

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 (domicana, 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

¹ I risultati di queste attività di ricerca sono esposti in altra parte del presente rapporto.

² 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 1 a 25 anni e il resto (più di un terzo) 26 anni o più (due intervistate non hanno risposto).

La grande maggioranza delle intervistate (64) risiede a Trieste, 8 in provincia di Gorizia, solo una fuori dalla Regione e un'altra fuori dal Paese. L'84% non possiede la cittadinanza italiana e dunque il campione risulta abbastanza rappresentativo del fenomeno migratorio recente.

3. 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 una transazione, inversa alla dote, che implica il passaggio di beni della sposa, o del suo gruppo familiare, allo sposo o al suo gruppo familiare. Se il prezzo della sposa non è stato pagato i figli possono essere considerati membri del lignaggio materno anziché di quello paterno. Allo stesso modo, un legame matrimoniale non si può considerare scisso fino a che la famiglia della sposa non rimborsa il prezzo, riacquisendo in questo modo i diritti sul potere riproduttivo della donna. Il pagamento del prezzo della sposa ha infatti un ruolo centrale nello stabilire legami e alleanze tra gruppi familiari diversi ed è solitamente concepito come una compensazione per il trasferimento del potere riproduttivo della sposa dal proprio lignaggio di origine a quello del marito. Secondo Carla Pasquinelli (2007), studiosa dei temi delle mutilazioni genitali femminili, il *brideprice* non è il corrispettivo di una giovane donna qualsiasi, ma solo quello di una giovane mutilata; quindi il valore di una donna non è basato su qualità soggettive, ma su valori socialmente condivisi come la verginità, la purezza, la fecondità che nelle società africane, come quelle somale, eritree, del Corno d’Africa, sono garantite unicamente dall’escissione o dall’infibulazione. Due terzi delle donne intervistate (tolte le nubili e 5 che non hanno risposto alla domanda) dichiarano esplicitamente di non aver ricevuto nulla, altre fanno riferimento a “regali” e sono molto poche quelle che parlano di somme di denaro. I regali più comuni sono gioielli, oro e vestiti. Una donna afferma di aver ricevuto dai parenti dello sposo unicamente “affetto” ed è interessante la dichiarazione di una donna che afferma che non ha ricevuto niente perché: “... *ci siamo sposati con rito civile e questa cosa esiste solo per quello religioso*”, a significare che tanto più il matrimonio è associato a un rito e a una credenza religiosa, tanto più è connesso alle pratiche tradizionali di conferimento dei beni.

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. Adirittura 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
Contraccezione	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 (solo si dichiara non interessato).

I figli rappresentano il maggiore ostacolo per l'apprendimento linguistico: *“piacerebbe, ma con 4 figli non ho tempo per studiare”* (donna kosovara); *“ho 7 gravidanze, non ho tempo ma lo farà quando bimbi crescono”* (donna 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 familiare/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 Camerun).

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 basiliche”; “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 keniota, tutte di religione cattolica (la religione infatti non è determinante nella tradizione delle MGF); tutte hanno subito la pratica da bambine e tre addirittura a meno di 6 mesi.

La donna camerunese è scappata dal suo Paese per fuggire alla mutilazione e ha ottenuto uno status di protezione internazionale; infatti, è l'unica che risponde alla domanda "Le persone italiane con cui sei in contatto ti hanno mai fatto domande e se sì, chi?" e afferma la "Commissione europea".

Quasi nessuna delle rispondenti pensa che essere portatrice di una mutilazione impedisca la piena integrazione in Europa, anche se la maggioranza non sa rispondere.

Riguardo alla salute, le donne pensano che la pratica porta o può portare problemi principalmente nei rapporti sessuali, all'apparato 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 keniota che ha subito il taglio da bambina, ma afferma: "Nessun significato, non capivo", comunque le sensazioni che ha vissuto sono riconducibili a uno stato emotivo di "paura, terrore", accompagnati dalla "rabbia" e dalla "rassegnazione" dopo l'operazione. L'atteggiamento dichiarato è di "comprensione" nei confronti dei familiari che hanno permesso che ciò avvenisse e solo una donna del Camerun parla di "aggressività e conflitto".

Per quanto riguarda la salute, nessuna intervistata riferisce di aver avuto problemi fisici o psicologici dopo l'operazione (cfr. Morrone e Sannella, 2010).

La scoperta della mutilazione in coloro che sono state tagliate da bambine è sempre uno shock e i luoghi e i momenti sono molto importanti nel vissuto delle persone. Una nigeriana afferma di averlo scoperto "quando sono venuta in Europa", l'altra di averlo saputo "dal racconto di mia madre", l'altra nigeriana ancora "a scuola parlando con le altre bambine". Gli uomini per contro sono "disinteressati" a questi argomenti poiché li identificano con i problemi delle donne.

Sulle motivazioni emerge sempre il concetto di tradizione che nella percezione delle persone è così interiorizzato da risultare inconsapevole e al limite dell'incomprensibile: "si è sempre fatto così" (donna camerunese); "non so, è una cosa stupida che non capisco" (donna nigeriana), "una mia amica nigeriana ce l'ha, ma non so perché viene fatta" (donna camerunese), ma anche concetti che rapportano il ruolo della donna a fertilità e procreazione: "per tradizione, fanno un taglio un po' al clitoride per benedire la terra con il sangue. Si benedice la terra dove sono sepolti tutti i parenti" (donna keniota) (cfr. 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.

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.