito a più incontri e colloqui e hanno avuto modo, essendo presenti in ospedale, di osservare in più occasioni le eventuali difficoltà e le relazioni tra pazienti e personale, tra pazienti e famigliari.

2. Caratteristiche del campione

Il campione risulta molto variegato perché le intervistate provengono da ben 28 paesi del mondo. 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 o un permesso umanitario.

Nonostante la grande diversità di provenienza, nel campione troviamo tre fedi rilevanti: musulmana (39%), cristiana ortodossa (26%) e cattolica (18%) (le cristiane appartenenti alle varie confessioni sono nel complesso il 50%). 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 hanno o 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, bengali, 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). Calcolando le percentuali sulle 58 donne che hanno risposto, un'elevata percentuale (41%) possiede un titolo di lungo soggiornante e il 28% è

² I risultati di queste attività di ricerca sono esposti in altra parte del presente rapporto.

³ 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.

entrato in Italia per motivi familiari. Sono presenti anche i motivi di lavoro (5 casi), umanitari (5) e 3 donne hanno ottenuto 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

L'arrivo in Italia per meno di un quarto del campione è molto recente e dunque la permanenza alquanto breve (un anno o meno); per circa la 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 18 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. Analisi dei risultati

3.1 Paese d'origine, famiglia di provenienza, cultura e tradizioni

La famiglia tradizionale è notoriamente una famiglia di tipo allargata. Nel nostro campione invece oltre metà delle rispondenti viveva nel suo Paese di origine 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.

L'influenza sulla socializzazione delle donne da parte delle madri è sempre molto elevata. In questo caso 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 rispetto a quella delle madri. Coloro 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 (4 donne affermano che il padre aveva due mogli).

La domanda sulla libertà di scelta matrimoniale è stata posta in modo molto diretto. Il fatto che quasi un quarto del campione abbia risposto che la "decisione" del matrimonio dei genitori è stata presa dai parenti o dalla comunità è molto importante e segnala che la pratica dei matrimoni forzati/combinati è presente tra le persone che appartengono a culture diverse, quindi un fenomeno sociale di particolare interesse. Hanno risposto che il matrimonio è stato "deciso" dai parenti (in

un caso dalla comunità) nel complesso 17 donne (4 bengalesi, 3 kosovare, 2 nigeriane, 3 pakistane, 1 cambogiana, 1 marocchina, 1 togolese e 1 senegalese). Si deve anche notare che il tema presenta qualche resistenza a essere affrontato, visto che 5 donne non hanno risposto alla domanda. Dalle risposte alla domanda sul senso di appartenenza (*“A quale gruppo nazionale (etnia o tribù) appartieni?”*) si evince che le signore l’hanno intesa in modo molto restrittivo, identificandola con quella tribale o castale, tralasciando il senso di appartenenza nazionale, con esclusione di una signora domenicana. Solo 2 donne hanno indicato di appartenere a bamileke e edu e altre singole donne a ibo, beti, bamunka, kisi e alla casta bramana.

Nonostante la lunghezza del questionario, la ricchezza delle risposte alla domanda aperta sulle caratteristiche delle culture e tradizioni locali è veramente notevole. Hanno infatti risposto ben 64 intervistate, ma anche le risposte ad altre domande aperte 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.), in parte 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? Per lo più attraverso il rapporto con la religione e un presunto rapporto “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 del Bangladesh: *“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 del Bangladesh), 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 disuguaglianza 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 una assicurazione...”* (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 ne *“la famiglia”* l’item più importante e la più grande mancanza attuale; seguono il senso di *“solidarietà e aiuto della comunità”* (23%) e il *“senso di religiosità collettivo”* 22%. 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 molto 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*” (78,5%), un “*buon lavoro*” (35%), “*un sistema scolastico buono*” (34%) e, naturalmente, “*un senso di sicurezza personale*” (34%). Anche “*un senso di religiosità collettivo*” scende drammaticamente 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 hai trovato che non avevi

	Cosa avevi		Hai trovato		Diff.
	N	%	N	%	%
La famiglia	62	89,8	9	13,8	-76,0
La solidarietà e l’aiuto della comunità	16	23,2	9	13,8	-9,4
Un senso di religiosità collettivo	15	21,7	3	4,6	-17,1
Un senso di sicurezza personale	9	11,7	22	33,8	22,1
Un buon lavoro	7	13,0	23	35,4	22,4
Un sistema scolastico buono	6	8,7	22	33,8	25,1
La libertà di parlare e di pensare	5	7,2	19	29,2	22,0
La libertà di scegliere/di decidere	5	7,2	13	20,0	12,8
Un sistema sanitario che dà fiducia	3	4,3	51	78,5	74,2
L’autonomia economica/personale	2	2,6	15	23,1	20,5
Altro	11	15,9	3	4,6	-11,3

Per quanto riguarda le caratteristiche del matrimonio nel Paese di origine, alla domanda sulla libertà di scelta 5 donne non rispondono e altre 45 affermano che “*ognuno è libero*” (poco più del 60%). 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 comunque 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 bengali e pakistane del campione denuncia come prassi il matrimonio combinato.

Alle domande “*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 donne 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 “numerose” (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 presenti nelle risposte. Il *brideprice* è il passaggio dei beni dallo sposo (o suo gruppo familiare) alla sposa (o 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.

3.2 Il processo migratorio e la situazione in Italia

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 questo campione è piuttosto “sedentario”: solo 11 intervistate su 77 hanno infatti vissuto in altri Paesi dell’Europa occidentale.

Le risposte alla domanda “*Qual è il principale motivo per il quale hai lasciato il tuo Paese e sei emigrata in Europa?*” sono molto interessanti. Quasi due terzi del campione ha intrapreso il percorso migratorio principalmente per “*seguire il proprio marito o i propri familiari*”. Mentre l’11% ha indicato “*per 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. Addirittura nessuna 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

Motivo 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 che abbiamo inserito la domanda: *“Quanti amici italiani hai?”*. Nel campione più di un terzo delle donne afferma di non avere *“nessuno”* o solo *“un”* amico italiano. 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 è kosovara, pakistana e bengali; hanno titoli di studio diversi, sono accomunate però dall'essere di religione cristiano-ortodossa (metà delle rispondenti).

Per quanto concerne il sostegno ricevuto per l'integrazione nel nuovo mondo, il 48% afferma di averlo ricevuto esclusivamente (*“molto”*) dal *“marito”* e il 34% dai *“parenti che vivono in Italia”*. 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 propri parenti che vivono in Italia sono quasi l'unica fonte di sostegno per questo campione di donne.

Tab. 4 - Da chi ha ricevuto sostegno

Da chi ricevuto sostegno	Per niente		Poco		Abbastanza		Molto		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Marito	38	49,4	0	0	2	2,6	37	48,1	77	100
Parenti che vivono in Italia	49	63,6	0	0	2	2,6	26	33,8	77	100
Altre persone del mio Paese	65	84,4	2	2,6	1	1,3	9	11,7	77	100
Persone che lavorano nelle istituzioni	69	89,6	0	0	0	0	8	10,4	77	100
Mediatori interculturali	71	92,2	1	1,3	0	0	5	6,5	77	100
Amici Italiani	75	97,4	0	0	0	0	2	2,6	77	100
Chiesa/associazioni cattoliche	75	97,4	0	0	0	0	2	2,6	77	100
Altri stranieri	75	97,4	1	1,3	0	0	1	1,3	77	100
Propria comunità religiosa	76	98,7	0	0	0	0	1	1,3	77	100
Altro	64	83,1	1	1,3	0	0	12	15,6	77	100

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 riguardo a:*” e 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

Quanto cambiata la vita	Per niente		Poco		Abbastanza		Molto		Non risp.		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rapporti con marito/uomo	26	33,8	4	5,2	3	3,9	15	19,5	29	37,7	77	100
Vita quotidiana	11	14,3	3	3,9	5	6,5	30	39,0	28	36,4	77	100
Rapporti sessuali	31	40,3	6	7,8	1	1,3	11	14,3	28	36,4	77	100
Contracezione	35	45,5	3	3,9	1	1,3	10	13,0	28	36,4	77	100
Conoscenza del proprio corpo	36	46,8	4	5,2	2	2,6	7	9,1	28	36,4	77	100
Conoscenze sul mondo	30	39,0	2	2,6	1	1,3	15	19,5	29	37,7	77	100
Relazioni sociali	24	31,2	6	7,8	4	5,2	15	19,5	28	36,4	77	100
Alimentazione	15	19,5	2	2,6	2	2,6	29	37,7	29	37,7	77	100

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

Quanto cambiati i pensieri	Per niente		Poco		Abbastanza		Molto		Non risp.		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Valore delle tradizioni	34	44,2	4	5,2	2	2,6	8	10,4	29	37,7	77	100
Valore della famiglia	36	46,8	3	3,9	1	1,3	7	9,1	30	39,0	77	100
Numero dei figli	32	41,6	4	5,2	3	3,9	7	9,1	31	40,3	77	100
Controllo delle nascite	36	46,8	1	1,3	3	3,9	6	7,8	31	40,3	77	100
Ruolo della donna	27	35,1	1	1,3	7	9,1	10	13	32	41,6	77	100
Piacere sessuale della donna	34	44,2	1	1,3	2	2,6	8	10,4	32	41,6	77	100
Libertà di scegliere il marito	41	53,2	2	2,6	1	1,3	3	3,9	30	39,0	77	100

L’apprendimento linguistico è un indice di integrazione e di buona relazione con l’ambiente sociale, ma le persone che conoscono poco o per niente l’italiano risultano essere numerose (40%) e sono donne provenienti da diversi Paesi e con formazione scolastica non sempre bassa. Ai tre quarti di coloro che non lo conoscono o lo conoscono poco interesserebbe comunque frequentare un corso per imparare meglio l’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 farò quando bimbi crescono” (donna del Bangladesh); “vorrei ma lavoro e il pomeriggio ho i figli” (serba).

Abbiamo chiesto allora se sarebbero interessate a frequentare un corso di italiano e se sì, dove. La maggioranza ha indicato un’istituzione pubblica, l’università o un ente di formazione professionale e alcune la casa di amici.

Le conoscenze linguistiche sono comunque molto presenti. È dunque interessante analizzare queste ultime e la tabella mostra innanzitutto che tre quarti delle donne straniere conoscono (più o meno bene) l’italiano. Inoltre, il 44% afferma di saper parlare in inglese come seconda lingua, il 20% circa il francese e, a seguire, quote decrescenti di donne che 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, bengalesi, albanesi, pakistane, bosniache, kosovare.

Tab. 7 - Lingua madre e altra lingua parlata

Lingua madre	N	%	Altra lingua	N	%
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%). 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

Lingue parlate	Figli		Parenti		Marito		Insegnanti		Amici		Spesa		Medico	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italiano	5	9,1	1	1,3	12	16,2	23	57,5	10	13,0	51	68,0	49	64,5
Lingua madre	26	47,3	65	84,4	42	56,8	6	15,0	30	39,0	8	10,7	6	7,9
Altra lingua	1	1,8	1	1,3	2	2,7	2	5,0	3	3,9	5	6,7	4	5,3
Italiano e lingua madre	12	21,8	6	7,8	10	13,5	1	2,5	21	27,3	3	4,0	1	1,3
Italiano e altra lingua	-	-	-	-	2	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Lingua madre e altra	1	1,8	4	5,2	4	5,4	-	-	2	2,6	-	-	-	-
Italiano, lin. madre e altra	1	1,8	-	-	1	1,4	-	-	7	9,1	1	1,3	-	-
Mediazione linguistica	1	1,8	-	-	-	-	1	2,5	-	-	-	-	11	14,5
Traduce famigliare/amica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,9
Non risposto	4	7,3	-	-	1	1,4	7	17,5	4	5,2	7	9,3	2	2,6
Totale	55	100	77	100	74	100	40	100	77	100	75	100	76	100

Il grande problema delle donne straniere e fonte di isolamento sociale è però 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; Polizia e 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 bengali); "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 bengali); "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"; "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"; "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.

Tab. 9 - Di solito chi prende le decisioni sulla vita familiare

Chi prende le decisioni	Mai		Qualche volta		Spesso		Sempre		Non risp.		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Da sola	67	87	1	1,3	2	2,6	6	7,8	1	1,3	77	100
Marito	65	84,4	1	1,3	6	7,8	4	5,2	1	1,3	77	100
Insieme a marito	5	6,5	2	2,6	12	15,6	57	74	1	1,3	77	100
Familiari in Italia	69	89,6	1	1,3	3	3,9	3	3,9	1	1,3	77	100
Familiari Paese origine	70	90,9	4	5,2	2	2,6	0	,0	1	1,3	77	100
Familiari marito Paese origine	73	94,8	2	2,6	1	1,3	0	,0	1	1,3	77	100
Comunità in Italia	76	98,7	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,3	77	100

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"; "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". 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 Camerum).

Al negativo i commenti riguardano le qualità, ma 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 bengali). 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).

3.3 Condizioni di salute e rapporti con le istituzioni sanitarie

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 si sente in salute (74%); segue, l’accesso al pronto soccorso (40%) e le altre istituzioni (consultori familiari) o le relazioni amicali sono quasi ininfluenti. Le patologie che colpiscono maggiormente sono le *“malattie infettive”* (66%) e quelle *“ginecologiche”* (21%), tutte le altre sono residuali e nessuna indica la depressione.

Tab. 10 - Motivi del ricorso al dottore e alle strutture sanitarie

Motivo	Dottore		Ospedale	
	N	%	N	%
Febbre/malattie infettive	51	66,2	9	11,7
Problemi ginecologici	16	20,8	73	94,8
Problemi gastrointestinali	4	5,2	5	6,5
Problemi bronco-polmonari (TBC)	3	3,9	2	2,6
Problemi renali	3	3,9	7	9,1
Problemi dermatologici	1	1,3	1	1,3

Problemi traumatologici	1	1,3	2	2,6
Problemi cardiaci	1	1,3	3	3,9
Problemi epatici	1	1,3	2	2,6
Depressione	-	-	1	1,3
Altro motivo	4	5,2	6	7,8

Il 68% prende “farmaci” e una quota residuale del 10% utilizza le “erbe”. Nessuna usa “farmaci omeopatici”. 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. 11 - Con chi va dal medico o in ospedale

Con chi dal medico o in ospedale	Mai		Qualche volta		Spesso		Sempre		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Da sola	32	41,6	2	2,6	8	10,4	35	45,5	77	100
Marito	22	28,6	17	22,1	13	16,9	25	32,5	77	100
Mediatore	61	79,2	1	1,3	2	2,6	13	16,9	77	100
Familiari	67	87	4	5,2	2	2,6	4	5,2	77	100
Figlio/a	73	94,8	2	2,6	0	0	2	2,6	77	100
Amiche	73	94,8	1	1,3	3	3,9	0	0	77	100
Altro accompagnatore	76	98,7	0	0	0	0	1	1,3	77	100

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 cos’è. Viene detto “... ho provato il corso pre parto, ma nessuno parlava inglese 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. Nonostante la conoscenza di nuovi strumenti di contraccezione dopo la migrazione, ben 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; il 77% è invece “molto d’accordo” e l’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 mancante 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.

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 domanda.⁴

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”*; *“Velocizzare i servizi, si aspetta molto per le visite”*; *“Velocizzare le parti burocratiche e dare informazioni più chiare”*.

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”*; *“avere un interprete vuol dire tanto”*; *“cercare di parlare anche altre lingue oltre all'Italiano (francese/inglese)”*. 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!”*.

⁴ 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 sono tutte ricoverate) e della presenza dell'intervistatore.

3.4 La pratica della mutilazione dei genitali femminili⁵

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 keniana, 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 uro-genitale e problemi psicologici di tipo emotivo. Solo in un caso vengono citati problemi durante la gravidanza e il parto. Questo 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, se anche in questo Paese la pratica delle MGF è vietata dalla legge, ed è vietato anche portare le bambine all'estero, di fatto essa viene eseguita. Questa segnalazione è particolarmente importante e dovrebbe allertare i servizi socio-sanitari. Giustifica inoltre 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 keniana 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.

⁵ 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.

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. Morrone 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).

Riferimenti bibliografici

- Colombo D., Scoppa C. (2006), *Moolaadé. La forza delle donne*, Milano, Feltrinelli.
- Degani P., De Stefani P., Urpis O. (a cura di) (2009), *Mutilazioni genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti*, Roma, AIDOS.
- De Rose C. (2017), *L’indagine campionaria e il sondaggio d’opinione. Metodi quantitativi della ricerca sociale*, Roma, Carocci.
- Di Cesare D. (2017), *Stranieri residenti*, Torino, Bollati Boringhieri.
- 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): 111-137.
- Huber J. (2007), *On the Origins of Gender Inequality*, Boulder, Paradigm Publishers.
- Implement Health System Response to Gender Based Violence (2015), *Manuale formativo sulla violenza di genere per gli operatori sanitari*, Vienna, Austrian Women’s Shelter Network.
- Lombardi L. (2018), *Riproduzione e salute nella società globale*, Rimini, Maggioli.
- Morrone A., Sannella A. (2010), *Sessualità e culture. Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli,
- Morrone A., Vulpiani P. (2004), *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualità e mutilazioni dei genitali femminili in Europa*, Roma, Armando.
- Pasquinelli C. (2007), *Infibulazione. Mutilazioni sessuali e diritti umani*, Milano, Meltemi.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza*, Milano, Raffaello Cortina.
- Serughetti G. et.al. (2014), *Rapporto di ricerca. Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre. Come costruire una stima del numero delle donne e bambine vittime in Italia di matrimoni forzati*, Palermo, Le Onde Onlus.
- WHO (2010), *Global strategy to stop healthcare providers from performing female genital mutilation*, 10.9.
- 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): 474-482.

SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA E INTEGRAZIONE SOCIALE: IL CASO DELLA SLOVENIA

Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen

Università del Litorale, Facoltà di Scienze della Salute

Jana Čelhar, Jana Prosen, Martina Podobnik

Ospedale di Postumia, Reparti di Ostetricia e Ginecologia

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 (Adanu e Johnson, 2009).

Adanu e Johnson (2009: 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 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 tali 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 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 capacità del sistema sanitario di rispondere 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 nello stato di salute 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. Metodologia

Il presente rapporto presenta i risultati preliminari del sondaggio quantitativo e dell'analisi qualitativa. 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. 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 dalla 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 maggio 2018.

Lo strumento di ricerca utilizzato nella parte quantitativa è un questionario semi-strutturato sviluppato dal Lead Partner, inviato il 16 gennaio 2018. La versione italiana è stata tradotta in sloveno e adattata al contesto culturale sloveno e al sistema sanitario della Repubblica di Slovenia. I dati dell'indagine qualitativa sono stati raccolti utilizzando interviste semi-strutturate, audio registrate¹ e trascritte testualmente. La traccia dell'intervista era basata su domande fornite dal lead partner (22 dicembre 2017). Le domande sono state tradotte dall'italiano in sloveno e adeguatamente adattate.

Tutti i partecipanti sono stati informati sulle finalità, gli obiettivi e i metodi di ricerca utilizzati e sono stati 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. Lo studio è stato condotto nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki-Tokyo (World Medical Association, 2013), del Codice Etico Infermieri e Assistenti infermieri della Slovenia (2014) e delle 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 ottobre 2017, 0120-544/2017/7). L'analisi dei dati quantitativi è stata eseguita utilizzando SPSS ver. 23 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). I dati sono stati analizzati utilizzando statistiche descrittive univariate (frequenze, percentuali, media, valore minimo e massimo).

L'analisi qualitativa è stata eseguita utilizzando il software NVivo ver. 12² (QRS International, Victoria, Australia). Le trascrizioni sono state analizzate con il metodo dell'analisi del contenuto, in specifico l'analisi tematica (Flick, 2002; Gibson e Brown, 2009; Matthews e Ross, 2010; Riessman, 2008; Sandelowski 2000 Smythe, 2012).

¹ L'acquisto dei registratori audio è stato co-finanziato dal progetto INTEGRA.

² L'acquisto del software è stato co-finanziato dal progetto INTEGRA.

3. Risultati

3. Analisi del questionario

Il campione di convenienza comprendeva 40 donne. L'età media delle partecipanti è 32,8 ($s = 8,3$). La più giovane aveva 20 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 delle partecipanti

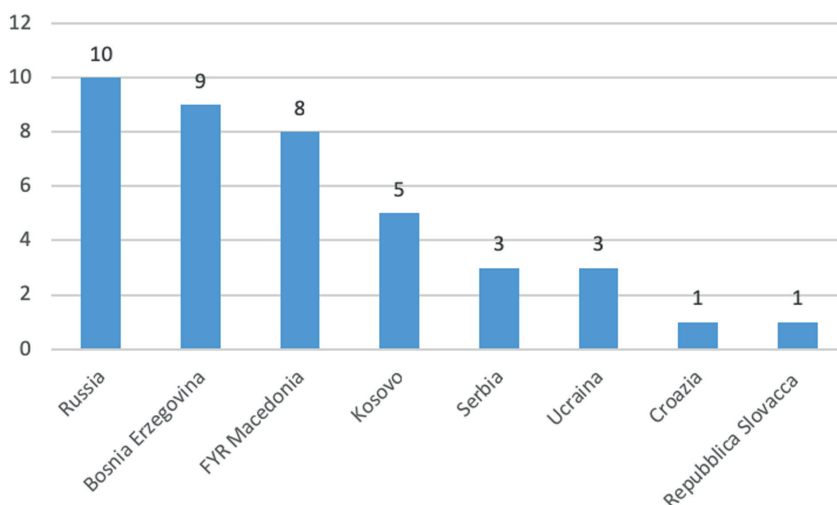
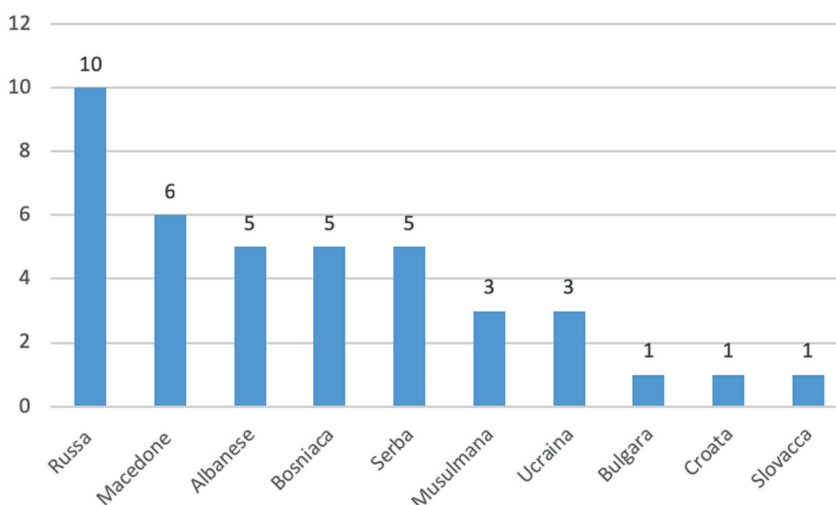


Fig. 2 - Nazionalità delle partecipanti



Per quanto riguarda l'istruzione, il 40,0% ($n = 16$) ha completato la scuola media e il 37,5% ($n = 15$) la scuola superiore. Metà delle intervistate si sono dichiarate di confessione ortodossa (47,6%, $n = 20$); seguono le donne di religione islamica (33,3%, $n = 14$), mentre tre (7,1%) si considerano atee. La maggior parte delle intervistate è emigrata nel 2014 ($s = 3,8$). Per oltre la metà, il motivo della

migrazione era il ricongiungimento a un membro della famiglia (52,5%; n = 21); per 10 (25,0%) trovare lavoro, per ulteriori 2 (5,0%) la volontà di studiare in Slovenia. Sette donne (17,5%) sono emigrate in Slovenia per sposarsi. I paesi in cui le donne vivevano prima di migrare in Slovenia vanno da Bielorussia, Montenegro, Lettonia, Germania, Spagna alla Gran Bretagna. La maggior parte delle donne migranti risiede in aree urbane (70,0%, n = 28), le altre in zone rurali. L'età media delle donne arrivate in Slovenia era di 27,8 anni (s = 7,56); la donna più giovane aveva 17 anni e la più anziana 53. Trentacinque donne (87,5%) non hanno la cittadinanza slovena, mentre il resto non ha risposto o non ha ricevuto la cittadinanza per altri motivi.

L'età media delle donne sposate era di 24,3 anni (s = 5,6); la più giovane ha 17 anni e la più anziana 42 (4 donne non hanno risposto a questa domanda). Tranne una, le restanti 37 donne hanno negato che il loro matrimonio sia stato forzato/combinato (2 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. La struttura dei membri della famiglia (numero di membri) varia da 2 a 10 membri (mediana = 3). Le madri dei partecipanti erano per lo più occupate (67,5%, n = 27). Anche diciannove delle donne (47,5%) hanno affermato di essere occupate, mentre 17 (42,5%) erano disoccupate. Sono occupate occasionalmente quattro donne. La maggior parte delle donne sono casalinghe (n = 17), altre (n = 10) sono lavoratrici a basso salario. Il numero di membri della famiglia dopo la migrazione in Slovenia variava da 2 a 6 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 in questo senso nel loro paese d'origine. Alla domanda su ciò che avevano a disposizione nel loro paese d'origine, solo 23 donne hanno indicato tra le risposte suggerite la libertà di scelta e l'autonomia, 27 la libertà di parola e 15 l'emancipazione personale. Tali risposte sono state confermate, e anzi con numeri anche più bassi, dalla domanda di controllo; tuttavia si dovrebbe tener conto del fatto 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 in tale paese (n = 20), in altri migranti (n = 15) e negli sloveni (n = 10). 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. Meno di metà delle partecipanti ha affermato di avere alcuni amici sloveni, mentre 15 hanno affermato di avere molti amici sloveni. La lingua slovena è per 19 donne (47,5%) ancora sconosciuta, mentre 20 donne parlano lo sloveno 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 due lingue (mediana = 2; x = 2,51; Min = 1; Max = 4). 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, 7 la loro sessualità, 6 la loro visione della contraccezione, 16 la loro visione del mondo e 14 il loro sistema di sostegno sociale. Dieci donne hanno dichiarato di aver avuto problemi da quando vivono in Slovenia a causa del fatto che sono rappresentanti di 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).

Le intervistate (n = 31) 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. Trentadue donne (80,0%) non hanno

segnalato alcun cambiamento nello stato di salute o di benessere dopo la migrazione, per 8 donne la salute è migliorata. La contraccezione è un aspetto importante e per la maggior parte è un problema che deve essere deciso assieme al marito. In 7 casi, il marito non era d'accordo con l'uso della contraccezione. Quelle che praticano la contraccezione usano principalmente pillole contraccettive (n = 5) e/o il preservativo (n = 12). Altri metodi (impianti contraccettivi o cerotti) non sono utilizzati. Le donne hanno affermato di scegliere liberamente la forma di contraccettivo che usano (n = 33). Delle 40 donne partecipanti, 4 hanno dichiarato di avere abortito due volte, 5 una volta. La maggior parte delle donne sono multipare, mentre 11 non hanno ancora avuto bambini. 25 donne vorrebbero avere ancora figli.

Metà delle intervistate dichiara di essere ricorsa dal medico a causa di problemi ginecologici (n = 20), malattie infettive (n = 10) e lesioni (n = 10). La maggior parte delle donne, 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 = 29). 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 (55,0%, n = 22), 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 la consapevolezza dei fornitori di servizi sanitari, tradurre la modulistica amministrativa 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 delle intervistate è di 30,5 anni. La più giovane ha 22 anni 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 loro 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 donne 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 affitto in area urbana. La famiglia media comprende 3,2 membri. Tutte le intervistate, ad eccezione di una, hanno l'assicurazione sanitaria della Repubblica di Slovenia. Dal punto di vista dell'anamnesi ostetrica, otto donne sono primipare e due multipare. Nove hanno partorito nel 2018 in Slovenia. L'età media delle primipare è 28,8 anni. La più giovane ha partorito a 20 anni, la più anziana a 37.

L'analisi preliminare, prima di intraprendere l'analisi tematica, è consistita nell'analisi della frequenza delle parole (Fig. 3) e l'analisi di cluster, ad es. il confronto della somiglianza tra parole e tra codici (Fig. 4) in relazione a casi individuali (intervistate). I risultati dimostrano una forte relazione tra casi (intervistate) e la similitudine di codifica ³.

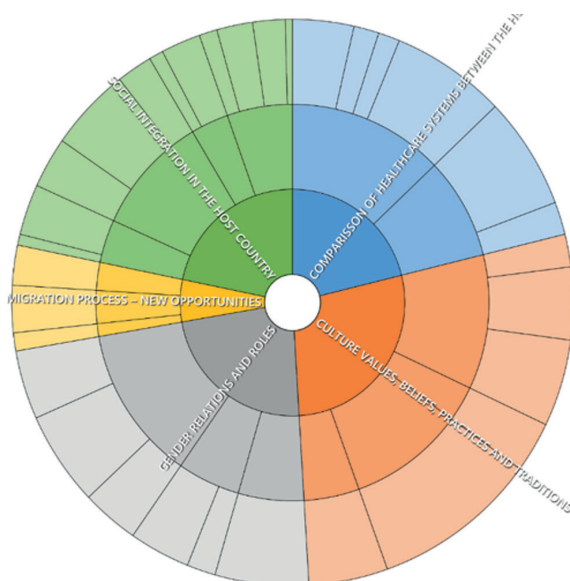
³ Il coefficiente di correlazione di Pearson (r), la metrica predefinita per la somiglianza delle parole, varia da 0,74 a 0,90. Il codice di caso individuale è composto dalle iniziali del progetto, dall'età della donna, dalla parità e dal paese di origine.

Tab. 1 - Temi preliminari e sotto-temi identificati nell'analisi tematica

Temati	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 sua forma tradizionale
	Gli eventi della vita sono parte importante del patrimonio 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 rispetto 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 benessere

La Fig. 5 illustra il numero di codici/riferimenti relativi a ciascun tema identificato.

Fig. 5 - Comparazione (temi principali) per numero of di riferimenti codificati (in lingua inglese)



3.2.1 Un 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, ad 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 sano (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. La Slovenia è percepita come un paese con strutture sociali ben svi-

luppate, 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 narrative, 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 della migrazione 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 (2016) 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 (World Health Organization, 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 (World Health Organization, 2017).

4.1 Implicazioni per la pratica clinica

La prima fase del progetto ha rivelato alcune questioni molto importanti che saranno affrontate dal progetto INTEGRA, ma si sono anche evidenziate alcune lacune di conoscenza che devono essere ulteriormente approfondite in futuro, in particolare quelle connesse con gli 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, che potrebbero essere classificate come a breve e a lungo termine, e 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 a livello primario 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 ad 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'essi lavorano a contatto diretto con le donne migranti.

Riferimenti bibliografici⁵

- Adanu RMK and Johnson TRB. (2009) Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 106: 179-181.
- Balaam MC, Akerjordet K, Lyberg A, et al. (2013) A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs* 69: 1919-1930.
- 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*. Disponibile in: <http://atina.org.rs/sites/default/files/KNOMAD%20Understaning%20Women%20and%20Migration.pdf>.
- Flick U. (2002) *An introduction to qualitative research*, London: Sage.
- Gibson WJ and Brown A. (2009) *Working with Qualitative Data*, London: Sage.
- Jayaweera H. (2018) Access to healthcare for vulnerable migrant women in England: A human security approach. *Current Sociology* 66: 273-285.

⁵ L'analisi della letteratura è stata effettuata con il software EndNote X8, il cui acquisto è stato co-finanziato dal progetto INTEGRA.

- 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, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Matthews B and Ross L. (2010) *Research methods: A practical guide for the social sciences*, Essex: Pearsons Education Limited.
- Prosen M. (2015a) Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174: 149–155.
- Prosen M. (2015b) Preventing health disparities among migrant children and youth: Delivering culturally competent health care. In: Gornik B, Lenarčič B, Medarić Z, et al. (eds) *Programme and abstracts: International Conference Children and Young People on the Move: Towards a More Precise Definition of Their Best Interests, Portorož (Slovenia), November 19–20, 2015*. Portorož: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, 28–29.
- Prosen M. (2018) Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Slovenian Nursing Review* 52: 76-80.
- Prosen M, Karnjuš I and Ličen S. (2017) Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege. In: Rutar S, Čotar Konrad S, Štemberger T, et al. (eds) *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. Koper: University of Primorska Press, 139-153.
- Riessman CK. (2008) *Narrative methods for the human sciences*, Los Angeles: Sage.
- Ruppenthal L, Tuck J and Gagnon AJ. (2005) Enhancing Research With Migrant Women Through Focus Groups. *Western Journal of Nursing Research* 27: 735-754.
- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.
- Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, et al. (2018) Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive Health* 15: 43.
- Smith AC, LeVoy M, Mahmood T, et al. (2016) *Migrant women's health issues: Addressing barriers to access to health care for migrant women with irregular status*. Disponible in: 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: 5-12.
- 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*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018) *Social determinants of health*. Disponible in: 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: 2191-2194.

INTEGRA - RAPPORTO 3.1.2

ANALISI COMPARATIVA DEGLI APPROCCI
ALLA SALUTE E IDENTIFICAZIONE
DELLE BUONE PRATICHE

LA LEGISLAZIONE SLOVENA E I DIRITTI SANITARI DEI MIGRANTI

Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak e Zorana Medarić
Centro di Ricerche Scientifiche di Capodistria

Poiché la legislazione slovena non regola esplicitamente la salute riproduttiva e la violenza di genere, l'esposizione delle disposizioni è trattata a livello generale.

L'accesso all'assistenza sanitaria pubblica in Slovenia dipende dall'assicurazione sanitaria individuale obbligatoria, finanziata principalmente dalle imposte, obbligatoria per i cittadini sloveni con residenza permanente in Slovenia, che però non copre tutti i costi dei trattamenti sanitari. L'assicurazione sanitaria a copertura totale è assicurata solo per i minori, gli studenti regolarmente iscritti al di sotto dei 26 anni e per determinate malattie e condizioni. L'assicurazione sanitaria obbligatoria è fornita dall'Istituto di assicurazione sanitaria della Slovenia. I contributi sono rapportati al reddito (da lavoro, pensione, etc.). I premi delle assicurazioni sanitarie integrative (facoltative) offerte da altri istituti assicurativi, invece, non lo sono, il che penalizza le persone a basso reddito. Le persone senza assicurazione sanitaria complementare devono pagare la maggior parte dei servizi medici. Per acquisire l'assicurazione sanitaria complementare, la persona deve avere un'assicurazione sanitaria obbligatoria.

1. Migranti inclusi nel sistema di assicurazione sanitaria

I migranti con lo status di residenti temporanei e permanenti possono essere coperti dallo stesso sistema dei cittadini se sono assunti con contratto regolare (a tempo determinato o indeterminato). In base all'art. 20 della legge slovena sull'assistenza e sull'assicurazione sanitaria, possono essere assicurati come familiari:

a) Familiari stretti:

1. coniuge,
2. figli (anche adottati);

b) Familiari estesi:

1. figli nati da altre relazioni a carico dell'assicurato;
2. nipoti, fratelli, sorelle e altri bambini senza genitori a carico dell'assicurato alle condizioni stabilite dalla legge che sull'assicurazione sanitaria;
3. genitori (padre e madre, coniuge o partner del padre o della madre, genitore adottivo) che vivono nella stessa famiglia, sono a carico dell'assicurato e non hanno risorse proprie sufficienti (eccetto i casi di cui all'articolo 15, primo paragrafo, punto 24 della legge sull'assicurazione sanitaria)

Per "bambini senza genitori" si intendono anche i bambini i cui genitori sono completamente e permanentemente inabili al lavoro o non possono provvedere al mantenimento per altri motivi. I membri della famiglia possono essere assicurati se sono stabilmente residenti in Slovenia, salvo diverse disposizioni riguardanti i familiari stretti stabilite da accordi internazionali.

È inoltre necessario chiarire che l'assicurazione sanitaria dei familiari dei migranti stabilmente residenti è regolato dall'articolo 15 della legge sull'assicurazione sanitaria, che stabilisce che essi debbano ottenere lo status di residenti temporanei in Slovenia, mentre i membri della famiglia estesa dei migranti legali possono essere assicurati solo dopo aver ottenuto lo status di residenti permanenti.

In Slovenia una quota significativa di donne migranti, a causa delle proprie tradizioni culturali,

sono disoccupate e non cercano attivamente lavoro. Dimostrare di essere attivamente alla ricerca di un lavoro consente di ricevere l'indennità di disoccupazione per i familiari di cittadini sloveni con un permesso di soggiorno temporaneo, agli stranieri con un permesso di soggiorno permanente e ai rifugiati.

2. Migranti non inclusi nel sistema di assicurazione sanitaria

I migranti non inclusi nel sistema di assicurazione sanitaria hanno diritto ai servizi di assistenza sanitaria di emergenza, un diritto universale di tutte le persone che vivono in Slovenia o che attraversano il suo territorio (art. 7 della legge sull'assicurazione sanitaria). Le situazioni considerate di emergenza sono, in base all'art. 103 del regolamento sull'assicurazione sanitaria obbligatoria: manovre di rianimazione e i servizi necessari per il mantenimento delle funzioni vitali e per la prevenzione di un grave deterioramento delle condizioni di salute nelle malattie acute o croniche o in caso di infortunio. Tali servizi sono assicurati fino alla stabilizzazione delle funzioni vitali ovvero fino all'inizio di un percorso di cura in luogo adeguato. Il trasporto in ambulanza è compreso nei servizi urgenti.

I migranti privi di documenti hanno diritto solo alle cure mediche di emergenza. Secondo la legge slovena sulla protezione internazionale (art. 86), i richiedenti asilo hanno diritto all'assistenza sanitaria d'urgenza, che comprende:

- cure mediche di emergenza e trasporti in ambulanza su decisione del medico curante nonché cure odontoiatriche urgenti
- trattamenti urgenti su decisione del medico curante
- assistenza sanitaria per le donne: contraccezione, IVG, assistenza sanitaria durante la gravidanza e durante il parto
- I richiedenti asilo minorenni o minori non accompagnati, hanno diritto all'assistenza sanitaria in misura eguale rispetto ai minori che godono dell'assicurazione sanitaria in quanto membri della famiglia di un assicurato. Allo stesso modo hanno diritto all'assistenza sanitaria anche i bambini che frequentano la scuola fino ai 18 anni d'età o fino al termine del percorso scolastico (al massimo fino al ventiseiesimo anno compiuto)

Sebbene l'assistenza sanitaria durante la gravidanza e al momento del parto sia assicurata, la pratica dimostra che la maggior parte delle donne migranti senza assicurazione deve pagare per questo tipo di servizi.

3. Disposizioni sulla salute riproduttiva

La Costituzione della Repubblica di Slovenia prevede, all'art. 55, che “la decisione di avere figli è libera. Lo stato offre opportunità per esercitare questa libertà e crea condizioni tali da consentire ai genitori di avere figli”. Questo diritto è regolato dalla legge sulle misure sanitarie per la realizzazione del diritto di libera scelta nell'avere figli, che disciplina il diritto alla prevenzione del concepimento (titolo II), dell'aborto (titolo III), alla diagnosi e al trattamento dell'infertilità (titolo IV).

Un altro importante documento è il regolamento in materia di assistenza sanitaria preventiva a livello primario, nel cui incipit è dichiarato che la salute riproduttiva garantisce “il diritto a una vita sessuale sicura e soddisfacente, a decidere liberamente di avere figli, a un accesso equo alle informazioni sulla pianificazione familiare e sulla salute riproduttiva a prescindere dal genere, a metodi sicuri ed efficaci di pianificazione familiare; il diritto a servizi sanitari che assicurino alle donne una gravidanza e un parto sicuri; un'efficace prevenzione e diagnosi precoce di malattie che causano morbilità e mortalità premature”.

Inoltre, il documento definisce i seguenti settori della salute riproduttiva:

- il contenuto dei programmi di prevenzione (pianificazione familiare, uso di contraccettivi, infezioni sessualmente trasmissibili e successiva infertilità, esami preventivi durante la gravidanza, esami e consulenza dopo il parto, interruzioni spontanee e volontarie di gravidanza e gravidanza extrauterina, attività preventive per la protezione della salute riproduttiva nell'attività infermieristica, screening preventivo per i diversi tipi di cancro);
- educazione sanitaria programmata e promozione della salute nell'assistenza sanitaria di base per le donne (linee guida per la protezione della salute riproduttiva di gruppi di popolazione a maggiore rischio, linee guida per l'educazione sanitaria dei giovani e delle donne prima e dopo l'IVG, educazione alla salute prenatale);
- soggetti che eseguono i programmi di prevenzione della salute riproduttiva (metodi di attuazione, coordinamento e controllo).

Come è evidente da quanto sopra, le donne migranti non sono menzionate esplicitamente in alcun documento legislativo nazionale riguardante la salute riproduttiva.

4. Violenza di genere

La Repubblica di Slovenia ha sottoscritto tutte le più importanti dichiarazioni, convenzioni e accordi internazionali che regolano il tema della violenza contro le donne e della violenza di genere.

La *legge sulla prevenzione della violenza in famiglia* del 2008 è la prima legge in Slovenia a identificare chiaramente diversi tipi di violenza domestica (art. 3) e familiare (art. 2), determinare il ruolo e i compiti degli organismi statali e delle organizzazioni non governative nell'affrontare la violenza domestica e definire misure per la protezione delle vittime (art. 10). L'articolo 6 riguarda l'obbligo di denunciare la violenza e l'art. 26 afferma che le vittime hanno diritto all'assistenza legale gratuita.

La *Risoluzione sul programma nazionale di violenza familiare 2009-2014* (2009) presta particolare attenzione alla violenza contro i gruppi vulnerabili: bambini, donne, anziani, disabili e persone che per diverse circostanze non sono in grado di badare a sé stesse. Il documento prende in considerazione i bisogni specifici delle vittime e le loro situazioni personali.

I principi e le linee guida per il contrasto alla violenza domestica citati nel documento adottato dall'Assemblea Nazionale della Repubblica di Slovenia sono:

- la violenza contro un'altra persona è una violazione dei diritti umani fondamentali e deve essere e opportunamente trattata e sanzionata, poiché non vi è un limite al di sotto del quale la violenza possa essere accettabile o lecita;
- la violenza domestica è un problema sociale, basato su una distribuzione ineguale del potere sociale tra generi, e tra più deboli e più forti;
- la violenza familiare causata da partner legali, conviventi o ex partner e da genitori o tutori, deve essere trattata dallo Stato con lo stesso rigore di quella commesso da sconosciuti;
- lo Stato adotterà misure per prevenire la violenza e garantire la protezione delle vittime, indipendentemente dal responsabile.

Specifici compiti e attività dovrebbero essere definite in piani d'azione ogni due anni. Finora è stato attivato solo il *Piano d'azione per la prevenzione della violenza domestica 2012-2013*.

In merito all'argomento è necessario infine citare anche la *Risoluzione* sul programma di assistenza nazionale per il periodo 2013-2020, che nel capitolo dedicato a obiettivi strategie sottolinea come negli anni più recenti si osservi una crescita della domanda per attività legate all'ambito della violenza domestica e di altre forme di violenza. Tra le misure per affrontare questo problema, la risoluzione prevede un aumento del numero di centri di crisi per le vittime e di programmi di prevenzione, informazione, sostegno e assistenza.

LEGGI ITALIANE E SERVIZI SANITARI TRIESTINI RIVOLTI ALLE DONNE IMMIGRATE

Roberta Altin e Veronica Saba

Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Trieste

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, in particolare, 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.

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 Beings⁵, 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

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_person_e_situazioni_speciali.

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/notratte-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 ed 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-essen-ziali-perso-na-privato-permesso-soggiorno/>; <https://www.asgi.it/asilo-e-protezione-internazionale/discriminatorio-chie-dere-un-certificato-medico-presentare-la-riciesta-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 Si veda il documento disponibile al link: http://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/Legislazione.pdf.

anomalie di funzionamento del sistema: lungaggini burocratiche, 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, in questo report 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. 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, e nonostante le più recenti riforme e revisioni di spesa¹², dal 1996 l'area triestina è suddivisa in quattro Distretti territoriali, ognuno dei quali comprende più rioni e circoscrizioni. Ogni Distretto è riferimento per circa 60 mila abitanti. Su ciascuno di essi 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 ad 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, 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 quali quelle relative a IVG¹⁴ e MTS"¹⁵. Per quanto riguarda inoltre specifiche problematiche connesse alla salute riproduttiva, l'Ospedale Materno-Infantile Burlo Garofalo 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 svolta 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

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.

¹⁴ Per quanto riguarda il ricorso all'IVG, per le donne che ne facciano un uso frequente 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>.

questione mi viene 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.

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, presenti sul territorio, 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 ad 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 "Interethnos", 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

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.differenzadonna.org/progetti-internazionali/>.

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/rafv/cms/RAVFG/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>.

italiano di solidarietà” e “*Caritas*” sono gli enti che organizzano le strutture sul territorio. Gli operatori svolgono all’interno di 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 ad evidenziare i punti su cui ancora ci sarebbe bisogno d’intervenire.

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.

IL LAVORO IN OSPEDALE BUONE PRATICHE IN CAMPO SANITARIO

Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Federica Scrimin
IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste

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 dalle relazioni precedenti, a migrare sono soprattutto donne giovani che portano con sé i loro problemi di salute riproduttiva. 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".

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 ed 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 ed 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).

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 di ricerca 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, Lynn Pavlish, Noor and Brandt, 2010), Afghane (Yelland *et al.*, 2015), Coreane (Seo, Bae e Dickerson, 2016), altri ancora riguardano regioni più ampie, come quelle 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).

Un serio problema per gli operatori dei servizi sanitari oggi è proprio la eterogeneità delle culture e delle provenienze. 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.

Mengesha *et al.* (2018), dopo aver intervistato medici generici, infermieri e altri addetti alla tutela della salute, confermano la nostra esperienza: 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 partum) (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 arrivano per lo più seguendo i loro mariti.

Infine, in Italia le donne migranti hanno maggiori probabilità rispetto alle donne non migranti di ricercare 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).

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 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). 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). Le norme culturali o religiose possono proibire il sesso al di fuori del matrimonio o addirittura impediscono 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 and 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, sulla 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, Noor e Brandt, 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 cerca di affrontare con questo progetto di ricerca è come raggiungere questi obiettivi anche con donne migranti di vari paesi e 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 nostre 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:

- Raccolta delle informazioni relative alle donne migranti tramite la somministrazione attraverso intervista di un questionario INTEGRA elaborato appositamente (dati quantitativi e qualitativi, 77 soggetti)
- Un'ostetrica ha osservato 39 visite presso l'ambulatorio di gravidanza ad alto rischio e ha 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
- Riunioni con il lead partner e kick off meeting
- 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

Il dialogo

- La figura del mediatore culturale.

In Italia, e in particolare nella regione Friuli Venezia Giulia, il mediatore culturale 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 ed 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.

Corsi di formazione regionali si ripetono periodicamente.

Il nostro Dipartimento, nell'ambito del Progetto "Prevenzione dell'interruzione di gravidanza in donne straniere", finanziato nel 2012-13 dal Ministero, ha previsto uno specifico corso di formazione per operatori che si occupano di salute riproduttiva. Di tali operatori ci stiamo attualmente avvalendo.

- Creazione di materiale divulgativo informativo

Nel nostro lavoro quotidiano è emersa la necessità di creare relazioni più intense con 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.

Abbiamo fornito molte informazioni, ad esempio, sul tema della contraccezione, che però a volte la paziente non ha recepito a causa di problemi di comprensione della lingua o di tabù legati alle tradizioni culturali/religiose del paese di origine.

Per garantire un'adeguata assistenza dobbiamo tenere conto del tipo di popolazione migrante che accede ai nostri servizi: molte delle nostre utenti non possiedono un buon livello di conoscenza della lingua italiana, alcune non parlano perché arrivate di recente in Italia e altre, nonostante siano qui da molto tempo e abbiano già avuto due o più gravidanze completate in Italia non l'hanno ancora imparato.

Quindi, il problema della lingua è fondamentale: il progetto mira a colmare questa lacuna all'interno dell'Istituto in modo funzionale ai bisogni dei vari servizi, producendo materiale utile -semplice, con molte immagini, tradotto nelle varie lingue con l'aiuto di mediatori culturali scelti ad hoc.

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 intervistatori, 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 non erano troppo malate per parlare 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 nostra 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; in questo rapporto ci concentreremo su: dati socio-demografici, SSR, comunicazione medico-paziente, suggerimenti delle pazienti.

3.1. Analisi del questionario INTEGRA

Le donne del nostro campione provengono da diversi paesi (vedi 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 (M = 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 1-2 figli (N = 47; 61,1%), il 28,6% non ha figli (ma molte donne sono in clinica perché incinte (N = 44; 57,1%). Solo il 10,4% (N = 8) ha 3 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	5.2
Altro (Turchia, Libano, Afghanistan)	4	5.2
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 delle donne (N = 46; 60%) afferma di non aver subito in Italia alcuna forma di discriminazione. Ma il 40% di loro 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. Sfortunatamente, alcune di loro sono state trattate male dal personale medico. Tra i motivi di questo maltrattamento, il fatto che hanno troppi bambini o che mangiano cibi diversi.

Relazione col sistema sanitario

Alle donne è stato chiesto delle difficoltà incontrate nei 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%).

Sembra che le donne più giovani parlino 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 donne hanno rifiutato la presenza di un mediatore culturale; e tre donne hanno dichiarato di avere 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.

3.2. 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 5 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 2 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 1-3 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 1-3 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 6 (15%) sono andate solo a pesare il neonato. Tuttavia, più di un quarto del campione (N = 21, 27,3%) non sa cosa sia.

Uso di farmaci: il 67,5% (N = 52) usa farmaci prescritti dal medico, il 10,4% (N = 8) usa le erbe. Nessuna usa medicine omeopatiche.

3.3. *Metodi di pianificazione familiare*

Per quanto riguarda l'uso della contraccezione, la maggior parte del nostro 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%), non così 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 la pillola più di prima (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 di religione cristiana, musulmana o di altre religioni, 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 2 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, 7 al Burlo (9,1%), le altre in diverse strutture della Regione o al di fuori della Regione. 3 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).

4. *Mutilazione dei genitali femminili/taglio*

4.1. *Cos'è la mutilazione genitale femminile*

La mutilazione genitale femminile o taglio (MGF/E) o escissione comporta la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni, o qualsiasi altra lesione agli organi genitali femminili per ragioni non terapeutiche. Viene eseguita principalmente su bambine o adolescenti e ha un'origine essenzialmente rituale.

La pratica è prevalente 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, 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/E 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:

- o Tipo I-A, rimozione del cappuccio clitorideo o solo del prepuzio;
- o 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:

- o Tipo II-A, solo rimozione delle piccole labbra;
- o Tipo II-B, rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra;
- o 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:

- o Tipo III-A, rimozione e apposizione delle piccole labbra;
- o 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 esempio 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 ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” oltre che dall'art 583 bis del codice penale.

I rischi ostetrici sono: taglio cesareo, emorragia *postpartum*, 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 ed il riconoscimento di queste procedure nelle nostre pazienti è di estrema importanza in quanto permette un lavoro di prevenzione informazione e tutela delle nasciture. Questo tema, e soprattutto le nostre proposte organizzative sull'argomento, saranno inserite nelle linee guida per gli operatori sanitari oggetto della seconda parte del nostro lavoro.

4.2. I nostri risultati: il questionario INTEGRA

La versione completa del questionario, comprese anche le domande sulla mutilazione genitale femminile, è stata somministrata al 35,1% del nostro 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 nostro campione solo 9 donne (11,7%) provengono però da paesi in cui viene praticata la MGF. Di questi, 4 donne hanno avuto una MGF quando erano neonate (solo 1 aveva più di 4 anni). Una aveva subito un intervento chirurgico a casa, 2 all'ospedale, 1 non lo 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 Gynecologists 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 donne e 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 dei *caregivers* 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 nel classificare correttamente le MGF secondo la classificazione dell'OMS.

La MGF non è sempre inclusa nei curricula pre o post-laurea di infermieri, ostetriche e medici. Questo può costituire un problema anche semplicemente perché chi non è adeguatamente formato può non riconoscerle, non avviando quindi il colloquio informativo con la paziente ai fini della prevenzione.

Gli interventi che potrebbero migliorare l'assistenza sanitaria delle donne con MGF e la prevenzione della pratica solo raramente sono stati analizzati (Abdulcadir, 2015).

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 lavoro; questo sarà oggetto delle linee guida per gli operatori in via di edizione nel nostro Dipartimento.

5. Alcuni casi clinici rilevanti

- 40 anni, dalla Sierra Leone, dall'anamnesi emerge una interruzione volontaria della gravidanza art. 4 nel 2008.

Durante il travaglio, in considerazione della cardiocografia 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.

Il medico riferisce verbalmente che la ragione per cui la paziente ha rifiutato il taglio cesareo è dovuta 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.

- 22 anni, nigeriana, 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 ad 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 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.

- 24 anni, dalla Nigeria, accompagnata dall'operatore del volontariato. Ricoverata per anemia falciforme, calcolosi della colecisti, complicata da fistola biliare dopo colecistectomia. Genitali esterni con risultati di infibulazione di tipo II.

La storia medica della paziente è stata raccolta in presenza dell'operatore che conserva l'anamnesi clinica della paziente. La donna non parla affatto, il suo livello di inglese non è sufficiente per comprendere ed essere compresa, con l'aiuto dell'operatore e dei gesti i medici sono stati in grado di ricostruire solo sommariamente la storia clinica. L'operatore ha con sé tutta la documentazione della donna e i risultati degli esami. L'operatore cerca di stimolare la donna che sembra infastidita da tutte le domande del dottore.

I tre casi segnalati 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. Inoltre sarebbe estremamente utile offrire anche alle pazienti straniere maggiori opportunità di apprendimento della lingua.

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.

Una 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, Cameroon, 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 7 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 2 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. Riguardo alla comunicazione tra lo staff medico e le donne, abbiamo alcuni esempi di ottime pratiche e, sfortunatamente, anche alcuni esempi di scarsa qualità da parte dello staff.

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, maschio, 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, maschio, ha parlato con l'uomo e a volte non ha spiegato bene cosa stava facendo per il trattamento.

Nei casi presentati di buone e cattive pratiche abbiamo riportato il sesso dei medici solo per motivi

di precisione. Il fatto che i cattivi esempi che abbiamo riportato qui siano prestati dal personale medico di genere maschile è puramente causale. Nel nostro ospedale il sesso dei medici non è correlato con il loro atteggiamento nei confronti dei pazienti.

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, abbiamo prestato molta attenzione alla diagnosi di MGF.

Nel campione di visite a cui abbiamo assistito, solo una donna della Nigeria è stata tagliata e il tipo di mutilazione, di I grado, è stato diagnosticato 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 questo progetto.

Un caso clinico molto particolare è stato osservato dalla nostra ostetrica 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, da questo primo studio esplorativo possiamo 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 che accede alla nostra struttura è in aumento, e questo 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 sottodiagnosticate, in quanto non rappresentano un problema comune né nel nostro paese, 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":

- I mediatori dovrebbero essere specificamente formati per aiutare questo tipo di pazienti e dovrebbero essere disponibili ogni volta che una donna ha bisogno h 24 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 Fami-

- gliari 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., R. M. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis.
- Åkerman E., Essén B., Westerling R., Larsson E. (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, pp. 194-207.
- Berg R.C., D. E. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review.
- Berg R.C., O.-J. J. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting.
- Berg R.C., U. V. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis.
- Binder P., Yan Borné , Sara Johnsdotter & Birgitta Essén (2012) Shared Language Is Essential: Communication in a Multiethnic Obstetric Care Setting, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 17:10, 1171-1186.
- Bulman, K. H., & McCourt, C. (2002). Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*, 12(4), 365-380.
- Cantwell, R., Clutton-brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., ... & Millward-sadler, H. (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 gynaecology*, 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), pp. 232-243.
- Dawson A., H. C. (2015). A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation.
- Dawson A., T. 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.
- 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), 330-343.
- 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), pp. 10-18.
- 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), pp. 255-299.
- Hawkey, A. J., Ussher, J. M., Perz, J., & Metusela, C. (2017). Experiences and constructions of menarche and menstruation among migrant and refugee women. *Qualitative health research*, 27(10), 1473-1490.
- Iavazzo C., S. T. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence.
- ISTAT (2017). Rapporto annuale 2017. La situazione del paese.

- Keygnaert I., Ivanova O., Guieu A., Van Parys A. S., 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.
- M. Heaman, H. B. (2012). Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: a systematic review.
- 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), 301-309.
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, 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), 174.
- Metusela C., Ussher J., Perz J., Hawkey A., Morrow M., Narchal R., Estoesta J., Monteiro M. (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), pp. 836-845.
- Mladovsky P., Ingleby D., McKee M., Rechel B. (2012). Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical Medicine*, 3, pp. 248-252.
- 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), 353-361.
- Pottie K., Greenaway C., Feightner J., Welch, V., Swinkels H., Rashid M., et al. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E824-E925.
- RCOG, R. C. (2015). Female Genital Mutilation and its management (Green Top Guideline No.53).
- 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), 107-133.
- 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 M, Perz J, Metusela C, Hawkey A J, Morrow M, Narchal R, Estoesta J (2017). Negotiating dis-courses of shame, secrecy, and silence: migrant and refugee women's experiences of sexual em-bodiment. *Arch Sex Behav*; 46, pp. 1901-1921.
- Vloeberghs E., K. A. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands.
- WHO. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.
- WHO. (2010). Global strategy to stop health-care 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., Riggs, E., Szwarc, J., Casey, S., Duell-Piening, P., Chesters, D., ... e Brown, 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*.

UNO SGUARDO ANTROPOLOGICO ALLA SALUTE DELLE DONNE MIGRANTI IN AREA TRANSFRONTALIERA

Roberta Altin e Veronica Saba

Università di Trieste, Dipartimento di Studi Umanistici

1. Premessa

In questo report, si indagheranno potenzialità, buone prassi e problematiche riscontrate nelle fasi di accesso e presa in carico ai servizi socio-sanitari territoriali rivolti all'utenza straniera, in particolare alle donne. Preso atto della normativa che tutela il diritto alla salute dei cittadini stranieri¹, tanto in Italia quanto 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 Garofalo, 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 ad oggetto la presa in carico delle donne immigrate in relazione alle problematiche di salute riproduttiva.

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: 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 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

¹ L'analisi della normativa è contenuta in un capitolo del Rapporto 3.1.1 "Stato dell'arte".

Hondagneu-Sotelo (2013: 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, trovandosi 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: 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, 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'interrotta diminuzione della fecondità delle donne straniere che contribuisce a incrementare il declino demografico italiano, invertendo la timida tendenza all'aumento della fecondità che era apparso grazie alle donne immigrate in Italia nei primi anni del nuovo millennio (Saraceno 2017: 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: 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: 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, Ricca 2012).

2. Le risposte al questionario INTEGRA: una riflessione sull'accesso ai servizi territoriali delle donne immigrate

Del campione analizzato dal progetto e 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 le seguenti: 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 2016², per le donne straniere intercettate dal servizio il motivo più 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 così 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 ad 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 translate. 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,

² Si veda: https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/011_22016_Rapporto_Immigrazione_2016.pdf.

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. E' 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 ad 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 ad 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, 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, appartenente 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
- si perché io porto il velo e mi guardano male
- si sempre dipende da chi incontri ti trattano in modo diverso
- si, si è sentita discriminata perché Nera
- si sono stata discriminata soprattutto a lavoro
- si, a Trieste la maggioranza è razzista
- si, gli altri sanno che siamo stranieri e fanno tutto diverso
- si, i colleghi di lavoro mi trattano male, in certi uffici pubblici sento di essere trattata in modo diverso
- si, problemi con i vicini di casa, non volevano stranieri
- si, soprattutto per la lingua
- si, 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 nel 2011 a Trieste da Romito, Creazzo, Paci, Pipitone, è importante tenere in considerazione questo tipo di percezioni quando si guarda ad alcune patologie, complicazioni cliniche e cronicità presenti nella popolazione straniera (Karlsen, Nazroo, 2002; Krieger, 2003).

Per dirla con Romito, Creazzo, Paci, Pipitone (2011: 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, a cura di, 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 ad 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 G.P. Gri (a cura di), *Esperienze di mediazione. Strumenti di lavoro*, Forum, Udine, pp. 81-97.
- IDOS (2017). *Dossier Statistico Immigrazione 2017*, Centro Studi e Ricerche Idos/Immigrazione Dossier statistico, 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*, in "Sociological Theory", n. 28: 129-149.
- Cozzi D. (a cura di) (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, pp. 178-193.
- Donato K.M., Enriquez L.E., Llewellyn C. (2017). *Frozen and Stalled? Gender and Migration Scholarship in the 21st Century*, in "American Behavioral Scientist", 61(10): 1079-1085.
- Giannoni M. (a cura di) (2012). *Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane*, Franco Angeli, Milano.
- Decimo F. (2005). *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, Il Mulino, Bologna.
- Ehrenreich B., Hochschild A. R. (a cura di) (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, University of California Press, Los Angeles, [<http://cmd.princeton.edu/paper/wp0502f.pdf>];
- Hondagneu-Sotelo P. (2013). *New Direction in Gender and Immigration Research*, in S.J. Gold and S. Nawyn (eds.), *The Routledge international handbook of migration studies*, Routledge, New York, pp. 180-188.
- 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): 624-631.
- 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): 194-199.
- 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 University Press, Stanford.
- Petrelli A., Di Napoli A. et al. (2017). *Lo stato di salute della popolazione immigrata*, in "Epidemiologia preventiva", n. 41 (3-4), Suppl. 1: 11-17.
- 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*, Direzione Generale, documento on line, consultato il 30/6/2018) [http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/2017_CITTADINI_STRANIERI_IN_FVG.PDF].
- Romito P., Creazzo G. et al. (2011). *Racism, violence and health: the living experience of immigrant women in an Italian city*, in Thiara, R., Condon, S., Schrottle M. (eds). *Violence Against Women and Ethnicity: Commonalities and Differences across Europe*, Barbara Budrich Pub., Berlin, pp. 206-225.
- Romito P. (2016). *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Franco Angeli, 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.

ANALISI DELLA LETTERATURA, BUONE PRATICHE E STUDI DI CASO IN SLOVENIA

Blaž Lenarčič Mateja Sedmak, Zorana Medarić
Centro di Ricerche Scientifiche di Capodistria

1. Analisi della letteratura slovena

I temi dell'immigrazione e della salute hanno iniziato a suscitare attenzione tra gli accademici dalla fine degli anni '90, con l'arrivo di rifugiati provenienti dalla ex-Jugoslavia. Ad esempio, nella loro rassegna della letteratura del 2010 Bufolin e Bešter citano *Protezione della salute dei gruppi sociali speciali* (1996) dell'Istituto nazionale per la salute pubblica, in cui i rifugiati e i migranti sono stati riconosciuti come gruppo sociale speciale. Un articolo di Mikuš-Kos (2010) sottolinea che migranti e rifugiati presentano caratteristiche (ad esempio alto tasso di mortalità, uso modesto dei servizi sociali, scarsa conoscenza dei diritti, bassa qualità della vita, alto grado di insoddisfazione nei confronti della vita, scarsa alfabetizzazione funzionale e marginalizzazione) che li rendono vulnerabili e di conseguenza richiedono un'attenzione speciale.

Nel 2005, Ličer ha pubblicato l'articolo *Aspetti sociali della protezione della salute riproduttiva delle donne*. Tale studio, basato su 10 interviste a donne che durante la gravidanza non avevano effettuato nessuna visita ginecologica non per loro scelta (due donne del campione erano migranti), ha mostrato come i principali motivi per cui le donne non erano state visitate durante la gravidanza derivano da un'assicurazione medica non regolare, dai vincoli temporali delle madri single e da problemi di privacy. Il comune denominatore delle intervistate era costituito da circostanze socioeconomiche difficili (disoccupazione, famiglie monoparentali ed esclusione sociale). Su questa base, l'autore conclude che la conoscenza della salute riproduttiva dipende dal livello di istruzione, dall'accessibilità della clinica ginecologica e dal rispetto (o meno) della privacy e del diritto a una decisione indipendente sulla gravidanza. Ličer (2012) ha inoltre pubblicato un articolo che sottolinea l'importanza della consulenza psicosociale nel campo di alcuni diritti umani fondamentali, quali la pianificazione familiare, l'aborto e la salute riproduttiva delle donne in generale.

Nella letteratura si può notare un certo impegno a migliorare la situazione esistente nell'ambito della ricerca riguardante l'accesso (e l'uguaglianza) ai servizi sociali da parte dei migranti, per cui numerosi lavori trattati nel rapporto si occupano esclusivamente di questa problematica. Così, Bufolin e Bešter (2010) hanno preso in esame l'esistenza di disparità tra immigrati e non immigrati in merito all'accesso ai servizi sanitari, la qualità di questi ultimi e la generale soddisfazione nei confronti dell'assistenza sanitaria. Il loro studio ha rivelato che gli immigrati, con (parziale) eccezione dei richiedenti protezione internazionale e dei rifugiati, nel sistema sanitario sloveno non sono riconosciuti come gruppo che merita particolare attenzione nelle politiche di assistenza sanitaria e di integrazione. I risultati hanno mostrato come i principali problemi che gli immigrati devono affrontare nel rapportarsi al sistema sanitario sloveno sono: le barriere linguistiche, la mancanza di competenze interculturali del personale sanitario e il loro (occulto) atteggiamento discriminatorio nei confronti dei migranti. Questi fattori sono stati confermati come principale motivo della disuguaglianza nell'accesso al sistema sanitario anche in un recente studio di Lipovec-Čebren (2017).

L'assistenza sanitaria come diritto umano è il punto di partenza dell'articolo di Rajgelj (2011). Per il suo status universale, l'assistenza sanitaria infatti è un diritto di ogni individuo, indipendentemente dalle circostanze personali in cui si trova; tuttavia, nel processo legislativo, sistemi diversi implicano diversi criteri per l'accesso e per il finanziamento di tale diritto. L'autrice, che ha

analizzato gli atti giuridici nazionali e internazionali relativi al diritto costituzionale all'assistenza sanitaria, all'assicurazione sanitaria, all'occupazione e alle relazioni familiari e la normativa sull'immigrazione, conclude che, poiché il godimento del diritto all'assicurazione sanitaria dipende dal lavoro dell'individuo, dalla cittadinanza e dallo stato di famiglia, gli utenti dell'assistenza sanitaria sono trattati in modo ineguale. L'autore sottolinea anche che il gruppo più vulnerabile nel contesto dell'accesso alla salute sono gli immigrati senza residenza permanente.

Sebbene i richiedenti protezione internazionale abbiano diritto (solo) al trattamento di emergenza, le indagini hanno individuato una serie di discrepanze tra i diritti concessi sulla carta e la realtà. Lipovec Čebren (2009) e Jazbinšek e Palaić (2009) hanno realizzato interviste con i dipendenti delle strutture di accoglienza e sui richiedenti protezione internazionale; entrambi gli studi sono giunti alla conclusione che il trattamento sanitario dei richiedenti protezione internazionale in Slovenia è nella maggioranza dei casi inadeguato e limitato. Uno dei principali ostacoli consiste nelle diverse interpretazioni del diritto legale al trattamento sanitario di emergenza, a causa della sua non chiara definizione.

Un altro importante lavoro riguardante l'accesso dei migranti ai servizi sanitari è opera sempre di Lipovec-Čebren (2010). L'autrice, partendo dal concetto di cittadinanza sanitaria, sostiene che esso sia una categoria importante nell'esaminare gli aspetti sanitari della migrazione in Slovenia. I servizi di assistenza sociale, disponibili per tutti i cittadini prima dell'indipendenza della Slovenia nel 1991, dopo quella data si sono convertiti in una fonte di disuguaglianza ed esclusione. "La politica sanitaria è diventata costantemente meno orientata alla società, il che si riflette in un accesso sempre più restrittivo e selettivo ai servizi sanitari - in altre parole, la cittadinanza sanitaria è restrittiva e selettiva in Slovenia" (2010: 193). L'autrice parte dal presupposto che a causa di frequenti violazioni dei diritti all'assistenza sanitaria, sia molto importante il modo in cui gli operatori sanitari percepiscono i migranti. Dalle interviste con operatori sanitari e personale amministrativo a Lubiana e nell'Istria slovena (aree in cui il contatto con i migranti è maggiormente frequente), l'autrice conclude che l'atteggiamento degli operatori nei confronti delle persone senza assicurazione sanitaria rispecchia politiche neoliberali: questi ultimi sono percepiti come "stranieri" che dovrebbero essere curate in altri paesi, perché sono persone disordinate, "impure" e incompetenti che rappresentano un "onere" per il sistema sanitario sloveno.

In una ricerca recente condotta nell'ambito della violenza di genere in relazione alle donne migranti, Vah-Jevšnik (2016) afferma che lo status di migrante influisce sulla vulnerabilità delle migranti in situazioni di violenza domestica. Gli esiti della ricerca dimostrano come lo status di migrante influenzi in modo importante frequenza, risposte e rimedi alla violenza, nonché il sostegno dei servizi pubblici. Ciò porta a concludere che, ancor più delle migranti regolari, siano vulnerabili le donne con uno status legale irregolare, che non hanno un reddito personale, non hanno diritto a trasferimenti sociali e servizi di supporto: in altre parole, dipendono dal loro persecutore e vivono nella paura dell'espulsione. Con lo scopo di ottenere dati qualitativi, Vah-Jevšnik (ibid.) ha condotto 30 interviste con professionisti che lavorano con vittime della violenza di genere, di cui uno proprio nell'ambito delle strutture di accoglienza. Lo studio ha identificato diverse lacune (differenze culturali, incertezza sullo stato attuale, fattori psicologici, mezzi finanziari ecc.) tra cui la più importante è la mancanza di un'adeguata trasmissione delle informazioni riguardo la violenza di genere.

Tra la letteratura non accademica merita una particolare menzione la conferenza internazionale *Violenza contro la donna attraverso la sensibilizzazione allo sviluppo* (2008); nella sezione dedicata alla violenza contro le donne e alle migrazioni, i partecipanti hanno presentato proposte di politiche tra le quali ricordiamo le seguenti:

- nel quadro delle leggi sulla prevenzione e il trattamento della violenza domestica e contro le donne, è necessario tenere in considerazione le esigenze specifiche delle donne migranti;
- nel contesto di politiche e leggi che regolano i diritti degli stranieri (concessione e rinnovo dei permessi di soggiorno, permessi di lavoro per vittime di violenza domestica, ecc.) è necessario tenere in considerazione la situazione specifica delle donne migranti che subiscono violenza domestica;
- è necessario progettare e trasformare politiche, leggi e procedure in modo da consentire rapidi cambiamenti in caso di nuove esigenze. Il punto di partenza dei cambiamenti dev'essere la risposta alla domanda: "se fossi un migrante che subisce violenza, di cosa avrei bisogno per uscire dalla situazione in cui mi trovo?"
- è necessario migliorare l'informazione e sensibilizzazione dei migranti nel campo della violenza domestica e della violenza contro le donne;
- è necessario migliorare l'assistenza sanitaria per le donne migranti e l'attuazione dei loro diritti sociali;
- introduzione del diritto delle donne migranti di ottenere permessi di soggiorno e di lavoro che non dipendano dall'autorizzazione dei loro partner o famiglie.

Nel 2004 l'Ombudsman della Repubblica di Slovenia ha organizzato la consultazione *Violenza domestica - percorsi per le soluzioni*, il cui obiettivo era la presentazione di esperienze pratiche, bisogni e suggerimenti di esperti e professionisti del settore. Il risultato è confluito in una relazione speciale dell'Ombudsman contenente un riassunto delle presentazioni, l'elenco degli ostacoli che i professionisti incontrano e le loro proposte di policy.

L'Associazione SOS per donne e bambini vittime di Violenza ha pubblicato il *Manuale per operare con donne e bambini con esperienza di violenza* (2014) che illustra atteggiamenti, esperienze e conoscenze professionali in vari campi (polizia, sociale, ONG, magistratura, azione giudiziaria, salute e istruzione). Tale dettagliata rassegna dimostra che la conoscenza e l'esperienza si stanno accumulando nel tempo e diventano sempre più complesse, dettagliate e innovative.

2. Buone pratiche

- Nel progetto *Verso una migliore sanità e la riduzione delle disuguaglianze in sanità* (2013-2016), guidato dall'Istituto nazionale per la salute pubblica, sono stati identificati diversi gruppi vulnerabili che sperimentano difficoltà di accesso al sistema sanitario (tra cui migranti, in particolare donne migranti). Al fine di migliorare la situazione per tali gruppi, sono stati sviluppati e trasmessi vari suggerimenti legislativi e amministrativi ai ministeri competenti (Sanità, Lavoro, famiglia, affari sociali e pari opportunità). È stato anche tradotto e adattato il documento *Standard per l'equità nell'assistenza sanitaria per i gruppi vulnerabili - Strumento pilota di autovalutazione per l'attuazione*, concepito come "barometro" della discriminazione per consentire alle istituzioni sanitarie di individuare il livello di inclusione nei loro servizi di gruppi emarginati o socialmente deboli. Alla conferenza finale è stata presentata la *Dichiarazione sull'importanza dell'attuazione della mediazione interculturale nelle istituzioni sanitarie in Slovenia*.

Nel corso del progetto, sono state introdotte anche soluzioni a livello locale, ad esempio a Celje, dove le donne albanesi incontrano ostacoli linguistici e culturali nelle istituzioni sanitarie, è stato introdotto un mediatore interculturale, di fiducia della comunità albanese e allo stesso tempo in possesso di una buona conoscenza della lingua slovena e albanese. Durante il secondo anno del progetto, il corso pilota interdisciplinare *Formazione per lo*

sviluppo delle competenze interculturali degli operatori sanitari è stato introdotto e reso operativo in tre centri sanitari pubblici (Sevnica, Vrhnika e Celje) da febbraio 2015 a marzo 2016. Per le finalità del corso è stato elaborato e pubblicato un manuale, ancora disponibile su Internet.

- Due ONG di Lubiana e Maribor (Slovenska filantropija e Društvo Odnos) che offrono vari servizi per i migranti (principalmente assistenza legale) negli ultimi anni forniscono mediatori culturali per i migranti nelle istituzioni sanitarie; si tratta tuttavia di iniziative temporanee basate su progetti e non continue o strutturali.
- Nelle istituzioni sanitarie dove c'è la necessità di fornire servizi di interpretazione, si organizzano soluzioni ad hoc. Gli autori del rapporto MIPEX Health Strand menzionano il caso dell'UKC, il Centro medico universitario di Lubiana, dove solitamente si cerca di comunicare in inglese o in un'altra lingua come il tedesco o il serbo-croato. Se ciò non ha esito positivo, si cerca di individuare un membro dello staff che parli la lingua richiesta. Nel 2013 l'UKC ha condotto un'indagine tra i dipendenti per quanto riguarda le lingue che parlano e su questa base è stato compilato un elenco di persone che lavorano come "traduttori". Questa lista è informale ed è usata solo internamente, quando non è possibile un'altra soluzione.
- In Slovenia è stata creata una catena di cliniche "Pro Bono" destinate a persone senza assicurazione medica, quali individui non residenti in Slovenia, richiedenti asilo, richiedenti asilo respinti, rifugiati illegali e rifugiati. Attualmente ci sono quattro cliniche situate a Lubiana, Maribor, Capodistria e Kranj.
- L'associazione SOS per donne e bambini vittime di violenza è la prima ONG in Slovenia specializzata nel trattamento della violenza contro le donne e nell'aiutare donne e bambini che subiscono violenze in famiglia e nelle loro relazioni. Il principio alla base delle attività di tale ONG è che la violenza sulle donne - anche se di solito accade all'interno delle famiglie e nelle relazioni intime - non è un problema personale ma sociale, che ha le sue radici nei rapporti di forza asimmetrici tra donne e uomini. L'associazione ha pubblicato numerosi manuali e opuscoli riguardanti la violenza domestica e organizzato numerosi eventi per aumentare la consapevolezza su questo tema.
- Il progetto *Riconoscere e curare le vittime di violenza domestica in contesti sanitari 2009-2014*, è stato cofinanziato nell'ambito del *Norwegian Financial Mechanism Programme*. Gli obiettivi specifici erano:
 1. attuazione della *Legge sulla prevenzione della violenza domestica nel settore sanitario*,
 2. formazione degli operatori sanitari basata su linee guida professionali per rispondere alla violenza contro le donne in ambito sanitario (sviluppate dal Ministero della Salute della Repubblica di Slovenia),
 3. aumento delle competenze cliniche, comunicative e culturali degli operatori sanitari per individuare e trattare le vittime di violenza domestica e lavorare con gruppi vulnerabili,
 4. stabilire un trattamento intersettoriale delle vittime e degli autori di violenze contro le donne conformi alle pratiche internazionali.

I principali risultati del progetto sono stati:

- la pubblicazione *Riconoscere e trattare le vittime di violenza domestica in ambito sanitario: Linee guida e formazione per gli operatori sanitari*, che contiene una raccolta di procedure consigliate per trattare minori e adulti vittime di violenza. Le linee guida hanno l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari che trattano le vittime di violenza competenze e know-how di base per identificare le situazioni e rispondere adeguatamente.
- la pagina web (<http://www.prepoznajnasilje.si/en>) con informazioni, documenti e moduli riguardanti la violenza domestica.

3. Conclusioni

Si possono trarre le seguenti conclusioni:

- In Slovenia non sono condotte complete ricerche periodiche sulla violenza di genere, né sulla salute riproduttiva delle donne migranti, perciò si dovrebbe iniziare una raccolta sistematica di dati sulle donne migranti nel sistema sanitario e fuori da esso, da utilizzare come base per ulteriori misure in questi ambiti.
- La rassegna della letteratura indica che la salute riproduttiva e la violenza di genere in relazione alle donne migranti sono poco analizzate.
- Nonostante il diffuso consenso internazionale sull'importanza della salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti, in Slovenia questa popolazione deve fare i conti con importanti ostacoli all'accesso ai servizi sanitari ad essa collegati.
- Sebbene i documenti internazionali e dell'UE facciano riferimento alla salute come a un diritto umano, nella normativa nazionale slovena non sono (ancora) garantiti specifici bisogni e diritti nell'ambito della salute riproduttiva.
- La valutazione della situazione attuale in Slovenia rivela chiaramente contesti giuridici e di policy confusi e pratiche frammentate, che rappresentano le principali lacune nella realizzazione di un approccio alla salute riproduttiva basato sui diritti e nella prevenzione della violenza di genere in relazione alle donne migranti. In futuro, la cooperazione tra le istituzioni che si occupano di tali tematiche deve essere rafforzata, migliorata e formalizzata.
- È necessaria una formazione interculturale degli operatori coinvolti nel trattamento delle donne migranti al fine di conoscere le norme e le pratiche sociali delle diverse culture. In questo modo si potrebbe garantire cure mediche sicure, educazione e promozione della salute, nonché aumentare l'accesso alla salute riproduttiva delle donne migranti.
- Le migliori pratiche riconosciute come efficienti dovrebbero essere supportate dalle istituzioni governative.

4. Uno studio di caso in tre comuni del Litorale: sintesi dell'indagine qualitativa

4.1. Introduzione

Di seguito è riportata una sintesi¹ dei principali risultati della ricerca qualitativa condotta come studio di caso in tre comuni nella zona di confine del Litorale sloveno (Capodistria, Isola e Pirano). Lo studio ha considerato l'area, poco esplorata in Slovenia, della salute sessuale e riproduttiva dei migranti in relazione all'integrazione sociale.

In Slovenia finora non è stata condotta alcuna ricerca riguardante la salute riproduttiva delle donne migranti, né sulla violenza subita da queste ultime, che costituisce un tema strettamente connesso al precedente.

Ad oggi, in Slovenia sono stati condotti numerosi studi sul tema dell'accesso generale ai migranti (a prescindere dal genere) alle cure mediche. I risultati degli studi esistenti (Jazbinšek e Palaić 2009; Bufolin e Bester 2010; Rajgelj 2011; Lipovec-Cébron 2009; 2010; 2017) hanno evidenziato che i migranti all'interno del sistema sanitario in Slovenia si trovano ad affrontare diversi problemi, tra i quali sono fondamentali soprattutto le barriere linguistiche, la mancanza di competenze interculturali degli operatori sanitari e l'atteggiamento discriminatorio nei confronti dei migranti (maschi e femmine).

Anche se i risultati presentati di seguito si riferiscono ai "migranti" come gruppo particolarmente vulnerabile, dobbiamo affrontarli con una particolare attenzione al fine di evitare errori di percezione spesso presenti nella scienza e nella professione medica, così come tra il pubblico in generale:

¹ Il rapporto completo è disponibile e scaricabile dal sito internet del progetto INTEGRA.

- 1) Le donne migranti come gruppo omogeneo. Le donne migranti sono infatti altamente differenziate internamente come gruppo sociale non solo per la provenienza culturale, linguistica e religiosa, ma anche in relazione ad altri indicatori sociali che hanno un notevole impatto sulla loro qualità della vita, la capacità di integrarsi nel nuovo ambiente sociale, l'accesso alle cure sanitarie e altri servizi, le reti di supporto, ecc. Si fa qui riferimento sia a differenze in termini di istruzione, status socio-economico, capitale culturale, sia alle cause dell'emigrazione, alle esperienze di vita, nonché a caratteristiche individuali, di salute, psicologiche e ad altro ancora. Sebbene sia possibile tracciare alcuni paralleli tra storie di vita e narrativa delle donne migranti e formulare alcune conclusioni comuni, dobbiamo mantenere la consapevolezza di differenze che sono importanti.
- 2) Si constata una visione schiacciante delle migranti come persone indifese, passive e vittime del marito, della famiglia allargata, di una comunità etnica o di circostanze esterne. Ancora una volta, è vero che le donne migranti sono un gruppo sociale estremamente vulnerabile, spesso soggetta a una doppia discriminazione (come donne e come migranti), ma esse sono più di questo. Sono co-creatrici attive delle loro vite. La loro attività, inventiva, capacità di adattamento e resilienza è evidente in ogni storia di vita che parla di emigrazione dal paese di origine a un nuovo paese e di adattamento a un nuovo, spesso completamente diverso, ambiente culturale e sociale.

4.2. Metodologia

Nel periodo da maggio ad agosto 2018, abbiamo condotto 18 interviste con il personale medico sul tema della salute sessuale e riproduttiva presso tre "Case della Sanità" (Capodistria, Isola e Pirano) e all'ospedale di Isola. In particolare, sono state effettuate 3 interviste in profondità con ginecologi (Case della Sanità e ospedale), 4 interviste con ostetriche nel reparto maternità, 2 con infermiere del reparto maternità e tre interviste di gruppo con 9 infermiere domiciliari del c.d. "servizio di patrocinio" (a Capodistria, Isola e Pirano). È stato effettuato un colloquio telefonico con l'ambulatorio *pro bono* di Lubiana; sull'analogo ambulatorio di Capodistria sono state ottenute informazioni da parte della direzione della Casa della Sanità di Capodistria. Nello stesso periodo sono state effettuate inoltre 9 interviste in profondità con donne migranti provenienti da India, Filippine, Ucraina, Russia, Thailandia, Indonesia, Azerbaigian e Bosnia (a settembre 2018 saranno intervistate anche donne della comunità albanese).

Le interviste con le donne migranti si sono svolte in una varietà di situazioni per lo più informali, che esse stesse hanno scelto (casa, locale, luogo di lavoro, ecc.), mentre le interviste con gli operatori sanitari si sono svolte sul luogo di lavoro. Le interviste con le migranti sono state condotte principalmente in sloveno, in inglese o in una combinazione di entrambe le lingue. Tra le migranti intervistate, una minoranza ha cittadinanza slovena e le restanti lo status di straniere legalmente residenti in Slovenia. La traccia per le interviste alle donne migranti è composta da domande pre-strutturate, che coprono le seguenti aree: famiglia e cultura di origine, matrimonio, vita di coppia e figli, integrazione, lingua, assistenza sanitaria, salute riproduttiva, discriminazione, ecc. Nel caso del personale sanitario le domande riguardano i seguenti argomenti: relazione e lavoro con le donne immigrate, lingua di comunicazione, casi tratti dalla realtà lavorativa, differenze culturali, conoscenza del sistema di assistenza sanitaria e altro. In media, le interviste sono durate 1 ora e mezza; le conversazioni sono state registrate e trascritte. Prima di iniziare le interviste, tutti gli informatori hanno avuto la possibilità di consultare il codice etico e sono stati informati sullo svolgimento, sugli obiettivi e sulle finalità della ricerca, nonché riguardo alla protezione dei dati e alla privacy. La partecipazione era volontaria e poteva essere interrotta dagli intervistati quando volevano.

4.3. *Principali risultati*

I risultati della ricerca, che si concentra sulle donne migranti in Slovenia e sulle problematiche della loro salute riproduttiva e sessuale, sono molteplici e complessi, e confermano pienamente i risultati dei precedenti studi già citati, secondo i quali i problemi centrali dei migranti all'interno del sistema sanitario sloveno sono: (1) le barriere linguistiche, (2) le competenze interculturali e (3) le (nascoste) pratiche discriminatorie/atteggiamenti da parte del personale medico. Nel nostro studio di caso sono stati evidenziati come rilevanti anche: (4) il problema della conoscenza del sistema di assistenza sanitaria e l'accesso ai servizi sanitari, e (5) l'importanza dei legami sociali in Slovenia e nei paesi di origine.

4.3.1 *Comunicazione, barriere linguistiche e interpretariato*

- In Slovenia, l'interpretariato nel campo della salute sessuale e riproduttiva non è regolamentato in modo sistematico né giuridicamente vincolante.
- La risoluzione dei problemi di comunicazione è affidata al singolo operatore sanitario e alle stesse donne migranti e alla loro inventiva.
- Le difficoltà di comunicazione creano disagio sia ai migranti che agli operatori sanitari.
- Il gruppo di migranti individuato come maggiormente problematico per le difficoltà linguistiche e di comunicazione nel corso della ricerca è rappresentato dalle donne albanesi.
- La comunicazione inefficace e/o inadeguata può portare a errori o problemi nel trattamento o nelle procedure mediche.
- Le migranti che non comprendono lo sloveno spesso non riescono a ottenere informazioni complete (ad es. sullo svolgimento delle cure o del parto) e, di conseguenza, non possono beneficiare di alcuni servizi per la salute (ad esempio, l'analgia epidurale).
- La necessità di introdurre mediatrici interculturali è considerata una questione chiave.
- A causa della mancanza di conoscenza della lingua, le donne migranti che non parlano sloveno sono escluse dall'assistenza in gravidanza (ad es. il corso pre-parto) ed è ridotta l'assistenza durante il parto (accesso all'analgia epidurale e altre forme di analgesia) e e dopo (ad es. accesso a informazioni complete).
- Sarebbe urgente introdurre un interprete nei corsi pre-parto o organizzare corsi pre-parto in lingue straniere (es. Inglese e albanese).
- I documenti amministrativi, gli opuscoli e i moduli per il consenso informato sono disponibili solo in sloveno. È necessaria la loro traduzione in diverse lingue straniere. In questo contesto (specialmente nel caso del consenso informato), è importante anche il problema di possibili cause legali.
- Una comunicazione incompleta, inefficiente e inadeguata tra donne migranti e operatori sanitari causa l'esclusione sociale, l'emarginazione e la stigmatizzazione dei migranti, e contribuisce a instaurare rapporti di potere ineguali tra donne migranti e operatori sanitari.

4.3.2 *Differenze interculturali e competenze interculturali*

- Sebbene negli ultimi anni le competenze interculturali nell'ambito dell'assistenza sanitaria siano state oggetto di un'attenzione particolare, il personale medico non ha ancora molte conoscenze in questo campo.
- La mancanza di competenze interculturali tra il personale medico è evidenziata sia dai migranti sia dagli operatori sanitari.
- L'importanza dell'empatia interculturale è particolarmente importante.
- I dipendenti del sistema sanitario sloveno dovrebbero ricevere informazioni di base sulla cultura, sui valori e sugli usi delle culture di origine delle loro pazienti, con particolare attenzione

per gli aspetti della salute sessuale e riproduttiva (in forma di opuscoli e/o lezioni).

- Nel trattamento delle donne migranti, una particolare sensibilità, nel contesto della salute sessuale e riproduttiva, dovrebbe essere dedicata alle questioni relative all'atteggiamento verso il corpo, la privacy e le relazioni di genere.
- Anche in questo contesto, viene sottolineata l'importanza dell'introduzione e della presenza di mediatrici interculturali.

4.3.3 Stereotipi etnici, pregiudizi etnici, nazionalismo, "razzismo" e pratiche discriminatorie

- Pratiche di trattamento discriminatorio sono presenti anche tra gli operatori sanitari che lavorano nel campo della salute sessuale e riproduttiva delle donne.
- È necessaria maggiore consapevolezza degli operatori sanitari sulle pratiche di trattamento discriminatorio, aumentando la sensibilità interculturale e riducendo i pregiudizi interculturali e gli stereotipi (conferenze, corsi, laboratori).
- Esaminare le possibilità e l'opportunità di introdurre protocolli di trattamento adeguati alle specificità culturali delle migranti (es. ginecologa donna, presenza di infermiere durante la visita ginecologica, rispetto delle specificità culturali durante il parto e altro).
- Anche in questo contesto viene sottolineata l'importanza della presenza di mediatrici interculturali, che potrebbe avere un effetto chiave sulla riduzione delle pratiche discriminatorie.

4.3.4 Conoscenza del sistema sanitario e dei diritti e accesso ai servizi sanitari

- I migranti spesso mancano di informazioni su opzioni e diritti nel campo dell'assistenza sanitaria.
- Dal momento che l'assistenza sanitaria in Slovenia è legata al lavoro della migrante o di suo marito (e quindi all'assicurazione obbligatoria), le migranti sono un gruppo sociale più vulnerabile in questo contesto.
- A causa della mancanza di informazioni (e della scarsa o nulla conoscenza della lingua), sono spesso escluse dalle cure prenatali fornite istituzionalmente, e in parte anche da quelle postnatali.
- Essendo poco informate, per le donne migranti è più difficile l'accesso anche ai servizi sanitari nel campo della salute sessuale e riproduttiva (scuola materna, partoanalgesia, posizioni da tenere durante il parto, ecc.).
- C'è bisogno di informazioni scritte su diritti e opportunità nelle lingue delle migranti.
- Un grosso problema è rappresentato dai tempi d'attesa.
- L'importanza e il ruolo dello status socio-economico causano differenze di accessibilità alla qualità e rapidità dei servizi sanitari da parte delle donne migranti.
- Le migranti che non hanno un'assicurazione sanitaria di base evitano i servizi sanitari "non urgenti".

4.3.5 L'importanza dei legami sociali nel garantire la salute riproduttiva delle donne migranti

- L'esistenza di una rete sociale in Slovenia e nel paese di origine è un'importante fonte di supporto, di informazione e di una più facile integrazione nel nuovo ambiente culturale e sociale.
- L'esistenza di contatti e reti sociali in Slovenia costituisce per la migrante un fattore che permette un più efficace accesso ai servizi sanitari connessi alla salute sessuale e riproduttiva.
- Le migranti che non hanno una rete etnica ampia in Slovenia e non sono integrate in una più ampia comunità etnica (come spesso è, ad esempio, per le donne albanesi e bosniache) di-

pendono in larga misura dal marito, che nei primi anni rappresenta la loro principale fonte di informazione, supporto e mediazione tra loro e gli operatori sanitari.

- Le migranti che non hanno legami sociali e non sono integrate nella rete della più ampia comunità etnica rappresentano un gruppo più vulnerabile, sia in termini di salute riproduttiva che mentale.

Riferimenti bibliografici

- Acevedo-Garcia, Dolores, Emma V. Sanchez-Vaznaugh, Edna A. Viruell-Fuentes, and Joanna Almeida. 2012. "Integrating Social Epidemiology into Immigrant Health Research. *Social Science & Medicine* 75(12):2060-68.
- Bofulin, Martina and Bešter, Romana (2010): Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: Medvešek, Mojca and Bešter, Romana (ur.): Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani? Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji. Inštitut za narodnostna vprašanja, Ljubljana.
- Ioannidi-Kapolou, Elizabeth (2007) »Health Barriers and Inequities for Migrants.«V Y. Apostolopoulos in S. Sonmez (ur.) *Population Mobility and Infectious Disease*. New York: Springer, 41-54.
- Jazbinšek, Simona and Palaić, Tina (2009): Zdravje - človekova pravica? Prosilke in prosilci za mednarodno zaščito. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 238, *Horizont bojev: na lateralah, mejah in marginah*, str. 154-162.
- Ličer, Zlata (2012): Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo. *Socialno delo*, letnik 51, številka 1/3, str. 55-64, 206, 212.
- Ličer, Zlata (2005). *Socialni vidiki varovanja reproduktivnega zdravja žensk*. *Socialno delo*, letnik 44, številka 6, str. 377-385.
- Lipovec-Čebtron, Uršula (2017): Ko nujno postane nenujno: raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Slovenije. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva*, 57, No. 1/2, pp. 54-64.
- Lipovec-Čebtron, Uršula (2010): The construction of a health uninsured: people without medical citizenship as seen by some Slovene health workers. *Stud. ethnol. Croat.*, vol. 22, str. 187-212.
- Lipovec-Čebtron, Uršula (2009): Od kulture nezaupanja do selektivnega sočutja: prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v slovenskem zdravstvenem sistemu. *Časopis za kritiko znanosti*, 37, 235/236, str. 190-203.
- Mikuš-Kos, Anica (1996): Zdravje migrantov in beguncev. V: Kraševac-Ravnik, Ema ur.: *Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji*. Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, Slovenska fondacija, Ljubljana.
- Rajgelj, Barbara (2012): Vpliv delovnopravnega, državljanskega in družinskopravnega statusa na neenako obravnavo v zdravstvenem zavarovanju. *Zdravstveno varstvo*. *Slovenian journal of public health*, 51(1), 43-52.
- Vah, Jevšnik, Mojca (2016): "Toliko je izgubljenega s prevodom!": izkušnje zdravstvenih in strokovnih delavcev ter delavk z obravnavo migrantk, žrtev nasilja v družini. V: Cukut, Krilić, Sanja, Knežević, Hočevar, Duška (ur.): *Zdravstvo - pomemben člen pri preprečevanju nasilja v družini: zbornik*. Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana, str. 33-37.
- Roter, Debra L., Hall, Judith A., Katz, Nancy R. (1987): »Relations between Physicians' Behaviors and Analogue Patients' Satisfaction, Recall, and Impressions« *Medical care*, 25, 437.
- Sarver, Joshua in Baker, David, W. (2000): »Effect of Language Barriers on Follow-Up Appointments after an Emergency Department Visit«. *Journal of general Internal Medicine*, 15(4): 256-264.
- Stewart, Moira A. (1984): "What is a Successful Doctor-Patient Interview?" A Study of Interactions and Outcomes". *Social Science and Medicine* 19(2): 167-175.
- Street, Richard, I. (1991): "Information-Giving in medical Consultation: The Influence of Patience' Communicative Styles and personal Characteristics". *Social Science & Medicine* 32(5): 541-548.
- Vah, Jevšnik, Mojca (2016): "Toliko je izgubljenega s prevodom!": izkušnje zdravstvenih in strokovnih delavcev ter delavk z obravnavo migrantk, žrtev nasilja v družini. V: Cukut, Krilić, Sanja, Knežević, Hočevar, Duška (ur.): *Zdravstvo - pomemben člen pri preprečevanju nasilja v družini: zbornik*. Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana, str. 33-37.
- (1977): *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok*, dostopno na <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408>.
- (1998): *Pravilnik o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*, dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59>.

APPROCCI SANITARI E BUONE PRATICHE NELL'ASSISTENZA ALLE DONNE MIGRANTI: L'ESEMPIO DELLA SLOVENIA

Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš, Urška Bogataj
Università del Litorale di Capodistria

1. Introduzione

Le credenze e le pratiche connesse con la 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 (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 ugualitaria 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 (Repo *et al.*, 2017). Repo *et al.* (2017) hanno identificato diversi fattori associati allo sviluppo delle competenze culturali, in particolare tra infermieri, come un più alto livello di istruzione, l'esperienza lavorativa, la 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).

¹ Gli autori desiderano ringraziare Jana Čelhar, RN, Manager Infermiera (Ospedale di Postumia), per il suo aiuto nell'organizzare il focus group e tutti i professionisti sanitari che hanno partecipato e hanno espresso la loro opinione sull'assistenza sanitaria multiculturale delle donne migranti.

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 alta 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 è 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.

2. Metodi

Il rapporto presenta i risultati preliminari di un'analisi qualitativa finalizzata all'esplorazione delle esperienze e delle percezioni degli operatori sanitari riguardo l'assistenza sanitaria alle donne migranti in contesti clinici.

Il design della ricerca è basato su un approccio qualitativo; in particolare è 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.

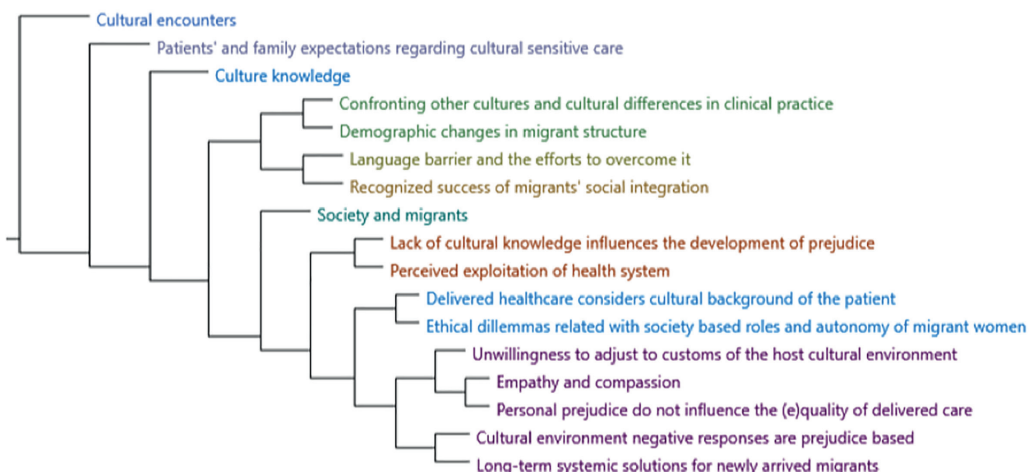
I dati sono stati raccolti utilizzando interviste semi-strutturate, audio-registrate e trascritte integralmente. La guida all'intervista si basava sugli obiettivi del progetto INTEGRA e includeva 11 domande principali (ad esempio, "Puoi parlarmi di come vedi i migranti in ambito clinico?", "Puoi parlarmi 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 infermieristici 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, Victoria, Australia). Le trascrizioni sono state analizzate con il metodo dell'analisi del contenuto, nello specifico dell'analisi tematica (Flick, 2002; Gibson and Brown, 2009; Matthews and Ross, 2010; Riessman, 2008; Sandelowski, 2000; Smythe, 2012). L'approccio della riduzione dei

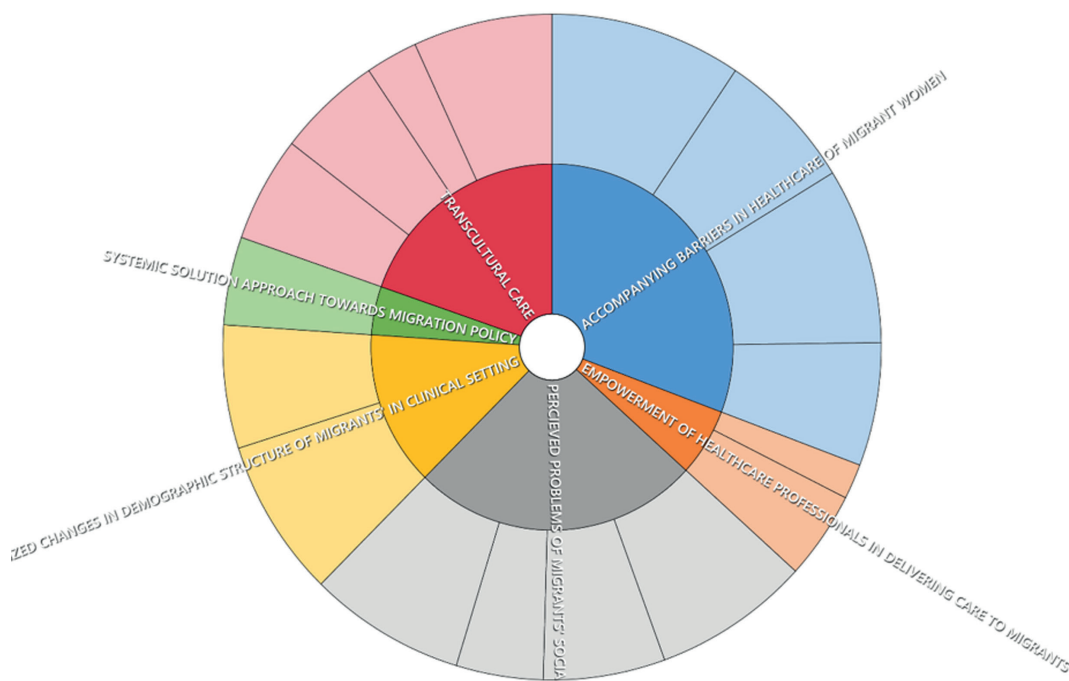
Fig. 2 - Casi raggruppati in base alla somiglianza di parole

Items clustered by word similarity



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 sottotemi preliminari identificati dall'analisi tematica

Temati	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 ad 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

4.1.1 Cambiamenti nella struttura demografica 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 in ambito clinico. 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; tuttavia questo sarà ulteriormente discusso di seguito.

4.1.2 Cura transculturale

Gli operatori sanitari hanno dimostrato molta compassione ed empatia nei confronti dei migranti e della loro situazione. Questi due elementi 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. Tuttavia è stato 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.

4.1.3 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 riportato da loro, 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 che incontrano 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 anch’essa 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 dagli operatori sanitari e che richiederà in futuro un’at-

tenzione particolare è costituita dai ruoli culturalmente determinati delle donne definiti 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 di un 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 simili dal contesto clinico, 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 nel 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 (conflitto culturale) e hanno confessato che questo 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.

4.1.4 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.

4.1.5 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 un'opinione secondo cui i migranti non hanno alcun desiderio di integrarsi (rifiutando 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 ad 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 uno di loro ha detto: “... tutto questo, nella loro cultura, funziona. Noi invece lo abbiamo completamente dimenticato.” Quando abbiamo ulteriormente elaborato, 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.”

4.1.6 Soluzioni sistemiche per le problematiche connesse con i 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).

5. 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 unici. 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 dalle 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 ope-

ratori 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. senza la subordinazione della donna, 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 ed 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).

5.1 Implicazioni per la pratica clinica

Il WP 3.1.2 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 INTEGRA venga incontro alle aspettative degli operatori sanitari, poiché al momento mancano almeno 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 nel WP 3.1.1: 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, et al. (2016) Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science* 8: 203-211.
- Anderson NLR, Andrews M, Bent KN, et al. (2010) Chapter 5: Culturally Based Health and Illness Beliefs and Practices Across the Life Span. *Journal of Transcultural Nursing* 21: 152S-235S.
- Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, et al. (2009) Perspectives on transcultural care. *Nurs Clin North Am* 44: 495-503.
- Bluff R. (2006) Interviewing in qualitative research. In: Cluet ER and Bluff R (eds) *Principles and practice of research in midwifery*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 221-242.
- British Sociological Association. (2002) *Statement of Ethical Practice for the British Sociological Association*. British Sociological Association,.
- Dreachslin JL, Gilbert MJ and Malone B. (2012) *Diversity and Cultural Competence in Health Care : A Systems Approach*, Somerset, UNITED STATES: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Flick U. (2002) *An introduction to qualitative research*, London: Sage.
- Gibson WJ and Brown A. (2009) *Working with Qualitative Data*, London: Sage.
- Hart PL and 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: 121-137.
- 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, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,.
- Matthews B and Ross L. (2010) *Research methods: A practical guide for the social sciences*, Essex: Pearsons Education Limited.
- Papadopoulos I, Shea S, Taylor G, et al. (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: 149-155.
- Prosen M. (2018) Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Slovenian Nursing Review* 52: 76-80.
- Prosen M, Karnjuš I and Ličen S. (2017) Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege. In: Rutar S, Čotar Konrad S, Štemberger T, et al. (eds) *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. Koper: University of Primorska Press, 139-153.
- Repo H, Vahlberg T, Salminen L, et al. (2017) The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *J Transcult Nurs* 28: 98-107.
- Riessman CK. (2008) *Narrative methods for the human sciences*, Los Angeles: Sage.
- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.
- Smythe E. (2012) Discerning which qualitative approach fits best. *New Zealand College of Midwives Journal* 46: 5-12.
- Taylor G. (2006) Migrants and refugees. In: Papadopoulos I (ed) *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 45-64.
- 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*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 25-44.
- 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: 2191-2194.

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

*Ornella Urpis*¹

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Trieste

Al fine di riconoscere le esperienze di successo e le professionalità del settore sanitario per la creazione di una cittadinanza attiva degli stranieri che aiuti a valorizzare e diffondere la buona sanità nel nostro Paese, sono state svolte alcune iniziative che hanno contribuito a conoscere le problematiche dalle voci degli operatori (per lo sviluppo delle Linee Guida) e un ascolto attento da parte di chi opera nel settore dell'immigrazione proprio perché lavorare in sanità con norme, percorsi e atteggiamenti per aumentare l'inclusione e la coesione sociale è il modo migliore per garantire la salute e prevenire i disagi e le malattie (Geraci, 2012).

Nel seguito sono riportati gli esiti di alcune attività, svolte sul territorio, che con modi diversi (interviste in profondità con gli operatori sanitari, focus group, incontri con le comunità di migranti e con loro esponenti, esperimenti con i mediatori culturali) sono state finalizzate all'individuazione delle problematiche delle donne e delle pratiche messe in atto per risolverle.

1. Le voci degli operatori

Nel corso dell'esecuzione del progetto sono avvenuti due incontri: il primo, a Trieste, fra i medici e collaboratori del progetto INTEGRA del Burlo Garofolo e del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali e tre medici dell'ospedale di Postumia, fra cui il primario di ginecologia; il secondo durante la presentazione ufficiale del progetto presso l'ospedale Burlo Garofolo, alla quale hanno assistito e partecipato alla discussione più di 50 operatori della salute italiani e sloveni.

Successivamente sono state condotte delle interviste in profondità e un incontro operativo fra medici e operatori della salute del Burlo (5 medici, una specializzanda in ostetricia, un'operatrice socio sanitaria, una dirigente sanitaria) e una ricercatrice del DISPES. Durante le interviste sono state raccolte le esperienze e le osservazioni (sotto forma di appunti o attraverso registrazioni) degli operatori.

Ciò che è emerso ha contribuito alla conoscenza reciproca, al confronto fra mondi diversi e fra esperienze diverse², che sinteticamente riassumiamo e accorpriamo in categorie per focalizzare i temi centrali dell'assistenza sanitaria alle popolazioni migranti riguardo alla distanza fra la cultura sanitaria e le culture "altre", le pratiche tradizionali sociali e le pratiche ospedaliere, il rapporto medico-paziente di fronte alle nuove sfide sociali, l'organizzazione dei servizi sanitari, il ruolo della mediazione interculturale, ecc.

L'incontro tra gli operatori sanitari e gli utenti stranieri induce a un cambiamento reciproco di comportamenti e atteggiamenti, spesso prodotto dalla diffidenza nei confronti della 'diversità', come risultato dell'esperienza transculturale (Ciancio, 2005). Ciò può indurre nel professionista difficoltà in merito alle proprie connotazioni culturali e l'esigenza di una profonda riflessione sui valori dell'assistenza, per interpretarla in relazione ai nuovi bisogni (El-Hamad e Pezzoli, 2005). Si tratta di una sfida stimolante per gli operatori della sanità, che comporta un arricchimento e un approfondimento delle dimensioni professionali che fanno riferimento alle scienze umane (Mottini, 2007).

¹ Si ringrazia il prof. Giorgio Porcelli per aver avviato i primi contatti sul territorio con le comunità islamiche; l'Associazione Giovani Musulmani d'Italia per i dibattiti sui temi del matrimonio e delle tradizioni patriarcali; la dott.ssa Fulvia Riccardi dell'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali Friuli Venezia Giulia IRES per l'osservazione sulla mediazione interculturale regionale; le mediatrici interculturali Soumia Erraj e Aminata Bangagne e l'Anof.

² Per un approfondimento vedi anche www.sociologiadellasalute.org.

1.1. Il rapporto fra la multiculturalità e le pratiche ospedaliere

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

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

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

1.3. Rapporti fra culture o sistemi culturali e pratiche mediche

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

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

1.4. Le relazioni fra il personale sanitario e le pazienti

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

1.5. Aspetti organizzativi e politiche sanitarie

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

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

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

2. I focus group e l'osservazione partecipante

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda l'attività di osservazione partecipante, invece, una particolare attenzione è stata dedicata al Centro Culturale islamico di Pordenone.

Il primo incontro è avvenuto presso la sede con l'Imam e alcuni membri del Consiglio direttivo, il secondo si è svolto sempre presso la loro sede in occasione della grande festa di fine anno della scuola di lingua araba: erano presenti all'incontro più di 500 persone. Durante le attività religiose la sede accoglie fino a 3.000 persone.

Il Centro culturale islamico è situato in via de la Comina 29. È un capannone industriale comperato nel 2009 grazie a un mutuo bancario che la comunità è riuscita in pochi anni a chiudere completamente.

Il Consiglio direttivo del Centro Culturale Islamico è formato da soli uomini, mentre nell'organizzazione dei Giovani Musulmani d'Italia sono presenti anche le donne che spingono verso il riconoscimento dei diritti delle donne e lottano contro la tradizione tribale delle mutilazioni dei genitali femminili e dei matrimoni forzati: *“non dobbiamo confondere la tradizione con il messaggio del Corano. Molto spesso gli uomini si appropriano di privilegi invocando la religione, ma è la loro tradizione, non la religione. Si confondono spesso i piani e ciò che viene praticato da molti uomini non è conforme al messaggio del Profeta”* (donna marocchina).

L'Imam afferma che spesso vengono trattati i temi del rispetto delle donne nell'Islam, anche se i casi di violenza dei fedeli non passano dalla giurisdizione nazionale, ma vengono trattati solo all'interno della comunità con l'aiuto della mediazione dell'Imam: *“Ci sono anche casi di violenza sulle donne e vengono a parlare con me ed io cerco di fare il possibile. Il problema è che qui molte persone non hanno una famiglia e quindi non sanno come fare quando ci sono dei problemi e per far tornare la pace nelle famiglie e allora vengono da me per chiedere consigli”* (Imam Hosny).

La presenza dell'Associazione dei giovani musulmani introduce temi di discussione e di ridimensionamento dei ruoli rispetto alla tradizione ancorata fortemente a modelli patriarcali. I giovani combattono la pratica dei matrimoni forzati e delle mutilazioni dei genitali femminili perché pratiche non conformi all'Islam.

3. Il laboratorio esperienziale con i mediatori interculturali

Il mediatore interculturale è diventato sempre più una figura chiave dei servizi socio-sanitari, sia nei confronti dei pazienti sia nei confronti degli operatori (Adinolfi, 2005; Baraldi 2013), al fine di creare un collegamento fra le diverse appartenenze culturali e le istituzioni del nostro Paese, in funzione della qualità dei servizi erogati e dell'integrazione (Crinali e Bestetti, 2000). Ricordiamo che in ospedale la mancanza della presenza del mediatore interculturale implica, in molti casi, l'impossibilità ad avere un rapporto diretto con il paziente. Infatti, quando manca questa figura le traduzioni alle pazienti straniere che non parlano italiano (che sono quelle più vulnerabili) sui temi della sessualità e della riproduzione avvengono grazie al marito o ai figli, con tutte le conseguenze psicologiche che possiamo immaginare.

In Italia la mediazione interculturale fece la sua comparsa agli inizi degli anni 90, quando si passò dalla fase di inserimento di singoli immigrati alla seconda fase del ciclo migratorio, ovvero all'accoglienza, alla stabilizzazione e integrazione di nuclei familiari.

Si assisteva, in quegli anni, a un sostanziale mutamento di ruolo e di status dei gruppi di immigrati, che passarono dalla condizione di “immigrati” a quella di “minoranza etnica”, implicando da parte

delle comunità minoritarie un progetto di stabilizzazione e una crescente consapevolezza politica e, da parte delle istituzioni italiane, un riconoscimento di diritti.

La mediazione interculturale prese avvio, prima in modo circoscritto e poi in modo sempre più diffuso, con una certa prevalenza nelle regioni del Nord del Paese. Furono proprio i centri del Nord a sperimentare l'utilizzo sui generis della nuova figura di mediatore. Era una partenza che aveva tutte le connotazioni della novità, della sporadicità dell'inserimento e della casualità nella scelta dei contesti di avvio dell'esperienza (Esposito e Vezzadini, 2011).

Rapidamente, però, presero forma iniziative di formazione e altre finalizzate a un utilizzo più ampio ed esteso di questa nuova figura professionale (Urpis, 2018).

Nel 2009 troviamo una proposta di legge delega presentata all'inizio di febbraio alla Camera da Aldo di Biagio, deputato PdL eletto nella Ripartizione Europa. Il testo ha tra i suoi firmatari esponenti di maggioranza e opposizione e venne illustrato nel corso di una conferenza stampa a Montecitorio.

Al governo si chiedeva di istituire con dei decreti legislativi l'*Albo dei mediatori interculturali* e l'*Albo delle associazioni di mediazione interculturale* e di armonizzare la normativa già esistente. La proposta prevedeva un percorso formativo, che coinvolgeva soggetti istituzionali e anche le parti sociali e quelle del terzo settore, ma la proposta non trovò consenso.

Ancora oggi non esiste una codificazione normativa nazionale e il conseguente profilo professionale della figura del mediatore interculturale è ancora incerto. La Regione Friuli Venezia Giulia, con la L.R.31/2015 "*Norme per l'integrazione delle persone straniere immigrate*", ha istituito l'*Elenco regionale dei mediatori culturali* per facilitare l'incontro fra domanda e offerta nell'ambito della mediazione linguistica e culturale e ha istituito inoltre dei corsi regionali di formazione professionale.

Per l'osservazione delle caratteristiche della professione della mediazione interculturale e per conoscere più da vicino la popolazione migrante, abbiamo utilizzato perciò le ore del corso regionale di formazione professionale (gestito a Trieste dall'IRES), per avviare un "laboratorio esperienziale". La traccia dell'intervista è servita come spunto per i diversi temi affrontati. Gli elaborati scritti dai mediatori sono diventati un materiale ricco e utilissimo per l'interpretazione della funzione del mediatore interculturale in situazioni complesse e dei problemi della loro formazione professionale.

Al laboratorio hanno partecipato 18 mediatori interculturali che frequentano il corso di formazione regionale: 8 maschi e 10 femmine, tutti con esclusione di uno sono nati all'estero, molti di questi sono stranieri, poiché non posseggono la cittadinanza. Un campione davvero interessante sotto diversi profili di analisi, poiché osservatori privilegiati della realtà dell'immigrazione, ma anche soggetti essi stessi di analisi, in quanto stranieri.

Accanto a domande sui temi più importanti della comunicazione interculturale, abbiamo messo in scena dei casi specifici per osservare le possibili azioni intraprese da parte dei mediatori nelle varie situazioni e per conoscere meglio la realtà della popolazione migrante grazie alle loro capacità d'intervento. Nell'osservazione partecipante durante le ore di lavoro sono stati raccolti utilissimi dati relativi alle difficoltà di approccio ai temi della violenza di genere e al metodo di mediazione, che è risultato diverso in ragione del sesso dei mediatori interculturali e della loro stessa integrazione nella realtà italiana.

Per quanto concerne le caratteristiche dell'organizzazione della formazione, abbiamo osservato che il corso è incentrato fondamentalmente sui diritti degli stranieri e della protezione internazionale, ma poco sui diritti delle donne, sul diritto di famiglia italiano, sulla mediazione tecnica in ambito ospedaliero, sulle caratteristiche della funzione sociale del mediatore interculturale in quanto "traghettatore" dei nuovi arrivati verso l'identificazione con la società italiana. Il mediatore infatti, così come ribadito nella letteratura, in quanto veicolo di integrazione dovrebbe integrare la popolazione migrante anche attraverso la conoscenza delle regole e dei valori, delle caratteristiche culturali e sociali della società di accoglienza. Molti degli intervistati dimostrano

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

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

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

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

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

il raggiungimento dell'autonomia personale, rispetto alla propria cultura che privilegia il senso comunitario, possiamo immaginare quanto può esserlo per una donna che proviene da mondi tradizionali improntati a modelli patriarcali.

Ma ovviamente le difficoltà non sono sempre così insormontabili e molto dipende dalla provenienza e vicinanza culturale e dall'atteggiamento personale. Anche l'appartenenza a una religione diversa può influire, ma sta nelle capacità delle persone di comprendere e di comprendersi a vicenda.

Riferimenti bibliografici

- Andolfi M. (2005), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Milano, Franco Angeli.
- Baraldi C. (2013), *I fondamenti della mediazione interculturale e del ruolo del mediatore*, Milano, Franco Angeli
- Cardano M., Ortalda F. (2016), *Metodologia della ricerca psicosociale*, Milano, UTET.
- Cefai D., "Qué es la etnografía? Debates contemporáneos. Arraigamientos, operaciones y experiencias del trabajo de campo", *Persona y sociedad*, 2013, XXVII (1): 101-119.
- Ciancio B (2005), "L'assistenza sanitaria e la diaspora sociale dell'Europa che cambia: gli infermieri e le minoranze etniche si stanno adattando?", *International Nursing Perspectives*; 5(1): 27-32.
- Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Crinali, Bestetti G. (2000), *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate*, Milano, Franco Angeli.
- El-Hamad I., Pezzoli M.C. (2005), "Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)", *Infermiere Oggi*; 15(2): 42-54.
- Esposito M., Vezzadini S. (2011) (a cura di), *La mediazione interculturale come intervento sociale*, Milano, Franco Angeli.
- Geraci S. (2012), *Migrazioni, salute e crisi*, Dossier Statistico Immigrazione, Roma.
- Mottini G. (2007), "I perché e i come di una medicina transculturale", *International Nursing Perspectives*; 7(1): 1-4.
- Urpis O. (2018), "Cultural diversity in complex societies and new integration strategies: the role of intercultural mediators in institutions", *POLIARCHIE / POLYARCHIES* (1): 90-105.

ALLEGATI

IL QUESTIONARIO INTEGRA

Le due versioni del questionario in lingua italiana e in lingua slovena si differenziano in parte perché sono state adattate secondo realtà territoriali diverse.

1. In quale Paese sei nato? SI 1 NO 2
2. Prima di venire in Europa, hai vissuto anche in qualche altro Paese del mondo? SI 1 NO 2
3. Se SI, in quale/i?
4. In quale provincia risiedi?

Pordenone	1
Udine	2
Trieste	3
Gorizia	4
Altra provincia italiana	5
Stato estero	6
5. Hai vissuto anche in altri Paesi europei? SI 1 NO 2
6. Se SI, in quali?
7. Da quanti anni vivi in Italia?
8. Quanti anni avevi quanto ti sei trasferita in Italia?
9. Di quali malattie ha sofferto la tua famiglia (nonni, genitori, fratelli/sorelle)?

Diabete	1
Polmonite	2
Tubercolosi	3
HIV	4
Sifilide	5
Altre malattie a trasmissione sessuale	6
Epattiti	7
Malattie del cuore (infarto, angina)	8
Pressione alta	9
Ictus	10
Malattie del fegato	11
Malattie del sangue (emofilia, talassemia)	12
Problemi della tiroide	13
Malaria	14
Nessuna	15
Altro	16
10. Da quante persone era composta la tua famiglia di origine?

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali
 UNIVERSITÀ TRIESTE
 Interreg ITALIA-SLOVENIA
 INTEGRA
 Progetto associato cofinanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
 European Regional Development Fund
 BURLO

Progetto INTEGRA

Referenti dott.ssa Federica Scrimin - dott.ssa Ornella Urpis

Il progetto INTERREG Italia-Slovenia INTEGRA si pone l'obiettivo di migliorare la salute delle donne migranti, favorire l'integrazione sociale e creare una rete transfrontaliera per le cure sanitarie.

*Il questionario è rigorosamente **anonimo** a somministrazione coadiuvata dal personale sanitario della struttura ospedaliera.*

**Ti ringraziamo per la disponibilità.
Il tempo che ci hai dedicato sarà prezioso per migliorare il nostro servizio!**

11. Tu padre aveva più mogli? Se Sì, quante?

12. Chi ha deciso il matrimonio dei tuoi genitori?

Parenti	1
Comunità	2
Loro stessi	3
Altro	4

13. Dove abitavi con la tua famiglia?

Villaggio	1
Paesino/paese	2
Città	3
Metropoli	4
Altro	5

14. Tua madre lavorava fuori di casa? SÌ 1 NO 2

15. Tu lavoravi quando vivevi nel tuo Paese di origine?

Sì, tutti i giorni	1
Sì, qualche volta	2
No	3

16. Qual è il principale motivo per il quale hai lasciato il tuo Paese e sei emigrata in Europa? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Cercare un lavoro	1
Seguire mio marito o i miei genitori	2
Dovevo sposare un uomo del mio paese che viveva qui	3
Volvovo curare la mia malattia	4
Ero perseguitata politicamente	5
Fuggire dalla guerra	6
Studio	7
Fuggire dalla fame e dalla miseria	8
Volvovo guadagnare ed emanciparmi	9
Per un futuro migliore per i miei figli	10
Subivo continue violenze fisiche	11
Fuggire alle mutilazioni genitali	12
Nella mia famiglia/comunità ero trattata male	13
Mi hanno portata qui con una finta promessa di lavoro	14
Altro	15

17. Hai la cittadinanza italiana? SÌ 1 NO 2

18. Se NO, quale titolo di soggiorno possiedi?

Motivi di lavoro	1
Motivi familiari	2
Motivi di studio	3
Per cure sanitarie	4
Per formazione e ricerca	5
Lungo soggiorno	6
Protezione internazionale/rifugiato	7
Motivi umanitari	8
In attesa di cittadinanza	9
In attesa di occupazione	10
Residenza elettiva	11
Altro	12

19. A quale gruppo nazionale (etnia o tribù) appartieni?

20. Puoi descrivere le principali caratteristiche culturali/tradizionali del tuo Paese di origine?

21. Quale è la tua religione?

Cattolica	1
Protestante	2
Musulmana	3
Buddista/zen	4
Suffista	5
Zoroastriana	6
Confuciana	7
Taoista	8
Ebraica/giudaica	9
Induista	10
Animista	11
Cristiano ortodossa	12
Gnostica	13
Nessuna	14
Altro	15

22. Quali scuole hai frequentato nel tuo Paese?

Nessuna	1
Scuola elementare	2
Scuola superiore	3
Università	4

23. Quanti anni hai?

24. Cosa avevi nel tuo Paese che ora ti manca? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

La famiglia	1
La solidarietà e l'aiuto della comunità	2
La libertà di parlare e di pensare	3
Un senso di sicurezza personale	4
Un senso di religiosità collettivo	5
La libertà di scegliere/di decidere	6
Un lavoro	7
L'autonomia economica/personale	8
Un sistema scolastico buono	9
Un sistema sanitario che mi dava fiducia	10
Altro	11

25. Che cosa hai trovato qui che non avevi prima? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

La famiglia	1
La solidarietà e l'aiuto della comunità	2
La libertà di parlare e di pensare	3
Un senso di sicurezza personale	4
Un senso di religiosità collettivo	5
La libertà di scegliere/di decidere	6
Un lavoro	7
L'autonomia economica/personale	8
Un sistema scolastico buono	9
Un sistema sanitario che mi dà fiducia	10
Altro	11

26. Nel tuo Paese i matrimoni sono organizzati dalle famiglie oppure ognuno è libero di scegliere chi vuole?

27. A quanti anni ti sei sposata?

28. In occasione del matrimonio cosa ha ricevuto in dono la tua famiglia da parte della famiglia dello sposo?

29. Sei stata promessa in sposa? SI NO

30. Se SÌ, da chi e a quale età?

31. Quanti amici italiani hai?

Nessuno	1
Uno	2
Qualcuno	3
Molti	4

32. Da chi hai ricevuto sostegno/aiuto per inserirti nella vita qui in Italia?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Parenti che vivono qui	1	2	3	4
Altre persone del mio Paese	1	2	3	4
Mio marito	1	2	3	4
Altri stranieri	1	2	3	4
Amici italiani	1	2	3	4
Mediatori interculturali	1	2	3	4
Persone che lavorano nelle istituzioni (ospedali, servizi sanitari, sportelli di informazione, sindacati)	1	2	3	4
Chiesa/associazioni cattoliche	1	2	3	4
Dalla mia comunità religiosa	1	2	3	4
Altro	1	2	3	4

33. Quanti amici italiani hai?

Nessuno	1
Uno	2
Qualcuno	3
Molti	4

34. Con chi vai dal medico o in ospedale?

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
Da sola	1	2	3	4
Accompagnata da mio marito	1	2	3	4
Insieme alle amiche	1	2	3	4
Con dei familiari	1	2	3	4
Con un mediatore	1	2	3	4
Accompagnata da mio/a figlio/a	1	2	3	4
Altro	1	2	3	4

35. Da quando sei emigrata, quanto è cambiata la tua vita riguardo a:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Rapporti con il marito/uomo	1	2	3	4
Vita quotidiana	1	2	3	4
Rapporti sessuali	1	2	3	4
Contraccezione	1	2	3	4
Conoscenza del proprio corpo	1	2	3	4
Conoscenze sul mondo	1	2	3	4
Relazioni sociali	1	2	3	4
Alimentazione	1	2	3	4

36. Da quando sei emigrata, quanto sono cambiati i tuoi pensieri su:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Il valore delle tradizioni	1	2	3	4
Il valore della famiglia	1	2	3	4
Il numero dei figli	1	2	3	4
Il controllo delle nascite	1	2	3	4
Il ruolo della donna	1	2	3	4
Il piacere sessuale della donna	1	2	3	4
La libertà di scegliere il proprio marito	1	2	3	4

37. Sai parlare l'italiano?

Per niente	1
Poco	2
Abbastanza	3
Molto	4

38. Se hai risposto "Poco" o "Per niente", ti interesserebbe frequentare un corso per impararlo meglio? SI 1 NO 2

39. Se hai risposto NO, perché?

.....

40. Se hai risposto SI, in quale luogo vorresti frequentarlo?

La scuola dei miei figli	1
Una associazione culturale	2
L'università	3
Una istituzione pubblica (azienda sanitaria, comune, etc.)	4
Un ente di formazione professionale	5
Una casa di amici	6
Chiesa o luogo religioso	7
Altro	8

41. Quale o quali lingue conosci?

42. In quale lingua parli con:

I tuoi figli (se hai figli)	_____
I tuoi parenti	_____
Tuo marito	_____
Con gli insegnanti (se hai figli)	_____
I tuoi amici	_____
Quando vai a fare la spesa	_____
Dal medico	_____

43. Da quanti membri è composta la tua famiglia ora?

44. Qual è la comunità di cui tu ti senti più parte?

Altri del mio Paese di nascita che vivono qui	1
Altri stranieri in generale che vivono qui	2
Comunità islamica	3
Comunità cattolica (chiesa)	4
Gruppi/associazioni di donne	5
Del Paese Italia	6
Nessuna	7
Altro	8

45. Quale lavoro fai? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Lavoro in casa (casalinga)	1
Operala	2
Insegnante	3
Ricercatore scientifico/università	4
Professionista	5
Impiegata	6
Servizi pulizie	7
Servizio agli anziani	8
Mediatore	9
Impiegata	10
Imprenditrice	11
Disoccupata	13
Altro	14

46. Hai un conto corrente bancario a tuo nome? SI 1 NO 2

47. Chi ti ha dato informazioni sulle leggi italiane?

48. Hai mai partecipato a qualche corso di formazione qui in Italia?

Corso di lingua italiana	1
Corso di formazione professionale	2
Corso universitario	3
Nessuno	4
Altro	5

49. Quando in famiglia bisogna prendere una decisione importante sui figli (o sulla vita della famiglia) di solito chi la prende?

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
Io da sola	1	2	3	4
Mio marito	1	2	3	4
Io e mio marito insieme	1	2	3	4
Io con i familiari che vivono qui	1	2	3	4
Io con i familiari che vivono nel Paese di origine	1	2	3	4
Io con i familiari di mio marito che vivono nel Paese di origine	1	2	3	4
Io con la comunità qui in Italia	1	2	3	4

50. Conosci bene la Costituzione Italiana?

Per niente	1
Poco	2
Abbastanza	3
Molto	4

51. Il diritto italiano prevede l'uguaglianza dei diritti/doveri tra gli uomini e le donne nella società. In cosa l'hai potuto notare?

.....

.....

52. Che cosa pensa tuo marito dell'uguaglianza dei diritti/doveri tra gli uomini e le donne nella società italiana?

.....

.....

53. Essere una donna straniera in Italia ti ha creato problemi? Se sì, puoi descrivere brevemente?

.....

.....

54. Come vedi le donne "Occidentali"?

.....

.....

55. Il cambiamento climatico e il cambiamento dello stile di vita hanno modificato il tuo stato di salute?

Nessun cambiamento	1
Insofferenza di nuove malattie	2
Diminuzione delle malattie	3

56. Se hai avuto nuove malattie, o non soffri più di alcune, di quali malattie si tratta?

.....

.....

57. Quali sistemi di contraccezione usavi nel tuo Paese di origine?

Pilola	1
Preservativo	2
Anello	3
Spirale	4
Implanto sottocutaneo	5
Cerotto	6
Puntura/iniezione (ormonale)	7
Metodi naturali (misurazione temperatura basale, osservazione del muco cervicale)	8
Altre sostanze	9
Astinenza	10
Niente	11

58. Qui in Italia hai avuto accesso a nuovi metodi di contraccezione?

SI 1 NO 2

59. Ora quali sistemi di contraccezione usi?

Pilola	1
Preservativo	2
Anello	3
Spirale	4
Implanto sottocutaneo	5
Cerotto	6
Puntura/iniezione (ormonale)	7
Metodi naturali (misurazione temperatura basale, osservazione del muco cervicale)	8
Altre sostanze	9
Astinenza	10
Niente	11

60. Se usi un contraccettivo tuo marito ne è a conoscenza? SI 1 NO 2

61. Tuo marito è d'accordo sulla contraccezione?

Completamente contrario	1
Un po' contrario	2
Disinteressato	3
Abbastanza d'accordo	4
Molto d'accordo	5

62. Hai figli? 0 1 2 3 4 5 6 7 più di 7

63. Vuoi avere dei figli o altri figli? SI 1 NO 2

64. Che tipo di tessera hai?

Tessera sistema sanitario nazionale	1
Tessera STP	2
Nessuna tessera	3
Assicurazione privata	4
Altro	5

65. Quando stai male o qualche tuo familiare sta male, dove o a chi ti rivolgi? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Ospedale, pronto soccorso	1
Medico di base	2
Amico/familiare	3
Consulorio	4
Leader religioso	5
Persona di riferimento per la salute nella comunità	6
Internet	7
Altro	8

66. Per quale motivo ti sei recata principalmente dal dottore/medico di famiglia? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Febbre/malattie infettive	1
Problemi renali	2
Problemi ginecologici	3
Problemi gastroenterici	4
Problemi dermatologici	5
Problemi traumatologici	6
Problemi bronco/polmonari (TBC)	7
Depressione	8
Problemi cardiaci	9
Problemi epatici	10
Altro	11

67. Per quale motivo ti sei recata invece in una struttura sanitaria/ospedaliera? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Febbre/malattie infettive	1
Problemi renali	2
Problemi ginecologici	3
Problemi gastroenterici	4
Problemi dermatologici	5
Problemi traumatologici	6
Problemi bronco/polmonari (TBC)	7
Depressione	8
Problemi cardiaci	9
Problemi epatici	10
Altro	11

68. Sei mai andata in un consultorio familiare? SI 1 NO 2

69. Sai che cos'è?

70. Quali medicine prendi? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Farmaci	1
Medicine omeopatiche	2
Erbe	3
Altro	4

71. Hai mai dovuto affrontare una interruzione di gravidanza? Se sì, dove?

72. Hai subito qualche forma di discriminazione all'interno delle strutture sanitarie?

73. Come ti sei sentita in ospedale in quel momento?

Maltrattata	1
Indifferenza	2
Accudita	3
Altro	4

74. Hai subito qualche forma di violenza all'interno delle strutture sanitarie?

75. Le persone che tu frequenti (della tua comunità) usano i diversi sistemi di contraccezione?

	SI	NO
Pillole	1	2
Preservativo	1	2
Anello	1	2
Spirale	1	2
Implanto sottocutaneo	1	2
Cerotto	1	2
Puntura/iniezione (ormonale)	1	2
Metodi naturali (misurazione temperatura basale, osservazione del muco cervicale)	1	2
Altre sostanze	1	2
Astinenza	1	2
Niente	1	2

76. Chi decide l'uso del sistema contraccettivo di solito fra le persone che conosci della comunità?

La donna	1
I familiari qui in Italia	2
I familiari che vivono nel Paese di origine	3
Il marito	4
Il leader religioso	5
La comunità	6
Altro	7

77. Quanti aborti volontari hai avuto nella tua vita?

78. Quali sono i principali problemi di comunicazione tra una paziente straniera e gli operatori sanitari?

79. I mediatori interculturali riescono a facilitare il rapporto?

80. Cosa sarebbe utile fare per migliorare il rapporto fra l'ospedale e le pazienti straniere?

.....

81. Nella etnia (o tribù) dalla quale discendi/appartieni si pratica l'escissione/infibulazione?

SI 1 NO 2

82. Se SI, a quale età?

83. Perché si fa secondo te?

.....

84. Il fatto di avere l'escissione/infibulazione e di risiedere qui in Europa allontana le donne dalla piena integrazione?

SI, abbastanza	1
SI, un poco	2
NO	3

85. Pensi che questa pratica tradizionale possa portare dei problemi alla salute sessuale e riproduttiva delle donne?

Problemi nei rapporti sessuali	1
Problemi uro-genitali	2
Problemi emotivi	3
Problemi durante la gravidanza/parto	4

86. In Italia la pratica dell'escissione/infibulazione è vietata dalla legge (anche portare le bambine all'estero per praticarla), secondo te viene fatta lo stesso?

SI 1 NO 2

87. Se fossi a conoscenza che qualche famiglia ha in progetto di "tagliare" la propria bambina, pensi che:

Sia meglio tacere	1
Sia meglio parlare con la famiglia	2
Sia meglio denunciare	3
Sia meglio parlare con la comunità	4
Sia meglio parlare con il pediatra	5
Sia meglio rivolgersi a	6

88. Tu sei stata tagliata? SI 1 NO 2

89. Se SI, a quale età?

90. Dove è successo?

91. Chi te lo ha fatto?

Un familiare	1
Una donna specializzata	2
Un uomo specializzato	3
Una infermiera/un sanitario	4
Un medico	5

92. Hai qualche ricordo?

.....

93. Che significato aveva per te farlo?

.....

Quali emozioni e sentimenti hai provato? (per esempio: felicità, paura, rabbia, orgoglio, terrore, shock, ansia, attesa, dolore, eroismo, impazienza, rassegnazione, impotenza, perdita dei sensi, stato confusionale, speranza, fiducia).

94. Prima dell'operazione:

.....

95. Durante l'operazione:

.....

96. Dopo l'operazione:

.....

97. Hai avuto dei problemi fisici dopo? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Cisti	1
Fistola	2
Dismenorrea/dolori addominali	3
Sterilità	4
Emorragie	5
Febbre	6
Shock	7
Difficoltà nel fare pipì	8
Difficoltà a trattenere la pipì	9
Formazione di cicatrici	10
Difficoltà nei rapporti sessuali	11
Cistiti	12
Difficoltà ad avere bambini	13
Altro	14

98. Hai avuto problemi psicologici dopo? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Ansia	1
Variazioni dell'umore	2
Depressione	3
Disturbi dell'alimentazione	4
Disturbi del sonno	5
Incubi	6
Difficoltà nella concentrazione e nel pensiero	7
Pensieri di morte	8
Paura/ansia del rapporto sessuale	9
Paura/ansia della maternità (gravidezza/parto)	10
Difficoltà nei rapporti sessuali	11
Altro	12

99. Quali sono i sentimenti che nutri nei confronti della famiglia che ha permesso che ciò avvenisse?

Comprensione	1
Giustificazione	2
Aggressività/confitto	3
Altro	4

100. Se hai avuto l'operazione da piccola, quando hai scoperto di "essere stata fatta" e di essere diversa dalle altre donne a cui non è stata praticata l'escissione/infibulazione?

Alla prima visita ginecologica	1
Quando sono venuta in Europa	2
Alla prima gravidanza	3
Al primo rapporto sessuale	4
Altro	5

101. Hai mai avuto gravidanze? Se sì, ci sono stati dei problemi? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Lacerazioni vaginali	1
Rottura d'utero	2
Taglio cesareo	3
Emorragie infezioni	4
Problemi al bambino	5
Altro	6

102. Tuo marito, tua madre, suocera o familiare ti hanno mai chiesto di farlo a tua figlia ora che vivi qui? Come reagisti a tale richiesta?

.....

103. Gli uomini che tu conosci che tipo di atteggiamento hanno rispetto a questa tradizione?

Sono contrari	1
Sono disinteressati	2
Vogliono che si mantenga la tradizione	3
Altro	4

104. Cosa dice la tua religione nei riguardi di questa pratica?

.....

105. Secondo te, che significato ha continuare questa tradizione in Italia?

Per essere accettati dagli altri in Italia	1
Per tradizione/abitudine	2
Per sapere chi siamo/per la propria identità	3
Per potere un giorno tornare a casa ed essere accettati	4
Altro	5

106. Le persone italiane con cui sei in contatto ti hanno mai fatto domande su questo? Chi in particolare?

Medici	1
Insegnanti	2
Amiche/conoscenti	3
Ostetriche/infermieri	4
Mediatori interculturali	5
Altro	6

107. Che atteggiamento avevano? (segnare con una crocetta sul numero, anche più risposte)

Curiosità	1
Pregiudizio	2
Imbarazzo	3
Comprensione	4
Altro	5

108. Che tipo di informazione e sensibilizzazione bisognerebbe fare in Italia per le persone provenienti dai Paesi dove è diffusa la pratica?

.....

109. Nel tuo paese che tipo di azioni si stanno facendo per contrastare la pratica?

.....

110. Qual è il contributo che tu potresti offrire alla lotta alle mutilazioni genitali femminili?

.....

