



Università
Ca'Foscari
Venezia

**Corso di Laurea Magistrale
in “Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità”**

Tesi di Laurea Magistrale

La salute riproduttiva delle donne immigrate

Possibilità e barriere nel Servizio di Consultorio Familiare
di Favaro Veneto

Relatore

Prof. Francesco Della Puppa

Correlatore

Prof. Fabio Perocco

Laureanda

Maria Pilar Maronilli

Matricola 858913

Anno Accademico 2019 / 2020

*A tutte le donne che hanno dovuto lottare doppiamente, portando con sé
due pesi, quello privato e quello sociale; ma che si dimostrano colonna
portante della società e importante esempio di integrazione interculturale.*

INDICE

Introduzione	9
--------------------	---

Parte I – Migrazione femminile e salute riproduttiva in Italia

Capitolo I – L’immigrazione femminile in Italia.	15
--	-----------

1.1 Le fasi della migrazione femminile in Italia.	16
--	----

1.2 Immigrazione e disuguaglianze di genere.	22
---	----

Capitolo II – La salute degli immigrati.	25
--	-----------

2.1 Le disuguaglianze di salute.	26
---------------------------------------	----

<i>Scheda 1 – Lavoro di cura e disuguaglianze.</i>	<i>31</i>
---	-----------

2.2 Normativa in riferimento alla salute degli immigrati.	32
--	----

2.3 Il Sistema Sanitario Nazionale, le disuguaglianze territoriali e l’immigrazione. ...	35
--	----

2.4 L’accesso, l’utilizzo e l’offerta del Sistema Sanitario Nazionale.	39
---	----

2.5 La condizione di salute delle migranti.	42
--	----

Capitolo III – La salute riproduttiva delle migranti.	45
---	-----------

3.1 Perché parlare di salute riproduttiva?	46
--	----

3.2 La salute riproduttiva delle donne migranti in Italia: prevenzione, gravidanza e parto, contraccezione, interruzione di gravidanza.	50
--	----

3.3 Accesso ai servizi di salute riproduttiva.	56
---	----

3.4 Centralità dei Consulenti per la salute delle donne immigrate.	59
---	----

**Parte II – La salute riproduttiva nel Consultorio Familiare di Favaro Veneto:
possibilità e barriere per le donne immigrate**

Capitolo IV – Il contesto d’indagine.63
4.1 La presenza straniera femminile in Veneto.	63
4.1.1 Il contesto della Provincia e del Comune di Venezia.	67
4.2 Il servizio di Consultorio Familiare all’interno dell’Ulss 3 Serenissima: mission, normativa, attività e personale.	69
Capitolo V – Il disegno della ricerca.79
5.1 Gli obiettivi e le fasi della ricerca.	79
5.2 Metodologia, campione e strumenti di indagine.	82
<i>Scheda 2 – La traccia dell’intervista rivolta agli operatori sanitari del Consultorio di Favaro Veneto.</i>	<i>88</i>
<i>Scheda 3 – Questionario rivolto alle donne immigrate.</i>	<i>93</i>
5.3 Fonti secondarie.	95
5.4 Analisi dei dati.	96
Capitolo VI – Accesso e fruibilità delle immigrate al servizio consultoriale: il punto di vista degli operatori.97
6.1 Caratteristiche e problematiche dell’utenza straniera.	97
6.2 Il rapporto operatore-utente.	105
6.3 Possibilità e barriere di accesso al servizio e inserimento nel territorio.	111

Capitolo VII – La prospettiva delle donne immigrate sui servizi di salute riproduttiva	.117
7.1 Profilo dell'utenza	117
7.2 Rapporto con il servizio di Consultorio e soddisfazione del servizio usufruito	.120
Appendice sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza	.125
Conclusioni	.133
Bibliografia e sitografia	.139

INTRODUZIONE

Il fenomeno migratorio contemporaneo ha ormai assunto dimensioni globali e si presenta molto diversificato rispetto ai movimenti transnazionali dello scorso secolo; esso coinvolge effetti politici, sociali, ma soprattutto economici e vede implicati molteplici contesti di partenza e di arrivo, anche differenti dai protagonisti del passato.

Nel nostro paese la presenza straniera è in rapido movimento, in relazione anche alle normative di riferimento, ma al contempo negli anni tende a radicarsi nel territorio e nel nuovo contesto di vita. Una delle peculiarità evidenti in Italia fin dal principio riguarda la presenza di una elevata componente femminile – sempre numerosa e, negli anni, sempre più protagonista – la quale rimanda ad una realtà plurale e complessa (Tognetti Bordogna, 2012). Sono molteplici infatti i percorsi e le motivazioni che spingono le donne straniere ad emigrare: il mercato del lavoro avido di manodopera a basso costo, che richiede flessibilità, precarietà e adattabilità, in cui le immigrate si inseriscono con maggiore facilità, specialmente nell’ambito dei servizi di cura e collaborazione domestica; i ricongiungimenti familiari, i quali rimangono la prima causa di immigrazione femminile, soprattutto nei confronti di determinate nazionalità; la ricerca di condizioni di vita migliori per sé e per la propria famiglia, che porta la donna ad essere “primo migrante”, arrivando da sola nel nuovo contesto e dando il via a catene migratorie al femminile. Questo processo ha portato la figura femminile immigrata al centro di molti studi e ricerche che hanno analizzato questa componente in relazione al contesto d’origine e al nuovo contesto d’arrivo all’interno dei diversi fattori sociali (rete di riferimento, salute, lavoro, cultura, religione).

Si è dunque rilevato che le circostanze e le situazioni connesse ai progetti migratori influiscono su questi diversi fattori e in particolare sull’accesso ai servizi socio-sanitari delle donne immigrate, soprattutto in relazione ai servizi di salute riproduttiva e materno-infantile. In questi contesti l’utenza presenta differenti modi di intendere la gravidanza, la maternità e la contraccezione, così come più in generale i concetti di salute e di malattia, dimostrando la necessità di discutere in merito a queste differenze in relazione ai contesti culturali e sociali e analizzando le problematiche e la complessità delle situazioni.

Questa ricerca è stata condotta con l'obiettivo di indagare il legame che intercorre tra donne migranti e servizi di salute riproduttiva ai quali si rivolgono, soprattutto prendendo in considerazione la maternità, la salute femminile e le modalità di accesso di questa componente all'interno dei servizi territoriali. Le questioni iniziali che mi sono proposte di approfondire riguardano le difficoltà che la componente immigrata femminile incontra nel momento in cui si rivolge ai servizi che riguardano la loro salute e il percorso nascita e in che modo si instaura la relazione tra le due parti (servizi – donna immigrata); una volta individuate le barriere e le problematiche è risultato necessario indagare le modalità in cui queste vengono affrontate, il grado di inclusione delle donne straniere e quali sono le informazioni e le metodologie comunicative di supporto promosse dai servizi di salute riproduttiva nei confronti dell'utenza femminile immigrata.

Sulla base di quanto detto, è stata infatti condotta un'analisi di un contesto d'indagine, il Consultorio Familiare di Favaro Veneto, approfondendo le politiche sanitarie messe in atto e il ruolo che esse svolgono all'interno del processo di integrazione; ci si è poi soffermati sull'aspetto relazionale, sul rapporto tra operatori sanitari di consultorio e utenti immigrate, analizzando il punto di vista dei professionisti, a partire da delle interviste condotte, e di alcune donne straniere che hanno usufruito del servizio consultoriale. Si sono dunque perseguiti i seguenti obiettivi: condurre un'indagine all'interno del servizio consultoriale di Favaro Veneto, facente parte dell'Azienda Sanitaria Ulss 3 Serenissima; approfondire in termini legislativi e operativi cosa propone il servizio di Consultorio, di cosa si occupa e con quale tipologia di utenza lavora; analizzare il punto di vista degli operatori sanitari in riferimento alla componente di utenti immigrate che accedono al servizio e alle difficoltà incontrate nei loro confronti; approfondire la percezione delle immigrate del servizio consultoriale e il loro grado di soddisfazione di esso. La decisione di condurre la ricerca all'interno di un Consultorio Familiare si ricollega al fatto che, da precedenti studi, esso venga descritto come un luogo privilegiato per approfondire il fenomeno migratorio femminile. È stato infatti dimostrato che le donne immigrate si rivolgono alla sanità pubblica nella maggior parte dei casi per essere seguite durante il percorso di gravidanza e per questioni legate alla salute riproduttiva, per questo il servizio da loro maggiormente frequentato, anche più delle donne italiane, risulta il Consultorio Familiare.

Nella prima parte della tesi si affrontano i nodi teorici relativi all'immigrazione femminile in Italia, le questioni legate alla salute e alle differenze di genere, l'accesso ai servizi sanitari e la loro organizzazione nel territorio e i temi legati alla salute riproduttiva della donna.

Nel primo capitolo ci si focalizzerà sugli studi che hanno portato alla luce il ruolo e la centralità delle donne nel fenomeno migratorio a livello nazionale, soffermandosi sulle fasi storiche della migrazione femminile e sulle disuguaglianze di genere all'interno di essa. Si vedrà come gli studi di genere siano riusciti a ridare visibilità alla complessa questione dei flussi migratori femminili, in relazione anche alle reti sociali, all'evoluzione della loro presenza in Italia e ai percorsi di inserimento lavorativo, sociale e culturale.

Nel secondo capitolo saranno analizzate nello specifico le disuguaglianze di salute sia in relazione alla popolazione autoctona italiana, sia all'interno della popolazione immigrata tra uomo e donna. Verranno approfonditi l'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, le politiche da esso messe in atto, le modalità di accesso e fruizione – anche in riferimento alle differenze territoriali dei servizi – e la condizione di salute degli immigrati. Verrà inoltre presentato un approfondimento riguardo al lavoro di cura delle donne immigrate.

Nel terzo, e ultimo, capitolo di questa prima parte si tratterà il concetto di salute riproduttiva e si cercherà di spiegare quanto sia importante studiare questa questione all'interno del fenomeno migratorio femminile. Verranno infatti analizzate le statistiche nazionali riguardo agli aspetti principali della salute della donna, ovvero prevenzione, gravidanza, parto, contraccezione e interruzione volontaria di gravidanza; inoltre ci si soffermerà sulle difficoltà che le immigrate hanno nell'accesso a questi servizi, mettendo al centro di essi il servizio di Consultorio Familiare e l'importanza che esso ha per questa utenza.

Nella seconda parte della tesi ci si soffermerà sull'articolazione della ricerca e si approfondiranno i contesti di indagine e i risultati emersi da essa.

Nel quarto capitolo verrà analizzato il contesto di indagine. Si partirà dalle caratteristiche della presenza straniera in Veneto considerando la popolazione immigrata residente in base a quantità, nazionalità, genere e nascite; nello specifico poi si approfondiranno i contesti della provincia e del Comune di Venezia. Nella seconda parte si

studierà il servizio di Consultorio Familiare di Favaro Veneto e l'organizzazione di esso all'interno dell'Ulss 3 Serenissima, in termini di normativa di riferimento, mission e personale in esso impiegato.

Nel quinto capitolo verrà illustrato l'approccio metodologico adottato, gli obiettivi posti, le tempistiche, le fasi della ricerca; si analizzeranno gli strumenti adottati, la metodologia e il campione di riferimento, focalizzandoci soprattutto sugli strumenti dell'intervista qualitativa e del questionario. Infine si tratteranno alcune riflessioni relative alle fonti secondarie utilizzate e all'analisi e alla conduzione delle interviste.

Nel sesto capitolo verranno analizzati i risultati ottenuti dalle interviste effettuate nei confronti degli operatori sanitari di consultorio. Attraverso il loro punto di vista si cercherà di delineare le caratteristiche e le problematiche dell'utenza straniera che accede al Consultorio, soprattutto a livello culturale sociale e linguistico. Ci si soffermerà sull'importanza di instaurare un rapporto tra operatore-utente, basato sull'ascolto e sulla fiducia, e sul ruolo fondamentale del mediatore linguistico-culturale. Nella parte finale si considereranno le prospettive e le possibilità di miglioramento del servizio e dell'integrazione dell'utenza immigrata femminile.

Nel settimo capitolo verrà considerata la prospettiva delle donne immigrate riguardo ai servizi di salute riproduttiva e nello specifico del Consultorio di Favaro Veneto. Si tratterà un profilo d'utenza e verrà approfondito il rapporto che esse hanno con i servizi socio-sanitari e il loro grado di soddisfazione delle prestazioni usufruite.

Infine verrà presentata un'appendice sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza richiesta delle donne straniere al servizio consultoriale. Verrà presentato il fenomeno in termini di quantità di richiesta del certificato di interruzione nell'anno 2020 all'interno del Consultorio di Favaro Veneto, di nazionalità e di età delle donne; e infine in relazione alla settimana di gestazione in cui esse si sono presentate al servizio per richiedere l'interruzione.

Al termine di questa tesi, nelle conclusioni, si cercherà di delineare un breve riepilogo delle principali questioni emerse, focalizzando l'attenzione su eventuali possibili sviluppi e spunti di riflessione e miglioramento dell'organizzazione e delle politiche socio-sanitarie attuabili all'interno del servizio di Consultorio Familiare.

Parte I

***MIGRAZIONE FEMMINILE E SALUTE RIPRODUTTIVA
IN ITALIA***

CAPITOLO I

L'IMMIGRAZIONE FEMMINILE IN ITALIA

In Italia la componente femminile immigrata rappresenta una cospicua parte della popolazione straniera, nonostante sia una realtà spesso poco esplorata e conosciuta in quanto buona parte di questa fascia vive ai margini della società e affronta anche problematiche peggiori rispetto agli uomini immigrati. La migrazione femminile infatti porta con sé delle specificità sociali determinanti che emergono a pieno quando si tratta di accoglienza e mediazione culturale.

Le donne nei percorsi di migrazione dal Paese di origine sono sempre di più protagoniste, sia come membro della famiglia che si ricongiunge al marito precedentemente immigrato, ma sempre di più come soggetti autonomi e indipendenti. Se si pensa alla componente numerica di donne che hanno preso parte ai progetti migratori, certamente possiamo affermare che il movimento femminile rappresenti una considerevole e importante peculiarità nello scenario delle migrazioni internazionali di quest'epoca.

Secondo gli studiosi, nei contesti di più antica immigrazione, le immigrate hanno un ruolo attivo e il loro arrivo porta con sé dei cambiamenti importanti: da una parte, se si tratta soprattutto di ricongiungimenti familiari, l'arrivo delle donne conduce ad una stabilizzazione della presenza immigrata e a un consolidamento dell'integrazione delle famiglie all'interno del nuovo contesto nazionale di arrivo; dall'altra inserendosi all'interno del mondo del lavoro, soprattutto del lavoro di cura, modificano l'offerta e le modalità del mercato (Tognetti Bordogna, 2008).

Il sopraggiungere della componente femminile, sia come breadwinner, sia a seguito del compagno, porta certamente a una trasformazione demografica rilevante sia dal punto di vista sociale che economico. Infatti la migrazione femminile è un fenomeno complesso e variegato che favorisce l'emancipazione, ma allo stesso tempo permette la conservazione dei valori tradizionali; le donne, oltre a modificare il contesto di arrivo, portano dei cambiamenti anche nei paesi d'origine, sviluppando nuove modalità di relazione a distanza

e diversi comportamenti. Il ruolo di donna viene reinterpretato sia all'interno della famiglia sia in relazione al contesto lavorativo e, in ogni caso, sempre come collegamento tra "qua" e "là", tra il Paese del lavoro e quello della tradizione e della famiglia.

Di seguito in questo capitolo si analizzeranno le fasi identificative della migrazione femminile in Italia, in riferimento ai ruoli e ai contesti in cui esse si trovano a vivere una volta compiuto il viaggio migratorio. Si tratterà poi cosa ha comportato all'interno del contesto italiano la presenza di questa componente immigrata e con quali disuguaglianze una donna immigrata deve fare i conti, sia rispetto alla popolazione italiana, sia nei confronti della componente immigrata maschile.

1.1 LE FASI DELLA MIGRAZIONE FEMMINILE IN ITALIA

Prendendo in considerazione le caratteristiche dell'immigrazione italiana, le donne hanno sempre rappresentato parte attiva del fenomeno e sono state fin da subito protagoniste; la loro presenza è consistente e in aumento. Si parla infatti di femminilizzazione delle correnti migratorie in quanto i primi importanti movimenti migratori nei confronti dell'Italia hanno come protagoniste le donne e, ad oggi, esse hanno oltrepassato metà della presenza straniera in Italia (Tognetti Bordogna, 2012). Questo processo di femminilizzazione delle migrazioni ha reso le donne e le loro traiettorie migratorie sempre più visibili, non tanto per un aumento a livello quantitativo e numerico – come abbiamo visto infatti la presenza femminile in Italia è sempre stata abbastanza equilibrata a quella maschile – ma piuttosto per il ruolo sempre più importante che la figura della donna immigrata ha acquisito nel tempo, sia all'interno del mercato del lavoro, in termini di domanda e offerta, sia per quanto riguarda gli studi e gli approcci di genere inerenti al fenomeno migratorio (Vianello, 2014). La migrazione di donne (sole o accompagnate) ha ridisegnato i ruoli all'interno delle famiglie migranti: ha rappresentato la figura femminile come protagonista e intraprendente, capace di attivare una rete di migrazione femminile e capace di spostare il ruolo e la responsabilità di breadwinner su di sé, provvedendo economicamente al sostentamento della famiglia (Redini, Vianello, Zaccagnini, 2020)

La questione dell'immigrazione femminile si presenta negli anni come una realtà articolata e complessa¹, perciò sembra opportuno percorrere quelle che sono state le fasi migratorie della popolazione femminile immigrata che hanno coinvolto il nostro paese. Secondo Tognetti Bordogna è possibile dividere il fenomeno in quattro fasi.

Negli anni '60 si riconosce una femminilizzazione globale della forza lavoro che ha portato ad un incremento della presenza femminile all'interno del mondo del lavoro soprattutto nei paesi tardo-industrializzati e in via di industrializzazione². Dunque già negli anni '70 le donne italiane entrano sempre di più a far parte del mondo del lavoro produttivo, lasciando spazio ad altre donne per il lavoro domestico, aumenta infatti la domanda di collaboratrici domestiche. Questi sono gli anni delle pioniere e della grande invisibilità: le donne che giungono in Italia sono donne sole e che lasciano il proprio paese come "primo migranti" e che, una volta giunte nel nostro territorio, svolgono un'attività perlopiù fissa, sono impegnate come collaboratrici domestiche e colf. Hanno perciò un inserimento lavorativo agevolato e per certi versi protetto, ma altamente costringente e isolante, che non permette loro di interagire con la società circostante.

Sono donne provenienti, per la maggior parte, dalle Isole di Capo Verde, dall'Eritrea, dall'America Latina e dalle Filippine. Provenivano da contesti contadini e famiglie cristiane e giungevano in Italia anche per mezzo di alcuni Istituti religiosi. Inizialmente arrivarono le domestiche degli italiani che tornavano dall'Eritrea, poi, a seguito dell'invasione dell'Etiopia, giunsero le operaie delle fabbriche tessili e, solo in un secondo momento, queste immigrate si fecero raggiungere dai mariti e dai figli.

Negli anni '80 si iniziano a costruire le prime politiche migratorie e viene approvata una specifica normativa sull'immigrazione³, con conseguente aumento della componente maschile nei flussi migratori. Cresce il numero di immigrate giunte attraverso il ricongiungimento al marito, al padre, al fratello.

¹ Massari, Pinto, Podavini, Berlincioni, 2013

² Vianello, 2014: 24

³ Legge n. 943/1986: Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine. Questa legge per la prima volta assicura a tutti i lavoratori immigrati e residenti legalmente in Italia e alle loro famiglie, eguale trattamento e parità di diritti rispetto ai lavoratori italiani. Si trattano infatti il diritto al ricongiungimento familiare, alla tutela giurisdizionale, alla disponibilità dell'abitazione. Inoltre consente l'ingresso nel nostro paese ai soli lavoratori muniti del visto per lavoro dipendente e disciplina la regolarizzazione delle situazioni pregresse (la cosiddetta sanatoria).

Provengono soprattutto dalle zone dell’Africa sub-sahariana e del Nord Africa e danno il via alle prime connessioni interculturali, affievolendo il carattere precario della migrazione stessa. Le donne straniere che giungono in Italia in questo periodo, per inserirsi nel mondo del lavoro domestico, hanno la possibilità di acquisire maggior autonomia: si costruiscono i presupposti per una maggiore integrazione sociale e sanitaria (lavoro part-time e accesso ai servizi sociali e sanitari, in particolare i Consultori Familiari), hanno la possibilità di prendere in affitto appartamenti e aumentano i momenti di interazione con il contesto, inoltre cominciano ad essere impiegate anche nel lavoro in fabbrica e nel terzo settore. Infine riescono ad organizzarsi e a fondare delle associazioni per contrastare la loro condizione di emarginazione.

Gli anni ’90 si identificano per una notevole visibilità della presenza femminile immigrata, visibilità che fa riferimento sia all’aumento numerico delle donne immigrate, sia alla maggiore rilevanza che viene data a questo fenomeno all’interno degli studi e della ricerca. In questo periodo si ha un incremento dei ricongiungimenti familiari, il quale viene identificato come un processo di stabilizzazione dei flussi migratori, ma che porta le donne del ricongiungimento a vivere estraniare e in condizioni di disagio dovute alla mancanza di affetti e alla perdita di un’identità sociale e lavorativa; queste vengono definite da Mara Tognetti Bordogna le “donne velate”, le donne della tradizione.

In questo decennio inoltre emerge l’aumento della prostituzione e del fenomeno della tratta che, seppur circoscritto ad alcune nazionalità, irrompe nella scena pubblica, nell’ambito della politica, dei media e anche della ricerca. È certamente un fenomeno identificabile come una segregazione occupazionale in quanto le donne vittime di tratta subiscono ogni sorta di abuso, fisico e psicologico: vengono sfruttate, vendute, le vengono tolti i documenti e sono costrette ad abortire. Si può inoltre constatare che l’emergere di quest’ultimo fenomeno porta al consolidamento di stereotipi e rappresentazioni della popolazione migrante femminile che per certi versi oscurano il percorso di integrazione compiuto fino ad ora (Tognetti Bordogna, 2012). Si cominciano a studiare i modelli educativi e la maternità immigrata, la gravidanza vissuta in un Paese nuovo, con nuove procedure, consuetudini, isolata e spesso in contrasto con i propri valori tradizionali.

Con il nuovo millennio si va incontro a un ulteriore bilanciamento tra presenza immigrata maschile e femminile: già nel 2004 le donne immigrate sono il 48% della presenza femminile⁴. Questo forte aumento della presenza femminile è dato da alcune peculiarità del mercato del lavoro italiano, vi è infatti un aumento della richiesta di collaboratrici domestiche, di coloro che volgarmente parlando sono chiamate “badanti”⁵. Queste immigrate hanno come prerogative il pendolarismo e l’irregolarità tra un posto di lavoro e un altro; per la maggior parte sono in età matura e lo scopo della migrazione è il miglioramento della qualità della vita propria e dei figli. Provengono principalmente dall’Europa dell’Est e dalle Filippine e si distribuiscono su tutto il territorio nazionale al servizio di famiglie di ceto medio-alto. Bisogna però non dimenticare che questi decenni sono caratterizzati dall’avvento delle nuove tecnologie e dall’aumento dei voli low-cost che favoriscono le comunicazioni e di conseguenza i flussi migratori diventano transnazionali, in quanto vi è un costante collegamento tra i due mondi: il paese d’origine e il paese d’arrivo della migrazione. Infine vi è un aumento delle donne rifugiate e richiedenti asilo; esse per le politiche sociali sono quasi invisibili e spesso non vengono identificate come soggetti autonomi, ma come madri e mogli, scappano da situazioni violente e complesse e sono costrette a vivere isolate e in solitudine (Ibidem).

Nel corso dei decenni si sono notate certamente delle evoluzioni nelle provenienze, sono cresciuti gli ingressi per motivi familiari, ma anche quelli per motivi lavorativi e si sono, perciò, differenziati diversi percorsi e progetti migratori. Dotti ha suddiviso in categorie in base alla tipologia di progetto migratorio le donne migranti. Le migranti si presentano dunque come protagoniste del progetto migratorio, nel senso che la loro decisione di partire è dettata da un desiderio di acquisire una maggiore libertà personale; sono migranti breadwinner, capaci di dar il via ad una catena migratoria per sé e per i loro familiari; possono essere subalterne, legate alla figura del marito, giunte al suo seguito e con forti legami familiari; co-protagoniste, quindi poste sullo stesso livello dei familiari e coinvolte a pieno nel progetto migratorio; ed infine target-earners: con un progetto migratorio definito nel tempo e con il fine unico del guadagno economico (Dotti, 2008).

⁴ Caritas/Migrantes. *Immigrazione: dossier statistico 2005*. XV rapporto. Roma: Edizioni IDOS; 2005

⁵ Rapporti ISTISAN 06/17

Le motivazioni che spingono la donna a lasciare il paese d'origine per certi versi si avvicinano a quelle maschili – ragioni culturali o politiche, difficoltà economiche, fuga da guerre, povertà – ma presentano delle specificità legate alla condizione di donne sposate, divorziate, madri, violentate, ripudiate; sono legate alla conquista di una propria autonomia economica e sociale, ovvero all'ottenimento di un riconoscimento sociale che sia scollegato dalla loro figura di donna come madre e moglie.

“Con l'emigrazione una donna può sottrarsi all'obbligo di occuparsi dei membri anziani della sua famiglia, o di consegnare il proprio salario nelle mani del marito o del padre, o di sottomettersi ad un marito violento. L'emigrazione può anche essere la soluzione pratica ad un matrimonio fallito e alla necessità di provvedere ai figli senza l'aiuto maschile. [...] In un certo senso, dunque la globalizzazione della cura dei figli e dei lavori domestici accomuna le donne ambiziose e indipendenti di tutto il mondo: quelle in carriera nell'alta borghesia di un paese ricco e quelle indigenti di un Paese del Terzo Mondo o ex comunista dall'economia allo stremo.” (Hochschild and Ehrenreich, 2004, p. 17)

Le donne migranti vanno semplicemente alla ricerca di nuovi orizzonti per se stesse; cercano riscatto da una situazione di inferiorità all'interno del rapporto coniugale, sono tenaci, cercano una soluzione alla povertà, puntano ad ottenere un ruolo sociale e un miglioramento della condizione economica per sé e per la famiglia. Spesso i loro compensi sono inviati nel paese d'origine per contribuire alle spese impreviste, per costruire case per i familiari rimasti in patria, per pagare l'istruzione dei figli. La motivazione principale è quasi sempre il poter assicurare ai figli, spesso lontani ed affidati ad altri parenti, un avvenire migliore; infatti i legami familiari sono al centro dei progetti migratori delle donne molto di più di quanto lo siano negli uomini.

Risulta altrettanto importante sottolineare che le donne migranti debbano essere ritenute protagoniste del proprio progetto migratorio, qualunque esso sia, e non ai margini o subalterne alla figura maschile. Il considerare spesso le donne immigrate in Italia in una posizione inferiore e marginale, genera quello che Sayad definisce il paradosso dell'alterità, dell'immigrato: l'essere assenti dove si è presenti e presenti dove si è assenti.

Sayad afferma:

“(L’immigrato) è due volte presente e due volte assente: qui, nel paese d’arrivo, è presente fisicamente, materialmente, solo in maniera corporale, e assente moralmente, mentalmente, in spirito; laggiù, nel paese d’origine, è nei fatti, fisicamente, materialmente, corporalmente assente, ma moralmente, immaginariamente e spiritualmente presente.” (Sayad, 2008: 93)

Inoltre alle donne spetta il ruolo di tramite tra la cultura d’origine, la loro tradizione – che spesso identifica la donna in relazione alla sua fertilità e capacità riproduttiva – e il nuovo contesto d’arrivo e le sue sollecitazioni, che valorizza la produttività della donna e il suo essere una lavoratrice; possono perciò sentirsi sole a causa di questa duplice distanza dal paese ospite e dal paese d’origine. Per far fronte a questa concezione, secondo Mara Tognetti Bordogna, bisogna studiare la donna all’interno del percorso migratorio considerando tutti gli aspetti, non solo quello economico, ma anche la parte relazionale, personale e del contesto. La globalizzazione ha portato ad una redistribuzione dei compiti delle donne, a una famiglia transnazionale, una maternità transnazionale; ovvero le donne migranti vivono all’interno di reti sovranazionali, in costante collegamento, che permettono alle immigrate di mantenere il proprio ruolo all’interno della famiglia anche se fisicamente distanti – attraverso ad esempio il supporto di altre donne della famiglia – e per mezzo delle quali avviene uno scambio di risorse e pratiche in modo ineguale.

I legami che cercano di tenere vivi con i parenti lontani, impongono loro di far coesistere due culture e società differenti e conflittuali. Il carattere precario e marginale che le immigrate acquistano nel nuovo paese di accoglienza e nel mercato lavorativo, contrasta con la determinazione e la forza che impiegano nel mantenimento dei legami familiari a distanza.

In questo senso il percorso migratorio di una donna immigrata si dirama in due strade che si intrecciano: la continuità e la conservazione dei rapporti familiari e amicali rimasti in patria, in particolar modo i legami irrinunciabili con figli, compagni e genitori, e l’inserimento nel nuovo contesto e territorio, sia lavorativamente sia a livello culturale (legami amicali tra connazionali e non, associazionismo, partecipazione attiva al contesto cittadino, ecc.) (Tognetti Bordogna, 2012).

1.2 IMMIGRAZIONE E DISUGUAGLIANZE DI GENERE

La componente immigrata femminile, come abbiamo già affermato, è sempre stata alquanto numerosa e quantitativamente non distante da quella maschile. Secondo il sociologo Enrico Pugliese a questa uguaglianza numerica apparente, è sempre corrisposta una differenziazione relativa alle nazionalità e alla composizione demografica. Per fare un esempio: in Italia la nazionalità marocchina presenta una componente immigrata fortemente maschile (68,9%), quella filippina invece femminile per il 63%, diversamente quella albanese si presenta abbastanza mista; ciò dimostra come le diverse comunità nel tempo tendano a mantenere un loro specifico modello migratorio. Per di più con il cambiamento del mercato del lavoro e la crescente domanda di forza lavoro immigrata, l'immigrazione femminile risulta quasi essenziale, soprattutto per quanto riguarda il lavoro di cura e domiciliare rivolto principalmente agli anziani (Pugliese, 2006)

La crescita del fenomeno migratorio femminile fa emergere, per gli studiosi, inaspettate e nuove differenze di genere che sfociano anche in veri e propri conflitti di genere. Per molto tempo le immigrate sono state identificate solamente come accompagnatrici degli uomini e identità che si comportano in egual modo a essi, ci è voluto del tempo per riconoscerle come primo migranti e protagoniste di un processo migratorio, il quale, a differenza di quello degli uomini, sembra dare maggior importanza alle reti e alle relazioni. Risulta indubbio che il genere influenzi il grado di autonomia nella scelta di migrare e che una volta avviata la migrazione gli effetti sociali siano inevitabili. Vengono messi a confronto i diversi criteri di intendere i ruoli e la relazione di genere, il confronto con la nuova società mette in discussione l'autorità maschile, le regole familiari, l'autonomia della donna, la tradizione, indipendentemente dal fatto che esse giungano per ricongiungimento familiare o da sole (Massari, 2013).

In alcuni Stati del mondo il dovere di migrare per offrire un benessere economico alla famiglia spetta alla donna. In questi contesti le figlie non sposate decidono di migrare spinte dal volere dei genitori, in quanto ritenute "inutili" in patria. Inoltre vengono ritenute i soggetti più adatti ai contesti strutturali del mondo del lavoro e più affidabili degli uomini. Le donne dunque partono per il bene della famiglia, per mantenere un adeguato livello di benessere, soprattutto se l'uomo non è in grado di provvedere a ciò o se sono capofamiglia;

ma migrano anche per allontanarsi dai contesti e dalle problematiche familiari e per acquisire una propria autonomia (Vianello, 2014).

Emigrare per una donna è dunque sinonimo di rischi e ostacoli. Non sempre l'immigrata viene capita, rispettata e sostenuta nella sua scelta dalla rete familiare; ci sono casi in cui questo tentativo di miglioramento non trova l'approvazione del sistema culturale di riferimento e risulta ancora più complesso partire poiché si corre il rischio di essere escluse e subire violenze.

Anche lo stesso viaggio, che in alcuni casi può durare anche molto tempo, comporta dei rischi diversi rispetto agli uomini migranti: una donna è maggiormente esposta a violenze sessuali e fisiche, a maltrattamenti e abusi. Risulta ancora piuttosto facile cadere vittime del fenomeno della tratta, della prostituzione e dello sfruttamento lavorativo durante il viaggio migratorio. Anche perché in alcuni casi la prostituzione appare la possibilità di lavoro più immediata nel momento in cui le altre vie per raggiungere il paese desiderato sembrano precluse dalle politiche migratorie sempre più restrittive e la mercificazione del proprio corpo risulta per certi versi un passaggio obbligato. Degno d'interesse è anche lo sfruttamento del lavoro femminile, in quanto spesso alle donne, alla partenza, vengono promesse condizioni lavorative adeguate e un compenso economico dignitoso, ma una volta giunte in Italia sono costrette a compiere lavori pesanti, con orari impropri, senza contatti con l'esterno, non in regola ed emarginate. Si tratta soprattutto di collaboratrici domestiche irregolari che vertono in condizioni di forte sfruttamento e che, a causa di un sistema legislativo alquanto rigido, non hanno la possibilità far emergere questo fenomeno.

Queste differenze di genere si manifestano inoltre quando si parla di salute dei migranti: i costi umani della doppia presenza femminile sono alti, hanno minori possibilità reddituali e di carriera, alti rischi lavorativi, pensioni più basse, maggiori responsabilità di cura sia verso gli anziani sia verso i bambini e hanno meno disponibilità di ritagliarsi del tempo per sé e la propria salute (Corradi, 2008).

CAPITOLO II

LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI

La salute rappresenta un diritto inderogabile e fondamentale; riconosciuta dalla Costituzione italiana⁶, è un bene primario che permette a qualsiasi individuo, donna o uomo di qualsiasi provenienza, di usufruire dei benefici di un sistema sociale e di essere parte attiva di una comunità ed è un diritto personale in quanto ogni soggetto è libero di amministrarla in base alle proprie priorità e preferenze. Certamente la salute determina la struttura sociale, poiché coloro che presentano una salute instabile e più debole, beneficiano di un diritto alla cittadinanza limitato; questo certamente è caratteristico maggiormente dei migranti, di coloro che compiono la loro esperienza migratoria e considerano la loro opportunità di aumentare le loro risorse economiche sulla base della loro condizione di salute (Tognetti Bordogna, 2012).

La salute della donna straniera è stata trattata solo recentemente in Italia e in ritardo rispetto ad altri paesi europei, le cause sono principalmente due: fino agli anni '90 le donne migranti, com'è stato spiegato nel capitolo precedente, erano davvero poco visibili e, allo stesso tempo, prese in considerazione come forza lavoro e corpo da sfruttare (Tognetti Bordogna, 2012); tralasciando completamente l'importanza che esse hanno non solo nella produzione, ma soprattutto nella riproduzione biologica. Questa poca attenzione a tutti gli aspetti e peculiarità della salute femminile delle migranti porta a perdere di vista la cause di questa disparità; esse possono essere sia cause materiali (condizioni lavorative, abitative), sia psico-sociali (difficoltà di adattarsi al nuovo contesto, emarginazione, difficoltà psichiche).

⁶ Art. 32 della Costituzione Italiana: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

In questo capitolo, attraverso le ricerche degli studiosi competenti, si cercherà di introdurre il tema della salute, delle disuguaglianze in salute, dell'accesso ai servizi e l'offerta del Sistema Sanitario Nazionale nei confronti della popolazione immigrata; mantenendo sempre l'attenzione riguardo alla componente femminile in un'ottica di genere. Verranno presentati i profili di salute della popolazione migrante maschile e femminile in Italia attraverso alcune ricerche sociali e le modalità di accesso ai servizi sanitari.

2.1 LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

Certamente la popolazione immigrata ha modificato economicamente, culturalmente e socialmente la forma del nostro paese ed è importante considerarla come parte organica, non solo emergenziale, della nostra comunità.

In questi ultimi decenni l'aumento della componente immigrata ha messo fortemente alla prova il nostro sistema sanitario e le modalità di risposta ai bisogni di salute portati da coloro che manifestano più elevati rischi per la salute rispetto agli autoctoni. Emergono molte disuguaglianze di salute tra immigrati e autoctoni che determinano poi uno svantaggio sociale ed economico, lo studioso Beneduce afferma che sono tre i principali motivi che hanno portato e che portano a tali disuguaglianze e che sarebbe necessario affrontare per garantire un'uguale fruizione del diritto alla salute:

- L'essere iscritti al Servizio Sanitario Nazionale non significa poter usufruire delle prestazioni tutti allo stesso modo; risulta necessario conoscere l'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, essere informati in merito alle specifiche patologie, avere una stessa concezione di salute e di star-bene, aspetti che per uno straniero, nuovo all'organizzazione sanitaria italiana, non sono di immediata comprensione, la conseguenza è l'inserimento di questa fetta di popolazione all'interno di un circolo di incomprendimento e insoddisfazione dell'offerta dei servizi;
- La condizione di emarginazione sociale e la bassa qualità di vita in cui vertono gli immigrati condizionano la loro salute;

- Il modello di sanità presente in Italia non tiene abbastanza in considerazione i vissuti e le esperienze della popolazione immigrata, non valorizza le loro competenze e le loro risorse originarie (Beneduce, 1994).

Ulteriori motivi di disuguaglianza sono di certo le barriere linguistiche e culturali, in quanto la malattia di un individuo non si identifica solo attraverso le cause e le evidenze fisiche, ma è dovuta anche da aspetti socio-culturali che ogni persona vive e affronta, i quali per essere compresi necessariamente vanno raccontati e capiti.

È necessario sottolineare il fatto che in Italia giungano i “*migranti sani*”, ovvero immigrati giovani e sani che hanno superato l’autoselezione all’origine e durante il viaggio migratorio, e perciò la causa dei loro problemi di salute si identifica con le condizioni di vita precarie e inadatte, in cui sono costretti a vivere una volta giunti nel nuovo contesto di migrazione.

Nel nostro paese da decenni permane il preconcetto che la popolazione immigrata sia portatrice di malattie e infezioni, ma studi epidemiologici provano che, ormai da tempo, il legame tra il fenomeno della migrazione e il rischio di malattie infettive è molto debole e trascurabile; resta invece forte la relazione tra salute e condizioni di vita. Uno dei primi sociologi a evidenziare questo fenomeno fu l’algerino Abdelmalek Sayad nel suo libro “*La doppia assenza*”. Prendendo come esempio la situazione degli immigrati algerini in Francia, identifica nella malattia e nella sofferenza le condizioni in cui si evidenziano maggiormente le contraddizioni dell’essere immigrato:

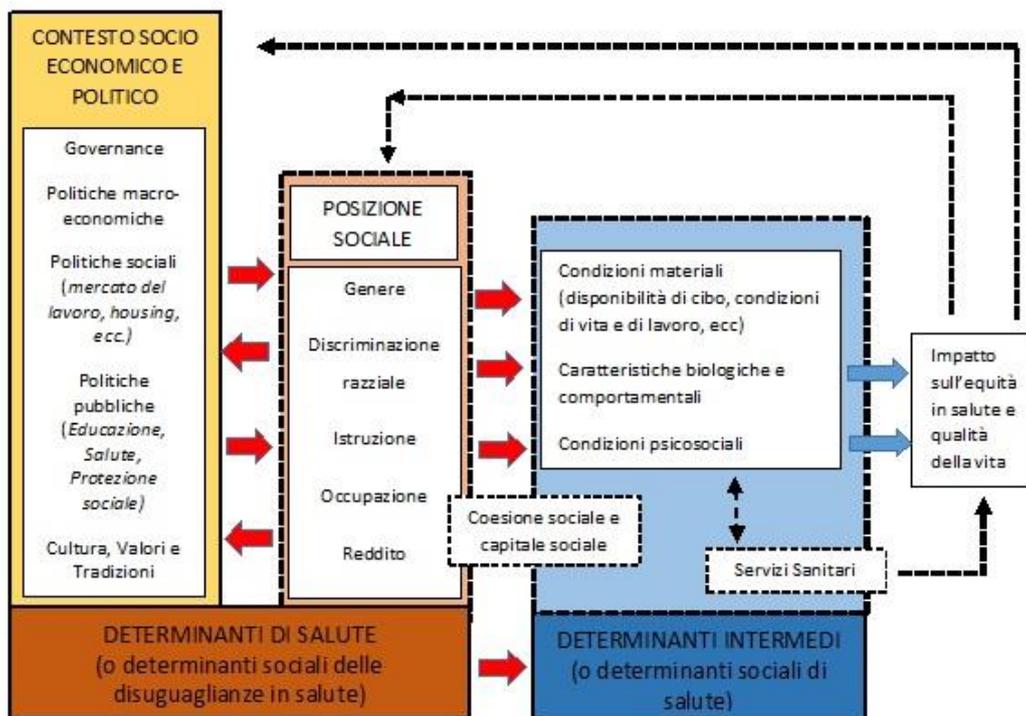
“L’immigrato non ha senso, ai propri occhi, e agli occhi del suo entourage, e al limite esiste solo attraverso il lavoro, la malattia in sé, ma forse ancor di più il vuoto che essa comporta, può soltanto essere vissuta come la negazione dell’immigrato. [...] Tra le altre difficoltà la malattia sembra privare il lavoratore immigrato e malato dello status che ha nell’immigrazione e del relativo equilibrio.” (Sayad, 2002, p. 242)

Nell’immaginario pubblico l’immigrato e l’immigrata esistono nel nuovo contesto di arrivo solo tramite il lavoro e ciò che possono dare al mercato del lavoro, per questo la condizione di immigrato fa fatica ad andare a braccetto con quella di malato. La malattia non può essere inclusa nel progetto migratorio e non è permesso che intacchi l’unico strumento che l’immigrato ha a disposizione: il proprio corpo.

Ne consegue che i migranti che giungono in Italia godono di buona salute e sono forti delle loro condizioni fisiche, ma una volta arrivati a destinazione devono fare i conti con una serie di aspetti che vanno al di là della loro fisicità, ma che intaccano ugualmente la loro salute. Essi fin da subito occupano le posizioni più svantaggiate della gerarchia sociale, vivono in pessime condizioni abitative, hanno un reddito basso, sono dequalificati, precari e hanno un livello di istruzione minore, ed è dimostrato che la posizione socio-economica è proporzionale allo stato di salute. Sono maggiormente esposti a rischi e a stili di vita malsani – abuso di sostanze, alimentazione sbagliata, fumo, scarso esercizio fisico – e a rischi da lavoro e ambientali, poiché le condizioni di lavoro sono svantaggiate e precarie, e a discriminazione razziale. In generale gli immigrati sono più vulnerabili ai fattori di rischio sulla salute, sia per una componente genetica (ad esempio una specifica malattia come il diabete), sia acquisita (come una mancata vaccinazione immunizzante a un determinato virus).

A tutto ciò va associato il malessere psicologico dovuto allo sradicamento culturale. La letteratura in questo caso parla di “*effetto migrate esausto*”, vi sono infatti numerosi ricoveri annui per traumi legati alle inadeguate condizioni di vita, lavorative e depressioni. Con gli anni il passaggio da migrante sano a migrante esausto è sempre più breve, a testimonianza che la salute di coloro che giungono in Italia si sta sempre di più consumando. Infine bisogna ricordare che per coloro che giungono in Italia ricongiunti da familiari o connazionali, l’effetto migrante sano ha un esito minore o non si verifica. A conferma di quanto detto la Commissione sui Determinanti Sociali di Salute (OMS) afferma che certamente la posizione sociale ha un ruolo fondamentale nelle condizioni di salute di ogni individuo, in quanto la posizione degli individui nella gerarchia sociale determina anche il grado di esposizione ai rischi e il grado di vulnerabilità.

Qui di seguito si riporta il modello concettuale dei determinanti delle iniquità di salute proposto dalla CSDH (Solar e Irwing, 2010)⁷:



Per il sociologo Fabio Perocco sono tre i principali ambiti di disuguaglianza di salute: gli infortuni e le malattie professionali, le conseguenze sulla salute del disagio abitativo e i problemi legati alla maternità.

Il lavoro, oltre a vantaggi economici legati alla sussistenza personale e familiare, dà vita a dinamiche positive e negative legate alla salute dell'individuo e, in un secondo momento, della comunità. Il tasso di infortuni nei lavoratori immigrati è molto alto, più alto di quello dei lavoratori autoctoni: tra il 2003 e il 2005 il tasso infortunistico dei lavoratori immigrati è stato del 60%, con una media nazionale del 40%; nel 2010 i casi di infortunio registrati sono stati 120.135⁸, mentre nel 2016 gli infortuni di lavoratori stranieri denunciati all'INAIL sono stati 96.217 (il 15% del totale circa). Questo elevato numero di infortuni è certamente determinato da condizioni di lavoro insalubri e da mansioni ad elevato rischio

⁷ In *La salute negata*, Terraneo M., 2018.

⁸ Dati Inail sull'andamento degli infortuni sul lavoro, INAIL (2011 e 2016)

di infortunio, solo in un secondo momento dipende da difficoltà linguistiche e dalla scarsa socializzazione nel lavoro industriale (Perocco, 2012). Nei confronti dei lavoratori immigrati è richiesta una particolare attenzione, è importante che i tassi infortunistici vengano analizzati tenendo in considerazione alcuni determinanti di rischio legati al contesto e al territorio: distribuzione dei lavoratori stranieri all'interno del territorio nazionale, del lavoro irregolare e di quello autonomo, l'andamento delle risorse economiche (Persechino, 2018⁹). Per quanto riguarda le malattie professionali si ritiene che la maggior parte dei lavoratori immigrati sia impiegata in settori altamente nocivi (industrie delle materie plastiche, dei metalli, della gomma, del legno) e logoranti, come ad esempio il lavoro di cura. Quest'ultimo infatti, nonostante sia svolto in un ambito protetto e casalingo, porta con sé rischi per la salute non solo fisica, ma anche psichica della lavoratrice. Nel 2016 il 75% di collaboratori familiari in Italia sono donne straniere e nel 2015 gli infortuni sul lavoro di collaboratrici domestiche straniere sono stati 3195, il 71,4% del totale (Petyx, Benedetti, Buresti, Rondinone, Persechino, 2018⁹).

⁹ In *"Dinamiche di salute e immigrazione tra comunità e nuovi bisogni"*, Atti del XV Congresso Nazionale di SIMM, 2018, a cura di Bonciani, Geraci, Marceca, Rinaldi, Russo.

SCHEDA 1 – LAVORO DI CURA E DISUGUAGLIANZE

Abbiamo appreso che le donne e i lavoratori stranieri in generale coprono le mansioni più rischiose, pericolose, mal pagate, precarie e usuranti – con un alto tasso di incidenti e patologie lavoro-correlate – e la loro salute peggiora nel corso del percorso migratorio. Per le donne impegnate nel lavoro di cura è possibile affermare che la fatica lavorativa sia doppia, infatti in Italia il contributo domestico da parte degli uomini è molto ridotto e marginale. La donna si trova a dover gestire il duplice lavoro di cura – nel contesto familiare e in quello lavorativo – a spese della propria salute.

L'invecchiamento della popolazione dei paesi del Sud-Europa, tra cui l'Italia, ha condotto ad una maggiore richiesta di figure capaci di assistere la popolazione anziana per un periodo medio-lungo e senza sosta, all'interno di politiche e risorse socio-sanitarie in riduzione. Questa tipologia lavorativa porta ad una segregazione occupazionale, ad una modalità di lavoro precario, minor retribuzione e ad un peggioramento dello stato di salute. La ricercatrice Vianello afferma infatti che "il bisogno di reddito è così forte, che le migranti sono spinte a lavorare anche quando soffrono di più patologie croniche, questo a sua volta le porta a sottostimare i propri problemi di salute" (2020). Inoltre anche a livello psichico e relazionale tale condizione comporta dei rischi: spesso sono costrette a rinunciare ai rapporti familiari e amicali, o a viverli a distanza, i loro contatti sono limitati alle mura domestiche e il loro lavoro comporta un costante richiamo alla sfera emotiva e affettiva dell'assistere.

Dalle ricerche emerge dunque che il lavoro di cura è un lavoro usurante sul piano fisico e mentale, anzi appare più associabile a problematiche di tipo psichico, piuttosto che fisico. Il logoramento viene identificato nella mancanza di tempi di riposo e di sonno, nei lunghi orari di lavoro, nella reclusione, nel coinvolgimento emotivo, che non lasciano spazio alla donna di prendersi cura di se stessa e di riconoscere il proprio valore lavorativo. In quest'ottica si parla di "Sindrome Italia", identificata in questi ultimi anni come una serie di sintomi psichici di sofferenza e malessere che si manifestano nelle migranti in ritorno dall'Italia. In conclusione risulta fondamentale poter ripensare e regolamentare le politiche di assistenza domiciliare in Italia, ponendo maggiore attenzione nella condizione delle donne immigrate. Condizione che ad oggi a livello sanitario è riconosciuta principalmente in termini di riproduzione biologica e non di conseguenze da lavoro usurante.¹⁰

Sulla salute incide poi la condizione abitativa: il sovraffollamento, la collocazione urbanistica dell'abitazione, la qualità di essa, ecc. Gli immigrati una volta giunti in Italia si trovano costretti ad affittare alloggi del tutto precari, pur di non restare senza un tetto.

¹⁰ *Il lavoro che usura*, Redini, Vianello, Zaccagnini, 2020 – *Salute e ambiente: diversità e disuguaglianza sociali*, Corradi, 2008

Gli studi dimostrano che vi sia un collegamento tra l'abitazione e l'apparato respiratorio¹¹; in molti casi faringiti, bronchiti, asma, allergie sono conseguenze di un clima malsano, umidità, presenza di muffe, pessime condizioni abitative. Inoltre il disagio abitativo concorre al peggioramento della salute mentale, sommandosi alle situazioni negative che un immigrato incontra durante il suo percorso migratorio. Infine Perocco cita la salute riproduttiva come fattore di incremento delle disuguaglianze di cui tratteremo nel capitolo seguente (Perocco, 2012).

Negli ultimi decenni le politiche sanitarie di accesso all'assistenza sanitaria degli immigrati, così come l'organizzazione dei servizi e la formazione degli operatori, hanno compiuto degli importanti passi in avanti, ma ancora non è sufficiente; risulta fondamentale riuscire a pensare ad una sanità non solo curante dell'aspetto e delle conseguenze fisiche della salute e delle malattie, ma anche attenta alle condizioni lavorative, abitative, ai cambiamenti e alle trasformazioni sociali, poiché, come abbiamo visto, le disuguaglianze di salute hanno radici sociali. Nell'organizzazione e sviluppo di tali politiche sanitarie nei confronti dei migranti risulta quindi fondamentale tener conto dell'eterogeneità della componente migrante: del diverso stato giuridico (rifugiati, richiedenti asilo, ricongiungimenti familiari) e della diversa provenienza; inoltre il fatto che sono le condizioni in cui si trovano a vivere e che affrontano durante il viaggio migratorio a minare la loro salute e il loro benessere (Geraci, 2018).

2.2 NORMATIVA IN RIFERIMENTO ALLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI

La salute è un diritto di ogni individuo e un obbligo degli Stati che hanno il compito di promuovere il benessere dei propri cittadini. Nel contesto internazionale questo diritto emerge per la prima volta il 10 dicembre 1948, all'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e poi nel 1949 nella Dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nella quale la salute viene definita come *“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia”* e il diritto ad essa viene inteso sulla

¹¹ Il 10% delle malattie diagnosticate agli immigrati riguarda patologie dell'apparato respiratorio.

base non del concetto di uguaglianza, ma di equità, sull'obiettivo di fornire ad ogni individuo i giusti mezzi e le giuste conoscenze per favorire le condizioni necessarie a raggiungere un adeguato livello di salute.

In Italia si comincia a trattare il concetto di salute e di diritto alla salute nei primi decenni del '900, con l'istituzione delle prime casse mutue per i lavoratori, ma si sancisce tale diritto con l'approvazione della Costituzione nel 1948. Il diritto alla salute è perciò sancito nell'art. 32 della Costituzione Italiana, in cui la salute viene concepita come *“diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”*, ciò significa che tale diritto non può essere limitato ai soli cittadini, ma deve essere garantito a tutti coloro che vivono nel territorio nazionale.

Nello specifico il diritto alla salute per i migranti viene esplicitato più tardi nel Testo Unico sull'Immigrazione (Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286). Prima infatti le politiche in materia di salute e sanità straniera erano rivolte essenzialmente a lavoratori immigrati, regolarmente soggiornanti e residenti sul territorio italiano; con il Decreto Dini nel 1995 (D.L. n. 489) l'Italia compie il primo passo: l'art. 13 permette l'emersione del diritto alla salute a tutti gli stranieri – diritto che prima era preso in carico da cooperative e associazioni del terzo settore – , estende l'opportunità di ricorrere a cure ambulatoriali anche per gli stranieri irregolari o temporaneamente presenti sul territorio e pone il divieto di segnalazione da parte del personale sanitario. In ogni caso, come anticipato, è la Legge n. 40 del 1998, la Turco-Napolitano (confluita poi nel Testo Unico sull'Immigrazione), a sancire organicamente il diritto alla salute per gli immigrati. Essa definitivamente estende il diritto all'assistenza sanitaria per gli stranieri presenti in Italia, anche se non in regola con le norme di soggiorno e ingresso, e rappresenta un importantissimo traguardo per la nostra nazione, poiché l'Italia fu il primo Stato a riconoscere il diritto alla salute a qualsiasi individuo presente sul territorio, dando prova di umanità e cultura.

Più precisamente all'art. 34 del Testo Unico viene trattata l'assistenza sanitaria in riferimento agli immigrati regolari, l'art. 35 espone il diritto alla salute per gli immigrati irregolarmente presenti in Italia, infine l'art. 36 disciplina l'ingresso e il soggiorno per cure mediche.

Tale norma ha eliminato i requisiti di iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale, quali residenza o limite temporale, che in passato ostacolavano l'assistenza sanitaria nei confronti sia degli immigrati regolarmente soggiornanti sia dei familiari a carico. All'art 34 si afferma che:

“Hanno l’obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso attività di lavoro subordinato o autonomo, per motivi familiari, per asilo, per protezione sussidiaria, per richiesta di asilo, per attesa adozione, affidamento, per acquisto della cittadinanza.”

Inoltre coloro che non rientrano nelle categorie sopra indicate hanno la possibilità e sono tenuti ad *“assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità, mediante stipula di polizza assicurativa privata”* oppure a iscriversi volontariamente al Sistema Sanitario Nazionale.

Per gli stranieri irregolarmente presenti sul territorio italiano, l'art. 35 prevede che siano assicurate *“le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia e infortunio”*, in particolare sono garantite la tutela della gravidanza e della maternità (le donne immigrate irregolari in gravidanza hanno diritto ad un permesso di soggiorno per cure mediche di una durata temporale che va dal sesto mese di gravidanza al sesto mese di vita del bambino, ma che non è rinnovabile, e che per quel periodo garantisce l'iscrizione al SSN), la tutela della salute del minore, le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale e la diagnosi e la cura delle malattie infettive. Nei confronti di tali utenti viene rilasciato un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente)¹², una sorta di tessera sanitaria per gli stranieri irregolari, e non è previsto alcun obbligo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza al momento della fruizione del servizio, salvo nei casi previsti dalla legge a parità di condizione con un cittadino italiano.

Il Testo Unico sull'Immigrazione ha significato un'importante svolta per la salute dei migranti e sulla base di esso sono stati poi strutturati i piani sanitari nazionali seguenti. Risulta importante perché non prende in considerazione solo la parte medica e sanitaria

¹² Il codice STP, regolamentato all'art. 43, comma 3 del Regolamento di attuazione del Testo Unico sull'Immigrazione, è composto dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla regione e alla struttura sanitaria erogante e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

del concetto di salute, ma affronta anche temi etici, culturali e psicologici, dimostrando un approccio inclusivo. Tale approccio ha resistito nel tempo e nonostante qualche incertezza non è stato messo in discussione dai provvedimenti normativi. La legge Bossi-Fini, L. n. 189/2002, sebbene abbia comportato delle rigidità aggiuntive legate alla condizione di immigrati-lavoratori, non ha apportato modifiche agli articoli riguardanti la salute. Nel 2009 il Governo di destra ha proposto l'abolizione del divieto di segnalazione di migranti irregolari da parte del personale sanitario, con il Pacchetto Sicurezza (L. n. 37/2009), proposta che non è stata accolta dagli operatori sanitari e che è stata poi ritirata, salvaguardando ancora una volta il diritto alla salute dei migranti presenti in Italia.

Infine secondo Serena Battimolo (Direzione generale della prevenzione presso il Ministero della Salute), la salute degli immigrati risulta *“strettamente connessa ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociali messi in atto nel Paese ospite”*; è per questo che si ritiene che parte delle patologie e delle problematiche di salute dei migranti derivino da condizioni lavorative, abitative, da stili di vita malsani, dal rapporto con le istituzioni. Dunque risulta importante che la tutela della salute sia rispettata e prevista in tutte le fasi del percorso migratorio e di accoglienza. All'art. 62 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017, che prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, si ribadiscono infatti la parità di trattamento e la piena uguaglianza ai cittadini italiani in termini di assistenza sanitaria¹³.

2.3 IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE, LE DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI E L'IMMIGRAZIONE

Il Sistema Sanitario Italiano venne istituito dalla Legge n. 833 del 1978; esso si basa su quattro principi che si rifanno al concetto di equità:

- *L'universalità della copertura*, per il quale si garantiscono le prestazioni sanitarie a tutta la popolazione senza distinzioni;

¹³ *L'impegno del Ministero della Salute per un approccio nazionale inclusivo per la salute dei migranti*, Battimolo, in *“Dinamiche di salute e immigrazione tra comunità e nuovi bisogni”*, Atti del XV Congresso Nazionale di SIMM, 2018, a cura di Bonciani, Geraci, Marceca, Rinaldi, Russo.

- *L'uguaglianza di trattamento*: a parità di bisogno, tutti i cittadini hanno il diritto di essere trattati allo stesso modo;
- *La globalità delle prestazioni erogate*, il quale richiama il servizio sanitario a farsi carico di tutti i bisogni dei cittadini, non solo alle esigenze di salute e alle cura delle malattie;
- *L'equità del finanziamento*, il servizio sanitario italiano si basa sulla fiscalità generale, in modo tale che ognuno contribuisca in base alle proprie risorse.

Il Sistema Sanitario Nazionale è stato poi istituito su una base territoriale regionale, originando le Unità Sanitarie Locali, convertite poi in Aziende. Questa suddivisione, avvenuta in seguito alle riforme degli anni '90, e nello specifico con le Modifiche del titolo V, ha condotto ad una forte eterogeneità territoriale e diversi modelli di governance che in certi casi mettono in dubbio l'universalità del Sistema Sanitario Italiano. Alcuni studiosi affermano che l'offerta sanitaria non garantisca un completo accesso ai servizi da parte di alcuni gruppi specifici di popolazione, come ad esempio i cittadini più poveri; altri ritengono che ci sia una preoccupante disparità nella qualità e nella quantità di servizi offerti all'interno dei diversi territori dell'Italia, essi sono migliori e più numerosi al Nord piuttosto che al Sud; altri ancora si soffermano sui costi elevati che ricadono sugli utenti dei servizi (Terraneo, 2018).

I gruppi vulnerabili che presentano degli svantaggi in termini di accesso ai servizi sanitari, che gli studiosi hanno identificato, sono i poveri, gli anziani e gli immigrati. I poveri poiché per garantire il miglior stato di salute occorre impiegare delle risorse economiche, le quali non sono distribuite equamente, perciò non tutti i gruppi hanno a disposizione lo stesso ammontare per la difesa della propria salute, inoltre una spesa sanitaria qualunque, come anche il pagamento del ticket, peggiora le condizioni e mette in difficoltà inevitabilmente la fascia più povera delle società. Gli anziani in quanto componente in costante aumento, che necessita di maggiori cure sanitarie e presenta maggiori bisogni. Infine gli immigrati, le condizioni dei quali portano, come si è precedentemente spiegato, a disuguaglianze sistematiche nel mercato del lavoro, nella condizione abitativa, nell'istruzione e nello stato di salute. Infatti le stesse disuguaglianze che colpiscono gli altri gruppi vulnerabili della società (poveri, anziani) sono incrementate dalle condizioni sociali,

relazionali, economiche instabili caratteristiche della migrazione. Marco Terraneo, nel suo libro “La salute negata”, porta come esempio gli studi di Solar e Irwing i quali affermano che, poiché gli immigrati occupano le posizioni peggiori della scala sociale, l’etnia può essere considerata un fattore determinante per la salute di ogni individuo:

“Constructions of racial or ethnic differences are the basis of social divisions and discriminatory practices in many contexts. [...] In societies marked by racial discrimination and exclusion, people’s belonging to a marginalized racial/ethnic group affects every aspect of their status, opportunities and trajectory throughout the life-course. Health status and outcomes among oppressed racial/ethnic groups are often significantly worse than those registered in more privileged groups or than population averages”¹⁴.

Vengono dunque individuati cinque fattori che determinano le disuguaglianze di salute da parte degli immigrati: culturali, genetici, etnici, relativi al percorso migratorio e legati alla posizione socio-economica. Per di più i migranti risultano più vulnerabili in quanto esposti maggiormente a fattori di rischio e di conseguenza manifestano più bisogni di salute rispetto alla popolazione autoctona.

A livello territoriale e regionale sono numerose le disparità in termini di diritto alla salute nei confronti della popolazione sia autoctona che migrante. La riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n. 3/2001) ha ripartito le funzioni tra Stato e Regioni, la tutela della salute immigrata è ora suddivisa tra la competenza legislativa esclusiva dello Stato e la competenza concorrente delle Regioni, ampliando dunque le competenze e i ruoli delle aziende sanitarie locali. Lo stato infatti promulga leggi riguardanti le politiche migratorie, i flussi migratori e il controllo; le Regioni invece hanno il compito di legiferare in termini di politiche sanitarie. Ciò ha portato ad un’attuazione dei sistemi sanitari regionali differente e difforme sul territorio italiano e ha dato luogo a disuguaglianze nell’offerta di servizi e prestazioni e a un’intensità di cura molto varia. Gli aspetti più critici e discriminanti per gli immigrati all’interno dei sistemi regionali riguardano la conoscenza dei servizi, gli aspetti amministrativi e burocratici, le discriminazioni al momento dell’accesso ai servizi sociali (Battilomo, Atti del XV Congresso Nazionale SIMM, 2018).

¹⁴ Solar, Irwing (2013), in “La salute negata”, M. Terraneo, 2018

Una prima differenza all'interno delle politiche sanitarie regionali secondo gli studi di Marco Terraneo emerge nella ripartizione regionale del budget per il sistema sanitario. Se prima del 2013 la ripartizione avveniva in relazione al numero di residenti regionali, dal 2013 avviene considerando i cosiddetti costi standard, tenendo sempre conto della distribuzione per età degli abitanti poiché si presume che la popolazione anziana necessiti di maggiori servizi sanitari. La disuguaglianza non è una conseguenza diretta di questa modalità di distribuzione del budget, che risulta giusta se circoscritta, ma del fatto che la suddivisione non tiene conto delle complete condizioni di salute della popolazione, dell'efficienza dei servizi sanitari, delle infrastrutture presenti sul territorio e delle condizioni socioeconomiche. Secondo gli studiosi nel complesso l'Italia si presenta attenta alle politiche sanitarie rivolte agli immigrati, nonostante un po' di ritardo al Sud e incertezze in alcune regioni del Nord. La ricerca condotta da Geraci, Bonciani e Martinelli dimostra che al centro-nord sono presenti, in termini complessivi, maggiori opportunità di integrazione per gli immigrati, ma tali opportunità sono messe a disposizione in quantità minore rispetto a quelle riferite agli autoctoni.¹⁵ In questa ricerca condotta con il sostegno della Caritas diocesana di Roma e della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) si sono individuati degli indicatori di base per studiare al meglio le differenze territoriali in questione, si sono analizzate le azioni di prevenzione e promozione della salute nei confronti degli immigrati, la formazione degli operatori sanitari, gli strumenti di mediazione, sono stati poi osservati gli interventi e gli accessi della popolazione irregolare e si sono prese in considerazione le direttive nei confronti di coloro che risultano sprovvisti di copertura sanitaria. Nelle conclusioni emerge un buon livello di attenzione nei confronti della salute della popolazione immigrata per quasi metà delle regioni italiane, alcune criticità emergono in Calabria e Basilicata in cui le politiche sanitarie immigrate hanno uno scarso impatto.

¹⁵ *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010 (in collaborazione con Caritas diocesana di Roma, SIMM)

Infine rilevante è il rapporto tra sistema pubblico e sistema privato socio-sanitario. Secondo le ricerche della studiosa Chiara Bodini, in questi ultimi anni, alcune regioni, come la Lombardia, presentano un importante definanziamento a discapito dei servizi sanitari pubblici e una totale delega ai privati nei confronti di alcuni ambiti di assistenza. Al contempo cresce a livello nazionale l'offerta di servizi privati e di assicurazioni inseriti all'interno dei contratti lavorativi e agevolati. Si delinea perciò un contesto diseguale, in cui al servizio sanitario pubblico si rivolgono i meno abbienti o coloro che non hanno una copertura contrattuale, invece per chi ha possibilità economiche o assicurazioni contrattuali ha a disposizione una sanità privatizzata¹⁶.

2.4 L'ACCESSO, L'UTILIZZO E L'OFFERTA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Uno dei fattori che determinano le disuguaglianze di salute è la disparità di accesso e di fruizione di servizi sanitari adeguati e specializzati. Questo discriminante nella teoria è evitabile, nella pratica si scontra con alcune barriere. Il primo aspetto da perfezionare sono le barriere giuridiche che impediscono il pieno godimento del sistema sanitario; vi è poi una componente economica che riguarda la quota di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e che rappresenta un ostacolo per coloro che non hanno un rapporto di lavoro stabile e regolare; infine emergono disuguaglianze in comune tra i cittadini di un determinato stato sociale, accentuate dalle difficoltà culturali e linguistiche. Difficoltà e differenze che si denotano nel sistema di vita familiare, nel complesso di pratiche e credenze e nelle modalità con cui partecipano e si relazionano con i servizi di assistenza sanitaria.

Queste concezioni diverse e pratiche nascono da un diverso modo di intendere il concetto di salute, da una differente esperienza in altri sistemi sanitari e dalla conoscenza di altre pratiche sanitarie alternative o tradizionali. Bisogna tener conto che vi sono inoltre diverse concezioni del significato di normalità, discrepanze nella rappresentazione del corpo e della psiche, differenti modi di trattare con i sintomi e predilezioni verso alcuni rimedi piuttosto che altri. Le conoscenze dei popoli del concetto di salute sono molto

¹⁶ *I mille volti della migrazione e l'impegno della SIMM di ieri, di oggi e di domani*, Bodini, in *Dinamiche di salute e immigrazione tra comunità e nuovi bisogni*, a cura di Bonciani, Geraci, Marceca, Rinaldi, Russo, 2018

diverse e per molti la medicina tradizionale risulta molto elaborata e considerata diversamente da quella che è la concezione occidentale di salute. Infine permane l'ostacolo della lingua e le difficoltà di comunicazione.

L'accesso ai servizi di assistenza sanitaria avviene in base alla residenza e allo status occupazionale; le donne immigrate, rispetto agli uomini, sono occupate come collaboratrici domestiche e hanno una migliore posizione giuridica e sono maggiormente facilitate nell'utilizzo dei servizi. Queste immigrate spesso nel loro paese d'origine sono laureate, hanno frequentato scuole di specializzazione, sono cassiere, operaie, parrucchiere, ma qui in Italia subiscono una mobilità verso il basso che ricade nella loro condizione di salute. Per di più la popolazione immigrata non riconosce il servizio sanitario come possibilità di creare un progetto di salute efficace e attivo, ma ne usufruisce per risolvere problemi urgenti. (Beneduci, 1994)

Anche gli studi recenti condotti da Marco Terraneo e Mara Tognetti Bordogna¹⁷ sottolineano questa connessione tra salute e condizioni di vita. Partendo dal riconoscimento, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), del diritto di accesso alle cure e ai servizi sanitari come fondamentale, si sottolinea che l'Europa garantisce ai propri sistemi sanitari una copertura universale dei costi dell'assistenza sanitaria e dei suoi servizi, ma che questo non dimostra che ogni individuo possa godere in egual modo dell'utilizzo dei servizi sanitari. Lo studio ha comprovato un forte legame tra caratteristiche socio-demografiche e impiego dei servizi sanitari di assistenza, il quale legame porta a parlare di iniquità dell'uso dei servizi sanitari.

Il fine di queste disuguaglianze non è sempre univoco e chiaro, nonostante si possa dichiarare che in linea generale l'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata sia svantaggiato. Gli studi evidenziano uno sbagliato e esagerato ricorso al servizio di Pronto Soccorso e un minore utilizzo dei programmi di screening rispetto alla popolazione autoctona.

¹⁷ Terraneo, Tognetti Bordogna, *“Possibile studiare la relazione tra immigrazione e salute in Italia? Molte questioni, ancora pochi dati”*, rassegna italiana di sociologia, ottobre-dicembre 2018

Queste ricerche riguardanti la salute della popolazione immigrata in Italia, effettuate a partire dall'accesso ai servizi sanitari territoriali, dimostrano quanto è stato precedentemente affermato: la componente immigrata è simile a quella autoctona per quanto riguarda le condizioni di salute iniziali, le quali sono particolarmente forti sane e riducono significativamente l'utilizzo dei servizi. Questo profilo si identifica con i primo migranti, i migranti di prima generazione che avviano il loro progetto migratorio con scopi lavorativi e che hanno con sé un importante capitale di salute, che li rende mediamente più sani. Questo vantaggio rispetto alla componente italiana, con la permanenza nel nostro paese si riduce e gli immigrati mostrano sempre di più caratteristiche tipiche delle fasce più basse della società.

I dati forniti dall'Istituto Superiore della Sanità dimostrano che l'accesso degli immigrati alle prestazioni sanitarie come visite mediche è minore rispetto agli italiani; nello specifico gli accertamenti specialistici si dimezzano per la popolazione straniera. Anche l'analisi dei ricoveri stranieri in ospedale abbraccia questa tendenza nello specifico nel 2003 i ricoveri ospedalieri di persone immigrate provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) sono stati 238.593, pari al 2,6% dei ricoveri effettuati in tutta Italia.

Emerge invece un elevato tasso di accesso al servizio di Pronto Soccorso, anche a causa di un numero maggiore di incidenti, lavorativi e non, registrati a scapito della popolazione immigrata.

Per concludere è fondamentale trattare, non solo il tema della domanda, ma l'offerta dei servizi sanitari, cosa accade all'interno di essi e agli operatori. L'organizzazione del sistema sanitario, intesa come insieme di procedure, regole, strumenti, ha rilevanti conseguenze nella risposta ai bisogni portati dalla popolazione immigrata. Un secondo aspetto importante è giocato dal ruolo che hanno le figure professionali all'interno dei servizi (medici, infermieri, assistenti sociali, mediatori culturali, ecc.), i quali interagiscono direttamente con i soggetti e possono facilitare l'accesso ai servizi. Gli operatori socio-sanitari hanno la possibilità di condizionare fortemente sul percorso di salute della popolazione migrante che a loro si rivolge, e questo si riversa in maniera del tutto positiva sia sulla loro salute, ma anche sull'inclusione degli immigrati nel nuovo contesto sociale.

2.5 LA CONDIZIONE DI SALUTE DELLE MIGRANTI

“La relazione tra genere e salute può essere così sintetizzata: il tipo e il ritmo di lavoro degli uomini minaccia la loro vita, mentre il tipo e il ritmo di lavoro del lavoro domestico femminile mette a rischio la qualità della vita delle donne” (Tognetti Bordogna, 2008)

Per le donne immigrate emergono ulteriori difficoltà e disuguaglianze di salute legate al genere, come è già stato spiegato dipendono dall’occupazione, dalle risorse finanziarie, dall’accesso all’istruzione, dai modelli tradizionali di riferimento, dalla condizione di precarietà della donna, ecc. Inoltre le migranti sono più esposte quando si tratta di abusi verbali, sessuali e fisici. Si tratta in sostanza di un sommarsi di disuguaglianze sociali, di genere e di razza.

Per quanto concerne la salute di questa componente della popolazione in Italia, gli studi descrivono la figura femminile immigrata anch’essa come giovane, in buona salute e in età riproduttiva. Si distinguono dalla componente immigrata maschile per alcune caratteristiche legate al percorso migratorio che in linea generale si divide in: immigrate giunte per ricongiungimento familiare e immigrate che giungono in Italia sole, come primo migranti. Le donne che giungono sole vengono spesso inglobate nel mercato del lavoro di cura, regolare o irregolare, e abitano la parte bassa della scala sociale. Per di più il viaggio migratorio delle donne può presentare, a differenza degli uomini, delle dinamiche che includono in maniera violenta l’uso del loro corpo e che conseguentemente incidono sul loro stato di benessere fisico e psico-sociale (Atti del XV Congresso Nazionale SIMM, 2018). Nel 2005 International Organization for Migration¹⁸ espone i fattori alla base della condizione sociale delle immigrate: risorse personali, istruzione, età, condizione di salute (indicatori individuali); comportamenti, credi e religioni in riferimento al ruolo della donna; politiche di immigrazione emanate nel paese d’arrivo; reti relazionali (amici, connazionali, conoscenti, parenti, associazioni, ecc.).

¹⁸ Nicola Piper, Asia Research Institute, National University of Singapore, *“Gender and migration: A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration”*, settembre 2005.

Secondo la ricercatrice Laura Corradi, l'Italia è il paese europeo nel quale la contribuzione da parte degli uomini al lavoro domestico è più ridotta. Alle donne sono affidate le cure delle persone dipendenti e nella maggioranza dei casi si tratta di un doppio lavoro di cura: all'interno delle mura domestiche, nei confronti dei familiari e nel luogo di lavoro, come assistenti, collaboratrici e colf. Purtroppo questa duplicità è pagata dalle donne con la propria salute e la mancanza di tempo per se stesse. Per l'uomo, immigrato e non, un importante fattore di rischio per la salute è il lavoro, in quanto la componente maschile viene considerata in primis come risorsa economica; la donna invece è da sempre presa in considerazione come moglie e madre e in seguito come facente parte del mercato del lavoro, per questo il lavoro domestico non è mai stato considerato un fattore di rischio. Infatti la protezione sanitaria specializzata che la donna immigrata ottiene primariamente è legata alla salute riproduttiva, alla gravidanza (Corradi, 2008). Come sostiene Francesca Alice Vianello spesso si pone l'attenzione alla funzione di donna legata alla riproduzione biologica (nascita di figli, di nuove generazioni) e non alla riproduzione sociale o lavoro riproduttivo. All'interno di quest'ultimo si comprendono la riproduzione della forza lavoro, il lavoro domestico finalizzato al mantenimento della vita e del benessere familiare, le mansioni domestiche (cucinare, lavare, pulire), le attività burocratiche e relazionali, l'educazione dei figli, sbrigare commissioni, ecc. Ovvero tutto l'insieme di attività, pagate e non, in Italia ancora genderizzate, finalizzate a *“produrre e riprodurre gli individui e la qualità della loro vita socio-relazionale”* (Vianello, 2014: 76).

Nonostante ciò tutta la serie di fattori di disuguaglianze precedentemente elencati portano complicazioni anche in eventi come parto e gravidanza, che dovrebbero essere di per sé fisiologici; si sommano poi le difficoltà collegate alle condizioni di precarietà e gli ostacoli nell'accesso ai servizi di cura e prevenzione. Infine la mancanza di un gruppo amicale e relazionale di sostegno, capace di sostenere la donna nel periodo di gravidanza e nell'arrivo della maternità.

L'insieme di tutti questi fattori generano gravidanze ravvicinate, alto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, nascite premature, poca attenzione ai metodi contraccettivi e al tema della prevenzione.

All'interno della popolazione straniera presente in Italia vi sono poi delle categorie, dei sottogruppi che presentano e portano alla luce problematiche sociali e sanitarie a sé stanti, si tratta di prostitute, rifugiate e richiedenti asilo, tossicodipendenti e carcerati; queste categorie meritano una riflessione peculiare e non verranno affrontate, se non come facenti parte dell'insieme, in questa tesi.

LA SALUTE RIPRODUTTIVA DELLE MIGRANTI

La salute è un bene essenziale e primario, è un diritto inderogabile che permette ad ogni individuo di essere a pieno titolo parte attiva della società. Essa determina però la struttura sociale, poiché la salute risulta ridotta o incompleta per color che non godono a pieno dei diritti di cittadinanza; ciò vale in primis per gli individui che compiono un percorso migratorio e fondano il loro successo, nel nuovo contesto di arrivo, sul mantenere una condizione di salute sana e forte. (Tognetti Bordogna, 2012)

Il tema della salute nei confronti della donna straniera si è affrontato in ritardo in Italia, rispetto agli altri paesi europei, poiché fino agli anni '90 la figura dell'immigrata era considerata al pari del migrante uomo, ovvero come mera forza lavoro volta alla produzione, tralasciando invece l'importante ruolo all'interno della riproduzione sociale e biologica¹⁹. Questa iniziale scarsa attenzione nei confronti del ruolo riproduttivo della donna ha portato ad un incremento delle disuguaglianze di salute; infatti le migranti risultano maggiormente vulnerabili, in quanto portano sia il carico del lavoro extradomestico che domestico e nonostante vivano più a lungo degli uomini immigrati hanno una salute più precaria. Risulta perciò fondamentale affrontare e approfondire il tema della salute riproduttiva nelle donne immigrate, poiché si ritiene che, all'interno dei processi migratori, essa dia dignità alla donna e tenga in considerazione tutte le differenti sfaccettature delle donne migranti che vivono in un contesto differente da quello di origine in cui sono nate e cresciute.

In questo capitolo si cercherà di spiegare cosa si intende nel dettaglio per salute riproduttiva nei confronti della donna immigrata all'interno del nostro contesto nazionale. Si tratterà poi ogni singolo aspetto che riguarda tale argomento – prevenzione, gravidanza, interruzione volontaria di gravidanza, contraccezione – e in generale qual è il rapporto delle donne immigrate con questi servizi e in che modo vi accedono. Infine si introdurrà il servizio

¹⁹ Ibidem

di Consultorio Familiare, che rappresenta il principale e iniziale punto di incontro tra le immigrate e la loro salute riproduttiva.

3.1 PERCHÉ PARLARE DI SALUTE RIPRODUTTIVA?

Secondo quanto riportato nel Programma di Azione della conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo, per salute riproduttiva si intende:

“Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che riguarda tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi progressi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e di decidere se, quando e quanto spesso farlo (...). Implicito in questa condizione è il diritto di accesso a servizi sanitari appropriati che permettano alle donne di affrontare la gravidanza e il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere un bambino sano”.
(Programma di azione del Cairo, par. 7.2, 1994)

La salute riproduttiva rappresenta una questione centrale all'interno dello sviluppo delle disuguaglianze, nonostante i diritti esposti in questa dichiarazione non siano sempre garantiti in tutte le parti del mondo; infatti entrano spesso in gioco diversi elementi di disuguaglianza: le condizioni socio-economiche della donna, disuguaglianze di genere, carenza di servizi sanitari e difficoltà di accesso o disparità in termini di istruzione o occupazione. Per questo gli studiosi ritengono che lo studio della salute riproduttiva non identifichi solamente uno stato di salute specifico delle donne e connesso alla procreazione, ma piuttosto rappresenti un indicatore di sviluppo di una società. Questo poiché all'interno della macro area “salute riproduttiva” vengono misurati molteplici fattori: l'aborto, la salute riproduttiva degli adolescenti, la mortalità materna, il tasso di fecondità, la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili, la violenza di genere, ecc.

Prendendo in considerazione il fenomeno della mortalità materna, per l'80% dei casi è dovuta a complicanze ostetriche e per il 20% a cause indirette e, nonostante i progressi nel mondo, ogni 100mila nati vi sono 210 decessi di madri. Per le adolescenti – dai 15 ai 19 anni – la mortalità materna è tre volte più alta: ogni 1000 donne, le morti sono 49 (Lombardi, 2016). È possibile notare dunque che in molti stati, soprattutto quelli

sottosviluppati, la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita vengono identificati come un momento ad elevato rischio di mortalità sia per le donne che per i bambini.

Sono molteplici le motivazioni che ci inducono a studiare e analizzare la salute riproduttiva come motore primo delle discriminazioni sociali, in primis vi è certamente il fatto che l'ambiente socio-economico in cui vivono le donne nel periodo della gravidanza, determina alla nascita e nei primi mesi di vita del bambino il grado di discriminazione sociale e l'esposizione a fattori sociali di rischio (quali stato sociale, psicologico, fisiologico) che, se permangono durante l'infanzia e l'adolescenza, possono influenzare la salute in età adulta e la posizione socio-economica dell'individuo. In questo senso per Tognetti Bordogna e Lombardi risulta fondamentale riflettere su come vengono vissute le prime fasi di vita di un bambino, quali sono i determinanti sociali che entrano in gioco e in quali fasi e in che modo sono collegabili allo stato di salute.

Ad oggi analizzare e riflettere in merito alla salute riproduttiva delle donne immigrate nel nostro Paese risulta più semplice poiché per ragioni fisiologiche, come la gravidanza o il parto, accedono di più ai servizi sanitari rispetto agli uomini, i quali vi fanno ricorso solo per situazioni emergenziali o gravi malattie. Inoltre le donne sono individuabili più facilmente all'interno dei servizi, in quanto interagiscono con il personale sanitario portando con sé i loro vissuti e le loro reali condizioni di vita. Pertanto la salute riproduttiva viene individuata come un importante e privilegiato osservatorio non solo per comprendere la situazione delle donne immigrate, ma anche per conoscere lo stato di salute dei bambini e per avviare programmi e strategie di nuove e migliorate politiche sanitarie (Tognetti Bordogna, 2012).

Negli ultimi anni, come abbiamo visto, la presenza femminile di migranti in Italia ha acquistato sempre più rilevanza; ciò oltre a mettere alla prova ruoli e valori della donna all'interno delle famiglie migranti, ha condotto ad una analisi dei servizi e sistemi sanitari in merito all'approccio di genere alla salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea quanto sia fondamentale riconoscere le differenze di genere, sia in merito alla salute, ma soprattutto nei confronti del nuovo contesto sociale e culturale in cui le migranti si trovano a vivere. Diventa perciò fondamentale, al fine di un'adeguata realizzazione e organizzazione dei servizi, discutere e approfondire alcune importanti tematiche che

riguardano la salute riproduttiva delle donne immigrate in Italia. Secondo la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) questi punti sono cinque: l'integrazione dei determinanti di genere rispetto alla salute delle migranti, il monitoraggio degli accessi delle donne straniere ai servizi socio-sanitari territoriali e ospedalieri che si occupano di salute della gravidanza (consultori e ospedali) nelle varie Regioni, le modalità di applicazione della Legge 194/78 sull'interruzione di gravidanza, l'invito allo screening per il carcinoma della mammella e il cervico-carcinoma e la mediazione linguistico-culturale legata alla salute delle donne straniere²⁰.

Risulta importante approfondire il primo punto poiché negli ultimi anni i servizi rivolti alla salute delle donne hanno registrato un aumento delle denunce per violenza e maltrattamenti in famiglia; l'attenzione va dunque posta non solo nei confronti delle donne, ma anche della figura maschile maltrattante, che spesso, all'interno di una famiglia immigrata, si identifica come unico "fornitore di sussistenza". Rilevante è poi il fenomeno del traffico di donne e minori: certamente rapportarsi con la figura di una donna trafficata non è semplice, è un approccio complesso anche perché spesso queste in un primo momento non desiderano emergere e rivelare la propria condizione.

Il secondo aspetto riguardante gli ingressi presso i servizi di salute della gravidanza ha un'importante rilevanza per comprendere al meglio la condizione di salute di questa fascia di popolazione; le donne migranti accedono a tali servizi in numero più limitato rispetto alle donne di cittadinanza italiana, effettuano meno visite e meno ecografie, o comunque lo fanno più tardivamente. Per quanto riguarda la salute neonatale, è più frequente che i bambini stranieri nascano prematuri, sottopeso o che necessitino di ricovero dopo la nascita. Inoltre la riduzione del numero di Consultori nei territori regionali italiani è andata a discapito soprattutto della popolazione immigrata, che ha minori risorse economiche e difficoltà negli spostamenti.

L'indice di ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza è un altro aspetto importante, le donne straniere vi ricorrono maggiormente rispetto alle italiane nonostante le difficoltà nell'orientarsi all'interno dei servizi; inoltre è maggiore anche la ripetizione di IVG da parte

²⁰ www.simmweb.it

di una donna, probabilmente riconducibile allo scarso utilizzo di IUD (dispositivi intra-uterini).

Ne consegue che l'adesione ai programmi di screening risulta inferiore per le donne immigrate rispetto alle italiane, sono infatti rivolti alle donne iscritte al Servizio Sanitario Nazionale e residenti regolarmente in Italia, escludendo così una fascia di donne immigrate che risultano non essere mai state sottoposte a controlli e perciò più a rischio. Questi programmi non sono composti solamente da mammografia e pap-test, ma sono un vero e proprio percorso diagnostico gratuito, che permette alla donna di integrarsi all'interno dei servizi territoriali e ospedalieri.

Infine, per un'analisi completa della salute riproduttiva, va considerato il tema della mediazione linguistico-culturale. In Italia la figura del mediatore linguistico-culturale non è riconosciuta istituzionalmente e non vi è un percorso di studi formativo omogeneo per tutte le regioni italiane; vi sono mediatori molto ben preparati, ma allo stesso tempo cooperative di mediazione senza alcuna formazione. Infatti al di là del non riconoscimento istituzionale, di una disomogenea remunerazione e di una forte precarietà lavorativa, risulta indispensabile una buona e specifica formazione con una supervisione continua, soprattutto considerando il fenomeno della tratta, l'aumento delle violenze domestiche e dei richiedenti asilo.

Dopo aver analizzato cosa si intende per salute riproduttiva e nello specifico in che modo lo studio di essa aiuti nell'analisi delle condizioni della popolazione migrante e delle disuguaglianze nei determinanti di salute; andremo adesso ad approfondire nello specifico la situazione del contesto italiano a partire dagli aspetti fondanti di tale tema: prevenzione, gravidanza, contraccezione e interruzione di gravidanza.

3.2 LA SALUTE RIPRODUTTIVA DELLE DONNE IMMIGRATE IN ITALIA: PREVENZIONE, GRAVIDANZA E PARTO, CONTRACCEZIONE, INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

In Italia il tema della salute delle donne immigrate sul territorio si è sviluppato negli ultimi anni; a partire dagli anni '90 sono state condotte varie ricerche sul tema, sia in termini nazionali che regionali, soprattutto partendo da problemi specifici e di carattere emergenziale – come ad esempio l'incidenza dell'interruzione di gravidanza – che hanno permesso di riconoscere nella donna immigrata una sovraesposizione a fattori di rischio per la salute della donna ma anche del bambino. Infatti l'area materno-infantile ancor oggi si dimostra una delle più critiche per la popolazione immigrata (Tognetti Bordogna, 2012).

Le ricerche, in particolare una ricerca pubblicata dal WHO Regional Office for Europe nel 2016²¹, hanno messo in luce gli ambiti in cui le donne immigrate possono incontrare maggiori rischi o difficoltà, ovvero l'accesso ai servizi di cura e prevenzione, il senso di isolamento causato dalla mancanza di una rete familiare vicina, le pesanti condizioni lavorative e le inadeguatezze lavorative. Nella ricerca appena citata inoltre si è delineato nello specifico ogni aspetto di rischio: le condizioni di salute delle donne immigrate sono associabili a fattori di rischio derivanti dal fenomeno migratorio; i profili di salute sono spesso peggiori rispetto a quelli delle donne italiane; l'accesso ai servizi è limitato da barriere linguistiche, ma anche culturali; la poca attenzione verso le cure prenatali porta a dover ricorrere a cure di emergenza più costose.

L'insieme di tutti questi fattori porta a ritenere l'offerta di servizi non adeguata nei confronti della componente immigrata femminile. Sappiamo infatti che nelle epoche precedenti la gravidanza e il parto erano trattati come eventi fisiologici, ponendo la nascita al centro del ciclo vitale; dagli anni '60 vi è una eccessiva medicalizzazione e ospedalizzazione del parto e della gravidanza, che certamente ad oggi costringe le madri

²¹ Ricerca intitolata: *What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region*, a cura di: Keygnaert, Ivanova, Guieu, Van Parys, Leye, Roelens.

straniere ad adeguarsi a dei percorsi di medicalizzazione del parto e della maternità diversi dai loro paesi d'origine. A proposito di ciò Lombardi ribadisce:

“Fra tante diversità vi sono nascite più diverse, quelle della migrazione in cui si incontrano e si intersecano modelli culturali, passaggi, transizioni, aspettative e disagi di diverso tipo”
(Lombardi, 2005: 139).

Le donne immigrate infatti sono portate a vivere la gravidanza in un nuovo contesto di accoglienza in maniera singolare, ricercando delle soluzioni “ibride” e innovative.

Qui di seguito propongo una breve panoramica degli aspetti principali che sono racchiusi all'interno delle ricerche in tema di salute riproduttiva delle donne immigrate, con lo scopo di presentare un contesto che verrà poi approfondito nella fase di analisi delle interviste.

Prevenzione

In Italia i servizi di prevenzione (programmi di screening) avvengono tramite Pap test (con cadenza triennale), HPV test (ogni cinque anni) e mammografia biennale; l'invito viene rivolto a tutte le donne residenti dai 25 ai 64 anni per il Pap test e dai 50 ai 69 anni per la mammografia. Secondo gli studi le donne immigrate presentano un rischio più elevato rispetto alle italiane per il cancro della cervice uterina, questo a causa del basso ricorso a Pap test nei paesi di origine e di una più alta prevalenza di papilloma virus in alcune aree geografiche come il Maghreb e l'Est Europa. Risulta perciò di fondamentale importanza per il Servizio Sanitario Nazionale il coinvolgimento delle donne immigrate nei programmi di screening.

Secondo uno studio esposto nella rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia²², nel 2013 il livello di copertura del Pap test per le donne immigrate è stato stimato al 49,6%, per le italiane al 63,4%; per quanto riguarda la copertura mammografica la stima è del 37,1% per le immigrate e del 56,8% per le donne italiane. Questa differenza tra donne

²² *La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia*, capitolo 3, AA. VV., da “Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze delle indagini multiscopo Istat”, rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia, maggio-agosto 2017

autoctone e immigrate dimostra che siano presenti delle barriere sia di accesso allo screening, sia a livello di fattori sociali, linguistici e comunicativi nei confronti delle migranti. È importante sottolineare però che con l'aumento della componente immigrata e la loro graduale integrazione, questa differenza di copertura tende ad assottigliarsi, infatti per le donne presenti da più anni nel territorio italiano (o per quelle che hanno un partner italiano) è emersa una maggiore copertura per il Pap test. Infine la ricerca ha portato alla luce delle differenze territoriali-regionali che rispecchiano le diverse modalità di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, nella pratica infatti i servizi sanitari più accessibili per le donne immigrate risultano quelli che in primis sono di più facile accesso anche per le italiane²³.

Gravidanza e parto

Rispetto ai decenni precedenti è possibile osservare un importante aumento delle nascite di bambini stranieri: se nel 1986 i nati da genitori stranieri erano l'1% del totale dei nati sul territorio italiano, nel 2009 erano il 13,6% e nel 2019 la percentuale si è estesa al 15%²⁴. Le comunità maggiormente rappresentate sono quattro: rumeni (13.530 nati nel 2018), marocchini (9.193), albanesi (6.944) e cinesi (3.362). La popolazione immigrata è mediamente in giovane età e con più figli e presenta delle caratteristiche demografiche legate al parto lievemente diverse dalla popolazione italiana. Le madri immigrate hanno un'età media più bassa (28,7 anni contro i 32,2 delle italiane, nel 2016); inoltre è maggiore in questa fascia di popolazione il tasso di fecondità (numero medio di figli per donna): nel 2018 la fecondità delle cittadine italiane è intorno a 1,21, mentre nelle straniere è 1,94²⁵. Emerge poi una differenziazione fra le diverse aree territoriali: nelle regioni del centro-nord, in cui la presenza straniera è maggiormente radicata, si ha un'incidenza di nati da genitori stranieri maggiore rispetto alla media nazionale.

²³ Ibidem

²⁴ Dati ISTAT 2019 e ISTISAN 11/12

²⁵ Valore in calo anche per le donne straniere, in quanto nel 2003 il tasso di fecondità per questa fascia di popolazione era 2,52 (ISTAT, 2019), a dimostrazione del fatto che con il passare del tempo il comportamento riproduttivo dei diversi gruppi presenti sul territorio italiano tende verso un'omologazione.

Anche il livello di istruzione e la condizione lavorativa incidono sulla possibilità di accesso ai servizi di cura in gravidanza e nel post-parto. Secondo il Rapporto sull'evento nascita in Italia del 2016, fra le donne straniere il livello di scolarità risulta inferiore rispetto alle italiane: il 44,2% delle italiane ha una scolarità medio-alta, mentre le donne straniere hanno prevalentemente un'istruzione medio-bassa (45,9%). Analizzando la condizione professionale si evidenzia nelle straniere che hanno partorito nel 2016 un alto tasso di casalinghe (51,7%), a differenza del 62,2% di madri italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa. Anche l'accesso ai servizi dedicati alla gravidanza, nello specifico la prima visita in gravidanza, è influenzato dal livello di istruzione delle donne: le madri con istruzione medio-bassa accedono alla prima visita in gravidanza più tardivamente, rispetto a chi ha una formazione più alta. Complessivamente la prima visita è effettuata oltre il primo trimestre di gravidanza dal 2,5% delle donne italiane e dal 11,2% delle straniere; inoltre la percentuale maggiore di ritardi nelle prime visite si ha nelle madri al di sotto dei 20 anni (sia tra le autoctone che tra le immigrate).

In riferimento al parto vero e proprio, le ricerche evidenziano che, nonostante in Italia vi sia un'eccessiva medicalizzazione del percorso di gravidanza e un elevato numero di parti chirurgici mediante taglio cesareo, per la popolazione straniera femminile questo tasso risulta minore rispetto alla complessiva media nazionale; ricorrono al parto cesareo il 35,4% delle madri italiane, contro il 27,8% delle immigrate²⁶.

Gli aspetti critici individuabili nell'assistenza pre e post parto sono in gran parte gli stessi riconosciuti dalla popolazione italiana autoctona: ridotta conoscenza delle normative e dei servizi socio-sanitari dedicati, insufficienti informazioni in materia di contraccezione e rapporti sessuali, scarsa conoscenza dei diritti delle lavoratrici in gravidanza, scarsa promozione dell'allattamento e insufficiente sostegno domiciliare.

²⁶ *Rapporto sull'evento nascita in Italia* – CeDAP, 2016

Contracezione

Il livello di conoscenza e l'utilizzo di metodi contraccettivi tra le donne immigrate che hanno avuto rapporti sessuali è mediamente più basso rispetto alle italiane: 62,8% per le straniere e 74,8% per le immigrate. Nella ricerca condotta dell'Istituto Superiore di Sanità Pubblica nel 2006²⁷ è emerso che metà delle intervistate non sono capaci di identificare il periodo fertile del ciclo; molte dichiarano di ricorrere a metodi naturali o poco affidabili, come il coito interrotto, nonostante conoscano altri metodi contraccettivi. I tre metodi più diffusi sono la pillola (citata soprattutto da donne provenienti da Sud America e Africa), il preservativo (cinesi e nigeriane) e il coito interrotto (citato quasi da tutte le donne dell'Est Europa); inoltre la pillola rappresenta il metodo che le donne consiglierebbero di più alle amiche, nonostante il 30% delle intervistate si dichiara non in grado di poter fornire un consiglio in merito alla contraccezione, sintomo di una conoscenza dei metodi contraccettivi non sufficiente o superficiale.

Per quanto riguarda gli altri metodi contraccettivi (spirale, anello vaginale, diaframma, cerotto, sterilizzazione), la ricerca Istat sulla salute riproduttiva della donna del 2017 evidenzia come la spirale sia diffusa tra le straniere in modo eguale che tra le italiane (5,2%), ad eccezione delle donne albanesi; il cerotto è impiegato maggiormente dalle rumene, invece l'anello vaginale sembra essere una peculiarità italiana.

Sono identificabili delle differenze in base alla composizione della cittadinanza: vi è una maggiore assenza di copertura contraccettiva tra le coppie straniere (quasi il 40%) e tra le coppie miste con donna straniera (44,4%), rispetto a quelle italiane o a coppie formate da donna italiana e uomo straniero; per quanto riguarda invece le migranti non in coppia la copertura è assente nel 62,1% dei casi.

Le informazioni in merito al tema della contraccezione vengono ricevute dalle donne immigrate per lo più nel paese d'origine "per sentito dire", una volta giunte in Italia la rete dei conoscenti diminuisce e risulta difficile reperire informazioni di questo genere, per questo il Consultorio ha un ruolo fondamentale per le migranti, il 21,8% di loro si rivolge ai servizi consultoriali per conoscere i metodi contraccettivi.

²⁷ *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia, rapporti ISTISAN 06/17*

La scelta del metodo contraccettivo proviene dall'influenza del paese d'origine, dalla socializzazione del metodo stesso e dalle informazioni tra conoscenti. Per di più l'uso di metodi contraccettivi tende a essere minore per quelle donne che provengono da paesi in cui l'aborto e l'astinenza hanno un ruolo importante all'interno della tradizione familiare e religiosa. Secondo lo studioso Beneduce, all'interno del progetto migratorio, la pianificazione delle nascite è un fattore importante, emerge infatti che la donna immigrata spesso ricorre alla contraccezione anche se desidererebbe avere figli a causa di una serie di fattori economici e sociali con i quali è costretta a vivere nel nuovo contesto; per questo la contraccezione entra inevitabilmente, anche se non in modo uguale per tutte le donne, a far parte del progetto migratorio, e con essa anche il frequente ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Beneduce, 1994).

Interruzione Volontaria di Gravidanza – IVG

L'interruzione volontaria di gravidanza rappresenta un'ulteriore diversificazione tra donne italiane e straniere anche facendo riferimento alle ricerche statistiche. La Legge n.194 del 1978, dopo un lungo dibattito, ha legalizzato l'interruzione di gravidanza in Italia ponendosi come obiettivi il riassorbimento dell'aborto clandestino, che ogni anno provocava vittime, la diffusione dei metodi di contraccezione e il riconoscimento della responsabilità della decisione alla donna, ponendola al centro.

Nel corso degli anni l'attuazione di tale legge ha condotto ad una diminuzione del tasso di abortività tra le donne autoctone, ma al contempo si è riscontrato un aumento degli aborti tra le migranti, dovuto certamente alla forte presenza femminile immigrata in Italia. Ne consegue che in regioni con maggior numero di immigrati il tasso di ricorso a IVG da parte delle donne straniere è maggiore: in Veneto nel 2003 il 37,6% di interruzioni di gravidanza è stato effettuato da donne migranti, in Puglia solo il 3,9%²⁸. Le interruzioni di gravidanza dichiarate nel 2018 sono state 76.328 e il ricorso da parte delle donne straniere è di circa tre volte superiore rispetto a quello delle donne italiane. La fascia di età con il più alto tasso di abortività è quella compresa tra i 30 e i 34 anni, seguita poi dalle fasce più giovani 20-24 e 25-29. Per quanto riguarda invece lo stato civile, il 47,5% sono donne straniere coniugate

²⁸ Rapporti ISTISAN 06/2017, *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*.

e il 47,3% sono nubili. Inoltre in riferimento alle donne straniere che hanno richiesto l'IVG nel 2018, il 38,4% di loro ha dichiarato di essere già ricorsa in precedenza ad altre interruzioni di gravidanza.

Il frequente ricorso all'aborto si identifica nelle difficoltà che le donne portano con sé all'interno del loro percorso migratorio. Può essere ricondotto alla mancanza di condizioni idonee per la crescita di figli, alla precarietà economica, alla scarsa conoscenza dei servizi e della contraccezione, alla paura di perdere il posto di lavoro, al disagio abitativo e al senso di isolamento.

La modalità maggiormente adoperata in Italia per l'aborto è l'isterosuzione (nel 2018 usata nel 63,6% dei casi), vi sono poi gli interventi effettuati tramite raschiamento, più invasivi e rischiosi, e l'aborto farmacologico. Negli ultimi anni quest'ultima modalità è in aumento, nel 2018 l'assunzione del farmaco RU486 è avvenuta per il 20,8% dei casi, contro il 12,9% del 2014. Inoltre di fondamentale importanza sono stati i recenti aggiornamenti da parte del Ministero della Salute sulle modalità di assunzione di tale pillola: da agosto 2020 non è più assunta con obbligo di ricovero ospedaliero, ma può essere somministrata fino alla nona settimana (il termine precedente era la settima settimana) anche nei Consultori e ambulatori, permettendo così che il ricorso all'interruzione di gravidanza sia più accessibile, sicuro e meno traumatico per le donne.

3.3 ACCESSO AI SERVIZI DI SALUTE RIPRODUTTIVA

La letteratura competente attesta che l'accesso alle cure materno-infantili da parte delle donne migranti si imbatte in diverse e significative barriere. L'accessibilità è un aspetto complesso che necessita di essere preso in considerazione sia da parte dell'utente sia da parte dei fornitori di servizi.

Come abbiamo già affrontato, il Testo Unico sull'Immigrazione definisce le modalità di accesso e la fruibilità da parte della componente immigrata dei servizi sanitari e prevede che in caso di regolarità l'accesso sia consentito al pari degli italiani. Nonostante ciò la condizione della donna, in particolare la donna immigrata, è penalizzata, i servizi alle

famiglie sono scarsi e sempre di più si predilige il ricorso a servizi di welfare privato che implica l'impiego di una maggiore somma di denaro. Di seguito cercheremo di prendere in esame le diverse componenti implicate nell'accessibilità dei servizi di salute riproduttiva delle donne immigrate.

Tra le donne migranti la barriera primaria è collegabile alla dimensione dell'informazione, ovvero ad una scarsa conoscenza dei servizi e all'acquisizione di informazioni non sempre efficaci. Alcune indicazioni non sono comprensibili per gli stranieri, ad esempio non vi sono una segnaletica o delle indicazioni tradotte nelle varie lingue. Secondo lo studio del WHO del 2016 in Europa solo un quarto della popolazione immigrata conosce a pieno i propri diritti di accesso alle cure e la metà di loro sa come accedere ai servizi. Ciò è dimostrato dal fatto che, come è stato affermato in precedenza, l'accesso alle cure prenatali in maniera tardiva è più frequente tra le immigrate. Le problematiche relative all'informazione sono collegabili anche alla componente degli operatori sanitari, alla loro scarsa conoscenza delle normative e degli iter procedurali. Spesso non si presentano capaci di comprendere e indirizzare le migranti e i loro bisogni aumentando così il loro senso di disorientamento. Giocano un ruolo importante nell'accesso sicuramente le reti sociali in cui le immigrate sono inserite; si tratta sia della rete di servizi sanitari e sociali, formali o meno, presenti nel territorio, sia delle reti relazionali, formate principalmente dai propri connazionali. Attraverso di esse sono veicolate le informazioni, i valori e le modalità di accesso ai servizi.

Un'altra barriera importante è identificabile nella comunicazione tra servizi e utenti e nelle difficoltà linguistiche. Secondo una ricerca condotta dal Censis²⁹, circa il 14% degli stranieri ha difficoltà a spiegare i propri sintomi o disturbi al medico o a comprendere quello che le viene detto dal personale sanitario; difficoltà che aumentano a un immigrato su tre se la persona è presente in Italia da meno di cinque anni. In tutto ciò i più svantaggiati ancora una volta sono le donne e gli anziani.

Quando si parla di problemi comunicativi non si intendono solo incomprensioni e difficoltà a livello grammaticale, lessicale e di sintassi della lingua italiana, ma entra in gioco anche la

²⁹ Indagine condotta per conto della Fondazione Farmafactoring nel 2015: *I nuovi pellegrini: l'impatto storico e sociale dell'immigrazione moderna nella sanità*

semantica. In una stessa frase si possono intendere diversi significati e spesso gli immigrati faticano a far comprendere e ad esprimere i propri bisogni. Basti pensare a quanto siano intesi in maniera differente nelle varie culture i concetti di salute e malattia (Censis, 2015). Non vi è una concezione unitaria e anche gli approcci differiscono in base ai contesti culturali e sociali; spesso infatti i servizi socio-sanitari sono più propensi ad affrontare e risolvere i problemi legati alle incomprensioni linguistiche, tralasciando le diversità culturali e la comprensione di diversi valori. Le donne immigrate si ritrovano dunque a dover trovare un punto di incontro tra un presente lontano e un presente vicino e a trovare un equilibrio tra le pratiche della salute e del benessere incontrate nel nuovo paese di immigrazione e quelle conosciute dalla propria tradizione (Beneduce, 1994).

Un grosso ostacolo all'accesso rimane il fattore economico, le prestazioni a pagamento incidono in modo significativo nella popolazione straniera rispetto agli autoctoni: ricorre a visite a pagamento il 10,6% degli immigrati, dato di molto inferiore alla media italiana che è pari al 29,2% (Censis, 2015).

Lombardi analizzando le statistiche in ambito di cure materno-infantili ha rilevato che le donne immigrate, più degli uomini, si rivolgono alle strutture pubbliche per motivi fisiologici, legati appunto alla salute riproduttiva, parto e gravidanza; inoltre fanno maggiormente riferimento a tali strutture in quanto all'interno della cerchia parentale hanno il ruolo di care-givers nei confronti dei figli e di tutti i componenti della famiglia (Lombardi, 2005). I servizi a cui si rivolgono sono appunto l'Ospedale (Pronto Soccorso e reparto di ginecologia) e il Consultorio Familiare. Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri della popolazione immigrata, nel 2003 il 62% dei ricoveri ordinari e il 72% dei ricoveri in day-hospital è stato effettuato da donne immigrate, sottolineando che la maggior parte di essi è legata alla sfera riproduttiva e all'alto tasso negli stranieri di fecondità e abortività (ISTISAN 06/17).

3.4 CENTRALITÀ DEI CONSULTORI FAMILIARI PER LA SALUTE DELLE DONNE IMMIGRATE

Il servizio di salute riproduttiva centrale per donne straniere è il Consultorio Familiare, servizio socio-sanitario territoriale, a bassa soglia di accesso, che promuove la salute della donna, della procreazione responsabile e della famiglia. Istituiti con la Legge n.405 del 1975, si sono concretizzati con modalità e tempi differenti nel territorio italiano; sono infatti organizzati e gestiti dai Sistemi Sanitari Regionali e hanno un accesso e un'erogazione gratuiti, anche per gli stranieri. Sono collocati all'interno dei Distretti e prevedono un lavoro d'equipe multidisciplinare, promuovono infatti un approccio integrato che garantisce globalità e unitarietà nell'approccio preventivo (ISTISAN 11/12).

Il servizio di consultorio non si occupa solo della salute della donna, ma fornisce anche un'assistenza psicologica e sociale in riferimento a paternità, maternità, problematiche relative alla famiglia, alla coppia e all'accudimento dei figli; svolge attività di controllo della fertilità e procreazione responsabile, di prevenzione dell'IVG e dei tumori femminili, assistenza alla puerpera e al neonato, interventi per l'età post-fertile e per la promozione e sensibilizzazione della gravidanza; si identifica infatti come uno dei primi esempi di servizio ad integrazione socio-sanitaria. All'interno di essi lavorano molteplici e diversificate figure professionali in costante relazione e confronto tra di loro; si tratta di ginecologi, ostetriche, psicologi, assistenti sociali, infermieri, operatori socio-sanitari.

Attualmente per la maggior parte i Consultori sono frequentati da un'utenza straniera ed è forse grazie a questa utenza che questi servizi hanno riacquisito centralità. Per la componente straniera femminile i servizi consultoriali sono determinanti, rappresentano *“un'occasione di comunità per donne migranti e laboratori dei nuovi italiani”* (Censis, 2015). A differenza delle italiane che si rivolgono ai Consultori più per servizi di tipo sociale o psicologico, le immigrate li frequentano soprattutto per i servizi sanitari e di base. Inoltre all'interno di essi emergono a pieno le peculiarità degli immigrati di seconda generazione

che trovano nei consultori un punto di riferimento, questa fascia di popolazione ha studiato in Italia e ha una visione più moderna della sessualità³⁰.

Proprio per questa forte presenza immigrata i servizi consultoriali sono soliti prestare una peculiare attenzione ai bisogni della parte straniera, alla prevenzione e all'accessibilità (Lombardi, 2005). La loro presenza sul territorio – un consultorio ogni 20.000 abitanti e collocati nei pressi dei Distretti socio-sanitari – li rende un servizio facilmente raggiungibile, anche per la popolazione immigrata che solitamente fatica ad ambientarsi all'interno della rete di servizi sanitari. Negli anni hanno inoltre adeguato la loro offerta e attivato facilitazioni per le esigenze e i bisogni della componente immigrata, prevedendo la presenza della figura di un mediatore linguistico-culturale, creando dépliant in lingua oppure facilitando la conoscenza del servizio tramite attività di sensibilizzazione.

Nella seconda parte di questo lavoro di ricerca si focalizzerà maggiormente l'attenzione nei confronti del servizio consultoriale, della normativa vigente, nell'organizzazione degli operatori e delle prestazioni e nelle soluzioni adottate in riferimento alla significativa presenza dell'utenza immigrata. Nello specifico il contesto di analisi sarà il Consultorio Familiare di Favaro Veneto, presso l'Azienda Ulss 3 Serenissima di Venezia. Gli interrogativi saranno molteplici. Ci si chiederà in che modo, in questo determinato ambito territoriale, sono stati organizzati i servizi e l'integrazione degli stranieri e quali sono le differenze e le disuguaglianze che possono influire nel percorso verso un mantenimento del benessere della donna, ma nel complesso anche della famiglia straniera. Partendo dal punto di vista degli operatori e passando per l'esperienza delle donne immigrate, si cercherà di individuare quali sono le nuove possibilità di sviluppo del servizio e quali le criticità a cui far fronte.

³⁰ Ibidem

Parte II

**LA SALUTE RIPRODUTTIVA NEL CONSULTORIO
FAMILIARE DI FAVARO VENETO: POSSIBILITÀ E
BARRIERE PER LE DONNE IMMIGRATE**

CAPITOLO IV

IL CONTESTO D'INDAGINE

Nei capitoli precedenti abbiamo cercato di delineare un percorso concettuale che spiegasse il tema delle migrazioni femminili e dello stato di salute e benessere che queste donne si trovano a dover vivere una volta giunte in Italia, fermando particolarmente l'attenzione in merito ai percorsi di salute riproduttiva delle migranti. Sono state messe in luce le disuguaglianze di salute tra migranti e autoctoni e le barriere a cui le donne immigrate fanno fronte, barriere che spesso risultano addirittura maggiori rispetto a quelle degli uomini migranti.

In questa seconda parte approfondiremo attraverso un approccio empirico il tema della salute riproduttiva all'interno dei servizi territoriali consultoriali. Verrà preso come riferimento il Consultorio Familiare di Favaro Veneto e analizzeremo le barriere, le difficoltà e le aspettative che si presentano in tale servizio, sia dal punto di vista degli operatori sanitari che svolgono all'interno la propria attività lavorativa, sia da parte di un campione di donne immigrate che si recano al servizio in situazione di bisogno.

In questo capitolo focalizzeremo l'attenzione sul contesto territoriale di riferimento della ricerca, partendo dalla situazione del Veneto analizzeremo la figura dell'immigrato e delle donne immigrate, in relazione a quantità, nazionalità, tendenze demografiche (età, genere, famiglie) e presenza di donne. Nello specifico si vedrà poi la situazione nel contesto del Comune di Venezia e dell'area di Favaro Veneto. Nella seconda parte si approfondirà il servizio di Consultorio Familiare di Favaro Veneto e l'organizzazione di esso all'interno dell'Ulss 3 Serenissima.

4.1 LA PRESENZA STRANIERA E FEMMINILE IN VENETO

La regione Veneto è da sempre uno dei principali poli attrattivi di immigrati stranieri in Italia. Al 1 gennaio 2019 in Italia gli stranieri residenti sono più di 5,2 milioni, in ogni caso in numero maggiore rispetto agli anni precedenti. Come abbiamo visto analizzando le

statistiche e il tasso di natalità, il più importante fattore di crescita della popolazione italiana è rappresentato dalla componente immigrata. Tuttavia, nonostante l'aumento della popolazione immigrata in tutto il territorio nazionale, la loro distribuzione territoriale nel tempo continua a essere ben differenziata regionalmente. Le regioni con il più elevato numero di residenti stranieri nel 2019 sono Lombardia, Lazio ed Emilia Romagna.

Il Veneto si trova al quarto posto, nel nostro territorio si concentra circa il 9,5% del totale della popolazione straniera residente in Italia; tale popolazione in Veneto supera i 500mila individui (pari a poco più del 10% dei residenti in tale regione).

È una popolazione in crescita, diversamente dal bilancio negativo che riguarda la popolazione italiana, grazie a un aumento di movimenti migratori tra le regioni – in Veneto nel 2018 si sono contati circa 6.500 trasferimenti – ed a una minore quantità di acquisizioni della cittadinanza italiana. Ciò dimostra e riporta alla luce la capacità del Veneto ad attrarre stranieri, complici anche le condizioni economiche e le opportunità lavorative.

Come abbiamo visto a livello nazionale, anche in Veneto il tasso di natalità risulta maggiore per le donne straniere, rispetto alle italiane, anche se tende comunque ad uniformarsi; questo a causa della situazione economica, dei cambiamenti in cui vengono catapultati nel nuovo contesto e delle scelte individuali o familiari. Occorre comunque effettuare una distinzione in termini di nazionalità e progetti migratori: in Veneto il maggior numero di nati stranieri è rappresentato dalle nazionalità rumena e marocchina (1.810 e 1.035 nuovi nati), seguono poi albanesi e cinesi.

Per quanto riguarda la distribuzione all'interno del territorio Veneto della popolazione straniera, essa tende ad omogeneizzarsi tra le aree considerate storicamente di immigrazione, dove diminuisce, e le aree un tempo marginali, dove invece l'immigrazione aumenta; è possibile affermare dunque che l'immigrazione in Veneto è caratterizzata da una progressiva stabilizzazione sul territorio.

Questi i dati della popolazione straniera per provincia al 1 gennaio 2019: al primo posto Verona (con 110mila presenze straniere), poi Padova, Treviso, Venezia (87mila) e Vicenza.

Nella tabella seguente si sono riportati i dati completi relativi alla presenza straniera per provincia al 31 dicembre 2018³¹:

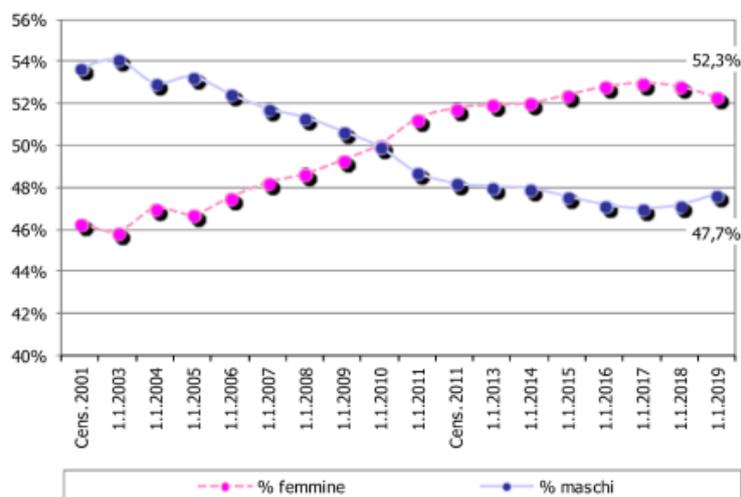
Tab. 1. Veneto. Bilancio demografico per provincia. Anno 2018

	Stranieri M	Straniere F	Totale	Pop. totale	Str. tot. %
BELLUNO	5.387	7.106	12.493	202.950	6,2%
PADOVA	46.058	51.027	97.085	937.908	10,4%
ROVIGO	8.468	10.081	18.549	234.937	7,9%
TREVISO	44.973	48.101	93.074	887806	10,5%
VENEZIA	40.745	46.292	87.037	853.338	10,2%
VERONA	53.339	56.690	110.029	926.497	11,9%
VICENZA	82.808	42.871	82.818	862.418	9,6%

In Veneto le caratteristiche principali e le tendenze della popolazione straniera sono le seguenti: una crescente presenza di donne immigrate, una maggior provenienza dai paesi dell'Europa dell'Est e una prevalenza di immigrati in giovane età.

Per quanto riguarda il genere, se dal 2011 la componente femminile è stata sempre in crescita, negli ultimi anni la tendenza si sta attenuando e la presenza femminile si sta riavvicinando a quella maschile. Al 1 gennaio 2019 le donne straniere in Veneto rappresentano il 52,3% della componente straniera, mentre gli uomini sono sotto il 48%. Di seguito nel grafico si presenta l'andamento dei residenti stranieri per genere dal 2001 al 2019¹:

Graf. 1. Veneto. Popolazione straniera residente per genere



³¹ Fonte: Osservatorio Immigrazione Regione Veneto, elaborazione su dati ISTAT

La Romania è lo stato maggiormente rappresentato, seguono poi Marocco, Cina, Albania, Moldavia e Bangladesh; rispetto ai dati nazionali alcune nazionalità in Veneto hanno una concentrazione molto elevata, ad esempio a Verona la comunità cingalese è collocata al terzo posto, invece a livello nazionale è solo all'undicesimo.

Secondo il Rapporto 2018 pubblicato dall'Osservatorio Regionale Immigrazione, relativo all'Immigrazione Straniera in Veneto, il profilo di salute della popolazione immigrata si presenta eterogeneo anche in base al territorio geografico di provenienza. Gli immigrati presentano un alto livello di rischio cardiovascolare e, in questa regione nello specifico, vi è un maggiore tasso di diabete (soprattutto riguarda coloro che provengono dall'Africa settentrionale e sub-sahariana).

Per quanto riguarda la salute delle donne immigrate in Veneto, anch'essa è molto variegata, per età, provenienza, caratteristiche sociali, anagrafiche o economiche, livello d'istruzione. L'accesso ai servizi avviene maggiormente in termini emergenziali, tramite il Pronto Soccorso; questo – secondo la ricerca – per la velocità della risposta, una risposta medicalizzata, che si basa solo sui sintomi, per una riduzione dei tempi di attesa e per la gratuità, quasi totale, delle cure. Tale approccio si riscontra anche nei servizi di salute riproduttiva dedicati, come reparti di ginecologia e ostetricia o Consultori. Per quanto riguarda questi reparti le donne straniere ne hanno una buona conoscenza e li tengono in buona considerazione; la relazione utente straniero-operatore certamente è semplificata nei casi in cui la donna è già inserita nel contesto socio-sanitario italiano, negli altri casi si ricorre all'intervento del mediatore culturale. Per quanto riguarda i controlli pre-parto, la regione Veneto nel 2018 ha reso evidente che l'81,4% dei parti stranieri ha effettuato 5 o più visite pre-parto, percentuale alta rispetto agli anni precedenti, ma ancora distante dalla tendenza delle donne italiane che è intorno al 91%.

Come già analizzato le donne straniere accedono ai programmi di screening in numero minore rispetto alle italiane, ma Monia Barazzuol, nella sua ricerca racchiusa all'interno del Rapporto del Veneto 2018, afferma che nel corso degli anni ci sia stata un'evoluzione della sensibilità su questo tema anche da parte della componente immigrata. In Veneto infatti la percentuale di donne straniere che ha usufruito dei programmi di screening, sia quello cervicale sia quello mammografico, è maggiore rispetto

a quella nazionale (ciò vale anche per le donne di nazionalità italiana), ciò grazie certamente a dei programmi di informazione organizzati – come l’invito attivo³² - non tanto all’iniziativa spontanea del singolo.

4.1.1 Il contesto della Provincia e del Comune di Venezia

Gli stranieri residenti nella Città Metropolitana di Venezia (che corrisponde alla Provincia di Venezia) al 1° gennaio 2018 sono 84.710 e si identificano nel 9,9% del totale della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 22,0% di presenze tra tutti gli stranieri residenti, segue poi la Repubblica Moldova (9,8%) e il Bangladesh (9,6%).

Per quanto riguarda invece il Comune di Venezia, esso è suddiviso in sei municipalità, con l’obiettivo di poter rappresentare gli interessi di ogni singolo territorio all’interno del più grande contesto della Città Metropolitana di Venezia; le municipalità sono le seguenti: Chirignago/Zelarino, Favaro Veneto, Lido/Pellestrina, Marghera, Mestre/Carpenedo, Venezia/Burano/Murano.

La popolazione residente nel Comune di Venezia è pari a 259.297 persone (123.613 maschi e 135.684 femmine al 31 dicembre 2019); all’interno di questo dato il numero di stranieri residenti è di 39.054 persone (circa il 15% della popolazione totale), di cui 18.678 maschi e 20.376 femmine; la nazionalità maggiormente rappresentata è il Bangladesh (17,5%), seguita da Romania e Moldavia³³.

La popolazione straniera femminile nel Comune ha una media d’età inferiore rispetto a quella italiana, la maggior parte di loro è nata tra il 1985 e il 1989 (30 – 34 anni), mentre le italiane in maggioranza hanno 35 – 39 anni.

³² Per invito attivo si intende un programma di sensibilizzazione che prevede l’invio di una lettera nominale al domicilio della donna, in cui si sensibilizza l’assistita e viene fissato l’appuntamento per il primo esame.

³³ www.comune.venezia.it

Secondo il Rapporto 2018 sulla Provincia di Venezia³⁴, emerge una difficoltà di accesso ai servizi sanitari soprattutto per le persone senza permesso di soggiorno o irregolari. Risulta dunque fondamentale promuovere iniziative di mediazione linguistico-culturale al fine di migliorare, oltre l'accesso ai servizi, la prevenzione e la conoscenza di essi. Le difficoltà legate alla tutela della salute delle persone immigrate riguardano l'aspetto economico, credenze culturali differenti che faticano a relazionarsi con i servizi tradizionali italiani, difficoltà di orientamento all'interno dei servizi, mancanza di informazioni e non conoscenza della figura del mediatore; inoltre viene segnalato un aumento nelle donne di problematiche psichiche legate alla loro condizione di individui isolati e molto soli.

Il Progetto co-finanziato dall'Unione Europea: Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (Fami) 2014-2020, in via di sviluppo (condotto dall'associazione Archè, associazione di professioniste in psicologia e psicoterapia) e che ha come obiettivo l'integrazione e la migrazione legale³⁵ (attraverso la formazione di mentori per guidare le donne immigrate all'interno dei servizi sanitari), ha effettuato un questionario nei confronti del personale socio-sanitario che lavora nei Consultori del territorio di Venezia e nei reparti di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale, al fine di valutare l'accesso ai servizi, la soddisfazione e le barriere che le donne immigrate incontrano nell'usufruire di tali servizi³⁶. Da questa ricerca emerge che secondo il personale le immigrate hanno una conoscenza dei servizi abbastanza adeguata, nonostante faticano a distinguere le diverse figure professionali. Per la maggior parte accedono ai servizi per la gravidanza e per l'interruzione volontaria di gravidanza, in quantità minore per la contraccezione e il post-parto. Sempre secondo gli operatori socio-sanitari la barriera principale è quella linguistica, che comporta il non partecipare ai gruppi di preparazione al parto, ad esempio, oppure la difficoltà nel

³⁴ Realizzazione di attività di mappatura, animazione territoriale e organizzazione di un festival nell'ambito del Progetto ImProVe – Immigrati Protagonisti in Veneto – FAMI 2014/2020 OS 2 – ON 04 – lett g) annualità 2016/2018 – PROG-1245 – CUP H19D17000490007 – CIG ZF320FFE3F.

³⁵ IMPACT VENETO – Integrazione dei Migranti con Politiche e Azioni Coprogettate sul Territorio (PROG-2415) CUP H79F18000300007 CIG Lotto 2: 8081890A9A

³⁶Il progetto è stata conosciuto dalla scrivente durante il percorso di tirocinio professionalizzante presso il Consultorio di Favaro Veneto. I dati che verranno presentati di seguito non sono stati ancora pubblicati e ufficializzati in quanto il progetto è ancora in via di sviluppo, perciò sono dati non del tutto rappresentativi del contesto.

relazionarsi con le figure mediche e la mediazione da parte del marito. Di seguito incontrano difficoltà emotive – legate alla vergogna, la paura, l'imbarazzo e i pregiudizi – problematiche culturali, relazionali e di mobilità. La nazionalità con cui è più difficile rapportarsi risulta quella Bengalese, seguita poi da quella Cinese e Nigeriana. Il rapporto tra utenti e operatori viene descritto in maniera differente dagli operatori, per alcuni risulta difficile, per altri buono; generalmente in ogni caso le difficoltà sono legate alla mediazione e alla mancanza di una formazione specifica. Infine quasi il 90% dei professionisti manifesta il bisogno di una formazione specifica e di eventi formativi per i lavoratori sanitari per conoscere al meglio gli aspetti e gli approcci culturali delle donne immigrate e per sensibilizzarsi rispetto a differenze culturali.

4.2 IL SERVIZIO DI CONSULTORIO FAMILIARE DI FAVARO VENETO ALL'INTERNO DELL'ULSS 3 SERENISSIMA: MISSION, NORMATIVA, ATTIVITÀ E PERSONALE

L'ULSS 3 Serenissima, ente strumentale della regione Veneto, ha come fine *“provvedere all'attuazione del principio costituzionalmente garantito di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, realizzando le finalità del Servizio Sanitario Nazionale”*³⁷. L'operato, orientato a favorire un processo di assistenza a tutela dei cittadini, è svolto nel rispetto di alcuni principi fondamentali, che accomunano i codici deontologici di tutte le professioni di aiuto, ovvero il rispetto della dignità umana, la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive, la promozione della partecipazione cittadina, la centralità della persona, la collaborazione tra gli operatori e con le istituzioni, il comportamento etico, la legalità, la trasparenza e la buona amministrazione.

L'Azienda ULSS (Unità Locale Socio Sanitaria), integrando mission e principi, ha come priorità il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso interventi specifici di carattere sanitario, socio-sanitario e sociale, utilizzando modalità operative che assicurino l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale, agendo dunque sui tre

³⁷ “Piano della performance 2019/2021 e documento delle direttive per gli obiettivi di budget 2019 – Ulss 3 Serenissima”

livelli di prevenzione, cura e riabilitazione. L'Azienda può acquistare da altre strutture, pubbliche o private convenzionate, prestazioni sanitarie e/o servizi con lo scopo di assicurare il soddisfacimento della domanda in modo appropriato e puntuale. Coerentemente con il concetto di salute dell'OMS, che nel 1946 l'ha definita come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità”*, l'Azienda prevede la presa in carico dell'assistito in termini globali, integrando interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione con quelli riguardanti la componente psico-sociale del bisogno.

L'assetto organizzativo e territoriale

L'ULSS 3 Serenissima è una delle nove aziende sanitarie in cui è stato ripartito il territorio veneto con la Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, la quale ha determinato il nuovo assetto organizzativo delle Aziende Ulss in Veneto, entrata in vigore l'1 gennaio 2017. Nasce attraverso l'incorporazione nella ex Ulss 12 Veneziana delle ex Ulss 13 Mirano e 14 Chioggia.

L'Azienda è oggi suddivisa in 4 distretti:

- Distretto 1: Venezia Centro Storico, Isole, Estuario
- Distretto 2: Venezia Terraferma, Marcon, Quarto d'Altino
- Distretto 3: Mirano-Dolo
- Distretto 4: Chioggia

Questo assetto organizzativo è legato al mandato dell'Azienda e si ispira quindi ai principi di flessibilità, sia organizzativa che dell'intervento, e di integrazione, intesa come decentramento e coinvolgimento di tutti i soggetti partecipi del processo di aiuto. Il territorio su cui opera, infatti, è costituito da 23 comuni, con una popolazione complessiva di 625.235 abitanti³⁸: l'ampiezza e la diversità strutturale delle aree coinvolte comportano una varietà molto differenziata dei bisogni. Da un lato infatti vi sono le zone urbane della terraferma, che riportano le caratteristiche tipiche delle aree ad alta densità abitativa e a forte vocazione produttiva; dall'altro vi sono i territori del centro storico veneziano,

³⁸ Dato al 1° gennaio 2018, fonte ISTAT

peculiare da ogni prospettiva e fortemente condizionato dalla massiccia presenza turistica, e delle aree insulari del territorio lagunare e del litorale.

L'ambito territoriale è rappresentato nell'immagine qui sotto riportata:



L'Azienda si impegna ad erogare servizi secondo i principi di eguaglianza, equità, qualità, accessibilità, continuità, sicurezza e sostenibilità economica e sociale. Ogni cittadino che fruisce dei servizi offerti all'azienda ha pertanto il diritto di essere assistito con continuità ed attenzione, mediante prestazioni di elevato livello e con approccio sempre rispettoso della dignità umana. I servizi e le prestazioni erogati riguardano: emergenza sanitaria, assistenza farmaceutica, assistenza ospedaliera, assistenza sanitaria domiciliare, assistenza medica di base e pediatrica, assistenza preventiva sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza specialistica, assistenza residenziale, assistenza all'estero e agli stranieri in Italia.

Il consultorio familiare

Legislazione di riferimento

Il consultorio familiare, in Italia, è stato istituito con la Legge 29 luglio del 1975, n.405, con il fine di offrire il supporto al singolo o alla famiglia che ci si rivolge. La Legge ha stabilito le aree di intervento e gli obiettivi che il Consultorio Familiare si propone:

- *“Assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia.*
- *La somministrazione dei mezzi necessari per costruire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine di procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti.*
- *La tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento.*
- *La divulgazione delle informazioni idonee a promuovere o a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso.”³⁹*

Alla Legge n.405 hanno fatto seguito altre leggi regionali attuative, come la Legge 22 maggio 1978, n. 194, la quale ha conferito ai consultori familiari un ruolo primario riguardo la tutela sociale della maternità e dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Essi hanno quindi il compito di informare la donna in merito a:

- *“Diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;*
- *Quali siano modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;*
- *Attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi consultivi;*
- *Contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione volontaria di gravidanza.”⁴⁰*

³⁹ Art. 1, L. n .405/1975

⁴⁰ Art. 2, L. n. 194/1978

Riguardo il profilo istituzionale, ulteriori leggi da prendere in considerazione sono:

- L.R. n. 28 del 25/03/1977: “Disciplina dei Consulenti Familiari” e la Circolare Regionale 15/06/1977 n.37 applicativa della LR n.28;
- DPR 616/77: trasferimento delle competenze socio-sanitarie dallo Stato agli enti locali;
- Legge Quadro n. 328/2000 “Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- L. n. 285 del 1997 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”;
- Delibera della giunta della regione veneto n. 1855 del 13 giugno 2006: “Fondo regionale di intervento per l’infanzia e l’adolescenza. Il veneto a sostegno della famiglia e della genitorialità sociale”;
- L. n. 184/83 “Diritto del minore ad una famiglia”, con successive modifiche L.149/01;
- L. n. 64 del 1994 “Ratifica ed esecuzione della convenzione Ue sul riconoscimento e l’esecuzione delle decisioni in materia di affidamento dei minori e di ristabilimento dell’affidamento”;
- Legge 19 febbraio 2004, n. 40 “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”;
- Legge n. 476/1998 “Ratifica ed esecuzione della convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozioni internazionale, fatta all’Aja il 29 maggio 1993, modifiche della legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri”;
- L. n. 54 del 2006 “Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli”;
- Linee guida per il servizio di Consultorio Familiare della regione veneto DGR n. 215 del 03 febbraio 2010;
- Legge n. 219/2012: “Riforma della filiazione”;
- Legge 6 marzo 2015, n.55 “Disposizioni in materia di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio nonché comunione tra i coniugi”;

- Legge 10 novembre 2014, n. 162: “Misure urgenti di degiurisdizionalizzazione ed altri interventi per la definizione dell’arretrato in materia di processo civile” (processo civile veloce e riduzione arretrato, deflazione del vincolo giudiziario);
- Determina n. 865 del 12 agosto 2020 dell’Agenzia italiana del farmaco “Modifica delle modalità di impiego del medicinale Mifegyne a base di mifepristone (RU486)”.

Infine per quanto riguarda il tema della violenza di genere, possiamo far riferimento alle seguenti normative, alcune di queste piuttosto recenti:

- L. 15 febbraio 1996, n. 66;
- Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e di assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 settembre 2017);
- Legge 19 luglio 2019, n. 69 “recante modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela della vittime di violenza domestica e di genere” – denominata Codice Rosso;
- Legge di bilancio 2019 (Orfani di crimini domestici);
- Decreto 21 maggio 2020, n.71 recante l’erogazione di misure di sostegno agli orfani di crimini domestici e di reati di genere e alle famiglie affidatarie.

Finalità istituzionali del servizio

Le finalità istituzionali del servizio di Consultorio Familiare sono articolate in modo vario: anzitutto l’istituzione svolge una funzione informativa ed educativa, nei confronti di singoli, coppie e famiglie, con divulgazione di conoscenze mediche, sociali, psicologiche e legislative sui problemi della coppia e del singolo, della gravidanza, della paternità e maternità responsabili, dell’infanzia e dei minori. Svolge una funzione di assistenza diretta dell’utenza: attraverso consulenze, da parte dell’assistente sociale o dello psicologo, per quanto riguarda il profilo psicologico, sociale e legale; attraverso consulenza medica e diagnostica, da parte del ginecologo e del personale ostetrico, per quanto riguarda il profilo sanitario della struttura, teso in particolare alla tutela della salute della donna in ogni fase della sua vita.

Il Consultorio familiare svolge inoltre una funzione di collaborazione continua con gli organi giudiziari (come il Tribunale Ordinario e il Tribunale per i Minorenni) nei casi di genitorialità deficitaria.

Operatori presenti e Utenza

La dotazione organica prevista per ciascun Consultorio Familiare per compiti del servizio, è composta da: uno psicologo, un medico specialista in ginecologia, un'assistente sociale, un'ostetrica o un infermiere professionale o un'assistente sanitaria, un eventuale educatore professionale. Il gruppo può essere integrato da un consulente legale, da esperti di eventuali altre discipline, tra cui il mediatore culturale/linguistico e il mediatore familiare. Inoltre è necessaria la presenza di una funzione amministrativa che, oltre a supportare l'attività amministrativa del Consultorio Familiare, rappresenti anche un punto di accoglienza delle richieste.

Nello specifico, al Consultorio Familiare di Favaro Veneto sono presenti le seguenti figure:

- 2 Ginecologhe (che alternano la loro presenza giornaliera al servizio)
- Un Ostetrico
- Una seconda Ostetrica, presente solo il mercoledì (gli altri giorni lavora presso un altro Consultorio vicino)
- Un'Assistente Sanitaria
- Un'Operatrice Socio-Sanitaria
- Una Psicologa
- Un Assistente Sociale

Per quanto riguarda l'accesso al servizio è stato istituito, all'interno dei servizi del distretto in questione, il servizio P.U.A. (Punto Unico di Accoglienza), che raccoglie le richieste di intervento psico-sociali e i dati dei richiedenti in maniera telefonica, per poi inviarli agli operatori del Consultorio, del Servizio Età Evolutiva o del Polo Adolescenti. Questo servizio dovrebbe servire come tramite tra il Consultorio e l'utenza, in modo da facilitare le procedure di accesso; tuttavia, di fatto, c'è ancora bisogno di molto impegno per organizzare questo nuovo strumento di lavoro in maniera ottimale. Questo perché non è semplice riuscire a comprendere e cogliere quale sia la richiesta dell'utenza attraverso

una telefonata (soprattutto quando si tratta di utenza straniera, cosa che accade nella maggior parte dei casi), inoltre la non possibilità di poter accedere liberamente al servizio, senza dover avere un appuntamento preventivo, ha ridotto di molto gli accessi dell'utenza spontanea, di quell'utenza che ha sempre caratterizzato il servizio.

Più in generale per organizzare il lavoro e aiutare efficacemente i cittadini, si rende necessaria una collaborazione continua tra i vari operatori presenti nel servizio. Ginecologa, Assistente Sanitaria ed Ostetrica lavorano insieme durante l'orario di visita, così come Psicologa ed Assistente Sociale solitamente collaborano nella presa in carico di utenza con problemi di ordine sociale e psicologico. Ogni mese almeno, dovrebbe tenersi una riunione d'equipe, in modo da permettere maggiore collaborazione tra i professionisti del servizio, concordando modalità di lavoro comuni, con riferimento al tipo di utenza che accede al servizio.

Ogni sede deve essere di facile accesso per la comunità, e deve garantire la presenza di tutte le figure professionali previste per legge e un numero di ore settimanali di apertura non inferiore a 15. Essendo la collegialità e l'interdisciplinarietà del lavoro d'equipe del Consultorio Familiare elementi che lo distinguono da un ambulatorio specialistico, è necessario prevedere un tempo di compresenza di almeno 8 ore settimanali dei diversi professionisti per le attività di programmazione, organizzazione e verifica degli interventi erogati. La formazione congiunta e l'aggiornamento continuo degli operatori garantisce un elevato livello di qualità delle risposte.

Il servizio può essere utilizzato, per le funzioni previste, dalle famiglie, dalle coppie, dalle singole persone. Principalmente, gli utenti che si rivolgono al servizio sono adulti, nonostante ci sia una percentuale, benché inferiore, di minori.

I grandi cambiamenti culturali degli ultimi anni e in particolar modo la crescita costante delle separazioni e dei divorzi, hanno portato alla costruzione di diverse e più complesse organizzazioni familiari: l'innalzamento dell'età nel contrarre il matrimonio, l'aumento delle convivenze di fatto, la rottura dei legami di lunga durata, le famiglie ricostituite, le famiglie multietniche e multiculturali rappresentano alcune fra le nuove problematiche da affrontare; inoltre le tipologie familiari sono ormai eterogenee e molto differenziate tra

loro, situazione che comporta un intervento necessariamente complesso e maggiormente specializzato.

Attività del servizio

Il servizio di Consultorio Familiare opera nei seguenti ambiti:

- Informazione ed educazione sanitaria e sessuale;
- Procreazione libera e responsabile;
- Competenze genitoriali: maternità e paternità;
- Vita affettiva e relazionale;
- Separazione e divorzio;
- Adozione

Nello specifico le prestazioni sanitarie (ambito prettamente medico-ginecologico, infermieristico, ostetrico, di assistenza sanitaria, di assistenza psicologica) di assistenza diretta comprendono colloqui e visite ostetrico-ginecologiche per:

- Contraccezione;
- Problemi preconcezionali;
- Infertilità;
- Problematiche sessuali;
- Problematiche legate alla menopausa;
- Gravidanza e puerperio (preparazione nascita – post nascita);
- IVG.

Le prestazioni psicologiche e sociali di assistenza diretta comprendono consulenze, colloqui, psicoterapia, valutazione delle funzioni genitoriali, sostegno e mediazione familiare, nelle seguenti aree:

- Problematiche di coppia;
- Problematiche genitoriali e sostegno alla genitorialità biologica e sociale;
- Difficoltà relazionali del singolo;
- Difficoltà affettive-relazionali;
- Problematiche familiari;
- Mediazione familiare e spazio neutro;

- Consulenze legali, relative al diritto di famiglia;
- Indagini psico-sociali nelle situazioni di rischio di pregiudizio;
- Collaborazione con i servizi socio-sanitari che si occupano delle vittime di abuso/violenza/maltrattamento/sfruttamento sessuale;
- Valutazione delle capacità genitoriali biologiche e sociali;
- Valutazione dell'affidamento dei figli in separazione e divorzio⁴¹.

⁴¹ Nello specifico, il consultorio di Favaro Veneto non si occupa di adozioni e valutazioni genitoriali in vista di una futura adozione o affido, in quanto l'Azienda Ulss3 ha predisposto un'equipe specializzata che si occupa di questi due ambiti, che è situata in un'altra sede. Inoltre per quanto riguarda le consulenze legali sono gestite da un avvocato esterno il libera professione, che lavora affiancato dall'Assistente Sociale.

CAPITOLO V

IL DISEGNO DELLA RICERCA

In questo capitolo entriamo a pieno nella ricerca, definendo i metodi di indagine, le domande iniziali e gli obiettivi.

Dopo aver ripercorso gli obiettivi, le ipotesi e il disegno di ricerca, cercherò di evidenziare quali sono le domande che mi hanno portato a compiere questo percorso di analisi. Analizzeremo il campione di ricerca, quali sono le caratteristiche e quali i criteri di selezione degli intervistati. Si descriveranno poi le differenti metodologie adottate, analizzando e descrivendo che cosa siano un'intervista qualitativa e un questionario, in che modo sono stati strutturati e le modalità in cui si è svolta ed è stata condotta la raccolta dati; facendo un breve riferimento anche alle fonti secondarie.

Infine verrà riportata la tecnica utilizzata per analizzare il materiale raccolto e alcune riflessioni e conclusioni in merito all'analisi e alla conduzione delle interviste.

5.1 GLI OBIETTIVI E LE FASI DELLA RICERCA

È stato affermato che la dimensione della salute rappresenta un fattore determinante per indagare le disuguaglianze sociali e di genere e ciò vale ancor di più per le donne immigrate, le quali affrontano sulla loro pelle discriminazioni di genere, razza e classe. Attraverso questa ricerca qualitativa si è cercato di definire quali sono le discriminazioni che una donna immigrata incontra nel momento di accesso ai servizi socio-sanitari riguardanti le cure materno-infantili, nello specifico quali barriere e quali possibilità emergono nei servizi consultoriali di salute riproduttiva.

Dunque in primo luogo mi sono chiesta quale sia l'approccio che le donne straniere presentano nell'accesso ai servizi di salute riproduttiva, quali i loro stati d'animo e le loro difficoltà, quale il loro grado di soddisfazione dei servizi. Volevo capire quali difficoltà le immigrate incontrano nel momento in cui si rivolgono ai servizi che riguardano la loro salute e il percorso nascita, ma allo stesso tempo in che modo i servizi e gli operatori stessi

si rivolgono a questa tipologia di utenza, quali barriere e quali differenziazioni emergono rispetto alla componente italiana autoctona. Infine una volta individuate le difficoltà, l'obiettivo è quello di identificare delle metodologie o delle prassi con cui è possibile sanare tali barriere; studiare in che modo i servizi di salute riproduttiva promuovono le informazioni e il supporto alle donne straniere nelle scelte di procreazione consapevole e quali sono i possibili miglioramenti. L'obiettivo finale è dunque quello di indagare se le modalità presenti all'interno dei servizi di salute riproduttiva portino ad una reale inclusione sociale delle donne immigrate nel contesto italiano.

Partendo dall'esperienza concreta del percorso migratorio e analizzando la letteratura già esistente, abbiamo approfondito le tematiche legate alla presenza della donna immigrata in quanto breadwinner, madre, moglie e donna sola, qual è stato storicamente il percorso che hanno effettuato e quali le disuguaglianze incontrate. L'attenzione è stata sempre posta nei confronti della tutela della salute di questa componente, in particolare della salute riproduttiva. Con quest'ottica abbiamo analizzato in particolare i progetti migratori e la pianificazione familiare e lavorativa, le diverse concezioni legate alla riproduzione e alla maternità, i fattori discriminanti e le disuguaglianze, la prevenzione, la contraccezione e l'interruzione volontaria di gravidanza, maternità e lavoro, l'accesso e il rapporto con i servizi socio-sanitari.

In un secondo momento si è avviata la ricerca empirica, la quale si è svolta all'interno del servizio territoriale del Consultorio Familiare di Favaro Veneto ed è stata articolata in diverse fasi. Come abbiamo esplicitato, essa è stata preceduta da un'indagine più ampia, che ha condotto ad un'analisi di normative e procedimenti nazionali e internazionali e ad una disamina di statistiche inerenti alla presenza straniera femminile in Italia, e nello specifico nel territorio Veneto. Per delimitare l'ambito territoriale e focalizzare l'attenzione su problematiche, procedure, e individuare barriere e obiettivi specifici, è stato deciso di condurre la ricerca all'interno di un Consultorio Familiare, in quanto tale servizio è riconosciuto – come abbiamo affermato nei capitoli precedenti – come il servizio a cui le donne immigrate si rivolgono maggiormente per tutelare la propria salute riproduttiva e per questo un ottimo contesto di indagine.

Dopo un iniziale rassegna della letteratura critica, la ricerca empirica si è sviluppata in un periodo di tempo di circa cinque mesi (da settembre 2020 a gennaio 2021) è stata articolata nelle seguenti fasi:

- Un'indagine del contesto del Comune di Venezia e dell'Ulss 3 Serenissima, presentando una mappatura della presenza immigrata, focalizzando l'attenzione sulle differenze di genere, sulle nazionalità e sul tasso di natalità;
- Un approfondimento del servizio di Consultorio Familiare, attraverso lo studio di normative, organizzazione e mission dell'Azienda sanitaria e tramite l'osservazione presso la sede di Favaro Veneto del contesto, dell'utenza, delle attività svolte e del personale impiegato;
- Un'analisi del punto di vista e della percezione degli operatori sanitari (ginecologi, ostetriche, assistenti sanitari) in merito al profilo di salute dell'utenza femminile immigrata e alle dinamiche relazionali all'interno del Consultorio in questione. Ciò è avvenuto attraverso interviste semi-strutturate e si è indagato il profilo prevalente della donna straniera, le problematiche portate da esse, il rapporto tra operatore e utente, in che modo il servizio risponde alle esigenze di queste donne e quali possono essere i miglioramenti attuabili per un'accoglienza integrata;
- Un'analisi del punto di vista delle immigrate che frequentano il servizio consultoriale (attraverso la somministrazione di un questionario), principalmente durante la gravidanza e il parto, in riferimento alla difficoltà di accesso, alle problematiche linguistiche e relazionali e ai vissuti personali;
- Infine una breve analisi sull'interruzione volontaria di gravidanza, partendo da dati statistici relativi al numero di interruzioni, all'età e alla nazionalità e cercando di studiare le motivazioni portate dall'utente e esplicitate all'operatore riguardo le peculiarità e i fattori che le portano a compiere questa scelta.

5.2 METODOLOGIA, CAMPIONE E STRUMENTI DI INDAGINE

Gli strumenti utilizzati per la raccolta dati sono stati di tre tipi principalmente: sono stati utilizzati strumenti di carattere statistico o descrittivo, ricavati da indagini pubblicate da altri o da istituti di ricerca, per analizzare il contesto; interviste qualitative rivolte a testimoni privilegiati, nello specifico sono state effettuate cinque interviste semi-strutturate ad altrettanti operatori sanitari impiegati presso il Consultorio di Favaro Veneto; infine è stato somministrato un questionario nei confronti di otto donne straniere incontrate all'interno del servizio consultoriale a seguito di alcune visite sanitarie per la loro salute riproduttiva.

Nel corso della prima e della seconda fase di ricerca – che ha approfondito i temi dell'immigrazione femminile e della salute riproduttiva – sono stati per di più elaborate sia la griglia del questionario, sia dell'intervista semi-strutturata con l'intento di approfondire le problematiche portate dalle utenti straniere, le difficoltà e il rapporto, di operatori e utenti, con i servizi sanitari a cui abbiamo fatto riferimento.

Per quanto riguarda i soggetti intervistati si sottolinea che nel caso delle interviste semi-strutturate rivolte al personale sanitario del Consultorio di Favaro Veneto, sono state somministrate a tutti gli operatori sanitari che operano all'interno di tale contesto, in quanto ognuno di loro lavora a contatto con l'utenza immigrata. Nello specifico sono stati intervistati:

- 2 Ginecologhe: donne, una impiegata presso il Consultorio di Favaro da settembre 2019, l'altra dal 2017;
- 2 ostetriche: un uomo, il quale lavora a Favaro Veneto da 13 anni, e una donna che vi lavora da circa 18 mesi (si occupano di pap-test, gravidanza, corsi pre e post parto, allattamento);
- 1 Assistente sanitaria: donna, ha lavorato nel servizio in questione per un anno e mezzo, fino a ottobre 2020 (si occupava di post-parto e allattamento).

Il campione di donne immigrate selezionato per la somministrazione del questionario si presenta come non ragionato, non rappresentativo e relativo allo specifico territorio del distretto Socio-sanitario di Favaro Veneto.

Il questionario è stato somministrato a otto donne straniere che frequentano o hanno frequentato i servizi di salute riproduttiva all'interno del Consultorio Familiare di Favaro Veneto. Nello specifico la selezione è avvenuta con l'aiuto degli operatori sanitari presenti – principalmente un'operatrice socio-sanitaria e un'ostetrica – i quali a seguito della visita effettuata alla donna segnalavano la disponibilità di essa a compilare il questionario. La compilazione del questionario è avvenuta sempre attraverso la mia sorveglianza o, nei casi in cui io non ero presente, tramite la sorveglianza dell'operatrice socio-sanitaria che all'interno del servizio si occupa dell'accoglienza delle utenti. Risulta importante sottolineare le motivazioni per cui il campione non è rappresentativo. In primo luogo poiché il questionario non è stato rivolto all'intera utenza che frequenta i servizi sanitari consultoriali, inoltre le donne prese in considerazione sono state coloro che hanno frequentato i servizi in relazione alla gravidanza, escludendo così coloro che accedevano per interruzione di gravidanza o contraccezione e prevenzione. Infine tutte le donne intervistate hanno dimostrato un conoscenza della lingua italiana sufficientemente buona e, nonostante la disponibilità della traduzione in varie lingue, hanno compreso le domande senza bisogno di traduzioni, questo anche perché, per una questione di tempistiche, di disponibilità e di normative legate all'emergenza sanitaria, la domanda di poter partecipare a questa indagine è stata posta ad un campione di donne specifico con una conoscenza base dell'italiano, capace di comprendere le domande senza necessariamente un supporto da parte dell'operatore (qualora ci fossero stati imprevisti all'interno del servizio).

Nello specifico le caratteristiche delle otto donne intervistate sono le seguenti:

- Nazionalità: Perù, Cina, Egitto, Romania (x2), Bangladesh (x2), Albania;
- Età: l'età è compresa tra i 25 e i 33 anni;
- Titolo di studi: le due donne bengalesi hanno frequentato la scuola primaria, la donna egiziana ha conseguito una laurea in ambito commerciale, le immigrate provenienti dalla Romania hanno ottenuto una il diploma grafico e l'altra ha frequentato la scuola secondaria, mentre le tre restanti possiedono la licenza di scuola media;

- Non tutte sono sposate, almeno la metà si dichiara convivente con un uomo della loro stessa nazionalità⁴².

L'intervista semi-strutturata

“L'intervista è una conversazione provocata dall'intervistatore rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione e in numero consistente, avente finalità conoscitive, guidata dall'intervistatore, sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione.”
(Corbetta, 2015b)

Ho svolto la seconda parte della mia ricerca empirica (la parte dedicata alla raccolta dati) utilizzando inizialmente lo strumento dell'intervista semi-strutturata. Ovvero un'intervista che si basa su una traccia guida che espone tutti gli argomenti da trattare nel corso del colloquio, l'ordine con il quale porre le domande è a discrezione dell'intervistatore in base alle risposte dell'intervistato e al contesto in cui si ritrovano. L'obbiettivo di tali interviste è stato certamente conoscitivo, non rappresentativo; inoltre in tale strumento sono stati riconosciuti dei vantaggi e delle potenzialità, che mi hanno portato ad usufruirne. In primo luogo l'intervista semi-strutturata costituisce una forma di interazione molto vicina a quelle che ciascuno sperimenta in modo naturale nel contesto della vita quotidiana. L'intervista discorsiva si caratterizza inoltre per la sua elevata flessibilità e assenza di standardizzazione: un abile ricercatore saprà, infatti, adattare lo sviluppo dell'intervista alle diverse condizioni entro cui può aver luogo e in funzione dei vari tipi di interlocutore con cui sta interagendo. Il coinvolgimento del ricercatore rappresenta un ulteriore elemento che definisce l'intervista discorsiva.

La naturalezza che contraddistingue l'intervista discorsiva nasconde tuttavia le sue principali debolezze metodologiche. Innanzitutto non è uno strumento sempre facile da maneggiare, proprio in virtù del coinvolgimento: più siamo distaccati da un'interazione sociale, più riusciamo a mantenerla sotto controllo; invece più siamo coinvolti più sarà difficile governare la dinamica dell'interazione. La flessibilità tipica di questa tecnica la espone ad un elevato grado di variabilità, derivante dai diversi contesti di realizzazione e dalle differenze relative a chi la conduce.

⁴² Si vedano i capitoli seguenti, nello specifico il settimo, per un approfondimento dell'utenza intervistata e dei risultati emersi dalle interviste.

I rischi che ne derivano possono essere che i dati rilevati si presentino disomogenei e difficilmente confrontabili e che la loro interpretazione risulti condizionata da chi la realizza.

Ho effettuato le mie interviste tenendo sempre presente questa definizione. Come viene spiegato nel testo di Salvatore La Mendola⁴³, è importante che le interviste siano condotte cercando di lasciare massima libertà all'intervistato e vi sia un clima di ascolto reciproco; un ascolto che si basa sulla fiducia e sull'accorgersi, ovvero andare oltre il semplice aspetto conoscitivo e riflessivo, ma considerare l'intera storia della persona. Inoltre accorgendomi di come le mie domande poste all'intervistato venissero percepite e interpretate e portassero o meno ad una elaborazione dell'esperienza o ad un racconto di sé. Anche per questo si è cercato di formulare le domande in modo tale che l'intervistato fosse spinto a raccontare e non a rispondere in maniera standardizzata. Diversamente infatti, una risposta tipizzata avrebbe portato ad una rottura del rapporto e ad un distacco tra ricercatore e intervistato. Per evitare ciò, quello che si è fatto è stato richiedere di integrare alle risposte aneddoti o racconti di esperienze reali e vissute all'interno del contesto di riferimento, in maniera tale da conoscere e comprendere a pieno, attraverso racconti per certi versi quotidiani, l'organizzazione del servizio e il rapporto che intercorre tra l'operatore e l'utente. Questa modalità è risultata molto efficace, concentrarsi non solo sulle informazioni ma anche sugli episodi di cornice ha permesso di delineare un profilo completo del servizio e dell'accoglienza riservata alle donne immigrate, ha aiutato a capire quali difficoltà si presentano da entrambi i lati – lavoratore e immigrata – e mi ha permesso di entrare a pieno nel servizio di Consultorio e nell'organizzazione.

Le interviste sono state svolte dunque avendo sempre come linea guida la traccia costruita in precedenza, ma adattando sul momento l'ordine degli argomenti e i concetti in base all'evolversi della situazione e dell'interazione, rimanendo sempre centrati sul tema e sull'obiettivo. Tutte le interviste si sono svolte all'interno del contesto consultoriale, negli studi personali dei rispettivi intervistati e durante l'orario lavorativo o di pausa pranzo. Il setting ha perciò da un lato permesso di mantenere il focus e l'attenzione sulle tematiche, senza troppe distrazioni o divagazioni, dall'altro non sempre è stato ottimale. Infatti spesso

⁴³ "Centrato e aperto", 2009

il tempo reso disponibile e dedicato all'intervista è stato ristretto o comunque minato dagli appuntamenti lavorativi imminenti, ciò a volte ha portato a fornire risposte per certi versi tipizzate e ad una riflessione non completa di alcuni fenomeni. Nonostante ciò nel complesso, le interviste sono risultate soddisfacenti ed eterogenee e mi hanno permesso di svolgere molteplici riflessioni.

Per quanto riguarda i passaggi veri e propri compiuti e i temi trattati, è stato importante in primis ottenere il consenso da parte delle responsabili del servizio e dell'area materno-infantile per poter svolgere la mia ricerca all'interno del Consultorio di Favaro Veneto, allegando nella richiesta la griglia dell'interviste e il questionario per le donne immigrate. Una volta ottenuta la loro approvazione per procedere con l'indagine, ho contattato telefonicamente o tramite posta elettronica gli operatori sanitari del servizio ed ho accordato luogo e data dell'intervista.

Le interviste sono state svolte con il supporto di un registratore portatile, così da poter elaborare al meglio i dati in un secondo momento.

Tenendo un riferimento costante ai nostri obiettivi di ricerca, ovvero da una parte l'analisi dei servizi di salute riproduttiva offerti e dall'altra l'accesso da parte delle donne immigrate al servizio stesso, abbiamo deciso di articolare l'intervista partendo da una raccolta dati di carattere generale, per poi addentrarsi in domande più specifiche da porre ai diversi operatori. Superato l'iniziale imbarazzo, prima di cominciare l'intervista vera e propria, si è cercato di far capire e spiegare all'intervistato l'obiettivo della ricerca, perché è stato scelto, chi vi partecipa, giustificare il fatto che sarà registrato e definire i tempi dell'intervista, ipotizzando e concordando la durata.

La parte iniziale dell'intervista ha riguardato alcuni dati anagrafici degli operatori, la loro presenza all'interno del servizio, il loro ruolo e l'evoluzione negli anni dell'utenza. Abbiamo concentrato la nostra attenzione sulle peculiarità relative a ogni singolo operatore, l'attenzione è stata posta sulle tempistiche, sulle occupazioni svolte da ogni singolo operatore, sulla sua funzione all'interno, non solo relativamente al servizio offerto, bensì anche per quanto riguarda il ruolo informativo e/o di guida ricoperto.

Si è passato poi a cercare di delineare un profilo delle utenti immigrate, quali le nazionalità, le motivazioni e le problematiche per cui giungono al servizio, quali le caratteristiche socio culturali. Soffermandosi su eventuali aspetti comuni con le donne italiane o diverse a seconda delle nazionalità, del titolo di studio, della conoscenza della lingua o del credo religioso; si è inoltre posta l'attenzione sul fenomeno dell'interruzione di gravidanza e sull'approccio e stato d'animo portato delle migranti.

Gradualmente ci si è addentrati in modo più analitico sulle peculiarità degli aspetti che caratterizzano l'accesso e soprattutto il rapporto tra operatore e paziente. Attraverso il racconto di aneddoti e esperienze si sono indagate le maggiori difficoltà che ogni operatore incontra nella relazione con le donne immigrate, discutendo anche sulla figura del mediatore culturale.

È risultato poi fondamentale analizzare quale sia la valutazione che gli operatori hanno riguardo al servizio e all'organizzazione di esso in riferimento all'accesso e all'integrazione della componente migrante; si è discusso in merito all'accessibilità e alla collocazione geografica del servizio, alla conoscenza di esso, alla tipologia di accesso, alle potenziali motivazioni che spingono a fruire o interessarsi del servizio, si sono analizzati la regolarità di fruizione, la presenza o meno di una seconda persona nel ruolo di accompagnatore e infine quali possono essere le possibilità di miglioramento.

Infine si è indagata la rete di servizi che comunica per il benessere della salute riproduttiva e sociale delle donne immigrate, in che modi i diversi enti e servizi collaborano e in che modo avvenga l'integrazione socio-sanitaria sul territorio.

**SCHEDA 2 – LA TRACCIA DELL'INTERVISTA RIVOLTA AGLI OPERATORI SANITARI DEL
CONSULTORIO DI FAVARO VENETO**

Dati anagrafici/ personali

-Professione e tipologia delle attività svolte

1. Sesso
2. Da quanto tempo è impiegato/a presso questo servizio?
3. Com'è cambiata nel tempo l'utenza immigrata del consultorio?
4. In riferimento alle donne straniere, quali sono stati i cambiamenti rispetto all'offerta e alle attività proposte dal servizio?

Tipologia e problematiche delle utenti immigrate:

6. Ad oggi quali sono le nazionalità prevalenti delle donne immigrate che si rivolgono al servizio in questo territorio?
7. Per quali motivi le donne straniere si rivolgono al Consultorio? Ad esempio per gravidanza, IVG, screening o altro?
8. quali sono secondo lei le problematiche che presentano le donne straniere diverse o in aggiunta rispetto alle donne italiane?
9. A cosa sono legate, in base alla sua esperienza, tali problematiche? (Eventuali suggerimenti: a difficoltà linguistiche, a differenze culturali, difficoltà ad orientarsi fra i servizi del territorio, ad una scarsa conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi, ad una scarsa conoscenza delle normative in merito di salute)
10. pensando alle molteplici nazionalità che frequentano il servizio, potrebbe fare un esempio in cui le caratteristiche socio-culturali (titolo di studi, conoscenza della lingua italiana, religione, ecc.) incidono sull'approccio che le straniere hanno nei confronti del servizio consultoriale?
11. In riferimento all'IVG: quali sono le nazionalità di immigrate che richiedono più frequentemente questo tipo di intervento?
12. Qual è il loro approccio e lo stato d'animo a questa richiesta?

Rapporto operatore/paziente:

13. quali sono le maggiori difficoltà che ha incontrato/incontra nella relazione con le pazienti immigrate, rispetto alle italiane?
14. Queste difficoltà a cosa sarebbero legate secondo lei? (Eventuali suggerimenti: a differenze culturali, incomprensioni linguistiche, difficoltà delle utenti ad orientarsi fra i servizi, a scarsa conoscenza dell'organizzazione dei servizi)
15. Con quali nazionalità fa più fatica a rapportarsi? Può raccontare un aneddoto?
16. In quali situazioni è possibile richiedere l'intervento di una mediatrice culturale? È una procedura semplice?
Come valuta il contributo di questa figura?

Valutazione del servizio

17. quali sono le modalità che l'Azienda Sanitaria ha adottato per rispondere alle esigenze di queste donne? Sono modalità adeguate?

18. Quali azioni potrebbero essere intraprese per migliorare l'accoglienza delle donne straniere all'interno del servizio? (Ad esempio: fare ricorso più frequentemente alle mediatrici o averle in organico, migliorare l'informazione per gli stranieri con brochure in lingua o sportelli informativi, avere più tempo o risorse per gestire situazioni complesse)?

19. A quanto le risulta le donne straniere che si rivolgono al vostro servizio come vengono a conoscenza di esso?

20. In base alla sua esperienza quali sono le donne che hanno maggiori difficoltà a raggiungere il servizio?

Reti sul territorio:

20. Nella sua attività quotidiana, per questioni e problematiche legate alle utenze immigrate, quali sono i servizi sanitari con cui si trova a collaborare più frequentemente?

21. Come valuta la collaborazione con enti e servizi del sociale, pubblici e privati, per la risoluzione delle problematiche delle donne straniere?

22. e come valuta l'integrazione sul territorio fra l'ambito del sociale e quello sanitario?

23. come potrebbe essere migliorato il lavoro di dei servizi socio-sanitari sul territorio, per fare fronte alle problematiche riscontrate?

24. Potrebbe dirmi per concludere, in base alla sua esperienza, quali sono gli aspetti positivi e quali quelli negativi del lavoro che svolge con le immigrate?

L'intervista in profondità si è rivelata dunque lo strumento più efficace e conforme ai nostri obiettivi di ricerca, in quanto lo schema flessibile e non standardizzato di interrogazione ha offerto la possibilità agli interlocutori di fornire da un lato risposte complete e puntuali, necessarie per i nostri fini conoscitivi, e, allo stesso tempo, ha permesso loro di raccontarsi liberamente tenendo conto sempre delle numerose variabili che influenzano il servizio e la sua fruizione.

Il questionario

Il secondo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è stata un'intervista strutturata, più precisamente un questionario. Secondo Corbetta tale modalità di rilevazione si identifica come "un modo di rivelare informazioni interrogando gli stessi individui oggetto della ricerca, appartenenti ad un campione rappresentativo, mediante

una procedura standardizzata di interrogazione, allo scopo di studiare le relazioni esistenti tra le variabili”.

Quando si decide di utilizzare uno strumento standardizzato come il questionario è importante tener conto di alcune questioni. In primis il fatto che il rapporto tra intervistatore e intervistato non sarà mai del tutto neutro, viste le specificità di ogni individuo e le diverse modalità di interazione, ma risulta importante che tale rapporto in qualche modo venga il più possibile spersonalizzato per non alterare lo stato dell’oggetto studiato. In secondo luogo entra in gioco la standardizzazione dello stimolo, ovvero il questionario, presentando domande e risposte prefissate, prevede una raccolta di dati neutra e uniforme. Il problema che si presenta è che nella realtà nulla può garantire questa invarianza dello stimolo, una stessa domanda può essere percepita o interpretata in maniera differente a seconda della persona a cui è rivolta, sia per motivi legati alle circostanze in cui si svolge l’intervista, sia per motivi culturali o personali (Corbetta, 2015a).

In questo caso il questionario si è rivelato lo strumento più adatto per analizzare l’integrazione sanitaria delle donne straniere all’interno del servizio consultoriale, nello specifico un profilo d’utenza generale e il grado di soddisfazione dell’utente al momento della fruizione della prestazione.

Il questionario proposto è composto di una parte in cui sia risposta che domanda sono standardizzate e una in cui è standardizzata solo la domanda e si cerca di far emergere l’opinione dell’intervistato.

I dati raccolti riguardano inizialmente informazioni personali delle intervistate: età, nazionalità, titolo di studio e stato civile. Inoltre viene chiesto di indicare la nazionalità del marito, il numero e l’età dei figli (dove presenti), i motivi della migrazione in Italia e la loro presenza qui. Si tratta poi la conoscenza dei servizi sanitari e l’accesso ad essi, si indaga in merito a quali servizi frequentano maggiormente e alle difficoltà incontrate nell’orientarsi all’interno di essi. Nell’ultima parte si indagano le motivazioni per cui si rivolgono al Consultorio Familiare, il grado di soddisfazione, le difficoltà specifiche e in che modo affrontarle o poterle superare.

Nell'elaborazione delle domande, ma anche in un secondo momento durante l'analisi dei dati, si è tenuto conto di diversi aspetti che avrebbero potuto influire o che hanno influito nelle risposte delle intervistate.

Si è cercato di utilizzare un linguaggio adeguato alle caratteristiche del campione selezionato, ovvero un linguaggio semplice, comprensibile anche in autonomia, senza l'intervento dell'intervistatore. Si sottolinea infatti che la somministrazione dei questionari è avvenuta in autonomia da parte delle donne intervistate, ovvero la compilazione è stata supervisionata dall'intervistatore, disponibile in casi di dubbi o incomprensioni, e solo in alcuni casi le risposte sono state dettate dall'intervistata e trascritte dall'intervistatore, senza però intervenire maggiormente per non creare disagio. Per questo la lunghezza delle domande non è mai stata esagerata, ma si è cercato di porre subito l'interrogativo al centro, suggerendo solo in un secondo momento alcuni spunti di riflessione per facilitare la comprensione. Nelle domande a risposta chiusa sono state analizzate anche le possibili alternative proposte, senza esagerare con le possibilità. Si è fatta attenzione a non utilizzare parole ambigue o dal forte connotato negativo, domande con una sintassi troppo complessa o domande discriminanti.

Oltre a queste attenzioni appena citate, gli aspetti su cui ci si è soffermati maggiormente sono due: la mancanza di opinioni e la desiderabilità sociale delle risposte. Si è cercato di non porre domande su tematiche troppo complesse, rispetto alle quali le intervistate potevano non aver mai riflettuto. Questo perché la conseguenza sarebbe stata una risposta a caso o esplicativa di un'opinione temporanea, dettata dal momento e dalla situazione e quindi una mancanza di opinioni reali e radicate. La desiderabilità sociale riguarda invece *“la valutazione, socialmente condivisa, che in una certa cultura viene data a un certo atteggiamento o comportamento individuale”*⁴⁴. Ovvero può capitare che l'intervistato, indipendentemente dalla posizione in cui si trova, valuti un comportamento e fornisca una risposta in relazione alle modalità e alle valutazioni che la cultura o il contesto di appartenenza fornisce. L'individuo può risultare perciò restio a rivelare opinioni o comportamenti ritenuti indesiderabili e può rispondere cercando di dare la miglior immagine di sé anche se non del tutto veritiera. Ritengo che quest'ultimo punto sia stato il

⁴⁴ Ibidem

più rilevante anche in fase di analisi, questo perché nonostante l'attenzione posta nel formulare le domande in modo da rendere accettabile la risposta anche se meno desiderabile, in alcuni casi questo fattore si è presentato. Credo che ciò sia avvenuto poiché la somministrazione del questionario è avvenuta all'interno della struttura del servizio consultoriale, a seguito di alcune visite e certamente l'ultima sezione di domande è stata per certi versi influenzata. Questo perché si ritiene che per alcune intervistate sia stato difficile esprimere un'opinione del tutto veritiera in merito al servizio di Consultorio, al grado di soddisfazione e alle difficoltà incontrate, trovandosi all'interno di esso, nei pressi degli ambulatori, per paura di essere giudicate o discriminate.

Infine va sottolineato che il questionario è stato sottoposto a tutte le intervistate in lingua italiana, nonostante fosse stato tradotto in spagnolo, inglese e francese. Questo perché, come già spiegato, per motivi di tempistiche e disponibilità, le utenti selezionate presentavano tutte un buon grado di comprensione dell'italiano.

SCHEDA 3 – QUESTIONARIO RIVOLTO ALLE DONNE IMMIGRATE

Introduzione

Ciao! Sono Maria Pilar, studentessa dell'Università Ca' Foscari di Venezia. Sto conducendo un'indagine universitaria per capire i problemi delle donne immigrate riguardo la maternità, la salute e i rapporti con i servizi sanitari italiani. Non ci sono risposte giuste o sbagliate ma ti chiedo solo di rispondere in base alla tua esperienza personale. Le informazioni rimarranno anonime e verranno trattate per le sole finalità di ricerca, nel rispetto della normativa europea sulla privacy, rgdp. 679/2016.

Grazie per la tua collaborazione!

DATI PERSONALI

1. Da dove provieni?

2. Quanti anni hai?

3. Titolo di studio

- Nessuno

- Scuola primaria

- Scuola secondaria

- Diploma (specificare quale: __)

- Laurea in__

- Specializzazione post laurea in__

4. Il tuo stato civile è:

- Coniugata (vai alla domanda 5)

- Convivente (vai alla domanda 5)

- Separata/divorziata (vai alla domanda 7)

- Vedova (vai alla domanda 7)

- Celibe/nubile (vai alla domanda 7)

5. Se sei sposata o convivi: il tuo marito/compagno è:

- Della tua stessa nazionalità

- Di nazionalità italiana

- Di altra nazionalità (Specificare: _____)

6. Il tuo coniuge è attualmente in Italia con te o vive altrove?

7. Hai figli?

- Sì (vai alla domanda 8)

- No (vai alla domanda 12)

8. Quanti figli hai?

9. Quanti anni hanno?

10. Dove sono nati i tuoi figli? (In Italia, nel tuo paese di origine o in un altro paese)

11. I tuoi figli adesso vivono in Italia con te, nel tuo paese di origine o in un altro paese?

12. Da quanto tempo sei in Italia (ricordi quando sei arrivata)?

13. Per quali motivi hai deciso di venire in Italia (per lavoro, per motivi di famiglia, per studio, per motivi di salute, per motivi umanitari?)

RAPPORTO CON I SERVIZI SANITARI DEL TERRITORIO:

Accesso ai servizi

14. Sei iscritta al Servizio Sanitario Nazionale?

15. Per avere informazioni per andare dal medico o accedere ai servizi sanitari del territorio in caso di necessità a chi ti sei rivolta, a chi hai chiesto aiuto? (Puoi scegliere più di un'opzione)

- Ad amici e familiari
- Ad altri servizi sanitari del territorio
- Al pronto soccorso
- Al medico di base
- Ad associazioni di connazionali
- A cooperative del territorio
- A sportelli informativi del comune
- Alla parrocchia
- Al datore di lavoro
- Ad internet
- Altro

16. In Italia a quali servizi preferisci rivolgerti per problemi di salute? (Puoi scegliere più di un'opzione)

- Al medico di famiglia
- A medici privati
- A servizi specifici per immigrati
- Al pronto soccorso
- All'ospedale
- Altro

17. In ogni caso per te, in una scala da 1 a 7 quanto è difficile orientarsi fra i servizi sanitari italiani?

18. Hai avuto in passato o hai anche adesso qualche difficoltà a rivolgerti, ad andare ai servizi sanitari sul territorio? (Ad esempio mancanza di informazioni adeguate, differenze culturali come una diversa concezione della medicina, della salute, difficoltà linguistiche, differenze nell'organizzazione dei servizi rispetto al tuo paese di origine, poco tempo a disposizione per te stessa, il fatto che orari e giorni dei servizi di apertura dei servizi non coincidono con tuoi giorni liberi da lavoro).

Servizio di consultorio familiare

19. Per quali motivi ti sei rivolta al consultorio familiare di Favaro Veneto? (Gravidanza, screening, Pap test IVG, visita ginecologica, ecc.)

20. Come ti sei trovata presso questo servizio? Hai riscontrato eventuali problemi? (In merito a: accesso, prenotazione, prestazione sanitaria...)

21. Hai mai avuto qualche difficoltà nella relazione con medici o con altri operatori dei servizi sanitari a cui ti sei rivolta?

22. In genere preferisci andare alle visite mediche da sola o accompagnata (ad esempio da amiche, connazionali, familiari, da tuo mio marito/ dal tuo partner)?

23. In caso di difficoltà linguistiche: come hai cercato in passato o cerchi adesso di superare le incomprensioni linguistiche? (Con l'aiuto del tuo compagno/partner, con l'aiuto di amiche connazionali, ad esempio facendoti accompagnare alle visite o con un ausilio telefonico, con l'aiuto di una mediatrice culturale qualificata)?

24. Secondo te l'aiuto o la presenza di una mediatrice culturale nei servizi sanitari o in ospedale è utile?

25. Ha mai notato atteggiamenti di intolleranza, pregiudizi o episodi di discriminazione o nei tuoi confronti da parte di medici o del personale sanitario in occasione di visite mediche o prenotazioni?

26. Come valuti in generale in servizio del consultorio familiare in una scala da 1 a 7?

27. In che modo i servizi del consultorio familiare potrebbero essere migliorati? (Maggiori traduzioni in lingua, corsi bilingue, formazione specifica per gli operatori...)

TI RINGRAZIO DI CUORE PER LA TUA COLLABORAZIONE!

Per concludere la sezione della raccolta dati, dopo aver effettuato le interviste e somministrato i questionari, si sono presi in considerazione i dati riguardanti l'accesso al servizio di Consultorio Familiare per Interruzione Volontaria di Gravidanza. Il Consultorio di Favaro Veneto per monitorare il fenomeno e tener conto delle richieste, raccoglie in una sezione dedicata i certificati emessi dalle ginecologhe per IVG. Ho potuto visionare e analizzare i certificati emessi nell'anno solare 2020, indagando il numero totale di interruzioni di gravidanza, l'età e la nazionalità della donna e la settimana di gestazione durante la quale ha richiesto l'interruzione.

5.3 FONTI SECONDARIE

Nel corso della ricerca sono stati raccolti e analizzati dati e informazioni statistiche, come abbiamo già visto, per definire la presenza straniera nel territorio di riferimento, a livello sia regionale che provinciale e comunale (statistiche inerenti al genere, nazionalità, natalità, accesso sanitario, ecc.).

Si è fatto riferimento soprattutto ad indagini Istat per quanto concerne la presenza straniera residente, inoltre ad indagini condotte dall'Osservatorio Immigrazione Regione Veneto relative all'anno 2019, che fanno riferimento anche a statistiche regionali.

Per quanto riguarda invece i dati in ambito sanitario, relativi all'azienda Ulss 3 Serenissima, non è stato possibile reperire informazioni rispetto all'accesso delle donne presso i servizi di Consultorio, a causa di lavori di modifica del portale di archiviazione elettronica. Si è

perciò fatto riferimento all'indagine Impact Veneto⁴⁵, alle informazioni raccolte in sede di interviste e questionari e alle osservazioni elaborate durante il periodo di tirocinio avvenuto presso il Consultorio di Favaro Veneto da giugno a settembre 2020.

5.4 L'ANALISI DEI DATI

Dopo aver svolto le interviste e i questionari, ho sbobinato la registrazione di ciascuna intervista, mettendo per iscritto tutto il dialogo. Ho cercato di riportare ogni parola o frase pronunciate degli operatori intervistati in maniera il più fedele possibile e cercando di riportare pause o stati d'animo.

Ho ritenuto inoltre importante, durante la rilettura delle interviste e dei questionari, ripensare alle emozioni provate da entrambe le parti e alla comunicazione non verbale percepita. In questo senso non è sempre stato facile, data l'emergenza sanitaria in corso e l'obbligo dell'uso della mascherina. Consapevole delle norme e dell'importanza del rispetto di queste ultime, ammetto che il non poter vedere completamente il viso degli intervistati e soprattutto le loro espressioni non mi ha sempre aiutato a capire se quanto veniva chiesto o detto fosse compreso o attendibile, oppure quanto una determinata situazione toccasse la persona. Durante le interviste, e da osservatore anche durante la compilazione dei questionari, perciò mi sono concentrata molto sugli occhi e sulle mani delle persone in questione, sulla postura e sul tono della voce e in conclusione, posso dire che questo apparente limite mi ha aiutato molto a leggere alcuni segnali che in altre situazioni sarebbero potuti passare in secondo piano. Successivamente ho riletto più volte i testi delle interviste e dei questionari, sottolineando gli aspetti chiave e i diversi argomenti in colori diversi, ed ho creato degli schemi e una scaletta secondo i quali analizzare i dati nei seguenti capitoli. Inoltre ho studiato i dati riguardanti l'Interruzione Volontaria di Gravidanza, definendo la percentuale di donne straniere che ne ha usufruito, una fascia d'età principale e nazionalità più frequente.

⁴⁵ IMPACT VENETO – Integrazione dei Migranti con Politiche e Azioni Coprogettate sul Territorio (PROG-2415) CUP H79F18000300007 CIG Lotto 2: 8081890A9A

ACCESSO E FRUIBILITÀ DELLE IMMIGRATE AL SERVIZIO CONSULTORIALE: IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI

In questo capitolo verranno analizzati e presentati alcuni aspetti significativi emersi dalle interviste effettuate nei confronti del personale sanitario del Consultorio di Favaro Veneto. Dopo aver trascritto e averle analizzate tra di loro e confrontate, sono stati individuati gli aspetti più significativi emersi in relazione al fenomeno considerato e agli obiettivi preposti. Si sono perciò racchiuse le riflessioni fatte in macro aree, ognuna delle quali è composta da diverse sequenze e da stralci delle narrazioni esaminate per rafforzare le osservazioni e le riflessioni effettuate.

Nel capitolo precedente abbiamo analizzato le linee guida percorse ed adottate durante lo svolgimento delle interviste, sulla base di esse e dei temi affrontati, gli aspetti principali che si affronteranno e che emergeranno in questo capitolo riguardano: l'identificazione di un profilo d'utenza straniera, quali le caratteristiche e le problematiche che portano; come viene vissuta e affrontata la relazione tra operatori sanitari e donne straniere; quali sono le possibilità e le barriere che si identificano all'interno dei servizi socio-sanitari territoriali nei confronti di questa determinata utenza.

6.1 CARATTERISTICHE E PROBLEMATICHE DELL'UTENZA STRANIERA

In precedenza abbiamo analizzato come la presenza femminile immigrata in Italia negli ultimi anni abbia portato a numerosi cambiamenti all'interno della nostra società e nei contesti socio-sanitari. Le ricerche hanno evidenziato un aumento del numero di donne immigrate che usufruiscono dei servizi sanitari soprattutto quelli inerenti la salute riproduttiva. La maggior parte infatti di questa categoria immigrata, durante la gravidanza, è seguita all'interno dei servizi di Consultorio Familiare, diversamente delle donne italiane che ricorrono più di frequente all'assistenza privata. Il contesto d'indagine considerato si conforma a pieno con quanto descritto dagli studiosi: il Consultorio di Favaro Veneto

rappresenta un punto di riferimento per le straniere in gravidanza residenti nel territorio in questione, esse infatti frequentano il servizio in numero maggiore rispetto alle donne di nazionalità italiana.

Le nazionalità presenti sono molteplici, le donne provengono da Albania, Moldavia, Romania, Ucraina, ma soprattutto, ad oggi, giungono dal Bangladesh⁴⁶. Secondo gli operatori intervistati infatti nel corso degli anni l'utenza femminile straniera ha subito alcuni cambiamenti: le donne dell'est, le prime a giungere in Italia, ad oggi sono quasi del tutto integrate all'interno dei servizi sanitari sia dal punto linguistico che sanitario e organizzativo del sistema sanitario. Più recente è invece l'immigrazione bengalese, che fatica ancora ad orientarsi e presenta molte difficoltà soprattutto a livello linguistico. Inoltre l'utenza proveniente dall'Est Europa presenta nuclei familiari tutti femminili o comunque le donne sono più indipendenti, per il Bangladesh invece si tratta di famiglie tradizionali, per lo più ricongiunte, in cui la donna non arriva al servizio mai da sola, ma è sempre accompagnata o dal marito o da qualche familiare. Risulta importante sottolineare che questa presenza immigrata maggiormente bengalese non è omogenea in tutto il territorio della Città Metropolitana di Venezia, ma i servizi di Consultorio territoriali presentano delle diversità, ad esempio nel territorio insulare e litorale di Venezia la presenza immigrata che frequenta il servizio è minore, invece a Mestre vi è un'importante frequenza di cinesi, oltre che di bengalesi.

Vista l'elevata percentuale di donne bengalesi che frequentano il servizio di Favaro Veneto risulta opportuno soffermarsi sulle caratteristiche di questa categoria immigrata. Secondo gli studi di Francesco Della Puppa le donne bengalesi giungono nel Nord-est italiano attraverso il ricongiungimento familiare richiesto dal marito e che viene spesso effettuato a seguito di un matrimonio combinato. Il ricongiungimento familiare infatti risulta fondamentale per gli uomini bengalesi primo-migranti in quanto pone fine ad una condizione di solitudine e sofferenza affettiva che l'uomo si trova a vivere una volta giunto in Italia. Tale processo però si identifica come una "violenza simbolica" nei confronti della donna che viene costretta ad emigrare e a lasciare la propria rete affettiva. In Italia

⁴⁶ Si fa riferimento alle statistiche comunali, riferite all'anno 2019, inerenti le nazionalità maggiormente presenti nel territorio (si veda il capitolo quarto).

l'immigrazione bengalese risulta abbastanza recente, inizia negli anni Ottanta, ma è negli anni Novanta che si sviluppa e prende piede soprattutto data la grande necessità di forza lavoro all'interno di un mercato in forte espansione. Per questo la prima generazione di immigrati provenienti dal Bangladesh è formata da uomini il più delle volte celibi e di classe sociale media, i quali si integrano nel contesto italiano quasi esclusivamente sotto il punto di vista lavorativo; infatti i contatti con la società sono molto limitati e a lungo andare anche le relazioni con i connazionali immigrati diventano insufficienti. Il ricongiungimento familiare diventa quindi lo strumento per colmare il vuoto affettivo e relazionale che questi uomini vivono. Viene riconosciuto come il mezzo che *"mette ordine nella sua vita (dell'immigrato), attribuisce significato al suo lavoro e alle sue giornate"*⁴⁷; riporta l'immigrato a vivere la normalità, a sentirsi a casa.

Per la donna però il ricongiungimento non rappresenta la stessa rinascita, anzi spesso si identifica come un vero e proprio trauma, costrette prima a trasferirsi dal contesto familiare del padre a quello del marito, che spesso è già immigrato in Italia, e poi a emigrare nel nuovo paese per raggiungere lo sposo. Le donne bangladesi giungono in Italia con un progetto migratorio che il più delle volte si esaurisce nel desiderio dell'uomo di unire la famiglia, per questo se per gli uomini bangladesi il ricongiungimento permette loro di trovare e ritrovare gli affetti e la famiglia, per le donne capita spesso che l'abitazione e il contesto familiare si rivelino una prigione, un luogo totalizzante (Ibidem). Le donne bangladesi si trovano escluse dalla sfera pubblica, dentro le mura di casa e le relazioni sono limitate alla sfera familiare o facente parte della loro stessa nazionalità. Faticano perciò ad inserirsi all'interno del contesto sociale e dei servizi, dimostrandosi dipendenti dalla figura del marito e spesso si sentono sole e insoddisfatte.

Diverso invece è il caso delle immigrate di seconda generazione, dalle interviste emerge infatti che *"sono generazioni diverse rispetto a dieci anni fa, sono più propense a un tipo di integrazione, le immigrate che adesso hanno quarant'anni erano molto più rigide, mentre queste giovani mi salutano all'occidentale. Vengono alle visite anche da sole, sono*

⁴⁷*"Il volto nascosto del ricongiungimento familiare: voci, vissuti e aspirazioni di donne e uomini bangladesi in Italia"*, F. Della Puppa, in *Donne migranti tra passato e presente. Il caso italiano*, Rivista della società italiana delle storiche, 2014

comunque legate alla cultura ma stanno imparando a conoscere i servizi” (Ostetrico 1). Certamente questa tendenza si ricollega anche alle statistiche precedentemente analizzate in cui emerge che la figura dell’immigrato più tempo è presente nel territorio italiano più tende ad omogeneizzarsi con la popolazione autoctona in relazione a fruizione dei servizi, attività sociali, stile di vita e ruolo nella società.

Secondo la ricercatrice Monica Dotti l’accesso della componente immigrata ai servizi socio-sanitari è influenzato principalmente da tre aspetti: *“la sussistenza del diritto all’accesso, la consapevolezza di questo diritto e l’effettivo esercizio del diritto”*⁴⁸, in cui quest’ultimo punto include tutta una serie di barriere e difficoltà – in più rispetto all’utenza italiana – che si presentano al momento della fruizione: giuridico-legali, economiche, burocratico-amministrative, organizzative e linguistiche.

In Italia gli stranieri provengono da circa 190 paesi diversi, con altrettanti diversi approcci al tema della salute e della gravidanza, risulta dunque importante riflettere sulla complessità richiesta alle prassi dei sistemi sanitari.

Nel momento in cui la donna immigrata entra in contatto con il servizio e usufruisce delle prestazioni, tutti gli operatori intervistati sono risultati concordi sull’affermare che ogni tipologia di paziente, ma anche di nazionalità, presenta delle peculiarità e delle problematiche specifiche ed ha una particolare predisposizione a determinate patologie:

“...per dire le pazienti di colore che vengono dall’Africa sono predisposte all’ipertensione, a fibromatosi uterina, quelle invece del Bangladesh sono quasi tutte, pur essendo giovani, più predisposte al diabete gestazionale, vai te a capire come mai, l’alimentazione, i cambi, il modo di mangiare diverso da là a qua, la maggior parte soffre di diabete gestazionale, quindi una cosa che si slatentizza quando sono in gravidanza. Quindi ogni etnia ha dal punto di vista sanitario una specie di identità, delle problematiche particolari.” (Ginecologa 2)

Risulta difficoltoso l’approccio con l’utenza immigrata in quanto presentano delle problematiche non comuni nell’utenza italiana, si presentano al servizio quasi esclusivamente per essere seguite durante la gravidanza, gravidanza che quasi mai viene ritenuta a basso rischio, anzi proprio per le problematiche sopra citate viene trattata

⁴⁸ *Donne in cammino: salute e percorsi di cura di donne immigrate*, (2008)

sempre come una gravidanza ad alto rischio, perciò necessita di maggiori controlli e di un costante monitoraggio da parte di ostetrica e ginecologa.

“Spesso ci sono matrimoni combinati tra parenti, sono gravidanze che vanno controllate di più, non sono mai gravidanze fisiologiche, a basso rischio, hanno sempre bisogno di esami, approfondimenti, consulenze ad esempio a Padova, Venezia o comunque in altre strutture più adeguate.” (Ostetrica 2)

In aggiunta a queste peculiarità e difficoltà legate alla salute, che portano anche ad un maggiore ricorso a parti cesarei, di pari passo emergono caratteristiche culturali, sociali e linguistiche che ricadono nel percorso sanitario di monitoraggio della gravidanza. La struttura sociale e familiare incide molto nella fruizione del servizio: come abbiamo visto le donne del Bangladesh dipendono molto dal marito, faticano a frequentare gli ambulatori in autonomia e a interagire con gli operatori, specialmente se presenti nel territorio da poco tempo; spesso hanno un livello di istruzione medio-basso e una volta giunte in Italia non frequentano corsi di studio. Più in generale l'utenza straniera tende a non voler fare, o a fare poche, indagini prenatali per il rischio della sindrome di down, non è una loro consuetudine culturale e religiosa fare determinate indagini prenatali perché ritengono il figlio un dono di dio. Altre peculiari caratteristiche le ha raccontate l'Assiste Sanitaria operante nel servizio di Favaro Veneto, che si occupa di seguire le donne nel post-parto:

“La comunità cinese è preoccupata che il figlio non cresca, infatti lo imbottiscono di latte artificiale, tutte sono convinte che il bambino non mangi, che in realtà i cinesi sono tutti piccolini e magrolini e non possono pretendere che il figlio diventi grandissimo. [...] le cinesi hanno già il latte artificiale nell'armadietto dell'ospedale quando arrivano in sala parto per partorire. Le Bangladesh invece non hanno la minima percezione della prevenzione degli incidenti domestici, noi infatti alle consulenze facciamo anche prevenzione degli incidenti domestici, quindi le cadute, le ustioni...e loro proprio non hanno la minima idea di che cosa sia. Mi lasciavano il bambino sul fasciatoio da solo e vagavano per la stanza, a volte gli facevo le scenette con i bambolotti, lo facevo cadere per fargli capire, loro proprio non riescono a capire che anche se è piccolo comunque è esposto a pericoli e non possono lasciarlo su un piano da solo.”

Questi semplici esempi dimostrano quanto effettivamente sia difficile rapportarsi con un'utenza così variegata e peculiare e quanto sia necessaria una buona conoscenza delle diverse culture e delle modalità integrative che esse attuano, per riuscire di conseguenza a fornire un servizio adeguato e eguale per tutti gli utenti.

Un altro importante aspetto che si differenzia dall'utenza italiana riguarda il tema della prevenzione e dello screening. Come abbiamo visto all'interno di un percorso di gravidanza in condizioni normali le donne immigrate evitano di effettuare lo screening prenatale per valutare i rischi, se invece sono a conoscenza di avere determinate patologie che necessitano di indagini specifiche, solitamente si dimostrano comprensive e disposte ad effettuarle. Diversa invece è la situazione riferita alla prevenzione dei tumori femminili, in quanto essa per una tipologia sociale non rientra, sia in termini burocratici che culturali. Infatti a livello culturale la popolazione straniera tende ad usufruire dei servizi sanitari solo nel momento in cui stanno male, accusano dei sintomi o si feriscono, e non riconoscono a pieno l'importanza della prevenzione e, anche nel caso delle donne, non la ricercano. A ciò si aggiunge l'aspetto burocratico e le procedure attuate dall'azienda, che per promuovere la prevenzione e coinvolgere le donne invia periodicamente una lettera di invito ad effettuare screening e pap-test. Questa lettera viene inviata alle donne residenti nel territorio e il requisito della residenza non è scontato per la popolazione straniera, spesso infatti non hanno una residenza stabile o l'hanno fissata in un'altra città, regione o nel territorio che fa riferimento ad un'altra azienda ospedaliera. Perciò nonostante il programma sia rivolto a tutte le donne presenti nel territorio in una determinata fascia di età e nonostante ogni donna se vuole possa accedervi anche senza ricevere l'invito, di fatto l'utenza straniera è praticamente assente in questi programmi preventivi. Nel tempo le donne immigrate hanno iniziato ad interessarsi alla prevenzione, ma la loro presenza è ancora molto esigua.

Di altrettanta importanza è anche il tema della contraccezione e dell'interruzione volontaria di gravidanza che viene affrontata in modo peculiare soprattutto dalle donne provenienti dall'Est Europa, ma queste tematiche verranno affrontate nell'ultima parte di questa tesi di ricerca.

Da ultimo, ma non per importanza, emerge e si aggiunge il fattore linguistico, probabilmente la barriera più importante e imponente che operatori e utenti si trovano ad affrontare, poiché la comprensione linguistica rappresenta il primo passo per una corretta fruizione del servizio e lo svolgimento delle giuste visite. Infatti la problematica linguistica emerge in più livelli comunicativi: in ambito pre-linguistico, metalinguistico, culturale e ideologico; risulta necessario da parte dell'operatore non solo far comprendere semanticamente ciò che viene spiegato, ma piuttosto a livello semiotico, di comprensione e attuazione corretta delle prassi.

Ecco cosa affermano gli operatori:

“La difficoltà maggiore che riscontro è quella linguistica, è difficile far capire i passaggi, non so anche nella programmazione degli esami da fare, dove andare...”. (Ginecologa 2)

“Mi sembra il muro di Berlino da abbattere. Chiaro che la cultura è diversa, ma non è un problema culturale di non fare gli esami, perché poi loro li fanno, capiscono che se c'è il rischio di diabete, di pressione, genetico, lo capiscono per cui c'è aderenza all'esame. [...] Io per il momento per quello che vedo è proprio una questione di non riuscire a parlarci e di aver l'impressione che quello che dici non sia recepito, c'è rimane sempre un po' a vuoto, chissà se mi porterà, chissà quando e come; io vedo proprio il problema di capirsi.” (Ginecologa 1)

Queste difficoltà si riscontrano a maggior ragione nei casi in cui la gravidanza delle donne non è fisiologica e necessita di maggiori monitoraggi; nel caso di gravidanze a basso rischio infatti il punto di riferimento è il Consultorio e la donna si reca quasi esclusivamente qui per le visite programmate, nel caso di gravidanze non fisiologiche, che quindi necessitano di visite specialistiche che richiedono spostamenti anche in altri poli ospedalieri, come Padova o Ferrara, è molto difficile riuscire a far comprendere in primis qual è la problematica e poi l'importanza e le motivazioni di tali accertamenti.

Per far fronte a queste problematiche linguistiche le donne si rivolgono solitamente alla cerchia familiare e amicale; anche se ciò non vale per tutte le nazionalità. Le donne provenienti dall'Africa Sub-Sahariana e dall'Asia, principalmente dal Bangladesh, si presentano sempre alle visite accompagnate dal marito, da un cognato, un amico del marito o a volte da sorelle o cognate; è tutto mediato dal marito che riesce a comprendere meglio di loro la lingua, ma spesso lavora tutto il giorno. Capita infatti che non riescano da

sole a prenotare la visita e si presentino in Pronto Soccorso alle 20.00/21.00, quando il marito torna dal lavoro perché non si sentono bene, nonostante questo non sia l'accesso corretto. Oppure *“tante volte te le ritrovi già qua con l'appuntamento in ambulatorio e ti dicono: Scusa puoi parlare in viva voce al telefono con mio marito che è al lavoro che così spieghi a lui?”*. Addirittura mentre attendevo di poter intervistare la Ginecologa 1, l'ultimo paziente era un amico del marito, che parlava al telefono con il marito degli esami della moglie, quindi la ginecologa doveva spiegare a lui, ma a lui con il telefono e parlare al telefono con una persona che faticava a capirla. In questi casi la strategia che viene attuata dagli operatori è principalmente fornire uno schema scritto dei passaggi da compiere, così in questo modo l'utenza riesce a compiere e comprendere meglio le procedure.

Per quanto riguarda le immigrate provenienti dall'Est Europa quanto appena detto non è del tutto valido, esse si presentano al servizio anche da sole e presentano meno problemi di comprensione linguistica, probabilmente perché sono presenti sul territorio da più tempo, a volte sono anche primo-migranti e sono inserite maggiormente nel contesto sociale e lavorativo, per cui sono più incentivate a imparare la lingua italiana, rispetto ad una donna bengalese che il più delle volte non lavora e frequenta principalmente componenti della comunità bengalese.

In ogni caso un altro fattore importante per capire i bisogni delle donne immigrate e fornire una giusta assistenza è il ruolo che gioca la cultura di riferimento. Come già affermato precedentemente i concetti di salute e malattia sono fortemente legati ai significati che ogni gruppo sociale fornisce ai cambiamenti del corpo, legati anche dalle trasformazioni sociali e dal modo di pensarsi all'interno del contesto in cui si vive. Spesso all'interno dei servizi socio-sanitari si dà per scontato che l'utenza tutta comprenda e concordi con le metodologie e i processi messi in atto dal servizio, tralasciando la possibilità che una parte di popolazione possa non essere abituata a tali prassi e possa reagire in molteplici modi. Analizzando le interviste è emerso che ad esempio la popolazione immigrata solitamente non effettua le indagini prenatali per il rischio della sindrome di down e in generale non sono propense ad effettuare visite di screening (com'è stato già spiegato); le donne bengalesi sono meno propense a ricorrere all'Interruzione Volontaria di Gravidanza, mentre per le donne dell'Est Europa questa scelta è più frequente, a volte

interrompono la gravidanza più volte nella loro vita, sembra quasi che per loro sia una sorta di metodo contraccettivo.

“...Culturalmente quelli del Bangladesh non farebbero neanche le diagnosi prenatali per capire se il figlio è malato, dicono che culturalmente loro accettano quello che viene, adesso da qua a passare all’interruzione fa un po’ strano, no?” (Ostetrica 2)

Infine anche per quanto riguarda il post-gravidanza e la salute del neonato capita che ciò che le donne culturalmente sono abituate a compiere si scontra con quello che viene spiegato all’interno del servizio consultoriale; per quanto riguarda ad esempio la cura del cordone ombelicale, affrontata a volte in modo poco igienico, oppure l’utilizzo del latte artificiale o l’esposizione del neonato a pericoli o rischi. Spesso il confronto con queste tradizioni diverse è complesso, è difficile farsi comprendere sia a livello linguistico sia perché ci sono abitudini diverse e spesso ciò che viene detto all’operatore è: “ma da me non si fa così”.

6.2 IL RAPPORTO OPERATORE-UTENTE

A seguito di quanto scritto nella prima parte di questo capitolo, è risultato di fondamentale importanza indagare e analizzare in che modo queste caratteristiche, differenze e difficoltà si risolvono all’interno della relazione operatore-utente straniero; abbiamo infatti già analizzato il ruolo della componente straniera all’interno dei servizi sanitari pubblici, nello specifico ciò che si è evidenziato è il crescente incremento dell’utenza immigrata in area materno-infantile, dato dall’acquisizione di maggior importanza alla figura femminile immigrata, e di conseguenza il fatto che tale fascia di popolazione si rivolga in maggioranza ad operatori di consultorio, diversamente dalle donne italiane che fanno riferimento per di più all’assistenza privata.

Il rapporto tra professionista e utenza straniera presenta certamente delle difficoltà in più e necessita di maggiori accorgimenti rispetto al rapporto con l’utenza italiana; in primis entra in gioco la questione linguistica e la difficoltà a far comprendere soprattutto le questioni tecniche. Gli operatori alla domanda: “Qual è la difficoltà che lei sente di più nel rapporto con le donne immigrate?”, hanno risposto in questo modo:

“Tutto è una barriera, per cui è difficile spiegare come mangiare, cosa mangiare, quando fare gli esami, la cadenza, insomma ci vuole molto tempo per far quadrare, si stilano degli elenchi, si mettono le date vicino all’esame, dai la disponibilità della mail, del telefono [...] quindi la barriera è in tutto.” (Ginecologa 1)

“Spiegare no, dopo un po’ di anni di esperienza capisci le etnie, le problematiche, sai l’approccio. Però a volte entri nelle questioni tecniche è un po’ difficile spiegare, ci vuole tempo, a volte non ce lo danno. A volte la comunicazione dipende dall’ambito, in ostetricia a volte gli esami sono difficoltosi, in altri casi è un po’ più culturale, (ad esempio) per la pillola è chiaro che quelle del Bangladesh non ti prendono la pillola. Un giorno è successo che è venuto un marito e mi ha detto: Sa la pillola costava tanto, la prendeva un giorno sì e uno no, quindi comunicare è difficile.” (Ostetrico 1)

Da questi due estratti si evince che le difficoltà e l’approccio con l’utenza straniera dipendono anche dal grado di esperienza che l’operatore ha all’interno del servizio in questione, con il tempo infatti gli operatori riescono a conoscere meglio le pazienti, le loro abitudini culturali e le loro difficoltà, e ciò li aiuta a capire quale sia l’approccio più appropriato seppur comunque non risolve a pieno i problemi di comprensione. Allo stesso tempo come la maggior esperienza all’interno di un servizio aiuta i professionisti, anche la quantità di tempo trascorso sul territorio italiano porta le donne straniere a comprendere meglio il servizio:

“Vedo che le cose vanno sempre un po’ meglio, perché una volta c’era più chiusura quindi si va verso questa diciamo omologazione, anche se ci sono aspetti negativi ma... poi vengono qua e vogliono, vedono e osservano e secondo me vengono stimolati.” (Ostetrico 1)

Secondo studi precedenti emerge infatti che, nonostante nel nuovo contesto migratorio italiano si instaurino nuove reti sociali che portano le donne a conoscere i servizi socio-sanitari, la mancanza della rete familiare di supporto e riferimento rappresenta per la donna fonte di sofferenza e difficoltà legate anche alla gestione del bambino⁴⁹. Proprio per questo il consultorio diventa un vero e proprio punto di riferimento, anche se il ruolo principale lo ricopre la figura del marito; infatti nel trattare il rapporto operatore – donna

⁴⁹ Rivista della società italiana di antropologia medica / 35-36, ottobre 2013, pp. 247-278, *Gravidanza, parto, puerperio in un contesto di immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari* (M. Marchetti, C. Polcri)

immigrata risulta inevitabile prendere in considerazione la figura del marito, in quanto padre del nascituro e principale figura di supporto durante e dopo la gestazione. Il marito si trova a ricoprire un ruolo che nel paese d'origine non avrebbe avuto, poiché la donna e il neonato sarebbero stati seguiti e accuditi dalle componenti femminili della famiglia, e rappresenta il primo interlocutore con i servizi. Questo vale soprattutto, come è già stato affermato, per la componente di donne immigrate provenienti da Nord Africa, Medio Oriente e Bangladesh le quali si presentano ai colloqui e alle visite per la maggior parte accompagnate dal marito o da un altro membro maschile della famiglia, soprattutto per problemi linguistici, ma anche per difficoltà negli spostamenti e poca autonomia della donna. La totalità degli operatori intervistati ha infatti esplicitato che la nazionalità con cui hanno maggiori difficoltà a relazionarsi è quella bengalese, identificano le donne come *“molto chiuse, stanno chiuse in casa a badare agli altri bambini, però sono chiuse in casa non escono, oppure non lavorano, oppure sono sempre tra di loro e quindi parlano in bengalese, perciò per loro è difficile”* (Assistente Sanitaria). Capita che a volte la figura maschile sia vista come ostacolante nella relazione tra la donna e il professionista, e questo rappresenta spesso un luogo comune: l'uomo che non sostiene la donna e non la lascia libera di esprimersi; ma in realtà non è sempre così, anzi nel nuovo contesto di vita sia la componente maschile sia quella femminile si trovano a ricoprire mansioni non tradizionali, soprattutto nel contesto domestico. Un'operatrice ha spiegato questo concetto e questo stereotipo in maniera molto chiara attraverso il seguente aneddoto:

“...A volte dico al marito di farla andare a comprare il latte e il pane da sola perché sennò tua moglie non impara, però fondamentalmente può essere che anche io sbaglio, può essere che nella loro cultura questa cosa che io gli propongo non va bene. Qualcuno mi diceva che loro quando sono gravide, proprio perché non vengono considerate nella loro cultura, è come se gli fosse permesso tutto, ad esempio fanno la finta che non riescono ad allacciarsi le scarpe, lo fanno anche un po' a posta, però non so se è una cosa vera perché me l'hanno raccontato.”
(Ostetrica 2)

Certamente però la figura del marito è anche di grande aiuto ai professionisti, rappresenta un tramite tra le due parti, senza di lui si rischia infatti di instaurare un rapporto operatore-utente “impari”, in cui la donna straniera si sente inferiore ai professionisti e subalterna; inoltre il coinvolgimento del marito lo include maggiormente all'interno del percorso in

preparazione alla nascita e al post-parto e permette alla donna di esprimere i propri bisogni e di acquisire maggiore fiducia e consapevolezza del suo essere donna.

Durante le interviste è emerso che a differenza delle donne italiane, che si presentano in Consultorio già informate ad esempio sulle metodiche di diagnosi prenatale, le donne immigrate tendono ad affidarsi completamente al professionista:

*“Loro chiedono a te, non lo sanno, anche se tu glielo spieghi ma alla fine di mezz’ora di discorso ti dicono: Vabbè dimmi tu quale devo fare, cosa devo fare. Delle volte loro si fidano di te, ti fanno scegliere a te, è un po’ una presa in carico diversa, una consapevolezza un po’ diversa, ma per “ignoranza” perché non sanno, si fidano, però devi spiegarli che comunque è una scelta loro, ci sono i pro e contro, ci sono determinati consigli che uno può dare però alla fine è la paziente che sceglie, tante cose è perché loro non le sanno, questa è la diversità dalle gravide italiane.”
(Ginecologa 2)*

Un’ulteriore difficoltà che è emersa nella relazione degli operatori con l’utenza riguarda la partecipazione delle donne immigrate ai corsi pre-parto e post-parto. Alcune nazionalità non partecipano ai corsi e risulta necessario pensare a delle modalità alternative. L’utenza che prende parte ai corsi, specialmente quelli in piscina, rappresenta il ceto medio italiano, donne che non sono necessariamente seguite in consultorio ma fanno solo i corsi – sono dottoresse, avvocatesse, ingegnere, architetti – per quanto riguarda i corsi a terra sono un po’ più variegati *“piccola borghesia, qualche straniera e dopo il resto”*. Le donne dell’Est Europa partecipano ai corsi, anche oggi che a causa dell’emergenza sanitaria si svolgono da remoto, chiedono loro di partecipare e di essere inserite, riconoscono l’importanza dei corsi sia a livello personale sia sociale e relazionale. Per le donne musulmane, specialmente le bengalesi, la partecipazione ai gruppi è più complessa, questo per diverse motivazioni: fanno fatica a riconoscerne l’importanza, non parlano la lingua e presentano degli *“impedimenti”* legati alla cultura:

“Quando facevamo i gruppi, prima del Covid, non venivano perché ovviamente loro non si spogliano in pubblico, a volte le mettevo in una stanzetta da sole e quindi le seguivi da sole, praticamente come in una consulenza in ambulatorio anche se c’era il gruppo, a volte però non si facevano vedere nemmeno da me, là era proprio una lotta cercare di vedere come attaccavano il bambino al seno.” (Assistente Sanitaria – corsi post-parto)

Per gli operatori risulta infatti difficile riuscire a coinvolgere l'intera utenza consultoriale, far apprendere l'importanza e l'enorme aiuto che questi corsi possono portare alla donna, non solo in riferimento alla gravidanza e alla cura neonatale del bambino, ma anche alla donna stessa, la quale relazionandosi e confrontandosi con altre donne che hanno esperienze simili può farsi forte, apprendere e creare legami duraturi nel tempo, come è avvenuto effettivamente all'interno dei corsi già effettuati.

Un' importante figura di aiuto nel contesto ambulatoriale del Consultorio e che all'interno dei corsi non è presente è rappresentata dal mediatore linguistico-culturale. Credo che questa figura nella maggior parte delle questioni risulterebbe fondamentale, ma spesso è sottovalutata, poco considerata e rappresentata. Secondo gli studi della ricercatrice Valeria Tonioli, i mediatori interlinguistici e interculturali – come lei li definisce – hanno il compito di informare l'utente sull'organizzazione del territorio e di *“svolgere attività di traduzione ed interpretazione linguistica e culturale e metalinguistiche, integrando, ad esempio, l'esplicitazione del linguaggio non verbale ed extralinguistico”*⁵⁰. La studiosa sottolinea quanto questa figura in Italia si presenti estremamente diversificata, soprattutto a livello territoriale, e di conseguenza quanto sia importante uniformare a livello nazionale la loro formazione, attraverso corsi di lingua e di comunicazione interculturale.

Abbiamo visto che gli operatori hanno manifestato la difficoltà a far comprendere all'utenza straniera non solo i contenuti, ma anche i concetti basilari del servizio consultoriale. A fronte di ciò idealmente la figura del mediatore permette di abbattere non solo le barriere linguistiche, ma anche problemi derivanti dalla distanza culturale (legati alla diversa percezione del concetto di salute e del rapporto tra operatore e utente) e dalla scarsa conoscenza dei servizi e delle modalità di accesso, permette di conoscere maggiormente l'esposizione degli immigrati a patologie, di colmare la scarsa conoscenza degli operatori riguardo le specificità culturali e comportamentali di ogni nazionalità e di conseguenza porta ad una migliore esecuzione delle prestazioni da parte delle donne e ad una diminuzione delle tempistiche e dei costi, grazie alla comprensione degli aspetti

⁵⁰ Una figura da ri-definire. Il mediatore linguistico culturale, Valeria Tonioli, in *Le lingue in Italia, le lingue in Europa*. Pp. 165-176, 2016

organizzativi del servizio. Sarebbe dunque giusto pensare che all'interno di un servizio di Consultorio, con una rilevante frequenza di utenza immigrata, vi sia un'importante relazione e contatto con dei mediatori linguistico-culturali a disposizione quasi giornalmente, ma così non è. Il servizio consultoriale di Favaro Veneto per la mediazione linguistico-culturale si appoggia al Comune di riferimento e ad una cooperativa che collabora con Ulss 3 Serenissima. Dal racconto degli operatori emerge una non totale chiarezza della procedura di richiesta del mediatore, se debba essere effettuata dalle utenti o dagli operatori, in modo e in che tempi debba essere avviata. Approfondendo quanto raccolto si è potuto evincere che la richiesta del mediatore linguistico-culturale debba avvenire da parte dei professionisti del servizio che si rivolgono o al Comune o alla cooperativa di riferimento. Riguardo alla scelta tra questi due servizi è emerso che gli operatori principalmente hanno sempre fatto capo al Comune, che nel giro di massimo ventiquattro ore rispondono; per quanto riguarda la cooperativa che lavora con l'Ulss hanno avuto più difficoltà, è capitato che, dopo aver mandato la domanda, a distanza di parecchi giorni, non rispondessero e si è dovuto sollecitare. La procedura di per sé non risulta complessa e non richiede molto tempo, la difficoltà sta nel fatto che è necessario "prenotare" il mediatore almeno una o due settimane prima della visita e con l'utenza straniera spesso questo tempo non si ha, sia nei casi di interruzione di gravidanza, sia in casi in cui la donna ha delle difficoltà urgenti o delle emergenze. Questo sistema risulta efficace per lo più negli appuntamenti ginecologici programmati, ma per le prime visite o l'allattamento – in cui non sempre si conosce la donna prima – è molto difficile.

"...abbiamo un modulo di richiesta del mediatore effettivamente, solo che tutto bisognerebbe programmarlo, nel senso che nel momento in cui la paziente prenota la visita ostetrica o ginecologica dovrebbe dirlo subito al PUA (servizio per le prenotazioni), tante volte te le ritrovi già qua con l'appuntamento in ambulatorio e ti dicono se puoi parlare in viva voce con il marito che è al lavoro...quindi bisognerebbe chiedere a monte se ci sono problemi linguistici, perché nell'immediato è impossibile chiedere un mediatore. Funziona come servizio, però se ormai ce l'hai davanti la paziente tante volte è un po' assurdo farla ritornare (con il mediatore), allora magari per le visite successive per la gravidanza puoi già chiedere il mediatore per quei giorni."
(Ginecologa 2)

La relazione terapeutica con le immigrate è perciò difficoltosa su più fronti, richiede un tempo maggiore, maggiori sforzi, pazienza, capacità di ascolto, necessità di un'attenzione particolare (comportamento, tono di voce, linguaggio) e di un'assunzione di responsabilità in più. Risulta importante per l'operatore non soffermarsi solamente sugli aspetti clinici e sui risultati degli esami, ma considerare gli aspetti sociali e i vissuti delle utenti legate al loro essere donna.

“Bisogna avere un occhio di riguardo e capire le varie problematiche e le varie etnie, i vari bisogni, le visite con uno o con l'altro che magari già sanno, ma che vengono qua e la visita non la fa con me (perché sono un uomo), ci vuole sempre quel momento di riguardo, anche il comportamento cambia, viene in automatico, all'inizio sei formale, poi devi cambiare registro, ma ti viene. Io mi trovo benissimo con questo modo.” (Ostetrico 1)

Effettivamente questo particolare riguardo nei confronti delle donne immigrate risulta necessario poiché uno degli aspetti negativi che maggiormente hanno evidenziato i professionisti intervistati riguarda la difficoltà a compiere tutti i giusti passaggi, a seguire le indicazioni date, a causa di poca comprensione, dimenticanze o anche semplice disattenzione, perché prese da altre priorità, o per abitudini diverse provenienti dai loro paesi d'origine. Gli operatori hanno evidenziato che seguendo le donne immigrate passo-passo si riescono ad evitare maggiormente complicanze e a portare a termine gravidanze ad alto rischio con un buon successo e ciò risulta positivo non solo per le donne stesse, ma anche per i professionisti che, nonostante i maggiori sforzi, riescono ad ottenere dei buoni risultati.

6.3 POSSIBILITÀ E BARRIERE DI ACCESSO AL SERVIZIO E INSERIMENTO NEL TERRITORIO

L'elevato numero di utenti straniere che frequentano il Consultorio deriva da diversi fattori, in primis quello economico, in quanto le visite e le prestazioni sono gratuite. Ma in che modo le donne immigrate conoscono il servizio? Secondo gli operatori intervistati si tratta certamente di un passa parola, di una conoscenza che deriva dal fatto che altre persone della cerchia familiare o amicale delle utenti, prima di loro hanno frequentato il

servizio e le raccontano la loro esperienza positiva. Per chi invece non conosce l'organizzazione territoriale dei servizi succede spesso che si recano in ospedale e poi è l'ospedale ad inviarli nelle strutture consultoriali di riferimento. Risulta perciò importante osservare che l'accesso al servizio di Consultorio Familiare da parte delle donne immigrate è differente rispetto a quello effettuato dall'utenza italiana. Quest'ultime infatti sono solite farsi seguire in gravidanza privatamente e usufruire delle prestazioni consultoriali in casi emergenziali, come ad esempio l'interruzione di gravidanza e spesso non hanno una considerazione elevata del servizio:

"...Molte signore italiane giovani qui a Favaro, che sono state seguite in gravidanza privatamente, non sapevano che il consultorio c'era. Quindi non è una cosa così visibile, sia alle straniere, che poi si passano parola, sia alle italiane, sono poco informate, non sanno cosa facciamo, chi siamo. [...] Lo conoscono nelle urgenze e emergenze, per le gravidanze secondo me potremmo intercettare tante gravide italiane." (Ostetrico 1)

Al momento dell'accesso il primo scoglio da superare riguarda la prenotazione dell'appuntamento. L'Ulss 3 Serenissima ha istituito un servizio telefonico di prenotazione delle visite, il PUA (Punto Unico di Accoglienza), che raccoglie le richieste delle donne e fornisce gli appuntamenti in base alla collocazione territoriale degli utenti. La difficoltà per le utenti immigrate si evidenzia quindi nel momento della prenotazione, in quanto spesso non conoscono la lingua, non capiscono dove dovranno recarsi o di quali prestazioni hanno bisogno. Non vi è la possibilità per le donne di raggiungere il servizio per prendere appuntamento personalmente, cosa che un tempo era molto efficace. Infatti confrontandosi di persona con un operatore la comprensione era più immediata, si conosceva già il setting e i professionisti che avrebbero poi condotto le visite e si riusciva a coinvolgere un numero maggiore di utenti:

"Dal punto di vista dell'accoglienza degli stranieri è stato un po' un handicap questo fatto di centralizzare con il telefono...abbiamo fatto qualcosa di peggiorativo, loro hanno bisogno perché il problema comunicativo, la lingua, non si orientano nei servizi, e quindi andrebbe creato un canale tipo preferenziale o degli spazi. Il Consultorio era uno di questi spazi, la Sara di turno (Operatrice Socio-Sanitaria) le accoglieva, le faceva parlare, sedere spiegare che doveva andare lì, quindi era un'accoglienza che lavorava proprio sulla totalità del bisogno dell'utenza." (Ostetrico 1)

Legato a queste difficoltà e all'iniziale scarsa conoscenza dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, emerge la necessità di creare servizi più integrati, un luogo in cui in caso ad esempio di gravidanza, la donna si può recare per fare l'ecografia, ma anche il prelievo o altri esami specifici, e in cui i risultati di ogni esame vengono direttamente inseriti in un'unica cartella della paziente:

“Il servizio è fatto per gli italiani che conoscono. Sta mattina una signora aveva una visita, gli avevano scritto prima visita più ecografia ostetrica, è venuta qui a già dodici settimane senza prenotare, e quindi ha perso il turno e l'ecografia, mentre un'italiana sapeva che l'ecografia si prenota da una parte e gli esami da un'altra.” (Ostetrico 1)

Questa integrazione tra servizi non riguarda solo la parte sanitaria, ma anche quella sociale. Si è riscontrato infatti che – tralasciando l'organizzazione del servizio di Consultorio che potrebbe essere migliorata, come precedentemente spiegato – i professionisti intervistati riconoscono una buona collaborazione con gli altri servizi sanitari a cui si appoggiano nelle varie situazioni. In particolare l'Ospedale di Mestre con il quale c'è un contatto diretto per un confronto tra le cartelle sia precedentemente al parto, sia dopo per le visite inerenti l'allattamento; il Gar di Mestre, ovvero l'ambulatorio delle gravidanze a rischio e altri ambulatori a cui si rivolgono in caso di patologie, come ad esempio il Centro Anti-Diabetico; in questi casi si riconosce un buon confronto tra professionisti.

Diversamente avviene invece l'integrazione socio-sanitaria. Gli intervistati riconoscono l'importanza del lavoro integrato e del rapporto con i professionisti del sociale, nonostante effettivamente ciò avvenga per lo più all'interno del contesto consultoriale. Infatti emerge una buona relazione tra gli operatori sanitari e quelli sociali del servizio, Assistente Sociale e Psicologa, con i quali all'interno delle riunioni d'equipe avviene un confronto e si discute su casi di multi problematicità; inoltre vi è una disponibilità duale in quei casi più complessi, come ad esempio le interruzioni di gravidanza e situazioni borderline.

“Un pomeriggio ho inviato alla Psicologa (del Consultorio) tre persone, perché una aveva fatto la separazione al mattino e io le ha fatto il pap-test ed era lì che piangeva, l'altra mi diceva che aveva un appuntamento urgente con la figlia ogni giorno alle quindici ed era in cimitero la figlia, più un'altra, quindi tre consulenze psicologiche da un pap-test. È un lavoro integrato, è così, non è che si possono scindere le cose.” (Ostetrico 1)

Più difficoltoso è il rapporto con i Servizi Sociali esterni, con cui è più complesso confrontarsi sia per una scarsa comunicazione, sia a volte per una mancata conoscenza dei servizi e delle procedure. Infatti oltre al rapporto con il Comune per la richiesta del mediatore linguistico-culturale che a volte risulta farraginoso, le difficoltà con l'utenza immigrata emergono anche in altre situazioni. Emblematici sono i casi in cui la donna straniera non è in possesso della tessera sanitaria, in queste situazioni ci si appoggia all'Assistente Sociale del Consultorio che conosce le procedure, ma sarebbe opportuno che anche gli operatori sanitari fossero a conoscenza dei passaggi da compiere e in quali servizi inviare le utenti. Le donne straniere infatti si affidano ai professionisti, non conoscendo gli aspetti più burocratici e le procedure dei servizi, ma se anche gli operatori non sono informati ed aggiornati o non sanno a chi rivolgersi, il tutto risulta ancora più difficoltoso:

“Mi è successo un caso in cui una donna aveva il codice fiscale ma non aveva il ricongiungimento perché non era sposata, conviveva con il compagno dell'Est, quindi ha dovuto prima iscriversi all'ufficio dell'impiego, poi chiedere ospitalità, ma tutti questi passaggi li ho saputi chiamando in prima persona il servizio competente, se domani cambia la legge? Io non lo so e la donna, che già non capisce, come fa a sapere e comprendere tutti i passaggi?” (Ostetrica 2)

Emerge dunque la necessità da parte dei professionisti di conoscere maggiormente gli aspetti sociali della vita degli utenti immigrati, sia a livello di servizi sociali a loro dedicati, ma ancor di più di conoscenza degli aspetti culturali, delle abitudini, tradizioni, dei contesti di vita e di lavoro, per poi in un secondo momento comprendere i loro comportamenti all'interno del percorso di cura e sapere quali sono le modalità migliori per rapportarsi a loro. L'Azienda Sanitaria infatti ad oggi non propone dei corsi di formazione per gli operatori sanitari riguardanti l'utenza straniera; gli unici mezzi a disposizione che gli operatori hanno sono i mediatori linguistico-culturali e alcune brochure in diverse lingue, fornite dalle aziende farmaceutiche, che spiegano le modalità di somministrazione di alcuni farmaci. Ad esempio è presente un catalogo riguardante la pillola anticoncezionale per le donne in allattamento tradotto in ben nove lingue, che certamente è molto utile per le donne immigrate.

Per il personale intervistato sarebbe importante investire su questo, sul creare maggiori contenuti multilingue (anche inerenti ai passaggi da svolgere nel corso della gravidanza), snellire la procedura di richiesta del mediatore e conoscere maggiormente le culture con cui si lavora e le loro peculiarità, per poi riuscire ad ottenere risultati migliori. Purtroppo però l'ostacolo più grande è dato dalle ultime direttive aziendali che vanno tutt'altro che incontro all'integrazione dei servizi e degli utenti, ma cercano attraverso complicazioni burocratiche di suddividere il lavoro consultoriale in settori distinti e distanti tra loro⁵¹.

⁵¹ Si fa riferimento alla centralizzazione telefonica degli appuntamenti, alla drastica diminuzione delle riunioni d'equipe concesse, al graduale distacco della parte sociale, il lavoro della qual parte è sempre di più concentrato sui casi di genitorialità deficitaria inviati dai tribunali.

CAPITOLO VII

LA PROSPETTIVA DELLE DONNE IMMIGRATE SUI SERVIZI DI SALUTE RIPRODUTTIVA

In questo capitolo andremo a focalizzarci sul punto di vista delle donne immigrate, sulle loro esperienze e sulla loro valutazione del servizio di Consultorio Familiare. Abbiamo analizzato infatti che, secondo l'esperienza degli operatori, nel momento in cui la donna accede al servizio, la difficoltà non sta tanto nel fornire le informazioni, ma piuttosto nella reale comprensione e percezione esatta di esse. Ciò ha dimostrato senza dubbio di fondamentale importanza soffermarsi, non solo sull'approccio da parte dei professionisti, ma anche sulla percezione delle utenti straniere una volta usufruito delle prestazioni consultoriali.

Si conclude dunque il lavoro di ricerca analizzando in quest'ultimo capitolo, attraverso l'osservazione partecipata del contesto consultoriale e la somministrazione di un questionario⁵², in che modo le donne immigrate, che si presentano al servizio, valutano l'accesso, l'accoglienza, la disponibilità degli operatori e le difficoltà che hanno riscontrato.

7.1 PROFILO DELL'UTENZA

Le donne immigrate a cui è stato somministrato il questionario sono state otto e già inizialmente il riuscire a reperire le utenti alle quali rivolgersi è stato complesso; nonostante il questionario sia stato tradotto in più lingue, il problema della conoscenza della lingua non è stato per niente trascurabile. Si sono infatti privilegiate interlocutrici che avessero un buon livello di conoscenza dell'italiano, per questioni pratiche, ma anche tempistiche. A seguito di questa scelta si è potuto notare che nonostante alcune donne fossero in Italia già da qualche anno, presentavano una conoscenza della lingua quasi nulla.

⁵² Si veda capitolo 5, riguardante la metodologia applicata.

Partendo ad analizzare la provenienza delle utenti in questione, si può notare una varietà di paesi rappresentati: Perù, Cina, Egitto, Romania (2), Bangladesh (2) e Albania. Allo stesso tempo risulta importante evidenziare il fatto che al servizio giungono in quantità maggiore donne bengalesi, ma che per la mancata conoscenza della lingua italiana (e a volte anche di quella inglese), il campione non risulta del tutto rappresentativo. Questa varietà di nazionalità certamente rispecchia anche una varietà nei progetti migratori delle donne, diversità che per certi versi si uniforma quando si parla di salute riproduttiva e gravidanza, che porta le donne a compiere un percorso eguale, nonostante le diversità linguistiche, culturali e sociali.

Le intervistate rappresentano una fascia d'età relativamente giovane, rispetto alla tendenza italiana, hanno dai 25 ai 33 anni, e presentano un'istruzione medio bassa: le due donne bengalesi hanno frequentato la scuola primaria, la donna egiziana ha conseguito una laurea in ambito commerciale, le immigrate provenienti dalla Romania hanno ottenuto una il diploma grafico e l'altra ha frequentato la scuola secondaria, mentre le tre restanti possiedono la licenza di scuola media. Ognuna di loro dichiara di avere una figura maschile di riferimento, non tutte sono coniugate, ma nella totalità convivono con il loro compagno; nella maggior parte dei casi quest'ultimo è della loro stessa nazionalità ad eccezione della donna peruviana e di una delle due provenienti dalla Romania che hanno un compagno italiano.

Quattro di loro si sono rivolte per la prima volta al Consultorio di Favaro Veneto per essere seguite in gravidanza, il restante invece ha già avuto altre gravidanze precedenti e ha già almeno un altro figlio oltre a quello in arrivo⁵³; infatti tutte le donne straniere a cui è stato somministrato il questionario hanno avuto accesso al servizio consultoriale non per prestazioni relative a contraccezione o prevenzione, ma perché in gravidanza.

Per quanto riguarda la principale motivazione per cui sono giunte in Italia e la loro presenza temporale sul territorio, è possibile fare dei distinguo. Le tre donne provenienti dall'Est Europa hanno dichiarato di aver intrapreso il percorso migratorio verso l'Italia con

⁵³ In riferimento ai figli avuti in precedenza dalle donne intervistate, possiamo affermare che quasi tutti sono comunque nati in Italia, tranne uno che è nato in Albania, prima che la donna giungesse in Italia.

l'obiettivo di trovare lavoro e, per una delle tre, studiare. Ciò si identifica a pieno con quanto viene espresso negli studi riguardanti la migrazione femminile in Italia, in cui emerge che spesso la donna dell'Est è primo migrante e si muove in autonomia in cerca di migliori condizioni di vita, lavorative e sociali per se e per i figli; perciò in questi casi non vi è un frequente ricorso al ricongiungimento familiare, come invece accade per le donne di religione musulmana. Infatti le due donne intervistate provenienti dal Bangladesh e la donna egiziana affermano di essere giunte in Italia attraverso il ricongiungimento familiare, per raggiungere il marito già presente sul territorio, e questa è appunto la modalità maggiormente utilizzata dagli immigrati provenienti dal Nord Africa, Medio Oriente e, nel nostro caso, soprattutto dal Bangladesh, come è stato analizzato nel capitolo precedente. Infine anche la donna immigrata di provenienza cinese a cui è stato sottoposto il questionario, ha affermato di essere emigrata in Italia per motivi di lavoro, anche se avendo un compagno proveniente dalla Cina, ma che ha già ottenuto la nazionalità italiana, probabilmente si tratta anche di un ricongiungimento. Mentre la donna peruviana dichiara di essere giunta in Italia ancora minorenni per ricongiungersi con la madre, già presente sul territorio da diverso tempo.

Analizzando i tempi di permanenza in Italia, le donne giunte a seguito del ricongiungimento familiare (le due bengalesi e l'egiziana) sono coloro che si trovano in Italia da minor tempo (2016, 2017, 2018), ciò dimostra che la loro è certamente una migrazione recente – o per lo meno più recente rispetto ad altre – e allo stesso tempo che, nonostante gli studi affermino che le donne provenienti da queste regioni faticano ad inserirsi nel contesto d'arrivo a livello linguistico, lavorativo e culturale, ciò non vale in tutti i casi. Attraverso la somministrazione di questi tre questionari si è riscontrato che, sebbene la loro permanenza in Italia da pochi anni, queste donne sono comunque state in grado di sostenere e rispondere ad un questionario in lingua italiana, dimostrando così di aver imparato la lingua in poco tempo. Per gli altri casi l'arrivo risale ad anni precedenti, si è visto che la donna peruviana è giunta in Italia minorenni nel 2009, la donna albanese vive in Italia da più di dieci anni, una rumena è arrivata nel 2005 e le due restanti sono presenti nel territorio da sei o sette anni.

7.2 RAPPORTO CON IL SERVIZIO DI CONSULTORIO E SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO USUFRUITO

In questa seconda parte del capitolo indagheremo nello specifico la soddisfazione dell'utenza intervistata rispetto al servizio di Consultorio, alle modalità di accesso e di accoglienza e alle eventuali difficoltà riscontrate. Prima di proseguire risulta importante sottolineare, come si è già anticipato nel capitolo quinto, che la somministrazione dei questionari è avvenuta all'interno del servizio consultoriale, nella stanza della segreteria, e sotto la mia supervisione e dell'operatrice socio-sanitaria. Per questo alcune risposte fornite dalle utenti straniere in questione potrebbero essere state dettate anche da una certa desiderabilità sociale e soggezione di dire la cosa sbagliata nel contesto sbagliato, per paura poi di avere delle eventuali conseguenze.

Si parte affermando che tutte le donne immigrate che accedono al servizio sono iscritte al Servizio Sanitario Nazionale, in quanto per poter effettuare le visite consultoriali è necessario essere in possesso della tessera sanitaria. Nei casi in cui si presenti un'utente non iscritta al Servizio, risulta necessario, prima di qualsiasi visita, che si iscriva, ciò avviene spesso con il supporto degli operatori del servizio, specialmente dell'Assistente Sociale.

Per quanto riguarda in generale l'accesso ai Servizi Sanitari e la conoscenza della loro organizzazione, si è riscontrato che le donne di quelle nazionalità che secondo le statistiche hanno alle spalle una buona rete familiare e amicale anche qui in Italia – dovuta anche all'elevato numero di immigrati della stessa nazionalità, come Est Europa o Bangladesh – hanno come punto di riferimento e di appoggio amici e parenti. Negli altri casi invece ci si rivolge anche alla figura del medico di base curante o ad altri servizi territoriali. Il medico di famiglia rappresenta inoltre la figura di riferimento in caso di malattia e problemi di salute, solamente una donna intervistata ha dichiarato di rivolgersi a medici privati in caso di problematiche legate alla salute, è infine emerso che a volte ci si rivolge anche al pronto soccorso.

In termini di difficoltà di orientamento all'interno dei servizi socio-sanitari, su una scala da uno a sette, la media della difficoltà risulta 3,3. Tra le donne immigrate intervistate, sei di loro hanno infatti dichiarato di non avere e di non aver avuto rilevanti difficoltà

nell'accedere ai servizi, scegliendo un valore tra uno e tre. Solo una di queste sei ha riconosciuto una difficoltà ad orientarsi all'interno dei servizi, non riuscendo però ad individuare effettivamente quali siano questi ostacoli. Per quanto riguarda le ultime due intervistate, esse hanno invece affermato di essere in difficoltà nella comprensione dell'organizzazione dei servizi e di aver soprattutto difficoltà linguistiche; effettivamente esse sono le due donne bengalesi, presenti da meno tempo in Italia rispetto alle altre, che hanno una lingua madre molto diversa dall'italiano e anche un sistema culturale differente. Questo dimostra che effettivamente la difficoltà ad orientarsi nei servizi sanitari pubblici è presente, ma si va ad alleviare man mano che il tempo di permanenza sul territorio italiano da parte dell'utente immigrata aumenta.

Passando invece alla specificità del servizio consultoriale di Favaro Veneto, si è affermato che tutte le utenti intervistate hanno dichiarato di essersi rivolte al servizio per essere seguite durante la gravidanza. È stato loro chiesto come si fossero trovate accedendo al servizio, se avessero riscontrato eventuali problemi in merito all'accesso, alla prenotazione o alla prestazione sanitaria; ogni donna intervistata ha affermato di non avere incontrato alcuna difficoltà in relazione a quanto detto, una di loro ha addirittura affermato quanto segue:

“Vengo da Quarto d'Altino e vengo qui perché mi sono trovata bene con la prima gravidanza.”

Allo stesso modo le intervistate hanno risposto riguardo eventuali difficoltà avute nel rapporto con i professionisti del Consultorio, ribadendo il loro buon grado di soddisfazione del servizio e l'assenza di grandi ostacoli. Solo una di loro ha esplicitato di aver avuto qualche difficoltà nella fase precedente all'accesso al Servizio, ovvero nella prenotazione degli appuntamenti. Quest'ultima infatti, tra le intervistate, si trova in Italia da meno tempo e aveva comunque esplicitato (in altre risposte del questionario) di avere alcune difficoltà linguistiche. Questo elevato grado di soddisfazione generale si presume si possa identificare in più fattori. In primis, come già anticipato, la paura da parte dell'intervistata di esprimere un parere negativo riguardo un servizio che sta frequentando e che la sostiene nel suo percorso nel diventare mamma, inoltre la soggezione di doverlo fare in presenza di un operatore coinvolto nel servizio. Emerge poi un concetto legato alla cultura e al paese

d'origine, spesso infatti le donne non hanno un metro di paragone tra i servizi frequentati in Italia e quelli legati al loro paese, questo sia perché capita spesso che i servizi sanitari esteri abbiano un'organizzazione e una presa in carico completamente diversa – spesso hanno meno risorse, sono poco strutturati e potenziati e per ricorrere a cure migliori è necessario rivolgersi al sistema privato molto costoso – sia perché in alcuni casi ci si rivolge anche alle cure tradizionali e all'accudimento della rete familiare, senza il ricorso a cure mediche specifiche. Per questo appunto faticano a individuare le potenziali criticità e ad avanzare proposte di possibili miglioramenti.

Riguardo quest'ultimo aspetto la maggioranza ha infatti affermato che il servizio di Consultorio Familiare di Favaro Veneto non necessita di miglioramenti, che *“va bene così”*. Solo tre di loro hanno individuato e richiesto un miglioramento, per le due donne rumene risulta necessario fornire maggiori traduzioni in lingua, sia a livello scritto che orale; mentre la donna peruviana ha chiesto che vengano maggiormente rispettati gli orari di prenotazione delle visite. Certamente questo resta in linea con quanto affermato dagli studiosi riguardo l'incidenza del tempo trascorso in Italia nel contesto sociale in cui si vive. Ovvero le donne immigrate presenti da più tempo sul territorio, hanno avuto più possibilità di inserirsi a livello lavorativo, sociale e culturale e, oltre alla tendenza ad omologarsi statisticamente alla popolazione italiana, risultano maggiormente consapevoli dell'organizzazione territoriale, dei servizi e dei loro diritti, per questo presentano anche una maggiore libertà e tranquillità nell'esprimersi.

Come si è visto nel capitolo precedente una figura molto rilevante è il compagno o il marito delle donne che frequentano il servizio, questa importanza è data in primis dalle donne stesse; esse infatti affermano che preferiscono recarsi al servizio e alle visite accompagnate e nella grande maggioranza questo accompagnamento avviene con la presenza del compagno. Il partner infatti non ha solo un ruolo di accompagnatore passivo, ma rappresenta un vero e proprio supporto, anche emotivo. La sua presenza infatti è richiesta dalla donna per affrontare al meglio l'incontro con gli operatori ed entra in gioco nei momenti di difficoltà (soprattutto in relazione ad incomprensioni linguistiche), inoltre porta la donna a sentirsi più sicura e appoggiata dalla figura del marito, a non sentirsi sola.

Un'altra figura a cui si è fatto riferimento all'interno del questionario è il mediatore linguistico-culturale, nessuna delle donne intervistate ha richiesto di avere accanto durante le visite un mediatore, ma ognuna di loro ha riconosciuto l'importanza e l'utilità di questa figura, soprattutto per chi è in maggiore difficoltà.

Per concludere la valutazione del servizio consultoriale di Favaro Veneto da parte delle utenti risulta più che sufficiente; le otto donne a cui è stato somministrato il questionario infatti, in una scala di gradimento da uno a sette, hanno collocato il loro grado di soddisfazione negli scalini più alti (sei e sette). Infatti le intervistate non hanno riscontrato all'interno del servizio e nella relazione con gli operatori atteggiamenti di intolleranza, pregiudizi, episodi di discriminazione o problematiche relative appunto ad accoglienza, organizzazione e lingua. Ciò conferma una comunque buona organizzazione del servizio (forse superficiale), ma allo stesso tempo anche quanto affermato in precedenza, ovvero la difficoltà dell'utenza straniera nell'esprimersi liberamente e nel riconoscere in maniera oggettiva eventuali ostacoli.

APPENDICE SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Nel corso di questa ricerca si è constatato che le donne immigrate rappresentano circa la metà della popolazione straniera in Italia, di conseguenza si denota negli ultimi decenni un aumento del numero di nascite da mamme provenienti da paesi di immigrazione e, allo stesso tempo, un incremento del ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza da parte delle donne straniere.

L'Interruzione Volontaria di Gravidanza è stata legalizzata in Italia nel 1978 con la Legge n.194 a seguito di un lungo dibattito, con lo scopo di diminuire il ricorso all'aborto clandestino, promuovere l'utilizzo dei metodi contraccettivi e porre maggiormente al centro la donna e la sua volontà. Come si è introdotto nel terzo capitolo di questa ricerca, a seguito dell'emanazione della suddetta legge inizialmente il ricorso all'IVG per le donne immigrate è stato in costante aumento, diversamente dalle donne autoctone in cui il tasso era in diminuzione. Negli ultimi anni invece, il fenomeno è in calo, nel 2018 sono state registrate nel territorio nazionale 76.328 Interruzioni Volontarie di Gravidanza (-5,5% rispetto al 2017); risulta comunque necessario leggere questo in relazione al calo della natalità in Italia. Questa diminuzione è avvenuta in tutte le regioni italiane, anche in quelle che presentano una maggiore presenza di popolazione straniera, ad esempio in Veneto le IVG certificate nel 2018 sono state 4619, contro le 4752 del 2017⁵⁴.

Per quanto riguarda nello specifico l'utenza straniera nel 2018 le interruzioni di gravidanza richieste da donne straniere rappresentano il 30,3% di tutte le interruzioni effettuate, dato che rispetto all'anno precedente resta uguale, ma che risulta in diminuzione rispetto al 2014 (33%). In ogni caso nella popolazione straniera si identifica un rischio maggiore di ricorrere all'IVG rispetto alle italiane, in quanto in tutte le classi di età il tasso di abortività risulta più elevato di quello italiano. In riferimento alle interruzioni di gravidanza compiute da donne straniere nella regione Veneto, queste rappresentano il 40,2% della totalità. Nello

⁵⁴ *Relazione del ministero della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78), dati definitivi 2018, Ministero della Salute*

specifico 854 sono state richieste da donne provenienti dall'Est Europa, 488 dall'Africa, 382 dall'Asia e 106 da donne provenienti da Centro e Sud America (Ibidem).

Un altro importante dato riguarda l'obiezione di coscienza, in Italia nel 2018 il numero di obiettori di coscienza risulta particolarmente elevato soprattutto tra i ginecologi (il 69% è obiettore). In Veneto questa percentuale aumenta e sale al 70,3% per i ginecologi, la percentuale scende nei confronti degli anestesisti (35,2%) e del personale non medico (47,8%). Risulta importante sottolineare che secondo l'art.9 della Legge 194/78 *“gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8”*, garantendo perciò sempre la presenza di almeno un medico non obiettore all'interno di ogni servizio coinvolto nella richiesta di interruzione di gravidanza.

Il Consultorio Familiare rappresenta il primo servizio di riferimento per il rilascio del certificato necessario per l'IVG, nel 2018 il 44,1% delle donne ha fatto ricorso a questo servizio. Secondo le ricerche è emerso che all'interno dei servizi consultoriali sono avvenuti un numero di colloqui per Interruzione Volontaria di Gravidanza superiore al numero di certificati rilasciati, ciò riconosce in questo servizio un ruolo fondamentale e un importante lavoro di sensibilizzazione che può portare la donna *“a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza”* (art. 5 L. n. 194/78).

Durante il mio percorso di ricerca ho analizzato e studiato il fenomeno dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza all'interno del Consultorio Familiare di Favaro Veneto nell'anno solare 2020. Attraverso la visione dei certificati emessi e richiesti ho potuto studiare la nazionalità e l'età delle donne che ne hanno fatto ricorso e il numero di settimana di gestazione in cui erano al momento della domanda.

Nelle tabelle di seguito vengono riportati i dati analizzati, nella prima si farà riferimento alle donne di nazionalità italiana, nella seconda alle donne immigrate.

Tabella 1. – N. di IVG richieste da donne italiane, con relativo anno di nascita e numero della settimana di gestazione al momento del rilascio del certificato.

N.IVG donne italiane	Anno di nascita	Settimana di gestazione al momento del rilascio del certificato
1.	1988	5
2.	1979	5
3.	1988	6
4.	1997	6
5.	1999	6
6.	1981	6
7.	1994	7
8.	1990	6
9.	1994	11
10.	1998	6
11.	1987	7
12.	1983	6
13.	1976	4
14.	1992	7
15.	1989	5
16.	1996	8
17.	1979	8

Tabella 2. – N. di IVG richieste da donne straniere, con relativo riferimento a nazionalità, anno di nascita e settimana di gestazione al momento del rilascio del certificato.

N. IVG donne straniere	Paese d'origine	Anno di nascita	Settimana di gestazione al momento del rilascio del certificato
1.	Bangladesh	1993	8
2.	India	1999	6
3.	Bangladesh	1985	10
4.	Iran	1980	7
5.	Russia	1990	6
6.	Bangladesh	1996	7
7.	Egitto	1983	5

8.	Romania	1985	5
9.	Moldavia	1982	5
10.	Romania	1985	6
11.	Ucraina	1987	5
12.	Bangladesh	1991	6
13.	Albania	1984	8
14.	Moldavia	1986	4
15.	Moldavia	1985	5
16.	Ucraina	1995	5
17.	Cina	1981	10
18.	Serbia	1994	6

Innanzitutto risulta importante sottolineare che non vi è la certezza che per ogni certificato emesso sia conseguita un'effettiva interruzione di gravidanza, ma vi è la probabilità che la donna abbia deciso in seguito di non interrompere, questo però non è stato possibile verificarlo, in quanto sarebbe stato necessario analizzare ogni singola cartella di ogni utente in questione e, per motivi di privacy e tempistici, ciò non è stato attuabile.

Nell'anno 2020 i certificati emessi per Interruzione Volontaria di Gravidanza presso il Consultorio di Favaro Veneto sono stati trentacinque, di cui diciassette rivolti ad un'utenza italiana e diciotto a donne straniere. Per quanto riguarda l'età delle donne che hanno richiesto il certificato, la media è di 31,6 anni. Suddividendo tra immigrate e italiane, risulta che, diversamente da quanto si potrebbe pensare e dalle tendenze nazionali, le donne straniere hanno una media d'età leggermente maggiore rispetto alle italiane (32 anni contro 31 delle italiane). Questo dimostra un grande eterogeneità e una presenza dell'utenza immigrata sul territorio di Favaro Veneto ben radicata, visto che ci sono anche donne immigrate che richiedono l'interruzione nella fascia d'età più alta (dai 39 ai 45 anni).

Risulta inoltre importante analizzare la settimana di gestazione in cui la donna si trova al momento della richiesta di interrompere la gravidanza. L'interruzione infatti può avvenire sempre entro i primi 90 giorni di gravidanza per motivi di salute, sociali, economici o familiari attraverso il metodo chirurgico, metodo invasivo e che richiede alcuni giorni di ricovero ospedaliero; ma se la donna si trova entro le prime 9 settimane (63 giorni) ha la possibilità di ricorrere al metodo farmacologico – attraverso la pillola RU486 – che dal 12

agosto 2020 può essere eseguito anche a livello ambulatoriale (consultori o day hospital attrezzati). Similmente ai dati riferiti all'età media delle donne, anche i dati riguardanti la settimana di gestazione al momento della richiesta del certificato tendono ad omogeneizzarsi tra utenza italiana e straniera, addirittura mediamente nell'anno 2020 le straniere si sono rivolte al servizio in tempi minori rispetto alle italiane (settimana 6,1 per le straniere, 6,4 per le italiane). Le donne italiane si sono recate quasi sempre al Consultorio tra la quarta e la sesta settimana di gestazione, ad eccezione di alcune che invece hanno avuto l'accesso nell'ottava e una nell'undicesima settimana. Per le donne straniere invece le tendenze sono differenti e, nonostante mediamente siano simili a quelle italiane, i valori si presentano più distanti tra loro. È possibile analizzare queste differenze in base alla nazionalità della donna che ha richiesto il certificato; si può notare infatti che le quattro donne bengalesi hanno richiesto il certificato per l'IVG dopo rispetto alla media generale, quasi all'ottava settimana; mentre per le donne provenienti dall'Est Europa (Romania, Moldavia, Ucraina, Albania) la media è di cinque settimane.

All'interno del consultorio di Favaro Veneto il tasso di donne straniere che ricorre all'interruzione di gravidanza è più elevato rispetto a quello Veneto, infatti a livello regionale l'utenza straniera ricopre il 40,2% delle interruzioni, mentre nel territorio in questione, sempre nell'anno 2020, le donne immigrate che hanno richiesto di interrompere la gravidanza sono il 51,4% del totale⁵⁵. Il frequente ricorso all'aborto da parte di questa categoria si identifica nelle difficoltà che le donne portano con sé all'interno del loro percorso migratorio. Può essere ricondotto alla mancanza di condizioni idonee per la crescita di figli, alla precarietà economica, alla scarsa conoscenza dei servizi e della contraccezione, alla paura di perdere il posto di lavoro, al disagio abitativo e al senso di isolamento.

⁵⁵ Risulta importante sottolineare che, secondo la percezione degli operatori del Consultorio, nell'anno 2020 è stato emesso un numero maggiore di certificati per l'IVG rispetto agli anni precedenti e che ciò sia dipeso anche dalla situazione di emergenza sanitaria in corso, ma non è possibile per ora verificare se questa percezione risulti vera e supportata statisticamente.

Nelle interviste rivolte agli operatori sanitari effettuate al fine di comprendere al meglio il rapporto tra utenza straniera e servizio consultoriale, si è considerato anche la relazione delle immigrate con il ricorso all'interruzione di gravidanza. Gli operatori hanno riconosciuto nell'utenza straniera che decide di interrompere la gravidanza una generale eterogeneità delle nazionalità, sottolineando che più frequentemente, rispetto alle altre, ricorrono all'IVG le donne provenienti dall'Est Europa.

“Qui abbiamo italiane, abbiamo tutto il resto, appunto l'Est, poi c'è Sudamerica, per il resto insomma l'utenza è un po' varia, effettivamente di Bangladesh che mi hanno chiesto l'interruzione non ne ho viste.” (Ginecologa 1)

Secondo gli intervistati infatti la donne bengalesi tendono ad avere più figli, anche se negli ultimi anni sta aumentando anche per loro il ricorso all'interruzione di gravidanza; mentre per quanto riguarda le donne dell'Est, visto il rilevante ricorso a questa metodologia, è difficile intercettarle e sensibilizzarle sul tema della contraccezione e prevenzione. Spesso sono donne anche mature, lavorano, fanno le badanti e quindi dichiarano di non aver il tempo e lo spazio da dedicare ad un figlio. Emerge infatti che per le donne dell'Europa dell'Est l'Interruzione Volontaria di Gravidanza rappresenta ed è interpretata come un vero e proprio metodo contraccettivo e questa visione dipende anche dal contesto d'origine in cui l'IVG per molti anni è stata praticata come unico metodo contraccettivo, infatti molte di queste donne ne fanno ricorso anche più volte nel corso della loro vita:

“Per loro lo vedi proprio come mentalità, sembra quasi una forma di contraccezione, quando le fai anche l'anamnesi il fatto di essere sottoposte a interruzione di gravidanza è quasi come prendere la pillola anticoncezionale, viene fuori che nel loro paese d'origine magari erano già state sottoposte a questo intervento, perché sono andate in ospedale a fare il raschiamento già altre due o tre volte. Quindi per loro è proprio una mentalità diversa, un approccio diverso.” (Ginecologa 2)

Secondo gli operatori vi è poi una differenza a livello di motivazione se infatti le donne dell'Est Europa *“più di tanto non ci pensano a quello che fanno”*, ovvero, come abbiamo visto, la decisione di interrompere la gravidanza non si trova del tutto in contrasto con i valori della cultura d'origine o familiari della donna; per le donne del Bangladesh è diverso e non è per niente semplice decidere di abortire:

“La donna del Bangladesh fa l'interruzione con molto dispiacere, lo fa perché lo deve fare, per necessità, perché non ha soldi, la casa è piccola...anche perché culturalmente quelli del Bangladesh non farebbero neanche la diagnosi prenatale per capire se il figlio è malato, dicono che culturalmente loro accettano quello che viene, adesso da qua a passare all'interruzione fa un po' strano no?” (Ostetrica 2)

Anche per questo il servizio consultoriale lavora al fine di supportare e rendere maggiormente consapevole la donna nella decisione di abortire. Secondo la Legge 194/78 gli operatori consultoriali hanno il compito di informare la donna in merito ai diritti a lei spettanti riguardo ai servizi sociali, sanitari e assistenziali operanti nel territorio; su quali siano le tutele lavorative a lei spettanti come donna in gravidanza; contribuendo ad affrontare le cause che potrebbero portare la donna a decidere di ricorrere all'interruzione di gravidanza. Questo processo informativo avviene nel momento in cui la donna si presenta in Consultorio per richiedere il certificato, prima che questo venga emesso. Nella maggior parte dei casi è condotto dal personale sanitario (ginecologhe o ostetriche), il quale oltre a compilare la cartella, si presta ad ascoltare le motivazioni della donna e a fornirle tutte le informazioni necessarie e le possibilità indifferentemente dalla scelta finale. Quando i casi si presentano maggiormente complessi o le donne si presentano incerte e non convinte della scelta, allora gli operatori sanitari richiedono il supporto della parte sociale e inviano la donna ad effettuare un colloquio con l'Assistente Sociale o con la Psicologa del servizio, le quali, grazie alle loro conoscenze, approfondiscono con la donna ogni dubbio, problematica o sensazione in merito a questa importante scelta. Ritengo che questo colloquio preliminare sia fondamentale a prescindere poi da quale sia la decisione della donna, in quanto la rende completamente consapevole del percorso, degli ostacoli e delle difficoltà che andrà a compiere, sia che scelga di abortire, sia che scelga di portare avanti la gravidanza. A volte questo aspetto viene sottovalutato e, anche per motivi

tempistici, si tende a consegnare il certificato senza aver prestato prima attenzione ai bisogni della donna. Personalmente credo che sarebbe opportuno che ogni donna che richiede il certificato effettuasse un colloquio anche con gli operatori sociali del consultorio, a maggior ragione ciò vale per le donne straniere che spesso non conoscono a pieno le procedure del ricorso all'interruzione di gravidanza e i diritti spettanti alle donne in gravidanza a livello sociale e lavorativo.

CONCLUSIONI

Questa ricerca, in riferimento agli obiettivi preposti, ha previsto l'analisi di un contesto d'indagine, il Consultorio Familiare di Favaro Veneto, attraverso lo studio della presenza di donne immigrate, del loro accesso al servizio, delle politiche sanitarie, focalizzando l'attenzione sull'organizzazione e sulle reti di servizi di cura della salute riproduttiva delle donne. Ci si è soffermati sulle caratteristiche dell'utenza straniera, sulla relazione medico-paziente e sulle diverse problematiche presenti all'interno del servizio, partendo dal punto di vista degli operatori e di seguito di alcune donne straniere che hanno avuto accesso al servizio di Consultorio. Nel periodo in cui l'indagine si è svolta, inoltre, il servizio consultoriale e in generale il sistema sanitario era – ed è tutt'ora – coinvolto nella gestione dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19. Per questo si sono riscontrati alcuni mutamenti all'interno dei servizi socio-sanitari, vedi l'obbligo dell'uso della mascherina, la diminuzione del numero di visite giornaliere permesse, la non sempre possibile presenza di un accompagnatore e il distanziamento sociale; tutto ciò ha certamente inciso sull'organizzazione e sull'accesso al servizio di Consultorio.

Nel corso della ricerca si è reso evidente come le donne immigrate in Italia fin da subito abbiano ricoperto un importante ruolo, non solo a livello quantitativo ma soprattutto sociale, culturale e politico, rendendosi protagoniste nel nuovo contesto d'immigrazione e stabilizzando la loro presenza come donne e madri. In riferimento all'ambito di ricerca analizzato è stato possibile individuare alcuni aspetti che influiscono in modo significativo sull'accesso e sui percorsi all'interno dei servizi sanitari per le donne immigrate. Si fa riferimento a questioni organizzative dei servizi territoriali, alla relazione medico-paziente, alle differenze culturali. Questi aspetti verranno ripresi in questa parte conclusiva soffermandoci sulle difficoltà ma anche sulle possibilità di miglioramento dei servizi di salute riproduttiva, in relazione agli obiettivi e alle domande di ricerca.

Partiamo dall'accesso al servizio di Consultorio Familiare: si è visto che esso è fortemente vincolato ad alcune disuguaglianze legate ad aspetti burocratici e normativi – come l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, la cittadinanza, la residenza – ma anche ad

aspetti culturali, ad esempio la conoscenza della lingua italiana; infatti l'accesso ai servizi sanitari va sempre relazionato alla definizione di altri diritti. Inoltre, soprattutto gli operatori di Consultorio, ritengono che la difficoltà maggiore nell'accesso da parte della popolazione straniera riguardi l'organizzazione dei servizi e l'orientamento al loro interno. Alla difficoltà linguistica si somma dunque la non conoscenza del sistema e delle procedure, che porta nella maggior parte dei casi ad un allungamento delle tempistiche e ad un ritardo nelle visite e nelle prenotazioni. Si è visto infatti che nel contesto di Favaro Veneto il primo accesso per un'immigrata si complica in primis al momento della prenotazione della visita (che avviene telefonicamente) e poi nella comprensione delle direttive date dal personale e dei diversi accertamenti da compiere in ogni singolo caso.

Il Consultorio lavora in rete con alcuni servizi territoriali, come l'ospedale, il centro anti-diabetico o i reparti per le gravidanze a rischio, ma dalle indagini effettuate è emersa l'importanza di implementare questa rete e creare ambulatori e servizi maggiormente comunicanti tra loro, non solo a livello relazionale ma anche fisico; ovvero riuscire a creare un luogo dove la donna si possa recare e possa effettuare tutte le prestazioni a lei spettanti (visita ginecologica e ostetrica, ecografie, pap-test, mammografie, ecc.). Nel corso delle interviste nei confronti degli operatori sanitari che operano all'interno del Consultorio di Favaro Veneto è stata riconosciuta l'importanza di lavorare in rete, sia all'interno del servizio, sia in relazione ad altre organizzazioni e servizi territoriali, per riuscire ad affrontare al meglio le situazioni più complesse e diminuire le barriere a livello burocratico-amministrativo; nonostante questa consapevolezza però spesso questo lavoro di rete è difficile soprattutto in relazione alla parte sociale dei servizi sanitari. Gli operatori infatti non sempre conoscono quale sia il servizio adatto a cui rivolgersi in caso di multi problematicità e non sono consapevoli di tutte le difficoltà burocratiche e non che la popolazione straniera deve affrontare, a volte vi è la tendenza a curare l'aspetto più fisico della relazione, tralasciando i bisogni sociali. Questo è stato riconosciuto dagli operatori intervistati, i quali hanno ritenuto importante che, per migliorare il rapporto con quest'utenza, vengano attivati dei corsi di formazione con il fine di conoscere e comprendere meglio le culture di provenienza dell'utenza, per poi riuscire a creare un rapporto di fiducia e strutturare al meglio il percorso di cura. Si è per questo preso atto che

prima di attuare iniziative rivolte alle donne straniere, è necessario incrementare la formazione degli operatori e favorire la comunicazione tra di essi, al fine di condividere le criticità e le difficoltà che ogni settore incontra in relazione a questa tipologia di utenza, per poi individuare insieme delle risposte e dei percorsi adeguati.

Relativamente a ciò, analizzando i questionari svolti dalle donne straniere, si è riscontrato che la vulnerabilità sociale a cui queste donne sono esposte si rispecchia nella loro poca consapevolezza di sé, dei propri diritti e del proprio corpo e le porta a fidarsi totalmente dell'operatore, ad affidarsi a lui nella scelta delle procedure e, a volte, a non compiere scelte del tutto consapevoli. Per questo risulta fondamentale un lavoro di presa in carico integrata dei servizi socio-sanitari, basti pensare ad esempio ai temi della contraccezione e prevenzione, in cui l'utenza straniera è ancora per molti versi estranea, e all'interruzione volontaria di gravidanza, i quali non si esaudiscono con una semplice spiegazione degli aspetti medici, ma che necessitano di un intervento che prenda in considerazione il contesto sociale, i diritti spettanti alla donna e la valenza culturale di queste tematiche.

Dalle osservazioni effettuate e dalle interviste svolte si è riscontrato come punto fondamentale la relazione tra operatore e utente, relazione che risulta spesso complessa e difficile a causa di incomprensioni linguistiche e comunicative, di diverse concezioni dei concetti di salute e di maternità e di visioni stereotipate dell'utenza e delle loro culture d'origine. Certamente la donna straniera necessita di una presa in carico differente da parte del professionista e di maggiore responsabilità e attenzione ai bisogni inespressi, attraverso l'ascolto e il confronto, avendo sempre in mente che vi sono delle differenze culturali e sociali; allo stesso tempo senza però classificare le utenti in base al loro paese di provenienza, enfatizzando gli stereotipi negativi o positivi. Nel corso della ricerca è emerso che le principali difficoltà percepite nella relazione operatore-utente riguardano le questioni linguistiche e comunicative, solo in un secondo momento le differenze culturali e religiose. Inoltre queste difficoltà nella comunicazione si rilevano maggiormente nei confronti dell'utenza che si trova in Italia da minor tempo e in relazione con le donne provenienti dal Bangladesh, presenti nel contesto di ricerca in quantità elevate e maggiori rispetto ad altre nazionalità. Questa difficoltà, secondo i professionisti, è complessiva, data

da grandi differenze linguistiche, credenze culturali e religiose ben radicate e mediata dalla figura del marito, a volte vista dagli operatori del consultorio come ostacolante e non sempre positiva all'interno del percorso di gravidanza della donna.

Sia da parte dei professionisti, sia dalla parte delle donne immigrate è risultato evidente quanto la mediazione linguistica e culturale sia fondamentale in un contesto così interculturale. La figura del mediatore linguistico-culturale è stata infatti riconosciuta capace di migliorare il servizio e di abbattere le barriere comunicative. Dalle interviste si evince come la presenza di questo professionista porti alla costruzione di un rapporto tra le parti maggiormente equo e di fiducia reciproca, grazie ad una migliore comprensione delle visioni di entrambe le parti (operatore e utente). Purtroppo si è però constatato che questa importante figura di mediazione non è sempre presente all'interno del servizio e la possibilità di richiederla non è del tutto sfruttata (nel senso positivo del termine). Il servizio consultoriale si appoggia a mediatori esterni, provenienti da servizi o cooperative del territorio, e non dispone dei mezzi necessari per avere un servizio interno o direttamente collegato di mediazione. Per questo e per le procedure di richiesta non sempre immediate, questa importante risorsa spesso non viene considerata e si tende a lavorare con le donne immigrate senza il loro intervento, anche se non si ha la certezza di una piena comprensione da parte dell'utenza. Risulterebbe quindi di fondamentale importanza sensibilizzare gli operatori consultoriali sul lavoro dei mediatori linguistico-culturali, formare in maniera specifica queste figure in relazione ai contesti di lavoro e alle diverse caratteristiche, avendo sempre presente che il loro compito non si riduce ad una mera traduzione linguistica dei dialoghi, ma è anche quello di far incontrare e comunicare due diverse culture e due modi differenti di intendere la salute e il percorso di gravidanza, senza far primeggiare l'una sull'altra.

Infine dall'analisi dei questionari svolti dalle donne immigrate si è riscontrato che le storie, le condizioni e i percorsi migratori di queste donne sono molto eterogenei tra loro e allo stesso tempo presentano alcuni tratti comuni. Certamente si è visto che i loro percorsi e le condizioni di vita influenzano le modalità di approccio e di accesso ai servizi socio-sanitari, così come la nazionalità, il livello di istruzione o il tempo di permanenza in Italia. Dunque le modalità di accesso e fruizione ai servizi sanitari e le traiettorie di salute sono

strettamente legati ai progetti migratori dell'immigrata, una cosa però resta di uguale importanza per tutte le donne straniere: la rete familiare e amicale di riferimento. Di fronte alle difficoltà (sanitarie e non) che incontrano in Italia il loro porto sicuro sono il marito, i parenti e gli amici, a cui si rivolgono prima che ad ogni altra figura professionale. In primis è il marito colui che ricopre questo importante ruolo e ciò si identifica come un'importante passo per entrambe le parti: questo perché l'uomo si ritrova a ricoprire un ruolo che nei contesti di origine non avrebbe ricoperto e lo coinvolge a pieno nel percorso di nascita del figlio, la donna invece si sente maggiormente supportata in questo importante percorso lontano dalle sue figure di riferimento tradizionali e non la fa sentire sola e abbandona, rendendola a pieno consapevole di ciò che sta vivendo.

Per concludere credo sia importante riflettere in merito a possibili ulteriori prospettive di ricerca, che porterebbero ad approfondire il rapporto tra la donna immigrata e i servizi di salute riproduttiva. Certamente risulterebbe efficace indagare maggiormente e in maniera più approfondita e ampia il grado di soddisfazione dell'utenza straniera del servizio di Consultorio e delle prestazioni usufruite attraverso delle interviste in profondità. Questo per indagare effettivamente su quali siano la percezione e le difficoltà incontrate e in che modo siano riuscite ad affrontarle. Inoltre avendo avuto maggior tempo, sarebbe stato di fondamentale importanza creare dei focus group tra professionisti e operatori – sanitari e sociali – dei consultori territoriali per avviare un confronto tra di loro sull'efficacia delle modalità adottate per rapportarsi con l'utenza straniera e su eventuali ed effettive strategie di miglioramento e nuove proposte, al fine di migliorare l'inclusione all'interno dei Consultori Familiari.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Basso P., Perocco F., (2003), *Gli immigrati in Europa. Diseguaglianze, razzismo, lotte*, FrancoAngeli, Milano.

Battimolo S., (2018), *L'impegno del Ministero della Salute per un approccio nazionale inclusivo per la salute dei migranti*, in *Atti del XV Congresso nazionale SIMM*, Roma

Beneduce R., Costa G. e Lemma P., (1994), *La salute straniera, epidemiologia, culture e diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

Bodini C., (2018), *I mille volti della migrazione e l'impegno della SIMM di ieri, di oggi e di domani*, in *Atti del XV Congresso nazionale SIMM*, Roma.

Cancellieri A., Giovanna M., Tonin S., (2014), *Migrazioni, politiche e territorio in Veneto*, Cattedra Unesco SSIIM, Università Iuav di Venezia, Venezia.

Caritas Migrantes, (2005), *Immigrazione: dossier statistico 2005. XV rapporto*, Edizioni IDOS, Roma.

Corbetta P., (2015a), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. II. Le tecniche quantitative. Seconda edizione*, Il Mulino, Bologna.

Corbetta P. (2015b), *La ricerca sociale: metodologie e tecniche. III. Le tecniche qualitative. Seconda edizione*, Il Mulino, Bologna.

Corradi L., (2008), *Salute e ambiente. Diversità e disuguaglianze sociali*, Carocci, Roma.

Decreto legislativo, testo coordinato, 25 luglio 1998, n.286, *Testo unico sull'immigrazione 2021*, G.U. 18/08/1998.

Della Puppa F., (2014), *Il volto nascosto del ricongiungimento familiare: voci, vissuti e aspirazioni di donne e uomini bangladesi in Italia*, in *Donne migranti tra passato e presente. Il caso italiano*, Rivista della Società Italiana delle Storiche.

Della Puppa F., Pasian P. e Sanò G., (2018), *Report finale. Analisi dei bisogni Progetto MARI – Multicultural Actions Regional Immigration per servizio innovativo sulla salute*

riproduttiva della donna immigrata e dei bambini, Fondo asilo, migrazione e integrazione (FAMI) 2014-2020.

Dotti M. e Luci S., (2008), *Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne immigrate*, FrancoAngeli, Milano.

Geraci S., Bonciani M. e Martinelli B., (2010), *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, in collaborazione con Caritas diocesana di Roma e SIMM.

Geraci S. (a cura di), (2018), *Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni*, in *Atti del XV Congresso nazionale SIMM*, Roma.

Hochschild A.R., Ehrenreich B., (2004), *Donne globali. Tate, colf e badanti*, FrancoAngeli, Milano.

ISTAT, (2017), *La salute riproduttiva della donna*, Istituto nazionale di statistica, Roma.

ISTISAN, Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., e Grandolfo M.E. (a cura di), (2006), *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Rapporti ISTISAN 06/17, Milano.

ISTISAN, Lauria L. e Andreozzi S. (a cura di), (2011), *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, Rapporti ISTISAN 11/12, Milano.

Keygnaertl., Ivanova O., Guieu A., Van Parys A., Leye E. e Roelens K. (a cura di), (2016), *Salute materno infantile delle donne migranti: evidenze per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle cure. Una revisione delle evidenze disponibili nella Regione Europea dell'OMS*, DoRS Regione Piemonte.

La Mendola S., (2009), *Centrato e aperto. Dare vita a interviste dialogiche*, Utet, Torino.

Legge 29 luglio 1975, n.405, *Istituzione dei consultori familiari*, (GU Serie Generale n.227 del 27-08-1975).

Legge 22 maggio 1978, n.194, *Tutela sociale della maternità ed interruzione volontaria della gravidanza*, (G.U. 22/05/1978).

Legge 23 dicembre 1978, n.833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, (GU Serie Generale n.360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario).

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*, (GU Serie Generale n.248 del 24-10-2001).

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

Lombardi L., (2016), *Genere, salute e politiche sociali in Europa. La salute delle donne migranti tra diritti, accesso ai servizi, disuguaglianze*, Fondazione ISMU (Iniziativa e Studi sulle Multietnicità).

Marchetti M. e Polcri C., (2013), *Gravidanza, parto e puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari*, in Rivista della società italiana di antropologia medica, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia.

Massari L., Pinto M., Podavini F., Berlincioni V., (2013), *Donne e migrazione: una riflessione etnopsichiatrica attraverso casi clinici*, in Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia 126(2):271-278.

Ministero della salute, *Relazione del ministero della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, Dati definitivi 2018, Roma.

Morozzo Della Rocca P., (2017), *Immigrazione, asilo e cittadinanza. Discipline e orientamenti giurisprudenziali*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).

Osservatorio Regionale Immigrazione (a cura di), (2019), *Rapporto 2018. Immigrazione Straniera in Veneto*, Venezia-Mestre.

Perocco F., (2012), *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, FrancoAngeli, Milano.

Persechino B, (2018), *La tutela della salute dei lavoratori stranieri in Italia: riflessioni su dati di contesto e spunti di ricerca*, in Atti del XV Congresso Nazionale SIMM, Roma.

Petrelli A., Di Napoli A., Perez M. e Gargiulo L., (2017), *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT*, Epidemiologia e Prevenzione, rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia, maggio-agosto 2017.

Petyx M., Benedetti M., Buresti G., Rondinone B.M. e Persechino B., (2018), *Stress e condizioni lavorative nell'assistenza familiare: un'indagine sui lavoratori immigrati nel territorio romano*, in *Atti del XV Congresso Nazionale SIMM*, Roma.

Piper N., Asia Research Institute, National University of Singapore, (2005), *Gender and migration: A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration*, Global Commission on International Migration.

Pugliese E., (2006), *L'Italia tra migrazioni internazionali e migrazioni interne*, Il Mulino, Bologna.

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

SanArtLAB e Censis, (2015), *I nuovi pellegrini, l'impatto storico-sociale dell'immigrazione moderna nella sanità*, Fondazione Farmafactoring, Roma.

Sayad A., (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina, Milano.

Sayad A., (2008), *L'immigrazione o i paradossi dell'alterità. L'illusione del provvisorio*, Ombre Corte, Verona.

Terraneo M., (2018), *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*, FrancoAngeli, Milano.

Terraneo M., Tognetti Bordogna M., (2018), *Possibile studiare le relazioni tra immigrazione e salute in Italia? Molte questioni, ancora pochi dati*, Rassegna Italiana di Sociologia (ottobre-dicembre 2018), Il Mulino, Bologna.

Tognetti Bordogna M., (2008), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.

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

Tonioli V., (2016), *Una figura da ri-definire. Il mediatore linguistico culturale*, in *Le lingue in Italia, le lingue in Europa: dove siamo, dove andiamo*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia

Vianello F.A., (2014), *Genere e migrazione. Prospettive di studio e di ricerca*, Guerini e Associati, Milano.

Wilkinson R., Pickett K., (2009), *La misura dell'anima. Perché le diseguaglianze rendono le società più infelici*, Feltrinelli, Milano.

SITOGRAFIA

Comune di Venezia, www.comune.venezia.it.

ISTAT, (2019), *Dai dati epidemiologici all'esercizio dei diritti per la salute delle donne migranti: spunti di riflessione emergenti dalle sorveglianze di popolazione*, Istituto Superiore di Sanità, www.epicentro.iss.it.

Programma di azione del Cairo (1994), www.dirittiumani.donne.aidos.it (pdf).

Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia – CeDAP 2016, www.salute.gov.it.

Regione Veneto, (2010), *Linee Guida per il Servizio di Consultorio Familiare nella Regione del Veneto*, www.regione.veneto.it (pdf).

Società Italiana di Medicina delle migrazioni (SIMM), www.simmweb.it/aree-tematiche/salute-delle-donne-immigrate.

Ulss 3 Serenissima, *Carta dei servizi*, gennaio 2019, www.aulss3.veneto.it.

Ulss 3 Serenissima, *Piano della performance 2019/2021 e documento delle direttive per gli obiettivi di budget 2019*, www.aulss3.veneto.it.