



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
applicata

Corso di Laurea Magistrale in
Pluralismo culturale, mutamento sociale e migrazioni

Donne migranti e diritto alla salute:
il ruolo delle operatrici dei servizi in Lombardia

Relatrice:

Prof.ssa Angela Maria Toffanin

Laureanda:

Valentina Piantoni

Matricola n. 2078253

Indice

| | |
|---|-----------|
| Introduzione..... | 1 |
| PARTE I: Genere e migrazioni | 5 |
| 1. La ricerca scientifica sull'esperienza migratoria: il processo di categorizzazione delle persone migranti..... | 5 |
| 2. Le migrazioni femminili | 9 |
| 3. Uno sguardo intersezionale..... | 11 |
| PARTE II: Genere, migrazioni e salute..... | 13 |
| 1. Determinanti e disuguaglianze di salute | 13 |
| 1.1 La costruzione socioculturale della salute e della malattia | 13 |
| 1.2 Determinanti di salute nei processi migratori | 14 |
| 1.3 Partecipazione e condizioni lavorative delle donne migranti | 16 |
| 2. Diritto alla salute sessuale e riproduttiva..... | 19 |
| 3. Accesso e uso dei servizi sanitari | 24 |
| 3.1 Accesso ai servizi perinatali..... | 25 |
| 3.2 Controlli in gravidanza e medicalizzazione | 27 |
| 3.3 Ricorso all'IVG..... | 29 |
| 4. Violenza di genere | 33 |
| 4.1 Violenza nei paesi di transito | 33 |
| 4.2 Violenza istituzionale..... | 35 |
| 4.3 Violenza e servizi sociosanitari..... | 36 |
| 4.4 Centri antiviolenza | 39 |
| 5. Equità sanitaria e pratiche inclusive | 43 |
| 5.1 Mediazione linguistico-culturale | 46 |
| 5.2 Medical humanities e medicina narrativa | 49 |
| PARTE III: La ricerca qualitativa..... | 53 |
| 1. Metodologia..... | 53 |
| 2. Analisi delle interviste | 56 |
| 2.1 Barriere di accesso ai servizi..... | 57 |
| 2.2 Mediazione linguistico-culturale nei servizi per la salute..... | 60 |
| 2.3 Relazione con il personale medico..... | 62 |

| | |
|--|-----------|
| 2.4 Educazione alla salute e prevenzione..... | 67 |
| 2.5 Violenza | 68 |
| 2.6 Lavoro di rete tra i servizi | 70 |
| 2.7 Esperienza personale delle donne migranti..... | 71 |
| 2.8 Conclusioni e suggerimenti..... | 73 |
| Conclusioni..... | 77 |
| Bibliografia..... | 83 |
| Appendice..... | 85 |
| Interviste | 86 |

Introduzione

Questo lavoro nasce dal desiderio e dalla necessità personale di approfondire il tema della salute e del benessere delle donne, in particolare di quelle che hanno vissuto un'esperienza migratoria. L'obiettivo è quello di fornire un quadro conoscitivo utile a favorire l'empowerment delle donne attraverso l'offerta di servizi accessibili e inclusivi.

Con la persistenza dei flussi migratori verso l'Italia, emerge infatti il bisogno di garantire alla popolazione migrante una tutela effettiva del proprio diritto di salute. In questo contesto, le problematiche legate all'esercizio di tale diritto incidono in modo particolare sulle donne migranti, soprattutto in relazione alla salute sessuale e riproduttiva.

La domanda di ricerca di questo elaborato si concentra sull'analisi del sistema sociosanitario con cui le donne migranti si confrontano, indagando le modalità di accoglienza e le criticità che possono emergere nel garantire un accesso adeguato e inclusivo ai servizi, basandosi prevalentemente sulle rappresentazioni di operatori e operatrici esperti.

Per rappresentare in modo significativo il fenomeno in esame, si propone un approccio che consideri le dimensioni di migrazione, genere e salute. Da un lato, le persone migranti affrontano difficoltà specifiche legate al processo migratorio, che possono influire profondamente sulla loro salute; dall'altro, le differenze di genere influenzano non solo l'accesso ai servizi sanitari, ma anche l'esperienza stessa del benessere. La condizione di salute, quindi, è modellata da molteplici fattori sociali, economici e ambientali, che si sovrappongono e interagiscono tra loro. Ciascuna di queste dimensioni può generare forme di discriminazione che si influenzano reciprocamente, rendendo fondamentale un'analisi intersezionale per superare categorizzazioni rigide e riconoscere come migrazione, genere e salute si combinino in modi complessi, creando esperienze uniche per ciascuna persona. Questo approccio permette inoltre di sviluppare strumenti e politiche più inclusivi ed efficaci, in grado di rispondere ai bisogni diversificati delle persone migranti, in particolare di coloro che si trovano all'intersezione di più forme di discriminazione.

La scelta di approfondire, in questo contesto, il tema della violenza di genere è dettata dalla consapevolezza dell'impatto che essa ha sulla salute e lo stato di vulnerabilità in cui le donne migranti si possono ritrovare, a causa di elementi legati al processo migratorio stesso o di barriere che possono incontrare nel paese di arrivo.

La tesi è suddivisa in tre capitoli. Il primo capitolo introduce il tema delle migrazioni femminili, evidenziando come il genere influisca non solo sull'aspirazione e la capacità di migrare, ma anche sulle modalità in cui viene vissuta l'esperienza migratoria. Viene poi introdotto il concetto di intersezionalità, che permette di portare alla luce condizioni di marginalizzazione spesso invisibili, evidenziando i molteplici livelli di discriminazione che possono emergere dall'interazione tra diverse dimensioni identitarie, esperienze di vita – come le migrazioni – e risorse disponibili.

Il secondo capitolo approfondisce gli aspetti ritenuti fondamentali per la salute delle donne migranti. Il processo migratorio si articola in diverse fasi, ognuna delle quali presenta fattori che possono incidere significativamente sul benessere e la salute delle persone. Per le donne, i determinanti sociali legati alla migrazione possono limitare in modo sostanziale l'accesso alle cure sanitarie. Queste limitazioni riguardano la comprensione, l'accettazione e, infine, la disponibilità dei servizi.

La centralità del tema della salute sessuale e riproduttiva, e la priorità a essa riservata, si spiegano attraverso la molteplicità dei diritti a essa collegati e i numerosi fattori che vi si intrecciano. Tra questi, il diritto di vivere esperienze sessuali appaganti e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza, di avere un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come il diritto a decidere se e quando riprodursi.

La violenza subita ha un impatto significativo sulla salute: diversi studi (Romito, Folla e Melato, 2016) hanno identificato alcuni sintomi come possibili segnali di violenza di genere, passata o attuale. Alcune analisi (Baraldi, Barbieri e Giarelli, 2008) hanno approfondito in particolare i processi di somatizzazione vissuti dalle donne migranti, mettendo in luce specifiche difficoltà legate alla migrazione stessa, oltre che a problemi socioeconomici e linguistici. Ciò evidenzia l'importanza di una formazione specifica per il personale medico e sanitario, affinché possa riconoscere i segnali della violenza di genere e trattare ogni sintomo in una prospettiva olistica, tenendo in considerazione, allo stesso tempo, fattori biologici, sociali, psicologici e culturali.

A tal proposito, viene approfondito il tema della medicina narrativa, che si basa sulla capacità di riconoscere, comprendere e interpretare le storie di malattia e non solo, attraverso lo sviluppo di competenze quali empatia, fiducia e sensibilità. Questo approccio valorizza il racconto del paziente, rendendolo uno strumento essenziale per costruire un rapporto di fiducia e un progetto terapeutico efficace.

Infine, il terzo capitolo presenta la ricerca svolta: attraverso interviste di tipo qualitativo si è esplorato il rapporto tra le donne migranti e i servizi sociosanitari del territorio lombardo, con l'obiettivo di identificare le criticità esistenti e proporre soluzioni per migliorare l'accessibilità e l'adeguatezza dei servizi. Per questo scopo, sono state condotte dieci interviste semi-strutturate con operatrici e professioniste dei servizi sociali e sanitari, nonché due interviste con utenti di un centro di seconda accoglienza per donne vittime di violenza. In conclusione, l'analisi delle interviste offre una panoramica delle barriere strutturali che ostacolano l'accesso ai servizi per le donne migranti. Queste barriere includono sia limitazioni di natura burocratica e linguistica, sia ostacoli derivanti da pregiudizi culturali e da una sensibilità limitata nei confronti delle loro esigenze. Inoltre, emerge il ruolo cruciale svolto dai professionisti, i quali possono, a seconda dei casi, facilitare o complicare l'esperienza delle donne con i servizi.

La ricerca si propone di creare spazi di dialogo e riflessione, analizzando problematiche, esperienze e strategie adottate per migliorare l'accoglienza e l'integrazione delle donne migranti.

PARTE I: Genere e migrazioni

1. La ricerca scientifica sull'esperienza migratoria: il processo di categorizzazione delle persone migranti

Per cominciare, ho ritenuto importante proporre un'analisi della terminologia che si utilizzerà, data la difficoltà nel categorizzare esperienze di vita caratterizzate da dinamicità, cambiamento e continua risignificazione, oltre che dalla forte influenza delle mutevoli rappresentazioni sociali (Campani, 2000). Prendendo come riferimento il testo di Ambrosini (2020) vengono illustrate le varie dimensioni della condizione di persona immigrata e le diverse categorie generate dal sistema giuridico che disciplina la mobilità internazionale. Quest'analisi consente di mettere in luce l'eterogeneità della popolazione migrante e sottolinea l'importanza di considerare il fenomeno da prospettive multiple.

Una delle principali disuguaglianze contemporanee si manifesta attraverso le migrazioni, poiché il diritto e le opportunità di spostarsi tra paesi non sono distribuiti equamente. Inoltre, nei paesi di destinazione, le persone affrontano discriminazioni e incontrano ostacoli nell'accesso ai diritti, al lavoro e ai servizi in modo diseguale.

Nonostante la mobilità umana sia un fenomeno antico, definire chi sia una persona immigrata rimane complesso. Le definizioni variano, infatti, a seconda dei contesti giuridici, storici e politici. Per questo motivo è fondamentale riconoscere l'eterogeneità e la fluidità dei processi migratori. Con questo approccio di relatività e cautela, possiamo adottare come punto di riferimento la definizione di "immigrato internazionale" proposta dalle Nazioni Unite: "una persona che si è spostata in un paese diverso da quello di residenza abituale e che vive in quel paese da più di un anno" (Kofman et al., 2000, cit. in Ambrosini, 2020, p.17). La definizione include tre aspetti centrali: 1) uno spostamento territoriale; 2) l'attraversamento di un confine nazionale; 3) una dimensione temporale, fissata convenzionalmente a un anno. Tale definizione, sebbene utile, presenta delle limitazioni. Non considera, ad esempio, le migrazioni interne a uno stesso paese, come le

migrazioni dal Sud al Nord Italia, né le migrazioni stagionali. Esclude anche le seconde generazioni, nate nel nuovo paese ma ancora spesso considerate straniere dal punto di vista giuridico. Infine, la categoria non copre i discendenti di emigranti che possono recuperare la cittadinanza del paese d'origine senza essere classificati come immigrati. A questa difficoltà, aggiunge Ambrosini (2020), si somma una questione di rappresentazione sociale: nel linguaggio comune, il termine “immigrato” viene spesso utilizzato per indicare esclusivamente gli stranieri provenienti da paesi percepiti come economicamente meno sviluppati rispetto al nostro. Di conseguenza, il termine assume una connotazione negativa, identificando prevalentemente persone straniere in condizioni economiche svantaggiate che vivono in un paese diverso da quello d'origine.

Tale problema di definizione mostra come le migrazioni, in quanto “costruzioni sociali complesse”, vadano necessariamente

“inquadrate come processi, in quanto dotate di una dinamica evolutiva che comporta una serie di adattamenti e di modificazioni nel tempo, e come sistemi di relazioni che riguardano le aree di partenza, quelle di transito e quelle infine di destinazione, coinvolgendo una pluralità di attori e di istituzioni” (Ambrosini, 2020, p.19).

In questo contesto, un approccio costruzionista risulta utile, poiché rivela come la percezione delle migrazioni come problema o minaccia dipenda dal punto di vista di chi osserva e regola il fenomeno. Le leggi e le politiche migratorie creano una stratificazione della cittadinanza, con una piramide sociale che vede al vertice i cittadini nazionali, seguiti dai cittadini comunitari, e a mano a mano scendere verso i migranti irregolari.

Nel contesto delle crescenti regolamentazioni migratorie, emerge l'importanza di distinguere diverse categorie di immigrati, a seconda delle motivazioni che autorizzano il loro soggiorno e dei diritti che ne derivano. Le principali categorie sono le seguenti.

Immigrati per lavoro: rappresentano una delle categorie principali nelle migrazioni moderne. Di solito inizialmente ammessi per periodi limitati, senza familiari al seguito, tendono poi in ampia misura a stabilizzarsi e a ricongiungere i familiari. Si

occupano principalmente dei cosiddetti “lavori delle cinque P”: pesanti, pericolosi, precari, poco pagati, penalizzati socialmente.

Immigrati stagionali: lavorano in settori come l’agricoltura o il turismo, e la loro permanenza è limitata nel tempo. A differenza della categoria precedente, non hanno le stesse opportunità di stabilizzarsi nel paese o area in cui lavorano. Inoltre, si trovano a vivere in condizioni di precarietà, essendo spesso esclusi dal diritto di residenza a lungo termine e dal ricongiungimento familiare. Questo rende la loro posizione ancora più vulnerabile, con poche prospettive di integrazione.

Immigrati qualificati e imprenditori: sono figure altamente ricercate dalle economie avanzate e rappresentano una categoria favorita dalle politiche migratorie di molti paesi sviluppati. Le politiche migratorie di molti paesi sviluppati tendono a favorire questa categoria, concedendo visti più facilmente, permettendo ricongiungimenti familiari e offrendo migliori condizioni di vita. Questo contribuisce ad aumentare il divario tra loro e i lavoratori meno qualificati, sia in termini di condizioni lavorative che di integrazione socioeconomica.

Familiari al seguito: sono coloro che emigrano in quanto congiunti di immigrati entrati per lavoro e stabilmente insediati. Cresciuti negli ultimi decenni, rappresentano una delle principali ragioni di immigrazione regolare in molti paesi. Alle migrazioni familiari si collega il caso dei migranti di seconda generazione: di solito questo termine è inteso in senso ampio, così da comprendere tanto i figli di persone immigrate nati nel paese di arrivo, quanto quelli nati nel paese d’origine e ricongiunti in seguito.

Immigrati di ritorno: coloro che rientrano nei luoghi di origine dopo aver trascorso un periodo della loro vita in un altro paese.

Un caso particolare è quello dei **rifugiati e richiedenti asilo**. Il rifugiato è definito dalla Convenzione di Ginevra delle Nazioni Unite del 1951, come una persona che risiede al di fuori del suo paese di origine, che non può o non vuole ritornare a causa di un “ben fondato timore di persecuzione per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un particolare gruppo sociale, opinione politica”. Il richiedente asilo è una persona che attraversa un confine in cerca di protezione, ma non sempre rientra nei rigidi criteri stabiliti dalla Convenzione di Ginevra. Spesso, infatti, non riesce a dimostrare di essere il bersaglio diretto di una persecuzione specifica, oppure è in attesa che la propria domanda di asilo venga esaminata.

A questi si aggiungono, infine, figure come gli **immigrati in condizione irregolare** che, dopo essere entrati in maniera regolare, si sono trattenuti sul territorio oltre lo scadere dei permessi; i **clandestini**, coloro che attraversano il confine sprovvisti di documenti idonei; infine, le **vittime del traffico di esseri umani**. Queste categorie evidenziano l'impatto delle politiche migratorie restrittive.

La distinzione tra migrazione regolare e irregolare è spesso labile, a causa di frequenti sanatorie e provvedimenti di regolarizzazione che rendono mutevole lo status giuridico degli immigrati.

Si può quindi dedurre che i termini "migrante" e "immigrato" possono riferirsi a una molteplicità di situazioni rispetto alle esperienze di vita, alle identità rivendicate, alle fasi del percorso migratorio, agli status giuridici effettivi.

2. Le migrazioni femminili

Affrontare il tema delle migrazioni implica necessariamente considerare il genere delle persone che migrano. Solo adottando una prospettiva di genere è possibile comprendere appieno le dinamiche sociali, di potere e di genere che si intersecano nell'esperienza migratoria, sia nei luoghi di partenza che in quelli di arrivo. Questo sguardo permette di scoprire le specificità e le potenzialità peculiari dei flussi migratori femminili (Salmi, 2018).

In Italia, la femminilizzazione dei flussi migratori è oggi un fenomeno strutturale (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.142). Tuttavia, nei primi studi sull'immigrazione, il soggetto migrante rappresentato era prevalentemente di genere maschile. Le donne, se prese in considerazione, erano spesso raffigurate come “al seguito” dei mariti o familiari, con scarsa autonomia e ridotta capacità di influenzare i processi migratori nei quali erano coinvolte (Ambrosini, 2020, p.153). Oggi, la crescente visibilità delle donne migranti è legata sia all'aumento quantitativo della loro presenza nei flussi migratori, sia a un rinnovato interesse accademico verso il loro ruolo. Questo fenomeno può essere spiegato da due fattori principali: da un lato, l'incremento del ricongiungimento familiare che coinvolge un numero sempre maggiore di donne (Golini, Di Bartolomeo, 2010); dall'altro, il loro crescente inserimento nel mercato del lavoro. Tuttavia, questa partecipazione lavorativa evidenzia criticità rilevanti: le donne migranti sperimentano spesso condizioni di maggiore precarietà e minore protezione rispetto agli uomini (Tognetti Bordogna, 2012, pp. 11-12).

Le migrazioni femminili presentano caratteristiche diverse rispetto a quelle maschili, in termini di motivazioni, provenienze, progetti, aspettative e rischi. Il genere, inoltre, influisce sulle modalità con cui viene vissuta l'esperienza migratoria. Discriminazioni e razzismo, per esempio, si manifestano in modo diverso per uomini e donne, con quest'ultime spesso più esposte a forme di sfruttamento sessuale.

In questo contesto, l'identità di genere emerge come un fattore cruciale che incide significativamente su come la migrazione viene vissuta e sui problemi che le persone si trovano ad affrontare (Farina, Mura, Sarti, 2020, p.197). Il genere, in questo senso, rappresenta una forma di relazione sociale che si fonda sui significati attribuiti alle

differenze corporee e si traduce in una distribuzione diseguale di risorse materiali e simboliche (rielaborazione a partire da Scott, 1988, cit. in Toffanin, 2015).

Nonostante la sua importanza, la dimensione di genere è spesso trascurata nell'analisi delle migrazioni. Di conseguenza, le donne migranti non vengono riconosciute come una componente rilevante della questione migratoria, e la loro rappresentazione, tanto mediatica quanto giuridica, tende a essere confinata in una categorizzazione standardizzata di vulnerabilità. Questo approccio non solo rischia di alimentare la stigmatizzazione, ma, nella pratica, può ostacolare il raggiungimento dell'autonomia, un requisito fondamentale per l'esercizio pieno del diritto all'autodeterminazione (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, pp. 36-37).

Sebbene le variabili economiche e culturali siano fondamentali nell'analisi delle migrazioni femminili, è indispensabile riconoscere il ruolo del genere nel modellare le cause e le conseguenze di questi fenomeni. Nella società contemporanea, diventa fondamentale evitare che le differenze di genere si trasformino in disuguaglianze (Farina, Mura, Sarti, 2020, p.246).

Un approccio di genere consente di mettere in luce le disuguaglianze strutturali e di comprendere perché le donne vengano spesso rappresentate come una categoria “naturalmente” subordinata e vittimizzata (Toffanin, 2015).

Come osserva Calabrò (2017), a livello nazionale la ricerca ha dedicato ancora troppo poco spazio all'indagine delle strategie che le donne migranti adottano per riorganizzarsi, partecipare attivamente e progettare il loro futuro. Pocar (2020), inoltre, sottolinea la scarsità di studi che esplorano il legame tra l'integrazione delle donne migranti e l'esistenza o meno di politiche e normative volte a sostenerne l'inclusione economica, lavorativa e sociale (cit. in Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.26).

3. Uno sguardo intersezionale

Negli ultimi anni, grazie agli studi di matrice femminista, la letteratura internazionale ha evidenziato le differenze di genere nelle traiettorie migratorie e negli esiti dei processi migratori (Martinelli, 2003, cit. in Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023). Tali differenze sono spesso condizionate da una triplice oppressione basata su classe, genere ed etnia (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.26).

Il genere, infatti, non può essere analizzato come una categoria isolata, poiché è inevitabilmente interconnesso con altre categorie sociali. Questo concetto è al centro del dibattito sull'intersezionalità, che mette in guardia contro l'omogeneizzazione delle esperienze delle donne migranti (Farina, Mura, Sarti, 2020, p.191).

L'intersezionalità trae origine dal discorso femminista e antirazzista, con radici nel femminismo nero e nei movimenti antischiavisti del XIX secolo (Hearn, 2017). Il termine è stato formalizzato da Kimberlé Crenshaw nel 1989, la quale ha mostrato come le esperienze di discriminazione delle donne nere non possano essere comprese separatamente dal loro genere o dalla loro etnia.

La necessità di un approccio intersezionale diventa particolarmente evidente nel contesto normativo, dove le leggi antidiscriminatorie spesso non considerano l'interazione tra più fattori, rischiando di non riconoscere forme complesse di discriminazione.

Il dibattito sull'intersezionalità si sviluppa attorno al concetto di categorie sociali, con l'obiettivo di spiegare come privilegi e svantaggi associati all'appartenenza ai gruppi sociali associati a queste categorie si producano e riproducano nella realtà (Bello, 2020, cit. in Bonini, Mezzetti, Ortensi, 2022, pp. 279-280).

Il concetto di intersezionalità ha consentito, quindi, non solo un'analisi delle relazioni tra le categorie, ma anche di nominare una condizione rimasta a lungo nell'invisibilità, ponendo l'attenzione sui possibili fronti di discriminazione che possono derivare dalla relazione tra le diverse categorie in essere a ciascun individuo, come il genere, l'età, la religione, la nazione di appartenenza, la classe sociale, l'orientamento sessuale o l'abilità fisica, per nominarne alcune.

L'approccio intersezionale è fondamentale per comprendere le molteplici appartenenze e discriminazioni che attraversano le donne migranti, richiamando la

necessità di promuovere pari opportunità nell'accesso al lavoro, alla formazione professionale e ai servizi sociali. È importante riconoscere la complessità delle loro esperienze, abbandonando categorizzazioni riduttive e valorizzando i loro percorsi individuali di autodeterminazione (Fuggiano, 2021; Zorzella, 2020, cit. in Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.34).

Infine, l'adozione di una lente intersezionale nell'analisi delle discriminazioni non solo permette di uscire dalle categorizzazioni rigide, ma consente anche di sviluppare strumenti e politiche più adeguate a tutte le persone che vivono in condizioni di vulnerabilità (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.34).

In conclusione, affrontare il tema delle migrazioni richiede necessariamente di considerare il genere delle persone migranti. Solo adottando una prospettiva di genere è possibile comprendere appieno le dinamiche sociali e di potere che caratterizzano l'esperienza migratoria, tanto nei luoghi di partenza quanto in quelli di arrivo.

Il genere, tuttavia, non può essere analizzato in modo isolato, poiché è strettamente interconnesso con altre categorie sociali. Il concetto di intersezionalità consente non solo di esaminare le relazioni tra le varie categorie, ma anche di portare alla luce condizioni di marginalizzazione spesso invisibili, evidenziando i molteplici livelli di discriminazione che possono emergere dall'interazione tra diverse dimensioni identitarie.

L'approccio intersezionale è quindi essenziale per comprendere le molteplici appartenenze e forme di discriminazione che riguardano le donne migranti, evidenziando l'urgenza di promuovere pari opportunità nell'accesso al lavoro, alla formazione professionale e ai servizi sociali.

PARTE II: Genere, migrazioni e salute

1. Determinanti e disuguaglianze di salute

1.1 La costruzione socioculturale della salute e della malattia

La salute è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e come un diritto fondamentale di ogni essere umano (OMS, 1948, cit. in Corbisiero e Nocenzi, 2018, p.118).

Le scienze sociali a livello internazionale mostrano che “la distribuzione di salute e malattia all'interno di una società non è mai casuale, ma strettamente interconnessa alla posizione di una persona nell'ambito della stratificazione sociale” (Giarelli e Venneri, 2009, p. 405). Questa correlazione tra condizione sociale e livello di salute-malattia viene chiamata gradiente sociale. Da ciò derivano le disuguaglianze sociali di salute, che possono essere definite come “le differenze sistematiche di salute tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno di una società” (Ivi, p. 411, cit. in Delli Zotti, Urpis, 2020, p.36). Il tema delle disuguaglianze di salute è cruciale poiché consente di osservare le dinamiche sociali e di comprendere come le differenze sociali si distribuiscano fra gli individui. I diversi fattori che contribuiscono a determinare le disparità nello stato di salute degli individui sono noti come determinanti della salute (Tognetti Bordogna, 2012, p.144).

Nelle attuali società complesse, caratterizzate da multiculturalismo, anche le concezioni di salute e malattia fanno riferimento a criteri sempre più plurali. I contributi dell'antropologia medica contemporanea mostrano le differenti tradizioni mediche e mettono a confronto le varie prospettive in ordine al rapporto salute-malattia-terapia.

Viene in tal senso considerato il ruolo dei valori, delle norme, delle credenze dei vari gruppi culturali al fine di analizzare e comprendere i vari significati dati da ciascun gruppo alla salute e alla malattia. Tale fenomeno è soggetto a un'interpretazione interdisciplinare (biomedicina, bioetica, psicologia, antropologia, sociologia) che ne determina la complessità. Esso non può essere ridotto a un unico modello basato esclusivamente sulla percezione organica del “benessere” o “malessere”, ma va compreso

anche attraverso una costruzione culturale che coinvolge il contesto sociale di riferimento (Pasini, Picozzi, 2005). Di conseguenza, pur essendo la malattia una componente dal carattere universale in quanto esperienza umana, le credenze, le conoscenze e le pratiche che gli esseri umani mettono in atto nei suoi confronti sono culturalmente influenzate e socialmente costruite, differendo in base al contesto, ma anche in relazione al genere (Tognetti Bordogna, 2012). Le premesse avanzate nel capitolo precedente mostrano infatti la necessità di introdurre prospettive di analisi di genere rispetto alla salute poiché, anche in questo campo, uomini e donne, migranti e no, presentano caratteristiche e rischi diversi (Delli Zotti, Urpis, 2020 p.43).

1.2 Determinanti di salute nei processi migratori

L'impiego del concetto di determinanti della salute per riflettere sull'equità in ambito sanitario mette in evidenza i limiti della generica categoria di "persona immigrata" nella comprensione di questo fenomeno. Per analizzare correttamente le disuguaglianze di salute, è fondamentale distinguere i diversi percorsi migratori e le condizioni di permanenza degli individui. Come già accennato, la categoria di "persone immigrate" include soggetti con livelli di capitale culturale, sociale ed economico molto eterogenei, che influenzano in modo diverso il loro stato di salute.

Il processo migratorio comprende diverse fasi e fattori che influenzano la salute delle persone e che contribuiscono alla loro condizione di benessere. Tra questi possiamo distinguere: a) i fattori legati alla fase pre-partenza; b) le condizioni del viaggio; c) i fattori legati al contesto e alla comunità di arrivo. A questi tre gruppi di fattori relativi alle diverse fasi del processo migratorio si intrecciano le variabili sociodemografiche, come età, genere, livello di istruzione, capacità e risorse disponibili. Questi macro-fattori sono strettamente interconnessi; ad esempio, il livello di istruzione può influire negativamente sulla comprensione delle pratiche burocratiche e del funzionamento dei sistemi sanitari del paese di destinazione.

Tra i determinanti principali si distinguono i fattori esterni e interni agli individui. I fattori esterni comprendono le politiche migratorie che, attraverso misure sempre più

restrittive, contribuiscono ad alimentare il numero di spostamenti umani rischiosi, a cui si aggiungono le crisi economiche, ma anche le narrazioni di odio e la stigmatizzazione. I fattori interni, invece, includono aspetti individuali come età, genere e caratteristiche costituzionali della persona. L'influenza di questi elementi può limitare l'accesso a risorse fondamentali per la salute, come l'istruzione, condizioni di lavoro e di vita sicure, e un alloggio dignitoso (Corbisiero, Nocenzi, 2022, pp. 120-121).

Come afferma Lombardi (2018), le interconnessioni tra questa molteplicità di fattori consentono di comprendere la relazione tra migrazione, genere e salute (cit. in Delli Zotti, Urpis, 2020, pp.43-44).

Quanto detto limita anche i percorsi di accesso all'assistenza sanitaria, influenzati sia da diversi approcci, sia da diversi stili di vita e percezioni dello stato di salute all'interno della popolazione migrante (Corbisiero, F., Nocenzi, M., 2022, p. 120-121).

Come osserva Tognetti Bordogna (2012, p.146) le disuguaglianze legate alla mancanza di conoscenza del funzionamento del sistema sanitario o al suo mancato riconoscimento come risorsa di salute sono sempre più evidenti, specialmente tra chi proviene da contesti in cui le idee di salute e malattia differiscono da quelle del sistema sanitario del paese di arrivo. L'autrice sottolinea inoltre che queste disuguaglianze dipendono anche dalla qualità dell'assistenza offerta, dalle modalità di accesso ai servizi e dalle condizioni del trattamento ricevuto.

Tra le categorie sociali maggiormente a rischio di esclusione, la popolazione migrante mostra una correlazione ben documentata tra marginalità e uno stato di salute compromesso. Le persone che intraprendono un progetto migratorio, infatti, godono generalmente di buone condizioni di salute, necessarie per affrontare lo sforzo fisico e psicologico della migrazione. Tuttavia, le difficoltà di integrazione nel paese d'accoglienza, le esperienze traumatiche vissute, la separazione dalla rete familiare e amicale, la perdita delle reti di supporto sociale e i problemi di adattamento nel nuovo ambiente hanno un impatto significativo sulla salute fisica e mentale, mettendo a rischio il potenziale di salute di questi gruppi.

Anche la posizione sociale influisce sulla salute degli immigrati: gran parte della variazione nella salute in ragione dell'etnia può essere spiegata attraverso diversi standard di vita in relazione, per esempio, alla segregazione spaziale in aree deprivate, alla

concentrazione in occupazioni manuali non qualificate, o agli effetti psichici della discriminazione e dell'umiliazione.

Tra la popolazione immigrata è particolarmente rilevante il legame tra esclusione abitativa ed esclusione sociale, con importanti conseguenze sulla salute. Tuttavia, la carenza di dati sulle condizioni abitative impedisce di valutare la relazione tra salute e fattori di rischio come l'instabilità abitativa, la mancanza di condizioni igieniche adeguate, i problemi microclimatici dell'abitazione – come umidità, carenza di ricambio d'aria, scarsa luminosità –, il sovraffollamento e la collocazione in aree degradate.

Tra i problemi che affliggono la salute di persone immigrate in situazione di marginalità si riscontrano anche un'alimentazione squilibrata o povera di nutrienti essenziali, spesso dovuta alla difficoltà di adattamento a una tradizione gastronomica diversa, e alle limitazioni economiche.

Un'altra condizione di estremo disagio è rappresentata dalla detenzione carceraria, che espone a una serie di rischi per la salute, ostacolando l'accesso adeguato all'assistenza sanitaria.

Per molte donne immigrate, inoltre, la salute è gravemente compromessa dal fenomeno della prostituzione, che le espone a un alto rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili (Vannoni e Cois, 2004).

La salute delle donne, in particolare, risulta strettamente connessa al contesto e alle condizioni abitative e lavorative nelle quali sono inserite. Molte delle patologie e delle difficoltà che si riscontrano nell'accesso ai servizi derivano da condizioni lavorative gravose e usuranti, oltre che da stili di vita poco salutari, che impediscono alle donne di prendersi cura in modo adeguato della propria salute (Lombardi, 2008, cit. in Brambilla, Degani, Paggi e Zorzella, 2023).

1.3 Partecipazione e condizioni lavorative delle donne migranti

Da un lato, un grande problema e fonte di isolamento sociale delle donne immigrate è la mancanza di un'occupazione lavorativa (Delli Zotti, Urpis, 2020, p.184). Il lavoro retribuito, infatti, non solo fornisce un sostegno economico, ma è anche

fondamentale per negoziare il proprio ruolo sociale e i compiti di cura all'interno della famiglia.

Tra le donne straniere, più che tra le italiane, permane un modello di partecipazione al mercato del lavoro subordinato alle responsabilità familiari, anche nel caso di un elevato livello di istruzione. Tuttavia, questo dato nasconde una forte eterogeneità, soprattutto in relazione all'area geografica di provenienza: continuano a lavorare prima e dopo la nascita di un figlio il 18% delle donne africane, il 30% delle asiatiche e delle originarie dell'Europa centro-orientale, il 38% di quelle provenienti dall'America del centro-sud e il 53% delle italiane.

Queste differenze nei modelli di partecipazione al lavoro non possono essere ricondotte esclusivamente a fattori culturali: contano anche processi di ibridazione, integrazione e conflitto con le culture dei paesi di arrivo, oltre ai vincoli strutturali posti dal mercato del lavoro, dalle politiche migratorie e da quelle sociali. La vulnerabilità delle donne immigrate è incrementata dal loro status giuridico, in quanto costituisce una causa di discriminazione non solo nel mercato del lavoro, ma anche nel mercato immobiliare e nell'accesso ai servizi sociali e sanitari (Carchedi et al., 1999; Reyneri, 2007, cit. in Vianello, 2013). Le donne immigrate, infatti, guadagnano in media meno rispetto alla popolazione autoctona e presentano tassi di povertà elevati, anche quando hanno un'occupazione. Questo fenomeno è dovuto a una combinazione di domanda del mercato del lavoro, processi di declassamento e discriminazione, che tende a collocare le immigrate nelle fasce basse della stratificazione occupazionale, con scarse opportunità di mobilità ascendente.

Le condizioni svantaggiate nel mercato del lavoro, unitamente allo status migratorio e alle politiche di conciliazione famiglia-lavoro, rendono dunque difficile per molte donne mantenere un impiego retribuito intorno alla nascita di un figlio. Anche le politiche migratorie restringono fortemente i familiari ammessi al ricongiungimento contribuiscono a una “nuclearizzazione” della famiglia migrante, impedendo ai genitori di accedere a risorse di cura informali (Naldini, Caponio e Ricucci, 2019).

Per i lavoratori e le lavoratrici migranti la disoccupazione rappresenta quindi un evento critico, che può avviare un progressivo scivolamento economico e portare a una condizione di povertà cronica. Questo rischio non colpisce parimenti tutti gli individui, ma in particolar modo quelli più vulnerabili, come le madri sole (Vianello, 2013).

Dall'altro lato, la relativa facilità per le donne immigrate nel trovare occupazioni nel settore domestico-assistenziale, anche in mancanza di un regolare permesso di soggiorno, ha come contrappunto una perdurante difficoltà a uscirne per accedere a impieghi più qualificati. Questa situazione porta a due conseguenze principali. La prima è il consolidamento di uno stereotipo doppio, che combina elementi etnici e di genere, associando le donne immigrate esclusivamente a mansioni di cura. La seconda riguarda le scelte e le prospettive delle donne stesse: poiché il mercato del lavoro le ricerca principalmente per assistere gli anziani, accudire i bambini e occuparsi delle faccende domestiche, molte donne si adattano alla situazione rinunciando ad ambizioni di crescita professionale e di miglioramento sociale.

Un altro effetto significativo è l'alto tasso di violazioni contrattuali, abusi e sfruttamento. Il lavoro di cura comporta infatti rischi per la salute legati a segregazione e isolamento sociale, precarizzazione, mancato rispetto degli orari di lavoro e delle giornate di riposo, svalutazione sociale ma anche atteggiamenti violenti, razzisti e umilianti e, in alcuni casi, violenze sessuali. Questo espone le donne migranti impiegate nel settore domestico-assistenziale al rischio di sviluppare, ad esempio, problemi di ansia, depressione ed esaurimento emozionale (Redini, Vianello e Zaccagnini, 2020). In alcuni casi, tuttavia, l'informalità del settore può offrire vantaggi, come la possibilità di sviluppare relazioni positive con le datrici di lavoro nel contesto della convivenza, o di risolvere temporaneamente la questione abitativa (Toffanin, 2015).

In conclusione, la salute e la malattia sono condizioni la cui interpretazione dipende fortemente dal contesto culturale e sociale. Affrontare il tema della salute delle donne migranti richiede, dunque, anche una riflessione sulle differenze di genere nel campo della salute. Le donne, infatti, tendono a vivere più a lungo degli uomini, ma spesso in condizioni di salute più precarie. Questa vulnerabilità è accentuata dal doppio carico di lavoro, sia domestico che professionale, che grava su di loro. Inoltre, i rischi per la salute femminile vengono spesso sottovalutati, rendendo necessaria un'attenzione specifica ai loro bisogni sanitari per garantire un'assistenza completa e adeguata.

2. Diritto alla salute sessuale e riproduttiva

La filosofia insegna che la vulnerabilità afferisce alla generale condizione umana, essendo ogni essere umano potenzialmente esposto a rischi che possono minarne la sicurezza e la dignità, in dipendenza da svariati fattori. A questa multiforme e condivisa fragilità umana, il diritto, inteso come regolamentazione dei rapporti, può e deve dare risposta, per ripristinare o rendere effettivo il principio di eguaglianza, che trova espressione in vari strumenti internazionali, dalla Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948, alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali (CEDU) del 1950, alle varie Carte costituzionali nazionali, compresa quella italiana (Brambilla, Degani, Paggi e Zorzella, 2023, p.35).

Nell'ambito dei processi migratori, l'integrazione interculturale rappresenta una trasformazione profonda dell'assetto sociale, mirata a conciliare le differenze culturali con i diritti sociali fondamentali. Tra questi, il diritto alla salute occupa un ruolo centrale: a livello di prevenzione, cura e riabilitazione, esso giustifica la predisposizione di strutture e risorse adeguate a garantire la tutela dell'integrità psico-fisica dell'individuo e per rimuovere gli ostacoli che limitano l'esercizio dei diritti inviolabili della persona (Giarelli e Venneri, 2009).

La salute rappresenta, per uomini e donne, un bene essenziale e un diritto fondamentale che consente di essere soggetti attivi della società e cittadini a pieno titolo, indipendentemente dalla provenienza sociale o geografica.

La salute, inoltre, concorre a determinare la strutturazione dei rapporti sociali e consente all'individuo di essere tale, di intrattenere relazioni sociali e di sviluppare il proprio capitale sociale. Ciò diventa ancora più importante in riferimento a soggetti migranti, i quali basano il loro capitale economico, la loro possibilità di espletare e portare a buon fine il loro progetto migratorio sul patrimonio salute (Tognetti Bordogna, 2012, p.143).

Tra le esigenze connesse alla persistenza dei flussi migratori verso l'Italia, vi è dunque quella, particolarmente urgente, di garantire alla popolazione migrante la tutela effettiva del diritto di salute. Questa esigenza si intreccia inevitabilmente con la consapevolezza e l'analisi delle condizioni vissute dai cittadini stranieri nei loro percorsi

migratori. Tali condizioni rientrano tra i determinanti sociali in grado di generare nuove forme di disuguaglianza.

Le problematiche evidenziate relative all'esercizio del diritto alla salute riguardano in maniera statisticamente elevata le donne migranti in relazione ai profili di salute riproduttiva, legati a stretto nodo alla salute materno-infantile (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.132).

La letteratura si è concentrata prevalentemente sulla salute riproduttiva, sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e sulle malattie sessualmente trasmissibili, enfatizzando in gran parte la dimensione della riproduzione sociale. La tutela della salute delle donne immigrate non dovrebbe tuttavia essere circoscritta unicamente al loro ruolo di madri, poiché una tale prospettiva riduce la complessità dei loro bisogni e diritti. È essenziale promuovere studi più ampi e approfonditi che indaghino, per esempio, la salute mentale delle donne migranti, considerando gli effetti dello stress legato al processo migratorio, all'inserimento lavorativo, nonché le conseguenze di esperienze di abuso e violenza.

Diversi sono gli aspetti critici emersi da ricerche sulla salute delle donne straniere, tra cui la difficoltà di accesso a servizi di cura e prevenzione, il senso di isolamento per l'assenza di reti familiari e amicali, le usuranti condizioni di lavoro e ambienti abitativi inadeguati. I lavori di assistenza e di cura a tempo pieno, diffusi tra la popolazione immigrata femminile, impediscono di dedicare la giusta attenzione alla propria condizione di salute. Molte donne, inoltre, provenendo da paesi dove non vi è un adeguato sistema sanitario, spesso non sono pienamente consapevoli del proprio diritto alla salute e dei servizi sanitari a cui possono accedere (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.142).

Nel campo della salute riproduttiva, le indagini evidenziano diverse problematiche principali, tra cui l'alto numero di interruzioni volontarie di gravidanza, carenza di informazioni sulle pratiche contraccettive, gravidanze ravvicinate, nascite pretermine e basso peso alla nascita dei neonati. A ciò si aggiunge un'assistenza insufficiente nel percorso nascita, oltre a tassi di natimortalità e mortalità perinatale superiori rispetto a quelli rilevati tra i figli di donne italiane (Lombardi, 2005 cit. in Greco, 2017, p.41).

L'OMS (2006) definisce la sessualità come “un aspetto centrale dell’essere umano lungo tutto l’arco della vita; la sessualità comprende il sesso, l’identità e i ruoli di genere, l’orientamento sessuale, l’erotismo, il piacere, l’intimità e la riproduzione. La sessualità viene vissuta ed espressa in pensieri, fantasie, desideri, credenze, attitudini, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni. La sessualità è influenzata dall’interazione di fattori biologici, psicologici, sociali, economici, politici, culturali, etici, giuridici, storici, religiosi e spirituali.”

La salute sessuale presuppone un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di vivere esperienze sessuali appaganti e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza.

La salute riproduttiva è definita come lo stato di benessere fisico, mentale e sociale, correlato al sistema riproduttivo e alle sue funzioni.

Il diritto alla salute sessuale e riproduttiva, dunque, riguarda in concreto la possibilità che le persone vivano una vita sessuale soddisfacente e sicura, nonché la possibilità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto farlo (OMS, 2006).

A causa di determinanti sociali connessi alla migrazione – come la pregressa e/o attuale condizione di vittima di violenza, l’assenza nel paese di origine della diffusione di mezzi contraccettivi e di prevenzione delle malattie –, l’accessibilità per le donne migranti alle cure relative alla salute riproduttiva e materno-infantile può subire delle importanti limitazioni in punto di comprensione, accettazione e, infine, disponibilità delle stesse (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.132).

La dichiarazione dell’OMS (2006) sottintende anche il diritto di accesso a servizi sanitari appropriati che “permettano alle donne di affrontare la gravidanza e il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere un figlio sano” (Programma di azione del Cairo, par. 7.2, 1994).

I diritti sanciti da questa dichiarazione non sono però sempre garantiti, a causa delle interconnessioni tra i diversi fattori di disuguaglianza, come le condizioni socioeconomiche, la carenza di servizi per la salute e/o la difficoltà di accesso, le disuguaglianze di genere – a livello di istruzione, reddito, occupazione – e la mancanza di politiche di contrasto alle disuguaglianze (Delli Zotti, Urpis, 2020, p.39).

Dunque, se da un lato la normativa appare chiara, sia per quanto riguarda i presupposti in presenza dei quali un cittadino straniero abbia diritto all’iscrizione

sanitaria, sia nel precisare la durata della stessa, dall'altro si registrano ancora numerose problematiche e prassi difformi in diversi territori. In Italia, tale problematica si lega anche alla riforma del Titolo V della Costituzione avvenuta nel 2001, per effetto della quale la tematica della salute è suddivisa tra la potestà esclusiva dello Stato, cui compete la politica sull'immigrazione, e quella concorrente delle Regioni nelle politiche sull'assistenza sanitaria. Questo pendolo di competenze ha prodotto un'eterogeneità nell'offerta dei servizi, spesso differenti e difformi sui diversi territori regionali che si concretizzano in diseguaglianze nell'accesso ai servizi a danno della popolazione immigrata su base territoriale (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.134).

La società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ha indicato alcune tematiche specifiche da approfondire e da sviluppare per un'adeguata funzionalità dei servizi connessi al diritto alla salute delle donne migranti, tra cui l'integrazione dei determinanti di genere nell'analisi dei bisogni di salute delle cittadine straniere, lo sviluppo di una mediazione transculturale strutturata per favorire un'adeguata risposta ai bisogni di cure e un'analisi sulle modalità di applicazione della Legge 194/78 sull'interruzione volontaria di gravidanza (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.135).

La centralità del tema e, per l'effetto, la prioritaria attenzione riservata alla salute sessuale e riproduttiva si spiegano dunque alla luce della molteplicità dei diritti a essa collegati, oltre che ai fattori che con essa si intersecano, come il diritto di vivere esperienze sessuali appaganti e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza, di avere un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come il diritto a decidere se e quando riprodursi, nonché il diritto di accesso all'IVG. Durante la Conferenza su Popolazione e Sviluppo, svoltasi al Cairo nel 1994, è stato difatti sottolineato che l'eliminazione della violenza di genere e la garanzia per le donne di partecipare alle decisioni che riguardano la loro vita, promuovendo l'autodeterminazione individuale, rappresentano strumenti fondamentali per sostenere le politiche di sviluppo della popolazione e migliorare le condizioni di vita di ogni persona (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.139-140).

In conclusione, uno dei principali limiti nella tutela della salute delle donne migranti risiede nell'enfasi spesso esclusiva sulla loro funzione di riproduzione sociale, tutelata principalmente in questa dimensione. L'adozione di indicatori che si concentrano unicamente su salute riproduttiva, IVG e malattie sessualmente trasmissibili restituisce una visione parziale del ruolo delle donne migranti all'interno delle politiche sanitarie, dove vengono considerate più come garanti della riproduzione sociale che come lavoratrici o individui con bisogni propri. Tuttavia, questo tema riveste un'importanza cruciale che va oltre la riduttiva visione riproduttiva, abbracciando altri diritti fondamentali: il diritto di vivere esperienze sessuali appaganti e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza, di avere un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come il diritto a decidere se e quando riprodursi.

3. Accesso e uso dei servizi sanitari

L'accesso delle donne alle risorse pubbliche facilita l'acquisizione di una maggiore indipendenza e autonomia personale, offrendo loro un controllo più ampio sul bilancio familiare e sulle decisioni relative alla vita domestica. Inoltre, permette di favorirne l'inclusione sociale, poiché l'utilizzo di tali risorse contribuisce a modellare i comportamenti e a comprendere le regole, sia implicite che esplicite, della società ospitante. Allo stesso tempo, la presenza di nuove utenti nei servizi pubblici stimola un'evoluzione e un miglioramento dei servizi stessi. Di conseguenza, non è solo l'inserimento nel mondo del lavoro a promuovere una maggiore autonomia femminile, ma anche l'accesso ai servizi e alle risorse pubbliche gioca un ruolo fondamentale (Tognetti Bordogna, 2012, pp.142-143).

La presenza femminile nei processi migratori impone la necessità di sviluppare nuovi programmi e azioni specifiche nell'organizzazione e nell'offerta dei servizi, per evitare un divario eccessivo tra la loro disponibilità e la reale accessibilità dei diritti da parte delle donne migranti (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.142).

Come è già stato anticipato nei paragrafi precedenti, la cura delle donne straniere si lega in maniera inestricabile a specificità di genere connesse in particolare al loro percorso migratorio (Lombardi, 2005). Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano garantisce assistenza a tutti i cittadini, italiani e stranieri, presenti sul territorio nazionale (Toth, 2014). I cittadini comunitari, regolarmente presenti e in possesso della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), hanno diritto alle stesse prestazioni riservate ai cittadini italiani. Anche i cittadini extracomunitari con regolare permesso di soggiorno possono iscriversi al SSN. Inoltre, i cittadini, sia comunitari che extracomunitari, non in regola con le norme di ingresso o soggiorno, hanno comunque diritto, presso le strutture pubbliche e accreditate, a cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, inclusa la continuità delle cure in caso di malattia o infortunio (in Naldi, Caponio, Ricucci, 2019, pp. 133-134).

In caso di gravidanza, parto o aborto, le donne straniere non regolarmente residenti ricevono un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), che consente loro l'accesso a tutti i servizi pubblici relativi all'assistenza durante la gravidanza, al parto

e all'interruzione di gravidanza. Oltre a ciò, le donne in gravidanza ottengono un permesso di soggiorno temporaneo valido per l'intera durata della gestazione e per i sei mesi successivi al parto (Agenas, 2013, cit. in Delli Zotti, Urpis, 2020, p. 48).

3.1 Accesso ai servizi perinatali

Le donne migranti che arrivano in Italia sono prevalentemente in età fertile e presentano un'alta propensione alla maternità. Di conseguenza, è molto probabile che vivano l'esperienza della maternità nel paese di accoglienza, un percorso che comporterà inevitabilmente adattamenti sia materiali che simbolici.

Come messo in luce da una ricerca comparata tra Italia, Romania, Svezia e Regno Unito (Solera 2013, cit. in Naldini, Caponio e Ricucci 2019, p.87), un misto di barriere indebolisce l'accesso alle donne immigrate ai servizi legati alla maternità. Le principali cause individuate possono essere riassunte in diversi fattori: scarsa informazione sui propri diritti, difficoltà linguistiche, adesione a modelli di parto e maternità meno medicalizzati rispetto a quelli occidentali. A ciò si aggiungono prassi socio-sanitarie di stampo eurocentrico, che spesso faticano a riconoscere e rispettare concezioni diverse della salute, della maternità e dei rapporti di genere. Inoltre, vincoli di bilancio limitano l'assunzione di mediatori culturali, mentre ostacoli legislativi rallentano l'implementazione di riforme necessarie (Severino e Bonati 2010, cit. in Naldini, Caponio e Ricucci 2019, p.87).

Nell'analisi dell'accesso ai servizi materno-infantili emergono differenze significative legate anche alle diverse circostanze della migrazione. Quando una donna arriva in Italia per ricongiungersi con il marito, e può quindi contare su un supporto familiare, le sue esigenze di assistenza differiscono rispetto a quelle di una donna che migra in autonomia e si trova da sola, senza una rete di affetti o sostegno. In quest'ultimo caso, la mancanza di un supporto familiare rende necessaria una presa in carico più complessa e mirata, per rispondere adeguatamente alle sue esigenze di salute e integrazione (Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023, p.141).

Le politiche possono fare la differenza nel promuovere una cultura della salute e della cura più responsabilizzante e orientata a logiche di empowerment. Tra gli esempi citati da Naldini e Ricucci (2019) vi sono il progetto “Lo sapevi che...” attivato a Torino e finanziato dalla Regione e dal Comune, volto a informare le donne migranti sui servizi esistenti attraverso la formazione di animatrici sanitarie della stessa etnia (ispirato a un modello educativo “tra pari”); il progetto sulla salute nella moschea a Orebro (Svezia), ispirato all’iniziativa europea MFH (Migrant Friendly Hospitals), che organizza incontri nelle strutture sanitarie e nei luoghi delle comunità migranti (come le moschee, appunto) per promuovere il dialogo tra operatori socio-sanitari autoctoni, mediatori culturali e cittadini stranieri (Solera 2013, cit. in Naldini, Caponio e Ricucci 2019, p.88). Un’altra iniziativa significativa è quella dell’introduzione nel 2009 dell’Agenda di Gravidanza (AdG) dalla Regione Piemonte, distribuita gratuitamente presso circa 200 consultori del territorio a donne italiane e straniere in gravidanza. Essa rappresenta uno strumento per gli operatori sanitari per riportarvi i dati clinici da tenere monitorati e un mezzo informativo per la donna. Contiene infatti informazioni sulle opzioni assistenziali possibili per gravidanza, parto e puerperio, con l’obiettivo di agevolare scelte consapevoli, informazioni su azioni di protezione e prevenzione e sui diritti del lavoratore legati a maternità e paternità, suggerimenti su stili di vita consigliati, evidenze scientifiche. Inoltre, contiene 16 impegnative mutualistiche per gli esami di base, esenti di ticket e già firmati, utilizzabili presso laboratori e ambulatori pubblici. Questa mira a rifondare la collaborazione tra donna e servizi sociosanitari al fine di promuovere il diritto alla salute, una migliore assistenza e scelte consapevoli da parte della donna (Naldini, Caponio, Ricucci, 2019, p.136). Tuttavia, a circa cinque anni dalla sua introduzione, sono emerse alcune criticità nell’implementazione dell’AdG. In particolare, mancavano traduzioni nelle lingue delle principali comunità straniere, limitando l’accesso alle informazioni e rischiando di compromettere il raggiungimento degli obiettivi della politica.

Nell’ambito dell’implementazione del Percorso Nascita e dell’AdG presso gli ospedali di Torino, i consultori familiari hanno riacquisito un ruolo centrale. Essi forniscono informazioni e assistenza su temi come l’educazione sessuale, la procreazione responsabile, le visite ostetrico-ginecologiche, l’assistenza durante la gravidanza, la prevenzione di malattie congenite ed ereditarie e i corsi di accompagnamento alla nascita.

Le donne straniere rappresentano i due terzi delle assistite in gravidanza presso i consultori cittadini, ma costituiscono una minoranza tra le partecipanti ai corsi di accompagnamento alla nascita. Questa discrepanza è dovuta principalmente alla limitata conoscenza della lingua italiana. Per affrontare tale problema, le operatrici sottolineano l'efficacia di corsi dedicati esclusivamente alle donne straniere, organizzati con il supporto di mediatrici culturali. Tuttavia, si riscontra una carenza di mediatrici che possano supportare le operatrici e il personale sanitario sia nell'assistenza durante gravidanza e parto, sia nel migliorare la comunicazione medico-paziente.

Relazioni problematiche e incomprensioni linguistiche possono generare sfiducia reciproca; pertanto, porre attenzione agli aspetti comunicativi e relazionali è essenziale per garantire un accesso più equo e una qualità migliore dei servizi perinatali rivolti alle donne immigrate (Naldini, Caponio, Ricucci, 2019, p.143).

3.2 Controlli in gravidanza e medicalizzazione

I dati mostrano che le donne migranti, rispetto alle italiane, si trovano in una condizione di maggiore vulnerabilità per quanto riguarda la tutela della salute riproduttiva. Spesso l'assistenza durante il parto e il periodo pre-parto è limitata o addirittura assente, con numerosi casi di mancata visita nel primo trimestre di gravidanza e di assenza di analisi e controlli presso consultori o studi ginecologici¹.

Molte donne accedono per la prima volta al Servizio Sanitario Pubblico solo al momento del parto, oppure si presentano ai consultori poco prima del termine della gravidanza, senza aver effettuato i necessari accertamenti o con un ritardo significativo, rispetto alle italiane, nella prima visita ostetrica. Questa carenza o ritardo compromette il monitoraggio adeguato dello stato di salute della madre e del feto, ostacolando l'attuazione di interventi preventivi fondamentali, come l'informazione su uno stile di vita

¹ G. PICCIRILLO, S. BATTILOMO, *Donne Migranti tra Produzione e Riproduzione: Influenza del Pregiudizio sulla Salute*, Ministero della Salute- Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, 2018, cit. in Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023.

sano durante la gravidanza e l'accesso ai servizi di supporto alla maternità, come analisi, controlli e corsi di accompagnamento alla nascita.

La carenza di prevenzione e controlli influisce negativamente sulla salute dei figli nati da donne straniere, che presentano con maggiore frequenza complicazioni neonatali. Questi neonati sono spesso prematuri, sottopeso o necessitano di rianimazione e ricovero dopo la nascita, in misura superiore rispetto ai figli di madri italiane. Questa grave disuguaglianza contraddice in modo evidente i principi universalistici che dovrebbero sostenere il nostro sistema sanitario, penalizzando le categorie sociali più vulnerabili, che al contrario avrebbero bisogno di maggiore assistenza².

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

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

Per quanto riguarda le ecografie in gravidanza, nel 2015 ne sono state effettuate in media 5,5 a livello nazionale. Nel 73,9% dei casi si registra un numero di ecografie superiore a tre (valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute). I dati rilevati evidenziano il fenomeno dell'eccessiva

² G. PICCIRILLO, S. BATTELOMO, *Donne Migranti tra produzione e riproduzione: Influenza del Pregiudizio sulla Salute*; S. GERACI, G. BAGLIO, A. BURGIO (a cura di), *Rapporto Osservasalute*, 2016, cit. in Brambilla, Degani, Paggi, Zorzella, 2023.

medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza (Ibidem). Il livello di medicalizzazione tra le donne straniere risulta però più contenuto rispetto alle italiane: il 20,2% ha effettuato sette o più controlli ecografici contro il 41,5% delle italiane (ISTAT, 2014). Più contenuto è anche il ricorso al parto cesareo delle cittadine straniere che si attesta intorno al 27% contro il 37% delle italiane. Un altro dato interessante da interpretare riguarda la medicalizzazione dei parti fisiologici, che consiste in un cospicuo intervento medico anche quando non si evidenziano particolari complicanze. Considerando alcuni indicatori di medicalizzazione, si evidenziano dunque significative differenze tra le cittadine italiane e le straniere: il 75,8% delle italiane dichiara di aver subito almeno una delle pratiche di medicalizzazione contro il 60,3% delle straniere; al 33,8% delle italiane è stata eseguita la rottura artificiale delle membrane contro il 25,4% delle straniere; il monitoraggio cardiaco fetale continuo è stato applicato al 46,5% delle italiane contro il 25,4% delle straniere; l'ossitocina è stata applicata al 24,9% delle italiane e al 12,4% delle straniere; le pressioni sul ventre sono state esercitate al 23,5% delle partorienti italiane e al 17% delle straniere e infine l'episiotomia è stata eseguita al 37,8% delle italiane contro il 22,4% delle straniere (cit. in Delli Zotti, Urpis, 2020, pp. 48-50).

3.3 Ricorso all'IVG

Secondo il Guttmacher Institute Report (2018), la situazione dell'aborto volontario è notevolmente cambiata negli ultimi decenni. A partire dal 2010-2014, si stima che ogni anno si verifichino 36 aborti ogni 1.000 donne di età compresa tra 15 e 44 anni nelle regioni in via di sviluppo, rispetto a 27/1000 nelle regioni sviluppate. Il tasso di abortività è diminuito significativamente nelle regioni sviluppate a partire dal 1990, ma non si sono verificati cambiamenti significativi nelle regioni in via di sviluppo. Il calo più marcato dei tassi di abortività si è verificato nell'Europa orientale, dove l'uso di contraccettivi sicuri è aumentato in maniera importante, ed è diminuito in modo significativo anche nella sub-regione dell'Asia centrale. Ciò ha dimostrato come il ricorso all'aborto diminuisca quando aumenta la diffusione e l'uso dei contraccettivi efficaci.

Gli aborti avvengono con una frequenza simile sia nei paesi con leggi più restrittive che in quelli con leggi meno restrittive, registrando rispettivamente un tasso medio di 37 e 34 aborti ogni 1.000 donne.

Lo sviluppo e l'adozione di linee guida e standard clinici hanno facilitato l'accesso a procedure di aborto sicuro. Man mano che l'assistenza sanitaria generale migliora e i governi nazionali danno maggiore priorità all'attuazione delle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), cresce anche l'accesso a cure post-aborto di qualità. Questo porta a una significativa riduzione del numero di donne esposte al rischio di morte a causa di aborti non sicuri.

Quanto più restrittivo è il contesto legale, tanto maggiore è la percentuale di aborti meno sicuri, che vanno da meno dell'1% nei paesi meno restrittivi al 31% nei paesi più restrittivi. Gli aborti non sicuri si verificano prevalentemente nelle regioni in via di sviluppo, dove si concentrano i paesi con severe restrizioni sull'aborto. Tuttavia, anche nei paesi in cui l'aborto è legale, l'accesso può essere limitato da servizi inadeguati o costi proibitivi. Inoltre, lo stigma persistente sull'aborto incide negativamente sia sui professionisti sanitari che sull'accessibilità del servizio. Un esempio è rappresentato dall'elevata diffusione dell'obiezione di coscienza in diversi paesi, inclusa l'Italia, che può spingere le donne a ricorrere a pratiche clandestine e non sicure.

In 14 paesi in via di sviluppo, dove l'aborto non sicuro è particolarmente diffuso, il 40% delle donne che abortisce sviluppa complicanze che richiedono cure mediche. Ogni anno, circa 6,9 milioni di donne in queste regioni ricevono trattamento per tali complicanze.

È evidente che la legalizzazione rappresenta solo il primo passo verso un aborto sicuro; tuttavia, essa deve essere accompagnata da una forte volontà politica, dalla piena attuazione della legge e da programmi di educazione e informazione sulla salute riproduttiva e sull'aborto sicuro. Nei paesi che restringono l'accesso all'aborto, infine, la prevenzione delle gravidanze indesiderate può ridurre significativamente il ricorso all'aborto (cit. in Delli Zotti, Urpis, 2020).

Le donne immigrate, oltre a registrare un numero più elevato di ricoveri ordinari per gravidanza e parto, si distinguono nettamente dalle donne italiane per il maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Vannoni e Cois, 2004). Una prima riflessione sui tassi di abortività appena descritti riguarda il fatto che uno dei principali

fattori che contribuisce a questa differenza è la provenienza delle donne migranti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), sia europei che extraeuropei, dove il ricorso all'aborto è già più frequente. Questo comportamento non può essere attribuito a fattori culturali, ma piuttosto a specifiche condizioni sociali e strutturali che caratterizzano tali contesti (Lombardi, 2018).

Nella regione europea, molti paesi hanno sviluppato e approvato strategie nazionali a sostegno della salute riproduttiva, comprendendo politiche e documenti programmatici che sanciscono il diritto alla scelta riproduttiva e garantiscono l'accesso ai servizi per l'interruzione volontaria di gravidanza, in linea con il Programma d'Azione della Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite (ICPD, 1994). Tuttavia, i fattori che limitano l'accesso all'aborto volontario, come le difficoltà legate ai percorsi migratori, la condizione di genere, la vulnerabilità sociale e le barriere culturali, fanno sì che le donne migranti presentino tassi di abortività significativamente più alti rispetto alle donne native dell'Europa occidentale e settentrionale.

Per ciò che riguarda il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) delle donne immigrate in Italia, una relazione ministeriale del 2018 mostra che, dopo un aumento importante nel tempo, le IVG fra le donne straniere si sono stabilizzate e nei tre anni successivi hanno cominciato a mostrare una tendenza alla diminuzione: sono il 30,3% di tutte le IVG nel 2017 rispetto a 31,1% nel 2015.

Considerando tre gruppi di cittadinanza — donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e cittadine italiane — si conferma la tendenza alla diminuzione dei tassi di abortività tra le italiane, ma anche un significativo calo tra le donne straniere, in particolare quelle provenienti da PFPM. Tra il 2003 e il 2016, il tasso di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) per le italiane è sceso da 7,6 a 5,8 per 1.000 donne, mentre per le straniere provenienti da PSA è diminuito da 10,8 a 7,4. Ancora più marcato è stato il calo per le donne provenienti da PFPM, il cui tasso di IVG si è ridotto di due terzi, passando da 40,7 a 14,8.

La tendenza alla riduzione del tasso di abortività tra le donne provenienti da PFPM e il progressivo allineamento con i dati delle donne italiane può essere interpretata come un segnale di integrazione e di trasformazione dei comportamenti riproduttivi da parte delle donne migranti. Un fattore determinante in questo cambiamento è l'anzianità migratoria: più a lungo le donne risiedono in Italia, più i loro comportamenti si avvicinano

a quelli delle italiane e delle straniere provenienti da PSA. Questo adattamento è favorito da una maggiore stabilità socioeconomica, dall'inserimento lavorativo e dalle conseguenti difficoltà nel conciliare vita familiare e professionale. Inoltre, si osserva un crescente accesso ai metodi contraccettivi e un miglior utilizzo dei servizi territoriali e ambulatoriali dedicati alla salute sessuale e riproduttiva (Lombardi et al., 2016). Questi cambiamenti nei comportamenti riproduttivi sono influenzati sia da fattori sociali e culturali legati all'esperienza migratoria, sia dall'importante lavoro di formazione, informazione, sensibilizzazione e accoglienza svolto dai servizi sanitari territoriali (cit. in Delli Zotti, 2020).

In conclusione, questo capitolo ha esaminato l'accesso ai servizi sanitari perinatali, alle visite prenatali e al ricorso all'IVG tra le donne migranti, evidenziando come una serie di barriere ne limiti la fruizione.

Le principali cause identificate comprendono una scarsa informazione sui propri diritti, difficoltà linguistiche e l'adesione a modelli di parto e maternità meno medicalizzati. A queste si sommano prassi sociosanitarie di matrice eurocentrica, spesso poco inclini a riconoscere e rispettare concezioni differenti di salute, maternità e ruoli di genere. Ulteriori ostacoli derivano da scarsità del servizio di mediazione linguistico-culturale, e da restrizioni legislative che rallentano l'attuazione di riforme necessarie.

L'assistenza alle donne migranti durante il parto e il periodo pre-parto risulta spesso limitata o assente, con numerosi casi di mancate visite nel primo trimestre di gravidanza e assenza di analisi e controlli ginecologici. Questa carenza compromette un adeguato monitoraggio dello stato di salute materno-infantile, impedendo anche l'attuazione di interventi preventivi essenziali.

Infine, si evidenziano cambiamenti nell'accesso all'IVG in Italia: è confermata la diminuzione dei tassi di abortività tra le donne italiane, ma si osserva anche un calo significativo tra le donne straniere, in particolare tra quelle provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM). La riduzione del tasso di abortività tra le donne dei PFPM e il progressivo allineamento ai dati italiani suggeriscono un segnale di integrazione e un cambiamento nei comportamenti riproduttivi delle donne migranti, favorito anche da un maggiore accesso ai metodi contraccettivi e da un miglior utilizzo dei servizi territoriali e ambulatoriali dedicati alla salute sessuale e riproduttiva.

4. Violenza di genere

La violenza di genere costituisce un grave problema di sanità pubblica e una violazione dei diritti umani. Che sia fisica, sessuale o psicologica ha sempre un impatto negativo sulla salute delle vittime (WHO 2002, cit. in Romito, Folla e Melato, 2016). Oltre ai fattori di rischio generici di subire violenza, che interessano sia la popolazione immigrata che quella autoctona, esistono rischi specifici connessi al fallimento o alla minaccia di fallimento del progetto migratorio (Castiglioni, 2001).

4.1 Violenza nei paesi di transito

Come anticipato, il processo migratorio comprende diverse fasi e fattori che influenzano la salute delle persone coinvolte e che contribuiscono alla loro condizione di benessere. Tra questi possiamo distinguere i fattori legati alla fase pre-partenza; le condizioni del viaggio; i fattori legati al contesto e alla comunità di arrivo.

Nel contributo di Valentina Marconi (2020) “Genere e migrazioni: la violenza contro le donne nei paesi di transito”³, sono state messe a fuoco le diverse forme di violenza di genere perpetrate contro le donne lungo due delle più importanti rotte migratorie verso l’Europa: la rotta balcanica e quella del Mediterraneo occidentale.

Attualmente, le donne compongono circa la metà della popolazione migrante e rifugiata mondiale e la loro presenza si è andata consolidando anche lungo le rotte che portano in Europa (UN Women, n.d.). Secondo Freedman (2016), anche se lungo la rotta balcanica rimangono una minoranza, a partire dal 2015, la proporzione di donne e ragazze è aumentata e una percentuale sempre maggiore ha intrapreso il viaggio da sola o con i propri figli.

Negli ultimi anni, si è assistito a un processo di irrigidimento dei confini su scala globale, con tanto di costruzione di muri e barriere fisiche, e messa in atto di politiche di

³ Farina, F., Mura B., Sarti R. (2020). *Guardiamola in faccia. I mille volti della violenza di genere*, Urbino University Press: Urbino, pp. 190-204.

esternalizzazione delle frontiere. L'Unione Europea, insieme ad Australia e Stati Uniti, è stata protagonista indiscussa di questo tentativo di contenimento dei flussi migratori provenienti dal Sud globale (Casas-Cortes et al., 2015; Jones, 2016; Yuval-Davis e Stoetzler, 2002). La progressiva costruzione di barriere fisiche ha costretto migranti e rifugiati a ricorrere a figure come gli *smugglers*⁴ e a percorrere vie sempre più pericolose. Nonostante la violenza dei confini e la durezza dei viaggi siano state oggetto di numerosi studi accademici e reportage giornalistici, le violenze di genere vissute dalle donne nei paesi di transito non hanno trovato molto spazio nelle analisi degli studiosi (Freedman, 2016; Maleno Garzón, 2018; Tyszler, 2019). Tuttavia, gli studi e le ricerche che hanno incorporato una prospettiva di genere hanno avuto il merito di portare alla luce una realtà in parte sommersa in cui le donne in transito devono confrontarsi con diversi tipi di violenza, adottando strategie differenti per affrontare, aggirare, contestare tali situazioni (Freedman, 2016; Maleno Garzón, 2018; Tyszler, 2019). Ciò è avvenuto nella cornice di politiche di chiusura e rafforzamento dei confini che hanno costretto molte donne a organizzare il proprio viaggio affidandosi a figure come quelle dei contrabbandieri e dei trafficanti e a vivere in situazioni di stallo e precarietà (sia legale sia materiale) per periodi di tempo anche prolungati nei cosiddetti paesi di transito. Le forme di violenza di genere documentate sono molteplici e vengono perpetrate da una serie di attori diversi. Tra quelle più diffuse, Freedman (2016) indica gli stupri, le aggressioni fisiche, le molestie sessuali, oltre alla violenza domestica e al sesso transazionale. La gamma di attori che le compie è variegata e include: i familiari delle migranti; uomini coinvolti nell'esperienza migratoria con cui le migranti condividono una parte del tragitto; gli agenti delle forze di polizia; i contrabbandieri e i trafficanti che facilitano l'attraversamento delle frontiere. Un ulteriore aspetto rilevato da queste ricerche è la difficoltà, per le donne sopravvissute a tali violenze, di denunciare i propri aggressori. Tale difficoltà è legata a una serie di fattori, tra cui l'instabilità dei contesti in cui si trovano e la priorità data alla sopravvivenza e al proseguimento del viaggio. A ciò si aggiungono eventuali barriere linguistiche, nonché sentimenti di vergogna, paura e stigma associati alla violenza subita, che possono ostacolare ulteriormente la possibilità di chiedere aiuto o segnalare gli abusi (Freedman, 2016). Quando i perpetratori sono attori istituzionali, come agenti della polizia di frontiera, denunciare o riportare le violenze subite diventa ancora più difficile.

⁴ Trafficanti di esseri umani.

Durante l'attraversamento, il corpo delle donne diventa oggetto di negoziazione. Da un lato, la partecipazione di donne incinte alla traversata via mare viene incoraggiata, poiché si ritiene che aumenti l'efficienza e la tempestività dei soccorsi da parte della Guardia Costiera (Kastner, 2010). Dall'altro, alle donne che hanno il ciclo mestruale viene impedito di imbarcarsi (Tyszler, 2019: 10-11). Questi esempi evidenziano come l'identità di genere influenzi profondamente l'esperienza migratoria, determinando specifici ostacoli e pratiche di negoziazione che le donne devono affrontare lungo il loro percorso.

Questi abusi, che si verificano in contesti già estremamente precari e carichi di tensione, hanno un impatto psicologico profondo e duraturo. Sebbene ogni donna affronti un percorso individuale, emerge un elemento comune: il controllo esercitato dagli uomini sui tentativi femminili di attraversamento dei confini, limitando la loro autonomia e accentuando la vulnerabilità delle donne migranti (Tyszler, 2019).

4.2 Violenza istituzionale

Insiediandosi in un continuum che prende avvio con le violenze subite nel paese di origine e che proseguono durante il viaggio, le forme di violenza istituzionale risultano essere altrettanto traumatizzanti e foriere di situazioni di disagio, abuso e ingiustizia. La ricerca sul campo riportata da Silvia Pitzalis (2020)⁵ svolta tra le richiedenti asilo, osservate nella specifica arena dell'iter legale di richiesta asilo, ha fatto emergere tematiche legate al governo dei corpi, alle tecniche di controllo e assimilazione che disciplinano la loro vita e che modellano le loro storie per farle assomigliare a un ideale di donna richiedente, sempre straniera, vittima, passiva e impotente.

Anche in ambito sanitario, la mancanza di informazioni adeguate e una comunicazione inefficace con gli operatori spesso conducono all'esclusione sociale, all'emarginazione e alla stigmatizzazione delle donne migranti, rafforzando dinamiche di potere squilibrate tra queste e il personale medico.

⁵ Farina, F., Mura B., Sarti R. (2020). *Guardiamola in faccia. I mille volti della violenza di genere*, Urbino University Press: Urbino, pp. 205-221.

Le principali criticità risiedono nella carenza di competenze interculturali da parte degli operatori sanitari e nella mancanza di soluzioni sistemiche, come la disponibilità di informazioni tradotte in diverse lingue, la presenza costante di mediatori linguistici, o l'implementazione di corsi preparati in lingua straniera. Questi elementi sono essenziali per garantire un'assistenza equa e inclusiva (Delli Zotti, Urpis, 2020, p.89).

4.3 Violenza e servizi sociosanitari

I rapporti ISTAT sulla violenza di genere in Italia evidenziano dati allarmanti riguardo la diffusione della violenza fisica e sessuale contro le donne. Il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni, pari a 6 milioni 788 mila, ha subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita [ISTAT, 2006-2014]. Tuttavia, non esistono dati organici specifici riguardanti la violenza sulle donne migranti, rendendo difficile una comprensione completa del fenomeno in questa popolazione.

Il contributo di Grazia Lesi e Aicha Fahem, intitolato “La salute della donna migrante e la violenza di genere” (in Baraldi, Barbieri, Girelli, 2008, pp. 93-103), mira, da un lato, a portare alla luce il fenomeno della violenza sulle donne migranti e, dall'altro, a individuare segni clinici sospetti che possano rivelare situazioni di difficoltà. L'obiettivo è riconoscere le donne che necessitano di accoglienza, sostegno e protezione.

Il maltrattamento ha un impatto significativo sulla salute, come evidenziato da numerosi studi nazionali e internazionali, i quali indicano che alcuni sintomi e disturbi possono essere segnali di violenza di genere, sia attuale che passata. Le conseguenze possono essere molteplici e riguardare diversi aspetti della vita di una persona. Sul piano fisico, ad esempio, possono comparire lesioni addominali, lacerazioni e abrasioni, fratture, fibromialgie, disturbi gastrointestinali, sindromi da dolore cronico. A livello psicologico, le ripercussioni possono includere ansia, depressione, sensi di colpa e vergogna, oltre a una diminuzione dell'autostima. Non sono rari gli attacchi di panico, l'abuso di alcol e droghe, e disturbi legati al comportamento alimentare o al sonno. Anche la sfera sessuale e riproduttiva può essere profondamente colpita, con la comparsa di disturbi ginecologici, infertilità, malattie infiammatorie pelviche o sessualmente

trasmissibili, gravidanze non desiderate, IVG ripetute e in condizioni rischiose, disfunzioni sessuali (Romito, Folla e Melato, 2016).

Nelle donne migranti, l'espressione del disagio attraverso il corpo sembra essere particolarmente comune, non solo a causa delle difficoltà legate alla migrazione, ma anche a difficoltà socioeconomiche e linguistiche. La somatizzazione diventa così un mezzo frequente con cui queste donne manifestano il loro trauma, sottolineando la necessità di una formazione specifica degli operatori sanitari per riconoscere questi segnali. Le ricerche che identificano "sintomi sentinella" di possibili abusi sono limitate e si concentrano principalmente sulle donne occidentali, ma forniscono comunque indicazioni utili. Gli effetti immediati e a lungo termine sulla salute fisica e mentale delle vittime sembrano manifestarsi in una maggiore incidenza di disturbi ginecologici cronici, gravidanze indesiderate, aborti spontanei o volontari, spesso in fase avanzata, gravidanze a rischio e malattie a trasmissione sessuale. La letteratura evidenzia una correlazione tra esperienze di maltrattamento e patologie uro-ginecologiche, dolore addomino-pelvico, depressione e una tendenza a sviluppare relazioni affettive con partner maltrattanti. Inoltre, le donne vittime di violenza presentano una maggiore probabilità di ricorrere alla prostituzione o di fare uso di droghe (Baraldi, Barbieri, Girelli, 2008, p.94-103).

Una maggiore attenzione ai segnali fisici e psicologici è dunque cruciale per offrire assistenza adeguata e tempestiva. È essenziale affrontare i sintomi nella loro complessità, interpretandoli non solo dal punto di vista biologico, ma considerando anche il contesto generale della persona, includendo fattori sociali, psicologici e culturali. Proporre, inoltre, una volta individuata una situazione di rischio, un percorso di aiuto che sostenga le donne nell'uscita dalla situazione di violenza (Baraldi, Barbieri, Girelli, 2008, p.101-102).

Le donne migranti si trovano sovente in una condizione specifica di vulnerabilità. In caso di violenza familiare, hanno scarse alternative tra il permanere in una situazione di maltratto, rientrare nel paese di origine o uscire di casa. Quest'ultima soluzione e l'eventuale denuncia del partner maltrattante può determinare una condizione di precarietà e di clandestinità, rischiosa e difficilmente accettabile, specialmente in presenza di figli (Baraldi, Barbieri, Girelli, 2008, p.93-94).

L'esperienza e le possibilità di uscire da situazioni di violenza possono essere fortemente condizionate da una serie di fattori legati al contesto migratorio. Tra questi, la mancanza di documenti regolari, il processo di svalutazione sociale e professionale subito in seguito al processo migratorio, e la scarsa familiarità con norme linguistiche, culturali o con le modalità di interazione con gli operatori dei servizi. La diffusione di stereotipi e rappresentazioni discriminatorie aggrava ulteriormente la condizione delle donne migranti, così come la limitata possibilità di fare affidamento su reti sociali solide. Anche la percezione di gravità delle pene inflitte ai partner maltrattanti può influenzare il comportamento delle vittime, che potrebbero temere ritorsioni o avere dubbi sull'efficacia delle misure legali. La disoccupazione rappresenta un ulteriore fattore di vulnerabilità: il lavoro non solo garantisce un reddito, ma anche la costruzione di una rete sociale indipendente, permettendo alle donne di negoziare il loro ruolo nei rapporti di genere. Tuttavia, la situazione è critica anche per le donne impiegate in regime di coresidenzialità, dove la perdita del lavoro coincide spesso con la perdita dell'alloggio, privandole di uno spazio sicuro.

Questi elementi contribuiscono a ridurre la fiducia nell'accesso ai servizi pubblici o del privato sociale, per paura di essere discriminate o di alimentare pregiudizi già esistenti sul proprio gruppo sociale (Toffanin, 2015).

Riconoscere la violenza dovrebbe rientrare tra i compiti del personale medico di ogni tipo di servizio sanitario. Le linee guida internazionali suggeriscono, in primo luogo, l'inserimento nei protocolli di accettazioni di ogni paziente di domande dirette sulla violenza, sia quando procedono all'anamnesi medica di una nuova paziente sia quando identificano segni o sintomi che facciano sospettare un caso di violenza. È stato dimostrato che porre domande strutturate sulla violenza può aiutare le persone ad aprirsi e confidarsi. È fondamentale, inoltre, fornire alla donna informazioni e materiale sui servizi specifici presenti sul territorio a cui potersi rivolgere. Per poter rispondere in modo adeguato ai bisogni di diversa natura che le donne in situazione di violenza manifestano (psicologico, legale, abitativo, lavorativo), è necessario, infine, che i servizi lavorino in rete (Romito, Folla e Melato, 2016).

4.4 Centri antiviolenza

I Centri antiviolenza sono stati istituiti con l'obiettivo di portare alla luce il fenomeno della violenza contro le donne, una problematica ancora oggi largamente sommersa e confinata all'interno delle mura domestiche. Dalla nascita della prima Casa delle donne nel 1989, in meno di un decennio in Italia sono nati circa settanta Centri antiviolenza, riunitisi per la prima volta a Ravenna nel 1996. Da questo incontro è emersa la necessità di costruire una rete di condivisione. Nel 2008 si costituisce la Rete nazionale dei Centri antiviolenza e nasce l'Associazione D.i.Re – Donne in Rete contro la violenza –, che conta oggi 74 Centri antiviolenza e Case delle donne su tutto il territorio nazionale (Romito, Folla e Melato, 2016).

Questi Centri non si limitano a essere servizi di emergenza, ma mirano anche a diventare spazi di partecipazione politica, promuovendo una trasformazione culturale e sociale volta a ridefinire il ruolo delle donne nella società. La loro visione della violenza maschile contro le donne non è neutrale, ma si basa sull'analisi delle strutture di potere presenti nella nostra società. Le donne che accedono ai centri non sono viste semplicemente come vittime, ma come individui che attraversano una fase temporanea di difficoltà, e che, con il supporto di altre donne, possono superare la violenza.

Il rapporto tra le operatrici dei centri e le donne accolte si fonda su un principio di solidarietà e rispetto dell'autodeterminazione. L'operatrice non impone soluzioni e non prende decisioni al posto della donna, ma la affianca come alleata, permettendole di riprendere il controllo della propria vita e delle proprie scelte, in un processo di empowerment condiviso e consapevole.

Vivere per anni in una situazione di paura e minaccia può provocare nelle donne un forte senso di perdita di autostima, può indurre a incapacità o difficoltà nel prendere decisioni, difficoltà nel riconoscere la violenza e tendenza a minimizzarla (Farina, Mura, Sarti, 2020, pp. 138-144). Per questo, è essenziale un accompagnamento che sia sensibile e rispettoso delle scelte e dei tempi di ciascuna donna.

I servizi che si possono trovare presso i Centri sono:

- accoglienza telefonica;
- colloqui di accoglienza e valutazione del rischio;
- reperibilità h24 per l'emergenza;
- gruppi di autoaiuto e di sostegno;
- informazione e consulenza legale;
- consulenza psicologica per situazioni gravi e sostegno alla maternità;
- sportello lavoro;
- ricerca abitazione;
- aiuto alle donne migranti con servizio di mediazione culturale;
- accompagnamenti sociali;
- ospitalità di emergenza, in casa rifugio e di secondo livello;
- interventi per minori ospiti nelle case rifugio e vittime di violenza assistita;
- progetti per donne in uscita dalla tratta e della prostituzione coatta.

L'ospitalità per un centro antiviolenza è uno strumento necessario in quanto le donne chiedono di allontanarsi da situazioni pericolose e non hanno altre risorse immediate per trovare una abitazione sicura.

Le statistiche e il quadro delineato nel testo curato da Giuditta Creazzo (2008) offrono un'analisi preziosa delle caratteristiche delle donne straniere che si sono rivolte ai Centri antiviolenza in Emilia-Romagna, mettendo a confronto la loro esperienza con quella delle utenti italiane. Tale analisi rivela l'importanza di considerare le specificità delle donne straniere nell'elaborazione di politiche di contrasto alla violenza di genere e nella progettazione di servizi di supporto, con attenzione alle dinamiche culturali e sociali che influenzano il loro percorso di uscita dalla violenza.

Uno dei dati più rilevanti riguarda il fatto che la violenza da parte di un partner o ex partner è la principale ragione per cui le donne cercano aiuto presso i Centri antiviolenza. Questo dato risulta ancora più marcato per le donne straniere, fatta eccezione per quelle costrette alla prostituzione, che seguono percorsi di vita con esigenze e tappe specifiche.

Le donne straniere accolte tendono a subire violenza più frequentemente da un partner attuale che da un ex partner. Inoltre, rispetto alle italiane, formano un gruppo tendenzialmente più giovane, spesso ancora legato da un vincolo formale con il maltrattante. Pur avendo un numero di figli simile alle italiane, le straniere hanno più spesso più di un figlio a carico.

La maggioranza di queste donne possiede un permesso di soggiorno regolare, ottenuto principalmente tramite ricongiungimento familiare piuttosto che per motivi di lavoro, e sono in gran parte capaci di comunicare in italiano.

Dal punto di vista occupazionale, sebbene una percentuale simile a quella delle italiane sia impiegata, le donne straniere sono più spesso disoccupate o alla ricerca della prima occupazione, mentre meno frequentemente si trovano nelle condizioni di casalinghe, pensionate o invalide.

Il livello di istruzione delle donne straniere che si rivolgono ai Centri antiviolenza è paragonabile a quello delle italiane, dimostrando che la violenza di genere non è legata a un determinato grado di istruzione, ma attraversa diverse fasce sociali.

Le donne straniere che si rivolgono ai Centri antiviolenza si trovano, in larga maggioranza e con maggiore frequenza rispetto alle italiane, in situazioni di precarietà economica e abitativa.

Un altro dato significativo è che, rispetto alle italiane, le donne straniere tendono a rivolgersi ai Centri antiviolenza in tempi più brevi, suggerendo una maggiore immediatezza nella ricerca di supporto. La loro situazione di violenza risulta, secondo vari indicatori, spesso più grave. Queste donne subiscono più frequentemente violenze multiple, come una combinazione di violenza fisica ed economica, e sono vittime di abusi più severi sul piano fisico, sessuale e psicologico.

Le conseguenze sono evidenti: molte di loro vivono costantemente nella paura e manifestano sintomi fisici gravi, come ematomi, tagli, bruciature e, in alcuni casi, aborti. Arrivano più spesso ai Centri antiviolenza in condizioni di emergenza abitativa, esposte al rischio concreto di subire ulteriori violenze (Creazzo, 2008, pp.101-102).

La progettazione di strategie di intervento da parte degli organismi che si occupano della violenza sessuale contro le donne straniere deve prevedere una presa in carico integrale di tutti gli aspetti che contribuiscono alla loro vulnerabilità sociale e psicologica. I servizi dovrebbero svolgere un ruolo attivo nella mediazione tra i bisogni e

le domande espresse, da un lato, e le risorse disponibili e attivabili, dall'altro (Castiglioni, 2001, p.156).

In conclusione, la violenza di genere risulta strettamente connessa al tema della tutela della salute femminile. Le donne migranti, in particolare, spesso si trovano in situazioni di maggiore vulnerabilità. Lo stesso processo migratorio può comportare esperienze di violenza, sia fisica che psicologica. Nei Paesi di transito, specialmente a causa del rafforzamento delle frontiere, le donne affrontano numerosi rischi, dovendo spesso affidarsi a trafficanti di esseri umani per attraversare le frontiere.

Anche le forme di violenza istituzionale possono risultare profondamente traumatiche, generando situazioni di disagio, abuso e ingiustizia. In ambito sanitario, la carenza di informazioni adeguate e una comunicazione inefficace con gli operatori, insieme alla diffusione di stereotipi e pregiudizi, contribuiscono all'esclusione sociale, all'emarginazione e alla stigmatizzazione delle donne migranti, rafforzando dinamiche di potere squilibrate tra loro e il personale medico.

Inoltre, riconoscere i segnali di violenza dovrebbe essere un compito fondamentale del personale sanitario in ogni servizio. Le linee guida internazionali raccomandano l'inclusione nei protocolli di accoglienza di domande specifiche sulla violenza, sia durante l'anamnesi medica di nuove pazienti sia in presenza di segni o sintomi che possano far sospettare episodi di violenza.

I Centri antiviolenza svolgono un ruolo cruciale nel contrasto alla violenza di genere; non si limitano a fornire assistenza d'emergenza, ma mirano a diventare spazi di partecipazione politica, promuovendo una trasformazione culturale e sociale che ridefinisca il ruolo delle donne nella società. Inoltre, offrono ospitalità a chi necessita di allontanarsi da situazioni pericolose e non dispone di risorse immediate per trovare un'abitazione sicura.

5. Equità sanitaria e pratiche inclusive

Pur costituendo un presupposto fondamentale, il riconoscimento del diritto formale di accesso ai servizi non è sufficiente a garantire un pieno godimento delle prestazioni da parte della popolazione immigrata. In riferimento ai servizi sanitari si sottolinea, infatti, l'importanza di almeno altri due passaggi: in primo luogo, gli interventi di policy non dovrebbero limitarsi ad agire sull'accesso ai servizi ma dovrebbero partire dall'analisi del bisogno di salute espresso, in modo da orientare l'offerta e l'organizzazione dei servizi in modo appropriato; in secondo luogo, l'effettiva fruibilità delle prestazioni si concretizza quando, attraverso il rapporto con il potenziale utente, il bisogno viene trasformato in una domanda di assistenza e se l'offerta riesce a proporre, a quel punto, una risposta efficace (Naldi, Caponio e Ricucci, 2019, pp. 231-232).

La trasformazione del diritto formale in diritto reale dunque non è immediata, ma si ricollega anche alla sua consapevolezza e al suo effettivo esercizio. Per esempio, l'accessibilità ai servizi per le madri straniere è fortemente condizionata dalle informazioni e conoscenze che possiedono, oltre che dalla qualità della relazione con il personale medico (Agenas, 2013, cit. in Greco, 2017).

Altre barriere che si incontrano nell'accesso ai servizi sono di tipo giuridico-legali, economiche, burocratico-amministrative, organizzative (mancata flessibilità dei servizi a livello di orari di apertura, dislocazione territoriale, specializzazione degli operatori), ma anche barriere linguistiche, comunicative, interpretative (date dal condizionamento della cultura di appartenenza nel concepire concetti di cura, salute o modelli educativi) o comportamentali. Infatti, evidenze empiriche hanno dimostrato differenze tra italiani e stranieri derivate da diseguali abilità e competenze nel relazionarsi con servizi di cura e prevenzione (Naldi, Caponio e Ricucci, 2019).

Nell'attuale contesto politico e sociale, che spesso trascura i bisogni e la vulnerabilità dei migranti e delle donne in particolare, accademici, enti e organismi che tutelano la salute pubblica ricoprono un ruolo importante. La ricerca accademica può infatti fornire preziose informazioni per la discussione e la progettazione di politiche e programmi (The Lancet Public, 2018), investendo in progetti mirati a riconoscere e identificare i problemi di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti. Questi

progetti dovrebbero tenere conto delle pratiche e delle tradizioni delle diverse culture, oltre ad analizzare l'integrazione sociale, che non si limita al solo stato di salute, ma include anche la qualità della vita percepita nel paese ospitante (cit. in Delli Zotti, Urpis, 2020).

La presenza delle donne migranti nei diversi ambiti sociali sta necessariamente impegnando il sistema sanitario nella sfida di parlare di salute in un contesto plurale. La considerazione omogenea della popolazione immigrata e, in particolare, delle donne, unita al rifiuto di un approccio attento alle diversità culturali, al diverso modo di vivere la maternità e alle diverse credenze, può comportare gravi errori metodologici, generando incomprensioni che possono portare conseguenze sulla salute e creare nuove distanze tra domanda e offerta.

Il personale che si interfaccia con le donne migranti dovrebbe ricevere una formazione continua sulla prospettiva di genere e sulle violenze e discriminazioni basate sul genere di cui le donne migranti possono essere vittime nei paesi di origine, durante il percorso migratorio, nei paesi di transito e destinazione (Brambilla, Degani, Paggi e Zorzella, 2023).

Le barriere linguistiche, la perdita dei meccanismi di sostegno sociale, una lunga separazione dalla famiglia, ma anche abusi sessuali e altre esperienze traumatiche sono alcuni dei fattori di rischio che possono influenzare lo stato di salute delle migranti. Inoltre, l'isolamento sociale, la discriminazione e il peso delle circostanze sociali ed economiche non fanno che peggiorarne la condizione di emarginazione (Ruppenthal et al., 2005; The Lancet Public, 2018; Schmidt et al, 2018, cit. in Delli Zotti, Urpis, 2020). I determinanti sociali delle malattie sono infatti correlati alle discriminazioni subite (Cozzi, 2012), così come al costante senso di insicurezza dovuto alla precarietà dello status giuridico connesso alla condizione di migrante (Delli Zotti, Urpis, 2020, p.225).

La condizione comune dell'essere donne immigrate in un paese straniero implica il dovere affrontare una serie di cambiamenti che andranno a colpire il sentimento della propria identità. I cambiamenti principali riguardano, secondo Castiglioni (2001), tre ordini di fattori: la lingua e i linguaggi comunicativi; i parametri spazio-temporali; la rappresentazione del corpo e i conseguenti vissuti a livello corporeo. Riguardo il primo fattore, si manifesta la necessità di adottare una nuova lingua e linguaggi comunicativi concernenti gli aspetti più complessi della comunicazione non verbale. Imparare una

nuova lingua e nuovi linguaggi significa, per esempio, conoscere i linguaggi con cui i servizi comunicano con i loro utenti e poter districarsi nella comunicazione con gli operatori dei servizi. Risulta infatti fondamentale promuovere progetti di alfabetizzazione all'uso dei servizi presenti sul territorio, per facilitare l'accesso e l'integrazione della popolazione immigrata, la cui difficoltà nell'accesso ai servizi è spesso determinata dalla scarsa conoscenza dei mezzi comunicativi. Ad esempio: saper leggere i cartelli, riempire un formulario, leggere delle prescrizioni ma anche distinguere diverse figure professionali, formulare delle domande in modo adeguato, capire il senso di un'indicazione o di una risposta.

Il secondo fattore importante di cambiamento riguarda le coordinate spazio-temporali, in merito concretamente alla rappresentazione concettuale del tempo, alle coordinate che regolano il senso di orientamento, ai ritmi vitali dovuti alle nuove condizioni climatiche e al ciclo delle stagioni. Nelle donne immigrate si produce una serie di alterazioni che si relazionano con una "disarticolazione del ciclo corporeo", dovute ai cambiamenti nel ritmo dei pasti, all'adozione di nuovi abbigliamento, all'aumento della velocità degli eventi quotidiani. L'alterazione o la sospensione dei cicli mestruali e la comparsa di sintomatologia di tipo psicosomatica sono le manifestazioni più vistose. Uno dei motivi più ricorrente di lamentele da parte degli operatori dei servizi rispetto alle utenti straniere è la mancanza del rispetto delle regole di funzionamento riguardanti gli appuntamenti, gli orari, la puntualità, dovuto a un altro ritmo di esistenza e un'altra percezione del tempo e dello spazio.

Infine, il terzo ordine di cambiamenti riguarda il corpo: il luogo in cui si incontrano funzioni produttive e riproduttive che determinano comportamenti riguardo la domanda di salute e le scelte che riguardano la cura di sé, dei figli e della famiglia (Castiglioni, 2001, pp.21-25).

In questo contesto, la risposta del sistema sanitario alle esigenze specifiche delle donne migranti si basa necessariamente sulla sua capacità di sviluppare una certa consapevolezza interculturale, che comporta l'abilità di identificare e dare priorità a tali esigenze e ai rischi associati (Ruppenthal et al., 2005).

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 delle persone in condizioni più vulnerabili, attraverso l'erogazione di

un'assistenza sanitaria culturalmente competente (Prosen, 2015b; Prosen, 2015a; Prosen, 2018, cit. in Delli Zotti, Urpis, 2020).

5.1 Mediazione linguistico-culturale

In Italia è tra la fine degli anni Novanta e l'inizio del Duemila che si è iniziato a porre l'attenzione sulle problematiche inerenti alle possibilità di accesso e l'effettiva fruizione dei servizi sociosanitari materno-infantili da parte delle cittadine migranti e, in particolare, sulla mancanza di un'adeguata mediazione linguistico-culturale, intesa non come semplice supporto linguistico, ma come “modalità d'integrazione culturalmente viva e non marginalizzante” (Balsamo, 1997, p.6).

La mediazione assume una valenza trasformativa, fortemente orientata all'empowerment e al reciproco riconoscimento di parti distinte caratterizzate da codici linguistico-culturali plurali (Garelli e Venneri, 2009). In ambito sanitario, permette di comunicare l'effettiva percezione della malattia, interpretandola alla luce delle situazioni di provenienza. Come precisato da diversi studi, i concetti di salute e di malattia devono, infatti, essere interpretati in relazione ai diversi contesti sociali e culturali, potendosi distinguere tra *disease*, come malattia in senso biomedico e scientifico, come lesione organica o aggressione mediante agenti esterni, e *illness*, intesa come la percezione soggettiva del malessere, culturalmente mediata. Inoltre, il ruolo delle mediatrici culturali diventa decisivo anche in caso di situazioni di violenza: spesso le donne straniere si fidano con loro riguardo le esperienze vissute, soprattutto quelle negative, facendo emergere situazioni di disagio che altrimenti resterebbero sommerse e invisibili. Il rapporto tra paziente e operatrice è spesso caratterizzato da un processo di identificazione, che può essere focalizzato, a seconda dei casi, sul genere, sulla condizione materna, su quella di immigrata, sull'appartenenza linguistica o culturale, sulla nazionalità, sul ruolo sociale o familiare (Balsamo, 1997).

Franca Balsamo (1997) racconta di un progetto realizzato a Torino, volto a sostenere i percorsi di maternità di donne immigrate dal Nord Africa. Il progetto di

ricerca-intervento, partendo dalla rilevazione dei bisogni delle donne magrebine nei percorsi di maternità da un lato, e delle difficoltà incontrate dagli operatori nei servizi di accoglienza dall'altro, si basava su alcuni punti chiave:

- un servizio di mediazione culturale in lingua araba in alcuni servizi collegati ai percorsi di maternità (un ospedale ostetrico ginecologico cittadino e due consultori familiari);
- la creazione di una rete di sostegno e di cura non medicalizzata, indirizzata sia a donne straniere che a donne italiane, alimentando uno scambio di conoscenze su diverse culture e pratiche della maternità;
- un corso di formazione sulla comunicazione interculturale e scambi di conoscenze su diverse realtà culturali e sociali per operatori e operatrici quotidianamente a contatto con donne immigrate nei loro percorsi di maternità;
- scambi tra operatori e operatrici che lavorano in diversi paesi dell'area mediterranea, per permettere l'incontro, il confronto, lo scambio di informazioni e conoscenze su realtà, problematiche, risorse, organizzazione formale dei servizi e informale delle reti tra i due poli delle aree di provenienza e di arrivo delle migrazioni. In particolare, ha consentito agli operatori italiani di conoscere i punti di appoggio sociali e gli elementi culturali che caratterizzano l'esperienza della donna e della maternità nei contesti di spostamento geografico (Balsamo, 1997, pp. 17-20).

Le donne magrebine immigrate sono state rappresentate come mediatrici naturali e spontanee, situate in un intreccio complesso tra spazi, culture e ruoli sociali, che, divise tra la memoria del passato, la vita presente e le proiezioni nel futuro dei loro figli, si impegnano a trovare punti di incontro, somiglianze e convivenze possibili.

“Bisogna muoversi e orientare i passi dei propri figli non solo tra persone diverse, ma soprattutto tra sistemi di regole formali e informali, tra aspettative e valori differenti e non sempre conciliabili tra loro, bisogna compiere scelte quotidiane in mezzo a segnali non facilmente decifrabili, mentre si cerca nello stesso tempo di mantenere vive la lingua e le regole della prima sponda. Mediazioni, aggiustamenti progressivi, in una situazione

sempre comunque di grande incertezza. Ci vuole agilità, intelligenza, elasticità per tracciare nuovi sentieri in un ambiente di accresciuta entropia sociale, dove il moltiplicarsi dei codici comunicativi e normativi può paradossalmente portare a una perdita di riferimenti certi, se questi non vengono quotidianamente ricostruiti, riconfermati, rianimati di senso e di valore” (Balsamo, 1997, p.10).

Si tratta di una presentazione del ruolo di mediatrici delle donne immigrate che ne sottolinea e ne mette in primo piano il posizionamento di agenti attive. In quest’ottica, la mediazione linguistico-culturale diventa un’integrazione del ruolo già svolto dalle donne migranti, laddove faticano prevalentemente a districarsi nei nuovi sistemi linguistici. Nel contesto di un’immigrazione femminile in cui le donne immigrate, anche con elevati livelli di istruzione, sono prevalentemente impiegate in lavori di cura domestica, assistenza, collaborazione familiare e nei servizi sessuali, il progetto del Centro “Alma Mater” si è ispirato all’idea di ribaltare lo stereotipo dell’immigrato come soggetto bisognoso. L’obiettivo è rivalutare e mettere in luce, attraverso l’incontro multiculturale, le risorse e le competenze individuali delle donne, per utilizzarle in progetti di partecipazione organizzativa e cooperazione, anche in ambito economico, con particolare attenzione a iniziative legate alla cura e alla salute del corpo in una prospettiva non medicalizzata. Con questa idea si sono avviati corsi di riqualificazione professionale per straniere rispetto ai lavori di cura e di formazione per mediatrici culturali.

L’Alma Mater voleva essere anche, attraverso la promozione di iniziative economiche e con il servizio di mediazione, un punto di sostegno dell’immigrazione femminile nei suoi bisogni di salute e di supporto relazionale nei momenti più acuti del corso di vita. Con questo spirito si avviava anche presso il Centro la gestione di un bagno turco, l’Hammam, un luogo per la cura del corpo secondo la tradizione araba, spazio di ritualità femminili in particolare intorno alla gravidanza e al dopo parto. Con la riproduzione di un frammento di cultura materiale e di spazio relazionale femminile, l’interculturalità e lo scambio si ponevano così non solo in termini teorici e astratti, ma con un’immersione nelle pratiche e nelle esperienze nell’ambito della gestione della salute femminile attraverso percorsi alternativi a quelli dominanti nel nord del mondo.

5.2 Medical humanities e medicina narrativa

Le discipline antropologiche hanno da tempo avviato una ricerca sugli aspetti culturali dello stato di salute-malattia, sulle rappresentazioni che vi si riferiscono, sulle concezioni del corpo, sulle immagini relative al ruolo delle istituzioni e degli operatori sanitari e sui processi di cura.

Interpretare la malattia unicamente come realtà biomedica è riduttivo e insufficiente, tanto in un contesto isoculturale quanto interculturale. Kleinman (2006) afferma che “la salute, la malattia e gli elementi che nelle società ruotano intorno alla cura, si esprimono come sistemi culturali”: bisogna partire da questi sistemi per effettuare un approccio capace di una reale considerazione della sua complessa identità e strutturazione. Non si può quindi evitare di considerare la sorgente di significati e strategie che è il contesto di origine dei pazienti, dare loro la possibilità di prendere la parola e trasmettere il loro sapere, il loro pensiero sulla malattia e sul dolore. Mettersi, dunque, in ascolto (cit. in Casella Paltrinieri, 2011, p. 190-191).

Le riflessioni condotte nel filone di studi dell’antropologia medica hanno messo in luce come la concezione del corpo, la gravidanza, la maternità, analogamente ai concetti di salute e malattia, vanno contestualizzati e considerati come storicamente situati, quali “prodotti umani da analizzare nei loro molteplici processi di produzione” (Quaranta, 2012: XXVII). In ambito migratorio, inoltre, essi rimandano agli universi simbolici dei contesti di provenienza, ai processi di negoziazione e ibridazione culturale (cit. in Greco, 2017, p.42).

Agli operatori che lavorano in ambito sociale e sanitario è richiesto, pertanto, di assumere un profilo professionale di ispirazione umanistica, una sensibilità antropologica e la capacità di interrogarsi sulle rappresentazioni mentali della persona in relazione all’esperienza che sta vivendo, alle pratiche di cura, all’ambiente ospedaliero e ai sanitari che incontra (Casella Paltrinieri, 2011, p. 235-238).

Sembra che ci sia un prezzo da pagare per una medicina tecnologicamente sofisticata: quello dell’impersonalità. Che sia per proteggersi o per garantire l’oggettività del giudizio clinico, il personale medico dà l’impressione di tenersi a debita distanza dall’esperienza dei pazienti (Charon, 2019, p.20-21).

Negli ultimi decenni si è cercato di rispondere al bisogno di umanizzare la medicina, attraverso lo sviluppo di competenze come empatia, fiducia e sensibilità. Fin dagli anni Sessanta si sono sviluppate idee come il modello biopsicosociale, l'assistenza di base e la bioetica, che hanno ampliato il punto di vista esistente e incoraggiato a prendere in considerazione gli aspetti emotivi, sociali e familiari, oltre a quelli biologici. Tuttavia, questi sforzi non hanno avuto un impatto sostanziale, sotto l'influenza anche delle pressioni economiche e del poco tempo a disposizione che caratterizza la prassi medica. Per comprendere la sofferenza ed essere clinicamente d'aiuto, però, è necessario entrare nel mondo del paziente, guardarlo e interpretarlo attraverso i suoi occhi.

L'approccio della medicina narrativa si propone di valorizzare la storia del paziente, ritenuta fondamentale per sviluppare un progetto terapeutico efficace, in particolare per coloro che provengono da culture diverse e portano con sé universi di significato e cornici interpretative sui temi della salute e della malattia, che possono differire significativamente dalle nostre.

Le tecniche che qualificano la pratica clinica narrative-based prevedono di far emergere le ipotesi del paziente sul suo problema, analizzare il significato che un paziente attribuisce a un disturbo, utilizzare domande circolari e riflessive, lasciar emergere le proprie espressioni empatiche, sviluppare strategie educative, costruire degli spazi di riflessione e dare potere al paziente. Il senso della narrazione è proprio questo: poter raccontare sé stessi agli altri, creare una relazione per condividere i significati e le emozioni. La medicina dovrebbe riacquisire e coltivare questa competenza, per ritrovare migliore efficacia nel suo rapporto con il paziente (Casella Paltrinieri, 2011, p. 198-199).

In sintesi, un approccio ispirato alla medicina narrativa è in grado di creare le condizioni per avviare un progetto terapeutico efficace e condiviso (prima narrazione); l'opportunità di venire a conoscenza delle cornici di senso di cui i pazienti sono portatori quando si riferiscono ai significati che attribuiscono alla loro salute e malattia (seconda narrazione); l'integrazione di informazioni aggiuntive a beneficio delle prassi cliniche della medicina delle evidenze, fornendo nuovi sospetti da sondare e informazioni utili alla diagnosi altrimenti taciute (terza narrazione) (Casella Paltrinieri, 2011, p. 211-212).

Le difficoltà e ostacoli di accesso ai servizi sociosanitari per le donne immigrate fanno spesso riferimento alla sfiducia, paura, diffidenza, timore di essere discriminate.

Perciò accogliere e permettere di esprimere il proprio universo di significato è necessario per costruire percorsi di cura effettivi, efficaci, inclusivi.

In conclusione, sebbene il riconoscimento formale del diritto di accesso ai servizi sia un requisito essenziale, esso non è sufficiente a garantire un pieno godimento delle prestazioni per la popolazione immigrata. La trasformazione del diritto formale in diritto effettivo dipende dalla consapevolezza del diritto stesso e dalla sua concreta possibilità di esercizio.

In questo contesto, la mediazione linguistico-culturale e le pratiche di medicina narrativa svolgono un ruolo cruciale: da un lato, facilitano la comunicazione della percezione individuale della malattia, interpretandola in base al contesto culturale di provenienza; dall'altro, valorizzano la storia del paziente, elemento fondamentale per sviluppare un progetto terapeutico mirato ed efficace, soprattutto per coloro che provengono da culture diverse da quella predominante e portano con sé visioni e cornici interpretative peculiari sui temi della salute e della malattia.

PARTE III: La ricerca qualitativa

1. Metodologia

Per analizzare il rapporto tra le donne immigrate e i servizi territoriali di salute, la presente ricerca si è focalizzata sull'approccio dei professionisti nella relazione con le pazienti e utenti. L'obiettivo è identificare le criticità esistenti e suggerire possibili miglioramenti. A tal fine, sono state condotte dieci interviste semi-strutturate con operatrici dei servizi sociali e sanitari per comprendere, dal loro punto di vista, le difficoltà nell'offrire servizi accessibili e adeguati per rispondere a quelle che, nella loro rappresentazione, sono le esigenze delle utenti. Inoltre, sono state effettuate due interviste di tipo qualitativo con altrettante donne di un centro di seconda accoglienza per donne vittime di violenza.

Inizialmente, avevo previsto di partire dall'esperienza diretta delle donne immigrate, ma ho dovuto riformulare questo approccio, scegliendo di dare maggiore spazio alla prospettiva dei professionisti coinvolti nella promozione della salute femminile. Concentrandomi su questo aspetto, ho esaminato la risposta interna dei servizi, cercando di capire se e in che misura i processi migratori e la stabilizzazione di persone immigrate li abbiano portati a riflettere sulle proprie pratiche e a ridefinirle in funzione dei nuovi bisogni dell'utenza.

L'approccio metodologico utilizzato è quello della ricerca qualitativa, realizzata attraverso lo strumento di ricerca dell'intervista qualitativa. Le interviste qualitative rappresentano uno strumento di raccolta di dati caratterizzato da grande varietà e flessibilità nelle modalità di conduzione, nonché da un tentativo di mantenere un rapporto simmetrico tra i ruoli di intervistato e intervistatore. L'intervistatore mira a esplorare opinioni e punti di vista che l'intervistato considera rilevanti, focalizzandosi sulla prospettiva personale, sull'esperienza vissuta e sul significato attribuito a essa. L'orientamento dell'intervista qualitativa scaturisce dall'interazione tra le due parti e dalla capacità dell'intervistatore di far emergere le esperienze e il vissuto dell'intervistato in

relazione al tema trattato (Bryman, 2008, cit. in De Lillo, 2010). In particolare, le interviste semi-strutturate sono costituite da un elenco di argomenti e questioni da discutere. Le domande che le costituiscono sono solitamente aperte e l'intervistato viene lasciato libero di esprimere le proprie opinioni e valutazioni a riguardo.

Le potenzialità conoscitive di questo tipo di ricerca risiedono nella ricchezza del materiale raccolto, che consente di formulare nuove ipotesi interpretative. Inoltre, consente di personalizzare le interviste in base alle diverse esigenze, facilitando così la comprensione delle domande da parte degli intervistati (De Lillo, 2010).

Una volta definita la domanda di ricerca e lo strumento di indagine, si è passati all'identificazione dei soggetti di analisi e alla strutturazione del piano di reclutamento. Ho adottato una tipologia di reclutamento a obiettivo (Bryman, 2008, cit. in De Lillo, 2010), dove “le unità sono scelte perché in possesso di aspetti o caratteristiche particolari in grado di permettere un'esplorazione e comprensione dei temi e degli interrogativi centrali” (Ritchie, Lewis, Elam, 2003, p.78, cit. in De Lillo, 2010). Pertanto, dopo aver individuato i servizi e le figure professionali di interesse per la ricerca, sulla base delle caratteristiche legate all'esperienza professionale con l'utenza femminile migrante, è stata redatta una lista di contatti da cui si è attinto per organizzare le interviste. Successivamente, è stato impiegato anche il metodo “a valanga” (Ritchie, Lewis, Elam, 2003, p.88-96, cit. in De Lillo, 2010), che prevede di chiedere agli intervistati di suggerire ulteriori nominativi di persone con caratteristiche simili, o comunque rilevanti per gli obiettivi conoscitivi dello studio.

Le persone intervistate sono state selezionate in base al settore lavorativo e all'esperienza professionale, focalizzando la scelta su coloro che lavorano nei servizi sociali o sanitari e che interagiscono con la popolazione migrante femminile nel territorio della Regione Lombardia. I partecipanti sono stati contattati in due modi: direttamente, o in base a conoscenze personali o in seguito a una ricerca sulla piattaforma LinkedIn; oppure tramite l'intermediazione di un ente, associazione o cooperativa, che ho contattato personalmente via e-mail, presso cui lavorano, o di cui sono utenti nel caso delle ultime due interviste. A ciascun partecipante è stata illustrata la finalità della ricerca e richiesta la disponibilità di partecipare in forma anonima, con il consenso per la registrazione audio delle interviste, al fine di essere sottoposte a successiva analisi.

Le interviste al personale medico e operatrici sociali e sanitarie sono state condotte seguendo una traccia costituita da quindici domande, volte a indagare e rispondere agli interrogativi di ricerca. In ognuna di queste interviste sono state toccate le sezioni relative alle quattro aree tematiche principali: 1: Contesto professionale; 2: Esperienza e rappresentazioni rispetto all'utenza femminile immigrata; 3: Inclusività ed efficacia delle pratiche cliniche; 4: Suggerimenti e miglioramenti. Tuttavia, la conduzione di ogni intervista ha previsto variazioni in base alle risposte fornite da ciascun intervistato.

Le ultime due interviste, condotte tra le due utenti dei servizi, si sono focalizzate su due aspetti principali: da un lato, la raccolta di informazioni personali e relative al percorso migratorio (età, paese di origine, composizione familiare, anno di arrivo in Italia); dall'altro, l'analisi del rapporto con i servizi sociali e sanitari, con particolare attenzione alle difficoltà di accesso, alle modalità di fruizione dei servizi e alla qualità della relazione con il personale medico, sanitario e con il servizio sociale.

Le interviste sono state condotte nei mesi di luglio, agosto e settembre 2024, alcune in presenza e altre in modalità virtuale. La durata di ciascuna intervista è variata tra i 20 e i 45 minuti.

Tutti i partecipanti hanno dato il consenso per la registrazione audio delle interviste. Pertanto, il materiale audio è stato poi trascritto. Dopo aver trascritto integralmente le interviste, è stata eseguita una prima lettura per familiarizzare con il contenuto. È stata poi sviluppata un'analisi tematica, permettendo così di individuare i temi di interesse rispetto all'oggetto della ricerca. La fase di codifica è stata realizzata identificando unità di significato rilevanti per la ricerca, successivamente raggruppate in codici più generali. I codici emergenti sono stati poi raggruppati in temi più ampi e ricorrenti.

2. Analisi delle interviste

| | GENERE | FASCIA D'ETÀ | PROFESSIONE E AMBITO |
|----------------|--------|--------------|---|
| 1 | F | 25-35 | Mediatrice linguistico-culturale (privato sociale) |
| 2 ⁶ | M | 55-70 | Medico di base volontari (privato sociale) |
| | F | 35-55 | Medica di base volontari (privato sociale) |
| 3 | F | 25-35 | Ostetrica (servizio pubblico) |
| 4 | F | 35-55 | Assistente sociale (servizio pubblico) |
| 5 | F | 35-55 | Educatrice (privato sociale) |
| 6 | F | 35-55 | Educatrice (privato sociale) |
| 7 | F | 55-70 | Educatrice (privato sociale) |
| 8 | F | 35-55 | Educatrice (privato sociale) |
| 9 | M | 55-70 | Direttore di struttura di accoglienza per donne che hanno subito violenza e MSNA ⁷ (privato sociale) |

⁶ Intervista doppia, in copresenza.

⁷ Minori stranieri non accompagnati.

| | | | |
|----|---|-------|--|
| 10 | F | 25-35 | Educatrice (privato sociale) |
| 11 | F | 25-35 | Utente servizio di accoglienza per donne vittime di violenza |
| 12 | F | 25-35 | Utente servizio di accoglienza per donne vittime di violenza |

2.1 Barriere di accesso ai servizi

Ostacoli burocratici all'inclusione sociale: tra permessi di soggiorno, tessere sanitarie e discrezionalità soggettive

Per quanto riguarda le barriere di natura burocratica-amministrativa, si riscontrano tempi molto lunghi per il rilascio dei documenti, che provocano di conseguenza un ritardo nel rilascio della tessera sanitaria. “Il problema è che per i rilasci dei permessi di soggiorno abbiamo raggiunto dei livelli di tempo di almeno un anno, un anno e mezzo. Avevo questa ragazza che ha fatto richiesta a marzo o maggio del 2023, ad aprile di quest'anno ha avuto sua figlia e ha fatto tutta la gravidanza quasi senza visite, perché non avendo la tessera sanitaria, e non potendo essere registrata come STP, nessuno le faceva visite” (I4, assistente sociale). Questo ritardo ha un impatto diretto sulla capacità delle persone, come la donna descritta nell'estratto, di accedere a servizi sanitari fondamentali, a cui avrebbero in realtà diritto.

Durante il periodo di attesa del permesso di soggiorno, infatti, non può essere rilasciata la tessera sanitaria. Senza di essa, le persone non possono essere registrate come Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), una categoria che dovrebbe garantire l'accesso ai servizi sanitari essenziali, anche per chi non ha un permesso di soggiorno regolare. In questo caso, l'impossibilità di ottenere la tessera sanitaria priva la donna di

un diritto fondamentale: l'accesso alle cure durante la gravidanza. Ciò evidenzia una disfunzione del sistema che dovrebbe garantire cure a chiunque, indipendentemente dal loro status legale.

Le richiedenti asilo, invece, pur avendo l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), non ricevono immediatamente l'attribuzione di un medico di base. Questo crea un ostacolo significativo, poiché l'assegnazione di un medico è cruciale per permettere continuità nelle cure e per accedere a una serie di servizi sanitari. In questo contesto, spetta agli operatori sociali individuare un medico disponibile e collaborativo, poiché, in assenza di un servizio garantito in modo sistematico, l'accesso dipende dalla discrezionalità dei medici.

Le amministrazioni locali, infine, mostrano una resistenza a investire in figure chiave come il mediatore culturale, come sottolineato dall'assistente sociale (I4) che afferma: “Se io dovessi spiegare al sindaco che sarebbe bene avere il mediatore, ti dico, tutti i lunedì mattina, mi dice che sono soldi buttati via. [...] Tutto quello che tu puoi spendere nel sociale viene visto dalle amministrazioni e dai sindaci come una perdita, non un investimento”. L'assistente sociale, che è direttamente coinvolto nell'operatività dei servizi, riconosce l'importanza della mediazione culturale, ma si scontra con la resistenza delle autorità politiche a fornire risorse adeguate, percepite come uno spreco piuttosto che come un investimento sociale. Tale percezione dimostra un disallineamento tra i bisogni delle comunità più vulnerabili e le priorità politiche. L'estratto mostra perciò come la politica locale può rappresentare una barriera importante nell'accesso ai servizi.

Mancanza di informazioni, difficoltà comunicative e orientamento ai servizi

Il riconoscimento formale del diritto di accesso ai servizi è solo il primo passo per garantire che le persone possano effettivamente beneficiare di tali prestazioni. L'accesso ai servizi da parte delle donne straniere, ad esempio, dipende dalle informazioni e dalle conoscenze che hanno, ma anche dalla qualità della loro relazione con il personale medico.

Le barriere di accesso, pertanto, non sono solo fisiche, economiche o burocratiche, ma spesso includono la mancanza di informazione e l'assenza di supporto nel processo di utilizzo dei servizi disponibili.

“L’Italia è un Paese che permette di avere l'anticoncezionale, ma tra il permettere e lo spiegarti cosa succede e accompagnarti nei servizi dedicati... serve più accompagnamento” (I5, educatrice). Questo estratto mette in luce come, sebbene in Italia si offra una serie di servizi, come l'accesso agli anticoncezionali, c'è una lacuna significativa nell'accompagnamento e nell'orientamento delle persone verso questi servizi.

“Queste donne sono meno coinvolte nei canali comunicativi, sono meno informate delle italiane” (I3, ostetrica). Nella traccia I3, l'ostetrica evidenzia un altro aspetto critico: la barriera informativa rende le donne migranti meno consapevoli dei loro diritti e delle tempistiche per accedere ai servizi sanitari, come nel caso dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). L'ostetrica descrive situazioni in cui le donne migranti accedono ai servizi tardivamente, a ridosso del limite legale per l'IVG (90 giorni), esponendosi a rischi maggiori. Questo dimostra che la mancanza di informazioni costituisce una barriera di accesso, che può comportare anche gravi conseguenze per la salute.

Altre barriere che si incontrano nell'accesso ai servizi sono di tipo linguistico, comunicativo, interpretativo e comportamentale. Vengono sottolineate differenze di comportamento delle pazienti a seconda della zona di provenienza, con una notevole differenza tra la provenienza di origine rurale e urbana. “Più che un problema di origini da uno Stato piuttosto che da un altro, dipende da che area geografica arrivano. Più sono urbanizzate e più è semplice, banalmente, accettare il fatto che un medico sia un uomo anziché una donna” (I10, educatrice).

L'educatrice (I5) evidenzia anche una barriera culturale: molte richiedenti asilo arrivano da paesi con sistemi sanitari molto diversi da quello italiano (ad esempio Turchia e Albania), aspettandosi invece che il funzionamento sia simile. Il sistema italiano ha tuttavia procedure e requisiti distinti, che possono essere difficili da comprendere senza una guida. Questo evidenzia l'importanza della mediazione culturale e della necessità di fornire informazioni adeguate alle donne migranti per aiutarle a comprendere il nuovo

contesto in cui si trovano. “Arrivano qui pensando magari che il meccanismo si ripete. Invece no, è tutto diverso” (I5, educatrice).

Le barriere culturali e linguistiche rendono dunque ancora più difficile l'accesso ai servizi per le donne migranti. La difficoltà nel reperire e comprendere le informazioni, nell'orientarsi nel sistema sanitario e nel comunicare efficacemente con gli operatori sanitari può ostacolare un accesso tempestivo e un utilizzo efficace dei servizi. L'assenza di mediazione linguistica e culturale nei servizi sanitari contribuisce a perpetuare queste disuguaglianze.

2.2 Mediazione linguistico-culturale nei servizi per la salute

Si evidenzia una significativa carenza nel servizio di mediazione linguistico-culturale, in particolare per l'assenza di una disponibilità di un servizio regolare. Un problema centrale riguarda la difficoltà nel reperire immediatamente i mediatori, compromettendo la qualità della comunicazione in situazioni critiche come visite mediche o emergenze sanitarie.

“C'era il mediatore linguistico, poteva essere chiamato, veniva, era reperibile e tutto, però la difficoltà era spesso far arrivare sul momento il mediatore” (I3, ostetrica).

La mediatrice (I1) mette in luce un ulteriore problema, ovvero la discrepanza tra la lingua o il dialetto delle pazienti e quella della mediatrice: “Capitava che anche se la mamma o i genitori erano egiziani o tunisini, nonostante io sia marocchina, e nonostante i dialetti differiscano un po' tra di loro, dovevo comunque andare perché non avevano delle figure che parlassero quel dialetto [...] Se tu stessa non capisci [...] il messaggio non arriva neanche in maniera chiara”. Questo riflette un compromesso tra la necessità di fornire assistenza immediata e la qualità del servizio fornito. Questo compromesso può diventare rischioso, soprattutto in contesti dove una comunicazione accurata è fondamentale, come quelli legati alla salute delle persone.

È inoltre ritenuto fondamentale garantire la continuità della stessa figura di mediazione. Come sottolinea la mediatrice (I1): “è uno spreco di tempo per me, per me

come mamma, come paziente in generale, perché tutte le volte faccio fatica ad aprirmi, faccio fatica a fidarmi, faccio fatica a raccontarti. [...] pensano «perché dovrei venire a raccontarti le mie cose?». Quindi il fatto che ci sia sempre almeno la stessa faccia si crea un po' di confidenza". Questo estratto evidenzia come la costruzione della fiducia sia essenziale per il successo del processo di mediazione. La mediatrice sottolinea che per le pazienti risulta particolarmente difficile aprirsi e raccontare le proprie esperienze, e questo ostacolo si amplifica quando devono confrontarsi ogni volta con persone nuove. Pertanto, la presenza continuativa di un mediatore conosciuto può facilitare il processo, creando un ambiente di maggiore fiducia.

“Il problema, a volte, è che queste donne vogliono che noi entriamo con loro nell'ambulatorio, perché si fidano di noi. Loro vedono il dottore magari come lo straniero, l'estraneo. Tante volte da parte dei medici invece, soprattutto post-Covid, dove tutti dobbiamo stare lontano da tutti, ci dicono «tu devi stare fuori». Però poi il medico si trova in difficoltà, perché la donna magari non ti risponde, perché tutta la storia passata non riesce a spiegartela, per cui anche il medico non riesce a collegare” (I6, educatrice). L'estratto evidenzia un'altra dimensione: la percezione del medico come una figura estranea e distante, che porta le donne a preferire l'accompagnamento di una mediatrice o un'educatrice di cui si fidano. Questo riflette una dinamica di potere e vulnerabilità, in cui la paziente si sente più protetta e sicura se supportata da una persona di fiducia.

A volte, per sopperire alla mancanza di mediatori, vengono coinvolti familiari o amici delle pazienti, ma questa pratica presenta diversi rischi. Le questioni mediche spesso richiedono il trattamento di informazioni personali e riservate, e la paziente potrebbe sentirsi a disagio nel condividere dettagli intimi con persone vicine. Inoltre, amici o parenti, non essendo professionisti, potrebbero tradurre in modo impreciso o distorto i termini tecnici, sia per lacune linguistiche sia per influenze emotive o culturali. Nei rapporti familiari caratterizzati da dinamiche di potere, come quelli tra marito e moglie o genitori e figli, la paziente potrebbe non sentirsi libera di esprimersi pienamente, soprattutto in caso di abusi domestici. “I casi proprio in cui non ci si capisce sono pochi in realtà, perché molte volte arrivano e, o riescono in qualche modo a spiegarsi, oppure vengono accompagnati o da un familiare, o da un amico, o da un'amica che conosce l'italiano e quindi fanno da mediatore loro” (I2, medico di base). “Oppure vengono accompagnate da amiche e parenti che conoscono meglio la lingua. Io, personalmente,

cerco sempre... non coinvolgo mai i figli. Se coinvolgo i figli vedo che comunque abbiano 16, 17, 18 anni” (I4, assistente sociale).

L’educatrice (I8) sottolinea l'importanza della mediazione linguistica anche nei percorsi psicologici: “Anche quando le donne iniziano un percorso psicologico, la maggior parte le accompagniamo al consultorio per iniziare un percorso, ed è capitato che anche lì la psicologa fosse appoggiata poi a un mediatore, perché altrimenti è difficilissimo”. La mediazione non riguarda, pertanto, solo la traduzione linguistica, ma anche la comprensione emotiva e la gestione di esperienze traumatiche, risultando importante sia per l'accesso ai servizi sanitari che per il benessere psicologico delle donne.

Un'altra educatrice riporta invece dei casi in cui i passaggi di mediazione diventano troppi, a causa della presenza di diverse figure (la paziente, la mediatrice, l'educatrice e la psichiatra), intralciando la buona riuscita del percorso terapeutico. “Il problema diventa enorme quando hai difficoltà psicologiche o accompagnamenti in neuropsichiatria, perché chiaramente non si fa neuropsichiatria con un mediatore in mezzo, cioè lo si fa perché si fa di necessità virtù, però non funziona. [...] [Una paziente] Mi aveva preso come punto di riferimento, per cui siamo andati dallo psichiatra io, lei, la mediatrice. Alla fine, il percorso non è andato da nessuna parte perché c'erano troppi passaggi, però lei senza di me non andava, senza la mediatrice non capiva e quindi era un esubero di persone ma che poi alla fine diventa disfunzionale” (I10, educatrice).

2.3 Relazione con il personale medico

“La qualità della relazione medico-paziente rappresenta la variabile di gran lunga più importante ai fini della soddisfazione globale del paziente, molto più rilevante dei contenuti tecnici e anche dei risultati propri di una prestazione medica”
(Bosio, 2002: 142, in Giarelli e Venneri, 2009).

Dalle esperienze delle operatrici emerge un'impreparazione del personale medico nella gestione della relazione con le donne immigrate. Questa è caratterizzata da una mancanza di sensibilità personale e da una carenza di formazione specifica, ad esempio,

su aspetti psicopedagogici e sul fenomeno della violenza di genere. “Nel trattamento è innegabile che ci siano delle differenze a sfavore delle persone semplicemente che non parlano la nostra lingua” (I3, ostetrica).

“Avvertivo un po' di arroganza da parte dei medici, non nei confronti miei, ma nei confronti dei pazienti che avevano difficoltà linguistiche” (I1, mediatrice linguistico-culturale).

“Siccome a me non mi è mai capitato [di prendere in carico un caso di violenza] non mi sono neanche posto il problema” (I2, medico di base).

È stato evidenziato che, indipendentemente dalla nazionalità del paziente, il suo ruolo viene spesso considerato marginale nel percorso di cura. La relazione medico-paziente, in questi casi, rimane incentrata principalmente sulla figura del professionista sanitario, con un approccio che privilegia una visione esclusivamente clinica della salute e della cura.

“Il medico deve avere un rapporto di relazione col suo paziente; quindi, se bypassa la relazione è un bel guaio, perché la relazione mi permette anche di costruire quella fiducia, quell'alleanza terapeutica, che non vale solo per lo psicologo, vale anche per il medico. [...] È un tema più trasversale, non riguarda solo le donne, non riguarda gli stranieri, riguarda proprio il rapporto medico-paziente, che è un rapporto molto delicato e troppo poco affrontato” (I9, direttore di struttura di accoglienza).

Diventa dunque fondamentale spostare il focus da questo modello paternalistico a uno più collaborativo e partecipativo, in cui il paziente assuma un ruolo attivo e consapevole, contribuendo in modo attivo alle decisioni riguardanti il proprio percorso terapeutico.

Emergono diverse criticità nell'approccio umano e relazionale, in particolare nella mancanza di attenzione alle differenze culturali, come quelle legate all'esperienza del parto. Questa carenza di connessione empatica con il personale medico può alimentare sentimenti di ansia, paura e impotenza nelle pazienti. “Se penso per esempio al parto e al postparto, il personale medico è molto preparato dal punto di vista tecnico e clinico, mentre dal punto di vista umano si fa ancora un po' fatica a tenere in considerazione le differenze. Non parlo solo in termini di metodologia clinica, ma anche della differenza di quello che è, per esempio, l'esperienza di un parto in altri paesi, come è l'esperienza invece di un parto molto clinico qui, il numero di persone, per esempio, che possono stare vicino

al parto... proprio come la vive una persona. [...] Penso che si perda un po' il lato umano e quando questo si perde dove la relazione è forse l'unico canale con cui tu puoi iniziare a interagire, pensando alle donne migranti, si fa fatica" (I5, educatrice).

La medicina narrativa

Nella relazione medico-paziente, la medicina narrativa gioca un ruolo importante, contribuendo a migliorare la qualità delle cure e promuovendo una comprensione più profonda della persona. Questo approccio contrasta una visione meccanica e tecnicistica della medicina, in cui il paziente rischia di essere visto solo come un "caso clinico".

Attraverso la medicina narrativa, il paziente diventa un agente attivo nel processo di cura. In questo modo, medico e paziente possono co-costruire un piano di cura che tenga conto, laddove è possibile, delle esigenze di entrambe le parti. "Ho visto qualcosa legato alla narrazione di medicina, quando quella donna di cui ti parlavo prima, l'ho fatta incontrare con una psichiatra, c'è stata proprio una bella narrazione rispetto a tutta la storia di vita, la sua biografia. Lei ha proprio ascoltato questo fiume, e oltre ad ascoltare lei, questa dottoressa ha ascoltato anche me, è una cosa che difficilmente succede. È come se ci fosse una composizione e quello ti permette di avere un'alleanza. Nei presidi ospedalieri questa cosa è difficile" (I5, educatrice).

In altri casi invece viene segnalato che "i medici guardavano gli esami, ma nessuno ha parlato con la paziente, questo è il problema" (I9, direttore di struttura di accoglienza). Il commento sottolinea un approccio meccanico e impersonale da parte del personale medico, che si concentra esclusivamente sull'analisi degli esami diagnostici, trascurando la dimensione umana della relazione terapeutica.

La medicina narrativa, pertanto, permetterebbe di trasformare la relazione medico-paziente, spostandola da una mera interazione tecnica a una relazione umana più profonda e complessa. Il racconto di sé del paziente non è solo un mezzo per trasmettere informazioni cliniche, ma anche uno strumento per costruire una connessione che porta a una cura più olistica ed efficace.

Tra infantilizzazione, invisibilizzazione e stereotipi

Tuttavia, vengono spesso segnalate che pratiche di infantilizzazione e svalutazione dei sintomi colpiscono in particolare la relazione con le donne migranti, generando un processo di alterizzazione e differenziazione delle persone assistite.

“A volte vedi che le trattano un po' come delle bambine, per cui rimandano a me il ruolo genitoriale di spiegare alla bambina quello che sta succedendo” (I6, educatrice). “Quando le accompagniamo per fare le visite, delle volte capita che i medici ti guardano come per dire «guarda che questa non ha nulla»” (I7, educatrice). “I medici sono sempre un po' prevenuti, nel senso che quando vedono queste donne che non parlano italiano un po' le trattano come delle bambinotte un po' ingenuie, un po' stupide” (I8, educatrice).

Anche da parte del servizio sociale si evidenzia una mancanza di empatia, che spesso sembra avere aspettative irrealistiche nei confronti delle utenti. “Secondo me i servizi sociali i servizi sanitari pretendono un po' tanto da queste donne, nel senso che quando loro vengono prese in carico e vengono poi portate in strutture come la nostra spesso dopo due mesi che sono qui e si fa l'incontro classico con l'assistente sociale, loro ti chiedono «allora cosa hai concluso? hai trovato lavoro?», sì, aspetta. Non abbiamo a che fare con delle persone tra virgolette normali, sono persone che hanno un vissuto tragico perché se tu ascolti quello che loro ti raccontano, anche solo il racconto della traversata del viaggio che hanno fatto, di quello che hanno visto, delle violenze che hanno subito, perché poi si tratta di violenze sessuali, violenze fisiche, persone morte davanti a loro” (I8, educatrice).

Il personale medico riproduce diversi stereotipi nei confronti della popolazione migrante. C'è il medico “che pensa che non è giusto che siano qui, che dice che stanno bene, se la passano bene, sono pretenziosi. Su certe cose hanno ragione, perché se tu concedi troppo si approfittano. Però è una realtà e bisogna affrontarla” (I7, educatrice). Le operatrici riconoscono e problematizzano certi comportamenti del personale medico, ma talvolta finiscono per riprodurre alcuni di questi stereotipi nei loro discorsi. Ad esempio, una di loro osserva: “io riscontro che soprattutto gli africani amano farsi curare, amano i farmaci, per ogni stupidaggine” (I7, educatrice). Tuttavia, questi non sembrano influire negativamente sulla relazione con le pazienti, poiché in nessun caso vengono

negate visite o esami medici. Anzi, le operatrici si configurano come alleate nel confronto con i professionisti.

Nel testo a cura di Castiglioni (2001, p. 25), si afferma che “uno dei motivi più ricorrente di lamentele da parte degli operatori dei servizi rispetto alle utenti straniere è la mancanza del rispetto delle regole di funzionamento riguardanti gli appuntamenti, gli orari, la puntualità, dovuto a un altro ritmo di esistenza e un’altra percezione del tempo e dello spazio”. Tuttavia, è utile problematizzare quest’osservazione. Da un lato, si potrebbe ipotizzare che gli operatori e il personale medico tendano a prestare maggiore attenzione ai comportamenti considerati atipici o irregolari da parte delle persone straniere, alimentando stereotipi e pregiudizi preesistenti e generalizzandone le condotte. Dall’altro lato, tale “mancanza del rispetto delle regole” non tiene conto delle difficoltà materiali che possono interessare la popolazione immigrata. Ad esempio, come segnala la mediatrice linguistico-culturale (I1), è diffusa la mancanza di un mezzo di trasporto personale tra le donne; l’utilizzo dei mezzi pubblici tuttavia presenta diversi ostacoli, non essendo sempre fruibili e con frequenze ridotte in alcune aree periferiche. Nel suo racconto, il fatto di arrivare in ritardo alla visita induceva il medico a “perdere la pazienza, e tutto poi si traduceva in un certo comportamento nei confronti del paziente [...] che ancora prima di entrare nella stanza e sedersi era già labellato come «ma guarda questo, non arriva neanche in orario»” (I1, mediatrice linguistico-culturale). Ciononostante, gli episodi di questo tipo sono riportati come eccezioni.

In misura significativamente ridotta sono state fornite testimonianze di pratiche positive da parte del personale medico, in cui è emersa quindi una consapevolezza e attenzione alle esigenze delle pazienti. “Il percorso che abbiamo fatto per arrivare all’uso degli anticoncezionali è stato proposto dalle dottoresse del consultorio. Se ne sono proprio occupate loro, hanno elaborato loro un percorso su quattro incontri in cui spiegavano tutti gli anticoncezionali, che cosa fare, a cosa servono” (I10, educatrice).

Inoltre, riguardo alla preferenza di molte donne immigrate di essere assistite da un medico donna piuttosto che da un uomo, l’educatrice commenta che “erano i medici stessi a riconoscere questa esigenza e a cercare di rispondere alle necessità delle pazienti” (I10, educatrice). Ciò denota un livello di sensibilità culturale e una disponibilità a personalizzare l’assistenza in base alle preferenze e ai bisogni individuali delle donne.

2.4 Educazione alla salute e prevenzione

È emerso dalle interviste il ruolo cruciale che le educatrici svolgono nella tutela della salute delle donne. Il loro impegno si traduce in un'educazione alla salute che abbraccia aspetti quotidiani e pratici. In merito a ciò, un'educatrice (I5) afferma: “È fuorviante secondo me pensare alla salute solo con la salute fisica clinica, col farmaco... la salute è anche consigliare, per esempio, a una mamma che ha dei figli, di utilizzare gli spazi aperti, di frequentare il parco, di permettere il gioco, di curare il sonno e la veglia, cioè tante cose fanno parte della salute. Per una donna tenersi controllata, alimentarsi in una certa maniera. Altrimenti scivoliamo nell'errore del pensare alla medicalizzazione di tutto. [...] L'educazione alla salute delle donne dovrebbe, secondo me, iniziare dalle scuole. Non parlo solo di educazione sessuale, ma già da bambini e bambine parlare di salute, salute fisica, tutti gli aspetti legati al vivere sani e al benessere, partendo da piccoli. [...] Penso al tema anche degli effetti degli smartphone sulle giovani generazioni: ho molte donne straniere che non pensano minimamente che usarlo dieci ore al giorno faccia male. Se non te lo dicono non lo sai”.

La prevenzione è fondamentale per promuovere la salute femminile, contribuendo a ridurre il rischio di malattie e migliorare la qualità della vita. Tuttavia, è stata più volte segnalata una significativa mancanza di iniziative preventive tra le donne immigrate. Queste includono controlli durante la gravidanza, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, la prevenzione della mortalità materna. Inoltre, la prevenzione di tumori specifici, come il cancro al seno e il cancro cervicale, risulta fondamentale e può essere attuata mediante esami diagnostici come il pap test, la mammografia, insieme a esami del sangue specifici.

“In certi casi non hanno mai fatto un pap test, non si sono mai controllate. Prevenzione che va dalla parte ginecologica ma, se io penso per esempio ai denti, il dentista è una roba per ricchi” (I5, educatrice).

“Viene fatta tutta una serie di controlli, a livello di visite ginecologiche, pap test, perché sono cose che loro non hanno neanche mai fatto, non hanno mai visto, cioè per loro sono cose, almeno soprattutto per le africane, per cui cadono un po' dalle nuvole [...] Nel senso, se hai una vita sessuale attiva, ti devi proteggere. Non solo da eventuali

gravidanze, ma anche proprio da avere tutta una serie di malattie che loro non sanno manco che esistono. Fanno fatica, perché per cultura loro è una cosa quasi inaccettabile il fatto che una prenda qualcosa per non rimanere incinta” (I8, educatrice).

“Tutta la questione dalle malattie sessualmente trasmissibili va sicuramente affrontata, perché la maggior parte arriva e non ha nessun pensiero al riguardo, cioè non è una cosa che hanno interiorizzato, il fatto che i rapporti possano essere fonte di malattia. [...] L’uso dei preservativi non era contemplato” (I10, educatrice).

Fra i possibili fattori che pesano sulla scarsa o nulla attività di prevenzione, si individuano quelli di ordine strutturale - criticità di accesso, burocratizzazione delle pratiche, tempi predefiniti e difficoltà di conciliazione vita-lavoro, mancanza di informazioni, posizione giuridica, mancanza di una rete relazionale di supporto, scarsa empatia degli operatori - e quelli di ordine culturale, nonché elementi legati al riconoscimento delle risorse per la salute come risorse valide (Tognetti Bordogna, 2008a; b; CIRSDE, 2011;2012, in Tognetti Bordogna, 2012).

2.5 Violenza

La violenza di genere rappresenta un determinante cruciale per la salute delle donne, con impatti significativi sul piano fisico, psicologico e sociale. La prevenzione dalla violenza richiede un approccio integrato che includa interventi sociali e legislativi, insieme a iniziative di educazione e campagne di sensibilizzazione per ridurre il rischio di abusi. Inoltre, è essenziale migliorare l'accesso ai servizi di supporto per le vittime.

Tuttavia, emerge una diffusa mancanza di preparazione da parte del personale medico e sanitario nel riconoscere e affrontare adeguatamente situazioni di violenza, nonostante questa rappresenti, secondo l’OMS (1997, cit. in Romito, Folla e Melato, 2016) una causa di morte o di invalidità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave quanto il cancro.

Attualmente per una donna vittima di violenza trovarsi di fronte un medico che sia in grado di aiutarla rappresenta una questione di fortuna, piuttosto che un diritto.

“Il tema della violenza di genere è un tema un po' delicato, perché se tu hai la fortuna di trovare il poliziotto, il carabiniere che è formato, ti va di lusso, fai la tua denuncia e trovi accoglienza. Però se sei in una piccola caserma di paese o dove l'operatore magari non ha mai neanche sentito parlare di violenza di genere, il tema è delicato” (I9, direttore di struttura di accoglienza).

Questa carenza non solo ostacola la prevenzione, ma compromette anche la qualità dell'assistenza fornita alle donne che hanno vissuto abusi, evidenziando la necessità di una formazione specifica e continua per il personale sanitario, al fine di garantire un supporto efficace alle pazienti.

Altrettanto sottovalutate sono le conseguenze della violenza sulla salute delle donne, anche per la presenza di un modello medico che tende a riferire la loro sofferenza esclusivamente a problemi di tipo biologico, slegati dalle condizioni di vita (Romito, Folla e Melato, 2016).

Un altro tema cruciale che emerge è la tutela della donna spesso subordinata a quella del minore o limitata esclusivamente alla sfera riproduttiva.

“La difficoltà è totale, perché il diritto a essere valutato dai consultori nasce solo quando sei in gravidanza” (I2, medico di base).

In particolare, nei casi di violenza, le case rifugio non accolgono donne senza figli a carico, negando loro protezione. Tale approccio trascura le esigenze e i diritti delle donne, le quali vengono spesso trattate dai servizi come soggetti da tutelare unicamente in quanto madri, piuttosto che individui con diritti propri.

“Se sono donne che hanno dei minori al seguito, la maggior parte delle volte tramite il decreto del tribunale dei minori si riesce a rinnovare il permesso di soggiorno per assistenza ai minori. Il problema è quando hai la donna sola, senza figli, senza lavoro” (I6, educatrice).

“La donna straniera sola, senza figli, è un po' lasciata da sola. Si tutela la donna solo se ha dei figli” (I9, direttore di struttura di accoglienza).

Nei casi di violenza, viene frequentemente segnalata l'assenza di un servizio psicologico di qualità, soprattutto quando la donna ha un livello di italiano limitato.

“Non c'è assolutamente un servizio che offra supporto psicologico dopo una violenza sessuale, soprattutto nella donna migrante” (I3, ostetrica).

“Noi abbiamo agganciato una signora indiana, donna vittima di violenza, al CPS. Allora non sapeva praticamente parlare italiano. Hanno fatto il colloquio senza i mediatori e hanno detto che stava bene. Anche io starei bene, penso, se mi fanno un colloquio in indiano, che non capisco niente” (I4, assistente sociale).

Dall’estratto emerge inoltre la mancanza o la carenza del servizio di mediazione linguistico-culturale nei servizi antiviolenza, spesso legata al grado di “emergenza” o “gravità” attribuito a ciascun caso.

“I centri antiviolenza hanno dei servizi di mediazione che possono essere attivati. Però quando è finita la fase emergenziale dei primi giorni, per loro la donna è uscita dall'emergenza. Quindi attivare un servizio di mediazione per loro è un po' inutile. Però è anche vero che a volte arrivano delle donne che non sono alfabetizzate. [...] Allora noi attraverso la cooperativa X, attiviamo questo servizio e lo paghiamo noi, perché ci sembra essenziale aiutare le donne a capire bene che cosa vogliamo fare, che cosa diciamo, dove vogliamo andare” (I9, direttore di struttura di accoglienza).

2.6 Lavoro di rete tra i servizi

Si osserva che, sebbene il lavoro di rete tra i servizi sia presente, la qualità della collaborazione è significativamente influenzata dalla disponibilità individuale degli attori coinvolti. Questo evidenzia una fragilità strutturale del sistema, che non riesce a garantire un meccanismo collaborativo consolidato.

“Il lavoro di rete c'è con tutti i vari servizi [...] ma purtroppo vale molto solo se c'è l'operatore che lo vuole fare” (I4, assistente sociale).

L'educatrice (I5) descrive una situazione ideale in cui il lavoro di rete funziona efficacemente quando tutti i professionisti coinvolti hanno la stessa rilevanza. Questo equilibrio può rompersi nel momento in cui uno dei professionisti impone la propria visione senza lasciare spazio al dialogo e minando il processo collaborativo.

“Funziona molto bene quando ci sono problematiche di natura sanitaria e quando il rapporto tra direttrice interculturale, assistente sociale, psicologa ed educatore

professionale, sono tutti intorno a un tavolo per discutere di un caso e tutti hanno la stessa valenza. Ho fatto un po' più fatica quando invece il medico dice “no, è così, basta” (15, educatrice).

Si mette in evidenza, infine, la differenza nell'approccio tra i vari servizi. Alcuni si distinguono per la disponibilità, mentre altri tendono ad allontanare rapidamente le utenti, spesso a causa di pressioni burocratiche o amministrative comunali. Questo mette in luce come le politiche e le dinamiche amministrative possano avere un impatto negativo anche sulla qualità del lavoro di rete.

“Ci sono servizi con cui lavoriamo benissimo, che sono molto umani, molto tolleranti, altri servizi che invece ‘prima le mandiamo fuori meglio è’, ma lo capisco, perché sono logiche del comune che ci sta dietro” (18, educatrice).

2.7 Esperienza personale delle donne migranti

Le interviste alle utenti del servizio di seconda accoglienza per vittime di violenza di genere sono state condotte all'interno della comunità in cui risiedono. Questo contesto va tenuto presente nella lettura delle loro narrazioni, poiché potrebbe aver influenzato il modo in cui si sono raccontate. Nonostante ciò, le loro testimonianze offrono un contributo significativo all'analisi condotta finora. Alcuni dei limiti e dei problemi emersi sono stati spontaneamente confermati dalle donne, che hanno inoltre fatto emergere ulteriori elementi critici.

Queste interviste non mirano a rappresentare o estendere le esperienze vissute dalle intervistate a tutte le donne migranti che si trovano in situazioni simili. Tuttavia, le donne intervistate sono considerate testimoni privilegiate perché, attraverso la loro esperienza diretta e la loro capacità di esprimere la propria condizione di vulnerabilità, offrono uno sguardo autentico sulla loro specifica esperienza di violenza, migrazione ed esperienza con i servizi.

Le donne intervistate hanno evidenziato la ricchezza presente nei servizi offerti, ma anche alcune criticità che richiedono di essere affrontate.

Le educatrici vengono descritte come figure di riferimento, capaci di creare una relazione di fiducia. Le intervistate affermano di sentirsi a loro agio nel confidarsi con loro, il che è fondamentale per la tutela della loro salute complessiva.

“Gli educatori sono molto bravi, molto umani, riesco a confidarmi con loro” (I12).

Una partecipante evidenzia l'importanza di avere un gruppo di supporto composto da diverse figure professionali, che le permette di ricevere riscontri e assistenza da prospettive diverse. Questo approccio multidisciplinare offre non solo un senso di sicurezza, ma anche una maggiore varietà nelle soluzioni proposte.

“Questa è la cosa buona quando vieni seguita da tante persone, perché hai tante persone che possono dire la loro, questo per me è importantissimo” (I12).

Inoltre, è stato apprezzato che, anche dopo aver lasciato la comunità, continuino a ricevere supporto nel loro percorso di indipendenza e integrazione.

“La mamma quando esce fuori dalla comunità, l'accompagnano per tanto tempo nel suo progetto anche fuori; quindi, questa è una cosa che secondo me è molto importante, perché non ti lasciano da un giorno all'altro” (I12).

Tra gli ostacoli percepiti, è stata sottolineata la difficoltà di adattarsi alla vita in comunità, segnalando che le restrizioni imposte e la mancanza di informazione iniziale hanno reso l'esperienza particolarmente difficile, specialmente per i figli.

“La prima comunità l'abbiamo vissuta male, sia io che i miei figli. Non sapevamo prima di tutto che cos'era una comunità, non sapevamo come funzionava. E così siamo stati per sei mesi in protezione, senza uscire quasi, solo ogni tanto. I miei figli questa cosa l'hanno sofferto molto, e anch'io” (I11).

La stessa donna evidenzia anche il lungo periodo di attesa per l'accesso a servizi di neuropsichiatria infantile, accentuando la frustrazione e la percezione di una gestione inadeguata.

L'altra intervistata ha inoltre espresso insoddisfazione verso le assistenti sociali, descritte come autoritarie, il che ha ostacolato lo sviluppo di un rapporto di fiducia e intensificato il senso di vulnerabilità.

“Aveva questo modo di fare che ti faceva capire io ho i tuoi figli nella mia mano, quindi decido io” (I12).

In conclusione, le interviste alle utenti del servizio di seconda accoglienza offrono una visione preziosa delle esperienze vissute dalle donne vittime di violenza di genere.

Le loro testimonianze mettono in luce sia i punti di forza dei servizi offerti, come la creazione di relazioni di fiducia con le educatrici e l'approccio multidisciplinare, sia le criticità riscontrate, come la difficoltà di adattamento alla vita in comunità, la mancanza di informazioni e la percezione di autoritarismo da parte di alcune figure professionali.

Questi aspetti evidenziano la necessità di migliorare alcuni ambiti del percorso di cura e supporto, con l'obiettivo di rendere l'assistenza più efficace e sensibile alle esigenze delle donne e dei loro figli.

2.8 Conclusioni e suggerimenti

In conclusione, l'analisi fornisce una panoramica chiara e approfondita delle problematiche strutturali e culturali che limitano l'efficacia dei servizi sanitari e sociali nell'assistenza alle donne migranti, in particolare quelle vittime di violenza e in condizioni di vulnerabilità.

In primo luogo, si evidenzia come gli ostacoli burocratici contribuiscano a escludere dal pieno godimento dei diritti anche le persone formalmente ammesse ai servizi. Inoltre, ulteriori barriere ostacolano l'accesso effettivo ai servizi e alle prestazioni: la carenza di informazioni, le difficoltà comunicative e la scarsa orientazione all'uso dei servizi sono segnalati come problematiche principali. La mancanza di informazioni è spesso correlata a pratiche di prevenzione da parte delle donne migranti ritenuta insufficiente dal personale medico secondo le prassi diffuse in Italia.

Un altro limite significativo è l'insufficienza della mediazione linguistico-culturale all'interno dei servizi sanitari, fattore determinante per un'assistenza adeguata e inclusiva. Dalle esperienze delle operatrici emerge inoltre una preparazione ancora carente del personale medico nella gestione delle relazioni con le donne migranti, dovuta a una scarsa sensibilità culturale e a un'insufficiente formazione specifica.

Una delle criticità rilevate è la mancanza di competenze del personale medico e sociale rispetto alle diverse percezioni e interpretazioni culturali di malattia e disabilità. In questo contesto, l'educazione interculturale potrebbe attenuare le incomprensioni e favorire

interventi più appropriati e meno intrusivi, migliorando la capacità di diagnosi e riducendo la necessità di segnalazioni o interventi esterni, come osservato da un'assistente sociale (I4). Inoltre, è fondamentale offrire un'educazione alla salute alle pazienti che consideri aspetti olistici e situazioni comuni della vita quotidiana.

Un'ulteriore criticità riguarda la mancanza di un sistema strutturato per la gestione dei casi di violenza di genere. In molte situazioni, trovare professionisti adeguatamente formati è più una questione di fortuna che un diritto garantito. È urgente, quindi, promuovere una formazione specifica e continua per il personale medico e sanitario, per offrire un'assistenza di qualità e protezione effettiva alle vittime.

Dalle testimonianze delle operatrici emerge chiaramente l'importanza dell'ascolto. Un'educatrice (I5) sottolinea come l'ascolto attivo permetta di comprendere non solo i sintomi fisici, ma anche le storie di vita delle pazienti, costruendo un rapporto di fiducia che consente un'assistenza più personalizzata. Tuttavia, questo approccio è ancora troppo spesso affidato alla sensibilità individuale dei singoli operatori, piuttosto che a protocolli strutturati. Un'altra educatrice (I7) evidenzia come l'assistenza dovrebbe considerare il contesto di vita complessivo delle pazienti, integrando il supporto fisico e psicologico. La carenza di risorse e il sovraccarico del personale medico, tuttavia, ostacolano la possibilità di garantire un supporto realmente personalizzato. Il direttore di una struttura di accoglienza (I9) osserva come la rapidità e l'approccio tecnico dei servizi tendano a ignorare la complessità delle condizioni di vita delle pazienti più vulnerabili. Inoltre, l'assenza di un adeguato supporto psicologico, soprattutto per le donne vittime di violenza sessuale o che hanno vissuto traumi, limita l'assistenza a interventi su casi estremi, per esempio in cui la paziente rappresenta un pericolo per sé o per altri, come sottolineato da un'educatrice (I10).

Infine, le interviste alle utenti del servizio di seconda accoglienza forniscono una prospettiva preziosa sulle esperienze delle donne vittime di violenza di genere. Le loro testimonianze evidenziano sia i punti di forza dei servizi, come la creazione di relazioni di fiducia con le educatrici e l'approccio multidisciplinare, sia le criticità riscontrate, tra cui la difficoltà di adattamento alla vita comunitaria, la mancanza di informazioni e la percezione di autoritarismo da parte di alcune figure professionali.

Emerge quindi la necessità di un cambiamento di paradigma nei servizi sanitari e sociali, passando da un approccio emergenziale a uno progettuale. Questo implica

superare rigidità burocratiche e discrezionalità nell'applicazione delle normative, nonché colmare il divario tra accessibilità e adeguatezza dei servizi. Puntare all'equità nella salute significa garantire non solo l'accesso alle cure, ma un'assistenza che tenga conto della diversità dei bisogni culturali e personali (Giarelli e Vennero, 2009).

Conclusioni

L'obiettivo di questa tesi è approfondire il tema della salute e del benessere delle donne che hanno vissuto un'esperienza migratoria, con particolare attenzione alla salute sessuale e riproduttiva e alle difficoltà di accesso ai servizi, per rispondere alla necessità più ampia di garantire alla popolazione migrante una protezione effettiva del diritto alla salute.

La domanda di ricerca si concentra sull'analisi del sistema sociosanitario con cui le donne migranti devono confrontarsi, esplorando le modalità di accoglienza e le criticità emerse nel garantire un accesso inclusivo e adeguato ai servizi.

Nella prima parte, è stato messo in luce come affrontare il tema delle migrazioni richieda necessariamente di considerare il genere delle persone che migrano, per comprendere appieno le dinamiche sociali e di potere che caratterizzano l'esperienza migratoria, sia nei luoghi di partenza che in quelli di arrivo. Tuttavia, il genere non può essere analizzato in modo isolato, essendo strettamente interconnesso con altre categorie sociali. Il concetto di intersezionalità ha permesso non solo di esaminare le relazioni tra le diverse categorie, ma anche di portare alla luce condizioni di marginalizzazione spesso invisibili, evidenziando i molteplici livelli di discriminazione che possono emergere dall'interazione tra diverse dimensioni identitarie ed esperienziali. L'approccio intersezionale è quindi fondamentale per comprendere le molteplici appartenenze e le varie forme di discriminazione che riguardano le donne migranti.

Nella seconda parte, la tesi si concentra sulla salute delle donne migranti e sui fattori che la influenzano. Uno dei principali limiti nella tutela della salute di queste donne è l'enfasi spesso esclusiva sulla loro funzione riproduttiva e di riproduzione sociale⁸. L'adozione di indicatori che si focalizzano unicamente sulla salute riproduttiva, sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e sulle malattie sessualmente trasmissibili offre una visione parziale del ruolo delle donne migranti all'interno delle

⁸ Con riproduzione sociale si intende l'insieme dei processi e delle attività necessari per mantenere e perpetuare la forza lavoro e le strutture sociali di una società da una generazione all'altra. Questa nozione abbraccia tutte quelle attività essenziali per garantire il benessere quotidiano e riprodurre le condizioni materiali di vita: dalla cura dei figli, degli anziani e dei malati, alla gestione domestica, fino alla trasmissione di norme, valori e competenze culturali.

politiche sanitarie. Tuttavia, ritengo che il tema della salute sessuale e riproduttiva sia cruciale e strettamente legato ad altri diritti fondamentali come il diritto di vivere esperienze sessuali appaganti e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza, di avere un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come il diritto a decidere se e quando riprodursi.

Sono state analizzate le modalità di accesso ad alcuni servizi sanitari, in particolare ai servizi perinatali, alle visite prenatali e al ricorso all'IVG (interruzione volontaria di gravidanza) tra le donne migranti, evidenziando come diverse barriere ne limitino la fruizione. La letteratura esistente evidenzia come le principali cause che riducono l'accesso ai servizi di questo tipo da parte delle donne migranti rispetto alle italiane si riferiscano, tra l'altro, a una scarsa informazione sui propri diritti in questo ambito, difficoltà linguistiche e l'adesione a modelli di parto e maternità poco medicalizzati. A queste si aggiungono pratiche sociosanitarie di matrice eurocentrica, spesso poco predisposte a riconoscere e rispettare concezioni diverse di salute, maternità e ruoli di genere. Inoltre, si riscontrano ulteriori ostacoli dovuti alla scarsità di servizi di mediazione linguistico-culturale.

Strettamente legato alla tutela della salute femminile è il tema della violenza di genere. Le donne migranti, in particolare, rischiano di trovarsi in situazioni di maggior vulnerabilità, poiché il processo migratorio stesso può implicare esperienze di violenza fisica e psicologica, spesso aggravate dalle condizioni precarie del viaggio e dall'assenza di adeguate tutele legali. Nei paesi di transito i rischi aumentano soprattutto quando le frontiere vengono rafforzate e la possibilità di spostarsi legalmente si riduce. In queste circostanze, molte donne migranti si trovano a dover fare affidamento su trafficanti di esseri umani per attraversare i confini. Questo le espone a ulteriori forme di violenza e sfruttamento, come abusi sessuali, estorsioni e condizioni di viaggio degradanti.

La vulnerabilità di queste donne, aggravata dalla mancanza di reti di supporto e dalla difficoltà di accedere a servizi di assistenza sanitaria e legale, fa sì che la loro salute sia costantemente messa a rischio durante il percorso migratorio e nei paesi di destinazione.

La violenza istituzionale rappresenta un'altra forma di violenza che può risultare altrettanto traumatica, generando situazioni di disagio, abuso e ingiustizia. In ambito sanitario, la carenza di informazioni adeguate e la comunicazione inefficace con il

personale medico, insieme alla diffusione di stereotipi e pregiudizi, contribuiscono all'esclusione sociale, all'emarginazione e alla stigmatizzazione delle donne migranti, rinforzando squilibri di potere.

In questo contesto, i Centri antiviolenza svolgono un ruolo fondamentale nel contrasto alla violenza di genere. Questi non si limitano a offrire assistenza d'emergenza, ma si propongono anche come spazi di partecipazione politica e di promozione culturale, contribuendo a una trasformazione sociale che miri a ridefinire il ruolo delle donne nella società.

A conclusione di questa prima parte, è stato presentato il concetto di equità sanitaria e di diritto effettivo alla salute. Sebbene il riconoscimento formale del diritto di accesso ai servizi sia un requisito essenziale, la sua trasformazione in diritto effettivo dipende anche dalla consapevolezza di tale diritto e dalla sua concreta possibilità di esercizio. Da un lato, la normativa è chiara riguardo ai presupposti che permettono a un cittadino straniero di accedere all'iscrizione sanitaria. Dall'altro, tuttavia, persistono numerose problematiche nell'accesso effettivo, legate per esempio a ostacoli burocratici e comunicativi, nonché a difficoltà nel reperire le informazioni necessarie e nel ricevere un adeguato orientamento ai servizi. In questo quadro, la mediazione linguistico-culturale e le pratiche di medicina narrativa rivestono un ruolo fondamentale nel garantire equità sanitaria per tutti i cittadini. Tali pratiche, infatti, facilitano la comunicazione della percezione individuale della malattia, interpretandola alla luce del contesto culturale di provenienza; allo stesso tempo, valorizzano la storia del paziente, permettendo lo sviluppo di un progetto terapeutico mirato ed efficace. Questo è particolarmente rilevante per coloro che provengono da culture diverse da quella predominante e portano con sé visioni e cornici interpretative uniche sui temi della salute e della malattia.

Nella terza parte, è stata presentata la ricerca condotta mediante metodi qualitativi, il cui obiettivo è stato esplorare il diritto alla salute delle donne immigrate, partendo dalle rappresentazioni di professioniste e operatrici che si occupano direttamente degli aspetti medici e dell'accompagnamento ai servizi sanitari del territorio.

La prima parte dell'analisi si è dunque focalizzata sull'accesso ai servizi sanitari e sociali, inteso non solo come possibilità di usufruire di percorsi di cura e sostegno attraverso il servizio pubblico e il privato sociale, ma anche come opportunità di essere

accolte e supportate in un eventuale percorso di cura in modo olistico e umano, prestando particolare attenzione al benessere complessivo della persona.

Per comprendere il funzionamento di questi percorsi di accesso, sono state condotte interviste con professionisti e professioniste del settore sanitario, operatrici dei centri antiviolenza ed educatrici che accompagnano le donne nel loro rapporto con i servizi territoriali nella Regione Lombardia. Al termine della ricerca, sono state raccolte anche le testimonianze di due donne ospitate in una casa rifugio, le quali hanno condiviso esperienze non solo relative alla salute e alla loro interazione con i servizi, ma anche ai percorsi affrontati in relazione alla violenza vissuta.

Nell'analisi delle interviste, ho messo in evidenza due dimensioni principali: da un lato, gli aspetti strutturali legati all'organizzazione dei servizi e, dall'altro, il ruolo dei professionisti della salute nell'ostacolare o facilitare l'accesso ai servizi. È emersa, in primo luogo, la presenza di barriere burocratiche e amministrative. Per esempio, i lunghi tempi di attesa per il rilascio dei documenti causano ritardi nel rilascio della tessera sanitaria, senza la quale l'accesso ai servizi risulta compromesso. Anche la mancanza di informazioni chiare e l'assenza di supporto durante il processo di utilizzo dei servizi rappresentano ostacoli significativi. In questo contesto, le mediatrici e le educatrici svolgono un ruolo fondamentale nell'agevolare l'accesso delle donne straniere, contribuendo a stabilire un rapporto di fiducia essenziale per la relazione terapeutica. Al contrario, assistenti sociali e personale medico e sanitario possono ostacolare l'accesso ai servizi a causa di comportamenti autoritari, arroganti e paternalistici. Inoltre, sono state ripetutamente segnalate pratiche di infantilizzazione e svalutazione da parte del personale medico, che rendono l'esperienza delle donne immigrate all'interno dei servizi particolarmente difficile e avversante.

L'analisi conferma la necessità di un cambiamento di paradigma nei servizi sanitari e sociali, passando da un approccio emergenziale a uno progettuale. Questo implica superare rigidità burocratiche e discrezionalità nell'applicazione delle normative, nonché colmare il divario tra accessibilità e adeguatezza dei servizi. Puntare all'equità nella salute significa garantire non solo l'accesso alle cure, ma anche un'assistenza che tenga conto della diversità dei bisogni culturali e personali.

Le interviste condotte, sebbene forniscano dati preziosi, rappresentano uno sguardo parziale e limitato sulla complessità del fenomeno: non hanno, pertanto, l'intento

di ricostruire una rappresentazione completa delle difficoltà d'accesso ai diritti di salute neppure considerando la specifica area geografica della Regione Lombardia. Tuttavia, queste interviste offrono spunti significativi per riflettere su alcune dinamiche e problematiche, come per esempio la scarsa preparazione dei professionisti dei servizi in materia di violenza di genere, la diffusione di stereotipi e pregiudizi verso la popolazione migrante, le difficoltà nella relazione medico-paziente, la scarsità di servizi di mediazione, le problematiche legate alla mancanza di informazioni e i ritardi nel rilascio dei documenti e della tessera sanitaria.

Infine, è importante notare che la categoria di “donne migranti” è stata trattata in modo volutamente generale, senza limitarsi a un particolare gruppo sulla base della nazionalità o dello status giuridico, con la consapevolezza che questo termine comprende una vasta gamma di esperienze e situazioni, ciascuna delle quali influisce sui loro bisogni e risorse.

Con questa scelta, l'obiettivo è stato quello di mettere in luce non solo le difficoltà comuni che le donne migranti possono affrontare, in relazione, per esempio alla violenza di genere o all'accesso ai servizi sanitari, ma anche le differenze significative nelle loro esperienze e nelle loro risorse. In tal modo, si evita di ridurre la complessità e si promuove una comprensione più sfumata e inclusiva delle loro reali condizioni di vita e delle necessità, fornendo così una base per interventi più mirati ed efficaci.

Bibliografia

- Ambrosini, M. (2020). *Sociologia delle migrazioni*. Bologna: Il Mulino.
- Balsamo, F. (a cura di) (1997). *Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità*. Torino: L'Harmattan Italia.
- Baraldi, C., Barbieri, V., Girelli, G. (2008). *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Brambilla, A., Degani, P., Paggi, M., Zorzella, N. (a cura di) (2023). *Donne straniere, diritti umani e questioni di genere: Riflessioni su legislazione e prassi*. Disponibile su: [ASGI](#).
- Bonini, E., Mezzetti, G., Ortensi, L.E. (2022). *Donne migranti tra opportunità e discriminazioni: la necessità di un approccio intersezionale*, in XXVII Rapporto sulle migrazioni 2021. Milano: ISMU.
- Campani, G. (2000). *Genere, etnia e classe: migrazioni al femminile tra esclusione e identità*. Pisa: Edizioni ETS.
- Castiglioni, M. (a cura di) (2001). *Percorsi di cura delle donne immigrate. Esperienze e modello di intervento*. Milano: FrancoAngeli.
- Casella Paltrinieri, A. (2011). *Prendersi cura. Antropologia culturale per le professioni socio-sanitarie*. Firenze: Edit.
- Charon, R. (2019). *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: R. Cortina.
- Corbisiero, F., Nocenzi, M., Consiglio Scientifico della Sezione AIS Studi di Genere (a cura di) (2022). *Manuale di educazione al genere e alla sessualità*. Novara: UTET Università.
- Creazzo, G. (a cura di) (2008). *Scegliere la libertà: affrontare la violenza. Indagini ed esperienze dei Centri antiviolenza in Emilia-Romagna*. Milano: FrancoAngeli.
- De Lillo, A. (a cura di) (2010). *Il mondo della ricerca qualitativa*. Torino: UTET Università.
- Delli Zotti, G., & Urpis, O. (2020). *La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti. Una prospettiva transfrontaliera*. Laboratorio Sociologico, 7-26.

Farina, F., Mura, B., Sarti, R. (2020). *Guardiamola in faccia. I mille volti della violenza di genere*. Urbino: Urbino University Press.

Giarelli, G., Venneri, E. (2009). *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*. Milano: FrancoAngeli

Greco, M. (2017). *Donne straniere, salute e maternità fra reti, possibilità e barriere. Due casi studio a confronto nelle città di Napoli e Pisa*. (Tesi di dottorato, Università degli Studi di Napoli Federico II).

Hearn, J. (2017). “Di cosa parliamo quando parliamo di intersezionalità”. in *Ingenere*, 20 ottobre. Disponibile su: [Ingenere](#).

Lombardi, L. (2005). *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*. Milano: FrancoAngeli.

Naldini, M., Caponio, T., Ricucci, R. (a cura di) (2019). *Famiglie in emigrazione. Politiche e pratiche di genitorialità*. Bologna: Il Mulino.

Pasini, N., Picozzi, M. (2005). *Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*. Milano: FrancoAngeli.

Redini, V., Vianello, F.A., Zaccagnini, F. (2020). *Il lavoro che usura. Migrazioni femminili e salute occupazionale*. Milano: FrancoAngeli.

Romito, P., Folla, N., Mella, M. (a cura di) (2016). *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo*. Roma: Carocci.

Sacchetto, D., Vianello, A.F. (a cura di) (2013). *Navigando a vista. Migranti nella crisi economica tra lavoro e disoccupazione*. Milano: FrancoAngeli.

Salmi, M.P. (2018). *Donne e migrazioni: la triplice invisibilità*. *The Italian Journal of Gender-Specific Medicine*, 4(2), 87-88.

Toffanin A.M. (2015). *Controcanto. Donne latinoamericane tra violenza e riconoscimento*. Milano: Guerini.

Tognetti Bordogna, M. (2012). *Donne e percorsi migratori. Per una sociologia delle migrazioni*. Milano: FrancoAngeli.

Vannoni, F., Cois, E. (2004). “L’emarginazione sociale”. In *Epidemiologia & Prevenzione*, maggio-giugno, 35-39.

Appendice

Traccia interviste personale medico e operatrici/tori sociali e sanitarie

Sezione 1: Contesto professionale

1. Introduzione e presentazione
 - Breve descrizione dello scopo dell'intervista.
2. Dati personali e background professionale
 - Qual è il suo ruolo professionale?
 - Qual è la sua esperienza nella presa in carico all'interno di questo servizio specifico?

Sezione 2: Esperienze e rappresentazioni rispetto all'utenza femminile immigrata

3. Rappresentazioni sull'accesso ai servizi delle donne migranti
 - Quali sono le principali difficoltà che le donne migranti incontrano nell'accedere ai servizi sociosanitari?
 - Ci sono differenze tra le diverse nazionalità o culture nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi?
4. Barriere all'accesso
 - Quali sono le principali barriere linguistiche, culturali e strutturali che ha osservato?
5. Salute sessuale e riproduttiva
 - Quali sono le principali problematiche di salute sessuale e riproduttiva che affrontano le donne migranti?
 - Le è capitato di assistere pazienti che si trovassero in situazione di violenza di genere? Se sì, come sono stati gestiti i casi in questione?
 - Viene attivato un lavoro in rete con altri servizi? Se sì, come si potrebbe migliorare o rafforzare in questa rete?
 - In questo servizio, o nella sua esperienza professionale, le è mai capitato di ricevere una formazione specifica sulla violenza di genere?

Sezione 3: Inclusività ed efficacia delle pratiche cliniche

6. Pratiche cliniche inclusive
 - Vengono adottate specifiche pratiche inclusive nella sua struttura?

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Quanto è importante la mediazione culturale nel vostro lavoro quotidiano? |
| 7. | Medicina narrativa <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizzate approcci di medicina narrativa? |
| 8. | Relazione personale medico-paziente <ul style="list-style-type: none"> ○ Come descriverebbe la relazione personale medico-paziente con l'utenza migrante? ○ Suggerisce alcune strategie per migliorare questa relazione? |
| Sezione 4: Suggerimenti e miglioramenti | |
| 9. | Miglioramenti e raccomandazioni <ul style="list-style-type: none"> ○ Cosa suggerirebbe per migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sociosanitari per le donne migranti? |

Interviste

II - MEDIATRICE CULTURALE

Per iniziare ti chiedo se puoi raccontarmi del tuo lavoro, per quale struttura lavori e quali sono i servizi offerti per le donne immigrate.

Ok. Innanzitutto, la struttura per cui lavoravo è una cooperativa sociale, si trova a Bergamo. Ho iniziato a lavorare con loro nel 2021, perché cercavano una mediatrice linguistico-culturale per l'arabo, avevano quest'esigenza, nell'ambito sanitario inizialmente e poi anche per quello scolastico. Hai presente no quando ci sono le mamme straniere che vengono ai colloqui con i professori e quindi hanno bisogno di qualcuno che faccia da interprete, cose così. Poi si sono sviluppate anche altre iniziative di tipo culturale, come la merenda multiculturale, piuttosto che 'facci conoscere qualcosa del Marocco', 'facci una presentazione nelle classi' e quindi hanno iniziato a darmi spazio anche da questo punto di vista. Tornando alla mediazione in ambito sanitario, che forse è la parte che ti interessa di più, innanzitutto era un contratto a chiamata, quindi mi chiamavano solo quando avevano bisogno. Ho lavorato nell'azienda ospedaliera di Bergamo, quindi sia negli ospedali di Bergamo Est che Bergamo Ovest, insomma dove c'era

bisogno andavo, anche a seconda delle mie disponibilità e possibilità. Quindi andavo per esempio a Piario, Alzano, Gazzaniga, Zogno, Bergamo, eccetera, quando c'erano esigenze di questo tipo, quando le pazienti erano di origine straniera, in particolare marocchina, o araba in generale. Capitava che anche se la mamma, o i genitori, erano egiziani o tunisini, nonostante io sia marocchina, e nonostante i dialetti differiscano un po' tra di loro, dovevo comunque andare perché non avevano delle figure che parlassero quel dialetto, insomma avevano esigenze e quindi andavo comunque io. Il che, se ci pensi, non è molto intelligente come scelta. Perché comunque tu copri il buco, però non so quanto sia efficiente o efficace, perché appunto se io stessa che sono la mediatrice quindi dovrei essere io la figura praticamente più preparata, anche perché c'è una certa responsabilità a tradurre quello che il medico per esempio dice ai genitori e viceversa, anche perché c'erano magari delle situazioni particolari, però se tu stessa non capisci, che ne so, cosa il genitore sta chiedendo, perché appunto in tunisino una certa parola si dice così, invece in marocchino si dice così, magari il messaggio non arriva neanche in maniera chiara e diretta. Però io comunque sono sempre andata perché loro avevano bisogno e bene o male ci capivamo. Però sì, per lo più erano o mamme marocchine o donne marocchine, raramente c'erano entrambi i genitori... io parlo comunque a ruota libera, tu fammi sapere se vuoi, perché ho dato un'occhiata alle tue domande; quindi, un po' mi sto indirizzando io, però ecco puoi fermarmi quando vuoi.

Allora ti faccio un'altra domanda, così ti indirizzo un po', volevo chiederti se hai notato principali barriere o difficoltà nell'accesso delle donne ai servizi sociosanitari.

Da quale punto di vista? Linguistico o... Perché ecco io avendo lavorato come mediatrice linguistico-culturale mi potrei più che altro soffermare su questo punto di vista appunto.

Sì, oppure magari le donne, le pazienti poi ti raccontavano di altri tipi di ostacoli, per esempio mancanza di informazioni che poi hanno risolto nel tempo, riuscendo ad accedere, anche riuscendo poi a incontrare te, però magari che hanno avuto prima, di cui ti hanno raccontato, o comunque quello che hai sperimentato. O che sia solo la barriera linguistica.

Sì, allora principalmente il problema era quello linguistico, perché altrimenti appunto non ci sarebbe neanche il bisogno di chiamare un mediatore. Quindi c'erano queste donne che appunto andavano a visite specifiche, per esempio dal ginecologo, oppure, che ne so, mi ricordo qualche anno fa di questa coppia che aveva un bambino che aveva problemi motori; quindi, doveva andare settimanalmente a fare i suoi incontri di terapia. E appunto era più frequente che fossero le donne a non parlare molto bene in italiano, piuttosto che gli uomini, quando erano presenti anche i papà, per esempio. Però appunto per questa coppia in particolare, mi ricordo che c'era una particolare barriera linguistica per entrambi, in realtà anche per il padre, nonostante lavorasse, nonostante fosse già in contatto con alcuni italiani. Però noi stessi talvolta quando andiamo a fare visite mediche specialistiche abbiamo difficoltà a capire certi termini medici, soprattutto se sono molto

specifici. E quindi già per l'italiano medio sarebbero complessi da comprendere, figurati per una persona che è straniera, per cui l'italiano non è neanche la propria lingua madre. E quindi principalmente sì, c'era questa barriera linguistica, e il problema non era soltanto non conoscere la lingua italiana, perché molte di queste persone erano analfabete, o comunque non avevano proseguito con gli studi, per esempio avevano abbandonato la scuola a una certa età, mi ricordo da quello che mi raccontavano; quindi, in realtà pur parlando con loro, a volte, anche in arabo, io trovavo difficoltà anche a farmi capire in arabo, nonostante fossero marocchini.

Ma poi in questi casi, per esempio, all'interno della cooperativa prendevate in carico le persone anche sotto il punto di vista linguistico; quindi, magari indirizzavate verso dei corsi linguistici d'italiano?

Allora sì, la cooperativa organizza dei corsi linguistici d'italiano, però noi in quanto mediatrici che andavamo proprio solo a fare il nostro incontro, il nostro lavoro di una mezz'oretta, un'oretta e poi ce ne andavamo, in realtà non c'era neanche permesso di stare lì a fare pubblicità diciamo per gli eventi della cooperativa, cioè noi eravamo lì, andavamo, facevamo il nostro e ce ne tornavamo a casa. Poi magari informalmente tra me e la paziente dopo essere usciti dalla visita, perché sai, a volte si crea un po' il contatto, soprattutto se sono, che ne so, delle sedute settimanali, comunque ci si vede settimanalmente, e quindi si inizia anche un po' a entrare in confidenza, non raccontando chissà che, ovviamente, cioè parlando sempre sul generale, parlando del Marocco, della famiglia, cose così, ma non del caso specifico appunto della malattia, per esempio, o cose simili.

Hai invece riscontrato la presenza di principali problematiche relative alla salute sessuale e riproduttiva delle donne, ti faccio degli esempi in merito a metodi contraccettivi o malattie sessualmente trasmesse, problemi in gravidanza, durante il parto o interruzione volontaria di gravidanza?

No.

Poi magari te non facevi neanche visite specifiche ginecologiche o legate alla maternità, alla gravidanza?

Sì mi ricordo di aver fatto un po' di visite ginecologiche, di essere stata presente, a un paio almeno. Nella prima, se non ricordo male, [la paziente] era andata a fare un'ecografia. La dottoressa ha preso le misurazioni varie. Mi ricordo appunto che la madre era lì sdraiata, guardava lo schermo. Cioè è stata una visita normalissima, a parte appunto i problemi linguistici, è stata una visita tranquilla, senza niente di particolare. In quel caso forse, avvertivo un po' di arroganza da parte dei medici, non nei confronti miei, ma nei confronti dei pazienti che avevano difficoltà linguistiche. Il medico, vedendo che il paziente non capiva neanche le cose basilari, tante volte si metteva proprio a parlare in maternese. È come quando la mamma parla col figlio per fargli capire

le basi del linguaggio. “Ha capito? Ce l'ha fa?”, tante volte era anche un po' rude come cosa. Però il paziente non capendo, non poteva neanche dire chissà che, io ci rimanevo un po'. Sì, c'erano certi medici che parlavano con la paziente, nonostante la mia presenza, della serie “ma non capisci neanche questo? Neanche queste due parole che ti sto dicendo?”. Talvolta alzando anche il tono della voce.

Quindi magari anche un po' di impreparazione hai trovato da parte del personale medico nell'affrontare una visita con persone senza un adeguato conoscenza linguistica.

Esatto, esattamente. Però non penso che sia una mancanza dal punto di vista professionale, ma piuttosto una mancanza personale del medico.

Anche di empatia magari.

Esatto. Il medico magari era anche esperto, bravissimo, però poi mi cadevi sul modo in cui parli con i pazienti, sul modo in cui li tratti solo perché non capiscono cosa stai dicendo. Mi ricordo anche di questo caso particolarissimo a Gazzaniga in cui questo paziente, questo signore [...] era qui per farsi curare però senza documenti. O comunque gli erano scaduti, non poteva più neanche rientrare in Italia, siccome appunto non aveva i documenti. Però era lì. In un modo o nell'altro era riuscito ad arrivare in Italia ed era lì in ospedale e si stava facendo curare. E a quella visita in particolare, a parte la presenza di moltissimi medici perché aveva vari problemi, c'erano anche gli assistenti sociali... c'erano diverse figure professionali. Ci dovrebbe essere il segreto professionale quando parli con un paziente. Anche io stessa come mediatrice, sebbene non entrassi in contatto con informazioni sensibilissime, perché anche i medici a volte si rendono conto e non condividono tutta la storia, non condividono i dettagli personali più sensibili con la mediatrice presente. Mi ricordo che era finita la nostra visita, i medici se ne sono andati, il paziente è tornato nella sua stanza. E pure l'assistente sociale, una di quelle che erano presenti, sembrava essersene andata. Al che però, a un certo punto, l'infermiera mi richiama mentre stavo andando via e mi dice “il paziente vorrebbe parlare con lei, solo con lei”, cioè solo con me. Io vado e mi metto lì a parlare con lui. Lui mi racconta cose che adesso non mi ricordo. Forse aveva qualcosa in Marocco, dal punto di vista di case, che però non aveva dichiarato. Lui si spacciava per povero per poter accedere agli aiuti o comunque alle cure. [...] Ci siamo messi un po' a parlare in maniera informale, come se parlassi con un amico di famiglia. Lui mi ha confidato questa cosa perché nella visita che c'era appena stata aveva negato di avere qualcosa. L'assistente sociale mi aveva visto che ero entrata di nuovo, nonostante fosse finita la visita. Quindi si era messa lì appostata ad aspettarmi e chiedermi che cosa mi avesse rivelato in quella nostra conversazione informale. Il che ho trovato... non lo so, non saprei neanche come definirla come cosa, come comportamento. Poco professionale, sicuramente, perché la visita per cui tu sei stata chiamata come figura professionale è finita, il tuo lavoro è finito, dovresti andartene. Se poi io e il paziente ci mettiamo

a raccontarci [...] sono affari nostri. Perché comunque quel tempo è tempo mio, potevo farci ciò che volevo. Non è che venivo pagata. Lei era rimasta lì, zitta zitta, ad aspettarmi sulle scale, proprio nell'angolino. E io mentre poi stavo scendendo per andarmene, mi ha detto “signorina, scusi, volevo chiederle, ma le ha detto qualcosa in più rispetto a quello che ci siamo detti nella visita?” Assolutamente. A parte il segreto professionale, a parte tutto, ma come osi? Ma come ti viene? Ci mancherebbe. Questa cosa mi era rimasta un po' impressa.

C'erano veramente dei casi molto particolari, per cui talvolta io stessa mi sentivo non all'altezza. Perché io sì, sono diventata mediatrice con loro, laureandomi pure in mediazione culturale in triennale, però per certe cose non ti preparano, capito? È difficile, tante volte non riesci neanche... è difficile, sì. Invece, altre difficoltà, adesso mi viene in mente che, per esempio, c'era stata una donna che era andata a Piario per una visita ginecologica e aveva avuto problemi anche solo con i trasporti. Anche solo il come raggiungere l'ospedale, il come andare alla visita è un problema per tante donne migranti. Perché tante volte il bus passa, non passa, magari lo perdi, devi aspettare un'ora, perdi il tuo orario per la tua visita, perdi i tuoi soldi, è colpa tua, “mi dispiace” e niente. Oppure arrivi anche solo semplicemente più tardi e le senti anche su. Certo, non è colpa di nessuno, nel senso, sì, tu come paziente dovresti presentarti nell'orario indicato, certo, però tante volte ci sono problemi di questo tipo, soprattutto per le donne appunto, perché i mariti non le possono sempre accompagnare avendo un lavoro, eccetera. Infatti mi ricordo che le avevo dato poi io un passaggio al ritorno, perché se no sarebbe stata lì tutto il giorno, da Piario. Quindi sì, tante volte dovevo, cioè io arrivavo in anticipo, dovevo anche stare ad aspettare, che vabbè, a me non cambia niente, però più che altro per i medici, perché appunto avevano anche altre visite oltre a quella e quindi dovevano stare ad aspettare, si scocciavano, poi perdevano la pazienza e tutto poi si traduceva in un certo comportamento nei confronti del paziente. Che praticamente il paziente ancora prima di entrare nella stanza e sedersi era già labellato come “ma guardate questo, non arriva neanche in orario” e quindi capito, il trattamento che poi gli viene riservato è tutta un'altra roba. E sì, questa è un'altra delle problematiche. Invece dal punto di vista economico non mi pare che ci fossero problemi specifici, appunto, a parte che erano tutte visite della Sanità Pubblica, quindi non c'erano particolari problemi, sinceramente. Le uniche due cose, secondo me, importanti erano la lingua come barriera, il farsi capire e il capire, e appunto questa cosa qua del come mi muovo, come ci arrivo all'ospedale tal dei tali. Anche perché tante volte ti danno la visita nell'ospedale tal dei tali, anche se è lontano, proprio perché, che ne so, è la prima visita più vicina disponibile e quindi ti adatti. Perché, appunto, in caso di una donna in gravidanza, che magari devi fare il controllo del trimestre, cioè non è che puoi dire no, aspetto che si liberi il posto, a meno che non vada da privato.

Ti è mai capitato, invece, di avere a che fare con pazienti in cui vi siete resi conto che stesse vivendo o avesse vissuto in precedenza una situazione di violenza di genere, che fosse fisica, psicologica o economica?

No, sinceramente no. Non che io mi ricordi, almeno. Magari, boh, ma non vorrei neanche dirti una...

Nulla di dichiarato.

Ecco, esatto. Alla fine, sono impressioni mie, se proprio, capito? Non c'è mai stata della serie la paziente che viene a dirmi o a chiedermi aiuto, no, assolutamente.

Durante le visite pensi che vengano utilizzate delle specifiche pratiche inclusive, personalizzate? Oppure hai più l'impressione che si continui a seguire un protocollo standardizzato, uguale per tutti gli utenti, che siano italiani, che siano stranieri, che capiscano la lingua, che non la capiscano.

Bene o male, secondo me, si seguono i protocolli. Cioè, questa è stata forse la mia esperienza sempre. Cioè, non c'è mai stato il caso particolare, magari, per cui si siano fatte delle eccezioni o... Cioè, io andavo alle visite e le visite duravano quel che dovevano durare. Cioè, si seguono proprio tutte le cose...

Abbastanza in modo standardizzato.

Sì, sì.

Mi hai già un po' parlato della relazione tra personale medico e utenza femminile straniera...

Sì, ovviamente non tutti erano così, sono più, in realtà, le eccezioni che non la normalità ci mancherebbe. Solo che, ovviamente, quando poi sei lì presente a queste eccezioni ti restano un po' impresse, hai capito? Cioè, non è la normalità a colpirti, sai? Come in qualsiasi altra situazione di vita.

E, secondo te, c'è un modo per cui questa relazione, questo dialogo, possa essere più efficace? Cioè, tra il personale medico e l'utenza straniera.

Sai che, adesso che ci penso, mi è venuto in mente un altro episodio di questa mamma. Il padre non si è capito molto bene dove fosse, era un po' assente dalla vita dei figli. Questa mamma, quindi, era un po' abbandonata a sé stessa. Cioè, lei badava ai figli, li portava a scuola. Se c'era da fare i colloqui, quindi veniva convocata dai professori, dalle maestre, non si presentava, perché il figlio stesso non le faceva vedere l'avviso. Cose così, no? Quindi la madre, in realtà, non controllava neanche. E *quindi* il figlio è stato bocciato più volte. Al che, le maestre, a una certa, si sono rese conto che, forse, non era l'indirizzo giusto per lui, quello che stava studiando questo ragazzo non faceva per lui. Quindi decidono di convocare ulteriormente la mamma. Tra l'altro, appunto, questo ragazzo aveva anche problemi, andava dal logopedista, era dislessico, aveva

problemi di questo tipo. E quindi andava, appunto, a fare le sue visite, le sue sedute. E, a una certa, il personale medico da cui lui andava a fare queste visite e le maestre si mettono d'accordo, convocano questa specie di riunione in ospedale. Si incontrano tutti lì e convocano anche la mediatrice, quindi me. E la mamma, ovviamente, che in quel caso è venuta, e... Ah, no, no. Non è venuta. Non si è rappresentata. Vabbè. E quindi ci siamo ritrovate tutte lì. C'erano le maestre, due dottoresse e io. E la diretta interessata non si è rappresentata. L'hanno chiamata, non rispondeva. [...]. Al che la dottoressa, a una certa, si rivolge a me con un certo tono, va beh mi ha spiegato un po' il contesto, il figlio che veniva bocciato... A una certa mi fa "io non riesco proprio a capire questa madre che se ne frega dei suoi figli. Questa madre che, nonostante la convochiamo tante volte, nonostante anche le maestre e la scuola la chiami tante volte, non si presenti mai, non si interessi mai dell'andamento scolastico del figlio, nonostante sia stato bocciato più volte. Ma è così nella vostra cultura? Cioè, spiegami un po' perché è così nella vostra religione. Cioè, che la madre se ne frega dei figli". [Ride] Allora... Perché va bene, è giusta come... Cioè, magari è posta male, però è giusta come domanda. Cioè, ci sta. Perché sono comunque mediatrice, non solo linguistica ma anche culturale. Quindi devi spiegare un po' il tuo contesto culturale e tutto quello che sta dietro a certi comportamenti, no? Però magari è stata posta male come domanda. E anche con toni discutibili, ecco. Vabbè. Al che io le faccio... "No, cioè... In quale religione dovrebbe mai essere che la madre si deve fregare dei figli, del loro andamento scolastico, oppure di come vivano semplicemente. Cioè, che domanda è mai questa? Avrebbe mai chiesto questa cosa a un'italiana?" Questa è una domanda che poi a me è venuta in automatico, capito? E appunto, tornando alla tua domanda, certi dottori, certi medici, insomma, si pongono con un po' di arroganza, un po' di superiorità nei confronti di queste donne migranti. Danno per scontate tante cose, magari con un po' di stereotipi, un po' di pregiudizi, senza neanche conoscere le singole situazioni, e quindi ci mettono dentro la religione, la cultura.

Per concludere volevo chiederti se hai suggerimenti, idee o riflessioni su come si potrebbe migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sociosanitari per le donne migranti, per quello che è stata la tua esperienza.

Secondo me una cosa essenziale è garantire la continuità, per esempio anche solo della stessa figura del mediatore. Cioè, l'azienda che assume o che comunque fa da tramite tra l'ente che richiede il mediatore e il paziente o il cliente o quello che è, secondo me deve assicurare, deve garantire un minimo di continuità. Per esempio, come è stato un caso per cui sono stata chiamata più volte, nel caso in cui un bambino deve fare una terapia settimanalmente, quindi deve venire il mediatore settimanalmente, perché la mamma che accompagna settimanalmente il bimbo non conosce la lingua eccetera... dovrebbe essere almeno lo stesso mediatore, perché come fai tutte le volte, cioè è uno spreco di tempo per me, per me come mamma, come paziente in generale,

perché tutte le volte faccio fatica ad aprirmi, faccio fatica a fidarmi, faccio fatica a raccontarti. Perché tante volte i medici ti chiedono proprio “puoi chiedere alla paziente se nella sua famiglia ci sono casi di...” cose così, quindi tante volte magari il paziente anche se ci sono dei casi magari non te lo dice neanche, cioè [pensano] “perché dovrei venire a raccontarti le mie cose”, capito? Quindi già il fatto che ci sia sempre almeno la stessa faccia, come dicevo prima, si crea un po’ di confidenza, dopo un po’ di volte che ti vedo sono più propensa ad aprirmi, e magari cose che terrei nascoste ai medici, perché va bé i medici sono medici e magari non gli racconto proprio tutto della mia vita, magari a te le racconterei perché tu sei una figura a metà... Un’altra cosa importante è garantire la presenza di un mediatore che parli almeno la tua stessa lingua o il tuo stesso dialetto, perché non ha senso che io vada a visite mediche o quello che è, per una famiglia che parla il tunisino o l’egiziano, certo va bene, tu hai bisogno come ente, come azienda che appunto manda i mediatori, perché hai richiesta, però non è che puoi tappare il buco con qualsiasi cosa, altrimenti perde di valore, non ha senso, perché poi il servizio offerto perde di qualità. Cioè per dirti, solo in Marocco si fa fatica a capirsi tra diverse città, insomma ci sono un sacco di dialetti, anche solo dal nord al sud, tante volte nella stessa città, nello stesso quartiere si parla per esempio un dialetto, quello parlato da tutti, ma si parla poi anche un altro dialetto, oppure il berbero, che io non conosco, ma mi sono capitate tantissime famiglie in questi casi particolari che parlavano in berbero, quindi io magari ero lì che facevo, traducevo, poi però magari la mamma si metteva a parlare col papà in berbero e io stavo lì della serie “ok, cosa vi state dicendo? Devo capire”. Quindi che ne so, il dottore chiedeva “vostro figlio fa le cose che gli diciamo di fare in casa?”, cioè la risposta può essere o sì o no, e tante volte vedevi questi genitori che si mettevano a cambiare la lingua, dall’arabo che io capisco alla loro lingua o al dialetto loro, tipico della loro zona, per fare in modo che neppure io capissi, perché magari devono dire no, però poi dicono sì, perché era un compito che dovevano fare ma che non hanno fatto.

Ma il fatto che venivi chiamata per fare da mediatrice con persone che parlavano un dialetto che magari tu non conosci, è perché non trovavano altre persone, oppure era un problema che non si ponevano?

No, sicuramente se lo ponevano, perché comunque conosco la cooperativa, conosco le persone che erano a capo dei progetti e in particolar chi era responsabile di questa cosa qui, “ci serve un mediatore per la visita tal dei tali, mandiamo questa mediatrice piuttosto che quest’altra”, quindi sicuramente la questione si sollevava. Cioè io ho una famiglia tunisina però non ho un mediatore tunisino, cosa faccio? Purtroppo, quello che ho, ho, mando almeno quella che parla l’arabo. [...] Tante volte il problema lo sollevavo anche io, “scusa io come faccio? Io non capisco l’egiziano”. Cioè non posso, tante volte non me la sentivo neanche io, cioè cosa devo fare? A volte mi è anche capitato, proprio per questa difficoltà linguistica, di parlare anche in inglese con certi pazienti, di

cambiare eventualmente a un'altra lingua per capirci, che non è l'ideale, perché appunto tu che sei il mediatore dovresti facilitare, non [dire] “andiamo a cercare una terza lingua per capire, per comprenderci”. Quindi ecco, continuità almeno della stessa figura, dello stesso mediatore e che parli la stessa lingua o dialetto.

Va bene io ho finito con le domande, ti ringrazio ancora per la disponibilità.

I2 - MEDICI DI BASE VOLONTARI

Per iniziare vi chiedo di raccontarmi un po' il vostro ruolo all'interno dell'associazione, e se volete anche darmi un'idea del lavoro dell'associazione.

A (F)- Innanzitutto siamo tutti volontari e, anche se abbiamo specializzazioni diverse, facciamo i medici di base. [incomprensibile] con grande difficoltà, non tanto perché non lo sappiamo fare, ma perché non abbiamo accesso facile al secondo livello, cioè alle visite specialistiche, ai farmaci, quindi con grandissima difficoltà. Però possediamo il nostro ricettario, che, come si chiama, invece della ricetta dematerializzata, è un ricettario che compiliamo a mano, che la regione accetta comunque, sul quale verrà copiato l'STP del paziente che viene inviata a fare l'esame di secondo livello. Con queste richieste hanno accesso facile all'esame del sangue. Per tutti gli altri esami l'accesso è difficilissimo, come per gli italiani, è uguale. Difficilissimo, e forse un po' di più, perché non sanno dire, non sanno insistere, non sanno spiegarsi bene su cosa vorrebbero, quindi un po' di più.

B (M) - Forse è da precisare, non so se... Noi visitiamo solo uomini e donne extra comunitari che non hanno la tessera sanitaria, perché gli altri hanno la tessera sanitaria, quindi, hanno il medico di base.

A - Qualcuno ci telefonava prima che non ce l'ha [la tessera sanitaria], pur essendo italiani. **Ok, quindi avete lavorato a contatto con l'utenza sia maschile che femminile. Non so se potete parlarmi delle principali difficoltà che riscontrate da parte delle donne migranti per quanto riguarda l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva.**

A - La difficoltà è totale, perché il diritto a essere valutato dai consultori nasce solo quando sei in gravidanza. O il puerperio, o hai un bambino... diciamo il puerperio. Per cui il consultorio le accetta, le prende in carico, le segue per tutta la gravidanza, viene fornita un'esenzione per il pagamento del ticket, hanno gratuità nell'esame, tutte le cose che devono fare, fino al parto. Naturalmente il parto è in ospedale, come tutte le cose di urgenza. Invece la prevenzione per le malattie femminili è impossibile, come per noi, perché nessuno di noi riesce ad andare in consultorio e fare un pap test.

[veniamo interrotti da una telefonata. La dottoressa lascia la stanza per rispondere]

[Proseguo a parlare solo con il dottore]

Ok, quindi mi parlava del fatto che le donne vengono seguite solo in gravidanza.

B - Sì, se hanno dei problemi, diciamo, ginecologici o delle patologie ginecologiche dobbiamo fare la richiesta della visita ginecologica oppure di vari esami a seconda dei casi. In quel caso lì però hanno le difficoltà che hanno anche... anche chi ha la tessera sanitaria, cioè di non trovare in tempi ragionevoli una... uno specialista piuttosto che quello che gli fa la mammografia piuttosto che altri esami. Non sono inserite, per esempio... per le mammografie biennali che vengono fatte alle donne da una certa età non sono inserite loro, non avendo la tessera sanitaria. Ecco, questo. Poi per il resto le mandiamo a seconda dei problemi che hanno, da un ginecologo o da chi fa degli esami particolari per le patologie femminili, insomma.

Quindi voi indirizzate verso gli specialisti, ma poi siete anche presenti durante le visite?

B - No, non è possibile, naturalmente. Cioè, loro vanno e poi gli diciamo quando hanno il referto di ritornare. A volte tornano, a volte non tornano. Perché poi ci sono situazioni, diciamo, abbastanza stabili in cui sono qui a Bergamo, ma ci sono altre situazioni in cui girano, vanno da una parte all'altra e magari non si sa bene che fine fanno.

E avete a disposizione dei mediatori, mediatrici culturali?

B - No, mediatori veri e propri no. Il problema nostro è infatti, un altro problema abbastanza grosso, alcuni di noi conoscono abbastanza bene l'inglese, altri no, come me. Lo so poco. E molte volte arrivano anche dei ragazzi, in generale, uomini e donne, che conoscono l'inglese molto sommariamente, per cui mettere insieme le cose diventa estremamente difficile. A volte ci si capisce, si riesce, a volte no. E molte volte non hanno gli esami, magari hanno fatto esami in precedenza anche nei loro paesi e non hanno i referti, per cui non si capisce bene, ti spiegano un po', ma molte volte ti danno delle informazioni un po'... che sarebbero da verificare.

Mi sembra molto difficile avendo come prima barriera la lingua, quindi un'incomprensione di base.

B - C'è da dire che molti... i casi diciamo proprio che non si capisce, sono pochi in realtà, perché molte volte arrivano e, o riescono in qualche modo a spiegarsi, oppure vengono accompagnati o da un familiare, o da un amico, o da un'amica che conosce l'italiano e quindi fanno da mediatore loro praticamente. E qua è importante perché allora riesci a capire.

Certo, però qua non avete mai avuto volontari mediatori?

B - Adesso questo non te lo so dire, bisognerebbe chiedere alla presidentessa.

Però non ci sono ora.

B - Non credo, penso che sia anche un po' difficile perché poi noi apriamo al martedì e al mercoledì al pomeriggio e al sabato mattina; quindi, trovare qualcuno disponibile per venire... Poi magari c'è quella giornata che non ce n'è neanche bisogno.

Certo. E qua l'accesso è libero o su appuntamento?

B - Appuntamento. Dovrebbe essere appuntamento. Ma spesso e volentieri vengono senza appuntamento.

Avete notato delle differenze tra diverse nazionalità per quanto riguarda l'accesso e l'utilizzo di questi servizi?

B - La differenza che mi ricordo, io sono qua da 6 o 7 anni, e mi ricordo che all'inizio c'erano tantissime, tante, donne ucraine, badanti no? Perché allora non avevano, non si erano ancora regolarizzate, per cui venivano parecchio ed erano... sapevano molto meglio l'italiano rispetto ad altre nazionalità, avevano anche una qualche cultura medica, tra virgolette, di base, qualcosina, insomma era abbastanza più facile. Mentre quando arrivano da altre nazioni, se sanno bene la lingua la cosa è più facile, se no diventa un pochino difficile. E adesso invece le cosiddette badanti ucraine non arrivano praticamente più, perché... ecco la questione dell'Ucraina, che adesso hanno ottenuto una specie di permesso di soggiorno, per cui hanno il medico di base. Quindi noi vediamo... è vero anche che alcune sono qua ancora irregolari ma sono una minoranza. Invece arrivano o dal Nord Africa, qualcuna dall'Africa diciamo più meridionale, qualcuna dall'America del Sud, più o meno... più o meno sono quelle lì.

E tra le donne che vengono appunto e si affidano a questo servizio ci sono principali problematiche dal punto di vista della salute sessuale e riproduttiva?

B - Di questo io posso dirti solo quelle che conosco io e che ho seguito io perché veramente venendo, noi abbiamo dei turni per cui facciamo praticamente una volta alla settimana e quindi non vediamo un numero sterminato di persone, perché l'accesso anche ultimamente è diminuito abbastanza sensibilmente. Per quello che mi ricordo io, si va da problemi in cui magari vengono anche col marito, col compagno, per problemi o di infezioni dell'apparato genitale o addirittura qualcuna è venuta anche per problemi di gravidanza o anche per problemi relativi al concepimento oppure alla prevenzione del concepimento. Però la maggior parte di quelle che ho visto io direi che vengono per infezioni dell'apparato genitale.

Invece, per esempio, per interruzioni volontarie di gravidanza?

B - A me personalmente forse una volta o due, poi le abbiamo mandate al consultorio, sì. Però è raro. Almeno per la mia esperienza.

E il consultorio poi è... Cioè qual è il consultorio a cui le indirizzate?

B - Il consultorio è qua, è proprio qua nella sede di X. A meno che siano di... che vengono anche gente da fuori di Bergamo e allora si indirizza a un altro consultorio. Quindi noi abbiamo, come

facciamo la richiesta, diciamo, per una vista specialistica così nel nostro ricettario c'è anche da barrare il consultorio e con quella impegnativa, chiamiamola così, ti mandiamo.

Ho capito. Vi è mai capitato invece di ricevere donne che si trovano in una situazione di violenza di genere? Fisica, sessuale, psicologica...

B - A me no. Che io mi ricordi, ma tieni presente che qua c'è un'associazione che si occupa delle donne con problematiche di vario tipo, o prostitute o può darsi anche che lì dentro vadano anche donne per quei motivi... A me personalmente non mi è capitato che me l'abbiamo detto, poi...

Certo. Nella mia tesi stavo un po' approfondendo anche la pratica della medicina narrativa, che consiste cioè nel mettere il paziente al primo posto con le proprie narrazioni sulla propria storia, sulla propria malattia o condizione che si discosta un po' dalle pratiche...

B - Noi abbiamo il vantaggio, tra virgolette, rispetto ai medici di base, che non abbiamo 300 cose burocratiche da compilare, da fare, noi abbiamo... parliamo, visitiamo e abbiamo solamente quel ricettario, diciamo. Quindi non dobbiamo inserire dati, anzi i dati statistici li inserisce la segreteria. Abbiamo molto più tempo e molta più facilità rispetto ai medici di base che adesso devono stare attenti a fare, bisogna compilare, cioè quelli che non si alzano più dal computer perché sono oberati di... noi almeno questo non ce l'abbiamo, ed è un grosso vantaggio sicuramente, anche perché c'è più tempo giustamente per far parlare. A parte che devi farli parlare per forza perché già capire bene cosa vogliono, cos'hanno, implica proprio...

Sì certo, poi sto pensando anche al fatto che magari hanno delle interpretazioni proprie di condizioni o particolari patologie, quindi magari noi le interpretiamo in un determinato modo, abbiamo, cioè i medici possono avere già in mente una prassi che magari poi non coincide con quello che il paziente vuole o pensa...

B - Ma qualche caso del genere c'era forse con le pazienti ucraine, perché già un minimo di servizio sanitario in Ucraina c'è; quindi... ma con gli altri sono molto più, come dire, collaborativi, cioè si fidano molto di più. Già per loro avere un approccio di questo genere che non hanno niente vuol dire... certo poi se li trattiamo come credo li trattiamo tutti, abbastanza bene, cordialmente, eccetera, il rapporto è buono, tranne qualche raro caso, qualche raro caso capita forse...

Un'altra domanda riguardava proprio la relazione tra medico e paziente che nel caso specifico di questo contesto, in questa associazione forse è anche di una qualità migliore.

B - Diciamo che io ho notato che hanno... sono molto... sai, i pazienti diciamo italiani ormai tra internet, eccetera, vanno loro a fare quasi la diagnosi al medico, ormai ci manca poco, e sono molto più aggressivi. Qui arriva gente che non si è aspetta altro che di essere aiutata in vari modi, perché poi ci sono anche dei casi più sociali che medici, dove cerchiamo di fare qualcosa anche lì, abbiamo dei rapporti, ogni tanto che riferiamo a Caritas piuttosto che ad altri enti e quindi

facciamo anche un mini servizio sociale. Non è proprio una cosa strutturata, però quantomeno abbiamo dei riferimenti e in alcuni casi cerchiamo di dare una mano anche in questo senso.

A questo proposito, nel caso in cui dovesse capitare un caso di violenza di genere, avete immaginato come affrontereste una situazione del genere?

B - Siccome a me non mi è mai capitato non mi sono neanche posto il problema, a dire la verità. La questione è, anche lì, dipende da come però avviene la cosa. Allora, se arrivasse la donna che ha questi problemi, ovviamente arriva da sola, immagino che vuoi dire questo no? Magari una non arriva con il marito che la picchia... allora ovviamente con gli agganci che abbiamo cerchiamo di telefonare alle fonti che si possano occupare di un caso di questo tipo. Tieni presente che, per esempio, la nostra presidente è assessore ai servizi sociali del Comune di Bergamo, quindi, direi, se non sa lei queste cose...

Certo. Invece per tornare alla relazione medico-paziente appunto penso che, cioè da quello che mi ha raccontato, immagino che qui dentro si sia sviluppata una certa sensibilità culturale anche alle diversità. Invece, per esempio, parlando con mediatrici culturali che lavorano in ospedale, che assistono quindi alle visite, hanno notato nella propria esperienza una certa aggressività e prepotenza da parte del personale medico, mancanza di empatia, però mi sembra di capire che questo è un contesto un po' diverso.

B - Sì penso che qui proprio sia un contesto diverso. Anche perché francamente abbiamo più tempo, abbiamo meno pressioni, non per fare i buoni o i cattivi, ma in ospedale col casino, scusami il termine, che c'è, con tutte le regole che ha l'ospedale, probabilmente molte volte c'è sempre una situazione di tensione. Qui qualche rara volta succede qualche piccola tensione, ma non cose grosse.

Ha qualcosa da aggiungere, suggerimenti o riflessioni per un miglioramento dell'accesso in particolare a donne migranti e ai servizi sociosanitari, per quello è la vostra esperienza?

B - Questa è la mia opinione personale, il problema di Oikos è che, o è poco conosciuta, anche se credo risalga al 1994 forse la fondazione di questa associazione, diciamo che non è frequentata dal punto di vista numerico come ci si potrebbe aspettare. Questo può anche essere che sia dovuto al fatto, penso io, che anche varie altre strutture che si occupavano prima solamente di ricevere i migranti eccetera, ci sono dotati probabilmente di un medico che ogni tanto va a visitare, e quindi naturalmente queste persone che prima non avevano niente...

[rientra la Dottoressa]

B - L'ultima domanda chiedila a lei.

Sì eravamo un po' alla fine, chiedevo se per quel che è la vostra esperienza avete suggerimenti o riflessioni su come migliorare l'accesso in particolare delle donne migranti ai servizi sociosanitari.

A - Dotarle di permesso di soggiorno sarebbe qualcosa di esagerato... però col permesso di soggiorno non sei più nello status di migrante... sinceramente non ne ho idea, perché le strutture con cui ci confrontiamo sono i consultori territoriali e gli ospedali...

E i problemi con quelle strutture quali sono?

A - Di non accettazione, cioè per fare un pap test ti metti in nota e ti metti... la mammografia diventa complicata, non possono entrare in nessun programma di screening... io devo dire, ho mandato spesso volte, va beh l'urgenza è l'urgenza, cioè i pazienti che mandati all'urgenza te li guardano, mentre noi abbiamo un elenco di consultori privati, alcuni a basso costo, semi volontaristici. Io senza scrupoli li mando ai consultori privati, io faccio così, se no non so cosa fare. Poi ci sono donne che hanno un esito di patologia. Poi ci sono quelle che... una doveva essere seguita per l'HPV, doveva fare dei richiami di vaccino. Boh, cosa faccio? Non so proprio cosa fare, sinceramente. L'ho mandata al consultorio qui di fronte, non è più tornata. Però l'HPV, il vaccino, se lo doveva comprare lei, costava 180 euro circa. Non lo so quanto costava ma costava tanto. Molte donne che vengono lavorano... mediamente le sudamericane lavorano, anche le ucraine, eccetera. Per cui sono disposte a pagarlo.

B - Sì, dicevo che le ucraine le vediamo molto meno. Perché ormai hanno il permesso.

A - Ah sì, ormai hanno il permesso. Le sudamericane fanno tutte le badanti o le pulizie, quindi anche loro lavorano e sono disponibili a pagare qualcosina.

[veniamo interrotti dall'arrivo di una paziente nella zona della segreteria]

Allora chiedo velocemente anche a lei, se non dovete andare, se le è mai capitato di assistere donne che si trovavano in situazioni di violenza di genere, fisica, sessuale, psicologica, economica, oppure no.

A - Certo, ma non ce lo dicono... A me è capitata una roba che ho trovato molto sospettosa, ma non potevo indagare di più. Una donna che aveva avuto un'enorme, gravissima lacerazione della vagina, invalidante al massimo e il marito diceva che una sedia si era rotta e lei era caduta. Ho trovato molto, molto sospetta, una cosa così grave, che comunque risaliva a qualche anno prima, ed è comunque stata curata in un ospedale africano. Mi hanno fatto vedere i referti, le risonanze, in cui si diceva che alla fine era [incomprensibile], ma non si facevano menzioni... io credo che fosse una violenza.

Invece con il centro antiviolenza non avete...

A - No, non ci è mai capitato. È molto difficile che ti dicano una cosa del genere. Non sono il tipo di donne che vengono da noi, a parte quella della X (associazione) che affronta situazioni pazzesche. Per il più sono donne lavoratrici, oppure donne che stanno esclusivamente a casa con il velo, che non escono neanche di casa, che si ricongiungono per motivi familiari. Magari il marito è violento tutti i giorni, però non te lo dicono, non parlano neanche.

Va bene, vi ringrazio.

I3 – OSTETRICA

Per iniziare, ti chiedo se vuoi parlarmi un po' di qual è il tuo ruolo professionale e dove hai lavorato, dove hai fatto esperienza?

Sì, il ruolo dell'ostetrica è quello di assistere la donna, non soltanto durante il parto ma anche durante lo sviluppo e l'età adulta, dal menarca in poi, anche durante la menopausa. Io ho lavorato durante il tirocinio abilitante presso l'azienda ospedaliera X, ruotando in vari reparti, dalla degenza ostetrica fino alla sala parto, alla sala operatoria.

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi delle donne migranti, hai notato delle specifiche difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari?

Le difficoltà di accesso, come accesso in sé non proprio, perché comunque spesso non hanno magari la tessera sanitaria ma comunque riescono ad accedere al servizio. Piuttosto le difficoltà sono appunto dovute alla barriera linguistica che spesso ho visto esserci.

Era presente un servizio di mediazione per questo problema?

Sì, c'era il mediatore linguistico, poteva essere chiamato, veniva, era reperibile e tutto, però la difficoltà era spesso far arrivare sul momento il mediatore perché doveva essere chiamato appunto. Quindi non ti nego che spesso... per esempio l'esperienza di donna immigrata e incinta dopo violenza sessuale sul barcone direttamente, lei aveva parlato con il padre di una mia collega che è di origine araba. Nel senso, che il problema era proprio sul momento dover tradurre a volte, perché per alcune lingue, per esempio la lingua araba non era così facile e quella volta, insomma disse proprio alla mia collega araba che era stata violentata e che per questo non era, diciamo... presentava anche segni appunto di violenza proprio a livello fisico, quindi lo confessò a lei. Il problema era sul momento, perché poi la mediazione effettivamente c'era.

Ho capito. Invece, hai notato delle differenze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi riguardo a nazionalità, culture?

Differenze di trattamento da parte del personale sanitario?

Nell'accesso e nell'utilizzo da parte delle donne ma anche nel trattamento.

Beh sì, nel trattamento è innegabile che ci siano delle differenze a sfavore delle persone semplicemente che non parlano la nostra lingua. Per quanto riguarda differenze nell'accesso, devo dire che al più non c'è una campagna informativa inclusiva, in questo senso. Però per l'accesso, una volta che la donna arriva, il servizio... lì è più o meno lo stesso, non ci sono delle grosse difficoltà.

Ok, e hai notato magari una maggior partecipazione, un maggior accesso da parte di donne di specifiche nazionalità oltre a quella italiana?

Io ho incontrato tante donne nigeriane nella mia esperienza clinica, non so per quale motivo, non parlo soltanto di interruzioni ma anche proprio di parti. Non so se fosse una cosa specifica della regione, c'erano tante donne nigeriane, marocchine devo dire meno. **Ho capito.** Questa però è una cosa che ho forse una coincidenza, non so.

Per quanto riguarda problematiche di salute sessuale e riproduttiva nello specifico ci sono, hai esempi da raccontarmi riguardo problematiche, nell'uso dei metodi contraccettivi, malattie sessualmente trasmesse, gravidanze, interruzioni volontarie...

Allora, se ci sono differenze o problematiche relativa alle donne migranti?

Sì, problematiche specifiche o comunque esperienze particolari che hai avuto o di cui vuoi parlare.

Allora, sicuramente come ho detto prima, l'informazione, le donne, queste donne sono meno coinvolte nei canali comunicativi, sono meno informate delle italiane. L'esperienza che ti posso raccontare è che spesso venivano a fare, proprio perché poco informate, venivano a fare delle interruzioni volontarie di gravidanza in reparto perché appunto si presentavano a ridosso di quel limite che per l'IVG è di 90 giorni, quindi a ridosso di 12 settimane e 6 giorni ed erano costrette a farle magari in reparto, perché appunto c'era, magari un maggior rischio emorragico, quando appunto erano degli aborti che dovevano essere controllati in maniera più importante rispetto a chi si presenta per tempo, ovviamente. Malattie sessualmente trasmesse, metodi contraccettivi, sicuramente non sono... mentre la donna italiana ha il suo ginecologo dai 17 anni, quindi sa, ha una consapevolezza maggiore del metodo contraccettivo della donna immigrata e per questo diciamo ricorre [la donna immigrata] magari a un'interruzione volontaria... non che gli italiani non lo facciano perché sarei... ho visto delle donne italiane... la maggior parte sono italiane quindi non stiamo a prenderci in giro... le malattie sessualmente trasmesse, non ho esperienza di malattie più rare su donne immigrate, però diciamo che io ne ho viste un po' poche perché sì, ce ne occupiamo in ostetricia, ma sicuramente ci sono anche degli ambulatori dedicati dove non sono stata.

Ti è capitato invece di assistere pazienti, me lo dicevi già prima, che hanno vissuto situazioni di violenza?

Sì, appunto questa donna che ha parlato, c'era anche io in turno, però ha parlato con una mia collega perché non parlava in italiano, non parlava inglese, non parlava niente, nessuna delle lingue più utilizzate. Questa mia collega le aveva rivolto la parola in arabo, lei aveva risposto. Aveva delle escoriazioni, dei graffi sul volto, sul corpo e ha confessato appunto che era stata

vittima di violenza, e da quella violenza era rimasta incinta durante il tragitto per arrivare in Italia addirittura, quindi poverina... si ha avuto questa esperienza e me la ricordo chiaramente.

Ho capito, altri casi invece?

Altri casi di violenza che io abbia assistito... sinceramente no.

E l'ospedale è preparato a rispondere a questi casi? Viene attivato un lavoro in rete con altri servizi o no?

Così come non c'è un servizio psicologico, comunque dopo l'interruzione volontaria di gravidanza non c'è assolutamente un servizio che offra supporto psicologico dopo una violenza sessuale, soprattutto nella migrante, questo non l'ho visto... non viene offerto.

E neanche collaborazioni con centri antiviolenza?

Questo non te lo so dire con certezza, questo non lo so e non so se viene attuato di default, mentre per esempio, se una paziente si presenta in pronto soccorso ostetrico in seguito a uno stupro, comunque è una violenza sessuale, c'è tutto un protocollo e io conosco bene la procedura che riguarda quello che dobbiamo fare, un medico, un'ostetrica. Quello che deve fare invece uno psicologo, non so se viene fatto di default o meno, questo non te lo so dire. E ancora meno te lo so dire se è una paziente ricoverata perché è al termine di gravidanza oppure ha delle problematiche, una patologia ostetrica e a quel punto dichiara di essere stata vittima di violenza, questo proprio non lo so, è più improbabile rispetto alla donna che si presenta in pronto soccorso a fatto appena avvenuto, secondo me.

Ho capito, e hai ricevuto formazioni riguardo violenza di genere e magari anche formazione sugli effetti del processo migratorio sulla salute della persona?

Sulla migrazione nello specifico no, sul trattamento a livello psicologico delle pazienti straniere sì. Sulla migrazione proprio sono sincera, no.

Parlando della relazione tra medico e paziente, come la descriveresti?

La relazione medico-paziente con l'utenza migrante è difficile, sono cose che andrebbero ampliate, andrebbe formato molto di più il personale medico perché il personale ostetrico è più formato del personale medico su questa cosa, soprattutto da un punto di vista umano, psicologico, facciamo molta più formazione, io non l'ho fatta da medico.

E hai quindi suggerimenti per migliorare questa relazione?

Beh, innanzitutto un mediatore dovrebbe essere lì sempre, un centro adibito a questa cosa perché non capita di rado, l'accesso ai servizi delle donne migranti, l'informativa alle donne migranti, un percorso da attuare, diagnostico, terapeutico, per la donna migrante perché comunque oltre ad aver bisogno della mediazione magari, a noi è sempre stato spiegato che le donne arabe, anche solo per essere visitate, proprio per motivi culturali hanno delle difficoltà piuttosto che altre donne ne hanno altre. Oppure proprio per le donne migranti che hanno subito violenza, andrebbe

potenziato questo sistema, andrebbe creato un percorso dedicato. È proprio una cosa un po' diversa rispetto a una formazione, una infarinatura che viene data adesso.

Certo. Se hai qualcosa da aggiungere, idee, suggerimenti sul miglioramento dell'accesso in generale, accesso e qualità dei servizi sociosanitari dedicati a donne migranti? Sì, me ne hai già un po' parlato.

Sì, l'ho detto, non saprei che altro aggiungere.

Va bene così, allora. Grazie ancora.

I4 - ASSISTENTE SOCIALE

Per iniziare volevo chiederti se puoi parlarmi del tuo ruolo professionale, di quello che fai, per che servizi lavori e qual è la tua esperienza con la presa in carico di donne migranti.

Io in questo momento lavoro in un comune come assistente sociale del servizio sociale di base. Ho a che fare con tutte le varie tipologie di utenza, quindi minori, anziani, adulti, disagio adulto vario, famiglie... quindi mi occupo proprio di tutto. È difficile dire chiaramente di cosa mi occupo perché poi ogni volta c'è qualcosa di diverso. In più lavoro come assistente sociale anche nel servizio tutela minori, quindi mi occupo delle valutazioni e delle prese in carico. L'esperienza che attualmente ho con le donne migranti è, allora... nel comune di Brescia dove vivo io c'è una forte comunità di marocchini, anche perché è un comune piccolo, sono 3400 abitanti. Questa comunità di marocchini sono tutti imparentati fra loro, sono fratelli, sono cugini e quindi loro hanno una buona rete, si aiutano molto tra di loro, quando esce un bando si fanno il passaparola e via dicendo e non hanno particolari difficoltà. [Ad avere] Più difficoltà magari è proprio la donna o la coppia perché normalmente arrivano sempre dopo i mariti, le donne. Per esempio a me è successo quest'anno che questa ragazza ha raggiunto il marito che ormai vive in Italia da più di vent'anni, ha anche la cittadinanza italiana, solo che, non facendo il ricongiungimento familiare perché costa, devi avere una solidità economica e tutto il resto, per accelerare loro fanno arrivare la moglie o i figli con i permessi turistici, e poi una volta che sono qui li regolarizzano. Il problema è che i rilasci dei permessi di soggiorno, almeno nella mia provincia, abbiamo raggiunto dei livelli di tempo di almeno un anno, un anno e mezzo. Quindi avevo questa ragazza che ha fatto richiesta a marzo o maggio del 2023, ad aprile di quest'anno ha avuto sua figlia e ha fatto tutta la gravidanza praticamente quasi senza visite, perché non avendo la tessera sanitaria, non potendo essere registrata come STP, nessuno le faceva visite. Quindi un po' il medico di base di lui, mosso a compassione, gli ha fatto delle ecografie, un po' pagandogli noi le visite, siamo riusciti a farle fare qualcosa e verso la fine, tramite la mia collega dell'anagrafe, che comunque le ha rilasciato un

codice fiscale anche senza tessera, siamo riusciti a farle fare le ultime visite non a pagamento. **Ho capito.** Lei ha partorito e non aveva la tessera sanitaria perché non aveva ancora il permesso di soggiorno e le hanno chiesto appunto di dare tutta la documentazione, altrimenti avrebbe dovuto pagare 2.600 euro per il parto. Noi abbiamo un po' temporeggiato un paio di mesi, poi finalmente è arrivato il permesso di soggiorno datato marzo 2023, così lei era coperta a livello di servizio sanitario nazionale. Ma di situazioni così ne è pieno. La mediazione con i servizi è inutile, perché comunque io ho provato anche a chiamare e dire “ma guardi, questa qui è sposata con un italiano”, nel senso, anche a livello di tutela non conta niente, perché? Perché non aveva il primo permesso di soggiorno. Poi lasciamo stare che anche i rinnovi ci mettono miliardi di anni, ma il rinnovo, se tu hai la ricevuta, ti rinnovano comunque tutti i documenti, compresa la tessera sanitaria. In questo caso assolutamente no, e sono tante le situazioni così. Io ti parlo della provincia di Brescia, almeno una o due all'anno capita una cosa simile, quindi che una persona che è in Italia in maniera regolare, che avrebbe tutti i diritti in realtà non riesce a usufruirne. Magari una ragazza che sbarca domani incinta invece ha tutta la copertura sanitaria. Sono delle contraddizioni in termini di fondo, cioè è allucinante.

Grazie per questo esempio concreto. Ci sono delle principali difficoltà che le donne migranti incontrano nell'accesso ai servizi sociosanitari?

Allora, io ti parlo sempre della nostra realtà, diciamo che io ti parlo sempre per quello che ho visto io... si lasciano molto guidare, sia dall'esperienza di altri connazionali, o comunque anche di altre mamme italiane, o comunque se tu gli dici “guarda, la cosa migliore sarebbe andare al consultorio, prendiamo appuntamento”, loro ci vanno. Non è che hanno difficoltà. La nostra realtà è comunque da un po' abituata ad avere donne migranti, si fa un po' quel che si può, certo che l'ideale sarebbe avere il mediatore all'interno del consultorio, ma stiamo parlando di utopia, come non abbiamo il mediatore all'interno di nessun altro servizio se non pagato profumatamente. Spesso forse è più difficile sul discorso della tutela minori, ma è un altro discorso, non è proprio all'interno della salute. La difficoltà di capire il diverso sistema giudiziario che c'è, i diritti che puoi avere e quelli che non puoi avere, questo sicuramente è un po' più complicato. Sempre quella ragazza lì, che ormai io seguo la sua famiglia da un po', è stata ricoverata con la figlia, ha voluto che io andassi in ospedale a parlare io con i medici, perché io la rassicurassi che la bambina stesse bene. Io vedo che certe volte gli manca proprio una figura di riferimento che le aiuti a fare questo passaggio, un po' perché non conoscono la lingua, un po' perché noi delle cose le diamo per scontate, invece per il loro background non è così, e quindi questo sicuramente è un po' il limite. E poi dipende tutto da che operatori trovi. **Certo.** Cioè io ho delle colleghe che fanno le stesse cose che faccio io, e delle colleghe che la risposta è “va bè non hai la tessera sanitaria, arrivederci e grazie”. Quindi fa tanto la singola persona, come in tutto, ma a maggior ragione qui.

E parlando di barriere linguistiche, mi hai detto che non ci sono mediatori culturali, non avete...

Allora, ce ne sono pochi, è che non si vede l'importanza di investire nel mediatore. Ma non noi operatori, proprio come politica sanitaria in Lombardia, ma anche proprio all'interno dei servizi. Se io dovessi spiegare al sindaco che sarebbe bene avere il mediatore, ti dico, tutti i lunedì mattina, mi dice che sono soldi buttati via, piuttosto fa il cinema all'aperto. Questa è un po' l'idea proprio delle nostre zone, perché sono zone votate al lavoro, sono zone in cui a livello culturale si è rimasti alla produttività, quindi tutto quello che tu puoi spendere nel sociale viene visto dalle amministrazioni e dai sindaci come una perdita, non un investimento. Cioè, fammi avere qui il mediatore, che magari invece che segnalare dieci bambini in tutela minori, te ne segnalo tre, perché quegli altri sette abbiamo capito, abbiamo trovato una mediazione, abbiamo trovato un punto di incontro, e invece è tutto un "già spendo soldi per questo, già spendo soldi per quello".

Capisco. E quindi come ve la cavate se non vi capite con la lingua?

Eh, ce la caviamo a tentoni, nel senso che per alcune cose riusciamo ad avere il mediatore, perché magari è all'interno di un pacchetto. Ogni tanto, non so, il consultorio magari può richiedere un tot di ore l'anno di mediatore, e quindi anche quando quella ragazza era andata ai corsi preparto che comunque glieli avevano fatti fare, anche se in teoria non poteva, perché appunto non aveva la tessera sanitaria, avevano però prenotato qualche ora di mediatore nel momento in cui c'era lei. Oppure con amiche e parenti che conoscono meglio la lingua. Io personalmente cerco sempre... non coinvolgo mai i figli. Se coinvolgo i figli vedo che comunque abbiano 16, 17, 18 anni. Il figlio che magari ha 9, 10 anni non mi piace coinvolgerlo perché non è corretto che abbia delle responsabilità di questo tipo. E poi Google Translate aiuta. Ci si arrangia, nel senso che magari sono più francofoni o anglofoni, dipende, e un po' ci si arrangia. C'è una famiglia, mi ricordo che era arrivata con l'emergenza ucraina, le scrivevo le mail in italiano e sotto gliele riportavo in ucraino. Diciamo che un po' i mezzi che ci sono adesso aiutano, cosa che magari tempo fa non era possibile.

Io poi ho un'esperienza anche nei servizi specialistici di salute mentale e con i tossicodipendenti. Lì è più difficile rispetto alla realtà comunale perché arrivano con un grado di difficoltà molto alto, quindi già con una difficoltà di base a potersi esprimere. E lì è molto più difficile. Anche lì i mediatori li vedi col binocolo.

Noi abbiamo agganciato una signora indiana, donna vittima di violenza, al CPS. Allora non sapeva praticamente parlare italiano. Hanno fatto il colloquio senza i mediatori e hanno detto che stava bene. Anche io starei bene, penso, se mi fanno un colloquio in indiano, che non capisco niente. Quindi c'è anche molta superficialità da certi servizi da questo punto di vista e quindi poi la fatica a lavorare con la persona.

Non so se hai avuto invece esperienze con problematiche di salute sessuale e riproduttiva, per esempio in relazione a gravidanze, interruzioni volontarie...

No, perché è più specifico di chi lavora nei consultori. A me non arrivano, però da quello che ho capito si sanno muovere bene, andare a richiedere le cose al consultorio, sono in grado. Non c'è la cultura della prevenzione in gravidanza. Perché io ho questa situazione di una bambina che è nata con una gravissima disabilità e la famiglia, loro sono di origini... anche loro marocchine, non si sono mai sentiti di portarla a casa. Quindi lei ha fatto 5 mesi in ospedale e dall'ospedale è passata a una struttura di disabili gravissimi. Questa famiglia ha pensato bene di avere ancora un altro figlio. Loro sono cugini di primo grado, in Marocco hanno qualche parente con disabilità grave. Non hanno fatto gli screening adeguati, hanno fatto proprio il minimo. E quindi noi eravamo un po' nel dirgli "va bene, nessuno ti dice che tu devi abortire, però fai gli screening adeguati", perché per tante malattie se si sa già quando sono dei feti che ci sono, poi si può intervenire immediatamente con delle modalità per poter aiutare. Però su questa cosa proprio non hanno voluto, nonostante un anno e mezzo prima fosse nata questa bambina veramente compromessa. Questa bambina non può deglutire, quindi è alimentata con la PEG, ci vede solo da un occhio, non potrà camminare, ha un ritardo cognitivo, ha un problema al cuore, è molto compromessa. So che in prima visita al ginecologo hanno semplicemente detto che avevano una figlia con problemi di cuore. E noi abbiamo detto che "no, c'è più di questo". Quindi sicuramente in ottica preventiva, anche quando sono ben agganciati, fanno fatica a comprenderla.

Parlando invece di violenza di genere, ti è capitato di prendere in carico casi?

Sì, sto seguendo da ormai, io sono lì in comune da tre anni, sto seguendo da tre anni questa donna indiana, quella di cui ti parlavo prima. Lei già 13 anni fa aveva fatto un ingresso in una casa protetta a seguito di maltrattamento forte con una prognosi di 40 giorni, poi è tornata a casa. Quando poi la figlia maggiore ha iniziato un po' a ribellarsi, è stata lei a contattare i servizi. Quindi abbiamo fatto un allontanamento dei due minori più la mamma e sono stati in questa casa rifugio per un altro anno e mezzo o due, finché la mamma, totalmente succube del marito, è tornata a casa. Però essendoci il decreto i ragazzi non potevano tornare. Quindi i ragazzi sono stati mandati in affido, lei è tornata. Lei adesso, i ragazzi è ormai da un anno e mezzo che sono in affido, lei ciclicamente prende contatti con me, con i servizi, e dice che si vuole separare. Fino a cinque mesi fa diceva "mi voglio separare così i figli tornano da me". E ogni volta le spiegavo "i figli non torneranno mai da te". Anche perché ormai hanno un affido [incomprensibile] fondamentalmente. La più grande ormai ha anche il proseguo amministrativo perché è già maggiorenne e quindi non tornerà mai. Adesso invece pare che voglia fare un percorso di autonomia. Quindi vediamo... nel senso che lei è venuta da me, finalmente abbiamo parlato senza mediatore, ha acquisito anche un livello d'italiano tutto sommato modesto. La difficoltà maggiore

con lei era sicuramente la lingua, quindi la necessità di dover per forza parlare con un mediatore. La criticità che ogni tanto hanno alcuni mediatori è che non sono adeguatamente formati e quindi, invece che semplicemente spiegarti quello che stanno dicendo, familiarizzano un po' troppo con la famiglia o con le persone. Quindi vanno in collusione con loro, ma minano poi tutto il lavoro che stiamo facendo.

Lei è sicuramente una donna... ha praticamente litigato con la sua famiglia per sposare quest'uomo che era di una casta inferiore a lei. Nel momento in cui si è sposata, quindi, la sua famiglia d'origine non l'ha più considerata. Lui millanta lauree che però non esistono e questa donna ha subito maltrattamenti gravi da tutto l'entourage familiare di lui. Ma cose molto gravi, la figlia di 3 mesi è stata menata quando aveva 3 mesi perché non dormiva di notte. Il maschio, essendo maschio è sempre stato un po' più tutelato, quindi aveva più libertà, poteva andare a calcio, qualche volta uscire con gli amici. Però questa donna le ha sempre prese in maniera importante. E con lei c'è sicuramente il sospetto che abbia una patologia perché comunque lei passava in uno stesso colloquio da “non vado in viaggio con mio marito perché se no mi ammazza e mi butta giù dalla nave se andiamo in crociera” e due secondi dopo ti diceva “io con mio marito ci sto perché ogni donna ha le sue esigenze”. E te lo diceva ridendo. Quindi sicuramente con una compromissione, secondo me, a livello mentale anche importante. Con questa continua ambivalenza del voler assecondare il marito per far tornare i figli ma volersene staccare perché per lei la vita col marito senza i figli è un inferno. Le viene vietato di familiarizzare con i connazionali, quando vanno alle riunioni religiose lei deve stare attaccata al marito, non può parlare con altre donne. Quello che ha fatto è perché gli è stato imposto della tutela minore, quindi un minimo di corso d'italiano. Ma per tutto il resto non riesce a sganciarsi. Sicuramente spesso fa più fatica a venirne fuori proprio perché non ha una rete.

E mi viene anche da dire che le nostre belle amministrazioni essendo più di destra che di altro mi hanno già detto “per lei non spendiamo più”. Quindi se lei dovesse andare in un'altra casa rifugio il comune non mi autorizza la spesa perché tanto i minori sono in affido e quindi lei sicuramente non avrà altro sostegno da parte nostra.

Ho capito. Ma le è stato offerto anche supporto psicologico tramite la casa rifugio?

No perché non parlando italiano non era possibile. **Ho capito.** Lei ci ha messo due anni per iniziare un corso d'italiano. È distaccata dalla realtà cioè quando le dicevi “ma tu vuoi andartene via coi tuoi figli da qui? Che lavoro vorresti fare?” E lei ci ha risposto “voglio lavorare in TV come presentatrice”, cioè totalmente scollegata a quella che può essere veramente la realtà. Se mi avesse detto “voglio andare a fare la cameriera, voglio andare a lavare i piatti”, no, lei voleva lavorare in TV.

Mi sembra quindi di aver capito che gestite i casi di violenza di genere con un lavoro in rete con altri servizi del territorio giusto?

Sì quello sempre. Diciamo che il lavoro di rete c'è con tutti i vari servizi quindi più specialistici e meno, anche lì il lavoro di rete purtroppo vale molto solo se c'è l'operatore che lo vuole fare. La bella integrazione sociosanitaria è su certi ambiti ancora molto lontana e mai attuata. Su altri invece si riesce a fare qualcosa di bello.

Ho capito. Hai dei suggerimenti su come potrebbe migliorare questo lavoro in rete tra i servizi?

Bisognerebbe proprio cambiare un'ottica di lavoro. Secondo me col tempo ci si arriverà. Nel senso che chi è ormai a livello dirigenziale o a livello di coordinamento ha una formazione anche vecchio stampo, molto accentrata. Purtroppo le risorse sono sempre meno quindi più accenti meno fai. Se invece riesci a pensare che quello che è mio è tuo, riesci a fare qualcosa di più e a mettere proprio sul campo delle azioni che possano essere sinergiche e veramente di lavoro vero. Tanto lo fa veramente parlarsi e raccontarsi. Poi certo, quello che ha facilitato un po' il lavoro di rete è stato il covid, nel senso che prima tutti gli incontri erano fatti in presenza. Quindi con anche un dispendio orario... Io sono sul comune 25 ore a settimana. Cioè non è che io possa fare chissà che cosa. Certo che se invece di fare tre incontri in presenza che magari mi portano via tre mattine e ne faccio tre online io ho portato via, tra virgolette, solo una mattina. Questo sicuramente aiuta. Poi su certe cose è meglio trovarsi in presenza che farlo online. Ci sono poi dei servizi che non vogliono che si facciano in presenza, quindi il contrario. È sempre una contrattazione, una mediazione.

Avete ricevuto formazione specifica sulla violenza di genere?

Come assistenti sociali abbiamo l'obbligo di maturare dei crediti ogni triennio. Fondamentalmente sta un po' a ognuno di noi formarsi su quello che ritiene più corretto in quel momento. Quindi mi viene in mente una che lavora al SerT difficilmente farà formazione sulla violenza di genere. Io che lavoro in comune cerco un po' di variare, ogni volta cerco di fare un ambito diverso. Poi noi siamo formati in ambiti territoriali e quindi in ogni piano di zona c'è la referente per la violenza di genere, la referente per la disabilità, quindi se c'è qualcosa di critico sai chi chiamare, che è una persona più formata sul tema.

Ho capito. Per quanto riguarda la relazione del personale medico con le pazienti non so se hai esperienza...

No, diretta no.

Ok, arriviamo alla fine e ti chiedo se hai altre idee, suggerimenti, pensieri su come potrebbe migliorare l'accesso e la qualità dei servizi per le migranti, se vuoi aggiungere qualcosa.

Quello che ho da dire non è particolarmente innovativo nel senso che, leggendo e studiando anche io... sicuramente quello che hanno pensato è giusto, quindi brochure in varie lingue, mi viene da dire la presenza di un mediatore fisso... poi è difficile però ovvio che si va anche a livello territoriale. Qui sicuramente Nord Africa, India, Punjab sono le nazioni... nigeriani o anche mi viene in mente i ghanesi... sicuramente basta fare una rilevazione dei dati ISTAT, tieni tre o quattro mediatori, non so, all'interno dell'ospedale non per forza per reparto, però potrebbe sicuramente aiutare. Quello che ci manca è proprio una formazione più dettagliata su come vengono viste le malattie, come viene vista la disabilità, come viene vista la violenza di genere in quelle determinate culture. Perché, facendo anche l'esempio della tutela minori, tante cose che per noi sono incurie, inefficienza invece per loro sono normalissime. Se avessimo una minima formazione di base in riferimento a queste cose potremmo anche noi lavorare meglio, magari segnalare meno e tutto quello che poi gira intorno.

Ti ringrazio.

I5 - EDUCATRICE

Allora, ti chiedo se puoi parlarmi un po' di qual è il tuo ruolo professionale all'interno di Caritas e qual è la tua esperienza all'interno di questo servizio e con la presa in carica di donne?

Allora, in Caritas io faccio... sono laureata in scienza dell'educazione, faccio per metà del mio monte ore, come prima ti dicevo, l'educatrice sul servizio housing, quindi l'area "accogliere" e mi occupo di donne e di bambini nel servizio di housing. Per l'altra metà del monte ore sono referente di grossi macro-temi in Caritas, tra cui il tema della salute. Sono referente del tema salute e mi occupo di monitorare tutti i progetti attivi in ambito sanitario, che coinvolgono tutte le aree di Caritas. A grandissime linee, come Caritas Bergamo, noi abbiamo attivo un servizio che si chiama "Ambulatorio di prossimità" che permette agli utenti in gravissima difficoltà economica segnalati dai servizi, dalle parrocchie, dagli enti, di accedere a titolo gratuito a prestazioni diagnostiche di natura sanitaria alla clinica X e anche di accedere a prezzi calmierati a tutta la parte della dentistica.

Di attivo a oggi c'è anche il servizio ginecologico, quindi con visite ginecologiche gratuite per donne in grave emarginazione e che hanno problematiche di natura economica, a volte lontano dai radar del sistema sanitario per documenti e per altri motivi. Abbiamo attivo anche il servizio di oculistica, perché è un altro grosso tema riuscire a recuperare una vista oculistica in tempi brevi e che sia economica e veloce... perché spesso i nostri utenti in grave emarginazione non riescono

ad aspettare l'anno e mezzo di attesa di una visita oculistica, e quindi noi abbiamo attivato questo servizio, siamo convenzionati con un poliambulatorio e io invio 10-15 persone l'anno a fare una visita per loro totalmente gratuita. Noi lo abbiamo a copertura costi, però sono comunque micro-progetti che permettono di sviluppare meglio dei temi un po' spinosi. Per esempio la parte della salute femminile è un tema di difficile gestione. La parte per esempio dell'oculistica è un altro tema complicato, come anche la parte dell'acquisto degli ausili, quindi di occhiali, perché spesso le persone che noi abbiamo in carico non hanno risorse economiche per espiere le 200-300 euro di lì, e noi andiamo incontro anche all'acquisto di ausili su alcune persone segnalate che sono in situazione di povertà. Sul tema della salute mi occupo anche di seguire l'ambulatorio X, che è uno dei nostri dormitori. All'interno del dormitorio è attivo un presidio di natura medico-infermieristica con la presenza di Croce Rossa per il primo soccorso e monitoraggio sanitario, nonché medicazioni, monitoraggio, rilevamento parametri e quant'altro, degli ospiti del dormitorio, per tre sere alla settimana. In quel servizio lì abbiamo dei medici e infermieri volontari di Caritas e i volontari di Croce Rossa. È un progetto combinato tra i due enti Croce Rossa e Caritas, preziosissimo, nel senso che tutti gli ospiti del dormitorio hanno la possibilità di farsi visitare tre volte alla settimana, di farsi medicare, e i medici si prendono cura comunque di monitorare la salute del dormitorio.

In quella sede lì ogni anno, e questo è aperto anche alle donne, noi proponiamo sempre... proponevamo, quando c'era l'epoca Covid, il vaccino Covid, proponiamo la vaccinazione antinfluenzale per le persone più fragili, vengono organizzate anche delle giornate di screening di diabete, dermatologia e cardiologia, sempre in collaborazione con Croce Rossa. Nell'ambulatorio X legato al tema della salute c'è anche la possibilità di effettuare screening HIV, HCV, sifilide e gonorrea, perché abbiamo attivato una convenzione con una rete che si chiama 'Rete Fast Track', e quindi l'ospite che ha necessità di farsi controllare anche su questo aspetto ha questa possibilità perché ci sono i test e c'è chi li somministra. In sostanza siamo riusciti a creare nel corso degli anni un dormitorio con un presidio sanitario dove il sanitario si avvicina al luogo della grave emarginazione, perché a volte i gravi emarginati non afferiscono ai servizi col metodo classico, ma al contrario, cioè sei tu che devi andare incontro e quindi si rompono un po' gli schemi. Il dormitorio con questi ambulatori, con questi progetti siamo riusciti un po' ad avvicinarci ai gravi, alle gravi emarginate, andando incontro alle loro esigenze.

Per parlare proprio dell'esperienza con l'utenza femminile ci sono delle particolari difficoltà di accesso, per quello che hai notato nella tua esperienza, da parte delle donne migranti ai servizi sociosanitari?

Le prime difficoltà che si rilevano riguardano per esempio le persone che arrivano in nuova migrazione e che per diversi motivi non hanno accesso al sistema sanitario nell'immediato. Ti

faccio l'esempio: io ho una famiglia con una mamma che ha fatto una richiesta di un permesso particolare, e questo permesso si chiama permesso per articolo 31, perché ha una problematica familiare importante. Questo permesso di soggiorno prevede che tu vada in udienza al tribunale e presenti a delle motivazioni per cui poi tu chiedi allo Stato italiano di essere tutelata con questo permesso. I tempi tecnici per l'udienza e l'avere poi i documenti sono di più di un anno, un anno e mezzo, e nel mentre si aspetta. Altro caso, per esempio, sono le persone che arrivano da paesi europei, quindi le donne per esempio di nazionalità romena. Metti il caso anche di una persona di origine spagnola che però al suo paese non ha attiva la tessera sanitaria, non ha l'assicurazione sanitaria europea e quindi è senza. E mi è capitato di avere per esempio donne romene sprovviste di tessera sanitaria sia in Europa che qui, perché qui se sei cittadino europeo, la regione Lombardia ti dice tu hai il diritto all'assistenza sanitaria se sei in grado di mantenerti economicamente e quindi hai accesso alla TEAM. Ma queste donne senza dimora non avevano niente e quindi era difficile, era pressoché impossibile avere un medico di base, magari persone che avevano anche grosse difficoltà. Altro tema, le richiedenti asilo in primissima battuta hanno l'iscrizione al servizio sanitario, ma non l'attribuzione del medico di base, quindi hanno queste tessere sanitarie cartacee dove hanno diritto di avere l'assistenza sanitaria ma non viene affidato un medico di base. Sta all'operatore cercare un medico di base gentile che le visita. Tutte queste difficoltà sono magari superabili da una persona di nazionalità italiana, perché con la lingua io riesco a risolvere le difficoltà, quando io non ho la parte della lingua, della conoscenza di tutta la filiera, della struttura, viene difficile. Nell'esperienza mia ti dico, per esempio, quelle donne che io ho in accoglienza, se sono arrivate da poco per diversi motivi, non sanno niente e quindi tu operatore devi, dalla A alla Z, accompagnare a capire in che cosa sono finite, non so come dire... perché magari arrivano dalla Turchia dove hanno un meccanismo, arrivano dall'Albania e hanno un altro meccanismo, e arrivano qui pensando magari che il meccanismo si ripete. Invece no, è tutto diverso. Per esempio, nei presidi ospedalieri non è fissa la presenza dei mediatori, nei servizi specialistici CPS non è fissa la presenza delle mediatrici. Quindi, quando noi operatori che seguiamo le persone dobbiamo accompagnarle in questo tipo di giri, dobbiamo sempre dire dall'altra parte “avete il mediatore?”, “procurate un mediatore”. Chiediamo che ci sia un mediatore perché la mediazione linguistica permette almeno di abbattere la difficoltà. Al Ospedale X per esempio sono più forniti ma non hanno un mediatore h24. Quindi se si riesce a organizzare con un certo anticipo perché non è urgente loro si attrezzano, però non è scontato. Come al CPS, io ho avuto una mamma che aveva bisogno di fare un monitoraggio post-partum perché è una persona in disturbo da stress post traumatico e io ho pensato che fosse meglio che venisse vista da una psichiatra perché doveva partorire la figlia e ho dovuto dire all'operatrice “ma avete pensato a una mediatrice?” e mi ha detto “no... già che me lo dici effettivamente è importante...”. Quindi loro poi hanno ingaggiato

una mediatrice per agevolare questa cosa qui. Altre difficoltà che ho visto rispetto alle donne, se penso per esempio al parto e al postparto, il personale medico è molto molto molto preparato dal punto di vista tecnico clinico, dal punto di vista umano, non so come dire, si fa ancora un po' fatica a tenere in considerazione le differenze, ma non parlo solo in termini di metodologia clinica, ma anche della differenza di quello che è per esempio l'esperienza di un parto in altri paesi, come l'esperienza invece di un parto molto molto clinico che è qui, il numero di persone per esempio che possono stare vicino al parto... proprio come la vive una persona. Quella cosa l'ho un po' percepita. Poi ecco dal punto di vista della preparazione in Italia, secondo me, in particolare dal punto di vista della medicina siamo bravissimi, penso che si perda un po' il lato umano e quando questo si perde dove la relazione è forse l'unico canale con cui tu puoi iniziare a interagire, pensando alle donne migranti, si fa fatica. Nel senso che poi ci sono tanti fraintendimenti, a volte le donne vanno in ospedale e non sanno quello che gli succede perché non gli viene spiegato. Non gli viene spiegato perché manca comunque un interprete, assumono dei farmaci e non gli viene spiegato. Queste sono un po' le difficoltà... dall'altra parte se penso alla difficoltà della donna, spesso non è educata, ma è brutto questo termine... non è avvezza, non cresce culturalmente rispetto al termine della prevenzione, quindi non tiene conto a volte di tutta quella parte lì e non ne dà neanche tanta importanza. In certi casi non hanno mai fatto un pap test, non si sono mai controllate. Prevenzione che va dalla parte ginecologica ma, se io penso per esempio ai denti, il dentista è una roba per ricchi, non so come dire, fin quando proprio non muoio di dolore io non penso che la cura dentaria faccia parte di questo, perché è troppo costoso. Tutto quello che non è immediato tende, in situazioni di povertà, a finire ai margini. Non è una cosa che le persone fanno perché sono stupide, ma perché secondo me quando tu hai una situazione di povertà le priorità della tua vita cambiano e quando cambiano a volte quello che per me è prioritario per un'altra persona non lo è. La salute è una di quelle cose.

Per quanto riguarda la relazione tra personale medico e pazienti, hai qualcosa da aggiungere riguardo?

Io ne ho visto di tutti i colori, ho visto personale sanitario estremamente umano, estremamente preparato, personale sanitario che quando c'era l'educatore, quindi io o colleghi, che siamo un po' i facilitatori della questione, ci consideravano al pari, non so come dire, siamo colleghi, facciamo un altro mestiere ma siamo qui per aiutare la stessa persona e le cose funzionano molto bene. Ho invece avuto esperienze dove il medico ha la titolarità e è quello che sta un po' più su e considerava l'educatrice presente che aiutava la mamma come la volontaria della parrocchia. Non è che la volontaria della parrocchia è di meno, però l'educatore che è lì è un professionista tanto quanto te, ha un altro mandato però ecco... funziona molto bene quando ci sono problematiche di natura sanitaria e quando il rapporto tra direttrice interculturale, l'assistente sociale, la

psicologa, l'educatore professionale, sono tutti intorno a un tavolo per discutere di un caso di una persona e tutti hanno la stessa valenza.

Ho fatto un po' più fatica quando invece non so il medico dice “no, è così, basta”. E poi a volte ho fatto fatica quando la medicalizzazione supera, come ti dicevo prima, il lato umano. Cioè, una delle donne che seguo ha partorito la quarta figlia a Bergamo. Ha avuto un problema perché aveva un po' di dolore, era a termine, siamo arrivati in punto di soccorso ginecologico, ha fatto la sua visita, tra l'altro fanno la visita e non è che le spiegano o comunque, è vero non parla la tua lingua, però magari scandendo le parole, anche con il contatto visivo, insomma... l'altra persona capisce. Ecco, lì hanno molta fretta, c'erano decine di donne, sembrava una fabbrica, tutto molto veloce, tutto estremamente medico. E quando io ho detto “mi aiutate a capire come è messa perché è a termine, perché è la quarta figlia, ne ha a casa altri tre, veniamo da una situazione di accoglienza, era venerdì pomeriggio, che vuol dire con davanti il weekend” mi ha risposto “signora non siamo un albergo”. Io non è che volevo dire all'ostetrica e alla dottoressa “me la tenga qui perché così almeno io ho risolto il problema”, volevo far capire che la signora ha a casa tre figlie, sono tre minori, aspetta la quarta, sta per partorire, è una donna sola, in una struttura di accoglienza dove non c'è un presidio h24. Se le si scatena il parto tra mezza giornata allora si premunisce. Nel momento in cui ha detto “signora non siamo un albergo”, io ovviamente mi sono chiusa perché ho capito che non c'era possibilità di dialogo.

Collegato un po' a questo, nella tesi ho approfondito un po' anche il concetto di medicina narrativa che consiste nel lasciar parlare il paziente, tenerlo sullo stesso livello del personale medico, cosa mi puoi dire a riguardo?

Allora, io non l'avevo mai vista, o meglio, ho visto qualcosa legato alla narrazione di medicina, quando quella donna di cui ti parlavo prima, l'ho fatta incontrare con una psichiatra, questa psichiatra, va bé per il suo mestiere ti ascolta, però lì c'è stata proprio una bella narrazione rispetto a tutta la storia di vita, la sua biografia. Lei ha proprio ascoltato questo fiume, e oltre ad ascoltare lei, questa dottoressa ha ascoltato anche me, è una cosa che difficilmente succede. Ha ascoltato il racconto mio, che ho detto “è andata così, è venuta da noi così, con i suoi bambini è così, le sue preoccupazioni”, cioè è come se ci fosse una composizione e quello ti permette di avere un'alleanza. Nei presidi ospedalieri questa cosa è difficile... per esempio, una volta c'era il medico di base, io mi ricordo che quando ero bambina c'era quel dottore lì, conosceva tutto quello che erano le cose della famiglia e anche quando uno aveva una preoccupazione, chiamava il dottore... e il dottore era quello che gestiva tutto il patrimonio di tutta la tua famiglia. Sapeva tutto di te e tu ti fidavi, adesso quella figura lì è sparita. Tu prova a immaginarti una persona che arriva dall'altra parte del mondo, magari ha l'immaginario del medico del villaggio così e dice “ma

come?”), magari cambiano medici di base ogni X tempo, non ce l'hanno, non c'è la persona, e quindi ti ritrovi a dover, magari tutte le volte, raccontare sempre tutte le tue cose da capo.

Per dirti, le donne che io seguo, dal punto di vista della salute mentale, non è che sono proprio serene, cioè non è che stanno benissimo, però la fortuna vuole che siano in un contesto molto protetto, tutelante e anche se c'è una barriera linguistica loro sanno che se hanno bisogno, anche solo con Google Translate, loro mi raccontano cosa sentono, qual è la loro preoccupazione e ti dicono magari “ho questo, questo, questo, questo” e tu le aiuti, cioè io non è che faccio il medico, però magari, non so, le dico “sai è successo anche a me, ho provato magari anche dal punto di vista dell'alimentazione”, ho una donna che fuma molto e mangia poco e per esempio le dico “guarda, magari sei un po' preoccupata, magari proviamo a sentire una psicologa”, cioè cerchi un attimo di normalizzare determinate sintomatologie.

Certo, io di mestiere non faccio il medico, però se penso per esempio alla maternità, magari una donna ha avuto il suo bimbo lontano dal suo paese, non ha vicino la mamma, le succede che il bambino ha, che ne so, il mughetto, l'infezione della pelle, la dermatite da pannolino, cioè si agitano magari, perché è il loro primo bambino, magari sono giovani, io avendo due figli, ancora prima di essere educatrice sono mamma e magari le dico “magari prova a guardarlo, controllarlo, prova a vedere sta cosa, io ho fatto così, cosa ne dici te?”. Dai delle indicazioni un po' di prossimità, non so come dire, e quella cosa lì aiuta. Perché io prima ti ho detto che mi occupo di salute, ed è fuorviante secondo me pensare alla salute solo con la salute fisica clinica, col farmaco... la salute è anche consigliare, per esempio, a una mamma che ha dei figli, di utilizzare gli spazi aperti, di frequentare il parco, di permettere il gioco, di curare il sonno e la vigilia, cioè tante cose fanno parte della salute... per una donna tenersi controllata, alimentarsi in una certa maniera. Altrimenti scivoliamo nell'errore del pensare alla medicalizzazione di tutto. Sul tema della salute mentale, noi siamo molto preoccupati ultimamente, perché comunque è una parte estremamente sottovalutata, sia per quello che riguarda gli uomini che per quello che riguarda le donne. C'è un'alta percentuale di persone in sofferenza psichica e psicologica, sia stranieri che italiani. Se sono italiani hai un po' più l'occhio del medico di base, della famiglia, sui migranti stranieri si fatica molto, perché finché non vanno poi in escalation non vengono considerati... e anche quella è salute, anche pubblica, mi viene da dire, visto che riguarda un po' tutti.

Per quanto riguarda invece problematiche di salute sessuale riproduttiva, ci sono delle problematiche specifiche che hai notato?

Allora, rispetto alle problematiche di salute sessuale c'è ancora una certa distanza su alcune persone, rispetto al tema pap test e screening di prevenzione, sulla salute riproduttiva ancora ci capita come housing di avere a che fare con nuclei familiari poco istruiti, sul tema dell'anticoncezionale. Noi come equipe di lavoro, se parliamo dell'housing, mettiamo sempre un

po' a tema, con delicatezza e dove è opportuno, il tema della salute riproduttiva, perché ovviamente non è un gioco da ragazzi... l'Italia è un Paese che permette di avere l'anticoncezionale, permette tante cose, ma tra il permettere e il spiegarti cosa succede e accompagnarti nei servizi dedicati... serve più accompagnamento.

Per quanto riguarda invece casi di violenza di genere, come vengono gestiti, se c'è un lavoro in rete?

Allora, questo è un tema gigante, nel senso che se tu pensi alla violenza di genere vista come il contesto di emergenza, quindi la persona viene picchiata, fa denunce, va in codice rosso, va in ospedale, piuttosto che casa rifugio, c'è una filiera molto chiara rispetto a quei codici.

Ed è la prima piastrella, quella che è sotto i riflettori. La persona che vive con questo uomo violento a un certo punto, dopo l'ennesima violenza, decide di denunciarlo, entra in un meccanismo di protezione, è il primissimo tassello. Da lì c'è tutto un lavoro successivo, che riguarda l'allontanamento della persona dal contesto violento, la rielaborazione della violenza, un lavoro psicologico sul tema della violenza e il riprendersi la propria vita con un altro schema. Come housing, ci occupiamo a volte di accogliere donne che sono uscite dal meccanismo, dai circuiti, dalle case rifugio, perché hanno fatto un percorso, e nello specifico facciamo un po' la parte finale. Accogliamo una donna che è uscita dal contesto di violenza, ha fatto denuncia, non è più tornata nel circuito di violenza, sta provando a rimettersi in pista, e avendo un servizio di housing noi accogliamo quel pezzo finale. Il pezzo iniziale è molto più delicato, mi è capitato per esempio di avere a che fare con donne vittime di violenza di genere, senza dimora, in grave emarginazione, con problematiche con dipendenza da sostanze. La violenza di genere spesso si innesca su meccanismi di dipendenza effettiva. Questa donna che ho bene in mente, tolta dalle grinfie di questo uomo violento che l'ha più volte massacrata di botte, creandole fratture e cose del genere, è stata tolta e messa in casa di rifugio e poi in una struttura terapeutica, perché aveva problemi con l'alcol. È stato fatto tutto questo meccanismo molto veloce, senza considerare che la dipendenza dall'alcol era la dipendenza meno grave, perché la dipendenza più grave di questa donna era la dipendenza effettiva, che non è stata gestita e quindi, tolta dall'alcol, lei è tornata poi nelle mani di questo uomo. È un meccanismo molto subdolo, su cui bisognerebbe fare cultura, a partire dalle bimbe e dai bimbi. Io credo che la violenza di genere si combatterà in Italia, quando seriamente tutta la parte delegata all'istruzione si occuperà di educare le giovani generazioni a un'educazione non violenta.

E voi avete ricevuto formazione sulle tematiche di violenza?

Allora, noi, il personale educativo di Caritas è sempre molto formato e informato e siamo anche molto liberi di farlo. Quindi noi siamo molto formati un po' su tutto, sul tema della violenza di genere nello specifico, sì, abbiamo fatto diverse formazioni. È un tema su cui si presta attenzione,

però soprattutto sul primo pezzo, perché poi tutta la seconda parte, da quando una donna decide di uscire dalla situazione, su quello c'è ancora da lavorare. Perché possono esserci dei casi in cui magari lui è l'unico percettore di reddito, lei ha dei figli, la casa è di proprietà di lui, magari è straniera, non ha una rete parentale di riferimento, l'abbandono del tetto coniugale e del marito in molte culture è vergognoso... bisogna capire tante cose.

Hai suggerimenti, idee o riflessioni su come può migliorare l'accesso e la qualità da parte delle donne migranti ai servizi?

Sicuramente sarebbe bello riuscire ad agevolare un processo di cambiamento all'interno dei servizi dedicati alle persone, per tutti e nello specifico alle donne migranti, tentando il più possibile di dare spazio alla narrazione, cioè provare ad ascoltare oltre le parole di quello che portano le donne all'interno dei servizi sanitari. Non sempre la donna che arriva nel servizio è un contenitore da riempire o una provetta da analizzare, le donne portano storie, biografie e vite e l'ascolto aiuta a dimezzare le urgenze e le emergenze. Sarebbe bello riuscire ad avere dei servizi sanitari che prevedano delle figure di consiglio, che agevolino l'accoglienza di certe persone. Molti pensano che invece se arrivi in un paese che non è il tuo, devi comunque sapere come funziona, io invece credo che il livello di civiltà di un paese si misuri nella misura in cui esistono dei dispositivi di accoglienza non solo a parole, che prevedono materiale multilingue, la possibilità di avere qualcuno che ti aiuti a capire cosa succede, tante volte oltre la lingua. Io ho accompagnato tante donne nei consultori, spesso e volentieri le ginecologhe sono sensibili, però ho sempre l'impressione che dipenda dalla persona che trovi e non da protocolli stabili. Anche io sono una paziente e capita anche a me di voler capire cosa mi succede, ma non sempre è così, se non lo chiedo non mi dicono che cosa succede, a cosa vado incontro.

L'educazione alla salute delle donne dovrebbe, secondo me, iniziare dalle scuole, non parlo solo di educazione sessuale, ma già da bambini e bambine parlare di salute, salute fisica, tutti gli aspetti legati al vivere sani e al benessere, partendo da piccoli. Le giovani generazioni sanno tante cose a livello anatomico, ma da lì alla prevenzione e sapere cosa ci fa bene sanno meno. Quindi partirei già da piccoli ad avvicinare le persone a tutto il tema della prevenzione e della consapevolezza di cosa fa bene e cosa meno. Penso al tema anche degli effetti degli smartphone sulle giovani generazioni: ho molte donne straniere che non pensano minimamente che usarlo 10 ore al giorno faccia male. Se non te lo dicono non lo sai.

Grazie mille.

I6 - EDUCATRICE

Allora, per iniziare ti chiedo se puoi parlarmi un po' di qual è il tuo ruolo professionale all'interno in questo servizio e cosa offre questo servizio.

Allora, in questo momento mi occupo principalmente delle donne inserite nei nostri appartamenti, che sono otto appartamenti. Principalmente in questo momento abbiamo donne che arrivano segnalate dai servizi sociali, inserite principalmente con decreto del tribunale dei minori, se ci sono bambini al seguito, e sono soprattutto donne vittime di violenza di genere. La richiesta che c'è in questo momento non è più tanto di donne che vengono accolte per problemi di casa, piuttosto che problemi economici, ma proprio è più una questione sociale. Quindi io mi occupo proprio della referenza, quindi incontri con i servizi, incontri con i tribunali, insomma ordino un po' quel pezzo lì.

Per quanto riguarda la tua esperienza con la presa in carico di donne migranti, le principali difficoltà che si incontrano nell'accesso ai servizi sociali, sanitari per le donne quali sono?

Allora, la prima difficoltà innanzitutto riguarda i documenti, perché ovviamente l'accesso alle prestazioni sanitarie è strettamente collegata al permesso di soggiorno oppure no, a meno che si tratti di una questione di emergenza per cui si fa l'accesso al pronto soccorso e quindi sono obbligati a curarli. Però per quanto riguarda le visite specialistiche, piuttosto che l'accesso agli ambulatori, si deve avere la tessera sanitaria, il servizio assistenziale nazionale e quindi questo è collegato al permesso di soggiorno. Per cui il primo step è avere proprio il documento, dopodiché nel momento in cui si ha il documento l'accesso poi è abbastanza semplice.

E le tempistiche per questi documenti quali sono?

Allora dipende, nel senso che se sono donne che hanno un lavoro, il permesso di soggiorno lo rinnovano subito; se sono donne che hanno dei minori al seguito, la maggior parte delle volte tramite il decreto del tribunale dei minori si riesce a rinnovare il permesso di soggiorno, solo per due anni, però lo danno per assistenza ai minori. Quindi devi procurarti tutta la documentazione scolastica, che i minori sono inseriti a scuola, c'è tutto un iter dietro. Il problema è quando hai la donna sola, senza figli, senza lavoro, che diventa problematico poi, è un problema rinnovare il permesso di soggiorno.

E per quanto riguarda invece barriere linguistiche, culturali e strutturali?

All'interno della struttura?

Sì.

Allora, dipende, noi non abbiamo un mediatore culturale all'interno della struttura... quando facciamo gli incontri ufficiali, se abbiamo difficoltà linguistiche, chiediamo l'attivazione di un mediatore, a volte ce l'ha il servizio sociale, a volte ci appoggiamo alle cooperative presenti sul

territorio. Nella quotidianità ci affidiamo a Google Translate e andiamo avanti così, ci si arrangia un pochino. Però principalmente arrivano donne che comunque l'italiano in qualche modo lo parlano.

Ok. Invece per quanto riguarda la salute sessuale e riproduttiva, ci sono specifiche problematiche principali che avete riscontrato, che si ripetono?

No, problematiche no. Abbiamo avuto donne che hanno delle malattie infettive, però riguarda il loro passato. Il problema, a volte, è che queste donne vogliono che noi entriamo con loro nell'ambulatorio, ma perché si fidano di noi. Loro vedono il dottore magari come lo straniero, l'estraneo, e voglio che tu entri con me. Tante volte da parte dei medici invece, soprattutto post-Covid, dove tutti dobbiamo stare lontano da tutti, ci dicono “tu devi stare fuori”, però poi dopo il medico si trova in difficoltà, perché la donna magari non ti risponde, perché tutta la storia passata non riesce a spiegartela, per cui anche il medico poi non riesce a collegare. Per cui a volte la difficoltà è un pochino quella, capito?

E per quanto riguarda invece casi di violenza di genere, mi dicevi che molte donne si trovano in questa situazione, come sono presi in carico questi casi?

Noi siamo una casa, una struttura di seconda accoglienza, cioè non siamo una casa rifugio dove accogliamo nell'emergenza, per cui da noi arrivano donne che hanno già fatto magari un pezzetto in una struttura di prima accoglienza. Questo è un po' l'ultimo step, cioè qui dovrebbero semplicemente trovare la soluzione: casa, lavoro, uscita, autonomia. Nel 99% dei casi non è così, perché anche qui poi salta fuori tutto un vissuto, le difficoltà. Lavoriamo tanto con i centri antiviolenza, perché comunque i centri antiviolenza mettono a disposizione alle donne l'avvocato, sia civile sia penale, gratuitamente, mettono a disposizione il sostegno psicologico e le aiutano anche nella ricerca di casa e lavoro tante volte. Quindi ci appoggiamo a loro, ma perché comunque quando c'è una violenza di genere bisogna proprio passare dal centro antiviolenza che poi fa partire tutto. Oltre poi a lavorare insieme con la tutela minore, perché se ci sono dei minori devi attivare il sistema tutela minore e quindi è un po' il lavoro di rete.

Avete ricevuto formazione specifica sul tema della violenza di genere?

Sì abbiamo fatto tanta formazione sulla violenza di genere, sia per quanto riguarda la violenza di genere subita dalle donne, per cui tutto il pezzo della donna, quello che comporta, la parte giuridica, la parte sanitaria, la parte dei progetti, abbiamo fatto tanta formazione. Abbiamo fatto anche tanta formazione per quanto riguarda l'uomo maltrattante, perché poi c'è anche quel pezzo lì da tenere in considerazione. Noi non trattiamo direttamente gli uomini maltrattanti però indirettamente arriviamo a loro perché vengono a fare gli incontri con i bambini o comunque vengono interpellati per la spesa, per pagare il calcio del bambino, per cui volendo o non volendo

abbiamo a che fare anche con loro e quindi serve la delicatezza di capire fino a che punto ci si può spingere o no con loro, per cui anche questa formazione l'abbiamo fatta.

Ho capito. Ti occupi anche di accompagnare le donne a visite mediche?

Sì.

Come hai vissuto questi incontri per quanto riguarda la relazione tra medico e paziente, per quanto riguarda il modo in cui si pone il personale medico nei confronti delle donne immigrate, se mettono in atto delle pratiche inclusive, se si prestano all'ascolto?

Allora dipende da medico a medico, io ho trovato medici molto attenti... la sensazione è che a volte vedi che le trattano un po' come delle bambine, per cui rimandano a me il ruolo genitoriale di spiegare alla bambina quello che sta succedendo. Secondo me perché viene un pochino più facile, perché comunque nell'aver 10 minuti di tempo per fare la visita, se devo star qui anche a spiegare a te mezz'ora quello che sta succedendo non ne finiamo più, quindi secondo me c'è un po' il fatto che deve essere una cosa un po' veloce, dall'altra non so neanche come arrivare a te perché non mi capisci e dalla parte della donna c'è il discorso della fiducia. Io ho notato tanto che se glielo dico io, operatrice, di cui la signora si fida è un conto, se glielo dice il dottore ti guarda strano e dice di non capire... ma non è vero perché come te lo sto dicendo io te lo sta dicendo il medico... quindi c'è anche un po' il discorso della fiducia e dell'affidarsi. Mi è capitato di trovare i medici invece che si scocciano anche abbastanza da svelta nel senso “o capisci o capisci”, per cui ecco dipende un po', non mi sento di generalizzare il discorso perché va proprio da persona a persona.

Hai altri esempi concreti da raccontare?

Non so mi è capitato una volta subito post covid, forse un anno dopo il covid, avevo accompagnato una signora che parla pochissimo italiano... però noi ci capivamo, dopo un po' che era qua noi riuscivamo a capire quello che lei voleva dire. Per cui all'entrata dell'ambulatorio l'infermiera mi dice “tu non puoi entrare”, e io le dico “se io non entro voi non riuscite a fare la visita perché questa non spiaccia una parola”, questi mi dicono “no no lei se ne deve andare”, al che io sono rimasta lì e loro poi mi hanno chiamato dentro. Siamo ritornati dopo una settimana perché doveva fare dei controlli ravvicinati, stessa scena: “no no tu non puoi entrare”, insomma anche abbastanza scocciati al che io cos'ho fatto? Mi sono messa al bar. Ma scusa, se io sono qui non è che io voglio entrare per farmi gli affari della signora, sono qua perché stai lavorando te ma come sto lavorando io, cioè veniamoci incontro. Al momento loro non si rendono conto, ma poi capiscono che hanno bisogno di te. Anche un'altra donna malata di HIV che deve fare dei controlli, tu la accompagni, questa signora ha un quoziente intellettivo molto basso, per cui cioè sembra di avere a che fare con una bambina di 4 anni quasi... Tu la porti e questi ti dicono “la signora entra da sola a fare i controlli perché ormai devi essere in grado...” sì, ho capito, però non è che io vengo e mi diverto

a venire qua alle 6 del mattino a fare i controlli, se vengo è per aiutare la signora. Anche la nostra figura non è tanto riconosciuta nell'aiutarle...

Invece vi capitato di accompagnare alle visite donne in gravidanza?

No, perché abbiamo attualmente due mamme con due bambini piccolissimi che hanno appena partorito ma arrivano post gravidanza.

Allora come ultima domanda ti chiedo se hai qualcosa da aggiungere rispetto a quello che abbiamo già detto o qualche riflessione o suggerimento, qualcosa che secondo te si potrebbe migliorare nell'accesso e nella qualità dei servizi per le donne migranti.

Allora sicuramente da migliorare è il discorso della mediazione linguistica perché oltre all'ospedale X, dove comunque c'è una presenza del mediatore che poi se c'è ed è libero lo puoi utilizzare, perché comunque anche lì hanno un personale ridotto, però in altri ospedali molto più piccoli non ci sono, per cui ti devi proprio un po' arrangiare. Quindi se devi andare a fare, non so, la visita all'ospedale in montagna ti arrangi con Google e quello che capisci bene, quello che non capisci fa niente... per cui dovrebbe esserci almeno un mediatore per le lingue principali, l'arabo, il senegalese, il pakistano, l'indiano. E poi per quanto riguarda il discorso delle tessere sanitarie, quindi della possibilità di prenotare il visto o no, quello però riguarda tutto il mondo della questura e dei rinnovi del permesso di soggiorno.

Quindi intendi rendere più semplice questi processi di rinnovo?

Sì.

Ok va bene, grazie mille.

I7 - EDUCATRICE

Allora, per iniziare mi puoi parlare di qual è il tuo ruolo professionale, la tua funzione all'interno di questo servizio?

Faccio l'educatrice e mi occupo in particolar modo dei bambini. Lavoro al servizio sulle donne, però io ho un occhio particolare sui bambini, attraverso i quali poi vengono fuori anche le difficoltà delle donne, delle mamme, nel loro ruolo di mamma, ma anche come donna. Quindi organizzo, tipo oggi facciamo lo spazio giochi, due o tre volte a settimana, l'aiuto compiti e soprattutto l'intento è di farli stare insieme e condividere spazi, momenti, come facciamo anche con le donne. Un'altra mansione che ho è entrare negli appartamenti e sedermi al tavolo con loro, magari mi faccio invitare a cena, così, proprio per dar modo a loro di capire che si vive la loro difficoltà ma in famiglia, che noi siamo un po' allo stesso loro livello... condividere dei momenti, magari loro possono parlare delle loro fatiche, così come magari invece vivono il momento come

qualcosa di positivo, perché si sentono di fare qualcosa loro per noi e quindi è un rimando importante.

Ok. Quindi proprio per quanto riguarda l'esperienza con le donne, puoi parlarmi delle difficoltà che si incontrano nell'accesso ai servizi sociali e sanitari?

Allora, io spesso ho a che fare con loro anche per quanto riguarda l'aspetto sanitario, perché bisogna tenere monitorate varie cose, insomma sia per cultura e quant'altro. Poi spesso sono donne che arrivano qua con situazioni psicologiche importanti, per cui magari l'attacco di panico, la crisi d'ansia, che loro scambiano per un mal di pancia o un mal di testa forte. Quindi mi sono ritrovata varie volte a dover andare da una guardia medica la sera a tardi, piuttosto che in ospedale ad accompagnarle, o anche per cose più materiali. Oppure molto più spesso mi reco negli ospedali per i bambini, magari ci sono dei bimbi piccoli, neonati proprio, che hanno il picco della febbre, loro si spaventano perché non sono abituate a gestirli. Il servizio in ospedale che io trovo, devo dire, è buono, nonostante siano magari anche donne africane, comunque con altre culture, loro sono molto accoglienti. Abbiamo avuto il caso, ad esempio, di una donna che è stata in ospedale più di un mese: non aveva problemi di salute, ma non aveva ancora la possibilità di accedere a un servizio per via dei servizi sociali. Quando sono andata a prenderla, mi sono vista accolta dalla pediatra, dalla ginecologa, che l'ha seguita in modo molto accogliente, quindi mi sono trovata bene. Non ho avuto particolari problemi. Maggiori problemi ce li ho con i medici di base. Ecco, lì trovo un po' dei muri delle volte quando chiamiamo, anche perché è da dire che essendo donne che hanno queste fragilità, magari il medico di base lo recepisce anche, delle volte non sono cose così gravi. Però è pure vero che noi abbiamo l'obbligo quando una donna viene e ti dice che ha un mal di testa forte, non ha dormito, non si è sentita bene, di andare a scandagliare, cioè potrebbe essere nulla come potrebbe essere di più. E con il medico di base delle volte abbiamo dei limiti, nel senso che dobbiamo prenderli in un certo modo. Quando le accompagniamo magari per fare le visite, non sempre, ma delle volte capita che ti guardano come per dire “guarda che questa non ha nulla”, ti lanciano quegli sguardi che è una cosa esagerata e non sempre è così. Dopo, è vero che dopo Covid i medici di base sono oberati di pazienti al sovrannumero, però non sempre c'è un servizio disponibile. Quindi noi delle volte arriviamo a mandare mail chiedendo, come ho fatto ultimamente, “questa donna dichiara di avere questo, questo, questo e questo, potrebbe cortesemente farmi un'impegnativa per una visita specialistica?”, per evitare proprio il sovraffollamento perché effettivamente magari è un'allergia, ma magari è qualcosa di psicologico. Per quanto riguarda gli ospedali invece a me è capitato varie volte di accompagnare persone: ho trovato disponibilità, non ho avuto particolari problemi.

E in quanto educatrici entrate con facilità alle visite?

Sì, ma non sempre. Delle volte lo facciamo presente per questioni di privacy, ma perché magari le donne non hanno neanche questa scioltezza nell'esprimersi, quindi noi adesso siamo abituate, cerchiamo di tradurre. Però non specifichiamo sempre che siamo le educatrici che accompagnano, non è un'esigenza. Se ce lo chiedono, perché magari devi entrare in un reparto dove è richiesto, facciamo presente che sono domiciliate presso l'istituto, che siamo gli educatori di riferimento, ma non è una priorità.

Anche perché, almeno per quanto mi riguarda, l'ho vissuto con una ragazza che era qua, che doveva togliere le adenoidi, mi ricordo... quando abbiamo parlato con l'anestesista io ero presente, ma aveva un confronto con questa ragazza un po' esagerato, anche quando le ha chiesto se facesse uso di droghe, insomma lei è andata in panico. Lì io sono intervenuta dicendo “guardi che io sono un'educatrice”, ma per appianare la cosa. In seconda sede lei [la donna] mi ha sottolineato “perché ha dovuto dire che io vengo da un istituto?”, quindi delle volte bisogna ponderare in base alla persona. C'è la donna che, voglio dire, è orgogliosa di essere arrivata in un posto del genere, lo accoglie, qualcuno magari invece lo vive come un'etichetta, come dire “vengo da una comunità e magari mi giudicano”.

Però mi ricordo quella volta con l'anestesista, io le ho detto “mi scusi, è una ragazza giovane, è domiciliata presso un istituto, per favore moderi i termini”. Perché le faceva domande tipo “ma ti droghi?”, cioè così dirette, siccome lei è una ragazza madre, ha già un bambino, ma è giovanissima. “È rimasta incinta altre volte?”, “ha avuto rapporti recentemente?”, ma in un modo proprio come se fosse l'ultimo essere della Terra, e lei si stava agitando. Però è il caso sporadico... di altre cose non ho memoria. Generalmente sono accoglienti anche in pronto soccorso, mi è capitato di portarle ma la prassi è normale. Chiaramente se non è un'urgenza stai lì e aspetti come tutti, però devo dire che non mi viene da segnalare dei casi proprio di disservizio, più sui medici di base.

Ti è capitato di accompagnare donne in gravidanza o durante il parto?

Allora durante il parto no, gravidanze nemmeno, perché qui arrivano che hanno già bambini, mentre le donne in gravidanza sono accolte in un altro servizio.

Per quanto riguarda invece problematiche legate alla salute sessuale e riproduttiva, avete riscontrato qualche problema più frequente?

Parlo soprattutto delle donne africane che hanno una concezione diversa proprio del sesso, perché per loro è vissuto in maniera naturale, per cui quando arrivano qui per loro è un loro diritto avere una persona. Quindi il lavoro che facciamo è di super controllo, quindi visite ginecologiche e chiaramente proponiamo anche gli anticoncezionali. Sono loro stesse a richiederlo... quindi vengono fatti tutti gli esami di routine, passiamo attraverso i consultori, vengono visitate, gli prescrivono gli esami. C'è stato il caso di una donna, che è una ragazza giovanissima, è in un

appartamento qui e ha avuto un bambino da poco, ma il papà del bambino non è materialmente presente perché è in giro per lavoro. La settimana scorsa è arrivata qua con un filo di voce e mi ha detto “sono spaventata”, ma sta allattando per cui non aveva il ciclo. Io poi l'ho un po' presa con le buone, le ho detto “dimmi la verità, potrebbe essere che sei incinta?”, lei mi ha detto di sì, quindi l'abbiamo sottoposta a un test gravidanza, risultato negativo e quindi anche a lei abbiamo fatto tutto un discorso di tutela nei rapporti, è vero che ha questo ragazzo, però le mettiamo in guardia.

C'è un'altra donna che è qua ospite da vario tempo, una delle donne che ha avuto problemi di HIV, risultata positiva, è seguita dall'ospedale e ha fatto tutta la sua procedura, infatti risulta a posto adesso, continua le sue cure, ma lei non si era neanche accorta... è una donna africana che tra l'altro ha una lieve disabilità mentale, quindi non si è accorta neanche di essere incinta, lei è arrivata in ospedale che doveva partorire, non si è resa neanche conto che fosse incinta. Lei ha avuto questo problema, quindi la seguiamo, andiamo a prenderle i farmaci, continua le sue cure, è seguita con i suoi esami di routine, però pare che sia sparito addirittura. Per il resto è più un discorso legato all'anticoncezionale. Facciamo un lavoro di educazione, cioè spieghiamo... comunque non è così semplice, cerchiamo di far capire loro. C'è il caso qui di una donna che ha un bimbo autistico, è una donna africana, e mi rendo conto che lei non ha capito ancora cosa sia l'autismo, quindi lui lo portiamo in neuropsichiatria, sta facendo un percorso, ha fatto grandi miglioramenti perché è arrivato qua quasi come un selvaggio, lanciava oggetti e urlava. Lei non ha capito, lo accettano come dire “è così”, quindi anche su di lei facciamo un po' un lavoro cercando di coinvolgerla, facendole vedere i miglioramenti. Non è semplice... non è semplice perché già nelle famiglie normali, chiamiamole così, te lo dico per esperienza perché ho lavorato in casa di due medici, la madre è andata in tilt quando ha saputo dell'autismo del figlio. Fai fatica a capire, nel caso di questa donna, se ha accettato la situazione perché era assegnata, oppure se invece lei non ha compreso bene, che pensa che sia una cosa che prima o poi passerà, che non sia proprio una cosa a lungo termine. E non è facile affrontarlo questo discorso. Chiaramente non dipende tutto da noi, ha alle spalle i servizi sociali. Io dico per esperienza che andrebbe aiutata soprattutto la mamma nel percorso, oltre il bambino. Credo che si stiano dando da fare proprio per attivare un discorso anche su di lei. Noi abbiamo a che fare tanto con la neuropsichiatria infantile perché qui arrivano bambini che hanno vissuto violenza assistita, quindi traumi, cose varie. Saltano fuori delle fatiche importanti che magari in apparenza non vedi.

Ho capito. E reperire anticoncezionali, ricette per anticoncezionali è facile?

Sì, lo facciamo attraverso i consultori, X che funziona benissimo, la ginecologia, le dottoresse sono disponibili.

E invece vi è mai capitato di accompagnare qualcuna nel percorso di interruzione volontaria di gravidanza?

È capitato qua per una donna, l'ha richiesto lei per una situazione sua particolare, e lì non è tanto facile perché magari hanno altri bambini, si è trovata in un momento difficile. Chiaramente la scelta è loro, non puoi imporre niente... in quel periodo non l'ha vissuta benissimo, anche se ufficialmente solo una di noi lo sapeva perché lei ha chiesto che non si sapesse neanche tra gli educatori, pur sapendo che noi siamo tutte collegate sui servizi. Lo dichiariamo alle donne, quello che sa una deve saperlo l'altro per avere una continuità su di loro. Lei ha fatto questa richiesta, chiaramente da parte nostra non è stata rispettata ma è rimasta tra di noi, perché poi c'è stato il periodo in cui subito dopo questa scelta che ha avuto un periodo un po' difficile, quindi senza mai fare riferimento alla scelta fatta e abbiamo cercato di aiutarla psicologicamente, cercando di distrarla nella ricerca lavoro e in tante altre cose. Che io sappia da quando sono qua c'è stato quel caso lì, poi che lo facciano fuori da qui a nostra insaputa io non credo, però non è che qui sono chiuse dentro. Cioè sono protette dagli incontri degli ex compagni che a volte vengono qui per vedere i bambini in situazioni di protezione, però loro escono tutti i giorni.

In quel caso l'accesso all'interruzione è stato...

Attraverso l'ospedale è tutto regolare, l'abbiamo accompagnata, l'educatrice che sapeva, a cui lei ha riferito l'ha accompagnata tranquillamente, cioè è avvenuto tutto in maniera diciamo ordinaria, regolare attraverso...

Non ci sono state particolari difficoltà?

No, è tornata subito in istituto, è stata qualche giorno a casa dicendo che non stava bene, però è andato tutto bene.

Invece per quanto riguarda casi di violenza di genere, ospitate molte donne da quello che ho capito che escono da situazioni di violenza.

Sì, a parte qualcuna che arriva qua per altri motivi, ma si contano sulla punta delle dita. Forse abbiamo una ragazza che ha avuto una forte depressione, tendenza a togliersi la vita. È arrivata qua per una sua situazione difficile, è rimasta senza casa e tuttora è qua. Tutte le altre donne... beh qualcuna un po' meno, tipo questa donna che ha una piccola disabilità perché alla fine non aveva dove andava, è stata segnalata perché ha avuto il suo bambino, non sapeva neanche, tuttora non riesce a provargli la febbre. Però sì, quasi tutte le donne.

E lavorate in rete con altri servizi?

Sì, sì, sicuramente. Con i centri anti-violenza, poi abbiamo i servizi sociali, tutti arrivano qua proprio tramite loro segnalazioni.

Per quanto riguarda la relazione medico-paziente, come reputi la relazione, per quello che hai visto, con il personale medico?

Ripeto, negli ospedali sarà perché è legato quasi sempre ai bambini o a queste donne, mi sono trovata sempre bene, cioè l'ho trovato molto accogliente, nonostante siano bambini, insomma, non italiani, c'è da dire anche questo. Invece, secondo me, abbiamo fatto un passo avanti sull'inclusione, perché prima sentivi dire, “vengono qua, fanno i figli” eccetera. Nel rapporto col medico di base, come ho detto prima, delle volte dobbiamo prenderli con le buone e quindi chiamare noi a dire, “guardi, scusi, magari la guardi un attimo, soffre un po' di crisi d'ansia”, dobbiamo indorare un po' la pillola. Ma capisco la situazione, anche perché lo dichiarano, “io ho 300 pazienti”, e per carità, è una realtà, però noi siamo tenuti, non possiamo proprio prenderci la responsabilità di una donna che viene a dirmi, “stanotte sono stata piegata in due dal mal di stomaco”, non puoi dirle “bevi un po' di acqua”, dobbiamo comunque farla controllare. Poi alcune di loro hanno anche un passato di tossicodipendenza e quindi ci è capitato con una donna che ho chiamato la guardia medica dicendo i sintomi e ho dovuto specificare, ho chiesto a lei il consenso, perché aveva un forte dolore al petto. Sappiamo che le sostanze stupefacenti possono comunque indebolire gli arti, anche il cuore, quindi è vero che poi non era nulla di così grave, però lei accusava questo dolore al petto, quindi ho chiamato la guardia medica e ho trovato una ragazza giovanissima, è stata bravissima, perché io ho detto a lei la verità, mi ha detto “me la porti qui, proviamo a vedere”. Aveva sbandamenti, non stava in piedi. È arrivata lì, l'ha visitata, l'ha tranquillizzata, ci ha rimandato a casa, si era calmata però dicendomi “se ancora dovesse avere qualsiasi altri sintomi, visto che ha un passato del genere, la porti immediatamente al pronto soccorso”... quindi c'è stata massima accoglienza. Magari sono casi, non sempre trovi queste situazioni. Con il medico di base fai un po' più fatica, soprattutto le donne, i medici maschi un po' di meno. Dopo è vero, un po' i medici qua della zona conoscono l'istituto, quindi sanno cosa arriva qua, per cui magari sono anche abituati all'idea. Anche perché io riscontro che soprattutto gli africani amano farsi curare, amano i farmaci, per ogni stupidaggine. Ho fatto la volontaria in una comunità dove sono arrivati i primi sbarchi di africani, loro guardavano solo di arrivare in ospedale, mi viene da pensare che per loro forse è motivo di sentirsi all'altezza, non so, degli europei, perché nel loro paese non succede, e quindi per ogni stupidata... anche lì avevi l'obbligo di portarli, è chiaro che i medici poi a vista d'occhio magari capivano che erano sintomi non così gravi e si spazientivano. Per esempio, ho portato una delle donne che viene dalla Sierra Leone, che ha un dolore alla spalla. Tra l'altro lei sostiene che tanti anni fa, una specie di stregone o qualcosa, come si curano loro, gli ha fatto un taglio perché aveva questo dolore, cercando di metterle a posto qualcosa, probabilmente, non so cosa le ha fatto, lei continua ad avere questo dolore. Quindi su indicazioni, chiaramente noi passiamo attraverso sempre il coordinatore, decidiamo di farla vedere, perché ha anche una cicatrice sulla spalla. L'ho portata dalla dottoressa e le faceva alzare la spalla... lei comunque è una donna forte che reagisce perché la realtà è che

loro vedono e vivono cose talmente importanti che noi non ci immaginiamo, per cui il dolore della spalla lo sopportano anche, e lei da dietro, cioè io ero dietro la paziente, la dottoressa mi faceva i segnali per dire “lo vedi che la alza, è tutta una balla”. Al che sono dovuta intervenire e dire “non è una donna ricoverata per motivi psichiatrici”, le ho detto “lamenta un dolore perché un dolore ce l’ha”. Allora ha cambiato atteggiamento.

Quinci c’è un po’ di difficoltà, anche quando chiamiamo dobbiamo un po’ insistere. Però poi lo fanno, non è un muro insormontabile. All’inizio c’è un po’ di difficoltà, a meno che non sia una cosa serissima, però vai a capire se è seria o non seria, quindi non ci possiamo prendere la responsabilità e se ce lo chiedono dobbiamo portarle.

Per concludere, ci sono dei suggerimenti o riflessioni che vuoi aggiungere per quanto riguarda un possibile miglioramento nell’accesso e nella qualità dei servizi per le donne immigrate?

Siccome io sono una tollerante di nascita, sento una profonda partecipazione anche con questi medici, perché comunque di queste situazioni ne sono arrivare a bizzeffe, quindi mi metterei dalla parte loro e chiederei un maggior numero di medici. Sono convinta che ci sono tanti giovani laureati che farebbero volentieri questo lavoro. Mi piacerebbe un’integrazione, non vorrei più sentire dire da un medico che ha 400 pazienti. Oppure, nell’ambiente ospedaliero per quanto riguarda la carenza del personale... mi piacerebbe si potesse potenziare, che ci fosse più disponibilità di medici, che probabilmente sono in difficoltà. Poi qualcuno è proprio razzista, quello che pensa che non è giusto che siano qui, che dice che stanno bene, se la passano bene, sono pretenziosi. Su certe cose hanno ragione, perché se tu concedi troppo si approfittano. Però è una realtà e bisogna affrontarla. Vorrei aiutare anche i medici, ad avere meno pazienti e ad avere più tempo... perché anche se fosse solo una cosa psicologica... noi, per esempio, abbiamo qui una donna che da un malore abbiamo capito che ha disturbi alimentari importanti. Quando trovo il muro del medico, dico, anche se fosse, è un disturbo importante, quindi facciamoglieli fare gli esami. Mi piacerebbe che anche il medico comprendesse, come facciamo noi, che non è il disturbo che la paziente dichiara ma sicuramente c’è qualcosa di più. Non hanno il tempo, hanno troppo lavoro. Poi ci sono tanti altri problemi seri, ma una mamma sola con dei bambini che soffre di bulimia è una cosa seria anche quella, da non sottovalutare, perché poi si riflette sui bambini. Quindi maggiore collaborazione, sapendo che anche loro hanno più tempo a disposizione. Poi non esistono più le visite a domicilio. Quando sono qua le accompagniamo noi, ma quando escono da qua non hanno i mezzi, hanno i bambini, vivono nelle case popolari, anche lì servirebbe un occhio di riguardo, servirebbero medici preposti alle uscite, perché è un problema anche quello.

Va bene, grazie mille.

I8 - EDUCATRICE

Per iniziare, mi puoi parlare di quale è il tuo ruolo professionale qui all'interno del servizio?

Allora, io sono educatrice. Ho fatto praticamente per dieci anni l'educatrice nella comunità minore qui sotto, e da tre anni e mezzo sono educatrice con le donne nel servizio X, per le donne in semi autonomia.

Ok. E per quanto riguarda l'esperienza della presa in carico di donne immigrate, hai notato delle principali difficoltà nell'accesso ai servizi sociali e sanitari?

Problemi in che senso?

Problemi nell'essere prese in cura, in carico.

Allora, la maggior parte delle donne che arrivano da noi vengono prese in carico dai servizi sociali su varie segnalazioni che possono arrivare, non so, dagli ospedali nel caso la donna sia arrivata in Italia con il marito, il marito maltrattante, quindi se arriva in ospedale picchiata, quindi parte tutto l'iter della segnalazione sulla violenza. Segnalazioni magari dei vicini di casa, che magari sentono litigare, sentono urlare, o segnalazioni dalle scuole dove vanno i bambini di, non so, noncuranza, bambini sporchi, un po' trasandati. E quindi in base alla segnalazione che viene fatta, la donna poi viene presa in carico. Se c'è una segnalazione viene presa in carico in maniera tranquilla, cioè nel senso non ci sono grossi problemi. Ci sono tante situazioni di donne che però non arrivando la segnalazione e quindi non succedendo qualcosa di eclatante, per cui il caso di questa donna viene messo poi alla luce, rimangono nell'ombra. Quindi se ci sono delle autorità dietro che segnalano, come può essere un ospedale, può essere una scuola, può essere una forza dell'ordine che ha assistito su segnalazione del vicino che è intervenuto, la donna viene segnalata e viene presa in carico. Perché poi viene messo di mezzo il tribunale per i minorenni e tutto quanto.

Ho capito. Per quanto riguarda la salute sessuale e riproduttiva, ci sono principali problematiche più ricorrenti legate a metodi contraccettivi, malattie sessualmente trasmesse, o non so se hai seguito donne in gravidanza durante il parto o anche interruzioni volontarie di gravidanza?

Allora, ad esempio ultimamente sono arrivate due donne, tutte e due africane... la loro situazione è stata segnalata perché entrambe sono arrivate al pronto soccorso con dei malesseri e da lì è risultato che fossero incinta, ma nessuna delle due sapeva di essere incinta.

Erano donne che non avevano una fissa dimora, quindi abitavano un po' qua, un po' là, da amici, amiche, un presunto compagno che però magari abitava contemporaneamente con altri connazionali, quindi situazioni non stabili. Nel momento in cui sono arrivate poi in ospedale è venuta a galla la gravidanza. Poi ovviamente l'obiettivo principale è la tutela del minore che sta per nascere e quindi la donna che non ha appunto residenza, che non sa bene spiegare che vita

faccia, viene presa in carico dal servizio sociale dell'ospedale, perché in ogni ospedale c'è un servizio sociale adesso, un assistente sociale. Queste due donne, per esempio, sono rimaste fino al momento del parto in strutture simili alla nostra. Noi facciamo un bel lavoro su queste donne, sia quelle che arrivano in questa situazione, come anche la classica moglie che viene allontanata dal marito maltrattante che arriva qui con i figli... comunque viene fatta tutta una serie di controlli, cioè a livello proprio di visite ginecologiche, pap test, perché sono cose che loro non hanno neanche mai fatto, non hanno mai visto, cioè per loro sono cose, almeno soprattutto per le africane, per cui cadono un po' dalle nuvole. E ovviamente sono donne che hanno una vita sessuale attiva, al di là di quello che hanno vissuto, al di là dei loro traumi. Quindi, per esempio, per tre o quattro donne che sono qui quest'estate abbiamo provveduto a mettere il contraccettivo sottopelle, sottocutaneo, la spirale o piuttosto che la pillola. Però bisogna fare con loro proprio tutta un'educazione sessuale, perché queste sono donne, magari mamme anche di tre figli, che però non hanno ancora capito che se tu allatti è normale che non ti viene il ciclo. Cioè sono proprio ingenuie su tantissime cose, anche sulle malattie sessualmente trasmissibili, cioè una voleva fare il... è arrivato un giorno tutta spaventata perché sua sorella aveva il papilloma virus e lei pensava che siccome lei aveva fatto il vaccino quel giorno lì, ma un vaccino normale di una malattia... non mi ricordo se era il tetano o qualcosa, lei era convinta che quel vaccino lì servisse per debellare questo papilloma virus, ma non aveva capito niente, era tutto un giro di... cioè sono donne che proprio non sanno, sono un po' ignoranti in materia e quindi va fatto tutto un percorso, cioè proprio gli va spiegato. Nel senso, se hai una vita sessuale attiva, ti devi proteggere. Non solo da eventuali gravidanze, ma anche proprio da avere tutta una serie di malattie che loro non sanno manco che esistono. Fanno fatica, perché per cultura loro è una cosa quasi inaccettabile il fatto che una prende qualcosa per non rimanere incinta, però poi alla fine si convincono e lo fanno.

Ok, e quindi anche per quanto riguarda casi di violenza di genere...

Sì, la maggior parte delle donne che abbiamo qui sono donne maltrattate, donne allontanate dai mariti... casi di violenza subita e assistita. Loro arrivano, una volta che viene fatta questa segnalazione, non vengono direttamente da noi perché non siamo un pronto intervento, che accolgono invece nell'emergenza e dove rimangono 1-2 mesi. Poi arrivano da noi e si costruisce tutto un progetto intorno, che ovviamente consiste in una fase iniziale di conoscenza reciproca, farle decomprimere da tutto quello che hanno vissuto, le mamme ma soprattutto i bambini, quindi non fare pressione, non avere pretese. Quindi solo osservazione e conoscenza, fatta anche solo di un caffè bevuto insieme, presa in cura dei bambini. Una volta superata la fase un po' critica dell'ambientamento, poi si costruisce il progetto. Si parte dal chiedere "allora sei convinta di volerti separare da tuo marito?", perché tante volte fanno tutto un percorso per poi volersi rimettere insieme con il carnefice. Però la maggior parte delle donne non è così. Quindi si

comincia ad avviare tutta la questione del tribunale per i minorenni, tribunale ordinario per le separazioni, mantenimenti, tutte le cose dell'assegno unico, quello che ti deve, non ti deve, gli incontri protetti col papà, se il papà li può ancora vedere i figli o decadenza della potestà genitoriale. E poi tutta la fase di ricerca di un lavoro, quindi iscrizione al centro per l'impiego, corso d'italiano prima se non parlano niente l'italiano, ambientamento scuola dei bambini che è una cosa fondamentale, quindi iscrizione o all'infanzia o alla primaria o alla secondaria e poi la ricerca di una casa, generalmente attraverso i bandi delle case popolari... perché queste donne straniere generalmente che hanno tutte 2-3 figli, bene o male la vincono, arrivano sempre in graduatorie piuttosto alte. Quindi il progetto, se tutto va bene, dura due o tre annetti e loro escono con una loro casa e un loro lavoro, ovviamente più tutti i bonus che lo Stato dà a queste donne, che tante volte sembrano soldi regalati però in effetti su una donna straniera che va a vivere da sola e ha tre figli, cioè non può neanche fare un lavoro di otto ore al giorno perché se ha tre figli piccoli. Anche l'uscita non è “oggi ci sei, domani non ci sei”, per un periodo magari c'è ancora un accompagnamento anche solo educativo, anche solo che veniamo a bere il caffè, “come ti senti, come non ti senti”, devi fare una pratica magari non l'hai capita bene, devi dire che la facciamo insieme, ecco non c'è un distacco proprio netto, c'è sempre un po' un continuare a esserci.

Ho capito, invece tornando all'accompagnamento nei servizi sanitari, cosa puoi raccontarmi della relazione tra personale medico e pazienti donne?

I medici sono sempre un po' prevenuti, nel senso che quando vedono queste donne che non parlano italiano un po' le trattano come delle bambinotte un po' ingenuie, un po' stupide. Però poi, quando poi si presenta un po' la situazione e tutto quanto, poi no, di problemi non ce ne sono.

Ok, e i servizi di mediazione culturale?

Quelli sono fondamentali, perché quando arrivano donne che non parlano una parola d'italiano, anche solo ricostruire la loro storia per capire cosa hanno vissuto, come stanno, quello di cui hanno bisogno se non c'è il mediatore è impossibile, perché il traduttore di Google è allucinante, sì, ti traduce il bisogno del momento. Magari tu sei a casa e ti scrive “ho bisogno di questo”, ok, però se poi devi instaurare un rapporto con la donna... è capitato con una di queste due neomammine, che sono arrivate da poco, che abbiamo dovuto proprio insieme a un mediatore ricostruire tutta la sua storia, da quando era in Costa d'Avorio, perché ha deciso di venire qui, cosa l'ha spinto, com'è stato il viaggio, di chi è il bambino, perché poi era arrivata qua in Italia da pochissimo ed era incinta, quindi capire un attimo. Era necessario avere qualcuno che traducesse. Adesso il bambino ha un anno, quindi comunque l'ha imparato un po' l'italiano e si riesce a spiegare, però appena arrivata qui era impossibile comunicare con lei, i mediatori sono fondamentali. Anche quando le donne iniziano un percorso psicologico, la maggior parte delle donne le invitiamo ad andare al consultorio, le accompagniamo al consultorio per iniziare un

percorso, e è capitato che anche lì la psicologa fosse appoggiata poi a un mediatore perché altrimenti è difficilissimo.

Durante le visite mediche a cui hai potuto assistere con queste donne, vengono adottate pratiche inclusive, si lascia il tempo di parlare, di raccontare alle donne...

No, no, no, è una classica visita medica, anzi tante volte ti dicono “ma tu stai qua perché? Non è adulta?”. Sì, è adulta, però non si spiega bene e quindi abbiamo bisogno comunque di fare il pezzettino noi. Dopo tu alzi un po' la voce e fai capire che non sono sceme ma sono semplicemente straniere, quindi non capiscono l'italiano.

Per concludere ti chiedo se ci sono pensieri, suggerimenti di cui non abbiamo ancora parlato riguardo un possibile miglioramento nell'accesso o la qualità dei servizi sociosanitari per donne immigrate?

Secondo me i servizi sociali i servizi sanitari pretendono un po' tanto da queste donne, nel senso che anche quando loro vengono prese in carico e vengono poi portate in strutture come la nostra spesso dopo due mesi che sono qui e si fa l'incontro classico con l'assistente sociale, loro ti chiedono “allora cosa hai concluso? hai trovato lavoro?”, sì, aspetta. Non abbiamo a che fare con delle persone tra virgolette normali, sono persone che hanno un vissuto tragico perché se tu ascolti quello che loro ti raccontano, anche solo il racconto della traversata del viaggio che hanno fatto, di quello che hanno visto, delle violenze che hanno subito, perché poi si tratta di violenze sessuali, violenze fisiche, morti davanti a loro. Perché magari queste donne poi arrivano e chiedono per esempio i vestiti per il bambino, che noi gli forniamo ma magari gli manca qualcosa, allora loro chiedono e l'assistente dice “vabbè ma non paghi tu?”. Magari qualche lavoretto noi glielo troviamo qua all'interno del servizio come pulizie, però è anche vero che sono lavoretti minimi. Quindi a volte hanno delle pretese che sono un po' elevate, perché non hanno a che fare con la quotidianità e con il vissuto di queste donne, loro dicono ‘sei stata presa in carico, sei lì da tre mesi’, che magari per loro sono tanti, però per noi siamo all'inizio, cioè in tre mesi ho avuto modo solo di cominciare a vederti... quindi hanno un po' queste pretese, perché comunque l'inserimento di queste donne in strutture come la nostra ai servizi costa quindi meno ci stanno meglio, che è brutto da dire. Poi ci sono servizi con cui lavoriamo benissimo che sono molto umani, molto tolleranti, altri servizi che invece ‘prima le mandiamo fuori meglio è’, ma capisco perché poi sono anche logiche del comune che ci sta dietro.

Va bene, grazie mille.

19 - DIRETTORE DI STRUTTURA DI ACCOGLIENZA PER DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA E MSNA

Allora, per iniziare ti chiedo se mi puoi parlare del suo ruolo professionale all'interno del servizio.

Allora, io sono il direttore responsabile di questa struttura, quindi sia della struttura che si occupa dei minori che quella che si occupa delle donne con bambini.

Ok, e per quanto riguarda l'esperienza diretta che hai con le donne immigrate?

Allora, diciamo che l'esperienza diretta è divisa in due sezioni. Una, quella che non riguarda direttamente le donne, ma che riguarda il rapporto che ho io con i servizi sociali, quindi tutti gli aspetti amministrativi, legali, giuridici, che discute generalmente il responsabile con i servizi sociali o col tribunale o con gli enti preposti. C'è poi un rapporto diretto con le donne solo quando ci sono delle situazioni molto particolari, cioè situazioni critiche, difficoltà, situazioni bloccate in cui c'è bisogno di un intervento. Se no generalmente vanno avanti i servizi educativi per conto loro.

E quindi per esempio queste problematiche di cui parli quali sono?

Diciamo che quelle problematiche che mi pongono maggiormente sono due. Una è quella legata ai tribunali e agli aspetti giuridici, perché sono aspetti un po' complessi per gli educatori, quindi magari riesco a dare un orientamento sia agli educatori che alle donne. Mentre, per quanto riguarda invece la mia formazione, perché io vengo da una formazione medica, magari alcune questioni più sanitarie o più mediche.

Ho capito. Per quanto riguarda l'accesso delle donne immigranti ai servizi sanitari e sociali, le principali difficoltà d'accesso di che natura sono?

Servizi sociali e sanitari sono due cose un po' diverse, viaggiano su due binari, in Italia in particolare binari quasi completamente diversi. Per le donne immigrate, diciamo che di servizi sanitari particolarissimi non ce ne sono, cioè direttamente dedicati alle donne straniere, non esistono. Cioè i servizi sono dedicati a qualsiasi donna acceda a un servizio sanitario. Potrebbe esserci il tema della violenza... allora se c'è il tema della violenza associato, ma questo vale anche per le donne italiane, allora si ha un percorso sanitario dedicato, per cui esistono dei servizi soprattutto di sostegno psicologico dedicati alle donne vittime di violenza, che siano straniere o italiane, non importa. Mentre le difficoltà d'accesso sono le difficoltà che trova qualsiasi cittadino o non cittadino rispetto ai servizi sanitari. Devo dire la verità che sugli stranieri che sono in situazione di fragilità, grossi problemi di accesso ai servizi sanitari non ce ne sono. Paradossalmente ci sarebbero più problemi per quegli stranieri che sono qua in Italia con dei permessi di soggiorno particolari, tipo permesso di soggiorno per motivi di studio, perché il

sistema sanitario lombardo, ma anche nazionale, richiede un'assicurazione privata, quindi te la dovresti pagare. A volte ci è capitato di ospitare delle donne straniere in queste condizioni che frequentano l'università, che si devono pagare quasi 300 euro all'anno di assistenza medica, che per una ragazza che studia non è proprio semplicissimo da affrontare. Su difficoltà con i servizi sociali, che invece è l'altro tema, le difficoltà maggiori ce le hanno le donne che non hanno figli. Perché il sistema di protezione così come è costruito dalla legge tutela moltissimo la donna se ha dei figli, soprattutto minorenni. Se è una donna sola è un bel problema... bisogna vedere in che stato è, se è un rifugiato politico, non è un rifugiato politico, se ha un asilo, se ha problemi di protezione internazionale. Se no, la donna straniera sola, senza figli, è un po' lasciata da sola, è lasciata un po' in balia di sé stessa, questo è un vulnus del sistema, cioè si tutela la donna solo se ha dei figli. La donna sola... ma questo vale anche per le donne italiane paradossalmente, le donne italiane sole, è strano ma vero, i comuni non hanno un obbligo, per cui dicono tu sei un adulto, ti devi arrangiare. Se hai un bambino c'è un obbligo di protezione, anche a fronte di uno sfratto, il comune deve intervenire perché c'è un minore.

Ho capito. Invece per quanto riguarda le donne vittime di violenza di genere che poi accogliete qui, come funziona questa accoglienza?

Noi siamo una casa rifugio di secondo livello. La regione Lombardia ha istituito le case rifugio dividendo la pronta accoglienza o l'emergenza, che è un periodo molto breve, di solito un mese e mezzo, al massimo due mesi. Poi c'è la prima accoglienza con barra comunità che può durare anche un anno di tempo, e poi ci sono i servizi di secondo livello, vale a dire gli appartamenti di semi-autonomia come il nostro. Per cui le donne accolte sono donne che hanno già fatto un percorso o in casa rifugio di emergenza o in primo livello, e quindi vengono già con un passaggio fatto. E comunque accedono a questi servizi di appartamento di secondo livello se hanno delle autonomie, perché il tema è l'autonomia, almeno delle autonomie minime... di voglia e di capacità di venire fuori un po', sennò bisogna tenerle un po' di più in comunità.

Ho capito. Avete riscontrato magari impreparazione o mancanza di formazione sul tema della violenza da parte di altri servizi, per esempio un servizio sanitario a cui è accompagnata la donna...

Questo è un classico. Il tema della violenza di genere è un tema un po' delicato, perché se tu sei formato, e questo vale anche per le forze dell'ordine, cioè se tu hai la fortuna di trovare il poliziotto, il carabiniere che è formato, ti va di lusso, fai la tua denuncia con la donna e trovi accoglienza. Però se sei in una piccola caserma di paese o dove l'operatore magari non ha mai neanche sentito parlare di violenza di genere, il tema è delicato. Ci è capitato anche di andare nei servizi di ginecologia ad accompagnare le donne, magari far presente questa cosa e trovare ginecologi che hanno di quelle uscite che non si sa da dove vengono fuori. Se uno ha un minimo

di informazione, riesce a dare delle risposte adeguate, sennò a volte fanno delle uscite micidiali. O trovi la persona che è sensibile di suo, quindi vuol dire che è umanamente sensibile, è sensibile con lei, come con chiunque altra donna che acceda al suo servizio, immagino. Oppure trovi quella persona che a volte fa delle uscite che sono davvero un po'... Hai appena detto che ha vissuto una violenza di genere e la ginecologa ti dice “quanto tempo è che lei non ha rapporti con suo marito?”. Anche domande veramente buttate lì un po' così che uno dice, “forse non hai capito bene dove siamo”.

Vi appoggiate a un servizio di mediazione linguistico-culturale?

Sì, ci appoggiamo. E anche questo è un po' un vulnus, nel senso che i centri antiviolenza hanno dei servizi di mediazione che possono essere attivati. Però cosa succede? Che quando è finita la fase emergenziale, cioè la fase dell'inizio dei primi giorni, anche un po' la fase di comunità, per loro la donna è uscita dalla fase d'emergenza. Quindi attivare un servizio di mediazione per loro è un po' inutile. Però è anche vero che a volte arrivano delle donne che non sono alfabetizzate, quindi non hanno neanche mai studiato, magari il marito non gli permetteva di andare a scuola, dopo un anno cosa vuoi che parlino? Allora noi attiviamo attraverso la cooperativa X, che ha una serie di mediatori suoi, attiviamo questo servizio e lo paghiamo noi, perché ci sembra essenziale aiutare le donne a capire bene che cosa vogliamo fare, che cosa diciamo, dove vogliamo andare.

Ho capito. E rispetto invece alla relazione tra il personale medico e le pazienti che accompagnate?

La relazione è quello che ti dicevo prima, cioè dipende molto da chi trovi davanti. Chi ha fatto l'università di medicina non è avvezzo, cioè non ha degli esami o comunque una formazione orientata all'accoglienza del paziente, alla relazione. Esami, per esempio, di psicologia fino a pochi anni fa non erano neanche contemplati nel panorama... non parliamo di pedagogia, che non esiste proprio. Adesso si è inserita un po' di psicologia medica, però non aiuta esattamente il professionista nella relazione. Il medico invece deve avere un rapporto di relazione col suo paziente, quindi se bypassa la relazione è un bel guaio, perché la relazione mi permette anche di costruire quella fiducia, quell'alleanza terapeutica, che non vale solo per lo psicologo, vale anche per il medico. Perché un conto è che il medico aiuti il paziente a trovare quell'alleanza che permette al paziente di aderire alla terapia. E un conto è buttargli una roba, “devi assumere tre pastiglie”, e non lo so se poi lui ha capito bene che cosa significa assumere quelle pastiglie, che cosa vuol dire, che cosa fanno al suo fisico. È un tema più trasversale, non riguarda solo le donne, non riguarda gli stranieri, riguarda proprio il rapporto medico-paziente, che è un rapporto molto delicato e troppo poco affrontato... c'è qualche categoria di medici che lo fa, ma sono molto rari. In università, per esempio, questa cosa non è proprio affrontata.

Il problema l'abbiamo anche con i minori stranieri non accompagnati, è difficile per loro, è proprio... per i medici è un altro mondo. Cioè ti fanno delle domande che dici, “ma ascolti?”, questo sta arrivando dall'Africa, lei mi chiede delle robe che veramente... non siamo nel mondo occidentale. Non ne parliamo poi di pazienti che hanno problematiche di tipo psichico, perché i nostri test psicologici sono tutti tarati su popolazione occidentale, per cui in realtà è anche molto difficile, per esempio una WISC o una WAIS non è somministrabile a una persona straniera. Per cui anche alcune interpretazioni, alcune analogie sfuggono a un africano, per esempio, che non ragiona come ragiona l'occidentale.

Mi puoi fare degli esempi?

Per esempio, l'occidentale ragiona per concetti, noi diciamo un concetto e l'occidentale capisce, che ne so, “l'uomo deve...”, anche il concetto di ‘uomo’, uomo in generale, ma non di uomo concreto, è una roba che non esiste in Africa. L'Africa viaggia per concretezze, per cui ha bisogno di immagini... peccato che i nostri test non sono costruiti così, di racconti, di cose concrete, invece noi occidentali viaggiamo sugli universali e per loro diventa un po' destabilizzante. Quindi a volte ti viene fuori un cognitivo basso, ma non perché quello ha un cognitivo basso, ma perché non ragiona come ragioni te, ragioni in maniera proprio diversa. **Ho capito.** Questo anche con le donne, non è un problema di uomo-donna, è un problema proprio di cultura, cioè la cultura africana è una cultura di immagini, di concretezza, anche nel dire le frasi, i proverbi, si parla di cose concrete, non riescono a viaggiare su un sistema analogico, come invece è il nostro, quello degli universali, dei concetti, delle generalizzazioni, per loro sono stranissime queste cose qui.

E proprio su queste differenze culturali, a livello di salute-malattia e medicina, ha notato altre...

Eh beh, questo è un tema, un bel tema... a parte che, ribadisco, vale anche per gli italiani, perché poi i medici hanno il difetto di dare per scontato che la loro conoscenza sia diffusa all'universo intero, per cui parlano di cose mediche come se parlassero di robe che sanno tutti. Invece c'è bisogno che il linguaggio si adegui un pochino alla persona che hai davanti, con esempi concreti, con robe molto pratiche. Il problema è che i medici non hanno tempo, sono oberati dal fatto che loro devono visitare in dieci minuti/un quarto d'ora, per esempio negli ospedali le visite funzionano a quarti d'ora, è evidente che in un quarto d'ora, o in mezz'ora per le patologie più gravi, non puoi fare grandi cose. Non c'è proprio il tempo, non è solo un problema del medico... perché ora che tu capisci, leggi i referti, scrivi il referto, perché poi deve essere tutto scritto digitale nel sistema, forse lo visiti, che non è scontato... io non so come fanno ogni quarto d'ora a vedere un paziente.

Però penso che se non si va a fondo, rimanendo in superficie, si perda tanto.

Assolutamente, si perde tanto, perché non ascoltano neanche il paziente.

Io ho visitato una ragazza due giorni fa, mi hanno chiesto una consulenza psichiatrica, e i medici hanno pensato a tutto tranne una cosa banalissima, che lei erano due settimane che non beveva, beveva pochissimo, aveva deciso che l'acqua non doveva essere assunta. I medici si sono orientati su tutto, tranne il fatto che non l'hanno ascoltata, non le hanno parlato, “è cambiato qualcosa rispetto a cosa succedeva prima, perché sei stata male in questi giorni, è successo qualche cosa?”, lei a un certo punto salta fuori e dice “no, no, non è successo niente, tranne il fatto che non sto bevendo tanto, perché secondo me l'acqua adesso fa male”. Allora si capisce perché hai dei valori che sono sballati, perché hai le benzodiazepine che si sono ritenute nel sangue, non sono smaltite, e si capiscono tante cose. Però se nessuno le parla, che cosa capiamo? I medici viaggiano sugli esami, cioè nessuno le ha parlato, guardavano gli esami, ma nessuno ha parlato con la paziente, questo è il problema.

Per concludere, ci sono suggerimenti o idee su possibili miglioramenti di accesso della qualità dei servizi per le donne immigrate?

I servizi devono imparare a prepararsi di più, a dare più tempo anche alle donne, potere alle donne, ma in generale a tutti gli utenti, perché il fatto di dare tempo, dare spazio e dare professionalità secondo me sono un elemento fondamentale. Non possiamo pensare di trattare le persone come dei casi da risolvere nel giro di poco tempo. Sono situazioni delicate che richiedono il loro tempo... dobbiamo dare il tempo, l'energia, avere anche l'umiltà di poter dire, che è una cosa che per esempio noi medici facciamo un pochino fatica, “questa cosa qui io non la so”, non è permesso al medico dire che non sa qualcosa, ma non esiste questa roba qua, perché nel nostro campo non puoi sapere tutto. Quindi devi avere l'umiltà di dire “guarda io non capisco bene, bisogna fare degli approfondimenti, ci studio sopra, ti mando da un collega, ti mando da uno specialista”, però non sparare la prima cosa, perché devo far vedere che io so risolvere il problema, perché poi faccio dei pasticci.

O anche il fatto di ascoltare il paziente che si conosce meglio di quello che può conoscere un medico che lo ha appena conosciuto.

Sì. Anche con i bambini a volte si fa fatica, i pediatri di una volta dicevano sempre che occorreva ascoltare tanto i genitori dei bambini, cosa che adesso fanno più fatica a fare. Bisognerebbe farsi raccontare, e richiede davvero un modo diverso di lavorare, che noi facciamo fatica ad avere.

Va bene, grazie mille.

I10 - EDUCATRICE

Per iniziare ti chiedo se puoi raccontarmi un po' qual è il tuo ruolo professionale e quali sono i servizi per cui hai lavorato o lavori.

Come ti dicevo adesso io in realtà sono un'educatrice professionale ma in una comunità mamma-bambino, dove non ci occupiamo espressamente di migranti. Ho lavorato per un anno e mezzo /due in due CAS, era la stessa cooperativa, una cooperativa di Monza che credo non esista più in realtà però lavoravano qua a Bergamo. Per cui ho lavorato in una comunità di uomini, erano 120 ospiti, e nell'altra avevamo invece 15 donne complessivamente, di cui due con marito, una con marito e figli, due ragazze adolescenti e le altre ragazze madri. Poi, l'anno scorso ho lavorato invece in un'altra cooperativa, dove avevamo quattro appartamenti: tre occupati da maschi e uno invece con una famiglia tunisina, erano mamma e papà, bambina di due anni e la mamma era incinta, ha partorito a gennaio.

Ho capito. E puoi parlarmi di quali erano i principali problemi riscontrati nell'accesso di donne straniere ai servizi sociosanitari?

Il primo grosso problema è sicuramente la lingua, nel senso che hanno sempre bisogno di un mediatore. Ma non è detto che ci sia un mediatore disponibile al livello richiesto, nel senso che magari, mi viene in mente la donna somala piuttosto che la donna tunisina, io parlo inglese e francese, quindi riesco a interagire con loro sulle cose quotidiane. È chiaro che se iniziamo a parlare di problemi, di patologie o anche sull'esame da fare, non è detto che loro capiscano quello che sto dicendo, se lo dico in francese o in inglese. Perché hanno magari una scolarizzazione base, per cui sì, qualcosina capiscono, però andare a capire che cosa gli sta effettivamente succedendo è più difficile. In realtà mi è successo anche con una ragazza nigeriana a cui avevano trovato un nodulo al seno: pensava stesse già morendo, perché passare da cancro a nodulo era difficile per lei, era un linguaggio troppo specifico. Il problema diventa enorme quando hai difficoltà psicologiche o accompagnamenti in neuropsichiatria, perché chiaramente non si fa neuropsichiatria con un mediatore in mezzo, cioè lo si fa perché si fa di necessità virtù, però non funziona. Ho accompagnato questa ragazza con una storia complessa di abusi, lei è cresciuta in un villaggio ancora molto chiuso, parlava qualcosina di inglese. Mi aveva preso un po' come punto di riferimento per cui siamo andati dallo psichiatra, io, lei, la mediatrice e alla fine il percorso non è andato da nessuna parte perché c'erano troppi passaggi, però lei senza di me non andava, senza la mediatrice non capiva e quindi era un esubero di persone ma che poi alla fine diventa disfunzionale.

Hai notato delle differenze a seconda delle nazionalità delle donne o delle culture diverse nell'utilizzo di servizi?

Più che un problema di origini da uno Stato piuttosto che da un altro, dipende da che area geografica arrivano. Più sono urbanizzate e più è semplice, banalmente, accettare il fatto che un medico sia un uomo anziché una donna. Farlo accettare a una donna che viene magari da un villaggio rurale è praticamente impossibile.

Per quanto riguarda invece la salute sessuale riproduttiva, hai riscontrato delle problematiche principali o ci sono stati dei particolari problemi riguardanti i metodi contraccettivi malattie sessualmente trasmissibili o in gravidanza o nel parto o interruzioni volontarie di gravidanza, per esempio?

Allora io non ho avuto esperienze di interruzioni di gravidanza, al contrario ho avuto mamme che non sapevano chi fosse il padre, perché avevano avuto più di un rapporto, non sempre consenziente, con diversi uomini. Le donne che ho incontrato io hanno sempre tutte accolto figli con il concetto di ‘sono un dono di dio e quindi li crescerò’. Tutta la questione dalle malattie sessualmente trasmissibili va sicuramente affrontata, perché la maggior parte arriva e non ha nessun pensiero al riguardo, cioè non è una cosa che hanno interiorizzato, il fatto che i rapporti possano essere fonte di malattia. Così come l'uso di anticoncezionali esterni, cioè se tu gli proponi, almeno nella mia esperienza, le donne a cui abbiamo proposto di introdurre la pillola “Sì, ok”, che poi si passava all'anello perché nessuno di noi si è mai fidato del fatto che avevano la costanza di assumere le pillole... soprattutto perché noi abbiamo avuto anche dei problemi di prostituzione saltuaria volontaria nel CAS di donne, quindi a un certo punto abbiamo fatto tutto il discorso sulla prevenzione, almeno delle gravidanze. Però essendoci anche dalle ragazze abbastanza giovani abbiamo optato per presentargli l'idea dell'anello. Il problema era che “ok, ti ho risolto un problema, rimane il fatto che sei esposta a delle malattie”: però ecco, l'uso dei preservativi non era contemplato. Nell'ambito della prostituzione è un po' il loro punto di forza il fatto di non chiederlo. Quindi andava un po' contro il business.

Ok, se non hai altro da aggiungere al riguardo parlerei invece di casi di violenza di genere, se ti è capitato di doverne prendere in carico, come sono stati gestiti, se esisteva un lavoro in rete con altri servizi.

Donne vittime di violenza quindi? **Sì.** Allora nel CAS dove ho lavorato io praticamente tutte le donne erano state vittime di violenza, chi intrafamiliare, chi da parte di estranei, chi è entrambe le cose.

Violenza sessuale quindi?

Violenza sessuale sì, e anche un paio di ragazze che avevano dei segni importanti di violenza fisica che dicevano essere stati procurati dal padre o dai fratelli, che sono poi i motivi per cui avevano lasciato casa in effetti. Prese effettivamente in carica è stata solo quella ragazza somala di cui ti parliamo che abbiamo portato in psichiatria, perché lei ha sviluppato poi un'evidente

patologia, era pericolosa per se stessa e per il marito che però, diciamo che era un po' un marito fittizio, cioè loro si sono sposati durante il viaggio per arrivare in Italia, lui era ragazzino più giovane di lei, quindi il matrimonio è stata per lei una forma di protezione. E lei aveva un passato di violenze sia familiari, è stata venduta, è stata infibulata, poi è stata stuprata diverse volte durante il viaggio. Tra le altre devo dire che c'era una sorta di accettazione del male comune, una sorta di consapevolezza del fatto che faceva un po' parte del gioco, del tipo di vita che avevano scelto di fare: la loro indipendenza era passata anche da quello. Tant'è che appunto arrivavano a prostituirsi in maniera assolutamente leggera perché era cambiato il loro rapporto con il loro corpo.

Ho capito. Voi avete ricevuto, cioè voi come educatori avete ricevuto formazione sulla violenza di genere?

Io non ho ricevuto nessun tipo di formazione di nessun tipo.

Mi hai già parlato un po' della mediazione linguistico-culturale, mi puoi dire qualcosa di più? È un servizio fisso?

Assolutamente no. Innanzitutto, non viene attivata se non è più che necessario, perché è un costo aggiuntivo. Quindi se proprio la donna non parla nessuna lingua parlata dall'educatore, se no se la sbriga l'educatore.

Ho capito. E riguardo alla relazione tra il personale medico e le pazienti hai qualcosa da raccontarmi?

Io sono stata fortunata, devo dire, perché ho sempre trovato persone molto disponibili. Per esempio, tutto il percorso che abbiamo fatto per arrivare all'uso degli anticoncezionali è stato proposto dalle dottoresse del consultorio. Se ne sono proprio occupate loro, hanno elaborato loro un percorso su quattro incontri in cui spiegavano tutti gli anticoncezionali, che cosa fare, a cosa servono. Uguale con l'ultima mamma, quella che ti dicevo che ha partorito, è stata seguita dal consultorio di X e anche lì ci siamo trovati veramente benissimo, si sono fatti proprio carico di lei. E anche quando sono state in ospedale, niente da dire, io davvero mi sono sempre trovata molto bene, ho trovato persone molto corrette. Devo dire anche una cosa che ho notato: c'è sempre questa questione del medico maschio o medico donna, ed erano i medici stessi a porsi il problema e a cercare di venire incontro alle esigenze di chi avevano di fronte. Quindi anche da quel punto di vista c'è stata molta disponibilità.

Per concludere, ti chiedo se hai dei delle idee, suggerimenti, qualcosa di cui non abbiamo ancora parlato, qualcosa che pensi che potrebbe migliorare l'accesso, l'utilizzo la qualità dei servizi sociali e sanitari da parte delle persone migranti.

Penso che tutto il sistema che riguarda i migranti non funzioni assolutamente. Mancano i servizi, mancano proprio. La mediazione culturale da noi non esiste, non c'è l'etnopsichiatria, non esiste. In tutta Bergamo c'è un etnopsichiatra, non è normale. Forse le nuove generazioni porteranno

nuovi servizi, ma in questo momento non ci sono i servizi. Quindi con tutta la buona volontà che ci può mettere un educatore, che ci può mettere un infermiere, un medico... Manca il personale, mancano proprio delle figure professionali e da parte delle cooperative non ho assolutamente mai visto l'interesse a investire in questo senso. Credo che davvero i servizi psicologici dovrebbero essere di default per queste persone, invece se non sei più che matto e non metti a repentaglio la vita di qualcuno non vengono attivati. Quando io ti dico che ho seguito le donne che sono state violentate più volte, magari da più persone nello stesso momento, non ce ne facevamo carico se non era un problema più che evidente, faceva parte della loro storia e basta. Non c'erano le risorse per occuparsi in modo significativo di queste cose, anzi cercavi di scavare il meno possibile per non andare a scatenare tu il problema.

Va bene se non hai altro da aggiungere, ti ringrazio per la disponibilità.

I11 - UTENTE DEL SERVIZIO DI SECONDA ACCOGLIENZA PER DONNE VITTIME DI VIOLENZA

Per iniziare mi racconti qualcosa di te? Come la tua età, da che paese vieni, da quanto sei qua in Italia, come mai sei venuta qui.

È veramente una storia lunghissima. Allora, io ho 35 anni, e vengo da Albania, sono di origine albanese, sono in Italia dal 2006, ho vissuto per dieci anni verso nelle province di Novara, e sono sposata; ho due figli, quindi li ho avuti presto, adesso il primo ha quattordici anni, il secondo ha nove anni. Quindi, diciamo che la mia vita è stata un po'... come si dice, alti e bassi, perché ci sono stati tanti trasferimenti.

Se ti va puoi raccontarmi qual è stata la tua esperienza con i servizi sociali e sanitari in questi anni in Italia.

La prima esperienza con i servizi sociali è cominciata quando io ho fatto la prima denuncia per maltrattamenti, nel 2018, e ho chiesto aiuto ai servizi sociali per essere protetta, per proteggere lui e me. E comunque è cominciato da lì il calvario, diciamo lungo, perché sono ancora nello stesso punto oggi. Quindi io ho fatto un percorso con i miei figli in comunità, ci siamo trasferiti verso nelle province di Piemonte, comunque non molto lontano dal nostro posto di residenza. La prima comunità l'abbiamo vissuta male, sia io che i miei figli. Non sapevamo prima di tutto che cos'era una comunità, anche i miei figli non lo sapevano, non sapevamo come funzionava. E così siamo stati per sei mesi in protezione, senza uscire quasi, solo ogni tanto. I miei figli questa cosa l'hanno sofferto molto, e anch'io. Poi c'è stato un trasferimento fatto poi per andare in semi-autonomia con i miei figli. Lì stava andando tutto bene, ho preso in mano la mia vita e tutto, ma

poi c'è stato il Covid, e ne abbiamo sofferto come tutti... specialmente io e i miei figli un po' di più, perché eravamo già in precedenza con delle restrizioni. Poi, io ho dato un'altra possibilità al padre dei miei figli, per rimettersi insieme, per i figli, per quanto riguarda la situazione che era molto pesante, perché loro lo cercavano. Comunque avevo ritirato la denuncia, ci siamo rimessi insieme, pensando che magari lui era cambiato. E all'inizio sì, era cambiato, con i bambini ha recuperato anche lui il rapporto, perché aveva sofferto anche lui questo allontanamento di due anni e mezzo dai bambini. Adesso ci troviamo al lato opposto, attualmente lui ha i bambini e io sono senza, quindi si sono invertiti i ruoli... perché comunque è stato... nei miei confronti è stato di nuovo violento, e ho chiesto aiuto ai carabinieri. Non stavo molto bene psicologicamente, fisicamente, ero molto giù, e loro mi hanno consigliato di uscire prima io di casa, di riprendermi, di rafforzarmi, di fare un percorso da sola. Perché lui non ha mai maltrattato i bambini e quindi non era il caso per loro di intervenire. Anche i bambini non hanno voluto seguirmi, perché la parola comunità in loro scatenava qualcosa di forte. Quindi sono stata allontanata l'anno scorso dai carabinieri di X, mi hanno collocato prima in una casa rifugio a Brescia, sono stata lì chiusa ancora per due mesi, non è stato facile per me. Anche lì diciamo che essendo un altro tipo di comunità, con le suore, per me era un altro mondo da scoprire. Quindi nel bene e nel male, è andata com'è andata, ho fatto un anno lì, poi ho chiesto di essere trasferita, perché volevo essere ancora più vicino ai miei figli, perché comunque io gli voglio bene, ci tengo. Sono qua per rafforzarmi come donna, farmi seguire dagli psicologi, dai medici per uscire dal trauma... per perdonare quello che mi ha fatto mio marito. Diciamo che per me è molto umiliante, è stato sofferente, perché lui mi ha conosciuto a 14 anni e mi ha conosciuto che ero talmente piccola, siamo cresciuti insieme e alla fine è finita molto male, perché lui mi minacciava davanti ai bambini dicendomi “vai via di casa perché io ti faccio male, preparati la valigia e tutto, vattene via”, non mi ha lasciato il tempo neanche a chiedere aiuto... ero sola, non avevo nessuno. Quindi davanti ai bambini ha detto così, che tra l'altro hanno visto tutto, hanno assistito alla violenza, e a prescindere da questo vivono ancora con lui, perché c'è la tutela dei minori in mezzo, perché lui con i bambini ha già la casa, ha già la residenza. A quanto pare è un buon padre, la tutela l'ha valutato bene, che lui fa bene il suo ruolo, come papà lui è adeguato. A me questa cosa non mi fa sentire bene, perché lui non è un buon esempio per i suoi figli, non vorrei che i miei figli crescano come lui e poi si ripete la stessa storia, non vorrei che i miei figli facessero queste cose, che ci saranno altre donne vittime di violenza. Io non ho capito veramente la gravità, la pericolosità della situazione, finché il piccolo mi ha detto “mamma tu devi andare via di casa, perché papà ti farà veramente del male”. Io per salvarmi la pelle, per i bambini e per non fargli vedere di peggio poi, perché sarebbe stato scioccante, sono andata... ma non volevo che ai miei figli questo passava come un tipo di abbandono. Semplicemente ho evitato il peggio del peggio. Per questo motivo ho

chiesto di essere seguita dai servizi sociali, fare un mio progetto di autonomia, perché questo è lo scopo, di essere autonoma. Qua mi trovo bene, sono da poco arrivata qui, mi stanno dando veramente una mano. Hanno capito subito le mie esigenze, quello che io ho bisogno in questo momento e si sono dati da fare con gli accompagnamenti, con le chiamate, darmi il medico di base, prendermi in carico dal CPS.

Io ho tanto rabbia ancora da smaltire, perché comunque lui ha i bambini, io li vedo tutti i martedì in videochiamata, e faccio l'incontro un giovedì sì e un giovedì no... però i bambini ce li ha lui, io soffro il fatto di non avere quel vivere quotidiano, di portarli a scuola, di stare con loro, di passare del bel tempo, di fare il mio dovere come genitore, perché la mamma è la mamma, comunque non va sostituita da nessuno, anche se hanno la zia che è a casa con loro... perché ho un secondo figlio che ha l'autismo, quindi soprattutto lui, tutti e due sono molto sofferenti, il grande perché ha visto di più e soffre molto di più, lui ha un carattere molto chiuso. Lui è anche in un'età molto difficile, perché è un adolescente, ha 14 anni. Quindi sto affrontando questa difficoltà che ho con rapportarsi con lui, perché a lui dà fastidio qualsiasi cosa, una chiamata gli dà fastidio, se gli chiedo come sta gli dà fastidio e a tal punto che non voleva più partecipare alle videochiamate e anche agli incontri... io sono rimasta veramente male. Finché ieri mi hanno detto che ha accettato di andare dallo psicologo, perché è un minore, loro hanno visto violenza, volevo che loro fossero presi in carico della loro psichiatria, e lui mi ha messo una condizione però: che io non gli devo scrivere proprio niente, neanche “ciao come stai, com'è andata la giornata”.

Quindi dentro di me cresceva questa... come si dice, rabbia giusta... è molto difficile. È molto complicata la mia storia, io so di aver sbagliato, di essermi messa ancora con lui, ma questa volta non faccio più quello sbaglio, perché non cambiano, non è vero che cambiano. Anzi, lui ha rimuginato tanto durante questi anni, è come se si è vendicato, ha fatto tutto un gioco per far capire agli altri come se la mamma sia andata via di casa, così, senza motivo... quando lui veramente tutti i giorni, cioè mi ha maltrattato, un occhio me l'ha danneggiato, una mano me l'ha danneggiata, il muscolo, che non riuscivo a lavorare per un anno, ho fatto tutte le cure negli ospedali, il trattamento di onde d'urto, perché avevo il braccio e la tendine danneggiata, in questa zona qui... quindi oltre gli insulti e tutte le cose che mi diceva, e poi mi prendeva, soprattutto lui mi prendeva i bambini, senza pianificare niente, senza dirmi niente, prendeva, andava via di casa, stava una settimana, spegneva il telefono, non sapevo dove erano. Mi veniva l'ansia, perché io soffro di ansia, soffro di depressione, lui ha toccato proprio i miei punti più dolenti. In più sapendo che andavo dallo psicologo, lui mi metteva le mani addosso lo stesso, finché io ho cercato di aiutare lui, dicendo “guarda che non stai bene, stai magari fai uso di qualcosa, non so, l'alcol o qualcosa, però hai bisogno di un aiuto”. Più gli dicevo così, io più prendevo botte in testa, ho preso talmente botte in testa che una sera mi ha dato una sberla che sono crollata, non ho visto niente, ho visto

solo un bianco. In quel momento lì i bambini hanno assistito soprattutto anche il piccolo. Secondo me, lui non sentiva più amore, però io ho sempre detto che c'erano altre soluzioni, si poteva dividerci, cioè ci si poteva lasciare in modo civile, non così come un cane che lo butti fuori di casa. Quindi capisci perché devo lavorare su di me a tirare fuori questa rabbia e a riuscire a perdonarlo, perché non è facile. Mi metteva anche i figli contro, cosa che io quando ero in comunità non ho mai fatto, perché sennò loro non starebbero con il loro padre ora, non ho mai parlato male di lui. Quindi ho un bel percorso ancora lungo da fare, devo accettare che stanno con lui, che io mi devo accontentare per il momento di vederli così, finché almeno supero le mie difficoltà tramite la psicoterapia, trovo un lavoro, divento indipendente e posso avere più diritti sui miei figli, perché è quello che vorrei, vorrei prima di tutto recuperare il mio rapporto, senza mettere in mezzo magari la rabbia contro loro padre, perché i bambini lo percepiscono, per questo vorrei essere io più rilassata, tranquilla, che sto bene.

Quando facciamo gli incontri c'è l'educatrice, quindi quando facciamo le chiamate lei è a casa con loro, e io sono qua. Per me l'appuntamento è sacro, quel poco tempo che ho, almeno lo voglio sfruttare bene, non voglio perdere l'appuntamento con i figli, sono molto importanti per me. Quindi il mio malessere a volte è legato anche al fatto che non ce li ho vicini, penso a come stanno, cosa fanno, se stanno bene, se sono contenti, se sono felici, se sono tristi, se hanno mangiato, se a scuola è andato bene, se c'è qualcosa... come mamma, cioè come istinto materno, mi viene voglia di sapere. La mia situazione è al rovescio, qua sono tutte mamme con i bambini, invece io sono da sola e i bambini ce li ha lui... penserei che sarà il primo caso in Italia, perché le madri non si tolgono ai figli, cioè viceversa, è il contrario... però il problema è che i bambini hanno vissuto male la comunità, per le restrizioni, per il cambiamento, perché vivere in comunità non è come vivere nel mondo fuori, avere la casa tua. Ci ha segnato, soprattutto io ho sofferto troppo perché non essendo residente non mi davano la priorità di portare i miei figli in neuropsichiatria infantile, io volevo portarli perché avevano visto violenza e tutto. Finalmente dopo 5-6 anni N. è stato preso in carico, ma è passato troppo tempo. Il fatto che non spostano gli uomini ma le madri... perché io ho sofferto questa lontananza da un altro paese e non mi danno la priorità, per esempio, perché prima la danno ai residenti, ti mettono in lista di attesa e quindi N. non è stato preso in tempo pur sapendo che lui aveva lo spettro dell'autismo già quando andava alla scuola materna, al primo anno. L'abbiamo portato da un medico, da una neuropsichiatra, lui l'ha seguito poche volte ma non ha lasciato mai la relazione. Poi io mi sono allontanata perché lui ai tempi ha fatto una cosa veramente molto grave che io mi sono allertata e sono andata via con i servizi sociali. Mio figlio M. mi tiene molto rancore per questo, lui mi dice che io gli ho rovinato la vita, l'ho portato in comunità, gli ho tolto i bei anni della sua vita, i suoi amici, la scuola.

Mi hai raccontato un sacco di cose e ti ringrazio molto perché non deve essere stato facile raccontare tutto.

I12 - UTENTE DEL SERVIZIO DI SECONDA ACCOGLIENZA PER DONNE VITTIME DI VIOLENZA

Allora, per iniziare, ti chiedo se mi racconti qualcosa qual è la tua età, il paese da cui vieni, da quanto tempo sei in Italia.

Allora, sono originaria della Russia, sono stata adottata all'età di quasi sette anni e ho sempre vissuto a Bergamo. Ho 33 anni, ho quattro figli e sono qua solo con gli ultimi due.

Se vuoi parliamo un po' di come vi hai vissuto il rapporto con i servizi sanitari o di servizi sociali. Se ci sono state delle difficoltà nell'accesso, di disponibilità nell'accesso o nella relazione con il personale medico.

Allora, per quanto riguarda i servizi sanitarie e i medici in generale, io ho avuto il medico di base, poi ovviamente ho avuto a che fare, avendo figli, con le ostetriche, quindi diversi tipi di medici. Ho avuto anche a che fare con psicologi, quindi ne conosco un po'. Con i medici di base... ne ho avuta una che mi è piaciuta tanto, a parte il primo colloquio conoscitivo in cui comunque deve capire che persone ha davanti. Mi sono trovata molto bene poi con un'altra quando vivevo a X, e con lei il rapporto era anche molto sbrigativo e veloce. Ci sono medici a cui magari mandi il messaggio Whatsapp e magari ti fa avere anche la ricetta per foto senza dover andare e fare la coda. Ci sono quelli che hanno tipo la posta che vai lì, lasci quello che ti serve, poi te ne vai e lei ti fa trovare pronta la ricetta, quindi tu vai lì a recuperarla quando ti serve. Altri invece che non hanno Whatsapp, non hanno e-mail, non hanno niente, ti dicono anche che è illegale, quindi poi devi star lì a fare eterne file. Gli ospedali sono molto lenti, soprattutto al CUP... ultimamente sono diventati molto più scortesi e molto meno umani rispetto ad anni fa, devo dire soprattutto i pediatri dei bambini. Ho avuto una pediatra con cui non mi sono trovata per niente bene, molto scorbutica, non mi risponde, irreperibile, cioè veramente una roba molto brutta. Nell'ultimo parto purtroppo ho avuto una che probabilmente era stanca, era il suo ultimo giorno prima di andare in pensione quindi mi ha seguito malissimo, non ha letto la mia cartella, ma per il resto...

Rispetto alle manovre interne di guardare, controllare, e tutte quelle cose lì, devo dire che i ginecologi uomini sono molto più delicati delle donne. Per gli psicologi ho avuto diversi anni degli psicologi in cui purtroppo, forse molto anche da parte mia che non c'era fiducia, quindi ho fatto fatica ad aprirmi. È difficile interagire con uno psicologo se non sei tu volontariamente che vuoi aprirti, vuoi parlarne, vuoi migliorarti, diciamo che ho sprecato tanti anni, a non ricavare

niente. Invece dal momento in cui ho voluto fare questa cosa ho avuto veramente tanti benefici, è proprio una cosa tua, devi essere tu in primis a volerlo, perché se no è molto difficile convincere una persona.

Con i servizi sociali... le assistenti sociali le ho trovate poco delicate, poco comprensive, insomma non dico che non sono gente che non abbia... cioè vedere le donne che hanno dei disturbi, che hanno delle problematiche, delle famiglie che hanno problemi, problemi con i compagni, problemi con i figli, eccetera, in quel senso, è diverso dal viverlo o averlo vissuto. Io con una sono stata diretta, gli ho detto che non mi piaceva, ma perché proprio aveva questo modo di fare che ti faceva capire io ho i tuoi figli nella mia mano, quindi decido io, faccio io quello che voglio, quindi è stata molto... non mi piaceva proprio per niente. Poi ne ho cambiate diverse e ho visto poco interesse nell'aiutarmi veramente e più interesse nel voler sapere, piuttosto che un essere interessati veramente a quello che mi stava succedendo e quella parte lì mi ha fatto veramente molto male. Poi, alla fine, siamo noi donne che entriamo in comunità, noi denunciando e tutto, poi siamo noi che siamo in comunità e l'uomo è fuori e fa quello che vuole, viene seguito poco, perché siamo noi quelle monitorate, a lui non puoi andare in casa e monitorarlo 24 ore su 24, come succede a noi. Quindi quello è una parte un po' brutta, diciamo. Se siamo noi quelli che entriamo in comunità è magari perché anche vogliono che siamo noi quelli che diventiamo forti, perché siamo noi quelli che abbiamo i figli, quindi lui è fuori, prima o poi le cose comunque... un minimo di monitoraggio arriverà anche a lui. Quindi bisogna sempre vederla in un'ottica diversa.

E invece qui in comunità come ti trovi? Come ti sembra che sia gestito?

Ovviamente tutte le comunità hanno delle regole, però anche in base a come ti fai conoscere, come ti presenti, come è comunque la tua storia, come ti sai muovere nel mondo anche, le regole possono diventare anche elastiche, flessibili, variano un po' anche in base alle persone. È ovvio che poi quando arrivi qua al primo colloquio ti presentano un tot di regole che sono quelle. Poi in base a come sei, anche agli ordini che dà il giudice o quello che è, per esempio il padre dei miei figli può entrare qua in comunità a vedere i figli perché è stato dato un ordine dal giudice. Però siccome è un po' ambiguo quell'ordine, non è proprio comprensibile... tanti figli, per esempio, qua vedendo il papà con i miei figli stanno un po' male, perché comunque il loro papà non c'è, invece il mio c'è. Però anche nella comunità ci sono regole che magari mettono man mano, le cose cambiano e vanno anche in base alle situazioni che si creano. Io qua mi trovo molto bene, ho casa mia, ho i miei figli, anche se comunque ho avuto un periodo anche io in cui ho dovuto gestire la mia rabbia con lui, tutta una serie di cose che con lui avevo e quindi ho dovuto lasciare andare. Poi gli educatori sono molto bravi, molto umani, riesco a confidarmi con loro, l'atteggiamento comunque cambia e quindi mi apro, parlo, ti entrano in casa, è molto bello.

C'è anche un servizio psicologico qui?

No, però loro sono sempre disponibili se hai bisogno o se è qualsiasi cosa.

C'è qualcosa che pensi che potrebbe migliorare in tutte queste cose di cui abbiamo parlato, quindi magari qua in questo servizio di comunità o con i servizi sociali?

Per i servizi sociali, come fai a dire a una persona di essere più umana? Puoi essere come sei, però sì, non puoi mai capire. Anche qua per esempio, alcune volte magari gli educatori ti mandano via nell'ufficio perché in quel momento hanno da fare, ma magari lo fanno anche in un modo, non dico scortese, però con voce un po' più secca, un po' più dura. Però non devi sempre prendere male tutto quello che è, bisognerebbe cercare sempre di capirsi l'un l'altro. Anche loro sono qua, però non hanno solo me. Alcuni si lamentano, però non hanno solo te e i tuoi figli, hanno anche quell'altra mamma, c'è un'altra mamma, è vero che sono in quattro o in cinque, però poi devono fare l'equipe, un casino di cose da fare, il medico per i bambini, il medico per le mamme, gli sport, la scuola, il lavoro... io devo gestire due figli e viene complicato, immaginati loro che devono gestire i figli di tutte, più tutte le mamme. Bisogna veramente mettersi ogni tanto nei panni dell'altro. Tutti sbagliamo, non è che perché è educatrice loro non possono sbagliare, anzi qua mi hanno insegnato che anche loro sbagliano, vengono rimproverate... quindi con i servizi sociali non puoi neanche farci molto. Meno male che non siamo seguiti solo da un'assistente sociale che ti vede solo lei e basta, ho dietro gli educatori, ho dietro il servizio sociale, ho dietro il SERD per esempio, ho dietro tante persone, quindi non è che arrivi tu e dici “no lei è cattiva, lei non è brava”, e gli altri dieci dicono “no lei è brava”... questa è la cosa buona quando vieni seguita da tante persone, perché hai tante persone che possono dire la loro, questo per me è importantissimo.

Secondo te c'è qualche servizio che manca o che pecca in qualcosa?

Quest'estate abbiamo avuto un po', io per esempio, ho avuto un po' di difficoltà sul mese di agosto, perché ovviamente i bambini sono a casa, però sarebbe bello avere, siccome qua c'è uno spazio gioco, sarebbe bello anche su agosto avere magari uno spazio nido per tutto il giorno per i bambini... così aiutano le mamme a continuare a lavorare, eccetera.

Un'altra cosa invece che ho notato è che anche la mamma quando esce fuori dalla comunità non è che è uscita e “ciao, a posto, arrangiate”. L'accompagnano lo stesso per tanto tempo, l'accompagnano lo stesso nel suo progetto anche fuori, quindi questa è una cosa che secondo me è molto importante, perché non ti lasciano da un giorno all'altro.

Certo. Grazie mille.