



Università
Ca' Foscari
Venezia

Università Ca' Foscari di Venezia

Corso di Laurea magistrale

in Antropologia culturale, Etnologia,
Etnolinguistica

—
Tesi di Laurea

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Dal Bangladesh alla provincia vicentina: maternità migranti tra negazione e rinegoziazione di sé

Relatore

Prof.ssa Donatella Schmidt

Laureanda

Giulia Carollo

Matricola 835565

Anno Accademico

2015 / 2016

a Renato

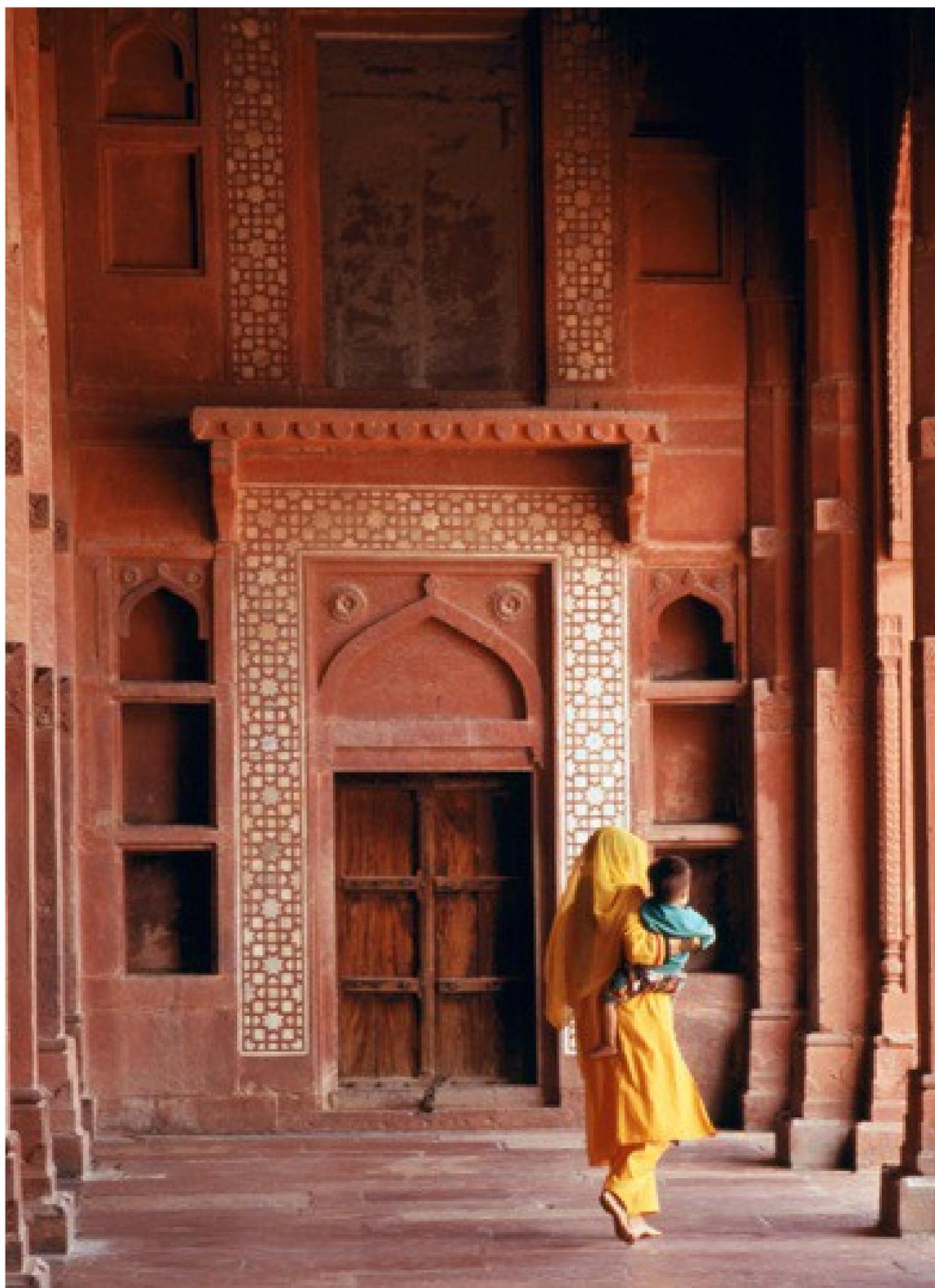


foto di Renato Lievore

INDICE

INTRODUZIONE.....	7
CAPITOLO 1. LA RICERCA	13
La metodologia	13
La genesi della ricerca	13
La produzione dei dati.....	16
I soggetti della ricerca.....	22
Salma.....	25
Nupur.....	29
Narghes	34
Fancy.....	36
Shuma.....	40
CAPITOLO 2. TRA BANGLADESH E ITALIA: DONNE E MADRI.....	47
L'importanza della famiglia in Bangladesh.....	48
Il ruolo della famiglia durante la maternità	50
L'importanza del cibo.....	52
Pratiche e ritualità tradizionali	55
La migrazione, la maternità e l'assenza della famiglia d'origine: disagi e difficoltà.....	61
Solitudine e fatica. Non potevo chiedere a nessuno “cosa faccio?”.....	64
Le difficoltà linguistiche.....	69
I sapori della mamma.....	71
Pratiche e ritualità tradizionali in migrazione.....	72
La migrazione, la maternità e l'assenza della famiglia d'origine: nuove libertà.....	78
Nuove libertà, ovvero “quando la suocera non c'è, la nuora balla”.....	80

Il mutamento nei ruoli: il marito casalingo.....	87
CAPITOLO 3. PERCORSI DI ADATTAMENTO.....	91
Il rapporto con il servizio sanitario	91
Vivere la maternità in Bangladesh.....	91
Vivere la maternità in migrazione.....	101
Tra negazione e rinegoziazione di sé	113
Prendere le distanze: “mio paese tutto brutto”.....	116
Donne moderne	122
Migrando si cambia: rinegoziazione di sé.....	125
CAPITOLO 4. DA UN ALTRO PUNTO DI VISTA: LE OPERATRICI SANITARIE E IL RAPPORTO CON LE DONNE BANGLADESI TRA DIFFICOLTÀ, CURIOSITÀ E PROPOSTE.....	131
Costruire la relazione terapeutica	134
La dimensione socioculturale del corpo e dei sistemi medici.....	134
Una professione che prima di tutto guarda alla relazione.....	138
Perché questo silenzio?	144
Strategie di avvicinamento.....	152
CAPITOLO 5. RIFLESSIONI.....	163
Differenze.....	163
Il parto con il taglio cesareo.....	167
Uno sguardo dall'esterno.....	169
Mio paese tutto brutto?.....	170
CONCLUSIONI.....	175
Bibliografia.....	185
Filmografia.....	191
Sitografia.....	192

INTRODUZIONE

Al momento di scegliere l'argomento della mia tesi sono entrata in crisi: avevo mille idee ma tutte blande e disarticolate, troppo ampie per poter pensare di sviluppare una tesi. Sapevo bene che avrei parlato di migrazione ma non sapevo sotto quale aspetto e da che punto di vista. Questo tema per me è importantissimo, soprattutto in questo momento storico in cui l'odio e la violenta intolleranza sono diventati componenti troppo spesso presenti negli atteggiamenti collettivi nei confronti dei migranti. Credo sia un'urgenza concentrarsi su questi argomenti perché è necessario riportare i discorsi su binari realistici, fatti di osservazione, ascolto e riflessione, con la volontà di capire e conoscere, uscendo dalla strada tracciata da molta parte della nostra politica e della nostra informazione, che spesso e volentieri si fermano agli aspetti superficiali, mistificando la verità della storia di queste persone in viaggio. All'interno del discorso sulle migrazioni, quelle femminili rappresentano una parte con caratteristiche specifiche e singolari, a cui spesso vengono dedicati studi distinti. L'immigrazione femminile in Italia è un fenomeno relativamente recente ma molto sfaccettato e complesso: vi sono donne arrivate in questo paese a seguito del marito, altre arrivate da sole per procurare sostegno economico per sé e per le proprie famiglie rimaste in patria, altre ancora giunte qui quasi come schiave destinate allo sfruttamento sessuale. I ruoli rivestiti dalle donne nel contesto della migrazione sono molteplici e plurali. In Italia la presenza femminile straniera è consistente e in aumento: le donne costituiscono infatti quasi il 45% della popolazione straniera (Decimo, 2005), mentre per quanto riguarda il Veneto il numero di donne supera quello degli uomini¹. Le migrazioni femminili rappresentano un aspetto importante e particolare perché è attraverso la mobilità delle donne che il sistema migratorio si evolve e progredisce: con la presenza femminile si rende possibile e si afferma il diritto all'unità familiare, lo spazio domestico diventa vivo e realmente vissuto, il tempo della famiglia riacquista un senso profondo. La possibilità di avere la propria famiglia accanto o di costruirne una conferisce un significato diverso all'esperienza migratoria e la trasforma dandole stabilità.

Non sapevo da che punto di vista affrontare questo tema, tanto è ampio e articolato. Ho iniziato a vedere con maggior chiarezza in occasione di una conferenza in cui si parlava dei

¹ Dati Istat (<http://demo.istat.it/strasa2014/index.html>)

problemi legati ai migranti, soprattutto inerenti alla cosiddetta “integrazione” e riguardanti diversi ambiti della vita in comune, tra cui quello della salute: uno dei tasti dolenti era rappresentato dalle difficoltà incontrate dalle donne straniere nel periodo della gravidanza. Da quanto emerso durante l'incontro sembra che le donne provenienti dal Bangladesh mostrino un tasso di sofferenza e di difficoltà maggiori rispetto ad altre, provenienti da altri paesi. Pensandoci mi sono resa conto di come la presenza di famiglie bangladesi nel territorio in cui vivo sia diventata molto forte negli ultimi anni e di quanto poco io sappia di quel paese. Queste persone sono comparse, quasi all'improvviso, con i loro abiti colorati e i loro bambini dagli occhi intensi, e sono diventati parte dello scenario quotidiano in cui mi muovo. Mi sono chiesta quale fosse l'origine di questa sofferenza elevata, di cui si parlava al convegno, provata dalle donne del Bangladesh nel periodo perinatale. Volevo saperne di più, volevo sapere che cosa le mette in crisi, quali sono gli ostacoli che incontrano, che differenze hanno trovato rispetto al loro paese. Inizialmente quindi la mia idea era di porre a confronto due modi di partorire: quello italiano, medicalizzato e ospedalizzato, e quello bangladesi, che immaginavo svolgersi in casa, alla presenza di levatrici e donne della famiglia. Ho quindi cercato e incontrato alcune donne originarie del Bangladesh e residenti nella mia città o in paesi limitrofi. Le donne che ho intervistato hanno partorito tutte in ospedale e ritengono il parto in casa una pratica arretrata e legata all'ignoranza e alla povertà. Di fronte a questa realtà, meno “esotica” e meno “tradizionale” di quanto mi aspettassi, ho capito che avrei dovuto cambiare prospettiva e, prima di tutto, lasciar cadere i miei pregiudizi e le mie aspettative; dall'idea del confronto tra due modi di diventare madre ho cominciato a spostare lo sguardo esclusivamente sulle donne che avevo di fronte, sul loro modo di adattarsi alle novità e di relazionarsi con le tradizioni del proprio paese. Che cosa hanno portato con sé? Cosa hanno mantenuto delle loro abitudini precedenti? Che relazione hanno con il paese da cui sono partite? E con quello in cui vivono ora? Mi sono concentrata in particolare sul periodo della gravidanza perché accostare gravidanza e migrazione significa mettere insieme due momenti cruciali dell'esistenza di una donna, che stravolgono la vita come la si conosceva fino a quel momento e richiedono numerosi sforzi per comprendere il nuovo stato ed adattarvisi. I temi della gravidanza e della maternità hanno funzionato come lenti d'ingrandimento per osservare in maniera nitida ed efficace i cambiamenti avvenuti nelle vite e nelle mentalità

di queste donne, nel loro modo di rapportarsi al mondo e di pensare se stesse.

La maternità è un evento socialmente e culturalmente costruito, per cui le modalità con cui una donna gestisce e affronta la nascita dei propri figli rispecchiano il contesto sociale e culturale d'appartenenza. Quando però un evento talmente importante avviene in un contesto nuovo, diverso e lontano da quello d'origine, è necessario mettere in atto delle strategie di adattamento all'ambiente in cui ci si trova, strategie che richiedono di ripensare se stessi e di ricollocarsi in una posizione inedita, né completamente nel luogo di partenza né completamente in quello d'arrivo, bensì tra due luoghi. Queste persone sono in qualche modo sospese tra due mondi, i quali non rimangono distanti e separati ma si incontrano e si mescolano nella vita quotidiana, dando alla luce un modo nuovo di abitare il mondo e di pensare se stessi, fatto non di esclusività ed essenzialità ma di mescolanza e varietà, di contrasti e contraddizioni.

L'oggetto della mia analisi è costituito da un piccolo gruppo di donne immigrate dal Bangladesh alla provincia vicentina per raggiungere i mariti, e in particolare dalle esperienze di maternità da loro vissute sia nel paese d'origine che in quello d'accoglienza. Ho cercato di indagare i modi in cui queste donne si sono relazionate con il nuovo ambiente e con le modalità di gestione della gravidanza in esso prevalenti, prestando particolare attenzione ai cambiamenti avvenuti nel rapporto con il paese di provenienza e le sue tradizioni e al modo di adattarsi alle novità del luogo di migrazione.

Ho effettuato con loro alcune interviste, cercando di osservare le loro storie non solo in termini di perdita culturale rispetto al contesto di provenienza ma anche di conquista e di arricchimento. Lo schema per le interviste era inizialmente diviso per aree tematiche ma nel corso dei colloqui è diventato sempre più elastico, adattandosi alle digressioni e alle esigenze delle persone che avevo di fronte.

La nascita di forme culturali ibride non riguarda solo le donne straniere (e gli stranieri in generale), che si trovano a vivere “sospese” tra due mondi, ma anche l'intera società italiana e, nel caso specifico della maternità, le strutture sanitarie italiane e i modi in cui il percorso della nascita è gestito al loro interno

Per questo motivo in un secondo momento la mia attenzione si sposta sulle strutture sanitarie italiane e in particolare su alcune operatrici del consultorio del paese in cui vivo: l'intenzione è quella di osservare in che modo il personale delle strutture sanitarie

considera e gestisce la presenza delle donne straniere, quali sono le difficoltà maggiori che incontra, quali vengono reputati essere i punti deboli dell'offerta sanitaria e quali le modifiche o gli adeguamenti ritenuti necessari per renderla davvero efficace per tutti.

Ho intervistato quattro operatrici: due ostetriche, un'infermiera professionale e un'assistente sociale, tutte presenti presso il consultorio di zona della mia area di ricerca. Anche in questo caso lo schema per le interviste è rimasto molto morbido e adattabile al fluire dei discorsi: quel che mi interessava era conoscere l'opinione e il punto di vista di chi quotidianamente deve relazionarsi con le diversità, cercando di venirne a capo e di renderle parte integrante della relazione terapeutica.

Nel primo capitolo illustro le modalità secondo cui ho svolto la mia tesi: nella prima parte mi soffermo sulla metodologia di ricerca vera e propria mentre nella seconda dedico un breve spazio alla presentazione di ognuna delle mie informatrici, raccontando in breve il loro percorso migratorio e la loro storia familiare.

Nel secondo capitolo analizzo le testimonianze raccolte durante le interviste con le donne bangladesi, concentrando l'attenzione sul periodo della gravidanza. Per effettuare verifiche e confronti mi sono basata soprattutto su articoli di ricercatori bangladesi, inerenti la gestione della maternità in Bangladesh, mentre per quanto riguarda la maternità delle immigrate in Italia ho utilizzato lavori di approfondimento di ricercatrici italiane. In un primo momento illustro l'importanza e il ruolo rivestito dalla famiglia in Bangladesh mentre successivamente sposto lo sguardo su due aspetti intrecciati ma contrapposti: da una parte le difficoltà legate all'assenza della famiglia d'origine, quali possono essere lo spaesamento e la mancanza di riferimenti noti, la fatica nella gestione quotidiana della casa e della famiglia senza alcun aiuto, il difficoltoso adattamento a una dimensione familiare ridotta; dall'altra invece lascio spazio alle considerazioni relative alle nuove possibilità e alle forme inedite di libertà legate proprio alla lontananza dal gruppo parentale d'origine. La cerchia familiare appare dunque come un elemento dalla doppia valenza, un meccanismo tanto di sostegno e di sicurezza quanto di controllo e di oppressione, che con la migrazione tende a perdere, almeno in parte, il suo potere, lasciando maggiori margini di libertà alla coppia.

Nel terzo capitolo osservo il rapporto delle donne da me incontrate con i servizi sanitari

del paese d'accoglienza. La mia attenzione è rivolta a un aspetto molto specifico, ovvero la loro accettazione, apparentemente passiva, del modello medicalizzato di gestione della gravidanza e del parto. Molte delle modalità di cura e delle pratiche tradizionali del loro paese inerenti il parto vengono trascurate e a volte le donne ne prendono le distanze, relegandole nell'ambito dell'ignoranza e dell'arretratezza. Per cercare di capire qual è l'origine di questo atteggiamento dapprima lascio spazio ai loro racconti circa le esperienze vissute nelle strutture sanitarie in Bangladesh, successivamente analizzo il rapporto delle mie informatrici con le strutture sanitarie italiane. Nella seconda parte del capitolo cerco di osservare più da vicino il legame di queste donne bangladesi con il loro paese d'origine e di individuare le possibili "ragioni" della forma di negazione, o meglio, di allontanamento e di presa di distanza da quella parte di sé che non viene più sentita come interamente propria. Analizzando queste dinamiche traspare come più che una negazione di sé, le donne mettano in atto una costante rinegoziazione di sé, necessaria per adattarsi al nuovo contesto e ai cambiamenti avvenuti nella propria vita e nella relazione con il proprio ambiente d'origine.

Nel quarto capitolo sposto il mio punto di vista e prendo in considerazione il modo in cui alcune operatrici vedono il loro lavoro con le pazienti straniere e in particolare con quelle provenienti dal Bangladesh. Quel che mi interessa capire è quali sono le difficoltà affrontate e quali le necessità sentite dagli operatori sanitari nell'incontro e nel confronto con donne provenienti da altri paesi. Dai colloqui con le operatrici sono emersi molti dubbi relativi alla supposta efficacia universale dell'approccio biomedico ufficiale, dubbi che portano alla formulazione della necessità di relativizzare le proprie conoscenze e certezze per poter entrare realmente in comunicazione con persone straniere, che spesso non condividono completamente il nostro modo di concepire il corpo, la malattia e la salute. Mettersi in discussione significa aprirsi all'altro e rendersi disponibili all'ascolto: solo riconoscendo importanza e credibilità a modi altri di vivere e di pensare si può entrare veramente in relazione con essi. La presenza di queste donne provenienti da lontano richiede riflessioni nuove, perché pone domande e richieste inedite: per questo è necessario operare un cambio di prospettiva, che ci porta a osservare il nostro modo di essere con occhi diversi, dando peso anche a ciò che si è sempre ritenuto scontato. Proprio il dialogo risulta essere l'elemento critico nella relazione terapeutica con le immigrate bangladesi: il

silenzio di queste donne mette in campo una serie di ostacoli che intralciano lo svolgimento efficace e fluido della relazione. A questo punto mi interrogo quindi sui possibili motivi di questa mancanza di dialogo. Dopo avere analizzato le opinioni delle operatrici sanitarie incontrate, dedico un po' di spazio all'osservazione delle iniziative organizzate dalle operatrici e dalle strutture sanitarie in cui operano per cercare di instaurare un rapporto e una conoscenza con le pazienti straniere che sembrano essere più in difficoltà o che, al contrario, mettono in difficoltà gli operatori. Che funzionino più o meno bene, queste iniziative sono importanti perché rappresentano l'inizio di un modo nuovo di guardare a queste persone, non più solo come 'diverse' ma anche come competenti e ricche: ricche di umanità, di cultura, di storia e di sapere.

CAPITOLO 1. LA RICERCA

La metodologia

La genesi della ricerca

Ho avuto molte difficoltà inizialmente a individuare l'argomento specifico della mia ricerca. Sapevo che volevo lavorare sulla migrazione, perché penso sia un argomento importante da approfondire e su cui riflettere, soprattutto in tempi oscuri come quelli che stiamo vivendo. Quel che però non sapevo era da che punto di vista affrontare questo tema, su quali aspetti di un discorso tanto ampio concentrare lo sguardo. La risposta è arrivata nel momento in cui ho partecipato al workshop organizzato a Santorso dai partner (alcuni comuni e alcune cooperative dell'Altovicentino) del progetto “Condividere diversamente: casa salute territorio” per presentare i risultati di un'analisi sullo stato dei migranti nell'Altovicentino. Questo progetto, svoltosi da settembre 2014 a giugno 2015, ha come obiettivo generale «la promozione del benessere abitativo territoriale, inteso non soltanto come accesso alla casa, bensì come residenzialità in un territorio che, oltre a essere uno spazio fisico, è anche un luogo sociale e relazionale»². Tale laboratorio costituiva l'occasione per la presentazione conclusiva di un lavoro di indagine realizzato attraverso interviste semi-strutturate raccolte all'interno di focus group, costituiti per discutere di argomenti specifici e composti di volta in volta da rappresentanti di diverse categorie (operatori del Comune e del privato sociale, agenti immobiliari e amministratori di condominio, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, personale sanitario e migranti di diversa provenienza).

Uno degli argomenti discussi riguardava l'ambito sanitario, osservato sotto diversi aspetti: accesso ai servizi, rapporto di fiducia con i medici, grado di sofferenza e patologie specifiche, difficoltà degli operatori sanitari. Alcune provenienze geografiche sono state

2 Tratto da “Progetto condividere diversamente: casa, salute e territorio. Relazione conclusiva della fase di indagine” a cura di dr.ssa Orietta Festa, dr. Marco Matteazzi, dr.ssa Roberta Radich, 2 Dicembre 2014, Santorso, p. 4, scaricato il 23/03/2015 da <http://www.condividediversamente.info>

indicate come portatrici di problematicità specifiche: in particolare le donne provenienti dal Bangladesh mostravano di avere numerose difficoltà nel periodo della gravidanza e perinatale, soprattutto a causa della mancanza della dimensione familiare allargata. Mi sono fermata a riflettere, chiedendomi cosa possono provare queste donne nel momento in cui si trovano a dover affrontare una gravidanza senza la presenza confortante e rassicurante della famiglia, in un paese nuovo di cui conoscono poco o niente e di cui non comprendono nemmeno la lingua: quali nuovi punti di riferimento sceglieranno? A che cosa rimarranno attraccate e cosa invece lasceranno andare? Da queste riflessioni ha preso avvio il mio lavoro.

L'obiettivo della ricerca è quindi indagare il vissuto della migrazione di alcune donne provenienti dal Bangladesh, concentrando in particolar modo l'attenzione sulle tecniche di 'adattamento' alla nuova situazione durante il periodo della gravidanza. Ho scelto di concentrare lo sguardo su un momento così particolare della vita di queste donne, quale è la gravidanza, perché accostare gravidanza e migrazione significa mettere insieme due momenti cruciali della vita di una persona, due momenti che cambiano radicalmente l'esistenza e, a volte, anche la mentalità di un individuo e a partire dai quali ciò che si era prima è destinato, almeno in parte, a modificarsi in modo permanente. Quel che più mi interessa è osservare quali tecniche siano state messe in atto da queste donne per affrontare nel modo più sereno ed efficace possibile un percorso tanto importante, quali cambiamenti il percorso migratorio abbia apportato alle loro vite e al loro modo di pensare se stesse in quanto individui -e donne- oltre che nelle dinamiche relazionali. L'intento è quello di esaminare le esperienze di maternità di alcune donne bangladesi immigrate in Italia, al fine di farne emergere i vissuti attraverso la loro propria narrazione e di cercare di capire in quali modi hanno messo in relazione se stesse e il proprio bagaglio esperienziale e culturale con un universo di senso nuovo e diverso.

La seconda parte della ricerca, di cui parlerò in maniera approfondita più avanti, è dedicata al punto di vista di alcune operatrici sanitarie del consultorio dell'Ulss 4 di Thiene, che lavorano spesso con donne straniere e in particolare con donne immigrate dal Bangladesh. Ho svolto alcune interviste con un'infermiera, un'assistente sociale e due ostetriche per capire come percepiscano la presenza di queste donne "altre", quali siano le difficoltà più grandi che incontrano nello stabilire una relazione con esse e quali invece

siano secondo loro le modalità migliori per favorire e rendere positivo l'incontro e il confronto, così da essere in grado di fornire un servizio adeguato ed efficace.

A essere sincera avevo cominciato il mio lavoro di ricerca con l'idea di porre a confronto due diversi modi di vivere e concepire la gravidanza: quello "italiano", locale, legato ai precetti della biomedicina, e quello bangladesese, "tradizionale"³, legato a diversi orizzonti di riferimento. Già dalla prima intervista con una donna bangladesese, però, mi sono resa conto che la mia idea di ricerca prendeva il via da un preconcetto, da un'aspettativa che si è da subito rivelata in gran parte infondata. Ingenuamente mi aspettavo di trovare un terreno fertile e prolifico di racconti legati all'orizzonte della tradizione, dai sapori esotici e antichi, che parlano di parti in casa, riti, alimenti e pratiche particolari. Invece mi sono trovata di fronte lo sguardo un po' stupito di una donna, completamente velata dal suo *niqab*⁴, che mi dice di aver sempre partorito in ospedale e che mai e poi mai partorirebbe in casa, perché è troppo rischioso, e che se ci sono ancora persone che lo fanno è solo a causa della povertà. Da qui ho capito che forse non dovevo focalizzare l'attenzione sulle differenze tra due modi di partorire ma che ciò che più contava per me era farmi raccontare come queste donne hanno vissuto la maternità lontano dal proprio mondo di riferimento, noto e rassicurante, dai sapori e dai profumi della propria terra, lontano dai consigli e dalla protezione delle loro famiglie ma anche dai vincoli e dalle imposizioni a esse collegate. Quel che ho cominciato a chiedermi è stato: come hanno affrontato tutto questo, cosa hanno modificato di sé, che cosa hanno tenuto e messo in gioco di quel che erano e che cosa invece hanno lasciato indietro, a fatica o con sollievo? Che cosa ha cambiato in loro la migrazione? In cosa sarebbe stata diversa la loro esperienza di maternità se non se ne fossero andate?

3 L'espressione 'metodo tradizionale' viene utilizzata per riferirsi a quell'insieme di pratiche che non seguono il metodo scientifico caratteristico della biomedicina.

4 Il *niqab* è un velo integrale che copre il volto e il corpo della donna e che, nella maggior parte dei casi, lascia scoperti solo gli occhi.

La produzione dei dati

Ho conosciuto e intervistato cinque donne, cinque mamme bangladesi e ho chiesto loro di raccontarmi com'è stato partorire in Italia, come sono stati i rapporti con medici e operatori sanitari, che cosa è mancato loro del Bangladesh, a quali delle loro abitudini hanno rinunciato e quali invece hanno mantenuto.

La prima intervista è avvenuta grazie alla mediazione della Cooperativa Samarcanda di Schio, una delle realtà coinvolte nel progetto “Condividere diversamente” e attiva nel settore delle attività per l'integrazione e la mediazione linguistica e culturale, che mi ha messo in contatto con Salma, la mediatrice linguistico-culturale del Bangladesh che lavora con Samarcanda. L'intervista si è svolta presso lo sportello di mediazione linguistico-culturale dell'ospedale di Santorso, durante l'orario di servizio di Salma. Le altre intervistate mi hanno invitato a casa loro, tranne una, che ho incontrato a casa di una sua amica italiana, con la quale ero entrata in contatto tramite il corso di italiano per stranieri di Thiene.

Speravo che anche nel mio caso, come è successo ad altre ricercatrici, funzionasse il procedimento “a grappolo” e cioè che la persona intervistata mi mettesse in contatto con altre donne da intervistare. Purtroppo non è stato così e la ricerca di altre candidate non è stata semplice. L'ostacolo maggiore è legato alla lingua: la maggior parte delle donne immigrate dal Bangladesh non parla italiano e poche di loro parlano un po' di inglese, per cui alla mia richiesta di mettermi in contatto con altre persone la risposta è stata sempre la stessa, e cioè “le donne che conosco non parlano italiano, solo bengali”. Non so se il problema della lingua sia effettivamente l'unico ostacolo o se dietro a questo rifiuto ci sia una forma di imbarazzo per i temi trattati dalla mia ricerca (anche se dalle interviste non mi è sembrato) o magari la consapevolezza che non tutte le donne sarebbero state disponibili a incontrarmi e a parlare con me di queste cose. Forse ho conosciuto la porzione più emancipata e indipendente delle donne bangladesi, le uniche disposte ad aprirsi. O forse, e credo sia così, semplicemente è come hanno detto loro: pochissime parlano italiano.

Per entrare in contatto con altre donne, mi sono rivolta a due mie amiche che insegnano al corso di italiano per stranieri di Chiuppano e mi hanno presentato Nupur, la quale a sua

volta mi ha messo in contatto con la sua amica Fancy. Un'altra intervista l'ho racimolata in seguito a un incontro con le bangladesi presso l'Ulss, chiedendo direttamente alle donne, tramite la mediatrice, se tra loro ci fosse qualcuna disponibile a incontrarmi, mentre per l'ultima ho contattato i responsabili del corso di italiano per stranieri di Thiene. Purtroppo il numero delle persone intervistate è esiguo ma ho cercato di compensare svolgendo colloqui molto approfonditi e accurati. Ovviamente la mia pretesa non è quella di fornire un ritratto che abbia validità universale: non penso di poter dare una definizione e una rappresentazione fissate e uniche del modo in cui le donne del Bangladesh vivono la gravidanza in un contesto di migrazione, anche perché ritengo che tali studi non siano realizzabili, data la grande varietà di storie e percorsi e l'unicità che li caratterizza. Quel che vorrei fare è semplicemente infilare lo sguardo in maniera approfondita dentro alcune storie, per cercare di coglierne i meccanismi, di individuare gli elementi ricorrenti e quelli discordanti tra una storia e l'altra, al fine di raccontare come una particolare situazione venga vissuta da singole persone in un piccolo angolo di provincia. Del resto, per gran parte degli studi etnografici «l'intento è di carattere descrittivo e di scoperta di meccanismi sociali e culturali, del tutto al di là dell'eventuale generalizzazione che se ne possa fare» (Cozzi e Nigris, 2003: 253). Come giustamente sostiene Elster:

«[...] i meccanismi non rivendicano alcuna universalità. Quando abbiamo identificato un processo per il quale p porta a q , la conoscenza ha fatto un passo avanti in quanto, al repertorio dei modi in cui le cose accadono, si è aggiunta un'altra voce.» (cit. in Cozzi e Nigris, 2003: 254)

Per svolgere la mia indagine ho utilizzato il metodo dell'intervista, che in etnografia è definibile come «una relazione tra due persone, che viene iniziata da uno dei due soggetti coinvolti con l'intento di ricostruire a fini conoscitivi il mondo sociale e rappresentazionale dell'altro» (*ivi*: 290). Le persone che ho intervistato erano informate in modo chiaro ed esplicito sull'argomento e gli scopi della mia ricerca.

Ho scelto di utilizzare la tecnica dell'intervista qualitativa guidata (o semi-strutturata) (Bichi, 2002; Cardano, 2003), perché mi interessava raccogliere informazioni dettagliate su un tema specifico, senza però costringere eccessivamente le mie interlocutrici entro binari

troppo rigidi. Quel che mi interessava non era tanto raccogliere informazioni il più possibile 'autentiche', di cui successivamente verificare la veridicità, quanto registrare racconti che esprimessero il punto di vista del soggetto sul mondo, sul “suo” mondo, e sul suo modo di relazionarsi a esso.

Per effettuare le interviste ho costruito una traccia che fungesse da riferimento per tutti i colloqui, così da potermi basare su domande comuni a tutte e che, anche se con forme differenti, avessero i medesimi contenuti. Lo schema è composto da quattro aree tematiche: una presentazione di sé, l'esperienza gestazionale, il puerperio, il rapporto con i servizi sanitari. Per ogni area ho preparato delle domande aperte, tutte concernenti la donna e il suo mondo relazionale, tanto nel paese d'origine quanto in quello d'adozione. La mia intenzione non è quella di fare un confronto tra due paesi, tra due universi e due modi di partorire, ma quella di conoscere i modi in cui queste persone si sono adattate al cambiamento, i modi in cui hanno piegato o meno le loro abitudini a contatto con un nuovo e diverso universo di senso.

Ho utilizzato una griglia di domande di base, che però non ho seguito pedissequamente a ogni intervista: ho cercato, non sempre riuscendoci, di fare in modo che ognuna delle intervistate toccasse tutte le sotto-aree, anche in un ordine diverso da quello da me previsto, ponendo di volta in volta la domanda più adeguata per non interrompere il flusso del discorso. Ho voluto evitare di interrompere i discorsi ponendo a tutti i costi la domanda successiva, prevista dal mio “canovaccio”, dato il carattere personale ed emotivamente coinvolgente delle tematiche affrontate. Ogni volta, rileggendo la trascrizione del colloquio, mi rendevo conto che avevo tralasciato alcune domande, se non interi argomenti ma che, in compenso, erano emerse prospettive nuove e diverse, che non avevo preso in considerazione nella fase di strutturazione della ricerca. Ho preferito lasciare un margine piuttosto ampio di libertà e farmi trasportare dal flusso dei discorsi, permettendo che queste donne si raccontassero in modo personale, non troppo condizionate dall'incalzare delle mie domande, anche perché a ogni colloquio ho percepito, dopo un momento iniziale di disagio, il loro bisogno e il loro desiderio di parlare, di esprimere le loro idee e opinioni e di confrontarsi con me. Così facendo ho avuto modo di osservare su quali argomenti, a volte non previsti nella mia griglia tematica, ognuna di loro si concentrasse spontaneamente di più, su quali ci tenesse a tornare ripetutamente; lasciando morbidi i

confini dell'intervista, ho potuto osservare come i nodi cruciali delle vite di queste donne venissero a galla da soli, senza dover indagare o chiedere troppo. Salma, per esempio, mi ha parlato molto della sua famiglia e di quanto le mancasse la dimensione allargata, mentre Nupur ha insistito più volte sull'importanza dello studio, da una parte, e della religione dall'altra, intesa non tanto come dogma quanto come strada da seguire, come fonte di indicazioni e di conferme circa il corretto comportamento da tenere. Fancy e Shuma, per quanto in modo diverso, hanno voluto farmi capire come, venendo qui, si fossero liberate da imposizioni e vincoli che erano sempre stati stretti, desideravano farmi sapere che avevano deciso da sé come gestire le proprie gravidanze, senza interferenze di parenti o chi altro. Questo ha fatto sì che l'idea alla base del mio lavoro subisse modifiche e aggiustamenti lungo il percorso, perché quello che mi aspettavo di sentirmi raccontare era diverso da quello che poi ho realmente ascoltato dalle vive voci di queste splendide donne.

Ho utilizzato il registratore a ogni intervista, perché mi sembrava più spontaneo e naturale parlare guardandole negli occhi, prestando loro tutta la mia attenzione senza dover pensare a prendere appunti. Quel che non poteva essere registrato, come a esempio espressioni o atteggiamenti corporei, l'ho segnato brevemente nel diario di campo, dove poi, una volta terminata l'intervista, procedevo a scrivere più accuratamente le mie impressioni e altri dettagli non verbali. Nessuna di loro è stata infastidita dall'utilizzo del registratore, che, una volta acceso, scompariva completamente dalla scena. Ci tenevo sempre a specificare che il materiale registrato sarebbe stato utilizzato e riascoltato solo da me e da nessun altro, quindi potevano sentirsi libere di dire quello che volevano. L'uso del registratore, così come il tema e i motivi per cui l'intervista veniva svolta, sono sempre stati esplicitati fin dal primo contatto. Ho preferito lasciare i testi delle interviste, una volta trascritti, così come li avevo registrati, senza cercare di correggere o "italianizzare" le parole delle mie informatrici, perché credo che un'opera di traduzione avrebbe potuto alterare il significato autentico delle loro espressioni.

Le interviste si sono svolte quasi tutte in luoghi quotidiani e familiari alle intervistate: in questo modo è stato più facile instaurare una relazione paritaria, in cui si sentissero in qualche modo forti della padronanza del luogo. Una sola intervista, con Salma, si è svolta allo sportello di mediazione linguistico-culturale dell'ospedale di Santorso, quindi in un luogo pubblico invece che in una dimensione privata e in un contesto soggetto a continue

interruzioni ma anche a numerose sollecitazioni esterne. Questo scenario mi ha permesso di osservare Salma nella relazione con persone di vario tipo, dagli italiani persi nei meandri dell'ospedale, che si fermavano a chiedere indicazioni, a quelli che fissavano perplessi questa donna velata, seduta dietro a un bancone all'ospedale, fino alle donne straniere che chiedevano aiuto per capire le prescrizioni del medico. Ho potuto anche osservare la reazione di Salma di fronte alla provocazione di stampo razzista da parte di un'impiegata dell'ospedale: osservazione diretta di un confronto tra mentalità e di un adattamento a un ambiente che sa come essere ostile. Salma lavora come mediatrice all'ospedale, oltre che al consultorio, quindi questo luogo è comunque per lei in qualche modo familiare; inoltre, al momento dell'intervista era in servizio, per cui ho potuto osservarla nello svolgimento delle sue mansioni. In altre occasioni ho avuto modo invece di osservare il suo comportamento in ambiti differenti, come per esempio gli incontri mensili all'Ulss con le donne del Bangladesh e i successivi momenti relazionali, liberi dalla presenza di operatrici italiane, con le sue connazionali.

Il setting dell'intervista si è dimostrato importante, perché le persone reagiscono non solo all'individuo che hanno di fronte e con cui stanno dialogando, ma anche all'ambiente che le circonda e alle altre presenze umane. Per esempio, l'atteggiamento di Salma durante il nostro primo incontro allo sportello di mediazione è stato molto distaccato, quasi professionale: mi forniva risposte precise e a volte tendeva a parlare a nome di tutte le donne del Bangladesh, facendosene in qualche modo portavoce. In occasione di altri incontri, più "informali" e avulsi dal contesto dell'intervista, ho avuto modo di entrare in contatto con quella che mi è sembrata essere la parte più autentica di lei, o forse semplicemente quella più spontanea, libera da ruoli professionali. In queste occasioni mi ha fatto molte domande su come vivo, se sono sposata e su perché non lo sono, se credo in Dio...attraverso le sue domande si è rivelata molto più di quanto abbia fatto attraverso le sue risposte!

Oltre alle interviste ho messo in pratica alcuni momenti di osservazione partecipante: sono stata invitata dalle responsabili dello 'Spazio ostetrico ginecologico transculturale' del consultorio di Thiene a partecipare ad alcuni dei momenti organizzati per favorire la conoscenza e il confronto con le donne immigrate dal Bangladesh. Gli incontri, a cadenza mensile, si svolgono alla presenza della mediatrice e di una o più operatrici sanitarie, il cui

compito è quello di fornire risposte a domande o dubbi che le donne di volta in volta sollevano: ad esempio, un incontro è stato incentrato sui metodi contraccettivi, uno sul diabete gestazionale e uno sui vaccini da fare ai bimbi. Questi momenti servono inizialmente anche alle operatrici per conoscere meglio queste persone, le loro storie, le loro culture. Come mi spiegava Giovanna, una delle responsabili, lo scopo finale sarebbe quello di dare vita a un gruppo di donne bangladesi che si incontrano tra loro negli spazi messi a disposizione dall'Ulss, con la possibilità di chiedere la presenza di specialisti per chiarire i loro dubbi su diverse questioni. Partecipare a questi incontri mi è stato molto utile, perché ho avuto la possibilità di osservare la dinamica delle relazioni e di vedere come tale dinamica cambia nei momenti in cui le donne sono tra loro, senza la presenza di operatrici. Ho passato un paio d'ore in loro compagnia, a osservarle mentre chiacchieravano, senza capire assolutamente nulla di quello che si dicevano e sentendomi quasi invisibile: non essendoci modo di comunicare con me, ero semplicemente diventata una presenza appena percettibile, a cui qualcuna dedicava ogni tanto uno sguardo fugace e un sorriso. È stato imbarazzante rimanere a guardarle, isolata e rigida come un bastoncino, ma credo sia stato anche un modo per indossare, anche se solo per pochi istanti e in minima parte, i loro panni.

La zona della mia ricerca è limitata a un'area ristretta della provincia di Vicenza e in particolare a Thiene, dove si trova il consultorio con cui sono entrata in contatto e dove risiedono tre delle donne intervistate, a Chiuppano e a Schio, comuni in cui vivono altre due donne. Thiene è una città di circa 24.500 abitanti, a venti km da Vicenza; è situata in un'area a densità abitativa piuttosto alta ma è circondata dalla zona collinare pedemontana, che presenta vaste zone agricole e boschive. È un importante centro commerciale della provincia, ed è uno dei punti nevralgici del polo industriale dell'alto vicentino, assieme a Schio e a Valdagno. Cittadina piccola e tranquilla, è in grado di offrire ancora quella dimensione di quartiere che sta progressivamente svanendo dalle città e dai paesi, per cedere il posto ai grandi centri commerciali. Schio è una città un po' più grande, conta circa 39.500 abitanti ed è anch'essa fortemente industrializzata ma capace di mantenere una dimensione umana. Chiuppano è un piccolo comune di circa 2.600 persone, che sorge su una zona collinare ai piedi delle montagne. Nonostante le sue ridotte dimensioni è sede di numerose aziende di importanza nazionale.

In tutta la provincia vicentina il settore industriale ricopre un ruolo primario, e ha soppiantato nel corso degli ultimi cinquant'anni il predominante settore agricolo. L'industrializzazione diffusa ha portato a una rilevante immigrazione per motivi di lavoro. In questa zona l'immigrazione dal Bangladesh è piuttosto recente, per cui non è ancora numericamente molto consistente, ma negli ultimi anni il numero di bangladesi presenti sul territorio sta aumentando progressivamente, soprattutto grazie ai ricongiungimenti familiari. Secondo i dati Istat aggiornati al 2014, quella bangladesese è una delle nazionalità più numerose sul territorio: si trova infatti al quarto posto dopo Romania, Serbia e Marocco.

I soggetti della ricerca

Nel capitolo seguente vorrei presentare brevemente, una per una, le donne da me intervistate, prima di procedere a un'analisi più dettagliata delle interviste e dei temi da esse emersi. Ho deciso di fare questa breve presentazione “personalizzata” perché mi sembrava importante fornire una cornice biografica generale delle persone di cui riporterò le parole e i pensieri, raccontando i modi e i tempi con cui ognuna di loro è arrivata in Italia, le diverse esperienze di vita nel loro paese, il rapporto con la famiglia d'origine e con quella del marito. Ho voluto in qualche modo raccontare il volto reale di queste persone che mi hanno concesso tempo e fiducia e che si sono aperte con me, parlandomi senza falsi pudori di argomenti tanto intimi e privati. Mi sono sentita spesso a disagio nel porre tante domande: mi chiedevo che diritto avevo di entrare nelle loro case, una perfetta sconosciuta, e tempestarle di domande sulla loro vita, sui loro mariti e addirittura sugli aspetti più intimi delle loro gravidanze. Cercavo di immaginare cosa avrei pensato io al loro posto: se mi sarei sentita lusingata per questa attenzione o se invece mi sarei sentita un fenomeno da indagare. Temevo che le avrei fatte sentire meri oggetti di indagine e l'idea non mi piaceva per nulla. Come sostiene Bichi (2002), nel termine stesso 'intervista' è implicito l'atto dell'interrogazione, impostazione che sottintende l'asimmetria di statuto tra chi chiede e chi è interrogato, «come se chi chiede avesse il solo ruolo di mero 'estrattore di dati' e chi risponde quello di 'miniera di dati'» (Bichi, 2002:17). Ho cercato di risolvere queste mie incertezze semplificando i termini della questione e pensando al momento dell'intervista

come a una semplice situazione relazionale tra me e una donna a cui chiedevo di parlarmi di sé, di raccontarmi la sua storia, così diversa e lontana dalla mia. Ho lasciato che la mia personalità, i miei dubbi, le mie opinioni e pure la mia timidezza entrassero nel terreno di interazione, così da togliermi di dosso quella sensazione di essere una sorta di “indagatrice impicciona” e godermi con spontaneità l'incontro con persone nuove. Del resto, gli individui coinvolti in questa relazione particolare non sono un intervistatore e un rispondente ma sono due interpreti, due soggetti che interpretano se stessi, l'altro e la situazione in cui si trovano a interagire (Cozzi e Nigris, 2003). In questo modo, la relazione tra intervistatore e intervistato diventa simmetrica e prevale la concezione 'partecipativa' della raccolta-produzione delle interviste. «Tutto ciò significa dunque considerare l'intervista come un'attività sociale e una funzione cognitiva in cui l'intervistato non è solo il depositario di opinioni e di ragioni, ma una vera e propria fonte produttiva di conoscenza» (Bichi, 2002).

Partendo da questo punto di vista, si rende necessario un ulteriore lavoro, e cioè quello di tenere sempre in considerazione i problemi concernenti le relazioni presenti sul campo di ricerca e analizzare i processi che da esse scaturiscono. Durante le interviste ho realizzato che forse nella relazione c'era un ostacolo ben più nascosto e delicato di quello rappresentato dalle difficoltà linguistiche, e cioè quello della 'desiderabilità sociale': alcune volte ho avuto la sensazione che il fatto di trovarsi davanti una giovane donna europea, abbia spinto le intervistate a camuffare o a nascondere alcune informazioni o alcune loro abitudini, per paura che le avrei trovate bizzarre o poco moderne. A volte, però, si tradivano: all'inizio negavano assolutamente di aver seguito alcuna delle indicazioni date loro dalla famiglia, e appartenenti in qualche modo al regno del 'tradizionale', mentre poi, nel corso del dialogo, si lasciavano sfuggire accenni ad alcune di queste indicazioni, che invece avevano seguito con attenzione. Era come se si vergognassero di svelare che credevano a certe cose o che, se non altro, tenevano in considerazione anche quello che veniva loro consigliato da genitori e parenti. Con il procedere delle interviste, questa forma di diffidenza o di “camuffamento” andava lentamente perdendosi, pur rimanendo, per quanto in forma ridotta, sempre presente e vigile. Il fatto che io non abbia figli può essere stato d'ostacolo per certi versi: forse se avessi potuto raccontare loro qualcosa della mia esperienza si sarebbe creato un clima diverso, di maggiore condivisione e complicità. Da

un altro punto di vista, però, questa mia condizione di ingenuità e ignoranza ha giocato a mio favore, perché le ha messe in una posizione di “superiorità”, facendole sentire più sicure, più esperte e più mature di me. In alcuni casi, vedendo la mia espressione spaventata di fronte ai loro racconti sulle sofferenze del travaglio, mi hanno sorriso e hanno cercato di rassicurarmi, dicendomi che il dolore del parto, per quanto forte, sarebbe stato cancellato subito dalla gioia di essere madre.

È importante sottolineare il fatto che le interviste si sono svolte nella mia lingua, non nella loro, per cui sicuramente i 'rapporti di potere' che si sono venuti a creare risultavano sbilanciati. Ho cercato il più possibile di fare in modo che le domande fossero semplici e comprensibili e di creare un clima disteso e spontaneo, per poter instaurare con loro un rapporto il più possibile “normale”.

Il senso di imbarazzo e di straniamento, che mi ha accompagnato per tutta la ricerca, alimentato sicuramente dalla mia timidezza, a tratti mi ha reso difficile procedere oltre, ma quel che mi ha dato la spinta necessaria è stata l'impressione che, alla fine, anche a loro avesse fatto piacere parlare con me. Mi piace pensare che per queste donne sia stata una bella sensazione trovarsi di fronte una persona interessata a loro non solo in quanto immigrate o in quanto mamme ma soprattutto in quanto persone, in quanto donne con una storia da raccontare. Credo che, anche se forse all'inizio erano un po' scettiche, per loro sia stato importante poter parlare di sé, raccontare la loro storia ed esprimere le loro idee, la loro nostalgia, così come la loro rabbia e insofferenza. Il fatto di essere donna, inoltre, mi ha sicuramente favorito: credo proprio che un maschio non avrebbe potuto facilmente condurre interviste su questo tema. Penso che per loro sia stato più facile parlare di certe cose con me, visto che anch'io le conosco e, forse un giorno, le condividerò. Essendo una ragazza, inoltre, ho potuto frequentare le loro case senza creare difficoltà o conflitti con i mariti, che anzi, le volte in cui li ho incontrati, si sono dimostrati molto ospitali e incuriositi dalla mia presenza.

Salma

Salma è una donna di circa cinquant'anni. Dico circa perché non le ho chiesto l'età: mi ha detto subito che secondo lei era una cosa assolutamente da non chiedere a una donna, così ho pensato che in effetti non era poi così importante. È in Italia da diciotto anni ed è venuta qui con suo marito, con il quale vive a Schio. Ha avuto due figli: uno nato in Bangladesh e una in Italia. Qui vive con suo marito e, da qualche anno, anche con il figlio, la nuora e il nipotino. L'altra figlia abita a Londra, dopo aver vissuto con lei per alcuni anni. Da quando è arrivata in questo paese lavora come baby sitter e colf presso una famiglia italiana, inoltre da qualche anno presta servizio come mediatrice culturale per la cooperativa Samarcanda, che collabora con l'Ulss 4 nel progetto di mediazione linguistico-culturale. È molto orgogliosa di entrambi i suoi lavori ma in particolar modo, almeno mi è sembrato, di quello di mediatrice: è consapevole dell'importanza della sua presenza e di come il fatto di poter rendere comprensibili le parole delle donne per i medici e viceversa contribuisca notevolmente a migliorare la qualità del servizio offerto.

Quando vado io vedo che tutti e due è contento, sono contenta anch'io. Adesso vado a Thiene coi medici e loro molto contento: dice che quando vieni tu capisco anche noi, capisce anche loro. [...] Anche loro capiscono quando c'è un problema suo, quando lei non riesce a dire al medico

Oltre a questo, nel suo tempo libero si dedica alla comunità dei connazionali, insegnando il bengali e l'arabo ai bambini.

Come ho già detto precedentemente, il primo incontro con Salma si è svolto presso lo sportello di mediazione linguistico-culturale dell'ospedale di Santorso. Sicuramente il setting dell'intervista ne ha influenzato lo svolgimento, anche perché Salma si confrontava con me in veste non solo di donna ma anche di mediatrice nello svolgimento delle sue mansioni. Negli incontri successivi, ho avuto modo di osservare come il suo atteggiamento fosse di volta in volta differente, in parte perché la nostra reciproca conoscenza andava

approfondendosi e in parte perché i contesti in cui l'ho incontrata erano diversi.

All'inizio del nostro primo colloquio era un po' a disagio, rispondeva in modo quasi meccanico e con frasi brevi, senza concedersi troppo né dilungarsi. “A domanda rispondo”, insomma. Via via che l'intervista procedeva si è sciolta molto e le domande sono diventate spesso un pretesto per parlare d'altro, per portare il discorso su ciò di cui aveva voglia di conversare o per farmi vedere le foto della sua famiglia. Alla luce degli incontri successivi, però, mi sono resa conto che Salma ha sempre mantenuto una sorta di distacco, di controllo sulle sue parole, senza concedere troppo al sentimentalismo né a un'eccessiva sincerità: ripensando al nostro primo colloquio, ho avuto l'impressione che mi raccontasse solo una parte, scelta accuratamente, di sé, della sua vita e dei suoi ricordi, rimanendo sempre in qualche modo sulla superficie, senza mai andare troppo in profondità e senza mai scoprirsi troppo. Le altre donne invece, dopo un iniziale momento di timidezza e ritrosia, si sono lasciate andare ai racconti e le loro parole sono diventate presto lo strumento per uno sfogo emotivo, il mezzo tramite cui hanno dato voce a riflessioni, emozioni, sentimenti e frustrazioni che avevano dentro da tempo. Questa differenza forse è dovuta all'età (le altre donne da me intervistate sono tutte tra i 30 e i 40 anni), forse al lavoro che fa, che la porta in contatto con molte persone, tanto italiane che straniere, e che probabilmente le ha insegnato a stare un po' sulle sue, o forse è per il ruolo che riveste all'interno della sua comunità, un ruolo di responsabilità e che la rende in qualche modo portavoce e rappresentante delle sue connazionali. O forse Salma è semplicemente una donna riservata, che non ama parlare molto di sé e raccontare i fatti suoi a una sconosciuta, per di più armata di carta, penna e registratore!

Salma mi ha parlato molto della sua famiglia, tanto di quella ristretta che ha costruito qui, quanto di quella allargata che ha lasciato in Bangladesh. Ha molta, moltissima nostalgia della dimensione più ampia in cui è cresciuta, della presenza costante di molte persone attorno che possono aiutarti e sollevarti da parecchie incombenze, dandoti la possibilità di avere del tempo tutto per te. Quando le chiedo del suo paese mi dice solo che là è bello perché si vive tutti insieme e che per lei è stato difficile abituarsi a vivere solo con suo marito.

Se vivi insieme c'è qualcuno vicino sempre. [...] vivere insieme, c'è

un po' difficoltà, però...tanto di bello. Tante cose belle.

Salma mi racconta che è felice, perché suo figlio ha lasciato il lavoro che aveva a Bologna, ne ha trovato uno a Schio ed è andato a vivere da lei con la moglie e il figlio piccolino. Mi racconta che sua nuora era andata a vivere a Bologna ma che non parlando italiano era costretta a rimanere tutto il giorno in casa da sola, mentre il marito era al lavoro. Quando è rimasta incinta, le ore passate in solitudine le pesavano troppo, così è andata a vivere da Salma, dove dopo un po' è stata raggiunta dal marito. La famiglia di Salma ora è un po' più grande.

[...] Sono contenta, anche lui contento. Anche io posso carezzare sempre mio nipote e giocare con lui quando torno a casa. [...] Se stai lontano questo manca, no? Adesso sono contenta io e contenti anche loro, credo.

Il figlio le aveva chiesto di trasferirsi a Bologna, per stare vicini, per aiutare lui e sua moglie ma Salma si è sempre rifiutata:

[...] Io non voglio trasferire a Bologna, perché qua c'è casa, qua è tanti anni...ho detto no, io non voglio. [...] Poi anche a Schio c'è tanti conoscenti, tanti parenti nostri: c'è miei cugini, miei nipoti. Ogni week end o viene loro o vado noi...però là Bologna non conosce nessuno.

La prima domanda che le ho fatto sulla gravidanza che ha vissuto in Italia è stata relativa alle sue paure. La sua risposta mi ha spinto a non fare la stessa domanda alle altre:

Eh...paura...sì. Come tutte le donne. Normale. Paura del parto.
Normale. Mi mancava la mamma.

Mi sono sentita stupida...mi ha guardato come se fossi una aliena, come a dirmi “che diavolo di domande fai?”. È ovvio che aveva paura, ogni donna ha paura quando deve

partorire. Successivamente ho un po' aggiustato il tiro e le ho chiesto se partorire qui in Italia è stato molto diverso da partorire in Bangladesh, se ha trovato molte differenze, se ha incontrato delle difficoltà particolari o se le è mancato qualcosa che qui non aveva. L'unica cosa che le è mancata davvero durante la gravidanza in Italia è stata la sua mamma. Per il resto, dice, è stato tutto uguale.

D: Partorire in ospedale in Bangladesh è diverso da partorire in ospedale qui?

R: No, è uguale, uguale. Sì però qua il letto si può alzare, quello che fanno partorire, si può alzare. Lì, adesso c'è, però una volta non c'è proprio letto alzato, solo letto così, però si può mettere piedi e gambe che vanno vicino i dottori e fanno partorire così. Adesso c'è lettino che si può alzare, adesso un po', piano piano moderna tutto.

Ormai solo le donne che vivono nei villaggi isolati, in campagna, partoriscono in casa, assistite da levatrici (*dai*) che spesso, dice Salma, non sanno leggere, non hanno mai studiato ma sanno far nascere i bambini solo sulla base della loro esperienza.

Quando le ho fatto alcune domande relative a usanze particolari, riti tradizionali, tabù o abitudini alimentari per il periodo della gravidanza mi ha raccontato qualcosa ma non si è soffermata mai troppo sui dettagli. Mi ha parlato di alcuni cibi, dei *jinn*⁵, che descrive come una sorta di demoni da cui bisogna proteggere il bambino, e ogni volta prendeva le distanze da quel che mi raccontava, come per mettere in dubbio la realtà di tali credenze, salvo poi specificare che forse, se i genitori dicono così, qualche motivo c'è. Mi ha parlato molto di una festa simile al battesimo (*aqiqah*), con cui si attribuisce il nome al bambino e che si svolge sette giorni dopo la nascita.

Salma indossa il *niqab*, un velo che lascia scoperti solo gli occhi: il giorno della nostra prima intervista indossava un bellissimo velo con la stessa fantasia dell'abito, a rose rosse su fondo grigio scuro. Non sono molte da queste parti le donne bangladesi che indossano

5 I *jinn* sono creature sovranaturali che si muovono a metà tra il mondo angelico e quello umano, pur essendo differenti sia dagli uomini che dagli angeli. Questi demoni vennero creati a partire dalla parte più pura del fuoco, quella linguetta che si trova sull'estremità della fiamma. Hanno per lo più carattere maligno ma in certi casi possono decidere di manifestarsi come entità benevole e protettrici, essendo essi dotati di libero arbitrio (Hamza Piccardo, 2010).

questo tipo di velo. In genere indossano il *hjiab* o stanno a capo scoperto, anche se alcune si coprono i capelli con un lembo del *sari*⁶ quando camminano per strada. Questo suo abbigliamento le ha provocato qualche fastidio, come mi racconta lei stessa. Il giorno dell'intervista, per esempio, a un certo punto si è allontanata per aiutare una ragazza a prenotare una visita. Quando è tornata era dispiaciuta e mi ha raccontato che la signora allo sportello delle prenotazioni le aveva detto che con quel velo davanti alla faccia non si capiva nulla di quello che diceva. Le ho detto che non era vero.

Lo so. Ma lei non è che non sente, è che non vuole sentire, perché le da fastidio la faccia coperta, che non si vede.

Per fortuna Salma è una donna allegra e positiva, che non si spaventa facilmente ed è orgogliosa di quello che è e in cui crede. Le critiche e le offese che a volte riceve per strada, quando va a passeggiare, le seppellisce con una risata, anche se fanno male.

Faccio così, finta. Faccio finta che non ho sentito. Non serve a niente arrabbiarsi. Per quello bisogna lasciar perdere. Quello che piace lei, mette lei, quello che piace tu, metti tu.

Nupur

Nupur è una giovane donna di circa trent'anni, che ho conosciuto tramite due amiche che insegnano al corso di italiano per stranieri. Vive a Chiuppano, un piccolo paese vicino a Thiene, con suo marito e le sue due figlie, una di otto anni, che è nata in Bangladesh, e l'altra di tre, che invece è nata in Italia. È qui da cinque anni e mezzo ed è venuta qualche anno dopo il marito, portando con sé la prima figlia, che all'epoca aveva due anni e mezzo. È una donna molto bella: indossa sempre *sari* molto colorati e porta i capelli nerissimi, che quando esce nasconde sotto un lembo dell'abito, raccolti in uno chignon. La sua accoglienza è ineccepibile: al nostro primo incontro, avvenuto un afoso pomeriggio di

6 Il *sari* è un indumento femminile tradizionale del sub-continente indiano. Consiste in una fascia di stoffa larga circa un metro, la cui lunghezza può variare dai quattro ai nove metri, che viene drappeggiata intorno al corpo con metodi vari.

giugno a casa sua, mi ha preparato le *pakora* (frittelle di farina di ceci e verdure varie), mentre al successivo mi ha offerto un delizioso quanto abbondante piatto di cous cous con verdure e gamberi, accompagnato da un dolcissimo *tè chai* (un tè nero con latte e molto zucchero, aromatizzato con una miscela di spezie).

Ha sempre lavorato in casa, sia in Bangladesh che qui, anche perché si è sposata il giorno del suo diciottesimo compleanno, dopodiché è andata a vivere a casa della famiglia del marito. Nel suo paese ha studiato fino alle superiori, scienze. Le sarebbe piaciuto studiare medicina ma, come mi dice lei, nel suo paese non è uso che le donne studino. Questo la infastidisce parecchio e per le sue figlie vuole qualcosa di diverso. Alle insegnanti del corso di italiano ha chiesto più volte se le sue figlie qui possono studiare o se ci sono dei motivi, degli impedimenti per cui una donna non può proseguire con gli studi: vuole essere sicura che, se vogliono, possano andare all'università. Anche con me ha toccato l'argomento, perché è preoccupata di non riuscire ad aiutare sua figlia con i compiti man mano che prosegue con gli studi: il suo italiano è abbastanza buono ma sua figlia la sta superando, per cui vuole sapere se c'è un modo per far sì che qualcuno segua sua figlia e le spieghi le cose che non capisce. Per lei studiare significa avere la possibilità di “pensare bene”, di avere conoscenze tali per cui sia impossibile comportarsi male: si chiede come sia possibile compiere cattive azioni quando si sa, si conosce, si studia.

Ma quando noi studiare, noi deve pensare bene. C'è cibo, c'è libro, c'è medicina, c'è tecnologia ma perché pensare male? Deve pensare.

Nupur torna spesso su un argomento in particolare: la condizione di sottomissione delle donne.

A nostro paese, il sistema è che tutte le famiglie...marito è capo.
[...] Nostro paese, sempre marito pensare. Quello decido io, tu dici sempre sì. Perché marito lavora e donne niente e allora dipende da marito.

Non si spiega come mai, in tutto il mondo, la donna sia considerata, in un modo o in un

altro, inferiore all'uomo. Mi spiega che al suo paese, e non solo, molti uomini pensano che nel Corano ci sia scritto che la donna deve stare “sotto” l'uomo ma lei afferma che non è così, non è scritto da nessuna parte: c'è scritto semplicemente che la moglie deve aiutare il marito quando è in difficoltà. Lei però è stata fortunata, mi dice, perché ha trovato un brav'uomo, che la rispetta e le lascia i suoi spazi di libertà. Non è così per tutte: mi racconta che a Chiuppano vivono altre cinque famiglie bangladesi e che in tre di queste la donna rimane sempre in casa, a fianco del marito o a fare i lavori domestici.

La cosa che mi colpisce molto di lei è l'attaccamento alla sua religione: la vive come una vera e propria disciplina morale, come un insieme di indicazioni per comportarsi nel modo giusto, per essere la migliore persona possibile. Anche le altre donne che ho incontrato sono musulmane ma nei colloqui con loro l'aspetto religioso non è mai emerso in maniera così netta. Mi racconta come si svolgono alcune ritualità, come funziona il *ramadan* e le feste a esso collegate, mi spiega che il marito è molto legato all'importanza delle preghiere e che prega cinque volte al giorno. Anche per lei è importante ma quel che più conta è seguire le indicazioni del Corano nella vita quotidiana: se segui quelle, non solo hai la certezza di avere un premio dopo la morte, ma sei sicuro di essere una brava persona, perché il profeta era uno uomo buono e giusto e quindi se ci si comporta secondo i suoi insegnamenti non si ha nulla da temere. Mi spiega che secondo il Corano le relazioni tra due innamorati debbano essere pulite, non solo da un punto di vista sessuale ma soprattutto da un punto di vista morale, per cui non ci devono essere bugie né tradimenti: una volta era così ma ora anche nel suo paese, mi dice, è tutto molto cambiato e i ragazzi e le ragazze sono molto più intraprendenti e non rispettano queste regole di purezza. Si arrabbia parlandomi dell'Isis e di tutti quei musulmani estremisti che commettono crimini, perché pensa che rovinino l'idea che tutto il mondo ha della sua religione.

Per esempio adesso c'è Isis, no? Fa *crime*, fa male a tante persone, uccidono, morte. Anche *torture*, tanto. Ma non dice Allah così. [...]
Tutte religioni non dice così, di fare *crime*.

Vuole sapere se io credo e quando le dico di no cerca di convincermi che è impossibile non credere, perché deve assolutamente esserci qualcuno che ci ha “preparato”, che ci ha

creato. Capisco che per lei la religione è una fonte importante di sicurezza, funziona come una sorta di bussola che la aiuta a mantenere la rotta in qualsiasi situazione, per evitare di perdersi e di diventare una persona che non vorrebbe essere. Rappresenta un'appartenenza forte, un legame solido con quella parte di sé e della sua storia che non vuole lasciarsi dietro: non è una semplice sottomissione ai dettami di una religione in cui si crede per abitudine o per tradizione ma è un caposaldo della propria scelta identitaria, è un'adesione critica e consapevole a una forma innanzitutto di moralità.

Questa religiosità critica e consapevole le consente di desiderare per sé un posto diverso e più indipendente da quello tradizionalmente riservato nel suo paese alle donne: le piacerebbe trovare un lavoro, così potrebbe imparare meglio l'italiano, ottenere una realizzazione personale al di fuori della casa e aiutare economicamente il marito, che lavora come operaio in una fabbrica, senza però un contratto fisso che gli dia sicurezza. È preoccupata perché senza patente e non parlando molto bene l'italiano sa che non sarà facile trovare un lavoro ma mi sembra determinata a farcela.

Alle mie domande sulle sue gravidanze risponde molto volentieri. Mi dice che lei non crede alle indicazioni dei parenti su cosa fare, cosa non fare, cosa mangiare e cosa non mangiare: lei ha seguito le istruzioni dei medici e basta. L'unica cosa a cui crede sono i *jinn*, per cui quando era incinta stava molto attenta a non uscire in determinati orari e a evitare di incontrare cani e gatti di notte, perché, dice, i *jinn* vengono con i gatti neri⁷.

Per lei rimanere incinta non è stato semplice: la prima bambina è arrivata dieci anni dopo il matrimonio. Mi racconta che era disperata e si sentiva responsabile, perché nel suo paese è sempre colpa della donna se i bambini non arrivano. Per fortuna il marito e la suocera non l'hanno colpevolizzata ma l'hanno rassicurata dicendole che se i bambini non arrivano è per volontà di Allah.

Ha partorito in ospedale sia in Bangladesh che in Italia. Nel suo paese, molti hanno perso l'abitudine di partorire in casa, perché pensano che sia più sicuro l'ospedale. Il suo primo parto è avvenuto con il cesareo: i medici le hanno detto che, vista la difficoltà incontrata nel rimanere incinta, sarebbe stato pericoloso un parto naturale, tanto più che aveva il diabete gestazionale. Nupur però sospetta, anzi ha la certezza, che spesso e volentieri, negli ospedali del suo paese, praticino il cesareo anche quando non è necessario, per il

⁷ I *jinn* possono assumere forme di cani, asini, cammelli, vacche, gatti o serpenti ma prediligono assumere la forma di gatto o cane nero.

semplice fatto che è un'ottima fonte di guadagno, molto più di un parto naturale. In Bangladesh, infatti, molti ospedali sono privati e il parto ha un costo non indifferente, soprattutto se cesareo. Anche in Italia, con la seconda bambina, ha partorito con il cesareo perché ha avuto dei problemi e i medici, dopo aver aspettato il più possibile, hanno deciso di praticare questo intervento. Nelle strutture ospedaliere del suo paese si deve pagare per tutto, per cui si fanno molti meno controlli prenatali: molte persone addirittura non li fanno, perché non possono permetterselo. Qui invece, dice, non si paga o si paga poco, quindi una donna può fare tutti i controlli che servono e stare tranquilla.

Mi racconta che è stato molto meglio partorire in Italia, perché si sentiva più sicura e l'assistenza è stata migliore. Ovviamente le mancava moltissimo la sua famiglia, soprattutto perché non aveva attorno quella cerchia femminile che funge da sostegno, da controllo e da consiglio. Da quello che mi racconta capisco che gli operatori sanitari sono diventati il suo punto di riferimento, in mancanza di quello tradizionale familiare: l'hanno aiutata e sostenuta nel periodo della gravidanza, nel momento del parto e anche nei giorni successivi al parto, durante la sua degenza in ospedale. Le infermiere l'hanno aiutata con l'allattamento, che spesso dopo un cesareo può essere difficoltoso, e l'hanno incoraggiata e sostenuta anche emotivamente, cosa che, a quanto ho capito, nel suo paese non è successa: la sua famiglia ha dovuto sopperire a tutte le mancanze della struttura sanitaria. Quando le chiedo qual è secondo lei la differenza tra partorire in Bangladesh e partorire qui mi risponde senza esitare: l'ospedale. Qui l'assistenza è molto buona, ti aiutano i dottori e gli infermieri, mentre nel suo paese una donna ha sempre bisogno dell'aiuto dei parenti, perché medici e infermieri non si occupano di lei. Si paga molto per avere poco o nulla.

La difficoltà più grande che ha dovuto affrontare durante e dopo la gravidanza è stata la mancanza della famiglia, non tanto da un punto di vista emotivo quanto da un punto di vista puramente pratico: durante la sua prima gravidanza, ricorda, è stata aiutata moltissimo dai suoi parenti e da quelli di suo marito, mentre con la seconda ha dovuto fare tutto, o quasi, da sola. L'unico aiuto su cui poteva contare era quello del marito, quando non era al lavoro, e di un'amica, Fancy, una sua connazionale, residente anche lei a Chiuppano, che la accompagnava alle visite quando suo marito non poteva. Il momento peggiore è stato una volta tornata dall'ospedale con la piccola: aveva subito un cesareo, per cui doveva stare a letto per qualche giorno ma aveva anche una bimba di quattro anni da

seguire. Anche in questo caso l'amicizia di Fancy è stata preziosa, visto che si è offerta di tenere con sé la bambina sia durante la permanenza in ospedale che nel periodo successivo, finché Nupur non si fosse rimessa. Senza la sua amica non sa come avrebbe fatto. E senza suo marito: è stato bravissimo, mi dice, perché l'ha aiutata tantissimo.

Nupur dice che suo marito è diverso da tutti gli altri uomini del suo paese, perché lui ha sempre aiutato sua mamma in casa, soprattutto con il bucato. In ogni caso mi racconta che con la migrazione sono cambiati un po' entrambi: lui si arrangia a fare praticamente tutto da solo, perché preferisce che lei si dedichi alle bambine, mentre lei ha imparato con il tempo a non stare sempre al seguito del marito ma a usare il suo tempo e i suoi spazi in maniera più autonoma e indipendente.

Narghes

Salma e le operatrici che ho incontrato mi hanno parlato dei gruppi organizzati dal consultorio familiare di Thiene per promuovere l'incontro, la conoscenza e lo scambio di informazioni e opinioni tra donne bangladesi e operatrici del servizio sanitario. Nei mesi successivi ho quindi presenziato ad alcuni incontri come osservatrice e a seguito di uno di questi ho intervistato Narghes, approfittando della presenza di Salma, che ha fatto da interprete. L'incontro si è svolto nell'ufficio che due operatrici mi hanno gentilmente messo a disposizione.

Narghes è una donna molto giovane, è in Italia da poco più di un anno. Nel suo paese viveva a casa dei suoceri, in un famiglia molto grande che comprendeva anche cognati e altri parenti mentre qui vive solo con suo marito e i due bambini. Mi racconta che in Italia si trova bene, soprattutto perché si sente sicura: la sua impressione è che qui tutti siano in regola e rispettino la legge. Le difficoltà più grandi che deve affrontare qui sono la solitudine e soprattutto il dover fare tutto da sola: non ha parenti che la aiutino e nessuno a cui affidare i bambini in caso di bisogno. Per ogni incombenza può contare solo su se stessa: tenere i bimbi, pulire, cucinare, lavare... Per questo a volte sente un po' di nostalgia. Il primo bambino, di sei anni, è nato in Bangladesh: lì si sentiva tranquilla perché aveva accanto i suoi parenti, che la rassicuravano e le davano consigli. Durante la seconda

gravidanza, invece, era qui da sola e spesso rimaneva preoccupata perché non aveva nessuno vicino a cui chiedere indicazioni. Dopo aver scoperto di essere incinta si è rivolta al medico di base, il quale l'ha indirizzata al consultorio: lì si è trovata molto bene, i dottori l'hanno seguita sempre con attenzione e le hanno prescritto molti esami, facendola sentire più serena. Nel complesso, quindi, si è trovata molto bene. L'unico problema, che la fa visibilmente innervosire tuttora, si è verificato al momento del parto: pochi giorni prima ha cominciato a sentire un po' di dolore e a notare delle piccole perdite ma all'ospedale le hanno detto che non era nulla e che era ancora troppo presto per partorire. Il giorno del parto sentiva male fin dal mattino ma, dopo essersi recata al pronto soccorso è stata rimandata a casa con la spiegazione che era ancora troppo presto. Alla sera il dolore non faceva che aumentare così, preoccupata, chiama il marito al lavoro, che la accompagna di nuovo al pronto soccorso, dove le dicono che deve aspettare che si rompano le acque. Tornata a casa, all'una di notte si rompono le acque: stava così male che non riusciva nemmeno a stare seduta, per cui è arrivata all'ospedale distesa sul sedile posteriore dell'auto. A dieci minuti dal suo ingresso in ospedale ha partorito. Questo non le è piaciuto per niente, perché il suo bambino ha rischiato di nascere per strada. Narghes pensa che avrebbero dovuto visitarla con più attenzione e magari farla rimanere in osservazione all'ospedale: evidentemente hanno aspettato troppo e per questo lei ha rischiato di dare alla luce suo figlio sul sedile dell'auto. Le chiedo se per lei è importante venire agli incontri con le altre donne e lei mi dice che ci tiene molto, perché impara molte cose che non sapeva e si sente più sicura: quella mattina, per esempio, hanno spiegato che si possono fare delle vaccinazioni ai bambini contro la meningite e lei non lo sapeva.

Purtroppo a questo punto, dopo poche domande, l'intervista si interrompe perché Salma viene chiamata per affiancare una ragazza durante una visita ginecologica. Quella mattina Narghes è arrivata all'incontro al consultorio molto in ritardo, quasi verso la fine. Quando la mediatrice le ha chiesto il motivo del suo ritardo lei le ha detto che è venuta solo per me, per fare l'intervista. Ha portato con sé i suoi due bambini: uno di cinque mesi e uno di sei anni. Mi sono sentita in colpa: è uscita con un gran caldo (è fine Giugno), con i suoi bambini, solo per farmi una cortesia. Quando Salma viene chiamata dalla ginecologa rimaniamo sole: dopo un'infinita serie di reciproci sorrisi cerco di farle qualche domanda molto semplice ma lo scoglio linguistico si rivela insormontabile. Non conoscendo il

bengali non posso instaurare con lei una relazione dialogica ma insisto con qualche domanda, un po' in italiano e un po' in inglese, giusto per non restare a fissarci negli occhi. Dopo 20 minuti Salma non è ancora tornata e ormai è quasi ora di pranzo. Le dico che se vuole può andare a casa, a fare da mangiare ai bambini. Mi pare abbia capito, perché mi dice, sicura, “No, no. Aspettiamo”. Mi chiedo perché rimanga lì, se per gentilezza nei miei confronti o se è perché ha voglia di parlare, di raccontare qualcosa di sé, della sua storia, del suo paese. Pensando al suo modo di rispondere alle domande, tradotte per lei da Salma, così dettagliato, sicuro ed accurato (non capisco la loro lingua, è vero, però il linguaggio del corpo è chiaro), e al suo sguardo concentrato e attento, mi dico che forse il motivo per cui non coglie la palla al balzo e non se ne va al mio primo invito è proprio perché ha voglia di parlare.

Quando Salma torna, riprendiamo l'intervista ma ormai è tardi ed entrambe abbiamo altri impegni. Ho chiesto a Salma se fosse disponibile ad aiutarmi come interprete per terminare l'intervista in un altro momento ma mi ha fatto capire, molto gentilmente, che per lei è un impegno troppo grande e che non ha tempo per aiutarmi. Mi sento in colpa per Narghes. Mi dispiace averla fatta uscire con quel caldo per poi conversare solo per 20 minuti scarsi. Vorrei poterglielo dire ma non so come. Così ripeto continuamente, inchinandomi leggermente senza nemmeno rendermene conto, “grazie” e “scusa”.

Fancy

Tramite Nupur ho incontrato la sua amica Fancy, una giovane donna dal carattere molto forte e indipendente. Anche in questo caso le interviste si sono svolte a casa sua, mentre il marito era al lavoro, in compagnia della sua bimba più piccola, di due anni e mezzo, e di quella più grande, di quattordici anni, che compariva solo per salutarmi a fine intervista.

Viene da una piccola cittadina, non lontana da Dhaka, che definisce come “né proprio campagna né città”: è una cittadina simile a Thiene, dove vive ora, con scuole, ospedali, case carine. È arrivata in Italia quindici anni fa per raggiungere il marito, che si è trasferito per primo, e poco dopo hanno avuto la loro prima figlia. A distanza di dodici anni è arrivata poi anche la seconda bimba.

In Bangladesh ha sempre lavorato in casa, mentre qui ha lavorato per cinque anni in una fabbrica di abbigliamento a Chiuppano, dove abitava prima di trasferirsi a Thiene. È molto orgogliosa di aver lavorato in un'azienda, perché quest'esperienza l'ha resa più indipendente e l'ha aiutata parecchio a imparare la lingua. Ora preferisce fare la casalinga, almeno finché la bambina è piccola, così da potersi dedicare interamente alla famiglia. Anche lei, come le altre, rimpiange la famiglia numerosa a cui era abituata in Bangladesh. Mi racconta che anche nel suo paese le abitudini stanno cambiando e i giovani tendono sempre più ad andare a vivere per conto loro. Suo fratello, per esempio, dopo aver abitato per anni con la sua famiglia a casa della madre, si è da poco trasferito in una casa nuova, solo con la moglie e le figlie, perché preferisce che le bambine vivano in un ambiente più tranquillo e più favorevole allo studio. Mi parla molto di sua madre: le manca tantissimo e la addolora molto il fatto di non averla avuta vicina durante le due gravidanze. Mi racconta che la figlia più piccola ha visto la nonna solo via skype...non si sono ancora conosciute personalmente.

Ancora prima che le chieda qualcosa sulla gravidanza e sul parto, comincia a raccontarmi che una volta in Bangladesh le donne partorivano sempre in casa ma ora non più, perché si sono rese conto che è molto pericoloso. Le strutture ospedaliere, però, non rappresentano un'alternativa accessibile a tutte: la maggior parte sono aziende private, quindi per ottenere un'assistenza di qualsiasi tipo bisogna pagare molto; le strutture pubbliche presenti, invece, forniscono servizi molto scadenti e non dispongono di macchinari adeguati. Il costo delle analisi e dei controlli prenatali negli ospedali bangladesi è molto elevato, per cui molte donne non possono permettersi di essere seguite in maniera adeguata e si limitano a recarsi all'ospedale solo verso la fine della gravidanza o al momento del parto: per questo spesso non sono a conoscenza di eventuali problemi di salute propri o del bambino.

Loro ha una problema, che loro non va...iniziati, uno o due mesi, va a ultimo, otto o nove mesi. E dopo medico trova pressione e trova questo diabete e tanti problemi. Dopo, medico non fa niente e fa cesareo.

Fancy mi racconta che il 95% dei parti avviene con il taglio cesareo per il semplice motivo che è molto più costoso, per cui i medici, per guadagnare di più, praticano il cesareo anche quando non sarebbe necessario. Mi dice che qui in Italia il cesareo viene fatto solo se è necessario, perché anche i medici preferiscono far nascere i bambini in modo naturale, mentre nel suo paese i pochi parti naturali avvengono fuori dalle città, nei villaggi isolati di campagna, in cui le donne partoriscono ancora in casa. Per lei il parto in casa è una specie di incubo: ne parla con molta angoscia e lo lega a condizioni di vita caratterizzate da estrema povertà, isolamento sociale, arretratezza e ignoranza. La sua seconda bambina è nata dodici anni dopo la più grande: Fancy era sicura che le avrebbero fatto il cesareo, perché nel suo paese è dato per scontato che una gravidanza avvenuta a lunga distanza dalla precedente non possa concludersi con un parto spontaneo. Invece non è stato così: anche la sua seconda bambina è nata in modo naturale. Questa è la prova, secondo lei, di come i medici nel suo paese approfittino dell'ignoranza delle persone per ottenere guadagni maggiori.

Nelle sue parole, posso sentire chiaramente tutta la rabbia e il rancore che nutre nei confronti del suo paese, almeno da questo punto di vista. Dalla sua insistenza sull'argomento cesareo, capisco che per lei questo intervento è un'eventualità spaventosa, non tanto per questioni di ordine culturale quanto per semplici questioni pratiche: affrontare un intervento di quel tipo in una situazione come la sua, in cui tutto, o quasi, il peso della gestione familiare ricade sulle spalle della donna, sarebbe troppo duro da affrontare.

Io quando vengo a casa faccio tutto io, perché mio marito va a lavorare, perché padrone, va bene due giorni, tre giorni però dopo lui cominciare lavoro.

La situazione lavorativa del coniuge, che gli impedisce di prendersi facilmente permessi, è ciò che l'ha spinto fin dal suo arrivo in Italia a darsi da fare per essere il più possibile indipendente, incoraggiata anche dal marito stesso: si è iscritta a un corso di italiano e dopo qualche anno ha trovato un lavoro. Mi racconta che molte donne che vengono dal suo paese non si adattano a cambiare tanto le loro abitudini e rimangono in casa, senza mai

imparare la lingua, lasciando che sia il marito a occuparsi di gran parte delle incombenze. Per lei tutto questo non ha senso, perché la possibilità di muoversi liberamente, senza la necessità di avere l'aiuto di nessuno, è una conquista impagabile. La sua prima gravidanza è stata molto difficile, soprattutto per il fatto che non parlava una parola di italiano: alle visite doveva andare il più delle volte da sola, perché il marito non poteva accompagnarla, e durante i giorni trascorsi in ospedale non poteva dire niente, non capiva le indicazioni del personale e non sapeva nemmeno che cos'era quello che le portavano da mangiare. In quei momenti la cosa che più le è mancata del suo paese è stata la cucina di sua mamma! La seconda gravidanza, a confronto, è stata una passeggiata: si è potuta arrangiare sempre e in tutto.

Quando le chiedo di raccontarmi qualcosa su come viene vista e vissuta la gravidanza in Bangladesh, mi parla soprattutto delle privazioni a cui è sottoposta una donna: non può uscire a mezzogiorno né alla sera (e comunque è tendenzialmente tenuta a rimanere entro le mura casalinghe), non può muoversi più di tanto ma deve restare a riposo, non può parlare con chi vuole ma soprattutto è tenuta a obbedire alle indicazioni della suocera. Questo è per lei un tasto veramente dolente. Durante parte della prima gravidanza, che poi ha concluso in Italia, Fancy è tornata nel suo paese, a casa della suocera, la quale le imponeva una dieta particolare, che lei non capiva e che non corrispondeva alle indicazioni che invece le dava la madre, e la costringeva a rimanere sempre in casa, limitando al minimo gli sforzi. Il fatto di non poter uscire e incontrare gente a suo piacimento, di non poter mangiare quello che preferiva, di dover rimanere in casa per la gran parte del tempo, senza fare nulla, la faceva sentire in gabbia. Queste abitudini, per Fancy, non sono altro che privazioni, retaggi di un modo di pensare vecchio e ormai desueto, legato perlopiù all'arretratezza culturale delle campagne. Per lei il segreto di una gravidanza sana e serena è fare ciò che ti piace, perché ti fa sentire felice...e se stai bene, allora andrà tutto nel migliore dei modi. Quando era incinta in Italia, infatti, è uscita ogni volta che le andava, ha camminato moltissimo, dato che le piace passeggiare, e ha mangiato tutto quello che voleva, senza far caso alle proibizioni, questa volta solo telefoniche, della suocera:

Così mie due bambine arrivato normale e anche poco tempo.

Il fatto di aver avuto due nipoti femmine è stato motivo di insoddisfazione per la suocera che, come molte persone nel suo paese, preferisce di gran lunga avere figli o nipoti maschi e ritiene la madre responsabile per non aver generato una prole “adeguata”. Fancy stessa, quando ha saputo di aspettare un'altra bambina, si è sentita un po' triste, perché temeva che suo marito sarebbe stato deluso: il marito, invece, è stato molto felice e l'ha rassicurata, dicendole che non c'è alcuna differenza tra un figlio maschio e una femmina. Secondo lei questo atteggiamento del coniuge, così diverso da quello della suocera, dipende dal fatto che, vivendo in Italia da tanti anni, ha visto che le cose qui funzionano in maniera diversa. La sua iniziale tristezza è per lei motivo di vergogna...proprio lei, una donna, si è sentita infelice all'idea di avere due figlie femmine.

Dover subire imposizioni e sottostare ai comandi di qualcuno è motivo di fastidio, di disagio e di insofferenza e fa sembrare la gravidanza una malattia più che un evento felice. Vivere in Italia, per Fancy, significa essersi lasciata alle spalle obblighi e limitazioni, significa avere più potere e maggiori possibilità di controllo sulla sua vita e su quella delle sue figlie. Tiene moltissimo alla sua indipendenza e alla possibilità di effettuare le sue scelte liberamente, senza dover sottostare a costrizioni percepite come antiche. Mi ha fatto sorridere quando, con molto orgoglio, mi ha detto che il suo medico, il suo ginecologo, è un maschio. Mi è sembrato che per lei fosse un'enorme conquista questo affrancamento da regole che percepisce come eccessivamente limitanti e anacronistiche. Allo stesso tempo, però, il marito non andava con lei alle visite non solo perché era al lavoro, ma anche perché, essendo un uomo, non poteva parlare di “cose da donna”. Questa contraddizione mostra come Fancy non abbia abbandonato in tutto e per tutto la sua appartenenza, come potrebbe sembrare da quanto ho finora raccontato: ha semplicemente operato una selezione ben chiara rispetto a cosa tenere con sé e cosa lasciarsi indietro.

Shuma

Ho conosciuto Shuma tramite un insegnante della scuola di italiano per stranieri di Thiene. Il primo incontro è avvenuto a casa di Antonietta, una signora amica di Shuma da tempo, che ha gentilmente messo a disposizione il suo salotto per la nostra intervista.

La mia interlocutrice è una bella donna sulla quarantina e vive in Italia da quasi otto anni. Da ragazza abitava a Dhaka ma dopo essersi sposata è andata a vivere presso la famiglia del marito, alla periferia di una piccola città. È arrivata in Italia nel 2009, sette anni dopo il marito, con il quale ha vissuto solamente per qualche anno nel loro paese prima che lui partisse per l'Italia. Nei sette anni di separazione, lei ha vissuto con la suocera e la famiglia del marito: non è stato facile perché era lontana dalla sua famiglia, in una casa nuova e con delle persone che conosceva appena. Ha quattro figli; il più grande ha diciassette anni, i gemelli hanno sei anni e il più piccolo ha tre anni e mezzo. A parte il maggiore, che è nato in Bangladesh, gli altri sono nati in Italia.

Ha cominciato a studiare l'italiano da subito, appena due settimane dopo il suo arrivo, aiutata anche dalla sua amica Antonietta. Ora sta studiando per prendere la patente e segue un corso di cucito. La possibilità di godere di una certa libertà e indipendenza è vissuta come una conquista: mi racconta di come sia diverso in Bangladesh, di come per le donne sia pericoloso uscire da sole e siano per questo costrette a rimanere per la maggior parte del tempo confinate in casa. Il marito la sostiene e appoggia la sua libertà di movimento: è stato lui a spingerla fin dall'inizio ad andare a scuola per imparare la lingua e a farle da guida nei luoghi indispensabili, in modo che col tempo potesse muoversi da sola. Del posto in cui abita ora apprezza soprattutto la tranquillità e il senso di sicurezza. Peccato solo per la sua fastidiosa vicina di casa, che più di una volta è arrivata al punto di chiamare la polizia o i carabinieri, lamentandosi perché i bambini giocando facevano rumore!

La sua prima gravidanza l'ha vissuta in Bangladesh. Ha partorito in ospedale, spinta dai suoceri, che erano spaventati all'idea del parto in casa, visto l'alto tasso di mortalità materna e infantile. Dal suo racconto, l'ospedale risulta un vero e proprio luogo da incubo: hanno dovuto pagare molto, non solo per il parto in sé ma anche per l'assistenza infermieristica; la camera non aveva il letto, per cui Shuma ha dovuto affrontare il travaglio distesa per terra, di fronte al bagno del reparto e al conseguente viavai di donne; il medico e l'infermiera si sono arrabbiati perché lei si è rifiutata di partorire in piedi e alla fine ha partorito nel suo "posto letto" sul pavimento. Poche ore dopo il parto, ha chiesto al marito di riportare a casa lei e il bambino, perché non voleva passare una giornata intera distesa per terra, in attesa di un letto per la notte. Il suo bambino ha avuto fin da piccolo dei problemi di salute legati ai reni. I medici in Bangladesh le avevano detto che la speranza di

vita del bimbo era molto ridotta e che non avrebbe superato i dieci anni. Ora ne ha quasi diciotto.

Nemmeno il periodo della gravidanza è stato semplice: la suocera le imponeva molte regole e restrizioni, come per esempio l'utilizzo di una fascia da portare sopra la pancia, per evitare che il bambino salisse troppo, l'obbligo di portare sempre i capelli raccolti in uno chignon quando andava fuori o il divieto di uscire di casa da sola, in particolar modo a mezzogiorno e alla sera. Ma soprattutto, cosa di cui Shuma ha sofferto di più, la suocera la teneva costantemente a dieta rigida e controllata: le vietava moltissimi cibi e le proibiva di mangiare quando ne sentiva il bisogno o il desiderio. Inoltre la faceva alzare prestissimo il mattino per pregare e poi non le permetteva di tornare a letto o di stendersi a riposare, ma le faceva sbrigare le faccende di casa o le diceva di camminare da una stanza all'altra, perché il lavoro e il movimento avrebbero fatto bene al bambino. Il momento che ricorda con più piacere di tutta la sua prima gravidanza è quello dello *shad*, la festa che si usa fare in Bangladesh per le donne quando sono al settimo mese. In questa occasione Shuma, che non vedeva la mamma dal giorno del matrimonio, è tornata a casa sua, nonostante il parere contrario della suocera, per quindici giorni, dato che tradizionalmente lo *shad* si fa a casa della mamma. In quei quindici giorni ha mangiato di tutto e di più, senza restrizioni né obblighi particolari, coccolata e viziata dalle attenzioni della mamma. Purtroppo non ha potuto fare lo *shad* per le altre gravidanze, nel paese d'accoglienza, perché non avrebbe avuto senso senza la presenza delle donne della sua famiglia.

Le sue gravidanze in Italia, libere dalla presenza vigile della suocera, sono state molto serene: ha mangiato, dormito e passeggiato quanto, quando e come voleva. Le indicazioni della suocera, mi dice, avevano rappresentato per lei solo delle imposizioni a cui era costretta ad attenersi, per cui, una volta arrivata nel nuovo paese, se ne è liberata.

Mia suocera qualche volta parla “Tu mangia questo?”. Io dico “no, non hai mangiato”, però io mangia!

Questo non vuol dire che, una volta in Italia, abbia abbandonato tutte le abitudini e le credenze tradizionali e religiose del suo paese. Per esempio, mi racconta che ai bambini appena nati suo marito ha recitato all'orecchio l'*azān*, che nove giorni dopo la nascita

hanno tagliato loro i capelli, che per i primi nove giorni dopo il parto non ha mangiato carne di mucca e ha bevuto poca acqua (su consiglio di sua mamma) e che è stata bene attenta a non uscire la sera e a non lasciare stesi fuori i vestiti con il buio. Sette giorni dopo la nascita dei bambini, il suocero si è occupato di organizzare la cerimonia dell'*aqiqah* nel loro paese, perché qui comprare una mucca o due e sacrificarle è una questione piuttosto complicata, oltre che costosa.

Sicuramente la fatica durante le gravidanze è stata tanta, perché era sola a occuparsi della sua famiglia, priva del sostegno del nucleo familiare allargato e dell'aiuto della cerchia femminile. In occasione del parto gemellare ha subito un cesareo, per cui per alcuni giorni non le è stato possibile alzarsi dal letto. In quell'occasione tutto l'aiuto le è arrivato da suo marito e dal figlio più grande. Mi fa notare divertita, e orgogliosa, che nel suo paese gli uomini non aiutano mai le donne in casa, mentre qui, tanto suo marito quanto suo figlio sono preziosi collaboratori domestici e ottimi cuochi: suo marito le ha insegnato a cucinare italiano e suo figlio si cimenta in piatti tanto nostrani (pizza, risotti, tramezzini) quanto tipici della loro cucina. Mi ha divertito molto sentirla raccontare di come abbia fatto fatica ad abituarsi ai nostri cibi, per lei sconosciuti, come per esempio il formaggio e il tonno in scatola, che le sembrava puzzassero entrambi in maniera insopportabile. Durante la settimana cucina italiano ma nel fine settimana, cioè nei giorni di festa, in cui sono tutti a casa assieme, cucina bangladesese. Con l'ultima gravidanza è stato un po' più semplice, perché ha potuto contare sull'aiuto di sua cognata, che era da poco venuta ad abitare ad Alte Ceccato, una frazione di Montecchio Maggiore, non molto lontano da Thiene. Inoltre un grande sostegno le è stato offerto dalla sua amica Antonietta, che per tutto il periodo della gravidanza l'ha accompagnata alle visite di controllo e che al momento del parto le è stata accanto...come una mamma. I suoi bambini infatti la chiamano “nonna”!

Quando le chiedo com'è stato il rapporto con i medici italiani sia durante la gestazione che durante il parto, mi risponde entusiasta, dicendomi che qui è stato tutto bellissimo. Venendo da un'esperienza come quella che ha vissuto nel suo paese non stento a crederlo. All'inizio ovviamente ha avuto qualche difficoltà, soprattutto legata alla lingua, come per esempio quando il dottore le ha comunicato che era incinta di due gemelli ma lei non riusciva a capire che cosa diavolo le stesse dicendo. Mi racconta dell'accurata anamnesi familiare (che tra l'altro l'ha portata a scoprire che anche sua madre aveva avuto un parto

gemellare, in cui però era sopravvissuto solo uno dei due bambini, e che ha costretto suo marito a chiedere notizie alla madre circa il suo stato di salute e le sue gravidanze, cosa che in Bangladesh non si è abituati a fare, dato che le “cose di donne” restano tra donne), e delle molte domande fatte dai dottori circa il suo precedente parto in Bangladesh e le modalità secondo cui si affrontano la gravidanza e il parto nel suo paese. Mi fa capire che se fossero rimasti nella loro terra, molto probabilmente il suo figlio maggiore non sarebbe sopravvissuto, mentre qui hanno avuto la possibilità di curarlo nel migliore dei modi, senza dover spendere una fortuna. I medici hanno rappresentato per lei una grande fonte di sicurezza e tranquillità, andando in qualche modo a prendere il posto della cerchia femminile che nel suo paese l'avrebbe sostenuta e rassicurata in tutti i passaggi della maternità.

La mancanza dei genitori e delle sorelle è molto forte e dolorosa: sua mamma e suo papà sono morti da alcuni anni e il rimpianto più grande che ha, e che la porta alle lacrime, è che suo padre, morto prima ancora che lei si sposasse, non abbia potuto vedere i suoi quattro figli maschi. I genitori avrebbero sempre desiderato avere un figlio maschio, che però non è mai arrivato. Quando è nato il suo primo bambino ha chiamato subito la madre dall'ospedale, la quale, per la felicità, ha comprato un dolce da dieci chili e l'ha distribuito tra tutti i vicini e gli amici. Il pensiero di tornare in Bangladesh non la sfiora nemmeno, perché lì, come dice lei, “è tutto brutto”.

Tutto parte mio paese è brutto. Solo piace mamma, papà, genitori,
vivono insieme e basta, senza un'altra parte di paese!

L'unico motivo per cui vorrebbe tornare, anche se per poco, sono le sue sorelle, due delle quali sono molto povere. Shuma cerca, quando può, di aiutarle, inviando loro un po' di soldi, ma anche per lei e suo marito le cose qui non sono semplici e non può permettersi di sostenerle come vorrebbe. Le piacerebbe che un giorno riuscissero a raggiungerla in Italia.

Mi ha colpito molto la risposta che mi ha dato quando le ho chiesto come, secondo lei, fosse cambiata la sua vita venendo a vivere qui. Mi dice che molte cose sono cambiate, che ha più libertà e che si sente più sicura ma che “qualche parte” della sua “mentality” non è cambiata. E questo le dispiace, la fa sentire a disagio, come se sentisse che il suo

istinto la porta automaticamente in una direzione, che viene però messa in discussione dal confronto con la nuova situazione, con il nuovo ambiente e con i cambiamenti avvenuti in loro e nel loro modo di vivere e di relazionarsi tra sé e con gli altri. Mi fa l'esempio del matrimonio: ora che suo figlio ha diciassette anni, lei e suo marito non sanno come comportarsi. Per loro è stata una questione praticamente automatica, per cui a una certa età si sono trovati sposati con una persona che a malapena conoscevano, ma per quanto riguarda il figlio, la questione è diversa. In loro si è insinuato il dubbio che forse non sia la cosa giusta da fare, che forse per lui le cose dovrebbero andare in maniera diversa, perché ora sono in un posto nuovo e anche loro stessi sono diventati persone nuove, almeno in parte: la lotta è tra un'appartenenza che sentono comunque forte e un adattamento al nuovo stile di vita. Immagino sia difficile, a volte, scegliere che cosa tenere e che cosa abbandonare lungo la strada.

CAPITOLO 2. TRA BANGLADESH E ITALIA: DONNE E MADRI

In questo capitolo vorrei analizzare l'insieme delle testimonianze da me raccolte durante i colloqui con le donne bangladesi residenti in alcuni piccoli centri della provincia di Vicenza, approfondendo le principali tematiche emerse.

Come ho già detto, le donne che ho conosciuto sono tutte sposate e hanno due o più figli. Sono tutte arrivate in Italia per raggiungere il marito, alcune già con un figlio al seguito, altre con la prospettiva di diventare madri nella nuova terra. In alcuni casi la lontananza dal marito, dovuta alla migrazione in tempi diversi, è durata anche qualche anno: Shuma, per esempio, è stata lontana dal marito per sette anni, durante i quali ha abitato a casa della suocera. La loro età varia tra i 30 e i 50 anni e sono quasi tutte in Italia da più di 4 anni. Nessuna ha proseguito gli studi dopo le scuole superiori, perché per loro era arrivato il momento di sposarsi e di andare a vivere a casa del marito.

L'idea sottesa al mio lavoro è quella di esplorare un piccolo spaccato dell'universo in cui queste donne si muovono e di farlo principalmente attraverso le loro parole. Molti dei temi emersi nel corso della ricerca non erano stati inizialmente previsti nel mio progetto ma sono sorti direttamente tra le pieghe dei discorsi, germogliati più o meno timidamente dalle parole che queste donne hanno scelto per raccontarsi. Ho deciso che avrei seguito i sentieri tracciati da loro: volevo vedere dove mi avrebbero portato, verso quali rive e attraverso quali rotte sarei approdata alla conoscenza e alla comprensione di quel percorso che le ha portate a diventare madri in un paese lontano da quello in cui sono nate. Ho notato che le mie domande sulla gravidanza e sulla maternità portavano il più delle volte in altre direzioni, non perché non volessero parlare di tali argomenti ma perché volevano offrire, credo, un altro sguardo, una visione diversa del loro essere donne, prima ancora che madri. Diventare madri in Italia è stato come rinascere in una nuova pelle.

È stato difficile scegliere di seguire i loro percorsi invece che cercare di riportarli sulla strada che io avevo previsto, perché molto spesso, e fino alla fine, mi sono ritrovata a non sapere quasi più di che cosa stessi parlando, dove la mia ricerca mi stesse portando. La

traccia della mia tesi ha continuato a subire modifiche: ero partita con un'idea in mente ma progressivamente quest'idea si è trasformata in qualcos'altro, mutando forma sotto i miei occhi e tra le mie mani.

L'aspetto principale su cui mi sono concentrata nei colloqui con le mie informatrici è stato quello della gravidanza. Ho chiesto loro di raccontarmi com'è diventare madri in Bangladesh e in Italia: la mia intenzione non era quella di porre a confronto due modi di partorire, due sistemi medico-culturali di gestione della gravidanza e del parto, quanto quella di raccogliere il punto di vista di queste donne, il modo in cui hanno letto e interpretato le loro esperienze, che cosa ha significato per loro lo spostamento da un universo culturale e sociale a un altro. I racconti che ho ascoltato sono fatti di contraddizioni e contrasti, di piccole nostalgie e grandi conquiste, di rabbia e indignazione per il modo in cui si è costrette a essere donne nel loro paese.

L'importanza della famiglia in Bangladesh

Uno dei temi ricorrenti in tutti i colloqui è stato quello relativo alla famiglia d'origine, tanto nei suoi aspetti positivi quanto in quelli negativi.

Il matrimonio in Bangladesh è tradizionalmente patrilineare e virilocale. Il modello culturalmente approvato prevede che la sposa si unisca alla famiglia del suocero, se non in maniera definitiva almeno per un periodo. Il matrimonio non riguarda solo gli individui o la coppia ma è un'istituzione sociale basilare che al contempo concretizza e simboleggia l'ordine morale sottostante, che configura e organizza le corrette relazioni tra le persone (White, 2013). I parenti si occupano di scegliere il partner più idoneo per i giovani in età da matrimonio, per cui capita spesso che gli sposi si vedano per la prima volta il giorno stesso delle nozze.

Il modello di famiglia prevalente è quella cosiddetta 'estesa', anche se, come mi hanno raccontato le mie intervistate, le abitudini stanno cambiando.

Adesso cambiato, adesso tutti non vuole vivere insieme con suocero, suocera, cognati. Adesso tutti vuole separare. Perché tutti

adesso hanno studiato bene e vogliono lasciare genitori in parte e vivere con marito e figli. [Fancy]

Le donne che ho conosciuto hanno seguito l'iter tradizionale: matrimonio combinato dai rispettivi genitori, abbandono della casa natale e trasferimento a casa della suocera fino al momento della migrazione, che le avrebbe ricongiunte al marito. Una donna dipende dagli uomini per tutto il corso della sua vita, a partire dal padre e passando per i fratelli e i figli poi (Alim, 2009). Una giovane appena sposata è totalmente dipendente dal marito, e dalla di lui famiglia, per la sua sopravvivenza, ed è per questo molto spesso soggetta, se non al dominio, quantomeno al controllo da parte di quasi tutti i membri della famiglia del marito, in particolar modo da parte della suocera. È interessante, a questo proposito, osservare come tutte le donne che ho conosciuto parlassero della casa presso cui erano andate a vivere col marito chiamandola 'casa della suocera', invece che del suocero o del marito: questo dettaglio lascia già intravedere quanto la figura della suocera sia fondamentale nella vita delle donne bangladesi.

La vita in case “affollate” da suoceri, cognati e cognate, nipoti e altri parenti, comporta sicuramente alcuni sacrifici, perché la convivenza non è mai facile, ma ha anche i suoi risvolti positivi: ci si può infatti avvalere di aiuti preziosi e di un notevole sostegno pratico nello svolgimento delle incombenze quotidiane.

Se tu vivi insieme c'è qualche volta qualcosa...di fatica per vivere insieme perché tutte le mentalità non è uguale. Però anche una parte è bello vivere insieme: si può aiutare. Anche quando nasce un bambino...si può tenere suoceri o cognati, lo prendono in braccio. Tu puoi rimanere libero, fare quello che vuoi fare, tutto. [...] Se vivi insieme c'è qualcuno vicino sempre. Per quello vivere insieme...c'è un po' difficoltà, però tanto di bello. [Salma]

Tutte le donne intervistate hanno sottolineato il rilevante supporto offerto in particolare dalle figure femminili della famiglia, che garantiscono, oltre a un aiuto pratico nella cura della casa e dei bambini, una presenza rassicurante fatta di consigli e di indicazioni, che guidano le giovani donne verso la maturità, verso la conoscenza e la comprensione della dimensione in cui vivono, nonché del loro ruolo al suo interno. La suocera è vista spesso

come una sorta di maestra, che istruisce le novelle spose circa i corretti comportamenti da tenere in casa e nelle relazioni interpersonali.

Perché uno, prima di sposare, non sa tante cose, non sa come deve tenere casa, come deve cucinare, come deve fare comportamento quando viene ospiti. [...] Per questo se tu vai a vivere con suoceri puoi imparare tante cose di vita, di come devi cominciare. Dopo puoi andare a vivere con marito. [Salma]

Questo aspetto è molto importante nella società bangladesca, perché dal comportamento della donna dipende l'onore di tutta la famiglia. Bourdieu (1999), nel suo studio sulla società Cabila, in Algeria, che per certi versi ha una struttura sociale simile a quella bangladesca, individua nelle donne le responsabili del mantenimento della purezza e, conseguentemente, dell'onore, inteso come aderenza ai dettami culturali: è il comportamento femminile a dare onore alla casa del marito. Ogni donna, quindi, deve essere istruita fin da bambina affinché mantenga nel corso della vita un comportamento adatto alla sua condizione: nel momento in cui diventa una sposa, il ruolo di “istitutrice” passa nella mani della suocera.

Il ruolo della famiglia durante la maternità

Per le donne, diventare madri è un punto di svolta fondamentale nella vita: dal momento in cui si dà alla luce un bimbo, non solo la propria vita ma la propria 'essenza' stessa viene radicalmente e definitivamente mutata: non si è più solo donne, figlie e mogli ma si diventa a propria volta madri. In un momento come questo, denso di paure e aspettative, una donna sente il bisogno di essere rassicurata e di disporre di consigli e sostegno.

In Bangladesh la gravidanza e il parto non sono avvenimenti strettamente 'intimi', riguardanti quasi esclusivamente la donna e il suo compagno, ma sono gestiti e controllati collettivamente dalla rete parentale femminile, che fa cerchio attorno alla donna dandole indicazioni, aiutandola con i lavori di casa e supportandola durante il momento del parto e del puerperio. Come abbiamo già visto, infatti, le abitazioni nei paesi d'origine accolgono

più nuclei familiari, uniti da legami di parentela (Marchetti e Polcri, 2013). Parlo di rete parentale femminile perché quelle inerenti a gravidanza e parto sono questioni prettamente femminili, che riguardano l'universo riservato delle donne, in cui gli uomini non possono e non devono entrare. Le figure della mamma e della suocera, in particolare, sono sempre presenti nei racconti delle donne: il loro è un ruolo di guida e di conforto, forniscono le indicazioni da seguire affinché la gravidanza proceda senza intoppi e il parto si svolga nel migliore dei modi possibile. Inoltre danno aiuto e assistenza alle donne durante tutto il periodo della gravidanza e del puerperio, risparmiando loro i lavori più pesanti e facendo attenzione alla qualità della loro alimentazione (Afsana, 2003). Queste presenze sono fonte di sicurezza e di tranquillità per le donne in attesa: tutto quel che c'è da sapere sulla gravidanza e sul parto, infatti, viene trasmesso dalle donne più anziane della famiglia o da altre donne, dall'alto della loro esperienza. Il che, se ci si pensa, non è poi molto diverso da quello che accade a una donna incinta in Italia o in altri paesi del mondo: la famiglia è una fonte importante di aiuto, di sostegno e di consigli. Gli stessi cambiamenti che avvengono nel corpo durante la gravidanza, la nausea, la cessazione delle mestruazioni, le variazioni nei gusti alimentari e nelle dimensioni del seno rappresentano una conoscenza incorporata, che le donne hanno sviluppato attraverso la condivisione con altre donne e la personale conoscenza del proprio corpo (Afsana, 2003). Le mie informatrici mi hanno raccontato che gran parte delle informazioni, nel loro paese, viene fornita dalle donne della famiglia, spesso più che dai medici.

Famiglia dicono di più. Dottori qualche volta, se chiedi. Loro ti dicono “meglio evitare questo o quello”, invece genitori ti dicono “non mangiare questo, non mangiare quello”. I genitori ti insegnano più cose, perché loro hanno più esperienza. Adesso tutti prendono uno, due figli, una volta si prendevano tanti. [Salma]

La donna, quando è incinta, viene trattata quasi come una principessa e diventa l'oggetto di tutte le attenzioni e le cure dell'intera famiglia.

Quando una donna è incinta, tutta famiglia rispetta donna. Ti dice riposare, mangia bene, stai tranquilla, attenta. [Nupur]

I lavori più pesanti le vengono risparmiati e viene prestata grande attenzione affinché mangi bene e a sufficienza.

Quando incinta c'è ogni persona, suocero, suocera, che pensa deve riposare nostra nuora e anche mamma, papà dice “mia figlia è incinta, deve riposare, deve mangiare”. Anche ogni famiglia c'è così. Famiglia pensare quando c'è bambino, deve venire bene.
[Nupur]

Una delle donne che ho intervistato mi ha raccontato invece che la suocera la faceva lavorare molto e mangiare e dormire poco, perché sosteneva che la pigrizia e l'eccesso di cibo non avrebbero fatto bene al bambino.

Quando io incinta, mia suocera parlato “tu quando lavoro tanto, bambino scende tanto giù, quando nasce tu partorire subito”.
[Shuma]

Il ruolo delle altre donne, soprattutto se il parto avviene in casa, è cruciale per la sua buona riuscita: esse forniscono supporto emozionale e fisico, pregano, condividono le loro storie e cercano di rendere l'ambiente rilassato e allegro. (Afsana e Rachid, 2009).

Anche durante il puerperio la presenza della rete parentale femminile è costante e solerte: per 40 giorni la donna è tenuta esclusivamente al riposo e alla cura di sé e del bambino. La puerpera non deve occuparsi, né preoccuparsi, di nulla che non sia la salute sua e del suo piccolo (Balsamo, 1997).

L'importanza del cibo

Tutte le famiglie dedicano una particolare attenzione al cibo: alcuni alimenti sono vietati, o quantomeno fortemente sconsigliati, durante tutta la gravidanza, per il fatto che potrebbero causare problemi o difficoltà tanto durante il periodo dell'attesa che durante la gravidanza e il successivo periodo di ristabilimento. Alcuni di questi sono l'ananas, che è

ritenuta pericolosa perché può provocare contrazioni anticipate e può far inacidire il latte, e la papaya quando è ancora verde.

Quando ero incinta di tre mesi mi dicevano che non dovevo mangiare papaya così. Quando è maturo come frutta si può, però quando è duro, come crudo, verde...meglio non mangiare. Perché dicono che qualche volta fanno male alla gravidanza, al bambino, fanno abortire, capito? [Salma]

D: Ci sono dei cibi che non puoi mangiare quando sei incinta? Alcune donne mi hanno parlato della papaya quando è verde e di alcuni tipi di pesce...

R: Sì, sì. Anche ananas, qualche verdura, farina di riso, questo non può mangiare. Perché questo un po'...cosa vuol dire...un po' sopra...un po' duro buccia. Questo, per quello bambino male, pancia. [Shuma]

Altri alimenti sconsigliati sono alcuni tipi di pesce, di cui mi parla Nupur, perché si crede che provochino malformazioni nel feto e difficoltà alla nascita. Fancy mi racconta che la suocera non le permetteva di mangiare uova né latte e insisteva affinché mangiasse molto riso, mentre la suocera di Shuma le imponeva di mangiare riso a pranzo e piadina con verdura alla sera. È molto importante prestare attenzione all'alimentazione anche dopo il parto e durante l'allattamento: in questo periodo si consiglia di mangiare cibo asciutto, di bere poca acqua e di utilizzare il cumino in molte pietanze, perché è ritenuto favorire la produzione di latte (Choudhury et al., 2012).

Undici giorni dopo io mangio tutto, perché nove giorni non mangio carne mucca, anche non bevo tanto acqua. [...] Mio paese, mia suocera e anche mia mamma questo parlare. Perché nove-dieci giorni non abituato bambino proprio fuori, per quello quando io mangio poco liquido, duro qualcosa, bambino bene. [Shuma]

Anche Afsana (2003) parla di alcune limitazioni, seguite soprattutto nelle zone rurali, che riguardano carne, pesce, uova e anche l'acqua fredda. L'autrice riferisce infatti che in molti villaggi vige la credenza che mangiare tali alimenti possa ritardare l'involutione uterina (un cambiamento che avviene grazie alle contrazioni del dopo parto, per cui l'utero torna a essere come prima della gravidanza, ritrovando la sua grandezza, e si riposiziona nel piccolo bacino) e provocare continue perdite ematiche. Questa pratica dipende dall'idea che la carne e il pesce, in particolar modo, possano attrarre gli spiriti malvagi, i *jinn*, appassionati di tali alimenti⁸. In molti villaggi si ritiene inoltre che i cibi troppo ricchi di vitamine, o comunque troppo buoni, troppo saporiti, siano pericolosi, perché possono provocare un'eccessiva crescita del feto, mentre, al contrario, il riso ne riduce le dimensioni, cosicché il parto è meno rischioso e faticoso (*ibid.*).

Devo precisare che non ho trovato molti riscontri nei racconti delle mie intervistate in merito a queste ultime pratiche. A questo proposito è doveroso segnalare che, soprattutto in tempi più recenti, sono molte e molto nette le differenze tra le zone rurali del Bangladesh, dove il più delle volte si seguono le pratiche e le credenze tradizionali, e le zone più urbanizzate, dove il parto è tendenzialmente ospedalizzato e la donna durante la gravidanza segue per lo più i consigli dei medici, attribuendo ai suggerimenti della cerchia familiare un profilo secondario.

Quello che al momento mi interessa di più osservare, comunque, è il fatto che le prescrizioni alimentari sono fornite e messe in pratica per lo più dalla suocera, che assume quindi l'importante compito di vigilare sulla buona condotta della nuora. Anche l'alimentazione della donna incinta rientra quindi nella sfera di controllo e di responsabilità della cerchia parentale, che si fa punto di riferimento e fonte di informazione: che la donna creda o meno nella bontà di tali indicazioni, quel che conta è che il solo fatto di poter contare sulla loro presenza è fonte, anche se spesso inconsapevole, di serenità. Sapere che qualcuno sa cosa è meglio per noi e ce lo insegna, anche se magari appartiene a un tempo lontano, ci fa sentire al sicuro.

⁸ Sembra che i *jinn* utilizzino soprattutto le ossa per la loro alimentazione.

Pratiche e ritualità tradizionali

È importante precisare in che senso la parola “tradizionale” venga utilizzata nel presente lavoro. Secondo la definizione di Aime, Bonte e Izard (2009:779) la tradizione «è ciò che di un passato viene tramandato e persiste nel presente»: ogni cultura è dunque tradizionale, anche se si considera nuova. Riferendomi spesso alle pratiche di accudimento relative alla gravidanza, utilizzerò il concetto generico di pratiche tradizionali in opposizione al concetto di medicina scientifica o biomedicina, per designare tutte quelle tecniche di cura e di accudimento i cui fondamenti si allontanano dai precetti e dalle concezioni di base della medicina ufficiale occidentale. Le differenze tra i due universi concettuali, che al loro interno presentano una grande varietà di espressioni, sono soprattutto legate al metodo, al punto di vista, che di fatto traduce la profonda diversità di concezioni relative all'uomo e al mondo.

La nascita, così come la morte, sono snodi cruciali nell'ambito della vita: entrambe, infatti, sono accompagnate da una costellazione di rappresentazioni e di ritualità, volte a proteggere, a guidare e a assicurare. In tutte le società, questi due momenti sono quelli più segnati da riti di passaggio con la funzione di proteggere dal pericolo e di fare in modo che il passaggio da una condizione a un'altra avvenga con successo (Prosperi, 1996). Come fa notare Van Gennep, il parto, e in modo particolare il primo parto, ha una considerevole importanza sociale e quindi i riti della gravidanza e del parto hanno una estesa portata individuale e sociale.

Sono numerose le prescrizioni, oltre quelle alimentari, e le ritualità da seguire nel periodo della gravidanza e del puerperio, per avere garanzia di un buon esito. È difficile stilare un elenco di tutte queste ritualità perché esse cambiano molto di zona in zona, e come ho precedentemente sottolineato, l'attenzione che viene loro data varia a seconda che ci si trovi in zone rurali o in città, oltre che in base alla classe sociale e al livello di istruzione. Cercherò comunque di fornirne una breve descrizione, concentrandomi sugli elementi emersi più spesso nel corso delle interviste.

Un aspetto molto importante, e a cui tutte le famiglie prestano molta attenzione, riguarda le limitazioni di movimento: una donna, incinta o no, non può uscire come e

quando vuole, non può andare dove le pare né parlare con chiunque. Ci sono però due momenti della giornata in cui per una donna gravida è particolarmente sconsigliato uscire: a mezzogiorno e alla sera. Questi, infatti, sarebbero i momenti in cui gli “spiriti”, i *jinn*, sono più attivi e possono attaccare con più facilità una donna che, essendo incinta, si trova in una condizione di maggiore vulnerabilità (cfr. Afsana e Rachid, 2009). I *jinn* sono entità soprannaturali, appartenenti a un mondo che non è né quello degli uomini né quello degli angeli; essi possono incidere sulla vita degli uomini, sia in modo positivo che negativo: in quest'ultimo caso è bene seguire le indicazioni in modo da evitare pericoli. Gatti e cani neri sono visti con diffidenza perché si ritiene che in essi i *jinn* possano incarnarsi; allo stesso modo si temono i fantasmi o gli spiriti dei morti, considerati manifestazioni di tali entità.

Mio paese, anche musulmano, pensa quando persone morto, suo dentro cuore gira terra. Per quello mezzogiorno e anche sera quello è brutto tempo quando è incinta una mamma. [Shuma]

A mio paese quando incinta , quando notte e buio, non puoi andare fuori. E anche di mezzogiorno, da mezzogiorno a una, noi non uscire fuori, perché ha detto così, che è una tempo brutto. Sera e anche mezzogiorno. [Fancy]

Quando tramonto, alla sera, donna non va fuori. Quando notte, tanto buio, loro non va fuori. Perché loro crede fa problemi al bambino. Perché nostro paese c'è... vostro paese crede questo... brutta anime? *Jinn*. [...] Quando c'è *jinn* male, qualcuno incinta può fare male. Quando qualcuno vede gatto nero ha paura, perché *jinn* viene con gatto nero. E anche cane, crede a nostro paese. Gatto e cane. A mia figlia piace tanto gatto, però ho tanta paura quando vede gatto o cane di notte! [Nupur]

Per paura degli spiriti, i bambini non vengono mai lasciati soli in una stanza, nemmeno per dormire. È infatti diffusa la pratica di tenere i neonati a letto con sé.

Da noi dice che quando bambini piccoli, non lasciare da soli,

perché può venire qualche diavolo, qualcosa... capito? Poi anche genitori dice che non va bene lasciare da soli perché può succedere... tutto, come malocchio, maledizione, qualcosa... Ecco perché noi di solito non lascia bambini da soli in un'altra camera, capito? [Salma]

La notte, o comunque il buio, rappresenta un momento prego di pericoli nascosti, per cui una donna incinta deve guardarsi bene non solo dall'uscire ma anche dal lasciare stesi fuori i vestiti.

Mia suocera parlato sera non uscire fuori, per quello io ricordo sempre. Anche vestiti: quando io incinta fino a bambino nasce, fino diciotto mesi, io non lascio vestiti fuori, sempre dentro. Anche mio paese: sera non lascio vestiti fuori, sempre dentro. [Shuma]

In alcune zone è diffusa l'usanza dello *shad* (o *swad*), una festa che viene fatta in onore della futura mamma tra il settimo e il nono mese di gravidanza e che assomiglia alle feste dette "baby shower", che stanno prendendo molto piede nel mondo occidentale. Questa festa non ha origini religiose ma è parte della tradizione bengalese. In questa cerimonia, che in genere si svolge a casa della madre, e prevede la partecipazione solamente di donne e bambini, la gestante viene celebrata dalle amiche e dalle donne della famiglia e del vicinato: le vengono fatti molti doni e viene allestito un vero e proprio banchetto con tutte le pietanze che preferisce, a simboleggiare il nutrimento della mamma e del piccolo, e con alcuni piatti tipici delle feste. Tradizionalmente la festeggiata indossa un *sari* nuovo, molto elegante, e molti gioielli, che le vengono dati dall'organizzatrice dello *shad*, che spesso è la mamma o una donna della famiglia.

Qua sistema mangiare pesce, carne, verdura, anche mio paese tipo *pita*, tipo dolce questo, frutta, anche dolce qualcosa tipo *paesh*, *shemai*⁹, questo tipo tutto sistema uno grande tavolo, solo io mangio, anche qualche bambino vicino qua, mia sorella bambino,

⁹ Il *paesh* è un dolce a base di latte, riso, mandorle, cardamomo, che ricorda un po' il pudding. Lo *shemai* invece è un dolce di vermicelli, la pasta simile a spaghetti ma molti più sottili, latte e pistacchi.

mio cognata bambino, così. Mia mamma comprati uno vestiti rosso, orecchini rosso, un braccialetto rosso, tutto rosso. Quando faccio doccia, mezzogiorno, preso questo nuova vestiti, dopo mangio tranquillo, parlare...è questo...bellissima festa! [Shuma]

Alla nascita del bambino è uso, per tutti i musulmani del mondo, recitare l'*azân*, cioè l'appello alla preghiera, all'orecchio destro del bambino, in modo che le prime parole che sente siano quelle che provengono da Allah. Questa ritualità ha anche lo scopo di introdurre da subito il bambino nella comunità islamica, nonché di affidarlo alla protezione di Allah.

D: Ho letto che quando nasce un bambino si usa recitare una preghiera al suo orecchio...

R: Sì, sì, a orecchi bambino. Azân. Quando nasce, subito dato a orecchio azân, mio marito e anche mio suocero...perché donna non fanno azân, donna solo pregare. Marito dice. [Shuma]

Dopo il parto sono previsti per la donna quaranta giorni di riposo per recuperare completamente le forze; spesso, durante il puerperio, le donne vengono sottoposte a un periodo di isolamento, durante il quale sono tenute a dedicarsi esclusivamente alla cura di sé e del neonato, mentre la famiglia intorno si occupa delle loro necessità (Afsana, 2003).

Quando quarantauno giorni, chiudo casa uno camera, io lascio bambino e anche io, io e mio bambino. Mia suocera solo vieni, prendere mangiare o...mio paese non hai usare pannolini tanto. Adesso sì, prima no, prima stoffa. Quando stoffa è sporco, mia suocera portare tutto, lavare, asciugare, anche portare. Io sempre dentro casa: quando vuole andare bagno, andato bagno. Dentro casa. Mangiare, tenere bambino, basta. Questo quaranta giorni sempre, quando io fatto doccia mia suocera dato tanto caldo acqua, per lasciare questo parte [*indica addome, fianchi e schiena, all'altezza dei reni*]. Solo questo parte. Doccia bene, dopo lascio uno vasca, lascio questa parte un po' caldo, per quello riesce tutto

bene. Anche qualche volta quando tagliato sotto [*episiotomia*], dato...non c'è luce, dentro fuoco, una coperta, questo dentro fuoco, sopra caldo. Lascio una stoffa, quando caldo sento, un po' tocca e così. [Shuma]

Balsamo (1997), riferendosi alla zone dell'Africa sub-sahariana, parla del *nefess*, un periodo di quaranta giorni durante il quale la neo-mamma deve attenersi a una serie di divieti e prescrizioni, deve osservare un riposo assoluto, rimanere sempre in casa e mantenersi sempre ben coperta, perché il caldo aiuta la guarigione. La simbologia caldo-freddo è molto importante nel periodo della gravidanza, del parto e del post-parto. Cevese (2007), nel suo lavoro sulla maternità delle donne marocchine, spiega che tradizionalmente lo stato di salute è ritenuto dipendere dall'equilibrio tra caldo e freddo: «la fecondità è associata al caldo mentre il flusso mestruale provoca una sottrazione di calore al corpo. L'eccesso di calore durante la gravidanza può provocare un aborto, mentre l'eccesso di freddo provoca secchezza e sterilità» (ibid.: 24). Le mie intervistate non mi hanno raccontato molto in proposito ma durante il periodo di osservazione agli incontri presso l'Ulss è capitato più volte che qualcuna rivolgesse domande sull'argomento: una delle donne presenti, per esempio, ha chiesto se durante la gravidanza si poteva bere il succo di frutta freddo dal frigorifero o se era meglio bere il tè caldo. Probabilmente questo genere di domande derivano dalla conoscenza delle abitudini e delle credenze tradizionali, secondo cui, come abbiamo visto, bisogna prestare attenzione alla dinamica caldo-freddo.

A circa nove giorni dal parto, mamma e bambino vengono lavati accuratamente dalle donne della famiglia e al bambino vengono tagliati per la prima volta i capelli: in questo modo tutta l'impurità residua della gravidanza viene rimossa, viene letteralmente lavata via.

Anche nove giorni dopo, quando nasce bambino, nove giorni dopo tagliare capelli bambino, lavare tutto sapone. Anche donna, tutto lavare. Perché quando dentro pancia bambino, uno è sporco. Nove giorni quando bambino nato, fino nove giorni dopo capelli tagliare tutto e poi pulire tutto. [Shuma]

Un rituale molto importante, che segna l'ingresso del bambino – e il reintegro della donna - nella comunità religiosa e nella società di appartenenza, è l'*Aqiqah* (o *akika*), la cerimonia di assegnazione del nome al bambino, che spesso viene paragonata al battesimo cristiano. In genere questa festa viene fatta sette giorni dopo la nascita: si sacrifica un animale (in genere una capra o anche una mucca) nel caso sia una femmina, due nel caso sia un maschio, a cui viene attribuito il nome del bambino, e poi si banchetta tutti insieme, parenti, amici, vicini e chiunque voglia unirsi. Tale rituale mostra come sia forte il legame tra la nascita della vita individuale e il corso della vita sociale, di cui questa nuova esistenza è entrata a far parte.

Quando nasce il bambino facciamo una festa. Noi facciamo...come dite voi? Battesimo! Noi facciamo *aqiqah*. Questa è una parola araba, per musulmani in tutto il mondo. Quando nasce bambini, sette giorni e faccio sgozzare capra, pecora, un animale con nome suo. Col nome di quel bambino. Quando lo sgozza si dicono che questo fanno sgozzare per te, per ... e il nome del bambino. Per bene lei. [Salma]

Quando nasce bambino, tagliare una mucca o agnello, dopo uno nome, prima d'accordo uno nome, dopo tagliare una mucca o agnello e tutto carne dato poverino famiglia. Toha [*il primogenito, nato in Bangladesh*] quando nasce, tutto fatto mio suocero. [Shuma]

La scelta del nome viene fatta dai genitori, anche se in alcune famiglie il compito spetta ancora ai nonni. Il nome del neonato viene scelto tra le pagine del Corano.

D: I nomi dei bambini li avete scelti voi?

R: Mio bambino, tutto scelto mio marito, però qualche persona mamma scelto o mamma famiglia o marito famiglia, così.

D: I nomi si scelgono tra quelli di altri parenti o famigliari?

R: No, no. No parenti. Noi non è uso mio parente qualcuno, mio nonno o mio nonno nonno. Uso quale...sempre uso Dio, quale

Corano è scritto nome. Scritto Corano dentro nome, uso sempre questo. Però noi usiamo due nome: uno nome sempre uso, un altro nome tagliare mucca o qualche parte quando sposo, uso questo nome. Questo è grande nome. [...] Noi sempre musulmano, mio Bangladesh, noi tutte persone nome due. Uno regolarmente sempre, uno uso due-tre volte. [Shuma]

Questa carrellata sugli usi e le tradizioni relative alla gravidanza, al parto e al puerperio è servita a mostrare come la presenza della famiglia, e in particolare della cerchia femminile, sia costante e assidua nella gestione di questi momenti. L'aiuto nel sostenere la fatica e nel garantire alla neo-mamma la possibilità di riposare e di riprendere al meglio le normali condizioni fisiche è una risorsa preziosa. La presenza di una rete familiare che “veglia” su di loro, che dà indicazioni e spiegazioni su quali sono i pericoli e i rischi per una donna incinta, che gestisce e regola la protezione della neo-mamma e del neonato, rappresenta una fonte inesauribile di sicurezza: basta seguire le istruzioni della famiglia e tutto andrà bene.

La migrazione, la maternità e l'assenza della famiglia d'origine: disagi e difficoltà

Con la migrazione avviene la trasformazione istantanea della famiglia allargata in famiglia nucleare (Favaro e Tognetti Bordogna, 1991), il che comporta la mancanza di figure che fino a quel momento avevano ricoperto il ruolo di guide, fornendo indicazioni e rassicurazioni. Lo spostamento geografico interrompe quella catena di sicurezze e di riferimenti noti, entro cui la coppia sapeva orientarsi: il viaggio di migrazione ha quindi anche un valore simbolico, rappresentando un passaggio che comporta la fine di un sistema di relazioni, di affetti, di abitudini e un nuovo inizio, che porta con sé un carico di insicurezza e di instabilità (Balsamo, 1997). La transizione da un modello di 'rapporti plurali e responsabilità condivise' a quello tipico della famiglia nucleare, caratterizzato dalla 'personalizzazione dei legami' e dalla 'responsabilizzazione individuale', è uno dei passaggi relazionali decisamente più complessi (Taliani e Vacchiano, 2006). Le persone

che migrano, per quanto preparate, partono sempre in qualche modo verso l'ignoto, lasciandosi alle spalle gran parte di quelle certezze che rendevano immediatamente leggibile e comprensibile l'ambiente e le dinamiche circostanti: lo spostamento in un nuovo contesto e il successivo processo di adattamento richiederanno numerosi aggiustamenti e negoziazioni.

Come ho già detto, tutte le donne che ho conosciuto sono giunte in Italia per ricongiungimento familiare, a seguito del marito, partito qualche tempo (a volte anni) prima di loro. Durante il periodo di separazione, tutte hanno vissuto a casa della suocera, collaborando alla gestione della famiglia. Alcune di loro sono arrivate in Italia già con un figlio al seguito, avuto dal marito prima della partenza per l'Italia, altre invece sono diventate madri praticamente subito dopo essere arrivate nel nuovo paese.

L'arrivo della donna segna per l'uomo un momento di evoluzione nel suo percorso migratorio: la presenza della parte femminile dà il via a un processo di radicamento nel territorio d'immigrazione, che fino a quel momento per un uomo solo era difficile, se non impossibile, realizzare. Sayad (2002) individua il punto di svolta nei processi legati alla migrazione nel momento in cui quest'ultima cessa di essere progetto individuale per diventare una storia familiare. Gli uomini, non più soli, ritrovano la famiglia, seppur in dimensione ridotta: le strategie abitative cambiano, in tavola tornano i sapori della cucina tradizionale ma soprattutto arrivano i figli. La nascita e l'arrivo dei figli modificano sempre il progetto migratorio degli adulti, le condizioni di inserimento, il rapporto con il paese di origine e con quello di residenza. La ricreazione di un "focolare domestico" in terra straniera richiede la conversione di un progetto individuale a carattere tendenzialmente transitorio in una strategia di stabilizzazione familiare (Decimo, 2005). L'immigrato straniero adulto può vivere per anni in condizioni di 'invisibilità' sociale ma la presenza dei bambini rompe questo isolamento e costringe l'immigrato ad assumere altri ruoli sociali, oltre a quello di lavoratore straniero (Favaro e Tognetti Bordogna, 1991). I genitori, quindi, sono costretti a muoversi in modo nuovo nella città, facendo riferimento a servizi e strutture necessarie a garantire una buona vita per i figli. Il progetto migratorio si ridefinisce a partire dalle paure, dalle speranze e dalle aspettative legate ai figli e la prospettiva di inserimento nella società d'accoglienza si fa meno provvisoria e marginale. La filiazione nel paese ospite si configura come un passaggio chiave nella storia

dell'immigrato, sia per il valore dell'evento che per la sua potenziale criticità: da un lato c'è la soddisfazione per la continuità della famiglia, dall'altro però i genitori devono fare i conti con le problematiche tipiche della condizione migratoria. Spesso, infatti, le normali difficoltà nel passaggio dalla dimensione di coppia a quella familiare, si sommano ai problemi legati all'isolamento sociale e alla mancanza di un 'involucro collettivo supportivo e rassicurante' (Taliani e Vacchiano, 2006: 241).

Per la donna lo spostamento comporta un doppio cambiamento e un doppio spaesamento: da figlie e sorelle diventano mogli e madri, da un paese noto, dove comunicare non rappresenta un problema, si trovano in un mondo nuovo, in cui niente è più familiare (Balsamo, 1997). Ovviamente questo accade anche per gli uomini: anche loro hanno dovuto affrontare il senso di spaesamento e di perdita, per di più in una condizione di solitudine, e anche loro, al momento dell'arrivo di moglie e figli, devono fare i conti con qualcosa di completamente nuovo, con il passaggio da un ruolo a un altro. Per entrambi i coniugi nel momento del ricongiungimento comincia un percorso di reciproca conoscenza, o quantomeno di riscoperta. Bisogna ricordare che spesso queste coppie hanno passato insieme solamente un anno o poco più, prima di rimanere separati per tempi piuttosto lunghi: per loro sarà quindi necessario intraprendere un processo di "ri-conoscimento" reciproco, per poter cominciare a costruire un'idea di famiglia e di vita stabile e confortevole. In questo senso l'assenza della famiglia estesa rappresenta un problema, perché non c'è nessuno che possa consigliare a entrambi quale comportamento tenere, come porsi nei confronti del coniuge e della nuova situazione. Mancano per entrambi i punti di riferimento e di orientamento che, in terra natia, erano garantiti dalla rete parentale. Quello del ricongiungimento è un momento tanto importante quanto critico. Il nucleo familiare viene ricomposto in un contesto sociale differente, dopo un tempo, a volte piuttosto lungo, durante il quale i coniugi hanno condotto vite molto diverse. Le ripercussioni sulla vita di coppia sono inevitabili ed è quindi necessario che entrambi procedano a un percorso di 'rinegoziazione' dei rispettivi compiti e ruoli. Spesso, più che di 'ricomposizione' del nucleo familiare, si può parlare di 'composizione' ex novo: il tempo passato col marito prima della sua migrazione a volte, come nel caso di Shuma, è così breve che il ricongiungimento nel paese d'accoglienza rappresenta l'inizio vero e proprio della vita coniugale e familiare.

Solitudine e fatica. Non potevo chiedere a nessuno “cosa faccio?”

D: Come ti sentivi durante la tua prima gravidanza in Italia?

R: Eh, paura...sì. Come tutte le donne. Normale. Paura del parto.

Mi mancava la mamma. [Salma]

Precedentemente abbiamo visto come in Bangladesh la gravidanza sia una questione sociale, gestita da una rete femminile, parentale e di vicinato, che si occupa di tutti gli aspetti inerenti la salute e il benessere della donna e, successivamente, del suo bambino. L'ambiente sociale e familiare sono determinanti nel fornire alle donne una griglia di significati e di valori indispensabili per interpretare ciò che accade nel loro corpo.

Con la migrazione, però, le cose cambiano e molte, se non tutte, le donne immigrate «si vedono depauperate di quella forte rete di sostegno al femminile che nei paesi d'origine è detentrica della gestione della gravidanza, del parto e del puerperio» (Marchetti e Polcri, 2013). La donna sente fortemente l'esigenza di interpretare il ruolo di madre, che nel contesto di migrazione risulta essere diverso e nuovo. Il nuovo status richiede quindi un lavoro di ridefinizione di sé e delle funzioni della coppia. Alcune difficoltà durante la gravidanza e il puerperio sono legate all'assenza di supporto da parte di parenti con esperienza, per cui i neo-genitori, privati di quella condivisione della gravidanza, della nascita e dell'accudimento che si realizza all'interno della famiglia allargata, sentono su di sé la responsabilità esclusiva dei figli, trovandosi spesso a dover improvvisare una competenza che non hanno e che non sempre possono socializzare. La lontananza dalla proprio rete parentale rappresenta la perdita di un intero mondo di punti di riferimento e di conoscenza.

Per le donne dover affrontare la nuova vita da sole è una sfida molto dura. All'inizio della loro permanenza nel nuovo paese, l'unico sostegno è il marito, quest'uomo che spesso è poco più di uno sconosciuto. La mancanza degli affetti, di genitori e fratelli o sorelle in primo luogo, è molto forte ed è sempre presente nei loro discorsi.

Sentito solo la mancanza della mamma. Io prima abitavo con mia suocera. Quindici anni che sto insieme con loro. Dopo quando

venuto qua, anche miei suoceri, miei cognati, tutti mi volevano bene, tanto. Anche loro piangono tanto quando sono venuta via. [Salma]

Ogni tanto manca genitori qua, quando nasce bambini. [...] Quando io arrivata prima volta non ho trovato. Anche telefono, quando telefono mio paese, un mese una volta, però due-tre minuti solo. Ho detto mia mamma: “Tutto bene. Voi come va? Tutto bene?” Ho detto così e basta...però adesso posso parlare tutto il giorno! Con skype e anche viber. C'è tante cose di internet che...senza pagare. Adesso, anche telefono un centesimo al minuto. Una volta quando comprato una carta, una scheda da dieci euro, io ho telefonato venti minuti o dieci minuti...così...mamma che difficile! [Fancy]

Le difficoltà nel mantenere i contatti con la propria famiglia, che oggi sono in parte ovviate da software quali Skype o Viber, si sommano a un motivo di tristezza più grande: non poter far conoscere i propri figli ai genitori. I figli nati in Italia, in quasi tutti i casi, non hanno mai conosciuto i nonni.

Io, quindici anni qua., io vado al mio paese quattro cinque anni una volta per un mese. Anche mie due figlie, nate qua, mai visto mia mamma, perché lei non è mai venuta qua. Ancora non ha visto lei [la bambina più piccola]. Non so quando la vedo perché io non so quando vado mio paese. Per quello mia mamma sempre manca me. Perché sempre io lontano, lei mai visto come io fatto incinta, lei solo sentita quando telefonato. [Fancy]

A volte, oltre al senso di mancanza, si fanno sentire forti le preoccupazioni per i propri familiari lontani, per i quali si può fare poco da qui.

Io qualche volta chiamo, sempre problema. Io due sorella tanto povera: un giorno una volta mangia. E così. Quando io sento così,

mio cuore tanto male. [Shuma]

Il senso di solitudine e spaesamento non riguarda solamente la sfera emotiva ma è esteso a comprendere le sfere della conoscenza e della padronanza del proprio mondo. La mancanza di un'intelaiatura familiare priva le donne della possibilità di accedere a quelle risorse culturali in grado di orientare gesti, parole ed emozioni secondo modalità prescritte e quindi rassicuranti (Taliani e Vacchiano, 2006). Le donne immigrate che si trovano a vivere la loro gravidanza in un paese straniero, infatti, sono prive di quel background culturale noto, che nel loro paese le avrebbe sostenute e accompagnate durante tutto il percorso della nascita: la sensazione che più fa paura è quella di non sapere cosa fare e di non avere nessuno a cui chiederlo. La fatica di dover gestire tutto da sole, mentre il marito è al lavoro, ricorda loro che a casa avrebbero avuto l'aiuto di tante persone.

D: Quando hai avuto la bambina più piccola, qui in Italia, come ti sentivi? Avevi paura?

R: Sì, paura. No tranquilla perché no mamma, papà, anche suocera, suocero e marito sempre a lavoro. Io sempre a casa e lavoro tanto, duro. Per quello avevo paura, perché non potevo chiedere a nessuno “cosa faccio?” [Nupur]

Quando ero incinta giù in Bangladesh non ero tanto preoccupazione perché vicino c'è tutti: mamme, genitori, suoceri. Così se io sentiva un po' male o qualcosa loro dicono «non è normale» oppure «si può succedere così, può succedere così, non c'è problema, non ti preoccupare». Così. Però quando io incinta qua, quando io sentiva male o un po' pancia duro o qualcosa sempre rimango preoccupata perché non c'è vicino nessuno di dire qualcosa. [Narghes]

La solitudine e l'assenza della madre e della suocera, del loro aiuto e dei loro consigli, si fa sentire fortemente al rientro a casa dall'ospedale, dove la neo-mamma si trova a dover gestire, impreparata, una nuova situazione, priva di qualsiasi aiuto, se non quello del

marito che non sempre può, o è in grado di, sostituire la rete degli aiuti familiari e di vicinato, che l'avrebbero sostenuta nel proprio paese (Balsamo, 2003).

Io quando vengo a casa faccio io tutto perché mio marito va a lavorare, perché padrone...va bene due giorni, tre giorni però dopo lui cominciare lavoro, non puoi che dopo una settimana, due settimane. [Fancy]

Per me difficile con bambina. C'è mia prima bambina che quando nasce la piccola ha solo quattro anni e io no fare sola. Anche fatto cesareo, no posso fare movimento. Per quello paura, pensare tanto: "cosa faccio, cosa faccio?". Però dopo mio marito aiuta tanto e allora bene. Se marito aiutare, bene, ma qualcuno non aiuta. È duro per quella donna. [Nupur]

D: Avevi qualcuno che ti aiutava?

R: Mio marito sì. Mio marito sempre quando...io fortuna...quando io incinta...luglio-agosto, mio marito ferie, quando io vomita tanto, anche tanto fame. [Shuma]

Il puerperio nell'immigrazione è caratterizzato da incertezza, isolamento e fatica, il che rappresenta praticamente un ribaltamento della situazione rispetto a come sarebbe stata in Bangladesh. Nel loro paese il periodo del puerperio è ricco di prescrizioni e divieti, che hanno lo scopo di proteggere la madre e permetterle di dedicarsi al neonato. Durante questo periodo la donna si dedica a un riposo pressoché assoluto, durante il quale si affida totalmente alla protezione e alla cura di parenti e vicine, che si prodigano per lei tanto con aiuti materiali quanto con suggerimenti e consigli.

In terra d'immigrazione, invece, una volta rientrata dalla degenza in ospedale, la neo-mamma trova attorno a sé un vuoto fatto di solitudine e di isolamento. Il periodo per recuperare le forze e ristabilirsi si riduce quindi drasticamente, a causa delle numerose incombenze che pesano sulla donna e alla mancanza di una rete di sostegno che se ne faccia carico al suo posto.

D: So che dopo il parto, e in particolare dopo un cesareo, ci vuole un po' di tempo per riprendere le forze...almeno una settimana, no?

R: Però io solo tre giorni. Quando ospedale letto, però quando tornare...perché mio marito non posso prendere permesso per me.

[Shuma]

Molte volte, per far fronte a questa situazione di difficoltà, si attuano dei meccanismi di solidarietà e di mutuo aiuto tra donne, che almeno in parte vanno a ricreare anche in terra di emigrazione un contesto di sostegno e di cura. Nupur racconta di come la sua amica e vicina di casa, Fancy, l'abbia aiutata tanto durante la gravidanza, accompagnandola alle visite, quanto durante la sua degenza in ospedale e il periodo del post-parto, prendendo a casa con sé la figlia più grande. La maggior esperienza di Fancy e la sua conoscenza del territorio e dei servizi sono state per Nupur un grande sostegno, oltre che fonte di tranquillità. Fancy stessa mi racconta di come, dopo aver vissuto personalmente l'esperienza del parto nel paese ospite, abbia fornito spesso aiuto e assistenza ad altre amiche. Altre volte si mettono in moto delle 'relazioni interculturali di buon vicinato', per cui nascono amicizie e rapporti di solidarietà reciproca tra donne italiane e donne straniere. Shuma mi racconta di quanto sia stata preziosa per lei l'amicizia di Antonietta, una signora che, ormai da parecchi anni, è amica della sua famiglia, tanto che i suoi figli la chiamano “nonna”.

Mi ha aiutato tanto Antonietta. Sempre quando io incinta piccolo, non hai andato piedi a ospedale, sempre Antonietta. Andare, tornare. Anche quando nato bambino, giorni nasce bambino, mattina andato alle otto e mezza, fino sera otto e mezza rimane insieme. [Shuma]

Le difficoltà linguistiche

Per una donna immigrata che vive la gravidanza in un paese straniero, molte difficoltà sono legate alle piccole cose che in genere si danno per scontate, come per esempio la possibilità di esprimersi, di comunicare e di comprendere quello che ci circonda. Le donne con cui ho parlato mi hanno raccontato di come hanno dovuto affrontare piccoli, ma allo stesso tempo enormi, ostacoli durante le visite con i medici. Nessuna di loro, appena arrivata in Italia, conosceva la lingua. Le prime visite dai dottori si svolgevano sotto l'ala protettiva dei mariti o di qualche conoscente residente in Italia da più tempo, dopodiché andavano da sole, pur sapendo di non essere in grado di spiegarsi né di capire.

Quando io incinta, nuova in Italia e non parla. Anche mio marito lavoro sempre giornata e dopo devo andare ospedale e allora mi accompagnava amica. [Nupur]

D: Alle visite veniva sempre tuo marito con te?

R: Primo due giorni sì, due volta mio marito venuto insieme per parlare dottore una donna. Dopo sempre io arriva perché mio marito non c'è tempo, lavora.

D: E come facevi con la lingua?

R: Linguaaaaaaa...[*sorride*] solo parlato “bene” o “no”. Non hai parlato male, solo parlato cosa capisco un po'. Qualche volta mia vicina qualcuno c'è, portato qualche volta. [Shuma]

A volte i mariti non entravano proprio durante le visite, lasciando la moglie a sbrigarsela da sola. La motivazione è data dal fatto che in Bangladesh gli uomini non possono parlare di “cose da donne”.

D: Alle visite andavi sempre da sola?

R: Sempre da sola. Io sempre sempre da sola., perché questa volta mio marito non è andato con me. Anche lui, sì, va bene, imparato italiano, però lui non può parlare di nostra cose, di queste cose di

quando io sono incinta. Mio marito non lo sa di certe cose. È un uomo.

D: Ma se non capivi l'italiano come facevi?

R: Quando non capisco il dottore mi ha spiegato bene un po' di volte. Va bene, quello che non importa lui non ha detto, quello che importa lui ha detto. [Fancy]

Al ricordo di quei momenti sorridono, come se nulla fosse, cercando di trovare il lato comico della cosa. Shuma mi racconta, ridendo di gusto, di quando il medico le ha comunicato che era incinta di due gemelli:

Quando incinta gemelli, prima volta andato Schio per ecografia, dottore parlato: “Gemelli”. Non hai capisco. Dopo parlato: “Due”. Non hai capisco. Una volta hai parlato: “Tua pancia, così due”. Io non hai capito. Dopo parlato: “Twin”. Quando parlato 'twin', inglese, un po' capisco, però io non hai pensato vero questo. Dopo seconda volta [...] mio marito parla: “Vado io!”. Dopo quando mio marito andato, quando sentito gemelli ha capisco...[ride]

È una storia divertente da raccontare ma credo che viverla sulla propria pelle non sia così semplice né indolore. Essere incinta, spaventata e disorientata, in un paese nuovo e diversissimo dal proprio, priva del sostegno della propria famiglia e incapace di comunicare: non è quella che definirei una gravidanza serena!

Quel che ho notato è che ognuna di loro, nel raccontarmi come se l'è cavata pur non capendo una parola e non essendo in grado di parlare, si sente fiera di sé, orgogliosa di essere riuscita a farcela, consapevole della difficoltà delle battaglie affrontate e vinte.

I sapori della mamma

Un altro aspetto che è risultato essere molto importante e a cui io, inizialmente, non avevo pensato è quello del cibo. In tutti i racconti è presente il grande assente: il cibo della mamma! Non solo non c'è la possibilità di mangiare le prelibatezze della cucina materna ma addirittura ci si trova a dover fare i conti con alimenti che non si capisce nemmeno cosa siano.

Quando in ospedale, io non posso dire niente. Anche di mangiare...io non conosco il mangiare tutto qua. Mamma mia, che poverina! Io mai mangiato penso. Quando arrivano infermiera per portare mangiare, io non conosco niente! Io mi ha dato mangiare, io provato un po' di riso, un po' di minestrone ma io non ho trovato bene. Mamma mia, cos'è questo? Io non capisco niente. [...] Prima quando loro è arrivato “cosa vuoi mangiare: carne o verdura o qualcosa...?” Io...cos'è carne? Cos'è verdura? Adesso cosa dico che io mangiare questa carne o verdura o qualcosa? [Fancy]

Quando io incinta gemelli, dottore parlato: “Fai mangiare tanto formaggio.” Io non mi piace perché...profumo brutto! [Shuma]

Anche un gesto semplice come mangiare diventa fonte di insicurezza o di disagio. Il cibo è l'elemento di base per una sorta di 'alfabetizzazione interna' che comincia fin dalla nascita: il latte materno prima e i sapori della cucina poi, portano in sé la prima struttura di sopravvivenza. La nostalgia per il cibo cucinato dalla mamma è il “contenitore” di una nostalgia più estesa, che riguarda molti altri aspetti della vita: è il rimpianto di un periodo ormai lontano, in cui il mondo circostante era agevolmente leggibile, fatto di usi condivisi. Il cibo di casa diventa il simbolo di tutto ciò che prima era semplice quotidianità e che ora è diventato estraneo e incomprensibile.

Noi piace mangiare nostra, di nostra tipo e qua sempre non trovo...così donne mancano mio paese, altre tutto a posto. Solo che

quando mangiare...perché qua quando una donna è incinta vuole mangiare quello che mamma ha fatto, capito? Perché io ho visto tanti che diceva “adesso vorrei mangiare quello che mia mamma una volta ha cucinato” [Fancy]

I piatti che la mamma cucinava sono rassicuranti, alludono all'infanzia, un periodo in cui c'era sempre qualcuno a prendersi cura di noi e dei nostri bisogni. Anche a me capita, nei momenti più difficili, di sentire la mancanza di certi piatti che preparava mia mamma quand'ero piccola, magari non tanto per il piatto in sé, quanto per i ricordi a esso legato, per la “ritualità” che quella specifica pietanza è in grado di evocare.

Oltre alla nostalgia, quel che può venire a mancare è quel senso di sicurezza che dà il sapere che c'è qualcuno a occuparsi della nostra alimentazione, qualcuno che ci suggerisce cosa sia meglio mangiare e cosa invece sia meglio evitare. Come ho già detto, le donne che ho conosciuto mi hanno riferito di non credere più di tanto nelle limitazioni alimentari proposte loro da genitori, suoceri e parenti: che ci diano peso o meno conta relativamente, perché l'aspetto importante di queste indicazioni è l'atteggiamento di cura e di premura ad esse sotteso.

Pratiche e ritualità tradizionali in migrazione

Gravidanza, parto e puerperio sono fasi della vita di una donna gestite socialmente e culturalmente e scandite da una serie di ritualità che hanno lo scopo di proteggere la madre e il bimbo prima, e di celebrarne l'ingresso in società poi (nel caso della madre il re-ingresso). Come illustra accuratamente Van Genep (2012: 35-42), le cerimonie della gravidanza e del parto costituiscono, di solito, un insieme compiuto, che comprende riti di separazione finalizzati a far uscire la donna dalla società, riti della gravidanza veri e propri, caratterizzati da un periodo di margine, e infine i riti del parto, aventi lo scopo di reintegrare la donna nelle società alle quali apparteneva in precedenza o di assicurarle una nuova condizione. Le ritualità hanno lo scopo di decretare il passaggio a una nuova condizione ma anche di proteggere la donna e il bambino durante questa fase di cambiamento. Le feste che in molti contesti culturali scandiscono il tempo della

gravidanza, i tabù alimentari o comportamentali che precedono e seguono il parto, le tecniche del corpo che descrivono come partorire e come accudire il neonato e le cerimonie per introdurre il neonato nel gruppo familiare e nella comunità costituiscono delle strategie molto potenti per definire la relazione tra bambini e genitori (e tra i genitori stessi) in modo socialmente corretto e quindi soggettivamente rassicurante (Taliani e Vacchiano, 2006). Il tempo della gravidanza si configura come forma quotidiana di 'incorporazione della cultura' (Pizza, 2005): la percezione e l'organizzazione della realtà sono radicate nell'esperienza del corpo, il quale assorbe un sapere attinto dall'esperienza individuale e sociale, comune e condivisa, e impara a posizionarsi sulla scena sociale.

Quello che mi chiedo a questo punto è: queste “donne translocali”, che vivono sospese tra un paese in cui non vivono più ma in cui sono nate e cresciute e un paese in cui vivono ma a cui non appartengono completamente, quale cultura incorporeranno? A quali conoscenze si affideranno per far fronte a un evento tanto importante quanto quello della gravidanza? La migrazione recide completamente i legami, rendendo impossibile mantenere vive le pratiche “tradizionali”, o qualcosa rimane vivo e attivo?

Nella migrazione, conoscenze e abitudini della terra d'origine tendono inevitabilmente a farsi più deboli, meno incisive, perché non sono supportate da un ambito sociale competente. Gli stessi saperi tradizionali sulla nutrizione, sulla cura di sé e del bambino, spesso non possono diventare pratica e gesti, perché sono diverse le condizioni di vita e di relazione (Decimo, 2005): la tranquillità che deriva dal seguire pratiche sicure, perché provate nel tempo, si dissolve in un panorama di lontananza e di assenza. La maternità rischia quindi di non essere vissuta come una grande felicità ma di essere prevaricata dalla solitudine, dalla fatica e dalla paura, ingigantite dal senso di smarrimento legato al distacco dal proprio mondo di vita abituale. Balsamo (2003) sostiene che nel contesto migratorio, la ricchezza dell'esperienza di maternità si proietta su un 'vuoto o su un'enigmatica situazione di fondo', creata dalla lontananza dal background culturale noto, da un presente spesso poco comprensibile e soprattutto dall'assenza della rete solidale di famiglia e vicinato: la “sacralità” della gravidanza, quindi, può impallidire o svanire. Spesso si perde lungo la strada il rispetto di atteggiamenti, abitudini e riti a causa, soprattutto, dell'assenza di quel contesto delle relazioni femminili che dava significato alle azioni e alle pratiche: la distanza dal proprio ambiente di appartenenza equivale alla mancanza di un intero sistema

di credenze e interpretazioni del corso della vita, non solo individuale ma anche collettivo, che determina un preciso ordine sociale (Guidetti, 2003: 151).

L'abbandono, totale o parziale, di riti e pratiche del paese di provenienza è legato a diverse motivazioni: in primo luogo, come ho già detto, l'assenza delle persone che, nel contesto d'origine, promuovevano la loro attuazione, mantenendo attivo un legame con tali credenze; un altro motivo può essere dato dal fatto che con la migrazione le persone si inseriscono in dimensioni relazionali differenti (prima fra tutte la dimensione nucleare della famiglia), all'interno delle quali può non trovare spazio il mantenimento delle tradizioni; infine ci possono essere motivazioni di ordine più pratico e immediato, come per esempio la difficoltà nel reperire quanto serve, la mancanza di tempo e di aiuto per l'organizzazione o la mancanza di spazi adatti. Lo spostamento da un paese all'altro ha fatto perdere a molti di questi usi gran parte del loro significato. Ho più volte insistito sull'importanza che le abitudini e le pratiche legate all'alimentazione e al corpo hanno nel ridefinire legami, relazioni e ruoli: nel momento in cui vengono a mancare la famiglia e l'ordine sociale su di essa strutturato, esse perdono il loro scopo e la loro importanza. Un altro motivo, che però prenderò in esame successivamente, è rappresentato dal desiderio di liberarsi da tutte le numerose prescrizioni che, per alcune donne, sono sinonimo di mancanza di libertà.

A questo punto ritengo doverosa una constatazione: è importante considerare, come sostiene anche Guidetti nella sua tesi (2003:151), il 'forte potere distorsivo che il metodo stesso dell'intervista possiede'. È infatti possibile che alcune persone, per rispondere alle domande relative all'utilizzo di pratiche "tradizionali", abbiano attinto dal loro bagaglio di conoscenze generali piuttosto che da esperienze personali (vissute cioè in prima persona). In alcuni casi questa operazione è stata esplicita e le donne intervistate mi hanno raccontato di alcune abitudini del loro paese, specificando però di non averne mai fatto esperienza diretta o di non averci mai dato più di tanto peso.

D: Ci sono delle cose che non puoi mangiare quando sei incinta?

R: C'è qualcosa ma io non crede. [...] Non c'è niente che non puoi mangiare. Tutto. [Nupur]

Ovviamente, se già nel paese d'origine tali pratiche non venivano seguite o comunque non venivano ritenute più di tanto significative, a maggior ragione non saranno adottate nel nuovo contesto .

Il rispetto delle prescrizioni alimentari è uno di quegli aspetti che con più facilità vengono lasciati indietro. Alcune delle donne con cui ho parlato mi hanno raccontato che, pur non credendo più di tanto nell'utilità di queste limitazioni – e questo è un aspetto su cui tornerò più avanti-, finché erano nel loro paese ci si adattavano per il semplice fatto che erano i genitori o i suoceri a indicarle. Rispettare le istruzioni dei parenti più anziani rappresentava una forma di rispetto imprescindibile: nel momento in cui la loro presenza e il conseguente controllo sono venuti a mancare, l'obbedienza non è più stata necessaria. Per Fancy, per esempio, l'importante è che una donna incinta mangi bene, un po' di tutto, senza esagerare ma senza privarsi di nulla:

Adesso devo mangiare bene, come qua, frutta, latte, ova, quello che mangiare bene, sì. Però quando è pressione, diabete, questo va bene, questo...lasciare quello che non puoi mangiare. Altre tutto sì. [...] Quando mamma incinta e mangia bene, anche bambino arrivano bene. [Fancy]

Le prescrizioni legate alla presenza dei *jinn* e alle attenzioni necessarie per difendersi, invece, sono tenute in maggiore considerazione. Tali indicazioni, infatti, sono legate alla sfera religiosa: l'esistenza dei *jinn* difficilmente viene messa in dubbio. Nupur, per esempio, racconta della sua paura dei gatti e Shuma spiega che, proprio per paura di queste entità, non lascia i panni stesi fuori di notte. Quel che qui mi preme considerare è il fatto che comunque, per quanto credano in queste figure, nella situazione in cui si trovano non è per niente facile rispettare questo genere di limitazioni: il contesto di vita diverso e il passaggio da una famiglia estesa, in cui i compiti venivano suddivisi tra molte persone, a una nucleare, in cui la gestione della casa e della famiglia pesa quasi esclusivamente sulle spalle della donna, rende molto difficile, se non impossibile, l'osservanza di tali norme. La donna, anche se incinta, deve uscire se è necessario, perché non c'è nessuno che possa occuparsi al suo posto delle incombenze quotidiane: l'impossibilità di prestare fede a ciò in

cui si crede può diventare fonte di paura e di insicurezza, perché si sente di non essere adeguatamente protetti dalle minacce esterne. Allo stesso modo è difficile mantenere l'abitudine di non lasciare mai il bambino da solo in una stanza: una donna sola in casa non può portare con sé il bambino in tutti i suoi spostamenti da una stanza all'altra. La mancanza di una rete parentale estesa, che garantisca presenza e controllo, è nuovamente fonte di instabilità. Anche le indicazioni relative al periodo di riposo dopo il parto, come ho già detto all'inizio di questo capitolo, difficilmente possono trovare seguito: la donna può riposarsi quel tanto che è necessario per riprendersi dal parto ma è costretta a riprendere le attività abituali in breve tempo; non c'è per lei la prospettiva di un riposo lungo quaranta giorni, perché non c'è nessuno che possa occuparsi di lei e del bambino, oltre che della casa e della famiglia.

Un aspetto molto particolare della vita in migrazione è relativo al mantenimento dei rituali e delle feste legati alla gravidanza e alla nascita. Lo *shad*, per esempio, la festa che viene fatta in onore della futura mamma, non trova posto nel contesto di migrazione, perché l'assenza della famiglia la svuota del suo significato e della sua importanza. Shuma mi racconta di non aver fatto alcuna festa qui, perché, come mi ha spiegato, non avrebbe avuto alcun senso senza sua mamma, le sue sorelle e tutte le altre parenti e amiche: la nostalgia al ricordo della festa traspare con molta evidenza dai suoi occhi. In altri casi è più facile mantenere vivi i rituali, come per esempio nel caso della recita dell'*azân* all'orecchio del neonato o del primo taglio di capelli.

L'ingresso del bambino nella comunità, celebrato attraverso la cerimonia dell'*aqiqah*, viene festeggiato a volte secondo tradizione anche nel nuovo paese, per cui si organizza una grande festa, il più possibile simile all'originale, nella moschea più vicina.

D: Qui in Italia fate la festa per la nascita del bambino, l'*aqiqah*?

R: Sì, adesso sto facendo questo. Qualcuno fanno moschea. Anche sabato, non questo sabato, l'altro sabato, sono andata che una donna ha fatto festa di moschea. Questa festa *aqiqah*. Loro sgozzato pecore, dopo portato là, cucinato là. Poi anche cucinato riso, portato anche frutta, dolci. [Salma]

Altri, invece, preferiscono delegare qualcuno al paese di provenienza perché si occupi di

tale incombenza seguendo la prassi tradizionale, mentre loro si dedicano a festeggiare con pochi amici.

D: Avete fatto la festa per la nascita del bambino, qui in Italia?

R: Sette giorni dopo [*il parto*] sistemato mio suocero tutto. Perché qua...come faccio? Come comprare una mucca? Tanto costa! No, no, non posso. Fatto mio suocero tutto.

D: Quindi qua avete fatto una festa con gli amici e basta?

R: Sì, chiamato qualcuno di mio paese Bangladesh. [Shuma]

Il contesto differente in cui vive ora la famiglia, rende difficile mettere in pratica le ritualità nello stesso modo in cui si sarebbero svolte nel paese d'origine, sia per una questione economica (il costo di un animale intero da sgozzare è diverso qui in Italia rispetto al Bangladesh, per non parlare della sua reperibilità e delle difficoltà legate alla macellazione domestica) che per una questione “sociale”: la mancanza della famiglia e della rete relazionale, probabilmente, renderebbe meno significativo un evento che viene percepito come appartenente a un luogo diverso da quello in cui si è ora: che senso ha festeggiare l'ingresso del bambino nella comunità, se durante la celebrazione non sono presenti i suoi membri più importanti?

La religione, che nel caso delle donne da me intervistate, come per la stragrande maggioranza dei bangladesi, è l'Islam, è un aspetto significativo oltre che in relazione alle ritualità, anche da un punto di vista meramente “pratico”, perché fornisce indicazioni sicure su come agire, come comportarsi, quali scelte fare. Si può dire che funzioni come un sestante, una bussola che permette a queste persone di mantenere l'orientamento in un momento della loro vita in cui tutto è incerto e in cambiamento. Le parole del Corano, dunque, possono fungere da guida e da incoraggiamento.

Io pensare cosa dice Allah, cosa dice Corano e quello io crede ma non altro. [Nupur]

La migrazione, la maternità e l'assenza della famiglia d'origine: nuove libertà

*«Ma non si può pattinare in sari» obiettò.
Razia si stava già allacciando i pattini. «Siamo in Inghilterra» disse.
«Puoi fare tutto quello che vuoi.»*

*Monica Ali*¹⁰

Finora ho considerato solamente gli aspetti critici e le difficoltà del vivere la gravidanza in un contesto di migrazione, lontano quindi dai contesti abituali, dalla famiglia e dalle dinamiche relazionali caratteristiche del paese di provenienza. Mi sono concentrata soprattutto sugli effetti dell'assenza di quella rete familiare e parentale che, nel paese d'origine, è tanto presente nel periodo della gravidanza e immediatamente successivo: tale mancanza provoca insicurezza e paura, senso di smarrimento e perdita di significato nei frangenti delle pratiche e dei rituali.

Quel che ora vorrei osservare, invece, è l'altra faccia della situazione che le donne immigrate che ho conosciuto si sono trovate a sperimentare, la faccia “luminosa”, per così dire, che si contrappone a quella “oscura” che abbiamo considerato finora.

Abbiamo visto come la famiglia, la cerchia parentale e la dimensione sociale tutta siano presenti e importanti nella vita delle persone, e in particolar modo delle donne durante il periodo della gravidanza e della maternità. Questa presenza è indubbiamente fonte di sicurezza, in quanto fornisce un quadro entro cui inserire le proprie esperienze, oltre che un punto di riferimento stabile e sempre accessibile su cui fare affidamento in caso di necessità ed entro cui ogni dubbio o paura trova risposta e sostegno. Tale presenza fissa, però, può anche diventare soffocante. L'attenzione e la cura costanti nei confronti della donna incinta (e/o della neo-mamma) possono trasformarsi in una presenza invadente e opprimente, che priva la donna di qualsivoglia libertà e indipendenza: ogni aspetto della sua vita è regolato e controllato dalla famiglia, dai parenti e dalla società in generale. La lontananza da questo contesto può dare il via alla creazione di una nuova dimensione, in

¹⁰ Ali M. (2003: 413)

cui, alla paura e alle difficoltà dovute alla solitudine, si contrappone l'affrancamento da vincoli e imposizioni, da sottomissione e obbedienza. Nel mio terreno d'indagine ho notato che questa rete di supervisione parentale e sociale, se non è venuta completamente a mancare con la migrazione, risulta comunque decisamente indebolita. Non sempre è questa la dinamica che si viene a creare: a volte i meccanismi di controllo sociale vengono riproposti anche nel contesto d'adozione e spesso vengono applicati addirittura con maggiore rigidità. È quanto racconta Monica Ali (2003) nel suo romanzo “Sette mari, tredici fiumi”, che narra le vicende di una giovane donna bangladese immigrata in Inghilterra, dove la aspetta un marito che non conosce. Il romanzo è ambientato a Brick Lane, una strada dell'East End londinese, conosciuta anche come “Bangla Town”, data l'altissima concentrazione di immigrati dal Bangladesh. In questa cornice Nazneen, la protagonista, deve fare i conti con una comunità molto radicata e molto presente, che ripropone anche in terra di migrazione quelle dinamiche di controllo tipiche del paese d'origine, mettendo in atto meccanismi di espulsione o di marginalizzazione degli elementi “devianti”. Francesca Decimo (2005), riferendosi nello specifico alle immigrate marocchine e somale, accenna alla presenza di questa rete di controllo sociale anche nel contesto migratorio, rete le cui maglie vincolano fortemente il raggio di azione delle persone, e delle donne in particolar modo. L'assenza di queste dinamiche di supervisione dai racconti delle mie interlocutrici può dipendere dal fatto che la migrazione bangladese nelle zone in cui ho svolto la ricerca è piuttosto recente, anche se in fase di espansione, per cui la comunità che si va formando non è ancora molto solida e radicata e le maglie delle reti di controllo sociale sono ancora piuttosto larghe.

Quando ho cominciato a costruire le interviste non avevo previsto il risvolto “positivo” che l'assenza della famiglia poteva avere: ero preparata a sentirmi dire quanto è difficile vivere qui, quanto sia faticoso fare tutto da sole, quanto sia forte la nostalgia del proprio paese. Oltre a questi aspetti, che erano sicuramente presenti, trovavano posto in maniera forse anche più forte, chiara e netta sentimenti di sollievo e di soddisfazione per essere finalmente lontane da un ambiente vissuto come opprimente e limitante. Direi che la parte preponderante dei loro racconti è stata dedicata a quanto siano state felici di aver vissuto la gravidanza lontane dal Bangladesh, in un paese in cui l'assistenza sanitaria è migliore (ma su questo tornerò più avanti) e in cui hanno potuto decidere da sole come gestire la propria

gravidanza e maternità. La fatica, la solitudine e la paura sono in qualche modo il prezzo da pagare per godere di questa inedita libertà. Solo Salma, la più anziana delle intervistate, non ha accennato molto al disagio per la mancanza di autonomia concessa alle donne nel suo paese. Credo che questo sia dovuto in parte all'età, che la fa appartenere in qualche modo a una generazione precedente a quella delle altre donne che ho incontrato, e in parte al ruolo che riveste sia in qualità di mediatrice per l'Ulss che come punto di riferimento per la sua comunità. Il ruolo di mediatrice la porta spesso, come ho notato in occasione dei nostri incontri, a ergersi a portavoce di tutte le donne del Bangladesh, incarnandone caratteristiche e tradizioni. Inoltre, la sua attività all'interno della comunità di connazionali la spinge forse a raccontare il suo paese attraverso un filtro che ne lasci trasparire solo alcuni aspetti e ne nasconda altri. O forse in lei la nostalgia ha sortito l'effetto di rendere più dolci i ricordi.

Nuove libertà, ovvero “quando la suocera non c'è, la nuora balla”

La figura che più di tutte incarna la mancanza di libertà riferitami dalle donne è decisamente la suocera, che dal momento in cui la nuora comunica di essere incinta, ne diventa il “guardiano” e il “personal trainer” al contempo. Ogni aspetto della vita della futura mamma viene posto sotto osservazione e diventa oggetto di controllo, a volte assillante. E agli ordini della suocera non si può non obbedire.

Questo problema che quando è incinta non vai fuori come prima, sempre casa o non puoi tanto andare lontano con corriera, con treno, sempre devi restare a casa. Perché quando con suocera, un po' difficile con suocera. [Fancy]

La suocera è la voce dell'esperienza, è colei a cui la donna si affida, e di cui si fida, per avere la certezza di star facendo tutto bene, nel migliore dei modi.

Mia suocera ha parlato, io non è abituato prima, non hai imparato prima. [...] Solo faccio. Parlato e io faccio. [Shuma]

In alcuni casi la suocera può anche diventare una specie di aguzzina, che tormenta la nuora, abusando del suo potere. Shuma a questo proposito mi ha riferito alcune voci sentite durante la sua permanenza in casa del marito:

Qualche volta suocera botte. Anche qualche volta io sente...io quando andata mia suocera casa, mi sposo, ho sentito una suocera dà botte a moglie di figlio e dopo morto moglie. Perché incinta, senza mangiato tutto la giorno, dopo tanto casino, botte e morto. Però io fortuna, no suocera così... [*ride*] [Shuma]

L'alimentazione e la libertà di movimento sono i due aspetti su cui la suocera concentra di più le sue attenzioni.

Suocera sempre vuole tenere casa, non vuole andare...perché io nata mia figlia qua, però io cinque-sei anni è stata mio paese e mia suocera sempre mi diceva: «non vai fuori, non fai questo, non mangia quello perché questo quando mangiare miei nipoti arrivano brutti». Così e così mi diceva, però questo non va bene. [Fancy]

Quando io è incinta, un mese dopo, quando io ha fatto vomita, dopo mia suocera tutto controllare: cosa io mangio, cosa non mangio, come andare, come uscire, quando uscire fuori capelli sempre chiudo come così [*raccolti in uno chignon*]. [Shuma]

L'alimentazione diventa oggetto di un'attenzione continua, che non lascia tregua né margini di scelta. Fancy racconta di come le numerose indicazioni della suocera non coincidessero affatto con quelle datele dalla madre, e al solo ricordo si innervosisce parecchio.

Lei [*la suocera*] mi ha detto che non puoi mangiare ova. Io le ho detto: «Perché ova no? È buono. Mia mamma ha detto puoi mangiare.» Perché lei mi diceva no? Dopo lei sempre mi diceva:

«Non puoi mangiare ova, no latte.» Diverso, contrario di mia mamma.

La suocera di Shuma, invece, la costringeva a una dieta molto rigida: la maggiore difficoltà affrontata durante la gravidanza è stata la lotta con la fame e nemmeno l'alleanza col marito ha sortito qualche effetto.

Mangia riso sì, mezzogiorno. Non mangia sera. Sera solo verdura o una piadina, così. Però io troppo fame, quando io incinta io troppo fame. Tanto fame. Non mangia tanto, però un'ora dopo io mangia. Però mia suocera non hai dato me. [...] Mio marito vuole «Shuma quando fame, deve mangiare», però mia suocera no. Anche mio marito qualche volta comprato qualcosa...nascondino...ha nascosto in camera e io mangiato. Perché io tanta fame però mia suocera parlare: «Quando tu mangia tanto, tu pancia tanto grossa, bambino non nasce normale.»

Quando è tornata a casa della madre per quindici giorni, in occasione dello shad, ha approfittato della “vacanza” per abbuffarsi di qualsiasi cosa le andasse.

Quando io a mamma casa, mia mamma chiede, mezz'ora dopo: «Shuma hai fame?» «Sì, dai qualcosa.» E mamma dato. Quindici giorni io tanto mangiato. [Shuma]

Basta una breve distanza dalla suocera per permettere alla nuora di trasgredire, figuriamoci quando tra loro ci si mette il mare!

Anche le limitazioni alla libertà di movimento sono vissute come un grande peso. Alcune di queste, come abbiamo visto, sono legate alla credenza nei *jinn*, e impongono alla donna incinta di non uscire a mezzogiorno ma soprattutto alla sera; parlando con le mie informatrici, però, è emerso un risvolto della questione un po' diverso, una realtà cioè in cui la convinzione prevalente è che la donna debba sempre e comunque rimanere in casa (Alim, 2009). Questo è solo uno degli aspetti legati a una divisione sessuale dei ruoli e

delle relazioni che da sempre favorisce l'uomo. In Bangladesh per una donna è difficile muoversi liberamente e uscire di casa senza essere accompagnata dal marito o da un membro della famiglia: le donne sposate o in età da matrimonio possono recarsi fuori dalle mura domestiche solo per attività che riguardano il mantenimento della casa e della famiglia. Si tratta del *purdah*, un'istituzione che controlla e regola le attività delle donne (Endrizzi, 2002: 44) e sancisce una netta divisione dei ruoli maschili e femminili. Tali abitudini stanno cambiando e questa forma di “segregazione” si sta lentamente dissolvendo ma, come sostiene Alim (2009: 309), ci vuole molto tempo per cambiare percezioni, atteggiamenti e comportamenti incorporati nelle persone.

Nostro paese, sempre marito pensare. Quello decido io, tu dici sempre sì. Però io non piace così. Però anche nostra famiglia, perché sistema fatto così. Perché marito lavora e donne niente e allora dipende da marito. [Nupur]

A questo proposito ho trovato molto divertente il racconto utopistico e femminista di Rokeya Sakhawat Hossein dal titolo 'Sultana's Dream' (Azam e Zaman, 2005), in cui la protagonista arriva in sogno in un paese chiamato 'Ladyland', dove a vivere reclusi in casa sono gli uomini, mentre le donne lavorano e gestiscono la vita economica e politica in completa autonomia. Questo sistema viene chiamato “*mardana*” invece di *zenana*¹¹: dal momento in cui è stato istituito non ci sono più stati crimini né delitti e le donne possono finalmente esercitare il loro potere e dare libera espressione alle loro abilità.

Le attenzioni particolari di cui sono oggetto le donne gravide o le neo-mamme nel paese d'origine danno, come abbiamo visto, un senso di sicurezza e di stabilità, danno conferma che si sta agendo nel modo giusto; da un altro punto di vista, però, rappresentano anche delle forti limitazioni alla libertà di scelta e di azione della donna, che spesso vede in alcune delle numerose prescrizioni un residuo di un tempo passato e ormai superato, ma da cui non può affrancarsi. Non poter decidere da sé cosa mangiare e come vivere la propria gravidanza ma dover sempre obbedire e sottostare agli ordini di qualcuno può diventare causa di disagio, di rabbia e di sofferenza.

¹¹ *Zenana* è una parola il cui significato letterale è “delle donne” o “pertinente alle donne”. Indica la parte della casa riservata alle donne. *Mardana* è invece la restante parte, riservata a ospiti e uomini.

Quando sempre dice tu sei incinta non vai fuori, fai di qua, fai così, lei [la suocera] pensava che io malata per cui io non posso andare fuori. Però questo non è una malattia, questo è una cosa bellissimo per una donna! [Fancy]

Il senso di oppressione può modificare anche la percezione del proprio stato, per cui da principessa oggetto di tutte le attenzioni ci si comincia a sentire come una donna malata o come una prigioniera, costretta a rimanere sotto osservazione costante. La libertà di uscire, di passeggiare e di incontrare le amiche, viene vista quasi come una sorta di “terapia”, che ha il potere di far andare bene sia la gravidanza che il parto, mentre le restrizioni tradizionali vengono lette come imposizioni dannose, che rischiano di compromettere l'andamento della gestazione.

Quando tu fermi e sempre stai in letto è brutto, così non uscire bambini. È meglio che muovi, anche di utero...quando noi camminare, parlare, fare cose di casa, utero sempre un po'...aprire. Quando sempre letto, sempre faccio così, guarda tv e così non riesco ad aprire utero. Io quando andato ospedale mi ha detto che quattro...come si dice...è aperto...manca poco. Ancora quattro centimetri e dopo arriva bambino. Due ore dopo è arrivato. Perché io sempre camminato, come adesso, io non ho pensato che io incinta. Mio paese sempre donna incinta pensare che adesso io incinta, non posso fare questo, non posso fare quello...questa non è una malattia! È una cosa bella, quando è incinta donna è bello! Sempre parlare, sempre vai fuori, è meglio così. [...] Quando io sono venuta qua, io sempre andata fuori, sempre parlato con qualcuno, sempre fatto lavoro casa, quello che mi piace. Così mie due bambine arrivato normale e anche poco tempo. [Fancy]

Dover sottostare a ordini di cui non si capisce nemmeno tanto bene il senso, provoca un disagio molto intenso, che può arrivare a impregnare di tristezza il periodo della

gravidanza.

Anche io vuole tanto dormire. Sera andato letto nove, nove e mezza però sveglia alle quattro, mia suocera parla: «Dai, sveglia, sveglia.» [...] Pregare. Pregare. «Dai, tu pregare.» Va bene, pregato. Dopo io vuole ancora letto. «No, vai, cammina casa dentro, non stai letto.» Mio marito due-tre volte arrabbiato, casino con mamma: «Perché tu sempre chiede, perché...Shuma vuole un po' riposare, Shuma vuole un po' dormire.» Anche mezzogiorno non faccio uscire fuori. Io dormo letto? No. Vuole siede e guarda tivu o cammina camera. Molto difficile! Io nove mesi, tutti i giorni una volta piange. Tutti i giorni. Fame, non riposo, sempre lavoro. [Shuma]

Trovarsi lontane da tutto questo, solamente con il marito al proprio fianco, significa sì non avere più l'aiuto e il sostegno della famiglia, ma significa anche non doversi più assoggettare al suo controllo e poter finalmente prendere delle decisioni da sé. La lontananza e il trovarsi in un paese nuovo e diverso, portano le donne a liberarsi di tali costrizioni e a conquistare sempre maggiori spazi di autonomia. L'assenza della suocera, in particolare, è come una boccata d'aria fresca!

Quando io incinta gemelli, io parlato mio marito: «Adesso tua mamma non c'è: io tranquillo mangia, tranquillo dormire!» [...] Mia suocera qualche volta parla: «Tu mangia questo?» Io dico no, non hai mangiato, però io mangia [*ride molto*] [Shuma]

Quando io con mia suocera, lei non piace andare fuori, io sempre restato a casa, cucinato qualcosa, basta. Quando io sono venuta qua, io sempre andata fuori, sempre parlato con qualcuno, sempre fatto lavoro casa, quello che mi piace. [...] Sì, va bene, quando non puoi fare perché io un po' male, va bene, io resto a letto però sempre no. Due-tre ore io riposo, dopo io vado fuori, in parco, a camminare, a trovare amici. [Fancy]

Guadagnare la propria libertà e affrancarsi dall'occhio vigile della sorveglianza parentale rappresenta una forma di ribellione contro i numerosi impedimenti con cui la donna avrebbe dovuto fare i conti nel suo paese, nonostante siano in atto anche lì molti cambiamenti nella direzione di una sempre maggiore indipendenza.

A questo proposito, frequentare la scuola di italiano ha un alto valore simbolico oltre che strumentale, in quanto non rappresenta solo l'occasione per acquisire una competenza linguistica ma anche un momento di incontro con altre persone, un'occasione di accesso a informazioni e conoscenze, la ricerca di una autonomia più ampia, di una promozione sociale e di una valorizzazione personale. Questa apertura nei confronti dell'esterno, che il più delle volte è suggerita, se non caldeggiata, dagli stessi mariti, dà alle donne un senso di maggiore indipendenza e potere. È importante potersi muovere, potersi arrangiare per le piccole incombenze quotidiane, come fare la spesa, andare dal medico, accompagnare a scuola i bambini e parlare con le insegnanti: è importante perché rappresenta un'emancipazione dalla figura del marito, oltre che motivo di orgoglio per essere capaci di fare da sole.

Mi piaceva di imparare italiano, prima quando io venuta qua mi piaceva sempre di imparare italiano, perché così...meglio. È anche contento mio marito quando io vado fuori da sola, anche lui contento, perché tutti uomo piace così una donna che può fare tutto da sola. Anche loro disturba quando vai padrone e dici "io domani voglio andare con mia moglie". Eh, è brutto così. Anche c'è tanti che in fabbrica prendere in giro che quest'uomo va con moglie, perché sua moglie non ha imparato...così. [Fancy]

Quando arriva qua, subito, due settimana dopo, subito andata a scuola. [Shuma]

Quando io arriva qua 2009, io un po' problema: mio marito lavoro da solo, figlio...io non capisce italiano, quando andare anche quando andato ospedale...molto difficile. Quindi quando io arrivo qua, due settimane dopo, mio marito parlato: «Tu vai a scuola.»

Meglio imparare subito italiano perché perché tutto parte difficile.
Anche quando casa non c'è qualcosa, come andiamo adesso
mercato? Come comprare quando parlare quanto costa? Molto
difficile. [Shuma]

Dai racconti delle donne si evince che i mariti, vivendo in Italia, hanno cambiato atteggiamento nei loro confronti, concedendo loro spazi di libertà e di emancipazione più ampi. Questo cambiamento è dovuto sicuramente alle diverse condizioni di vita, prima fra tutte l'inedita struttura nucleare della famiglia, ma anche alla mancanza del controllo parentale: anche gli uomini, una volta lontani da tali meccanismi, si concedono delle piccole “ribellioni”.

Il mutamento nei ruoli: il marito casalingo

La migrazione modifica, in certi casi, gli equilibri familiari precedenti e propone nuovi modelli di coppia e di relazione, ruoli diversi tra i coniugi (Favaro e Tognetti Bordogna, 1991). In questo nuovo contesto, il ruolo di controllo e tutela svolto dalla parentela è molto più debole quindi la coppia deve imparare a vivere, a comunicare e a condividere in modo differente da quello conosciuto. L'esperienza stessa della gravidanza, che nel loro paese non è oggetto condiviso di discorso ma è una “cosa di donne”, nel nuovo contesto può, o deve, diventare oggetto di conversazione tra i coniugi. Il marito spesso deve accompagnare la moglie alle visite dal medico in veste di interprete ed è quindi costretto a entrare in discorsi che tradizionalmente gli sarebbero preclusi. La mancanza delle figure femminili di riferimento, inoltre, rende i silenzi e le assenze insopportabili: nella nuova situazione la sacralità della maternità e il suo essere di esclusiva competenza femminile si affiancano a 'nuovi termini di reciprocità' nell'aiuto, che rompono la consueta separazione di ruoli tra maschi e femmine (Balsamo, 1997).

Al nostro paese, maschi non entrano nel lavoro di casa. Mai, mai.
Perché loro lavorano sempre fuori. Non entrano mai in cucina e se
loro entrano in cucina i genitori gli dicono “ma sei diventato la

donna? Perché sei in cucina?” Qua, anche adesso quando viene qua, anche donne bengalesi, anche maschi bengalesi si aiutano perché qua non c'è gente per aiutare, non c'è la famiglia, non c'è nessuno, per quello è ovvio che lui deve aiutare la donna, perché non riesce a fare tutto da sola. Per quello quando viene qua, aiutano i mariti. Tanto, no poco! Tutti i mariti aiutano, anche mio marito aiuta tanto...[ride] [Salma]

D: Quando eravate in Bangladesh, tuo marito aiutava in casa o no?

R: No. Mia paese niente. Perché uomini no, non li fa. Anche quando suocera casa, moglie seduto, marito lavoro? Suocera tanto arrabbiato! Sì, tanto arrabbiato. Quando arrivato qua, mio marito sempre aiuta. Quando arrivato qua qualche giorni, io non capisco come pulire...perché mio paese non pulire legno e specchio, tutto. Un po' diverso. Tutto mio marito imparato. Imparato piano piano, come cucinare, come apri foco. [Shuma]

In alcuni casi, come per Nupur, il marito era stato educato dalla madre, fin da bambino, ad aiutare in casa. Nella nuova situazione, quella che deve abituarsi alla novità è lei: educata a stare sempre accanto al marito, a sua disposizione, scopre una realtà in cui il suo compagno è, oltre che pienamente in grado, ben felice di fare da sé, mentre lei si occupa di altre faccende.

Chiuppano c'è cinque famiglie di bengali. Tre persone c'è che dice ogni giorno tu deve pulire, deve cucinare, quando mangia tu deve stare vicino, se uomo in casa tu deve stare in casa. Ma lui [*suo marito*] non è così. Se cucina va bene lui dice “va bene, vai con bambine a parco, fai lavoro tuo oppure guarda tv”. Mi lascia tranquilla, dice “non fare sempre per me, io posso fare da solo” [...] Ma nostro paese non è così. Ma lui no. Anche mio marito dice “non serve stai sempre vicina a me. Posso io. Faccio io.” Una volta, adesso no, io aspettavo per piatti, lui finiva mangiare e io lavavo. Adesso no, lui non lascia mai per me. Fa da solo. Lava lui. Perché

c'è bambine, c'è da fare qualcosa, lui fa subito, non lascia per me.

[Nupur]

Certe volte il riserbo per le “cose da donne”, che un uomo non può sapere, viene mantenuto anche nel nuovo contesto:

D: Alle visite andavi sempre da sola?

R: Sempre da sola. Io sempre da sola, perché questa volta mio marito non è andato con me. Anche lui, sì, va bene, imparato italiano, però lui, non può parlare di nostra cose, di queste cose di quando io sono incinta...mio marito non lo sa di certe cose. È un uomo...[Fancy]

La cosa buffa è che poco prima Fancy mi aveva raccontato, con malcelato orgoglio, che a seguirla è un ginecologo.

Quando io andato da ginecologo, mamma mia che bravo questa persona...andato da una omo...è bravo!

A volte il confronto con il nuovo paese e il processo di adattamento che esso richiede generano contraddizioni piuttosto interessanti.

CAPITOLO 3. PERCORSI DI ADATTAMENTO

Il rapporto con il servizio sanitario

Finora ho considerato solo alcuni aspetti della maternità inerenti le caratteristiche e le modalità di adattamento alla nuova situazione, soprattutto per quanto riguarda l'assenza della rete parentale e sociale di sostegno. In particolare ho cercato di raccontare le due facce di questa condizione, che da una parte comporta inevitabilmente difficoltà di vario genere ma dall'altra può riservare spazi inediti di libertà, entro cui è possibile ampliare le proprie possibilità d'azione.

A questo punto vorrei osservare più da vicino il rapporto che le mie informatrici hanno avuto, durante il periodo della gestazione, con i servizi sanitari del paese d'accoglienza. Ho concentrato l'attenzione su un aspetto molto specifico, ovvero la loro accettazione, apparentemente passiva, del modello medicalizzato di gestione della gravidanza e del parto. Dai racconti delle donne, infatti, è emersa una realtà in cui le modalità di cura tradizionali del loro paese vengono trascurate, per affidarsi quasi ciecamente nelle mani di ostetriche e ginecologhe. L'atteggiamento di presa di distanza da molte delle proprie tradizioni mi ha colto un po' di sorpresa, per cui ho cercato di delineare un possibile ordine di motivi e di individuare le radici di tale atteggiamento.

Per fare questo mi sono avvalsa anche delle opinioni e dei punti di vista delle operatrici sanitarie che ho incontrato, e di cui parlerò nel capitolo successivo, così da poter analizzare questi elementi anche da un'angolazione diversa.

Vivere la maternità in Bangladesh

È impossibile parlare di gravidanza e di parto senza riferirsi alle strutture ospedaliere, ai medici e alla medicina in generale. Le donne che ho intervistato, infatti, hanno partorito in ospedale anche nel loro paese. Il modello medico ufficiale occidentale è stato esportato in

Bangladesh nel periodo coloniale e post-coloniale, ed è, soprattutto in tempi recenti e nelle zone urbane, il sistema più diffuso. Al momento della gravidanza in Italia, dunque, è stato normale per le donne che ho incontrato rivolgersi al medico (inizialmente al medico di famiglia) che le ha poi indirizzate verso i servizi sanitari pubblici e in particolare verso il consultorio.

Bisogna precisare che questa immediatezza nell'approccio con la medicina è dovuta anche alla provenienza delle mie informatrici, che arrivano tutte da situazioni abbastanza agiate rispetto al livello generale del loro paese. Tutte, infatti, hanno sottolineato le differenze esistenti tra i vari strati della popolazione e, soprattutto, tra la popolazione urbana e quella rurale, caratterizzate sia da diverse possibilità di accesso alle cure mediche (tanto da un punto di vista economico quanto da un punto di vista geografico) che da un differente grado di utilizzo, imputato dalle intervistate per lo più all'ignoranza e all'arretratezza delle condizioni di vita nelle zone rurali.

Io ho partorito sempre ospedale però c'è tantissima gente che ancora fanno partorire in casa. [...] Casa nostra c'è gente che abita città, gente che abita campagna o villaggio. Mio paese se tu dici villaggio...proprio villaggio: non c'è luce, non c'è gas, non c'è strada come qua, c'è strada di terra, capito? Non è come qua. [...] C'è proprio campagna. Lì ancora ospedale è lontano, per quello tanta gente non vanno a ospedale a partorire. Fanno in casa. [Salma]

Mio paese una volta sempre nato in casa. Dopo, quando tutte persone un po' imparato che non va bene in casa perché pericoloso, dopo adesso tutti quanti va in ospedale. [...] Però mio paese tanto privato, tanto da pagare. [Fancy]

Per le mie intervistate, il parto in casa è sinonimo di pericolo, arretratezza, ignoranza e povertà: la mortalità materna e infantile, il cui alto tasso è confermato dai rapporti dell'OMS (World Health Organization, 2010 e 2015) viene attribuita perlopiù al parto tra le mura domestiche, che avviene senza un'assistenza qualificata se non quella delle *dainis*, le

levatrici, che spesso sono donne anziane e analfabete, la cui unica scuola di preparazione è l'esperienza.

D: Qui in Italia sta un po' tornando l'idea di partorire in casa invece che in ospedale.

R: Ah sì? [*ride*]. Io avrei paura.

D: Preferisci l'ospedale? Ti pare più sicuro?

R: Sì, sì, sì. È più sicuro. Mio paese, l'ostetrica, quella che viene a casa a farti partorire, non è studiata o laureata. Loro ha esperienza, solo così. C'è tante ostetriche che non sa neanche leggere, non è andato mai a scuola! [Salma]

Quelli che abitano in città, loro di solito vanno dal medico, per vedere come sta andando la gravidanza. Però quelli che abitano campagna o villaggio, c'è tantissima gente che non andato neanche a scuola, non ha studiato neanche. Loro non capiscono che devono andare dal medico. Loro pensano che quello che dice la mamma, i genitori, che devi restare così e così basta, è protetto. [Salma]

Una volta sempre a casa, adesso cambiare sistema. Adesso cambia pensare, ogni genitori anche suocero, suocera pensa a casa pericoloso e meglio ospedale. [Nupur]

Normale ancora è nato bambino però un po' fuori, non capitale, ancora a casa è nato bambino. Perché mia mamma mi ha detto che due settimane fa, mia cugina nato un bambino e fatto casa, con una donna. Non è che ha studiato, non è come infermiera, lei è una donna che sempre vedono come...no tanto...esperienza, così loro fanno. Perché loro poveri, loro non ha tanto soldi per andare ospedale, però è difficile quando tu fai casa è nato. È troppo difficile di donna...mamma mia...da morire! Perché lei non ha esperienza di come fare questo bambino, però quando è infermiera sa tutto perché lei ha studiato queste cose. [Fancy]

Anche tante donne io ho visto che quando è nati bambini è morta. Perché a casa ha provato con questa donna [*la levatrice, o dai*], quando non è uscito è andata ospedale ultima ora, così o bambino è morto o lei, o la mamma è morta. Tante morivano. [Fancy]

Le *dainis* vengono descritte come donne prive di preparazione medica, che sanno a malapena quello che stanno facendo e che in molti casi non capiscono nemmeno bene la posizione del feto. Fancy dice addirittura che le fanno paura.

Tutti zia, io ho sei zia, io quando piccola visto che quando mia zia è nata una bambina sempre una camera di casa arriva una donna, però non è infermiera, non capisce niente bene. Arrivano e due-tre giorni dopo nato questo bambino o bambina...mamma mia che peggio! [...] A me fa paura queste donne! [*ride*] Perché quando un bambino è dentro pancia e gira, loro non capisce, perché loro mai studiato di questa cosa. Loro sempre mano va dentro, fare qualcosa, però non capisce che è girato. Loro pensano ecco adesso arriva così e così...mamma mia, due-tre giorni dopo è nato questo bambino e donna...tutto a morire quasi! [Fancy]

Mia suocera e suocero un po' paura casa, forse qualcosa...Perché mio paese prima tante donne quando bambino nasce, mamma morto. Perché a casa sempre nasce bambino, non capisce e o bambino morto o mamma muore, così. [Shuma]

Anche la povertà è ritenuta uno dei fattori che incidono sull'alto tasso di mortalità, sia direttamente, poiché una donna malnutrita non ha energie e risorse sufficienti per portare a termine positivamente la gravidanza, che indirettamente, perché i poveri non hanno accesso alle strutture sanitarie e non svolgono quindi i controlli prenatali.

Altre tante donne ha quello di poco soldi e loro non puoi comprare, perché frutta tanto costa, ova tanto costa, latte tanto

costa e non puoi prendere sempre e allora sempre mangiato riso. Per quello loro quando nato bambino non hai tanto energia di corpo, perché quando riso, tu te arrivano lento, però quando tu mangi verdura, tanto frutta, tutto fresco e così ti da energia, forza quando è nato bambini. Questo è un problema perché tutto non è che puoi comprare tutto, perché mio paese c'è un po' ricco, anche c'è *middle*, quella che è nostra, noi non è tanto ricco non è tanto poverino...normale. C'è anche poverino, quello che non c'è tanto soldi e poco soldi c'è donna e quattro-cinque-sei bambini. E adesso cosa mangia lei? Quando lei ha quattro bambini, danno a bambini o mangia lei? Cosa fa questa donna? Mangia poco. Così bambina quando nata, e anche bambino, come si dice...no tanto garanzia. Perché quando mamma incinta e mangia bene anche bambino arrivano bene, quando mamma mangia sempre riso, dopo bambini arrivano così...non cresce tanto. Perché loro sempre fanno bambini ogni due anni, ogni tre anni, così...anche donna così sempre da morire, non c'è tante analisi e sempre muore. [Fancy]

Il Bangladesh è un paese in cui un terzo della popolazione vive in povertà e un terzo appena al di sopra della soglia di povertà (Walton & Schbley, 2013). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità in questo paese si riscontra una grave carenza di pratiche prenatali e post-parto, il frequente ricorso ad aiutanti non qualificate e un tasso di mortalità e di morbilità materna e infantile tra i più alti del mondo (World Health Organization, 2010 e 2015), nonostante negli ultimi anni siano stati fatti progressi per migliorare. Nel rapporto dell'OMS del novembre 2015 sulla mortalità materna si legge che il 99% di tutti i decessi avviene nei paesi in via di sviluppo, di cui il 33% in Asia Meridionale. A livello mondiale la mortalità materna si è ridotta, dal 1990 al 2013, del 44% e per quanto riguarda nello specifico il Bangladesh, secondo lo studio di El Arifeen (2015), è diminuita del 5-6%: nonostante questi miglioramenti il numero di morti per cause legate alla gravidanza o al parto rimane comunque molto alto in Bangladesh. I motivi sono riconducibili a una scarsa, se non nulla, accessibilità a cure pre e post-natali e a cattive condizioni di vita e di salute. Il problema della diffusa povertà si somma quindi a

un'assistenza sanitaria che rimane inaccessibile per molte donne.

Afsana (2003 e 2009) descrive un panorama in cui all'alta diffusione di parti in casa (circa l'85% delle nascite), soprattutto nelle zone rurali, fa da contraltare un sistema sanitario scadente, poco efficiente e molto costoso. Per molte famiglie povere, andare all'ospedale significa incertezza e paura per i costi enormi cui non possono far fronte. Il costo totale per un parto normale oscilla tra le 800 Tk (circa 9, 20 €) e le 1600 Tk (circa 18,40 €), mentre per un cesareo il costo può salire fino a 15000 taka (circa 173 €) (*ibid.*). Bisogna inoltre aggiungere al conto la spesa per il trasporto e un extra per le infermiere, che si aspettano di essere pagate per l'assistenza che offrono. Visti così i costi non sembrano poi esorbitanti ma il loro peso cambia se si considera che lo stipendio medio di un operaio in Bangladesh ammonta a 30 € al mese. Servono molti soldi, che i poveri non hanno.

Bangladesh tutto deve pagare. Anche qua deve pagare ma poco. O anche non è pagare. Ma nostro paese tutto deve pagare. Il dottore scrive e tu dopo va laboratorio e prende sangue, urine e anche quelli pagare. Nostro paese deve pagare tutto. [...] A nostro paese quando nasce bambini aiuta sempre mamma, sorella. Dottori solo vede. C'è qualcuno che lavora a ospedale e fa qualcosa ma tu deve pagare. Ma tanto tanto pagare, no poco. Adesso ogni persona pochi soldi partorire casa, perché non può pagare ma se qualcuno lavoro buono, allora va a ospedale.

[Nupur]

Mio paese tanto privato, tanto da pagare. [...] Mio paese, quando vado di una ecografia, sempre da pagare, pagare tanto. E per questo tante donne non vuole andare medico. [Fancy]

Dottore non è buono. Pago soldi -mio paese tutto pagare- però pago soldi e risposta niente, niente. [Shuma]

L'alto costo delle prestazioni, poi, non è commisurato alla qualità del servizio: gli edifici sono male organizzati, le stanze di reparto e i bagni sono ambienti congestionati e sporchi

e per avere i servizi necessari bisogna sempre pagare qualcuno. Afsana riporta la descrizione che fa una famiglia dell'ospedale pubblico: «i pavimenti erano scoloriti, appiccicosi di sporcizia e punteggiati di sputo, vomito, sangue e urina in alcune zone. Residui di cibo, batuffoli di cotone usati e documenti erano sparsi sul pavimento. Le ciotole di latta usate come contenitori per la spazzatura erano state lasciate aperte sotto i letti, con conseguente cattivo odore. Le lenzuola erano scolorite e vecchie e venivano cambiate solo quando arrivava un nuovo paziente. Le finestre erano perlopiù chiuse, creando un'atmosfera soffocante. Pazienti, assistenti e anche infermiere spruzzavano acqua sul pavimento e sulle pareti mentre si risciacquavano le mani o la bocca. Le persone sputavano sul pavimento e anche sul muro.» (2009: 8, *traduzione mia*). Anche il lavoro di Andaleeb (2000) conferma lo scarso livello delle prestazioni offerte negli ospedali, in particolare in quelli pubblici, che vengono definite come 'inaccettabilmente basse per qualsiasi tipo di misurazione convenzionale' (*ivi*: 95).

Il racconto che ha fatto Shuma del suo parto in ospedale non si allontana di molto da questo scenario:

Ospedale...mio paese ospedale brutto, brutto, tanto brutto. Mio suocero, mio marito e anche mio cognato, insieme mi ha portato a ospedale. Quando andato a ospedale, subito preso una infermiera, Bangladesh dire *sister*, arriva e dire “vai vai, andare questo camera”. Questo camera non c'è letto. Sotto, per terra lasciato me. Io tanto piange, perché io non abituare terra dormire. Perché quando nasce normale bambino sempre lascia terra a ospedale. Mio marito tanto arrabbiato e dice “Guarda, perché tu non lascia sopra letto?” “Perché dopo è sporco”. Eh! “Tu dorme e sporca sì, però sopra, perché dopo bambino quando nasce anche mia moglie tanto male”, perché io non abituare senza letto dormire. Anche quando arriva una *sister* a parlare dice “Tu prende finestra, in piedi”, tutto piedi. Io parlato “Come piedi? Io sentire tutto scende giù, come piedi? Non posso così piedi!”. Allora *sister* arrabbiato, io parlato “Tu arrabbiato? Va bene. Perché io faccio male. Come faccio io piedi?”. Dopo arriva un dottore. Dottore parlato e detto “Va bene”,

un po' arrabbiato, detto "Va bene, lascia stare sotto, terra. Quando vedo arriva bambino, dopo tenuto". Fino mattina alle sei, io tanto male, tanto piange, perché prima volta. Tanto male. Dottore...mio marito tre, quattro volte ha chiamato dottore e dottore sempre "Arrivo, arrivo" però non arriva. Dopo quando...io...abito qua adesso questa casa, un po' lontano, centro mia ospedale. Di là abita una mia cognata, mio marito sorella. Quando io andata ospedale dopo questo sorella arrivato vicino me. Dopo quando mattina le sei, lei visto arriva testa giù. Quando lei visto, lei tanto piange, lei non ha mai visto prima, non è abituata così. Subito chiama "Forse arrivata testa uno bambino", dopo arriva *sister*, dopo...tagliato, sotto, subito tagliato, parlato "Ha testa tanto grande" subito tagliato, non hai attesa [*forse voleva dire anestesia*] o...io subito preso male...perché quando tagliato subito male. Dopo nasce bambino bene, sì, sì, però tagliato tanto [*mi fa vedere la misura con le dita*]...otto puntini. Quasi dieci giorni tanto fatica andare bagno. Molto dolore, molto. [...] Due, tre ora dopo io tornare casa. Perché io non piace terra. Loro parlare "Oggi tutto la giorno terra e sera uscire letto". Io parlato "Io subito vado casa". Perché io sente sta bene, bambino bene. Perché io non piace. Anche lasciato uno bagno, comune. Tutto andare bagno, tornare. Io seduto qua terra, uno bagno qua, tutto andare e tornare signora. Come schifo! Dopo io parlato mio marito "Guarda io vado casa, fa doccia, dopo io tranquillo". Io tornato casa, mia suocera aiutato, fatto doccia, dopo dormito tutto la giorno. Bene.

Nemmeno Nupur ha bei ricordi, ma soprattutto sottolinea la mancanza totale di assistenza:

Ospedale non buono, non aiutare tanto dottore e anche infermiera. Solo fa puntura e flebo, anche pastiglia, controllo e basta. Dopo ogni giorno quattro volte o tre volte deve prendere pastiglie. Aiuta chi? Mamma o sorella o anche suocera. [Nupur]

Un altro aspetto da sottolineare è la mancanza di fiducia verso i medici e gli operatori nel loro paese, nei confronti dei quali muovono critiche piuttosto pesanti. Dalle parole delle mie informatrici, sembra addirittura che vengano praticati numerosi cesarei anche quando non è necessario, con il solo fine di guadagnare di più.

Se serve cesareo, fa cesareo. Ma se non serve, perché fa cesareo?
Perché quando fa operazione c'è soldi. Per operazione devi pagare.
[Nupur]

Adesso penso...95% nato cesareo, 5% nato normale. [...] Perché tutto di privato. Quando tu fai un cesareo trovano quattrocento euro e invece se nasce una bambina normale non c'è soldi per medico, capito? [...] Mio paese medico diverso. Loro trovano soldi, loro non guardano dopo cosa fanno questa donna. Loro sempre pensano da loro, che loro trovino tanti soldi quando fanno un cesareo.
[Fancy]

Queste considerazioni trovano conferma anche nell'analisi di Andaleeb (2000: 100), relativa proprio alla qualità dei servizi negli ospedali pubblici e privati in Bangladesh, che riporta come noto il fatto che gli ospedali privati cerchino di aumentare i loro profitti fornendo spesso servizi inutili se non addirittura dannosi.

Se queste sono le premesse, ovviamente non può che esserci mancanza di fiducia. Le donne con cui ho parlato non si sentivano sicure né tranquille durante il parto in ospedale, e il costo delle analisi e delle visite di controllo non dava loro la possibilità di essere seguite come avrebbero desiderato. C'è da dire che probabilmente l'alta percentuale di cesarei è dovuta anche al fatto che le donne che risiedono in campagna, lontano dalle strutture ospedaliere, si affidano alle levatrici indigene per avere aiuto durante il parto in casa, e ricorrono alle cure mediche solo nel caso in cui il parto presenti difficoltà. Spesso quindi, i medici si trovano a dover intervenire in situazioni già compromesse e non possono far altro che effettuare un cesareo.

Secondo Afsana (2009), negli ospedali bangladesi la conoscenza indigena delle *dainis* (le levatrici) è continuamente sfidata e le loro pratiche sono criticate duramente, in primo

luogo per la scarsità di igiene. Per l'autrice, tale indifferenza per il sapere delle levatrici tradizionali è il risultato della svalutazione coloniale della conoscenza indigena. Nel contesto di studio in cui ha lavorato l'autrice, una zona rurale del Bangladesh piuttosto isolata, le donne preferiscono comunque aderire alle pratiche di nascita indigene, in casa, assistite dalla *dai* e dalle familiari, e mostrano forme di resistenza nei confronti delle pratiche ospedaliere, perché spaventate dalle relazioni impersonali, dai costi alti e dalla spiacevolezza dell'esperienza del parto ospedalizzato. In Bangladesh le donne ritengono che partorire richieda forza mentale e fisica: queste si influenzano l'un l'altra, dando vita all'unione di mente e corpo. Questa connessione armonica di mente e corpo è intensificata dalla cooperazione sincronizzata di tutte le donne che partecipano all'evento nascita. Le donne, infatti, soprattutto nelle zone rurali, condividono la loro esperienza fisica raccontando storie, generalmente sulla loro esperienza di parto, e fornendo supporto emotivo. Questo aspetto "narrativo" ricorda la descrizione a opera di C. Lévi-Strauss (1966) di un parto difficile tra i Cuna (Panama), che si svolge come una sorta di lungo incantesimo con una serie di canti atti a facilitare il travaglio. Tali canti hanno lo scopo di condurre la donna dove vive Muu, potenza fabbricatrice dei feti che, diventata improvvisamente avversa, si è impadronita dell'anima che sta per nascere. Attraverso un linguaggio simbolico vengono rappresentati i dolori del parto e il percorso che il bambino deve intraprendere: una volta nominati, i dolori vengono eliminati e, una volta narrato, il cammino di Muu mostra il percorso al neonato, che può così compiere la discesa che lo porterà alla nascita. In modo simile, la presenza e il sostegno delle donne spinge la partoriente a partecipare attivamente al parto: le esperienze condivise dalla cerchia femminile diventano incorporate, costruendo quindi socialmente una conoscenza interiore. Il ruolo delle altre donne è cruciale per la buona riuscita del parto.

L'ospedalizzazione del parto comporta la rinuncia a questo genere di conoscenza, per sottomettersi completamente all'autorità medica. La biomedicina è infatti un sistema medico che tende a privilegiare l'aspetto biologico e a ridurre, se non a negare, la dimensione socioculturale dell'evento. L'esperienza del parto in ospedale può quindi dare alle donne una sensazione di alienazione, di essere in un mondo diverso, nel quale al paziente è richiesto solamente di essere docile. L'interazione tra dottori e donne, in genere, non comprende comunicazioni verbali dirette: la donna deve semplicemente sottostare alle

indicazioni dei medici (Afsana 2009). È evidente la differenza tra la relazione verticale, fondata sul silenzio e l'obbedienza, che si instaura tra medico e paziente e la rete di relazioni orizzontali che invece si viene a creare durante il parto in casa tra le donne presenti e che costruisce il racconto del parto a partire da una conoscenza incorporata.

In questa sede, comunque, non è mio specifico interesse approfondire questo aspetto: quel che al momento mi interessa è osservare quale posizione assumano le donne che ho incontrato rispetto al modo di partorire “tradizionale” del loro paese e a quello medicalizzato.

Riassumendo quanto detto finora, abbiamo visto come per le mie informatrici il parto in casa sia sinonimo di terrore e venga da esse relegato nella sfera dell'arretratezza, della mancanza di conoscenze e della povertà. Il parto medicalizzato, invece, è visto come segno di modernità e di adeguamento ai tempi, nonché come garanzia di maggiore sicurezza. Le strutture mediche presenti nel loro paese non forniscono però servizi adeguati e presentano dei costi che per la maggior parte delle persone non sono assolutamente sostenibili. La sensazione che ho avuto, parlando con queste donne, è che piuttosto che partorire in casa, assistite solo da una *dai* che ritengono incompetente, preferiscano affidarsi alle strutture mediche che, per quanto scadenti, danno loro maggiori garanzie di successo e alleviano i loro timori. È frequente nei loro discorsi il riferimento all'elevata mortalità materna, che spesso viene accostata proprio al parto in casa. Decidere di rifiutare il parto tradizionale significa per loro mettersi al riparo da rischi troppo alti e da minacce da cui la cerchia femminile e la rete parentale non sono in grado di proteggerle.

Vivere la maternità in migrazione

Per le donne che ho intervistato, l'approccio medico alla gestazione e alla nascita non ha rappresentato una novità: tutte infatti hanno raccontato di aver partorito in ospedale anche nel paese d'origine, di essere state seguite dai medici, e di essersi sottoposte ad analisi e controlli simili a quelli svolti in Italia. La medicina e l'ambiente ospedaliero rappresentano quindi in qualche modo una specie di elemento di raccordo tra l'esperienza avuta nel paese d'origine e quella avuta in Italia. La differenza sostanziale sta, semplificando, in due punti

principali: la mancanza della famiglia e la diversa qualità dei servizi sanitari.

L'assenza della propria cerchia di sostegno fa sì che i medici diventino i nuovi punti di riferimento, gli unici disponibili in situazione di migrazione. Questo genera nelle donne un sentimento di fiducia molto forte, che a volte sembra ridurle addirittura a un docile silenzio. Come vedremo più avanti, uno dei punti critici nel rapporto tra queste donne e gli operatori sanitari sta proprio nel loro silenzio, nella mancanza di comunicazione e di condivisione. Da un altro punto di vista, le donne si appoggiano moltissimo alle strutture sanitarie perché sfruttano a pieno le opportunità che esse offrono, e che risultavano inesistenti o inaccessibili nel loro paese. L'atteggiamento nei confronti dell'ambiente medico nel contesto di migrazione è dunque positivo e fiducioso.

I medici come nuovi punti di riferimento

Abbiamo visto precedentemente come l'assenza della famiglia possa rappresentare una difficoltà per le donne che si trovano a vivere la gravidanza in un paese lontano, in particolare perché viene loro a mancare quel sistema di riferimenti su cui avrebbero potuto fare affidamento nel loro paese. È necessario quindi che i soggetti trovino altri punti fermi, altre fonti di sicurezza in grado di fornire loro consigli e conferme. Le criticità che emergono da questa situazione non rendono scontate le modalità di risposta a questo bisogno. Parlando con le mie informatrici, ho cercato di capire quali fossero questi nuovi punti d'appoggio, in chi o in cosa abbiano trovato la sicurezza di cui sentivano la necessità: a quanto pare i medici e gli operatori sanitari sono diventati per loro i punti di riferimento sostitutivi della famiglia.

D: Non avevi nessuno a cui chiedere consigli, giusto? Avevi paura?

R: Eh, sì. Ma tranquilla per ospedale. Loro aiuta tanto. No come in Bangladesh. [...] Qua meglio, per quello posso stare tranquilla. Prima paura...”ma cosa faccio senza mamma?” ma dopo buono. Anche quando fatto cesareo, no paura, non tanto. C'è stato una donna, vecchia...mamma mia...come mia mamma. Lei tanto cara, lei abbracciare e dare bacio e dire “no paura, no paura” e io pianto tanto...[Nupur]

Spesso, come mi racconta Giovanna, una delle referenti del progetto di mediazione linguistico-culturale e del servizio di clinica transculturale dell'Ulss di Thiene, le donne straniere, e in particolare quelle immigrate dal Bangladesh, ricorrono ai servizi sanitari anche per questioni banali.

Spesso le donne del Bangladesh, la maggior parte diciamo (è difficile generalizzare), richiedono interventi del pronto soccorso perché hanno un po' di mal di pancia, perché hanno qualche contrazione, nonostante il medico spieghi loro che qualche contrazione è normale. [...] Loro accedono molto ai servizi sanitari, anche a quelli d'urgenza, anche per cose abbastanza banali. Questo l'abbiamo discusso anche al gruppo che facciamo mensile con le donne del Bangladesh: loro hanno detto che la gravidanza è una questione del gruppo femminile e chi può dare informazioni sulla gravidanza, a parte la mamma e la suocera che qua non ci sono, è il medico... L'importanza del medico sta anche nel fatto che può dare delle informazioni al marito, perché anche lui non ha il gruppo delle donne che gli dice “no, tua moglie deve fare così...”. La mamma, cioè la suocera della signora incinta, sicuramente direbbe al marito, nel loro mondo, “lasciala lì, lasciala riposare” e così via. [Giovanna, infermiera]

La mancanza della cerchia femminile mette in difficoltà anche l'elemento maschile della coppia, che perde anch'esso i suoi riferimenti, rimanendo solo a interpretare i segnali che il corpo della moglie gli manda, senza avere nessuno che lo aiuti a decifrarli, e vedendosi costretto a oltrepassare quella soglia di separazione tra ciò che è di competenza maschile e ciò che invece riguarda esclusivamente l'universo femminile. In questa situazione di disorientamento, l'appiglio più immediato è proprio quello offerto dal servizio sanitario.

Spesso la parola viene data all'esperto: se ordina un medico, si fa.
[Giovanna, infermiera]

Il medico diventa la fonte primaria di sicurezza e di tranquillità, per cui i suoi consigli vengono seguiti scrupolosamente, mentre spesso le indicazioni di genitori e suocere vengono accantonate.

D: Quando eri incinta qui, seguivi le indicazioni che ti dava tua suocera o comunque tradizionali del tuo paese?

R: No, no. Io non hai fatto qua. [...] Quando dottore hai parlato, io faccio tutto.

D: Quindi ti fidi dei dottori...

R: Sì, sì. Mio marito parla: «Shuma, dottore quando parla, dottore lo sa come bene. Per quello tu non pensare mia mamma o mia paese qualcosa» [Shuma]

A volte i consigli della mamma vengono tenuti in considerazione, ma solo dopo averli raffrontati con quelli del medico.

D: Tu seguivi sempre i consigli del medico o chiamavi anche tua mamma e chiedevi anche a lei?

R: Dipende. Quando dice mia mamma fai così, devi stare così e dice anche dottori, va bene così. [Nupur]

L'autorità del medico e la fiducia nelle sue conoscenze e competenze esautorano le donne della famiglia dal ruolo di esperte che tradizionalmente le caratterizzava. Come racconta Rossella Cevese (2007), riferendosi alle immigrate marocchine, nel paese d'origine le pratiche di cura sono prerogativa delle donne e sono proprio le più anziane che tendenzialmente conservano questi saperi, mentre le donne più giovani, pur avendo probabilmente acquisito le informazioni, spesso non le utilizzano e tendono ad affidarsi ai medici.

Con la migrazione il ricorso alle pratiche tradizionali del proprio paese è limitato: molte di tali pratiche perdono, almeno parzialmente, il loro significato e tendono a essere sostituite dalle nozioni e dagli usi della medicina ufficiale occidentale. Migrando ci si

allontana dal proprio ambiente, per cui alcune abitudini vengono smarrite lungo la strada oppure vengono messe da parte perché il contesto di vita è mutato e non è più adatto ad accogliere quel che si praticava prima. C'è da dire che le donne che ho incontrato erano già in partenza, quando ancora risiedevano nel loro paese, piuttosto scettiche riguardo le pratiche tradizionali e seguivano le indicazioni dei parenti solo perché in quella situazione non potevano fare diversamente. Come abbiamo visto, una volta lontane dal controllo familiare hanno lasciato cadere alcune pratiche abituali per seguirne altre, che ritenevano migliori o più adatte a loro. Ovviamente non tutto è stato lasciato andare: la credenza negli spiriti, per esempio, ha continuato a esercitare la sua influenza anche a distanza. Quel che è cambiato è la modalità di relazione con le regole e le abitudini che prima erano loro imposte nella gestione della gravidanza (e della vita in generale), con le quali è stato possibile scendere a patti, avendo esse perso nel contesto della migrazione il loro carattere di obbligatorietà. Balsamo (1997) fa notare che con la migrazione vengono in qualche modo rivoluzionati i modelli culturali di riferimento e nuove strategie identitarie prendono posto nelle dinamiche quotidiane: le donne immigrate desiderano integrarsi nel nuovo ambiente, quindi tendono ad adeguarsi al modello culturale vigente. La delega quasi totale agli specialisti può essere quindi spiegata con questo bisogno di aderire alle aspettative del paese di accoglienza. Non metto in dubbio che possa essere così ma credo che, almeno per quanto riguarda le persone che ho conosciuto, la delega agli specialisti sia, più che un tentativo di integrazione, una forma di presa di distanza dalle pratiche diffuse nel loro paese d'origine e dal loro carattere vincolante.

Cogliere le opportunità

La medicalizzazione della gravidanza e del parto che vige in Italia non è stata vissuta come un'intrusione in un evento naturale, ma come il miglioramento di un modo di gestire tali momenti già ampiamente conosciuto e facente parte del proprio orizzonte. La possibilità di accedere alle cure e di sottoporsi ai controlli necessari in modo pressoché gratuito ha rappresentato per queste donne una conquista impagabile, che ha allontanato lo spettro della mortalità materna e infantile e ha regalato tranquillità. Nelle loro parole non

ho trovato particolari cenni di disagio, né critiche o scontentezza ma solo una forma di soddisfazione per aver potuto partorire usufruendo di un'assistenza sanitaria di qualità e a costi accessibili.

D: Che differenze ci sono tra essere incinta in Bangladesh e qui?

R: C'è ospedale! Tanto aiutare qua. [Nupur]

Mie due figlie nate qua: è bellissimo! E loro sempre simpatica, sempre...non trovi soldi o niente. Va bene, anche loro prende soldi di mio marito da busta paga...[...] Però è meglio! Quando io nata questa bambina [*la più piccola*] io quando andata a fare esame di sangue, di ecografia, tutto senza pagare. Però mio paese non è come qua. Quando è incinta, lei ha fatto esame, lei sa che è incinta. Dopo, quando lei vuole andare, che sente male, “va bene, io sento un po' male allora adesso vado”, però no obbligo come qua. Non è obbligo, quando io vuole, io vado. [...] Non è come qua. Qua quando è incinta, iniziato a due mesi o tre mesi, finché non arriva bambini, sempre vai a ospedale, sempre. [Fancy]

Il ricorso ad analisi e controlli è percepito come un obbligo. Le operatrici sanitarie mi hanno raccontato che le donne del Bangladesh sono molto attente alle indicazioni che vengono date loro e che, a differenza di altre donne provenienti da paesi diversi, non rinunciano mai a un controllo o a un esame prescritto, anche nel caso in cui sia a pagamento.

Per esempio le africane, se do da fare un esame in più, che magari è a pagamento, tornano e ti dicono “era a pagamento, non l'ho fatto”. Le Bangladesh no. Magari sono 15 euro, non sono esami costosi [...] Però l'africana non ci pensa mica, anche se sono 3 euro, non te la fa. Invece la Bangladesh sì. Non ho mai avuto una signora che mi ha detto “no, perché è a pagamento”. [Sara, ostetrica]

Sicuramente ci sono stati degli scogli da superare e delle difficoltà da affrontare, come per

esempio il problema legato alla lingua o alla mancanza dei propri riferimenti abituali, di cui ho parlato in precedenza. Alcuni elementi del nostro sistema sanitario, che per la maggior parte delle donne italiane sono scontati e abituali, per altre donne possono essere fonte di imbarazzo o disagio. Ne è un esempio l'incontro tra Shuma e un ginecologo maschio:

Prima io quando incinta andata da dottore mio, dopo quando visto io è incinta ha andato ginecologia. Prima volta io un po' problema: mio paese, donna dottore donna. Qua dottore donna o uomo. [*ride*] Quando mio marito - non è parlato io, perché io non capisco - , mio marito parla: «Guarda, lei un po' problema. Ce la faccio dottore una donna per visitare?» Dopo questo signora ha parlato: «Sì, non ti preoccupare. Visitare una donna però scrivo io.» E dopo tranquilla. Prima volta fatto visita con un uomo e io tanto disturbo, non vuole, sì. Tanto male. Io tornato casa, io parlato mio marito: «Io non vado a ospedale, visitare dottore.» [*ride*]

Lo spaesamento e il disagio iniziali sono stati superati grazie all'aiuto del marito e alla disponibilità del medico. In questi casi quel che fa la differenza è proprio l'atteggiamento dell'operatore, che dovrebbe saper mettere in pratica una relazione terapeutica basata sull'ascolto, sulla comprensione e sul rispetto delle esigenze e delle specificità dell'utente: se tale operazione viene messa in atto, la relazione poggia su basi solide. Diversa è stata l'esperienza di Narghes, che ha lamentato la poca attenzione ricevuta dagli operatori nel momento in cui ha contattato l'ospedale in preda ai dolori delle doglie.

Lei dice che quando incinta qua, lei venuto qua consultorio familiare, lei seguita qua sempre. Lei dice che qua trovata bene, loro fatto tutto bene, seguita bene. Lei contenta. Anche fatto tutti esami. Curato bene tutto. Però alla fine, prima di partorire, sei giorni prima comincia a fare male, anche comincia a perdere un po' di liquido, dopo lei è andata ospedale e loro dice che questo era male falso e per partorire deve aspettare ancora. Poi giorno di

partorire lei sentiva tanto male la mattina, ha portato ospedale suo marito, loro dice che ancora manca tanto e bisogna tornare a casa. Poi sera alle otto, lei sentiva tanto male. Suo marito andato lavorare, lei chiamato suo marito “vieni a casa che mi sento tanto male”. Poi suo marito chiamato ospedale che sua moglie sente tanto male, “adesso posso portare?”. Loro ha detto “no, non devi portare adesso. Quando perde l'acqua, allora la porti”. Però lei sentiva tantissimo male. Poi la notte all'una ha perso l'acqua, lei non è riuscita neanche a sedere, hanno portato distesa all'ospedale. Appena entrato, dieci minuti e ha partorito. Era già arrivato fuori. Questa è una cosa a rischio, bisogna che quando sera alle otto che ha chiamato che sente tanto male, bisognava dire “sì vabbé portalo che vediamo com'è”. lei dice che questa cosa non ha piaciuto. Tutto altre cose andato bene. Comportamento di medici qua e ostetrica tutto bene. Solo che alla fine loro hanno fatto questo rischio e poteva venire fuori in strada. Questo lei non ha piaciuto. [Narghes, trad. di Salma]

Narghes e il marito hanno contattato le strutture d'urgenza perché probabilmente non sapevano a chi altro rivolgersi. In questo caso l'operatore avrebbe forse dovuto dimostrare un'attenzione diversa e cercare di comprendere la situazione di difficoltà vissuta da queste persone, prive di una conoscenza adeguata dei servizi e di una rete di sostegno sociale e familiare forte. Gli operatori spesso sottovalutano l'ansia che vivono gli stranieri, per cui a volte si limitano a dare una risposta tecnica, che non tiene conto delle diverse criticità della realtà migratoria (Favaro e Tognetti Bordogna, 1991). In ogni caso, le incomprensioni e le complicazioni affrontate vengono raccontate come cose di poco conto, perché inserite in un contesto di soddisfazione generale per l'assistenza ricevuta. Nel suo lavoro sulle donne provenienti dall'Africa sub-sahariana, Cecilia Guidetti (2003: 149) racconta che le sue informatrici non hanno mai fatto un confronto tra i metodi della medicina ospedaliera e l'utilizzo delle cure tradizionali nel paese d'origine. Nel corso delle mie interviste ho invece constatato un atteggiamento diverso, in cui i confronti venivano fatti spesso e volentieri, e la frase “nel mio paese non è come qua” ricorreva di frequente,

tanto in relazione alle tecniche di cura, tradizionali e non, bangladesi quanto a quelle in atto nelle strutture ospedaliere italiane. Shuma mi ha raccontato che il suo primogenito, se fossero rimasti in Bangladesh, probabilmente non sarebbe sopravvissuto, a causa di un problema ai reni che lo costringe tuttora a visite mensili all'ospedale di Padova.

Mio paese (quando io arriva Italia è 2009 gennaio), 2008 giugno-luglio parlato mio figlio vive ancora sei mesi, dopo morto. Dottore parlato. Però adesso ancora vicino mia, mio figlio. Per quello io parlato qua tutto bene, io tutto trovato bene qua. Tutto, tutto.
[Shuma]

Come abbiamo visto in precedenza, l'assistenza sanitaria nel proprio paese, definita come pessima, è stata più volte messa a comparazione con quella offerta in Italia e i metodi di cura tradizionali sono stati in qualche modo relegati nell'ambito dell'arretratezza. Utilizzare certi rimedi o affidarsi nelle mani di levatrici non istruite, per le mie informatrici, è sinonimo di ignoranza e segno di aver mantenuto un legame con aspetti tradizionali che sono stati smentiti e superati tramite la conoscenza e l'accesso all'istruzione.

Mia suocera sempre campagna, sempre parto in casa. Lei sempre pensato un po' diverso, un po' come prima, come cinquant'anni prima. [Fancy]

L'assistenza medica di cui hanno usufruito nel paese di migrazione rappresenta quello che nel loro paese non possono permettersi.

In molti lavori, come per esempio in Marchetti e Polcri (2013), viene sottolineata la mancanza, nell'assistenza medicalizzata, della dimensione comunicativa e relazionale tra medico e paziente. Questa mancanza è stata confermata da alcune delle mie informatrici, le quali hanno raccontato lo scarso interesse dei medici ospedalieri, tanto in Bangladesh che in Italia, per aspetti della loro vita che non fossero direttamente inerenti lo stato di salute e la gravidanza. Ho cercato di capire se avessero sentito la necessità di questo aspetto relazionale, ma quando chiedevo loro se i medici avessero mostrato interesse anche per

altri aspetti oltre a quello puramente medico, mi sembrava che si stupissero e che non capissero a cosa mi riferivo, come se non si aspettassero dai medici un interesse diverso da quello per il loro stato di salute. Il ruolo del medico è confinato all'accertarsi che tutto vada per il meglio. Del resto se pensiamo al rapporto che noi stessi, italiani, occidentali, abbiamo con la medicina e i medici non ci scostiamo molto dall'atteggiamento delle mie informatrici: se andiamo da un medico per un emicrania o un mal di pancia, il più delle volte si limiterà a prescriverci il farmaco idoneo per farci passare il dolore ma sicuramente non ci farà molte domande sul tipo di vita che conduciamo, sulla nostra storia, sulle nostre abitudini alimentari o sulla situazione della nostra famiglia. Le donne che ho incontrato si sono adattate a questo tipo di approccio medico, specialistico e non olistico, che peraltro avevano già sperimentato nel loro paese prima della migrazione. In alcuni casi le modalità di relazione sono state diverse e alcuni medici hanno invece mostrato molto interesse per la storia delle loro pazienti straniere. Shuma mi ha raccontato di come le sia sembrato strano, ma allo stesso tempo le abbia fatto piacere, il fatto che il medico le facesse tante domande sulla sua vita, sulla sua famiglia e anche sul modo in cui ha partorito nel suo paese.

D: I medici ti hanno chiesto qualcosa sul tuo paese...?

R: Sì, mia famiglia cosa problema, cosa non c'è problema, quale allergia ce l'hai o...cosa vuol dire...non riesce aria...

D: Asma?

R: Asma, sì, asma. C'è uno anche, mio grande figlio male di reni...mia mamma famiglia ce l'hai o mia marito famiglia ce l'hai, fatto domanda. Però non c'è. Mio suocero solo diabete, anche pressione alto, mia suocera asma, anche mio marito asma. Però io tutto bene, io non è asma, non è allergia, non è qualcosa male. Solo scritto tutto, fatto domanda tutto. Io nato Toha (*il figlio più grande*), come nato? Come quando incinta? Fatto dopo male? Pancia male? Nasce prima? Tutto fatto domanda.

D: Ti hanno chiesto anche cose sul tuo paese? Tipo come si partorisce da voi, se ci sono delle cose che vorresti fare...?

R: Sì, sì. Parlato: "tu famiglia pensato partorisce casa o ospedale?".

Io parlato:"quando sentito male subito mio suocero portato

ospedale, nato qua. Però mio paese sì qualcuno nasce...piace casa...partorisce casa”.

D: Quindi ti hanno fatto domande su di te?

R: Sì anche quando bambino nato, come nato? Testa ha fatto male o no? Come letto? Dopo io parlato: “Non è letto tanto bello” eh eh eh. E dopo dottore parlato: “come no letto? Come terra?”. Non lo so come...

D: Insomma hai raccontato un po' anche delle abitudini del tuo paese. È stato importante per te farlo, ti ha fatto piacere?

R: Sì, sì. Io pensato tutto...quando tu lo sa tutto, dopo quando io un altro bambino incinta, sistema piano piano. Pensato così. Quando io fatto domande, tutto io fatto. Mia mamma...mio papà morto male cuore, subito morto. Cosa vuol dire quando fatto male...?

D: Male al cuore? L'infarto forse?

R: Sì, eh, sì. Anche mia mamma morto...quando bambino dentro pancia tenere...qua uno “tumor” dopo dentro. “Cancer” in inglese vuol dire “cancer”. Dopo mia mamma morto. Io parlato tutto. Quando bambini mia mamma, quando perso bambino mia mamma, tutto fatto domanda

Salma, in qualità di mediatrice, ha confermato l'atteggiamento dei medici, spesso poco propensi a fare domande più approfondite alle loro pazienti ma ha anche accennato al fatto che ora le cose stanno cambiando, grazie anche a progetti come quello di mediazione interculturale. Nel consultorio in cui questo servizio è già attivo i medici pongono molte più domande alle donne e cercano di avere più informazioni, anche relative alla loro vita e alla loro storia, al di là della sola gravidanza.

D: E se una donna dice, per esempio, “a casa mia in Bangladesh si fa diverso”, la ascoltano o le dicono solo che non si fa così?

R: Qua...non ascoltano tanto bene. Quando vai da ginecologa, qualche volta sì, ascoltano, qualche volta solo chiedono come stai, cosa senti, come va e poi cosa devi fare, cosa devi mangiare, cosa devi...quale esame devi fare...fanno così. Di solito non ho visto che

chiedono questo. Quando è nato mio nipote, io portavo mia nuora sempre, perché lei non sa parlare italiano, perché è venuta qua da poco - perché io ho fatto sposare giù mio figlio e poi lei è venuta qua- però mai sentito di chiedere giù in Bangladesh cosa fai, come fai...Non ha chiesto niente.

D: Non sono curiosi i dottori?

R: No, no. Però io vado a Thiene a fare mediazione qualche volta con le donne in gravidanza e qualche volta là chiedono per sapere qualche cosa. Qualche volta sì. Loro adesso chiedono. Però quando sono venuta con mia nuora qui a Schio, non han chiesto giù cosa fai, come fai...

D: Secondo lei sarebbe importante chiedere?

R: Secondo me sì, se chiedono si può sapere di qua come e di là come. Si conosce un'altra cultura, un'altra cosa.

D: Magari può anche essere utile...

R: Sì. Al paese nostro quando nasce bambini non può entrare uomini dentro sala parto, però qua sì. Però se loro chiedono “si può organizzare così, che in sala parto vengono solo medici donne?”, no. Dicono di no. Perché loro dice che quando c'è medici maschi nel suo turno, deve rimanere maschi. Quando è nato mio nipote, c'erano maschi, però lei non voleva, quando è entrato maschio lei è rimasta chiusa. C'era ostetrica donna però medico maschio. Dopo l'ostetrica quando ha visto che lei rimane chiusa...bisogna spingere per nascere...ostetrica ha detto di mandare una donna medico. La dottoressa era un altro reparto allora medico andato là e poi lei venuta e ha fatto partorire lei (*ride*). Perché la donna è venuta proprio sulla pancia per schiacciare, capito? Per aiutare a uscire, capito? Però se veniva lui è difficile, perché se lei non vuole non rilassa, se rimane chiusa è difficile uscire. Per quello se loro parlano, chiedono queste cose...tutte donne bengalesi preferiscono che in sala parto rimane una donna. [Salma]

Sarebbe interessante approfondire la questione dell'interesse dei medici, cercando di

individuare i motivi di questa apparente indifferenza: potrebbe essere conseguenza di un disinteresse reale perché la vita e le esperienze delle pazienti non vengono considerati elementi rilevanti nella dimensione terapeutica; può essere dovuta più banalmente a una mancanza di tempo da dedicare alla cura della relazione interpersonale; magari invece la questione è più complessa e chiama in causa le difficoltà linguistiche e la distanza culturale, reale o supposta. La presenza del coniuge durante le visite, per esempio, potrebbe rappresentare un ostacolo, in quanto il medico può trovarsi nella situazione di non sapere fino a che punto può spingere le sue domande, cosa può chiedere e cosa no e, dall'altro lato, può comportare inibizioni nella donna, che sa di non poter affrontare determinati argomenti in presenza del marito. Probabilmente la radice del problema è da ricercarsi nell'insieme di tutte le possibilità presentate, che a volte possono coesistere all'interno del rapporto coi pazienti.

Il bisogno di una relazione dialogica forse non è percepito a priori ma sicuramente, nel momento in cui viene messa in atto, è fortemente apprezzata e aggiunge valore ed efficacia all'azione terapeutica.

Tra negazione e rinegoziazione di sé

L'ambito medicalizzato viene spesso descritto come pervasivo e viene accusato di non lasciare spazio a discorsi altri, appartenenti a un orizzonte di senso diverso (Balsamo, 1997). Come spiegano Marchetti e Polcri (2013:10), l'approccio degli operatori sanitari, e dell'ambiente medico in generale, è spesso «basato sul raggiungimento di obiettivi finalizzati alla presa in carico della componente organica del corpo: la quale, per quanto fondamentale ai fini diagnostico-terapeutici, rischia di tenere solo marginalmente in conto l'imprescindibile complessità che caratterizza l'esperienza singolare di ogni individuo e la dimensione socio-culturale comunque implicita nei processi di salute e malattia». Concordo con quanto sostiene Quaranta (2012) quando afferma che solo ammettendo la natura culturale delle categorie biomediche potremo renderci conto di quanto il processo diagnostico rappresenti un'impresa interpretativa, in grado di produrre un significato per

l'esperienza dei pazienti. Tendo a essere d'accordo con questa visione: la medicina ufficiale occidentale - o biomedicina - ha il vizio di pensarsi come universale e infallibile, negando la sua origine socioculturale, e quindi particolare, e di imporsi su altre modalità di cura senza concedere spazio al confronto e allo scambio. La migrazione e il percorso nei servizi spesso provocano la trasformazione di una ricchezza culturale fatta di storia, esperienze, pratiche e complicità femminile, in debolezza e problematicità, dando vita a uno 'scambio ineguale' che produce perdita (Balsamo, 1997). Quel che ho notato nelle donne che ho conosciuto, però, è diverso: non mi sono sembrate donne che hanno perso qualcosa ma, al contrario, donne che hanno conquistato una libertà e una sicurezza per loro inedite, che hanno saputo sfruttare opportunità e risorse di cui non potevano godere nel loro paese. Secondo la Balsamo (1997:206), «senza poter esprimere una parte importante delle proprie risorse, le immigrate sono ridotte e confinate a un ruolo debole, stretto, di bisognose». Durante i colloqui con le mie informatrici non ho visto proprio questo: le donne che ho incontrato non mi sono sembrate bisognose né deboli; dai loro racconti ho inteso che si sentivano molto più 'confinare a un ruolo debole' nel loro paese, costrette entro la zona di controllo di suocere onniscenti e di regole sociali che le volevano sempre in casa. La cultura materna tradizionale era per loro già parzialmente incrinata prima dell'immigrazione, poiché le pratiche tradizionali del corpo erano già in discussione e per certi versi tramontate: il parto in casa, per le donne che ho intervistato, apparteneva all'orizzonte del passato e molte delle pratiche ancora sussistenti rappresentavano per loro degli obblighi a cui non avevano modo di sottrarsi. Con questo mi guardo bene dal sostenere che le conoscenze e competenze personali siano inutili e non debbano trovare posto nello scenario della cura; semplicemente ritengo che a volte a essere oppressiva può essere la tradizione stessa più che la mancata possibilità di esprimerla. Come sostiene Franca Balsamo (*ibidem*), anch'io sono convinta che «la loro perdita culturale sia un mancato arricchimento collettivo per la maternità e la salute di tutte», ma penso anche che a volte la “cultura” che ci aspettiamo dalle donne immigrate non sia proprio quella che realmente le rappresenta o da cui vogliono essere rappresentate. La lontananza da regole e limitazioni le ha portate a vivere se stesse e la loro gravidanza con una consapevolezza maggiore, data dalla possibilità di decidere autonomamente a quale sapere o a quali saperi affidarsi. In loro non ho visto un adattamento passivo alle regole e alle pratiche del sistema

medico italiano ma piuttosto la scelta consapevole di usufruire delle possibilità da esso offerte: questa decisione mi è sembrata una forma di resistenza attiva nei confronti della condizione di disagio e di difficoltà vissuta nel loro paese, caratterizzata dall'assenza di libertà e di possibilità decisionali, oltre che da un'offerta sanitaria inaccessibile o scadente. Lontane dal proprio ambiente abituale hanno potuto aprirsi al mondo e decidere autonomamente, insieme al marito, in che modo vivere e gestire la gravidanza e la maternità, potendo permettersi di usufruire di assistenza, visite e controlli. Ognuna di loro ha scelto quali elementi scartare e quali invece mantenere come punti di riferimento e si è affidata a essi, dandone spesso una lettura personale: tali punti di riferimento sono importanti sia per l'orientamento delle azioni che per la definizione stessa della persona. Nupur, per esempio, ha scelto le indicazioni del Corano come guida, convinta che attraverso le buone azioni e i comportamenti corretti si possano acquisire meriti spirituali, rifiutando però la lettura che vede nel libro sacro l'origine della sottomissione della donna. Fancy invece si è ribellata all'idea che la donna sia vulnerabile e che per questo debba rimanere sempre in qualche modo reclusa; in questo modo ha ribaltato la tradizionale dinamica chiuso-aperto, che vede la donna in costante pericolo perché “aperta” e quindi bisognosa di protezione e di essere “chiusa” tramite l'educazione, l'abbigliamento, le restrizioni: per Fancy, nel periodo della gravidanza, la chiusura rappresentata dalla limitatissima libertà di movimento rappresentava un pericolo, un ostacolo alla conduzione di una gravidanza serena e positiva.

L'atteggiamento che ho osservato in queste donne è stato spesso quello di “rinnegare” o comunque di accantonare parte delle loro tradizioni, prendendone le distanze come da qualcosa appartenente al passato e ormai obsoleto, per scegliere di aderire a un modo diverso di diventare ed essere madri e donne.

Può sembrare che il loro sapere nell'ambito della cura e della maternità sia stato schiacciato da quello medico, e in parte è sicuramente così, dato che il nostro “monoteismo medico” difficilmente contempla il confronto con altri modi di prendersi cura di sé, ma credo che il riporre parte delle convinzioni e degli atteggiamenti tradizionali sia stato, nei casi da me osservati, parte di un processo complessivo di affermazione di sé o, quantomeno, una tappa del proprio percorso di costruzione nella nuova dimensione migratoria: la presa di distanza dalla tradizione e dal proprio paese in generale rappresenta in qualche modo una volontà di

affrancamento da quanto era vissuto come un'imposizione, per poter scegliere da sole che cosa tenere e che cosa invece tagliare. Forse la migrazione, slegando le pratiche tradizionali dalla perentorietà, spingerà gradualmente le donne a “riappacificarsi” con esse. Nel mio lavoro di ricerca ho osservato questo meccanismo selettivo in particolare nell'ambito della cura di sé e della gestione della gravidanza ma non è limitato a esso: la selezione viene attuata in relazione a tutti gli aspetti della vita quotidiana. Il rapporto con il paese natale e con le sue tradizioni viene costantemente messo in discussione e appare in continua lavorazione. A questo punto vorrei osservare più da vicino il legame di queste donne con la terra d'origine e le possibili ragioni di questa forma di “negazione” di quella parte di sé che non viene più sentita come propria o non viene ritenuta adatta, o adattabile, alla nuova situazione.

Prendere le distanze: “mio paese tutto brutto”.

Molto spesso nelle parole delle mie informatrici ho percepito risentimento e rabbia nei confronti di uno stile di vita che viene imposto alle donne e che limita le loro possibilità di effettuare scelte, esprimere opinioni e agire in autonomia. La condizione femminile è stato un tema ricorrente in tutti i colloqui: qualsiasi fosse l'argomento di discussione si finiva quasi sempre a parlare di come le donne siano tenute “sotto”.

Anche in tutto il mondo, tutte le donne è sotto di uomo. Nostra religione ha detto “stai sotto” ma quando c'è qualcosa, come quando c'è lavoro per marito è normale che donna lavora a casa. Stai sotto, quando marito lavora tanto e ha lavoro duro. Ma ogni uomo pensa: “Corano dice stai sotto”. Ma non è così, non è vero. Nel nostro paese è tanto così. Per quello anche violenza. [Nupur]

Una certa lettura del Corano, che prevede la donna sottomessa al marito, viene messa in discussione: quella che spesso è ritenuta essere la radice stessa della subordinazione viene riletta e contestata.

Abbiamo già visto come la mancanza di libertà e il dover sempre attenersi alle indicazioni

o agli “ordini” di qualcuno siano fonte di sofferenza e di disagio, e facciano sentire la donna in balia di forze su cui non ha controllo e che decidono al suo posto.

Mio paese sempre ti dicono che devi fare così e così. Sempre un comando di qualcuno, hai capito? È brutto, è fastidio! [Fancy]

Donna sempre dentro, sempre dentro. Anche casa comanda sempre uomini: cosa faccio, cosa non faccio, cosa cucinato, perché così cucinato, perché questo non è arriva buono o brutto. Tutto loro.
[Shuma]

Endrizzi (2002) fa notare che un ulteriore ostacolo alla mobilità femminile è dato dall'effetto di una società esogamica, una società in cui i matrimoni avvengono spesso tra famiglie di villaggi diversi, talvolta anche molto lontani. Le donne, lasciando la casa natale al momento del matrimonio, diventano parte di un'altra famiglia e acquistano un nuovo ruolo. Lo status di moglie, però, è inferiore a quello precedente di figlia, per cui nella casa del marito la nuova arrivata è costretta a ubbidire, soprattutto alla suocera (come abbiamo avuto modo di constatare precedentemente). In particolar modo nel periodo della gravidanza, le pratiche tradizionali messe in atto dai famigliari rappresentano per le donne una fonte di sicurezza ma anche, sotto molti aspetti, una condizione di oppressione, di mancanza di libertà e di scelta, da cui difficilmente, nel loro paese, possono affrancarsi. Bisogna precisare che la condizione della donna varia molto sia a seconda della provenienza geografica (città o campagna) che dello status sociale: le relazioni di genere sono infatti inestricabilmente legate a quelle di classe (Gardner, 1995). Il *pardah*, l'istituzione che controlla e regola le attività delle donne, «differisce nella sua applicazione sia per il luogo sia per il tempo, oltre che per la religione, la casta, la classe sociale, la famiglia, l'educazione e l'età» (Endrizzi, 2002: 45). Sarebbe un errore trattare le donne come una categoria omogenea e le relazioni di genere come statiche, visto che entrambe sono soggette al cambiamento, ma in ogni caso è innegabile la realtà della struttura patriarcale della società bangladesese, nella quale le donne risultano godere di minor potere, sotto molti punti di vista, dell'uomo (Gardner, 1995): la vulnerabilità e la dipendenza economica sono parte della vita di una donna bangladesese (Endrizzi, 2002).

Un risvolto drammatico della condizione femminile in Bangladesh è quello rappresentato dalla violenza di genere. Spesso le donne sono oggetto di violenza da parte degli uomini, e non solo da quelli della loro famiglia. L'aspetto che le mie informatrici apprezzano di più della vita in Italia è quello della tranquillità, del poter camminare per strada da sole senza avere paura.

D: Come ti trovi qui in Italia?

R: Qua io trovo molto buono. Molto bene, sì. Perché mio paese mangia brutto, vivono brutto, uscire fuori tanto brutto. Qua tutto tranquillo, tutto.

D: Perché è brutto uscire? È pericoloso?

R: Pericoloso, sì, sì. Mio paese tanto pericoloso, sì.

D: Alcune persone mi hanno raccontato che è pericoloso soprattutto per le donne...

R: Sì, per donne è difficile. È difficile da sola uscire fuori. [Shuma]

Questa situazione ha ripercussioni anche sulla possibilità per le donne di proseguire con gli studi.

Donna studia pochissimo a mio paese. [...] Perché quando donna da sola andare scola, uomini fuori...disturbo...parlare brutto. Questo genitori pensa “adesso cresce, bene, grande. Adesso vai e sposare via”. [Shuma]

Nupur conferma che nel suo paese le donne difficilmente studiano e vanno al college, perché la famiglia teme per la loro sicurezza e preferisce tenerle al sicuro facendole sposare.

Studiavo scienze. Ma volevo studiare per fare *medichel*...medicina. Ma nostro paese non è normale per donna perché quando finisce scuola, dopo comincia tutto sposare. Quando tutte donna sono grandi, dopo uomo non vuole che ragazza comincia a fare casini. E

allora succede che quando ragazza non vuole stare con ragazzo allora succede...forza...come si dice? Violenza. E anche...*acid*... acido in faccia. E allora tutti i genitori vuole che ti sposi dopo va a scuola, *college, university*. Però è meglio che no, perché pericoloso.
[Nupur]

Questo spiega perché Nupur insista tanto per sapere se ci sono dei motivi o degli impedimenti tali per cui le sue figlie non possano continuare a studiare. Quando mi ha chiesto per la prima volta se anche le sue figlie un giorno avrebbero potuto fare l'università come me non capivo bene che cosa intendesse ma dopo questo racconto mi è stato tutto chiaro. Quella dell'acido è una vera e propria piaga sociale: nell'ultimo decennio sarebbero almeno 450 all'anno le donne sfigurate, tanto che a cinque ore di macchina da Dhaka si trova Satkhira, città che ospita una comunità di persone, in maggioranza donne, vittime di tali brutali aggressioni¹². La violenza degli uomini contro le donne è parte del sistema patriarcale che subordina le donne, definendo il loro posto e guidando la loro condotta, negando loro una fonte autonoma di reddito, la facoltà di avere dei possedimenti propri e la possibilità di studiare e di sviluppare delle competenze spendibili sul mercato (Schuler et al., 1998).

La nascita di una femmina ha tradizionalmente meno valore rispetto a quella di un maschio: nella cerimonia dell'*aqiqah*, per esempio, si sacrificano due animali nel caso il nuovo nato sia un bambino e uno solo nel caso sia una bambina.

A mio paese donna, va bene, donna sempre simpatica con femmina o maschio, però uomini è cattivo. Anche suocera. Quando una donna è nato bambino...suocera quando vede nipote è contenta, sempre guarda sua nuora, però quando arriva una femmina...mamma mia...diventa cattiva! [Fancy]

Mi ha colpito molto il fatto che Fancy si sentisse in colpa per la delusione provata alla seconda gravidanza, quando ha saputo che era un'altra femmina:

¹² Mo Ettore, "La città delle donne senza volto", *Il Corriere della Sera*, 26 agosto 2012, www.corriere.it, consultato il 20/11/2015

Mio marito contento. Mio marito mai detto “Perché mio non c'è maschio?”. Mai. Però io ha detto così, lui no. Quando questo bambino io incinta cinque mesi, io andata Santorso ospedale fare ecografia, quando mi ha detto una infermiera “tu hai una femmina”, un po' nervosa io, perché è arrivata un'altra volta femmina, perché maschio no? Io pensato così. Mio marito mai pensato così. Anche mai ha detto “Perché femmina? Perché maschio non è arrivato?”. Mai mai mai sentito. Però io, una donna, io ho pensato così, che meglio quando...perché c'è una bambina? Adesso un bambino meglio per me. Però lui mai pensato, mai ha detto così lui. Io mai sentito.

“Io, una donna, io ho pensato così”: certe idee entrano talmente sotto pelle che è incredibilmente difficile sbarazzarsene. Il fatto che al marito non importasse di avere o meno un maschio è attribuito alla sua lunga permanenza all'estero, lontano dall'influenza della madre e da abitudini e atteggiamenti consolidati.

Perché lui è tanti anni qua, lui non è pensare come sua mamma. Lui tanti anni qua, anche lui ha visto che adesso è tutte e due uguale, non è differenza che maschio che femmina. È tutti uguale adesso. Però mio paese ancora c'è così... [Fancy]

La sensazione di soggezione e di mancanza di autonomia, data non solo dalle regole a cui le donne devono sottostare ma anche dalla mancanza di lavoro e di sicurezza, nonché dalla grave povertà che affligge la maggioranza della popolazione, fa sì che queste donne non sentano molto la mancanza della terra natale. Il rapporto con il paese di origine non è idilliaco né mitizzato: la nostalgia della famiglia è forte, così come è molto sentito il desiderio di riallacciare quei legami di solidarietà che in terra d'emigrazione si fanno più deboli, ma è anche vivo il ricordo del disagio di una vita più povera, di un territorio scarso di servizi e di opportunità di lavoro (Favaro e Tognetti Bordogna, 1991).

D: Ti manca il tuo paese? Ti piacerebbe tornare?

R: No, io no piace tornare, proprio tornare. Però andare una volta per vedere sorella, come stanno. Mio paese tanto povero, tanto. Tanto povero. Io per fortuna adesso io qua, bene. [Shuma]

Adesso sono contenta qua, più di mio paese. Quando adesso vado mio paese è brutto, non mi piace tanto...perché io tanti anni qua, mi sono abituata. [*É difficile vivere là?*] È difficile. Sempre...non è tempo lo stesso. Oggi è troppo caldo, domani è poco, dopodomani ancora troppo. Così i bambini diventano male e anche mamma...quando una è incinta donna...mamma mia! Si fa fatica. In tante parti è troppo caldo e anche polvere. [...] Adesso mia mamma abitano capitale con mio fratello e quando io 2011 andata in mio paese, io stata penso due settimana, a Dhaka, mamma mia che schifo! [...] Anche acqua non arriva sempre, perché difficile trovare acqua in nostro paese, corrente sempre via e arriva, va via e arriva...è così. Dopo...gas metano: mia mamma mi ha detto che dopo delle dieci, poco poco arriva. [Fancy]

La loro vita in Italia non è sicuramente delle più facili: in casa lavora solo il marito e in tre casi su quattro non ha un lavoro sicuro ma oscilla tra occupazione, cassa integrazione e disoccupazione. I soldi sono sempre pochi e la loro condizione precaria. Il marito di una di loro mi ha confidato che, per quanto qui si trovi bene, sta pensando di emigrare di nuovo, magari verso l'Inghilterra o l'Australia, dove spera di poter trovare con più facilità un lavoro stabile. Nonostante tutte le difficoltà sembra però che non tornerebbero mai nel loro paese.

Tanto brutto. Io parlato: tutto parte mio paese è brutto. [...] Solo piace mamma, papà, genitori, vivono insieme e basta, senza un'altra parte di paese. [Shuma]

Diversamente da quanto sostiene la Balsamo (1997), secondo la quale il 'luogo dell'utopia' per le immigrate è il luogo perduto delle relazioni affettive familiari, bonificato dalla

nostalgia, per le donne che ho conosciuto il luogo dell'utopia è il futuro, un futuro diverso da quello che avrebbero vissuto nel loro paese, un futuro in cui le loro figlie e i loro figli possano decidere cosa fare della loro vita.

Donne moderne

La paura di essere viste come persone arretrate e ignoranti può essere un altro fattore che spinge verso una parziale presa di distanza dalle proprie tradizioni. Abbiamo già parlato di come per le donne che ho conosciuto il seguire alla lettera le indicazioni tradizionali del paese d'origine sia sintomo di arretratezza: il parto in casa viene collegato alla povertà e all'ignoranza, la gran parte delle limitazioni di movimento e di quelle alimentari sono attribuite a un modo di pensare vecchio e sorpassato, che ormai viene tenuto vivo solo dalle persone più anziane e da quelle che vivono nelle zone rurali, lontano dalla “modernità”. Partorire in ospedale, sottoporsi a tutte le analisi e gli esami richiesti dal protocollo ospedaliero, seguire i consigli dei medici significa far parte della contemporaneità, mentre partorire in casa, sostenute dal gruppo femminile e dalla *dai* sarebbe per loro come tornare indietro nel tempo di cinquant'anni. Questo non significa che tutto quanto appartenga al passato e alla tradizione sia stato abbandonato di netto; spesso, anzi, ho avuto la sensazione che cercassero di tenermi nascosto il fatto di aver tenuto vive anche in terra d'emigrazione alcune delle abitudini precedenti. Questa operazione di “occultamento” può essere il risultato di quella che ho precedentemente definito come 'desiderabilità sociale': affermare di aver seguito le indicazioni della suocera o della madre avrebbe potuto farle sembrare ai miei occhi di giovane donna italiana, inadeguate, antiquate e ignoranti. Non è facile parlare di sé senza temere il giudizio del nostro interlocutore, quando si è consapevoli della distanza che ci separa da esso. Uno degli atteggiamenti tipici di parte della società occidentale, che troppo spesso si ritiene detentrica dello scettro della modernità, oltre che sua paladina assoluta, è quello definito da Fabian (1999) come “alloctronismo”: è un atteggiamento di messa a distanza attraverso il tempo e passa per la “negazione di coevità”, cioè per il rifiuto di considerare membri di altre culture come appartenenti a pieno titolo al presente, attribuendo loro una temporalità altra,

tendenzialmente arretrata. Conseguenza di questo atteggiamento mentale è il mancato riconoscimento della loro contemporaneità, di una loro storicità nonché del processo di modernizzazione in corso anche nel loro paese, come in tutto il resto del mondo. Negare tale contemporaneità significa pensare la loro cultura e le loro tradizioni come prodotti, non come processi e attività, e quindi come blocchi granitici che resistono invariati allo scorrere del tempo e ai cambiamenti.

La presa di distanza mostrata dalle mie interlocutrici rispetto ad alcuni elementi della propria tradizione può quindi essere un modo per dimostrare di non sentirsi rappresentate dall'arretratezza che viene attribuita al paese natale e per mettere in atto un vero e proprio rifiuto di alcuni assunti tradizionali della propria terra, rifiuto dovuto a cambiamenti nella mentalità e nei modi di vita e a un'emancipazione da leggi e precetti morali la cui autorità viene sempre più facilmente messa in discussione. Questi mutamenti sono conseguenza di diversi agenti di cambiamento, tra cui, per esempio, la colonizzazione e la successiva decolonizzazione, la massiccia ondata di migrazioni che dà vita a una nuova apertura al mondo, fatta di scambi di informazioni, merci e denaro, la presenza sempre più capillare di nuovi media, che contribuiscono alla diffusione di immagini e stili di vita in tutto il mondo. Nupur mi raccontava di come in Bangladesh la componente giovanile stia cambiando e non rispetti più quei precetti di purezza e rispettabilità che per lei sono invece molto importanti.

Corano dice relazione deve essere pulita. Tutti sanno ma qualche ragazzo o ragazza fa bugia e dopo va hotel, albergo. Adesso c'è tanto. È cambiato. Una volta mai pensare così e invece adesso tante ragazze va a scuola e fa così. [Nupur]

La società d'origine non è omogenea: le donne portano con sé non solo 'combinazioni e giustapposizioni proprie del nuovo Paese e della comunità etnica presente nel paese di immigrazione' ma anche le 'contraddizioni del Paese di origine in mutamento': anche i Paesi di emigrazione attraversano fasi di transizione, in cui tradizione e modernità coesistono opponendosi o integrandosi (Favaro e Tognetti Bordogna, 1991). Anche in Bangladesh, così come nel resto del mondo, le persone, con il tempo, cambiano abitudini e

modi di pensare: niente e nessuno è mai rimasto uguale a se stesso in eterno. Questo accade in maniera amplificata nel mondo contemporaneo, che è un sistema fortemente interattivo nel quale i modi di vivere si influenzano tra loro tramite lo scambio continuo e massiccio di informazioni, il flusso culturale globale di persone, immagini, conoscenze, denaro che viaggia attraverso il pianeta a una velocità sempre più considerevole (Appadurai, 2001).

In tutto il presente lavoro ho usato termini come 'tradizioni', 'abitudini', 'usi', evitando accuratamente di utilizzare la parola "cultura"; anch'io, come l'antropologa Unni Wikan, credo che «qualcosa sia andato storto» (cit. in Remotti 2011: VI) e che la parola 'cultura' abbia preso una strada sbagliata: la persona è stata ridotta a mero prodotto della cultura, concepita quest'ultima come un'entità fissa, stabilita una volta per tutte e quindi statica, oggettiva, condivisa uniformemente da tutti i membri del gruppo e congelata nel tempo. In realtà, da sempre le società sono inserite in reti di relazioni più o meno fisse ed estese, per cui nessuna cultura è isolata ma procede dinamicamente grazie a una continua interazione tra culture e società diverse. La cultura non è una sovrastruttura imposta all'uomo da una qualche forza esterna, a esso superiore, ma è un insieme di processi prodotti dall'attività individuale e collettiva degli uomini. È importante sottolineare questo aspetto per evitare che la cultura risulti come una sorta di armatura che schiaccia e modella l'uomo, impedendogli ogni atto autenticamente creativo. Ponendosi in una prospettiva antropopietica, basata sul pensiero di Geertz (1987), secondo il quale l'uomo è un essere incompleto che può vivere solo all'interno di una cultura, si giunge alla tesi che tra le varie realtà che gli uomini devono costruire vi sono in primo luogo se stessi, secondo criteri che hanno ereditato, discusso, valutato, rielaborato. Remotti sostiene che «un po' tutto l'uomo risulta essere modellato somaticamente dagli attrezzi, dalla caccia, dall'organizzazione familiare, così come dall'arte, dalla religione, dalla scienza» (2007:13). La cultura dovrebbe essere pensata come un ambiente in perenne trasformazione, mantenuto in movimento dal continuo lavoro di tutti coloro che vi partecipano e che da esso sono a loro volta "modellati". Instaurare un rapporto con il mondo significa costruire una ragnatela di relazioni che si snodano su diversi piani: relazioni degli individui tra loro e con se stessi, dei singoli con la collettività di cui fanno parte, dei gruppi umani con gli ambienti materiali e immateriali in cui si muovono. L'essere umano riesce a crescere e a diventare sempre più

“competente” grazie alla sua capacità di creare strumenti, materiali e immateriali, attraverso cui relazionarsi con l'ambiente in una dinamica interattiva, quindi grazie alla sua capacità di “creare cultura”.

Le donne che ho incontrato non sono entità fisse, personaggi statici che vengono improvvisamente travasati da un “brodo culturale” a un altro, completamente diverso, ma sono protagoniste della loro vita, creatrici di dinamiche di confronto e interazione nuove e inedite, che danno vita a un oceano di variazioni. Queste “variazioni individuali” sono «momenti e modalità di effettiva realizzazione della cultura»: «la cultura [...] si realizza attraverso le variazioni individuali; e la realtà della cultura non si trova al di là bensì entro le variazioni» (Remotti 2011: 32). Il mutamento viene quindi posto al centro della cultura, che risulta così essere un organismo vivo e vitale, ovunque soggetto alla storia e all'azione delle sue forze tanto collettive quanto individuali.

Migrando si cambia: rinegoziazione di sé

In emigrazione, progetti e aspettative si modificano, così come cambia l'immagine e l'idea che si ha di se stessi e il proprio rapporto con il mondo. Alcuni cambiamenti sono immediati e ben visibili, come per esempio quelli relativi all'alimentazione o all'abbigliamento. All'inizio possono esserci difficoltà con cibi e sapori diversi, ma queste vengono progressivamente superate fino a giungere, in alcuni casi, a delle abitudini culinarie molto italiane.

Io tutto la settimana mangio italiano: pasta, verdura, insalata, piadina. Solo sabato domenica mangio mio paese. Quando loro [*il marito e i figli*] c'è casa. [Shuma]

Molte donne restano legate all'abbigliamento tradizionale mentre altre si piegano al diverso clima e rinunciano, magari solo per l'inverno, ai bellissimi abiti colorati, troppo leggeri per le temperature dei mesi più rigidi.

D: Posso chiederti una cosa sui vestiti? Non porti mai il *sari*?

R: Oh, mamma mia...prima sì, prima quando arriva 2009 mio marito parlato: “Tu sempre usare *sari*”. Però, come usare *sari*? Tanto freddo. Qualche volta uso, qualche volta sotto metto pantaloni, dopo uso *sari*. Tanto fatica, cammina, io non c'è macchina: quando andare mercato, quando andare fuori, sempre piedi. Quando incinta gemelli, tre-quattro mesi dopo, io basta *sari*. Dopo preso, mio paese nome *three piece*, camicia e così...pantaloni e anche una sciarpa. Quasi due-tre anni uso. Dopo, come uso? Freddo tanto! Questo è leggero tanto... [Shuma]

L'abbigliamento è una questione personale e individuale. Salma, Narghes, Nupur e Fancy indossano tutte abiti tradizionali ma ognuna ha un diverso rapporto con il velo: Salma usa il *niqab*, Narghes l'*hijab*¹³, Nupur si copre i capelli quando esce con un lembo dell'abito mentre Fancy non usa alcun velo, nemmeno quando va a passeggiare. Shuma invece, almeno quando è freddo, veste “all'occidentale”, con jeans e felpa o maglione, e non si copre la testa né il viso.

Altri cambiamenti sono sotto la superficie, più profondi, e hanno a che fare direttamente con scelte, valori, tradizioni e pratiche culturali: questi sono più difficili da osservare e spesso anche da gestire. Nella mia ricerca mi sono concentrata sul tema della gravidanza intendendola come scenario privilegiato per poter osservare e interpretare il ruolo e il tipo di inserimento della donna migrante; i temi legati alla salute e alla malattia, e in particolare quelli legati alla gravidanza, sono infatti temi specificamente femminili, perché in molti contesti, tra cui quello del Bangladesh, la gestione di tali settori è di loro esclusiva competenza. La gravidanza e la maternità hanno nel contesto migratorio un'importanza particolare, perché rappresentano occasioni in cui le donne sono costrette a uscire dalle consuete dinamiche domestiche e familiari e mettersi in relazione diretta con il mondo esterno e le sue strutture, confrontandosi con abitudini e pratiche nuove e diverse. Le donne immigrate sono spesso costrette ad affrontare e a elaborare i vincoli e le restrizioni a cui sono sottoposte nei Paesi di origine e quindi a sviluppare delle modalità di comportamento nuove e completamente inedite, poiché non sono né quelle del Paese di

13 L'hijab è un velo che copre solo il capo, il collo e le orecchie, lasciando scoperti il volto e le spalle.

provenienza né quelle del Paese di accoglimento. Per le donne, a volte, la migrazione può rappresentare l'opportunità per sfuggire a una mentalità e a delle abitudini non più condivise. Secondo Favaro e Tognetti Bordogna (1991), che comunque non hanno lavorato con immigrate provenienti dal Bangladesh, le donne si muovono sulla base di strategie precise e di adattamenti, patteggiamenti e negoziazioni fra le dimensioni più di quanto non facciano gli uomini. Non sono sicura di essere completamente d'accordo con questa idea; personalmente non amo molto le distinzioni di genere: i migranti, siano essi uomini o donne, devono tutti affrontare processi di cambiamento più o meno radicali, richiesti dal necessario adattamento alle nuove condizioni di vita. Per le donne forse esistono dei nodi più difficili da sciogliere, legati proprio alla loro particolare situazione nel Paese d'origine, ma credo che anche per gli uomini ci siano dei nodi molto intricati, che riescono a gestire e a sbrogliare con difficoltà; per entrambi i sessi, con la migrazione cambiano i ruoli, ed entrambi si trovano di fronte a necessità e ad aspirazioni contrastanti, in lotta tra il desiderio di salvaguardia di sé e delle proprie appartenenze e quello di adattamento e di “integrazione” nel nuovo ambiente. Tanto gli uomini quanto le donne possono essere agenti di cambiamento e accelerare quel processo di metamorfosi messo in moto dalla migrazione: a volte le donne riescono progressivamente a conquistare autonomia e a raggiungere forme nuove di auto-realizzazione proprio grazie al sostegno e alla spinta del coniuge. Tutte le donne che ho incontrato sono state incitate dal marito a rendersi autosufficienti e il più possibile autonome, imparando la lingua e cercando di avere padronanza del nuovo luogo di residenza.

Durante il soggiorno nel paese straniero, donne e uomini “subiscono” un processo complesso di educazione e di socializzazione o meglio, più che subirlo, sono protagonisti attivi di tale processo, che pur essendo per certi versi invisibile, viene comunque gestito dai soggetti, i quali effettuano, in maniera più o meno consapevole, delle scelte importanti per il loro adattamento. Come sostiene Decimo (2005), i sentimenti di lealtà e partecipazione nei confronti del paese di provenienza non limitano né ostacolano la percezione del nuovo mondo che i migranti elaborano nel corso dell'esperienza migratoria: donne e uomini si guardano attorno, osservano, comunicano e interagiscono con l'umanità che li circonda e le loro usanze, abitudini e mentalità, trasformando se stessi e lo spazio sociale in cui vivono. Le donne che ho conosciuto attribuiscono grande valore alla libertà di espressione e di

movimento che sperimentano nel nuovo contesto: ammirano l'indipendenza e le possibilità di scelta che qui sono accessibili, pur non comprendendo o non condividendo tutto quanto. Salma, per esempio, non riesce a capacitarsi del fatto che dopo quindici anni di fidanzamento, di cui otto di convivenza, io non sia ancora sposata, né abbia figli.

Nel nostro paese è vietato dalla religione [*convivere senza essere sposati*] e anche non c'è nella cultura. Non è previsto. E se vi lasciate? Non ti resta niente...resti senza niente...Non vuoi avere figli? Ormai sei già un po' vecchia per i figli, sarai stanca...[Salma]

L'”integrazione” viene raggiunta personalmente tra i diversi piani dell'esistenza, affacciandosi al mondo con la consapevolezza delle aperture, delle chiusure e delle distanze che è opportuno tenere (Decimo, 2005).

Il problema che tutti, o comunque molti migranti si trovano a dover affrontare è un problema di ordine simbolico e riguarda la possibilità di cambiamento del sistema di valori: il rapporto tra il 'qui' e il 'là', tra l' 'adesso' e il 'prima', risultano dal confronto tra i diversi sistemi di valori a cui l'individuo si riferisce nel momento in cui opera delle decisioni. Il 'qui' e l' 'adesso' vengono letti attraverso il filtro delle proprie esperienze, che appartengono a un luogo e a pratiche diversi. Il modo istintivo di approcciarsi ad alcuni eventi importanti è legato a un modo di vivere cui sentono di appartenere ancora ma non più interamente: quel che prima era scontato, quasi automatico, ora è oggetto di dubbi, di riflessione e di perplessità. È esemplare a questo proposito il dilemma di Shuma e del marito, che non riescono a liberarsi completamente o a emanciparsi dalla loro 'mentality'.

D: Secondo te, com'è cambiata la tua vita venendo a vivere qua, come donna, come persona?

R: Mio paese *mentality*, testa, non hai cambiato proprio qua. Però cambiato qualche parte. Come quando, io quando vede te, io salutami te. Mio paese niente: andare, tornare, niente salutare. Quando vedo moschea qualcuno, sì, *salam alaikum*, così. Però donna uno donna non salutami, donna non uscire, mio paese. Qua, questo trovato bene. Però *mentality* non è trovato ancora bene.

D: Cos'è che non ti piace, che ti pare tanto diverso?

R: No, qua tutto bene, trovato bene. Però mio paese qualcosa non hai cambiato noi ancora adesso. Come, io mio figlio adesso grande, 17 anni. Due tre anni dopo lui è sposo. Però mio paese sistema, io anche mio marito anche mia mamma, mio marito mamma, papà trovato una ragazza, un ragazzo e sposato. Anche io adesso come così pensare, non hai cambiato io. Pensare quando mia grande figlio grande, vado paese, preso e trovo una moglie. Eh eh eh. Non hai *mentality* cambiato. Parlare questo...Cambiato, io piace tutto parte questo, tutto parte. Meglio uno ragazzo, una ragazza conoscere, vedere, dopo sposa. Io quando è sposo, io mai visto mio marito.

D: L'hanno scelto i tuoi genitori...

R: Sì! Scelto miei genitori. Loro parlato: “Io pensato tu sposa il prossimo mese o due mesi dopo questo uomini”. Anche non hai visto uomini foto. Basta.

D: Eri contenta di sposarti o no?

R: Noi abituato così. Non è contenta e anche non è così. Adesso bisogna sposare e va bene. Sposo.

D: Beh sei stata fortunata, hai trovato una brava persona.

R: Sì, sì. Anche qualche donna trovato moglie e anche marito famiglia bene, qualche donna trovato tanto male, anche marito male.

D: E tuo figlio cosa ne pensa?

R: Lui parlato: “Cosa vuoi mamma, papà”. Io anche mio marito parlato: “Guarda, noi adesso abituato così. Qua, Italia. Tutto mangio, andare, legge, tutto imparato qua”. Però noi *mentality* non hai imparato bene. Penso bambino andare paese, sposare...

Shuma e il marito sono combattuti tra agire secondo tradizione, così come hanno fatto i genitori con loro, e scegliere una moglie per il figlio, o adattarsi al modo di fare italiano e lasciare che il ragazzo scelga da solo la donna della sua vita. Shuma è sicura che sia meglio sposarsi con una persona dopo averla conosciuta e scelta personalmente, piuttosto che

andare all'altare con un perfetto sconosciuto, sperando solo che i genitori abbiano fatto una buona scelta. Allo stesso tempo però è “abituata così”, ai genitori che scelgono per i figli, al matrimonio “al buio”: ha sempre pensato che per i suoi figli sarebbe stato come è stato per lei. Ora però non sa più che cosa è giusto: razionalmente preferisce che sia suo figlio a decidere, ma istintivamente è portata a seguire la tradizione, perché è quello l'unico modo di gestire il matrimonio che conosce: è sempre stato così, forse non è il massimo ma è sempre stato così. Quella parte di sé che la disturba, che non le piace, è quella ancora legata al passato, quella parte della sua *mentality* che non è cambiata. Come si fa a mutare? Come si fa, a fare diversamente? Se decide di cambiare, di agire in modo nuovo, diverso, a chi può chiedere consiglio? Chi le insegnerà qual è il modo giusto di fare le cose? Il senso delle regole conosciute, che segnano la strada, si è un po' sbiadito nel nuovo paese, e non si sa a quale criterio affidarsi per prendere delle decisioni. Sul proprio sistema di valori collaudato e sicuro si è innestato un sistema nuovo, che mette in crisi le certezze precedenti.

CAPITOLO 4. DA UN ALTRO PUNTO DI VISTA: LE OPERATRICI SANITARIE E IL RAPPORTO CON LE DONNE BANGLADESI TRA DIFFICOLTÀ, CURIOSITÀ E PROPOSTE

«Il pianeta, con tutte le sue forme di umanità, ha preso dimora dentro le case di cura e gli ospedali. È ora che questi imparino a fargli spazio.»

M. Ricca

Nel capitolo che segue cambierò il punto d'osservazione e prenderò in considerazione il rapporto tra alcune operatrici sanitarie e le pazienti bangladesi. Ho intervistato alcune operatrici del consultorio familiare dell'Ulss 4 di Thiene: due giovani ostetriche, Sara ed Eleonora, un'infermiera professionale, Giovanna, e un'assistente sociale, Alessandra. Queste ultime sono anche le referenti del progetto per il Servizio di Clinica Transculturale attivo da qualche mese in via sperimentale presso l'Ulss di Thiene. Attraverso le interviste alle operatrici ho cercato di capire quali fossero per loro gli aspetti più problematici nel rapporto con le donne provenienti dal Bangladesh, quali le maggiori difficoltà incontrate e quali le necessità sentite -e le iniziative proposte- per la costruzione di una relazione produttiva e soddisfacente per entrambe le parti in gioco.

Mi rendo conto che il campione da me intervistato non è rappresentativo del generale atteggiamento degli operatori nelle strutture sanitarie perché è composto da persone impegnate direttamente e attivamente nella formulazione di strategie per rendere efficace il lavoro con gli stranieri e per ripensare le dinamiche dell'offerta sanitaria. Questo aspetto comunque non rappresenta un gran problema, dato che il mio intento non è quello di fornire una panoramica sulle modalità di interazione con gli stranieri nelle strutture sanitarie italiane ma quello di confrontarmi con persone quotidianamente coinvolte in tali relazioni, che dimostrano attenzione e sensibilità nei confronti delle diverse problematiche

e che si impegnano per creare occasioni di conoscenza e di approfondimento: quel che mi interessa è avere un'idea di quali sono le caratteristiche e le difficoltà che un operatore attento e sensibile incontra nella dinamica relazionale con i pazienti stranieri.

Le interviste si sono svolte negli studi delle operatrici presso il consultorio di Thiene, con l'ausilio, autorizzato dalle interessate, di un registratore elettronico.

Ho partecipato come osservatrice ad alcuni incontri, organizzati dalle operatrici in collaborazione con la mediatrice, che coinvolgono alcune donne bangladesi seguite dal consultorio, o che lo erano state precedentemente, durante il periodo della gravidanza. Gli incontri, della durata di due ore circa, vengono organizzati a cadenza mensile e si svolgono quasi sempre di mattina; l'essere incinta o l'aver partorito da poco non è una condizione per la partecipazione, dato che questi gruppi sono aperti a tutte le donne che vogliono prendervi parte. Questa iniziativa è destinata a donne di due diverse provenienze, per cui sono stati attuati due gruppi distinti: uno di donne marocchine e uno di donne bangladesi. La scelta delle due provenienze geografiche dipende da una parte dal fatto che sono tra le più consistenti numericamente sul territorio del thienese e limitrofi¹⁴, dall'altra che spesso le donne provenienti da questi paesi presentano, secondo le operatrici, un grado di sofferenza e di disagio maggiori rispetto ad altre. L'idea alla base dei gruppi è quella di fornire un'occasione alle donne per stare insieme e confrontarsi con persone che provengono dal loro stesso paese, così da ricreare, in qualche modo, le dinamiche di condivisione e di socialità caratteristiche del luogo di provenienza. Questi momenti sono utili anche alle operatrici stesse come occasione per entrare in contatto con le pazienti straniere al di fuori del tempo della visita e per instaurare con loro un dialogo che porti a una più approfondita conoscenza reciproca. Al momento, dato che è la fase iniziale di questo “esperimento”, agli incontri partecipano una o più operatrici sanitarie, con il compito di coordinare in qualche modo il dialogo e di dare il via a una dinamica relazionale stabile, ma lo scopo finale di questa iniziativa è che i gruppi procedano autonomamente, per diventare un momento di incontro spontaneo tra donne che, all'occorrenza, possono chiedere l'intervento di operatori o di specialisti per avere

¹⁴ Secondo i dati presentati nel sito www.comuni-italiani.it nel 2014 a Thiene i residenti stranieri sono 3.702, il 15% dei residenti totali, di cui 452 provengono dal Marocco e 331 dal Bangladesh. Questo li colloca rispettivamente al primo e al quinto posto nella classifica delle presenze, mentre a livello regionale sono al secondo e al sesto posto.

chiarimenti o spiegazioni in merito a temi da loro stesse individuati. Agli incontri a cui ho partecipato si è parlato di contraccezione, di vaccinazioni dell'infanzia e di diabete gestazionale: tali temi erano stati segnalati dalle donne stesse, che avevano dubbi e domande in merito, per cui è stata di volta in volta richiesta la presenza di una specialista che ha provveduto a fornire loro spiegazioni e materiale informativo.

Ho ritenuto importante prestare ascolto anche al versante che rappresenta l'offerta sanitaria per capire quali sono, secondo gli operatori, non tanto le necessità delle donne con cui lavorano quanto le proprie necessità in quanto professionisti. Dai colloqui è emerso che ciò di cui sentono maggiormente il bisogno è una relazione dialogica, che spesso con le pazienti straniere non è possibile, o è difficile, instaurare. Le operatrici con cui ho parlato percepiscono una distanza, da loro definita come “culturale”, in particolare rispetto alle pazienti bangladesi, che riempie le loro giornate di domande e di perplessità a cui spesso non riescono a dare spiegazione. La presenza sempre più considerevole di donne non italiane da prendere in carico pone numerosi punti di domanda sull'efficacia e i limiti del servizio offerto, sull'andamento delle visite e sull'impostazione stessa dell'intero sistema sanitario. Sollevando dubbi, questa alterità che abita gli spazi della cura mette in atto anche nuovi stimoli per considerare le pazienti, non solo quelle straniere, da un altro punto di vista, che faccia più attenzione alla donna non solo in quanto “corpo” ma anche in quanto persona con una storia, una mentalità, una provenienza e un retroterra sociale e culturale più o meno diverso.

Costruire la relazione terapeutica

La dimensione socioculturale del corpo e dei sistemi medici

«Se il corpo umano non è solo un campo di gioco di forze biologiche, ma un'originaria apertura al mondo, il modo in cui l'esistenza vive il proprio corpo rivela il modo in cui vive il mondo.»

U. Galimberti

A questo punto vorrei fare una breve digressione per introdurre alcuni concetti relativi all'origine culturale e sociale dei concetti di corpo, di cura e di malattia e dei relativi sistemi medici a essi collegati, per poter poi affrontare il discorso sulla singolarità e specificità dell'individuo di fronte all'azione terapeutica e sull'importanza della relazione dialogica medico-paziente.

La nozione di “tecnica del corpo”¹⁵ di Mauss (1965) è basata sull'idea che il corpo è il primo strumento dell'uomo, attraverso cui conosce ed entra in interazione con il mondo; la tecnica come gesto del corpo restituisce quindi alla dimensione corporea i legami con la cultura, con la società e con la storia. La vita sociale e culturale si intreccia con gli aspetti biologici dell'essere umano: tutto quello che facciamo (le nostre 'pratiche') è frutto di un processo di apprendimento e di educazione che è un meccanismo attraverso cui le forze sociali modellano il corpo (Pizza, 2005). Secondo Pizza (*ivi*) l'uomo *ha* un corpo ed è un corpo: 'ha' un corpo nel senso che può parlarne, darne delle rappresentazioni e delle definizioni ed 'è' un corpo in quanto è proprio quest'ultimo il vero soggetto conoscente il mondo. In questo senso l'esperienza e la rappresentazione del corpo, cioè il discorso 'del' corpo e quello 'sul' corpo, sono indissociabili e si condizionano a vicenda: il mondo e la società che ci circondano contribuiscono a costruire il nostro modo di pensarci e di

¹⁵ Per “tecniche del corpo” Mauss intende «i modi in cui gli uomini, nelle diverse società, si servono, uniformandosi alla tradizione, del loro corpo» (Mauss, 1965: 385).

raccontarci, anche in quanto corpi. Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (2006) sostengono che il corpo non possa essere inteso in termini esclusivamente naturali ma che debba essere inteso come un prodotto sociale di cui bisogna indagare i processi di costruzione: il corpo, infatti, non è visto come un'entità data al di fuori dei processi di produzione sociale e di costruzione culturale ma come un prodotto di tali pratiche. Partendo da un approccio di questo tipo, «la conoscenza medica non è concepita come un corpo autonomo ma come radicata nelle pratiche e continuamente modificata da esse e dal cambiamento sociale e politico» (Scheper-Hughes e Lock, 2006:153). È quindi importante considerare il rapporto delle credenze culturali relative a salute e malattia con il corpo e viceversa, ovviamente anche nell'ambito della biomedicina. Se, infatti, si prescinde dal considerare il corpo e ciò che lo riguarda come costruzioni culturali si rischia di «rimanere vittima di certe tesi caratteristiche della biomedicina» (*ibidem*), prima fra tutte quella del dualismo cartesiano (che ha carattere culturale e storico e non è universalmente condiviso). Nel pensiero occidentale di derivazione scientifico-illuminista, corpo e corporeità sono pensati a partire dalla concezione cartesiana della separazione tra corpo e mente, quindi tra ciò che è materiale e ciò che è immateriale; distinguere tra corpo e mente significa creare due entità separate e diverse, con le quali ci si rapporta in modo differente. La concezione cartesiana ha generato una visione del mondo basata su categorie oppostive che organizzano l'intera dimensione umana: natura e cultura, corpo e spirito, individuo e società. Quest'ultima divisione, per esempio, porta a concettualizzare l'evento critico, come possono essere la malattia o il parto, come un fatto individuale, che riguarda solamente la persona direttamente coinvolta, nella sua dimensione fisica o mentale. Nelle culture e nelle società in cui tale opposizione tra individuo e società è più sfumata, o in cui manca una concezione altamente individualizzata del sé corporeo, l'evento critico viene gestito attraverso una partecipazione e una ritualità collettive. In Bangladesh, come abbiamo visto, la gravidanza e il parto sono eventi a cui partecipa l'intera cerchia femminile, sia per fornire aiuto materiale nella gestione delle incombenze quotidiane, sia per offrire consigli, sostegno emotivo e consolazione. Il momento del parto diventa un momento di condivisione collettiva delle proprie esperienze e in qualche modo ogni nuova nascita offre l'occasione per raccontare e celebrare le nascite precedenti.

Il modo in cui una società pensa il corpo condiziona tutti gli ambiti d'azione e di relazione

dell'individuo, dato che l'uomo fa esperienza del mondo e agisce al suo interno in primo luogo attraverso il corpo: costruire il corpo significa quindi anche costruire il sé e articolarne le relazioni con l'ambiente. La cultura, intesa qui come 'un processo intersoggettivo di produzione pratica di significati attraverso cui interveniamo nella costruzione della realtà e nella qualificazione dell'esperienza che ne abbiamo' (Quaranta, 2012), interviene strutturando il corpo e organizzando le modalità attraverso cui lo viviamo, lo pensiamo e lo esprimiamo, tanto nella salute quanto nella malattia o nell'evento critico. In questo senso la cultura è una “creatura” vitale, che vive e si riproduce nelle pratiche. È attraverso la cultura che vengono definiti i concetti stessi di salute e di malattia, così come le modalità di intervento nell'ambito della cura. Questa operazione richiede la costruzione di un vero e proprio sistema: il sistema medico, cioè quell'insieme di pratiche, atteggiamenti e credenze che definiscono e costruiscono la malattia, la cura e le pratiche di accudimento. Secondo Kleinman (2006: 9-10), il sistema medico comprende «tre arene sociali all'interno delle quali si fa esperienza della malattia e la si affronta»: l'arena familiare, che comprende la famiglia ma anche la rete sociale e le attività della comunità; l'arena popolare, costituita da specialisti non professionisti; l'arena professionale, composta dalla bio-medicina scientifica ufficiale e da «tradizioni indigene di cura professionalizzate (per esempio quella cinese, quella ayurvedica, la yunani e la chiropratica)». Queste tre arene contengono forme distinte di realtà sociale, definite dall'autore sopra citato come 'realtà cliniche', e organizzano particolari sistemi di credenze, di aspettative, di ruoli, di relazioni. Tali realtà cliniche variano non solo a seconda della società ma anche nelle diverse arene costituenti il sistema medico di una medesima società.

Secondo Balsamo (1997) l'incontro tra diversità è un processo che ha una dinamica fatta anche di ribaltamento totale di immagini interiori stereotipate, per cui comporta il rischio di vedere messe in crisi le proprie visioni e certezze. Nel momento in cui due diversi sistemi medici entrano in contatto possono nascere delle difficoltà: i pazienti stranieri nelle strutture sanitarie italiane sono rappresentanti e “portatori” di sistemi medici diversi, costruiti su presupposti e modi di concepire la salute e la cura spesso molto lontani dai nostri. Secondo Ricca (2012) i migranti malati sono due volte “fuori luogo”: in senso geografico, perché sono lontani da casa, dai luoghi in cui hanno imparato a gestire il quotidiano, e in senso personale ed esistenziale, perché la malattia minaccia le aspettative

di vita e spesso mette a rischio il progetto migratorio stesso. La gravidanza, pur non essendo annoverabile tra le malattie, è comunque un evento molto delicato, in quanto comporta dei rischi e altera gli equilibri degli individui e i loro ruoli all'interno delle famiglie: vivere la gestazione lontano dal proprio Paese d'origine significa affrontarla senza quel contesto di attenzioni e cure noto e, almeno in parte, rassicurante.

Da un altro punto di vista i migranti che necessitano di assistenza sanitaria possono mettere in difficoltà le strutture sanitarie del Paese di approdo perché la malattia, così come la gravidanza, sono iscritte nel corpo ma nascono e si consumano all'interno delle dinamiche esistenziali di ciascuno: «l'arrivo dell'Altro negli ospedali, nelle case di cura, negli ambulatori squadrata e mette in subbuglio vecchie abitudini, schemi mentali consolidati. Costringe a imparare nuove lingue, non solo in termini fonetici, ma anche dal punto di vista dei correlativi schemi mentali». (Ricca, 2012: 11). Questo confronto con l'alterità può creare complicazioni perché quando le continuità culturali tra medico e paziente si interrompono in maniera molto evidente, la biomedicina rischia di mostrare il suo punto debole, il suo nervo scoperto, svelando quanto anche l'analisi empirica, fisicalista e scientifica sia abitata, seppur silenziosamente e in maniera spesso occultata, dalla cultura (Ricca, 2012). Se si ammette la natura culturale delle categorie biomediche si è costretti ad ammettere che il processo diagnostico e terapeutico è un'impresa eminentemente interpretativa, volta a dare significato a un evento: le categorie mediche risultano essere dei «veri e propri dispositivi di costruzione culturale della realtà clinica» (Quaranta, 2012: 25). Quali sono le conseguenze di tali operazioni? Riconoscere la natura culturale del proprio operare significa «divenire consapevoli che, al cuore del ragionamento clinico, opera in modo implicito un processo di selezione culturale che rischia di offuscare dimensioni che potrebbero essere determinanti nel processo diagnostico-terapeutico» (Quaranta, 2012: 28) ma soprattutto costringe a riconoscere l'importanza, la dignità e la validità di sistemi medico-terapeutici altri.

Giovanna e Alessandra, l'infermiera e l'assistente sociale che ho intervistato, hanno una percezione molto chiara di questa dinamica:

Il grosso rischio è che noi funzioniamo per categorie, che poi ci siamo costruiti noi, che non hanno nessun valore negli altri mondi e

facciamo l'operazione "Vabbé loro sono così: io ho detto ma loro non ascoltano". Quindi è un intervento inutile, un intervento che non raggiunge la paziente [...]. Bisogna prima cominciare a pensare che noi abbiamo un modo di vivere le questioni sanitarie che va bene forse, dico forse, nel nostro mondo, però sicuramente può essere non capita in altri mondi. Quindi bisogna partire da lì. [Giovanna, infermiera]

Un approccio così ti serve proprio per vedere la persona in maniera diversa, per metterti in ascolto realmente e chiederti " Tu chi sei? Quali sono i tuoi riferimenti?" anche per capire, se diciamo una cosa, che intendiamo la stessa. Anche le parole assumono dei significati completamente diversi perché ognuno li incastra dentro il *suo* sistema. Un aspetto importante è che ciascuno di noi viene su con una scuola che ti forma un po' in un certo modo e qua impari che sì, son tutte cose belle e importanti, però poi le metti da una parte un attimo e cerchi di sentire davvero chi hai davanti e cerchi di capire intanto che linguaggio si sta parlando. [Alessandra, assistente sociale]

Una professione che prima di tutto guarda alla relazione

Questi concetti arrivano al cuore della questione: come si possono instaurare un dialogo e una relazione terapeutica produttivi ed efficaci con persone che portano con sé (e importano nella relazione) un insieme di conoscenze, abitudini e pratiche diverse? Bisogna partire dalla "relativizzazione" delle proprie conoscenze, non con l'intento di sminuirle o di abatterle ma per riconoscere e comprendere la loro natura culturale e sociale, quindi relativa. Una volta fatto questo è possibile aprirsi alla persona che si ha davanti, concedendole lo spazio necessario a raccontare se stessa secondo i suoi propri codici e linguaggi. La questione puramente linguistica è solo una parte del problema, a cui si può ovviare con relativa semplicità tramite il ricorso a un interprete o a un mediatore

culturale. Il nodo più difficile da sciogliere è quello stretto attorno alla visione personale dell'operatore, il quale, se non accetta di aprirsi all'ascolto dell'Altro con cui si trova in rapporto, non può che arroccarsi sulle sue posizioni rendendo così sterile e poco efficace la relazione terapeutica.

L'ostacolo grosso, più che arrivare alla conoscenza di questi mondi (e comunque ci sono milioni di cose da sapere e mai le saprai tutte), è quello di metterti nell'atteggiamento di non leggere tutte le cose con i tuoi codici. Perché se io dico che la mamma che partorisce e non vuole il suo bambino lì è una mamma cattiva, una mamma depressa, una mamma che non saprà fare il suo lavoro, allora la avvio su un percorso di servizi; se invece so che nella sua cultura il bambino prima deve essere pulito perché altrimenti viene contaminato dai mondi altri, capisco che è una mamma che invece protegge il suo bambino, è una brava mamma. Pensa che cosa riusciamo a fare a volte. Rischiamo di distruggere qualcosa che è assolutamente positivo ma siccome io non riesco a togliermi i miei schemi per un momento e leggo tutto attraverso il mio filtro rischio di fare veramente qualcosa di dannoso. [Alessandra, assistente sociale]

Elemento basilare della relazione medico-paziente straniero è concedere spazio e riconoscere credibilità e dignità alle visioni dei propri pazienti. Come sostiene Quaranta (2012: 41), «saper mettere in prospettiva antropologica le proprie categorie mediche» è il primo passo per poter riconoscere il diritto dell'altro al significato e intraprendere una relazione dialogica, in cui il diverso non è negazione di verità ma fonte di conoscenza da indagare e comprendere: solo così è possibile conoscere e capire ciò che non si può condividere implicitamente a livello esperienziale. L'importante è dunque sospendere il giudizio ed «evitare di proiettare con certezza granitica le proprie abituali idee, aprendosi alla comprensione dell'Altro» (Quaranta, 2012:41), fermo restando che comprensione non coincide necessariamente con condivisione.

Le donne te li raccontano [*i rituali*] se sentono che c'è un ambiente dove i rituali non vengono squalificati, dove possono...dove si sente che la loro cultura è paritaria a quella ospitante. Perché se invece sentono che per noi loro sono come ottocento anni fa o trecento anni fa qua da noi, chiaramente non te li raccontano più.
[Giovanna, infermiera]

Uno lo percepisce che se io racconto che a casa mia si faceva una cosa che qua assolutamente non è compresa oppure mi dicono “Si beh anche mia nonna faceva così” è come sentirsi dire “Siete proprio arretrati”, allora io mi guardo bene dal dire. [...] É un problema degli operatori poi che devono aprire un po' la testa e cominciare a decostruire alcune cose. Ci siamo formati per vent'anni in un certo modo e adesso abbiamo capito che è meglio che mettiamo da parte qualcosa. Io lo trovo interessante però... sì, costa anche fatica. Ci sono alcune situazioni in cui con operatori che han fatto un certo percorso e che hanno nella loro testa l'idea che oltre al nostro modo di fare le cose ce ne sono altri, son venute fuori da parte degli utenti certe tematiche che fino a prima, chissà come mai fino al giorno prima... mai sentito nessuno. Non è che non ci fossero, no? Evidentemente anche la persona ha percepito che c'era lo spazio per poterle dire. Quindi, anche qua, penso sia tutta una questione di crescita culturale da entrambe le parti. Se io colgo che tu sei il medico che ha la sua rigidità e che hai la verità in mano, cosa vengo a dirti se poi mi tratti come uno che non vale niente? Se invece colgo che tu hai un'apertura, posso dire “A casa mia si fa così” e allora lì si può capire come uno fa e si possono trovare delle mediazioni anche lì...perché non siamo in Bangladesh, quindi comunque dobbiamo tenere conto che questa è la nostra realtà e anche di una cornice normativa, se vogliamo, soprattutto in certe cose relative alla salute. Però le possiamo tradurre in un modo che sia anche culturalmente più vicino alla persona che abbiamo lì davanti. [Alessandra, assistente sociale]

È importante che il personale sanitario acquisisca una consapevolezza di fondo, relativa alla necessità di apprendere che c'è qualcosa da sapere, qualcosa che non può essere dato per scontato, che non è superfluo rispetto alla stessa attività biomedica, qualcosa che bisogna imparare a vedere e a far venire fuori (Ricca, 2012). La relazione terapeutica è molto più efficace se si conosce lo stile di vita del paziente e la sua storia: gli schemi culturali sono plastici e si adattano alle biografie individuali, alle storie di vita, per cui la dimensione narrativa e interpretativa nella relazione di cura e accudimento sono un passaggio centrale (Ricca, 2012: 108).

La relazione con gli stranieri non rappresenta solo un complesso di difficoltà e ostacoli ma anche un'opportunità di crescita in quanto fa emergere in maniera eclatante la necessità di tenere in considerazione la dimensione culturale dell'esperienza del paziente e il contesto sociale in cui essa si dipana (Quaranta, 2012). Lavorare sulla relazione di cura è necessario per intervenire in modo corretto ma non va fatto solo con gli stranieri. La relazione terapeutica è caratterizzata dalla necessità di riflettere su quelle dimensioni simboliche che sono sempre presenti nella relazione, anche in quella con pazienti italiani.

Ho imparato che non ci sono certezze e questo mi ha aiutato tanto anche con i pazienti italiani. Nel senso che io, per esempio, parlo di contraccezione alle ragazze però poi invece bisognerebbe parlare *con* le ragazze e sentire le ragazze cosa ne pensano, cosa sanno, perché la chiedono o non la chiedono, che storia hanno relativamente alla contraccezione, le mamme, le nonne cosa hanno fatto, cosa ne pensano e così via, e se poi ascolti la ragazza, italianissima in questo caso, allora riesci a entrare in relazione. Altrimenti le prescrivi la pillola e le dici “Prendi la pillola così non rimani incinta, attenta alle malattie” e poi a lei, insomma, la pillola le fa male, le fa mal di testa, non la tollera, la dimentica, eccetera eccetera. Allora se diciamo che è sbadata e quindi non è indicata per la pillola, non risolviamo nessun tipo di problema, se invece ci facciamo delle domande in più senza omologare tutti i pazienti perché noi abbiamo la cura e per tutti i pazienti quella cura lì deve funzionare, allora facciamo un lavoro migliore e soprattutto

impariamo delle cose nuove. La nostra sarebbe una professione che prima di tutto dovrebbe guardare alla relazione, perché non è detto che tutti i mal di testa siano mal di testa uguali, magari passano tutti con la tachipirina ma anche no. Dovremmo essere un po' meno...affidarci alla scienza ma non solo a quella. [Giovanna, infermiera]

Attraverso le questioni nuove e imprevedute che possono essere sollevate dalle pazienti straniere, le operatrici hanno la possibilità di accogliere lo stimolo a vedere criticamente carenze prima invisibili del proprio modo di costruire e di regolare la maternità e l'intervento terapeutico (Balsamo, 1997). L'utente straniero esalta le differenze fra gli individui, che nel sistema dei servizi spesso non sono considerate, in quanto tale sistema si basa su un modello di riferimento di tipo diagnostico, votato ad astrarre dalle differenze individuali per tenere in considerazione solo gli elementi generali comuni.

L'importanza di conoscere il contesto, il background di vita delle proprie pazienti, aiuta a trovare dei punti di contatto o dei concetti portanti a partire dai quali costruire un dialogo produttivo ed efficace, e a scovare quali sono gli eventuali nodi che impediscono uno svolgimento reciprocamente soddisfacente della relazione terapeutica. Con le pazienti straniere è importante tenere conto di come la stessa situazione (nel caso del mio lavoro quella della gravidanza e del parto) sarebbe vissuta nel loro paese e di come invece è vissuta qui, prendendo in considerazione le opinioni e la visione personale delle donne e prestando particolare attenzione ai cambiamenti occorsi nella loro vita. La specificità delle esigenze dello straniero spesso non sta tanto nei bisogni fondamentali, quanto negli eventuali svantaggi iniziali che caratterizzano la sua condizione di migrante (come per esempio la condizione di marginalità sociale, di precarietà giuridica, economica e linguistica, la sensazione di spaesamento che può mettere a rischio il senso della propria presenza nel mondo) e nella particolarità delle sue esperienze personali (Favaro e Tognetti Bordogna, 1991).

Secondo Ricca (2012) è importante evitare che le informazioni sulle differenze culturali diventino modelli reificati, che portano all'identificazione totale del paziente con una categoria staticamente definita e riduttiva del tipo “i marocchini fanno così...” o “le donne

cinesi sono così...”. Nei contesti migratori le persone modulano la propria fedeltà alla cultura di appartenenza: «la capacità di auto-trasformazione degli individui e la possibilità che essi attingano creativamente, in modo composito e variato, dal paesaggio multiculturale dei Paesi d'accoglienza vanno entrambe rispettate e promosse» (Ricca 2012: 106). Taliani e Vacchiano (2006) accusano (giustamente a mio parere) il mito del progresso, e l'obbligo a essere moderni in esso implicito, di nascondere una richiesta di definitiva assimilazione dell'Altro ai nostri parametri e al contempo una richiesta di alienazione dell'Altro dai suoi sistemi di riferimento. Allo stesso modo credo però che sia dannoso l'atteggiamento contrario, che potremmo chiamare “l'obbligo a essere esotici”, perché nasconde la volontà di ingabbiare lo straniero in un'alterità forzata e in qualche modo rassicurante, in quanto facilmente riconoscibile e catalogabile, negando la capacità degli individui di farsi contaminare e di contaminare a loro volta l'ambiente che li circonda.

Generalizzare sulle donne del Bangladesh è un errore. [...] Diventa semplice per l'operatore perché si toglie un problema però non risolve quella che è la relazione e soprattutto la questione dell'informazione nella paziente. In realtà, per informare le pazienti, bisognerebbe fare tutta un'opera di destrutturazione relativamente a tutto quello che noi pensiamo delle donne di un paese rispetto a un altro. Cosa vuol dire? Vuol dire che noi dovremmo cominciare a interrogare le donne su come si vive da loro, la tematica per la quale si sono presentate [...]. Perché solo aprendo a pensieri, abitudini e mondi diversi possiamo farci un'idea e soprattutto possiamo entrare in relazione con le pazienti.
[Giovanna, infermiera]

Ogni singola persona attraversa i mutamenti della sua esistenza e dei mondi che la circondano e agisce al loro interno in modo del tutto personale: Balsamo (2003) definisce la relazione tra operatrice/ore e immigrata/o come un unico incontro situazionale da vivere pienamente, oltre modelli e protocolli che o non esistono o non sono adeguati né in grado di prevedere e di contenere quell'incontro. La novità di queste relazioni ci insegna la necessità di comportamenti elastici e creativi e l'importanza di avere conoscenze precise

sulla persona che abbiamo di fronte, che ci concedano di andare oltre gli stereotipi, di riconoscerli e di decostruirli, così da evitare di incapsulare un individuo entro un preciso, netto e sicuro ordine culturale statico e una irreale “cultura bangladesese” codificabile e riassumibile in pochi tratti principali (Balsamo, 2003). Il racconto delle esperienze personali da parte delle pazienti straniere indica che non esistono propriamente delle “loro culture di nascita”, intese come manufatti importati dai paesi d'origine, ma nuove ibride soluzioni con cui le migranti affrontano la maternità in una terra straniera (Bonfanti, 2012).

Perché questo silenzio?

Con molte delle pazienti provenienti dal Bangladesh le operatrici da me intervistate sembrano incontrare una certa difficoltà nell'instaurare una relazione dialogica spontanea; la ritrosia di molte donne bangladesi ad aprirsi e a raccontarsi crea una serie di ostacoli, più o meno banali, che intralciano lo svolgimento fluido ed efficace della relazione terapeutica. Il bisogno di sapere di più, di conoscere maggiori dettagli non solo sulla “cultura” e le abitudini delle pazienti ma anche, e soprattutto, sulle loro esistenze, sulle storie personali che le hanno portate fin qui è fortemente sentito dalle operatrici con cui ho parlato. La sensazione di una distanza e di differenze più o meno volutamente nascoste rende più difficile la relazione terapeutica: rimane sempre latente un senso di “non detto”, l'idea di non conoscere qualcosa che potrebbe essere importante e la sensazione frustrante di non sapere come fare per ottenere più informazioni.

Mi viene in mente che in alcuni posti dell'Africa si dice che per fare un bambino occorrono un uomo e una donna, ma non bastano, perché ci vuole qualcuno che decida che il bambino deve venire al mondo, e poi ci vuole il bambino che decida di arrivare, perché i bambini stanno in un altro posto, in altri mondi. Quindi si devono fare anche delle cose perché i bambini vengano. Allora...se noi parliamo di contraccezione, se -perché siamo nelle ipotesi – se però la convinzione delle donne è che i bambini vengono al di là dell'uomo e della donna...allora di cosa parliamo? Sono due mondi

lontani. Allora bisognerebbe prima cercare di capire da loro cosa vuol dire fare un figlio, come si fa a fare i figli da loro...e i figli che vengono, devono venire tutti o qualcuno non deve venire? E poi si può fare qualcosa da un punto di vista medico da loro per non avere figli o non si può? È chiaro che esiste la pillola in tutte le parti del mondo però...è solo una questione di costi, è una questione culturale...cos'è? Ottenere tutte queste informazioni ci permetterebbe poi di strutturare delle informazioni, tipo: “Com'è da voi? Ok, tu puoi scegliere di fare come da voi. Da noi si fa così. Non è né meglio né peggio, è solo un 'da noi' ”. Perché poi dicono “Ah ma quella ha preso la pillola ed è rimasta incinta lo stesso”. Probabilmente è vero ma se la prendono una volta sì e tre no allora è chiaro che si resta incinta lo stesso. Però anche lì...non capiscono la consegna, non...punto di domanda. Da dove deriva 'sta questione qua? Sono tutti interrogativi per i quali non abbiamo risposte e quindi rimangono interrogativi. Tornando all'inizio, se noi diciamo “Sì vabbé le ho dato la pillola ma tanto quella non la prende” non abbiamo comunque risolto nulla. [Giovanna, *infermiera*]

Per le operatrici che ho incontrato è importante riuscire a entrare per quanto possibile nel mondo dell'altro, a “contestualizzare” il paziente, per comprenderne punti di vista e modi di essere. Con le donne immigrate dal Bangladesh, però, questa operazione sembra essere piuttosto difficoltosa, in quanto mostrano una decisa ritrosia nell'esporsi e nel parlare di sé.

L'impressione che ho avuto io è che a volte anche se loro ti capiscono e sanno qualche parola di italiano non ti vengono incontro. [...] Loro non si espongono. [...] A volte hai l'impressione, magari è solo un'impressione eh, ma hai proprio questa impressione che non si espongano, che si tirino indietro. [Eleonora, *ostetrica*]

Per le operatrici è difficile indicare se le donne bangladesi incontrino in gravidanza dei disagi o delle difficoltà particolari, perché queste pazienti raccontano poco o niente di sé e

si limitano a rispondere con monosillabi alle domande che vengono poste loro.

Non hai occasione per approfondire la conoscenza. Nel senso che una donna italiana se viene qua magari ti racconta anche com'è a casa, se è stanca, se ha dei supporti familiari, invece loro non si espongono proprio. [Eleonora, *ostetrica*]

Ti dicono che va tutto bene. “Stai bene?” “Sì, sì”. Sempre. Dopo magari, una volta ogni tot, alla fine della visita salta fuori qualcosa. Ma è raro! [...] Solo a volte capita che alla fine della visita, per un motivo o per l'altro, ti dicano. Però allora non capisci se non hanno capito prima la domanda o se invece per loro abitudine va sempre tutto bene. [Sara, *ostetrica*]

Di fronte all'apparente inaccessibilità delle pazienti, alle difficoltà di approfondire la relazione, l'operatore si sente frustrato, messo in crisi dallo sforzo di capire se l'intoppo è solo di tipo puramente linguistico o se c'è qualche altro motivo per cui il dialogo viene a mancare. Se il problema fosse dovuto esclusivamente alla lingua, la presenza di una mediatrice culturale sarebbe sufficiente a risolverlo ma sembra non sia così. La mediatrice è sicuramente una risorsa preziosa, perché permette la comprensione reciproca immediata, mettendo in atto un'operazione in primo luogo di traduzione. La questione è che, nonostante la presenza di questo elemento di raccordo, che rende possibile l'espressione delle proprie difficoltà, emozioni e paure, le donne bangladesi non si aprono al dialogo, raccontano poco o niente su di sé e rispondono a monosillabi, senza sfruttare l'opportunità rappresentata dalla mediatrice.

D: Quando c'è la mediatrice raccontano qualcosa di più?

R: No. La risposta è sì, no, non so.

D: Quindi non sfruttano la presenza di una persona che conosce bene la lingua....

R: Se io dico alla mediatrice quello che lei deve dire alla signora, ok, ma il ritorno non c'è. [...] Se anche hanno una curiosità o un problema, o glielo chiedi tu, e allora la risposta è sì, no, altrimenti

non te lo dicono. [Sara, *ostetrica*]

D: Non sfruttano la presenza della mediatrice per raccontare o chiedere qualcosa?

R: No. È unidirezionale il colloquio.

D: Praticamente è solo una traduzione...

R: Dalla donna non ti torna indietro niente. [Eleonora, *ostetrica*]

L'operazione di mediazione sembra funzionare molto meglio nella relazione a due tra la donna assistita e la mediatrice, che cerca di ricreare una dimensione nota e rassicurante, comportandosi come una mamma.

S. [la mediatrice] è brava da questo punto di vista perché è mamma, quindi va lì insieme sul lettino, le tiene la mano...
[Giovanna, *infermiera*]

Ci raccontava un ginecologo che le prime volte era un po' strano: la signora sul lettino e S. [la mediatrice] a fianco che conversava con lei. In qualche modo lei riproponeva quella che può essere stata la funzione di una zia, di una mamma, di una sorella. [Alessandra, *assistente sociale*]

La mediatrice svolge in questo modo una funzione prevalentemente psico-sociale di accompagnamento, sostegno e aiuto, una funzione che viene creata a partire da un senso di identificazione rispetto alla situazione, alle problematiche dell'immigrazione e del genere (Balsamo, 2003). Quel che sembra mancare è però il flusso comunicativo tra le pazienti e gli operatori: nella dinamica a tre (donna-mediatrice-operatore) lo scambio di informazioni è molto debole e la mediazione si riduce il più delle volte a una mera opera di traduzione. Il silenzio prevale dunque sulle parole, anche quando si presenta la possibilità di capire e di farsi capire con maggiore facilità. La mancanza di dialogo rende più impacciata e difficoltosa la relazione terapeutica, mettendo il medico nella condizione di non poter disporre di un'anamnesi accurata e di non avere la certezza che l'informazione data sia stata

recepita correttamente. Un esempio su tutti può essere quello dell'alimentazione: uno dei problemi più ricorrenti nelle pazienti provenienti dal Bangladesh è quello del diabete gestazionale. Secondo l'articolo di Akther (2014), quasi un adulto su dieci in Bangladesh ha il diabete: questa patologia, che nel giro di pochi anni è diventata una vera e propria emergenza sanitaria in molti paesi del Sud Est Asiatico, riguarda in particolar modo la popolazione urbana e colpisce in maggior numero le donne. Lo stile di vita sedentario e il cambiamento occorso nel regime alimentare negli ultimi vent'anni sono considerati i maggiori responsabili di questa patologia (Rahim, 2002). Anche tra i Bangladesi migrati in altri paesi, soprattutto nel Regno Unito, il tasso di diabetici è molto elevato. Lo studio di Mannan (2012) indica che in Bangladesh tra il 7 e il 14% delle gestanti sviluppa il diabete.

[Le donne del Bangladesh] hanno quasi tutte un diabete gravidico, perché la loro alimentazione è molto diversa ed è il contrario dei dettami che qua ti dicono i medici. [...] Lì culturalmente bisogna mangiare di più...non dico per due ma insomma...bisogna mangiare di più. Loro già mangiano molto di più rispetto a noi, come quantità. [Giovanna, infermiera]

Nel caso delle bangladesi il problema è il diabete. Le donne del Bangladesh hanno costantemente il diabete gestazionale perché hanno un'alimentazione...riso, riso, riso, riso, riso...e il riso fa venire il diabete! [Sara, ostetrica]

Secondo le operatrici intervistate, la complessità della dinamica relazionale, che non permette uno scambio di informazioni adeguato né consente di capire se le indicazioni fornite siano state assimilate e comprese dalle pazienti, rende più difficile la gestione di questa patologia.

Ti guardano come dire “Impossibile togliere il riso!”[...], come dire “Cosa mi dice?”. Non perché non capiscono ma proprio...concettualmente. [Sara, ostetrica]

L'atteggiamento poco aperto delle utenti bangladesi può dipendere dal modo di porsi degli operatori nei confronti delle pazienti straniere. Secondo Alessandra e Giovanna, spesso il silenzio delle donne è legato alla sensazione di non potersi esporre, alla paura che le proprie abitudini o credenze possano venire derise o svalutate nella dimensione terapeutica.

D: Le pazienti bangladesi nel rapporto coi medici propongono, si espongono, raccontano come si usa da loro?

R: No, no. Non lo fanno. Diciamo però che spesso non è che i contesti istituzionali lo permettano. Non c'è scritto "Non puoi dire come si fa da voi", però...[Alessandra, assistente sociale]

Nella modernità bisogna stare attenti a parlare di queste cose [*pratiche di cura tradizionali*] perché ti prendono per un visionario o per pazzo o per un povero ignorante. [Giovanna, infermiera]

Lo sguardo della medicina ufficiale nelle strutture sanitarie italiane si pone spesso come dominante, unico nel gestire malattia, cura o gravidanza, per cui le donne, quando entrano in contatto con i servizi, si trovano di fronte a una struttura rigida, a un linguaggio unico, di difficile comprensione, e a un'unica possibilità di comportamento (Balsamo, 1997). L'operatore, dal canto suo, è forte di un linguaggio tecnico specifico, molto distante dal discorso comune, che rischia di ridurre in maniera considerevole la relazionalità. La percezione dell'autorità dei medici può inibire le donne, che preferiscono affidarsi nelle loro mani senza porre troppe questioni.

Ho la sensazione che loro ci dicano di sì perché al medico bianco, nell'ospedale dei bianchi, bisogna dire di sì. [Giovanna, infermiera]

C'è un'aspettativa enorme nei confronti della medicina occidentale, cioè "Vengo lì, son qua, adesso aggiustami, risolvimi il problema". [Alessandra, assistente sociale]

Parlando con le mie informatrici del Bangladesh, ho avuto la sensazione che l'atteggiamento di fiducia, a tratti quasi remissiva, mostrato nei confronti dei medici italiani non fosse tanto l'effetto di un possibile atteggiamento dominante messo in atto dagli specialisti all'interno delle strutture sanitarie nazionali, quanto di un bisogno personale delle donne sia di distanziarsi dalle credenze e dalle pratiche caratteristiche del loro paese, che di approfittare pienamente delle opportunità offerte da un sistema sanitario efficace nonostante i suoi limiti e i suoi difetti (soprattutto se paragonato a quello del paese d'origine). La fiducia nei medici italiani è quindi proporzionale alla scarsa considerazione per molte delle modalità tradizionali di gestione della maternità e alla sfiducia nei confronti dell'assistenza ospedaliera bangladese¹⁶.

D: Da parte loro, spontaneamente, non c'è la tendenza a raccontare?

R: Secondo me si vergognano quasi. Loro pensano che qua sia meglio di casa loro. Si affidano completamente, non è che ti dicano “No ma guarda mia mamma faceva così”.

D: Anch'io ho avuto questa impressione, che prendessero le distanze da quello che raccontano, ridendone.

R: Ecco sì. Ridono. Vedi? Mettono quasi in dubbio. O chiedi, e allora sono costrette a risponderti, o loro non ti racconteranno mai. Perché rispetto a qua figura una stupidaggine...e non è così però. Ci sono cose che magari non andrebbero bene ma altre possono essere buonissime, utili. [Sara, ostetrica]

Molte donne esercitano una sorta di autocensura rispetto a ciò che ritengono non condiviso dall'interlocutore o inaccettabile nel contesto sociale attuale e allo stesso tempo attuano una forma di allontanamento da alcuni aspetti che nel paese d'origine sarebbero considerati importanti o pertinenti ma che volutamente lasciano indietro, come vestigia di un passato obsoleto e superato.

Un altro possibile motivo per cui le donne mostrano una certa ritrosia nell'esporsi può essere legato alla presenza del marito durante le visite, in veste di interprete.

¹⁶ Vd Capitolo 3: “Il rapporto con il servizio sanitario italiano”

Loro si fanno accompagnare dal marito che parla un po' meglio ma non parla benissimo. E questo, al di là della questione traduzione porta con sé un altro problema: gli uomini non parlano di mestruazioni, di sangue perso, di contrazioni, perché è una questione del tutto femminile. Nella migrazione anche gli uomini sono costretti ad adattarsi e le donne sono costrette a raccontare al marito del sangue...cosa che non va proprio nel loro mondo. Quindi può essere anche che qualche donna non dica del tutto. [Giovanna, infermiera]

La presenza del marito è sicuramente una risorsa, perché aiuta la moglie a capire e a farsi capire, ma può rappresentare anche un ostacolo: la donna può sentirsi inibita dalla presenza del coniuge, che nel paese d'origine non è assolutamente contemplata né prevista. Le questioni femminili vanno risolte da e tra donne e gli uomini devono restarne fuori: in migrazione però si è costretti a cambiare e ad accettare di rivestire ruoli prima interdetti. Dai colloqui con le mie informatrici bangladesi ho appreso che la presenza del marito al proprio fianco ha effettivamente causato, in alcune situazioni, un certo imbarazzo ma tanto le donne quanto gli uomini hanno saputo adattarsi alle nuove circostanze. Per le donne con cui ho parlato è bello che gli uomini possano, per esempio, entrare in sala parto, perché così possono capire quanto sia difficile e doloroso partorire; per gli uomini stessi la possibilità di presenziare alle visite e addirittura al parto, se da un lato è motivo di disagio, dall'altro può essere fonte di sicurezza e di tranquillità, in quanto offre un'occasione anche alla parte maschile per dissipare i dubbi e le paure.

Una questione interessante, su cui si sono interrogate le due ostetriche che ho incontrato, riguarda l'area di competenza del medico. La questione è se le donne interpretino come area d'interesse del medico anche la vita personale, privata, la loro storia di migrazione o se invece ritengano che il medico si debba interessare solamente al dato fisico, mentre quel che riguarda il versante “psicologico” ed “emozionale” è considerato di competenza di altre figure o di altri settori della vita.

Noi se siamo giù di morale diciamo “Oddio devo andare dalla psicologa!” Non sto dicendo che sia giusto o sbagliato. Però

secondo me loro...star bene o star male [...] non so se comprende anche il lato psicologico. [...] Secondo me il servizio sanitario è riconosciuto. Però non so che limite ha, non so fin dove arriva nella loro testa. [Sara, ostetrica]

“Non so fin dove arriva nella loro testa”: forse non raccontano nulla della loro vita perché semplicemente non viene ritenuto un argomento di interesse o di competenza del medico. Può essere che i luoghi e le persone deputate alla confidenza, al raccontare la propria vita non comprendano ambulatori e medici.

Strategie di avvicinamento

Le operatrici che ho conosciuto hanno elaborato diverse riflessioni in merito alle difficoltà emerse e alle possibili modalità per affrontarle e risolverle.

In primo luogo le considerazioni vertono sulla necessità di un cambio di prospettiva: l'idea è quella di cercare di assumere come punto di partenza (e di vista) privilegiato quello delle pazienti. Il problema del diabete è stato una sorta di banco di prova per cercare di assumere un punto di vista nuovo, di spostarsi dalle indicazioni mediche preconfezionate per orientarsi verso suggerimenti costruiti direttamente nella relazione con le donne, a partire dai loro racconti circa le proprie abitudini alimentari.

Abbiamo fatto un incontro in cui abbiamo dato delle indicazioni noi, però poi ci siamo un po' ricredute, siamo un po' tornate indietro. [...] Quindi siamo partite proprio da come e da cosa mangiano loro. [Eleonora, ostetrica]

L'ultima volta che abbiamo tentato di affrontare il discorso dell'alimentazione, visto che non funziona dire “Questi sono gli alimenti che vanno bene”, tanto dopo loro continuano ad avere il diabete, abbiamo detto “Vabbè, partiamo chiedendo a voi: cosa

mangiate? Raccontateci un menù tipico settimanale o giornaliero” e partendo da quelli che sono i loro alimenti insegnare quantomeno a diminuire gli zuccheri , spiegando quali sono le conseguenze. Già questo è un approccio diverso che fa parte del modo che abbiamo in mente noi di lavorare con persone di altre culture. Perché se io ti dico che devi togliere la pasta tu mi dici “Bah, io la pasta non la mangio mai”, oppure se dici “Niente riso”, è impossibile. Allora vediamo un po' di trovare il modo giusto...ma partendo da quelle che sono le tue abitudini. [Alessandra, assistente sociale]

In questo modo, partendo dalla conoscenza dell'universo di riferimenti della paziente, si può costruire un piano d'intervento molto più efficace, in quanto realmente in grado di individuare l'origine di eventuali problemi e di impostare un possibile ordine di soluzioni adeguate alla singola persona. Come sostiene Quaranta (2012), la prospettiva del paziente non può essere estrapolata ma va invece prodotta: la relazione medico-paziente e il processo diagnostico sono proprio i momenti deputati alla produzione di una conoscenza reciproca e di un universo di significati per le esperienze che si stanno vivendo. Un approccio che privilegia l'aspetto narrativo nella relazione terapeutica promuove la partecipazione attiva dei pazienti al processo di costruzione del significato dell'esperienza che stanno vivendo e di conseguenza permette che emerga la loro prospettiva (Quaranta, 2012).

Un'iniziativa importante per cercare di sbloccare la situazione e di entrare in maggior sintonia con le pazienti immigrate è quella degli incontri al femminile di cui ho parlato all'inizio del capitolo. Questi gruppi di donne nascono dall'idea della necessità di creare un luogo deputato all'incontro e al confronto tra donne che condividono l'esperienza della migrazione: la partecipazione al gruppo non è limitata alle gestanti ma vorrebbe coinvolgere il maggior numero possibile di soggetti per creare un luogo di condivisione e di informazione. Giovanna mi ha fatto notare che le donne straniere non partecipano quasi mai ai corsi di preparazione al parto¹⁷, che rappresentano occasioni per ottenere informazioni utili riguardo la gravidanza, il parto e il post-parto ma anche semplicemente

17 Secondo i rapporti Istisan (vd Lauria e Andreozzi, 2011), tra le straniere la partecipazione ai corsi di preparazione al parto è molto bassa: è minore per le asiatiche e africane mentre è più alta per le centro-sudamericane.

per stare tra donne e condividere impressioni, paure e aspettative.

Ai corsi parto le straniere non partecipano. [...] Noi abbiamo circa una trentina di persone iscritte al mese [...] e di queste una o due sono straniere ma provengono quasi sempre dai paesi del Sud America. [Giovanna, infermiera]

I corsi di preparazione al parto sono corsi che danno informazioni mediche soprattutto. Gli argomenti sono: l'anestesia peridurale, per non avere dolori durante il travaglio, i cambiamenti psicologici della coppia, come avviene il parto...c'è la visita alla sala parto...ci sono tutte queste cose che sono informazioni sull'evento che sarà il parto. Allora i corsi di preparazione al parto, il trovarsi in gruppo, [...] qui hanno il senso di ottenere informazioni relativamente all'evento che stai vivendo e a quello che accadrà. [Giovanna, infermiera]

L'assenza di questa dimensione per le immigrate, che generalmente devono affrontare la maternità senza il sostegno della propria cerchia familiare, così forte nel luogo d'origine, rappresenta una difficoltà in più perché con essa viene a mancare l'opportunità di ottenere riferimenti e rassicurazioni importanti per dare significato alla propria esperienza e per viverla con la maggiore serenità possibile. Le donne immigrate spesso non partecipano a questi corsi di preparazione principalmente per due motivi: non sono a conoscenza della loro esistenza e hanno difficoltà linguistiche (Lauria e Andreozzi, 2011).

D: Ai corsi parto partecipano?

R: Non vanno mai. Ma perché comunque la barriera linguistica è evidente. Fare visualizzazioni...capisci che non...[Sara, ostetrica]

Inoltre si può pensare che non usufruiscano di questa possibilità anche perché i corsi così strutturati sono una forma di aggregazione che non appartiene al loro orizzonte e con cui probabilmente non hanno molta dimestichezza: nel paese d'origine la maternità è vissuta

nella quotidianità della stretta relazione con la cerchia parentale femminile, che offre le informazioni e i consigli ritenuti necessari; la dimensione proposta ai corsi di accompagnamento alla nascita raggruppa invece in maniera artificiosa donne tra loro estranee.

La proposta di dare vita a degli incontri tra donne provenienti dallo stesso paese ha lo scopo di creare nel nuovo luogo di residenza una sorta di “surrogato” di quella cerchia femminile che è tanto presente in patria, un luogo riservato alle donne, in cui possano confrontarsi e stare insieme, condividendo le loro storie e impressioni, dove possano ricreare in qualche misura e riportare almeno parzialmente in vita il mondo da cui provengono.

Abbiamo tentato di creare un ponte tra quello che è il nostro modo di vivere, gruppale, la gravidanza e il loro modo di viverlo nel gruppo di donne in famiglia. [Giovanna, infermiera]

Si sentono di vivere...beh...in un altro posto ma in un luogo dove possono raccontare quello che è il loro mondo, perché *quello* loro si portano, giustamente, nella migrazione. [Giovanna, infermiera]

La presenza delle operatrici agli incontri ha il solo scopo, in teoria, di offrire consulenze, consigli e informazioni nel caso vengano richieste, mentre la mediatrice dovrebbe tenere le fila del gruppo e fare da tramite tra le donne e le operatrici.

La mediatrice ha lo scopo di parlare la loro lingua, perché parlano nella loro lingua, si possono raccontare come succedrebbero le cose nel loro paese e noi operatori siamo lì se ci chiedono delle informazioni dal punto di vista medico; però dovremmo diventare sempre più spettatori. [Giovanna, infermiera]

Il progetto è infatti quello di mettere in piedi un gruppo che vada avanti da solo, che sia per e di donne del Bangladesh, perché, come spiega Giovanna, «è importante che ci siano dei luoghi deputati alla cultura d'origine, di provenienza di quelle persone». La presenza

delle operatrici dovrebbe limitarsi a dare l'input iniziale, lo stimolo ad aprirsi e a raccontarsi oltre che offrire la possibilità di ottenere informazioni altrimenti difficili da reperire e soprattutto da comprendere.

L'idea è che diventi un gruppo sempre più autonomo, in cui il gruppo decide di cosa vuole parlare e se ha bisogno di consulenze, perché comunque le domande poi sono tante e relative proprio alla salute. [Alessandra, assistente sociale]

Da un altro punto di vista questi incontri sono utili anche per le operatrici perché danno loro modo di avviare un processo di conoscenza più profondo con queste donne, in un luogo diverso dall'ambulatorio e al di fuori della dinamica medico-paziente, che a volte può inibire il dialogo e il confronto spontaneo.

Le uniche cose che vengono fuori è ai gruppi, per cui, ti dico, sarebbe utile per loro e per tutti che andassero avanti. [Sara, ostetrica]

I gruppi rappresentano l'occasione per ampliare la conoscenza reciproca e arrivare a toccare temi e questioni che nel corso della relazione terapeutica non è sempre possibile raggiungere. Il fatto di trovarsi insieme tra donne che condividono la stessa provenienza geografica può essere un buon modo per sbloccare questo silenzio e far sì che emergano bisogni, suggerimenti, paure, necessità di chiarimenti.

Questo obiettivo non è semplice da raggiungere e la dimensione grupppale con le donne del Bangladesh non sta ottenendo il risultato atteso. Le donne sembrano quasi restie a partecipare e le organizzatrici devono sempre insistere molto perché siano presenti in buon numero: agli incontri a cui ho preso parte erano presenti tra le quattro e le sei persone, esclusi i bambini.

Vedi che loro vengono [ai gruppi] perché dai l'appuntamento ma non vengono perché hanno voglia. [Sara, ostetrica]

Se tu ad esempio non le vedi nell'arco di tempo tra un incontro e l'altro, che non glielo ricordi, loro non vengono, anche se hanno il foglio a casa con le date. [Eleonora, ostetrica]

L'atteggiamento delle operatrici nei confronti di questa scarsa partecipazione non è omogeneo: da una parte c'è chi sostiene che bisogna insistere e, se necessario, telefonare qualche giorno prima per ricordare l'incontro, dall'altra c'è chi pensa che insistendo si potrebbe creare la sensazione di un'imposizione, di un obbligo a essere presenti e quindi si darebbe vita a una forzatura.

Durante gli incontri la partecipazione attiva delle donne è minima: mi sono sembrate intimidite, a disagio e un po' nervose, come se non capissero bene perché sono lì. La conversazione non inizia finché qualcuna delle operatrici presenti non rompe il ghiaccio con qualche domanda e solo per qualche breve momento le signore si lasciano andare a chiacchierare tra loro.

Nei gruppi, solo se tu chiedi “Che credenze ci sono sulla gravidanza?” allora te lo dicono. Forse è per questo che i gruppi hanno... non è che hanno poca speranza però è difficile, perché loro non si mettono in gioco. [Eleonora, ostetrica]

D: Ai gruppi le donne raccontano spontaneamente o c'è sempre bisogno di qualcuno che ponga le domande giuste?

R: Giuste. Ma giuste proprio. Perché sennò loro non vanno oltre. [Sara, ostetrica]

Al momento siamo un po' in difficoltà e lì bisogna capire il perché. Perché comunque delle domande da parte loro ci sono, però il più delle volte hanno un atteggiamento del tipo: “Vabbé, aspetto che tu mi dica”. E su questo ci stiamo ponendo delle domande, non abbiamo delle risposte su quale possa essere il motivo. [Alessandra, assistente sociale]

La mia impressione è stata quasi come se si sentissero obbligate a essere lì, per far vedere

il loro impegno come donne e come madri. Forse non è stata recepita a pieno l'idea degli incontri come occasioni per avere informazioni, per fare domande e ottenere risposte che altrimenti sarebbe difficile avere. Non saprei dire con sicurezza quale sia il motivo per cui questa iniziativa stenti a decollare. Da quanto mi hanno riferito le operatrici, questa situazione non si è creata con l'altro gruppo, quello delle donne marocchine, che invece funziona molto bene.

Li dentro [nel gruppo di donne del Bangladesh] a volte si fa un po' fatica a raccontarsi le cose mentre, per dire, con le donne del Marocco c'è stato da subito un investimento maggiore. Anzi, le prime volte non riuscivamo a finire i gruppi perché erano esuberanti! [Alessandra, assistente sociale]

Il diverso atteggiamento può dipendere dal fatto che la migrazione dal Bangladesh è più recente¹⁸, per cui ci sono ancora difficoltà a entrare in sintonia con alcune strutture e modalità relazionali del paese d'accoglienza. Un altro aspetto importante può essere legato al fatto che spesso le donne marocchine hanno meno possibilità di uscire non accompagnate e di incontrare altre persone, per cui approfittano con più slancio delle possibilità che si presentano, mentre le immigrate dal Bangladesh molte volte godono di maggiore autonomia ed escono frequentemente da sole o con le amiche per portare al parco i bambini, per fare la spesa o per andare a passeggiare. Basandomi solo su dati empirici, cioè la visibilità immediata delle bangladesi negli spazi della città in cui vivo, posso dire che la loro presenza è forte e capillare: le donne bangladesi escono spesso sole, non accompagnate dal marito o da parenti più anziane, si occupano personalmente della spesa e della gestione dei figli, vivendo la città e i suoi spazi pubblici, come piazze e parchi. Al contrario le donne marocchine, pur essendo presenti nelle mie zone da molto più tempo, sono tendenzialmente meno visibili e capita raramente di vederle muoversi da sole. Ovviamente ogni generalizzazione lascia il tempo che trova ma credo che a volte concedere un piccolo spazio anche a considerazioni superficiali e immediate, per quanto

18 Secondo il rapporto annuale sulla presenza degli immigrati (vd *La comunità bengalese in Italia*, 2014), l'immigrazione bengalese in Italia ha una storia piuttosto recente, sebbene le presenze bengalesi abbiano conosciuto una rapida crescita nel corso degli ultimi vent'anni. Al 1° gennaio 1992 risultavano poco più di 5.000 i bangladesi regolarmente soggiornanti mentre nel 2014 risultavano essere circa 130.000.

magari non rappresentative della reale situazione, possa essere utile per riportare una sorta di “fotografia non ragionata”; mi capita quotidianamente di incontrare donne bangladesi, e nelle situazioni più diverse: nelle domeniche estive al fiume, dove portano i bambini a rinfrescarsi; di pomeriggio al parco giochi; a passeggio per la strada sole, col passeggino o in compagnia di qualche amica; al supermercato o al mercato cittadino. Queste sono solo suggestioni e sicuramente non rappresentano la reale situazione di tutte le donne bangladesi o marocchine ma credo che diano semplicemente un'immagine immediata di una diversità percepibile a prima vista.

Probabilmente non c'è un solo motivo ma è un insieme di diversi fattori a far sì che si creino tali difficoltà negli incontri. Credo che queste donne facciano fatica a comprendere il senso del trovarsi in un gruppo costruito artificialmente, le cui fila sono tenute da medici, o comunque da rappresentanti del servizio sanitario. La volontà di creare uno spazio in cui queste donne si possano incontrare e confrontare forse è in qualche modo “superflua” perché magari queste occasioni di incontro ci sono già, e sono gestite personalmente dalle singole donne, che decidono autonomamente come, dove, con chi e quando trovarsi a passare del tempo insieme.

Abbiamo un po' più difficoltà con le donne del Bangladesh e ci stiamo chiedendo perché. Un'ipotesi può essere che il discorso di ritrovarsi tra donne ma non all'interno di una cerchia familiare è a loro estraneo. Noi l'abbiamo pensata per creare un minimo di relazioni ma forse per loro è più un artificio, no? E quindi ci stiamo interrogando se è la forma giusta. [Alessandra, assistente sociale]

Se si trovano al parco giochi, per esempio, secondo me lì, in quel momento lì, senza l'operatore che sta lì ad ascoltare e a fare domande, tra loro sicuramente parlano, perché hanno una cosa in comune. Per cui magari non parlano dell'Italia ma del Bangladesh. Però è una cosa spontanea, non programmata, non c'è chi ascolta e chi fa domande. [Sara, ostetrica]

Secondo me non è passato il messaggio a loro che dovrebbe essere

un gruppo per loro e formato da loro, che noi non c'entriamo niente. Non c'è...un saper fare gruppo, perché non si mandano i messaggi e neanche si chiamano. Anche se comunque tra loro c'è qualcuna che ti dice “Io l'ho detto a qualche persona, però una ha risposto che ha già i bambini grandi”. Ma allora non è passato il messaggio che non è solo per la gravidanza, per il parto, per i neonati perché c'è l'ostetrica e c'è l'infermiera, ma perché proprio abbiano lo spazio per trovarsi tra di loro. Ma se lo fanno già fuori, forse non è questo di cui hanno bisogno. [Eleonora, ostetrica]

Il carattere artificioso del gruppo, contrapposto alla dinamica libera dell'incontro spontaneo, può essere una delle chiavi di lettura di questa scarsa partecipazione: se le donne hanno già i loro momenti di ritrovo, in cui dialogano e si confrontano, forse non sentono la necessità di adottarne altri organizzati ex novo da estranei professionisti del settore medico. Ho notato che, una volta terminato l'incontro, le bangladesi, che fino a poco prima erano impacciate, serie e silenziose, sono rimaste per quasi un'ora nell'atrio del consultorio a chiacchierare e a ridere chiassosamente tra loro, smettendo i panni di donne timide e taciturne. Forse quindi non hanno bisogno di un posto costruito appositamente per trovarsi, perché lo sanno creare da sé. Secondo Favaro e Tognetti Bordogna (1991), il luogo pubblico della convivenza fra donne serve loro anche come ponte verso forme di riagggregazione culturale che spetta al gruppo, alla comunità, autogestire in autonomia.

A mio parere potrebbe essere utile chiarire accuratamente lo scopo dell'iniziativa, le finalità con cui è pensata. Se vuole essere uno spazio informativo, dove le donne possono usufruire di consulenze e di spiegazioni, forse sarebbe meglio costruirlo esclusivamente in tal senso, come semplice momento di informazione. Se invece vuole essere un luogo di incontro informale, di confronto e di conoscenza, potrebbe essere utile dargli una veste diversa, lasciando perdere l'aspetto informativo e concentrandosi sul dare vita a un'occasione di ritrovo in cui le donne possano gestire il proprio tempo come meglio credono, facendo quello che preferiscono. Per esempio per loro potrebbe essere più stimolante (oltre che più produttivo ai fini di uno scambio dialogico) ritrovarsi in un altro tipo di dinamica relazionale, in cui non ci si incontra semplicemente per stare sedute in cerchio a parlare ma in cui si faccia qualche attività (dalla cucina, al cucito, alla

ginnastica) durante la quale il dialogo possa sorgere spontaneo: in questo modo la relazione non avrebbe bisogno di essere “messa in atto” ma nascerebbe da sé a partire dal “fare qualcosa insieme”. Come spiega Sennet (2012:74), «le differenze razziali» vengono risolte «nel fare insieme una cosa difficile, più che nello stare semplicemente insieme». Sempre secondo l'autore (2012: 219), «il lavoro fisico può instillare nelle persone un comportamento sociale di tipo dialogico», perché nella relazione che si viene a creare lavorando insieme assume molta importanza la comunicazione non-verbale, per cui i gesti del corpo prendono il posto delle parole. L'importanza sociale dei gesti sta soprattutto nel fatto che essi «traducono in sensazioni corporee l'informalità delle interazioni sociali» (Sennet, 2012:225).

Un altro aspetto da prendere in considerazione è legato all'atteggiamento delle operatrici stesse, che spesso mostrano qualche difficoltà a uscire dal loro ruolo e ad abbandonare, o quantomeno a ridimensionare, il linguaggio tecnico; a volte le informazioni date sono troppe e troppo specifiche e confondono la mediatrice stessa, che mostra difficoltà nel tradurle e nel renderle comprensibili. Sarebbe invece importante riuscire a selezionare le comunicazioni e i materiali da fornire, per evitare un sovraccarico di informazioni (Marchetti e Polcri, 2013). In alcuni momenti ho percepito da parte delle operatrici, soprattutto quelle non coinvolte direttamente nell'iniziativa degli incontri ma chiamate per offrire consulenza, una volontà di insegnare, di istruire e di correggere, che a volte tendeva a prevalere su un più produttivo atteggiamento di condivisione e di confronto. Un episodio in particolare ha attirato la mia attenzione: una delle ragazze presenti, una giovane mamma con un bimbo di sei anni e uno di quasi un anno, tiene il più piccolo in braccio e, spinta dai complimenti sul piccolino, lo solleva sulle gambine per metterlo in mostra. A questo punto interviene un'operatrice, che presenzia all'incontro per fornire informazioni sulle vaccinazioni, e corregge la giovane mamma, spiegandole che non deve tenere il bambino in piedi, perché è troppo piccolo e tale postura potrebbe danneggiare il corretto sviluppo delle gambe. La ragazza annuisce e ricomincia a cullare il suo bambino. Un atteggiamento come questo, che sembra voler insegnare alle donne come essere madri, può mettere a disagio, può creare l'impressione che il proprio modo di crescere i figli debba essere sottoposto a correzioni ma soprattutto mette a rischio la creazione di un senso di parità che, a mio parere, è necessario perché tali iniziative funzionino: la comunicazione può

incepparsi nel momento in cui scatta la dinamica insegnante-allievo. Come sostengono Michela Marchetti e Chiara Polcri (2013), l'atteggiamento impiegato nella relazione con il migrante è fondamentale: se l'operatore mostra un atteggiamento di chiusura, giudicante e infantilizzante non può avvenire uno scambio di informazioni efficace. Le donne presenti agli incontri non sono lì perché qualcuno insegni loro come essere madri ma per parlare di sé, per raccontarsi e per ascoltare i racconti di altre donne, oltre che per avere informazioni sui servizi e sulle opportunità di cui possono usufruire nel paese d'accoglienza. La dinamica, secondo me, è delicata.

Sicuramente queste difficoltà sono legate al carattere sperimentale dell'iniziativa, che è infatti in fase di “rodaggio”: se gli incontri proseguono sarà sicuramente possibile riuscire a trovare il modo migliore per creare un ambiente di reale condivisione, in cui i mondi delle donne immigrate possano trovare spazio e intersecarsi con gli altri mondi, presenti e non.

CAPITOLO 5. RIFLESSIONI

Nell'ambito del mio lavoro sono emersi alcuni spunti a mio avviso particolarmente interessanti, che non ho però trattato in modo approfondito per evitare il rischio di appesantire eccessivamente i discorsi. Vorrei utilizzare questo spazio finale per mettere in evidenza questi temi e operare alcune precisazioni.

Differenze

Ho fatto riferimento molto spesso ai lavori di Franca Balsamo e di Graziella Favaro e Mara Tognetti Bordogna, utilizzandoli spesso come basi di confronto con quanto da me osservato. Bisogna precisare che i lavori delle due autrici riguardano donne provenienti dall'area africana e, per quanto riguarda la Balsamo, dall'area sub-sahariana e marocchina in particolare. Alcune differenze sono emerse in modo piuttosto evidente, soprattutto rispetto alle analisi di quest'ultima.

L'osservazione proposta dalla Balsamo, secondo la quale l'incontro delle donne straniere con i servizi sanitari italiani dà vita a uno scambio ineguale che produce una perdita dal punto di vista della ricchezza e del patrimonio culturale personale delle pazienti, non ha trovato un riscontro forte nei casi da me osservati. Secondo l'autrice le donne straniere, non potendo esprimere, a contatto coi servizi, le proprie risorse, vengono ridotte a un ruolo marginale, al ruolo stereotipico delle immigrate bisognose. Le donne bangladesi che ho incontrato non coincidono completamente con questa rappresentazione: mi sono sembrate donne che più che subire una disuguaglianza di potere nella relazione con il medico, vedendosi costrette a rinunciare a parte di sé, hanno effettuato delle conquiste importanti e si sono in qualche modo scrollate di dosso un fardello che le teneva legate al passato e, almeno in parte, le appesantiva¹⁹. La qualità dell'assistenza ma soprattutto la possibilità stessa di averne accesso hanno rappresentato il conseguimento di un benessere, di una sicurezza e di una serenità maggiori. Di queste donne mi ha colpito molto, forse perché mi

¹⁹ Vd capitolo 2: “La migrazione, la maternità e l'assenza della famiglia d'origine: nuove libertà”

aspettavo l'esatto contrario, il modo di concepire la debolezza: per loro, contrariamente a quanto affermato dalla Balsamo (1997 e 2003), la debolezza non è rappresentata dal dover seguire le indicazioni e le pratiche mediche del sistema sanitario del paese d'adozione, quanto dalla mancanza di libertà generale che caratterizzava le loro vite in Bangladesh. Nel loro paese una donna ha tendenzialmente libertà di scelta minima: la cerchia femminile di riferimento, se da una parte fornisce un effettivo aiuto e un sostegno pratico, dall'altra funziona anche come un meccanismo di controllo molto potente, in grado di ridurre le donne a un ruolo debole per il semplice fatto di rappresentare per loro un modello a cui attenersi che riduce quasi a zero le possibilità decisionali delle donne. Avere la possibilità di usufruire di cure gratuite e di buon livello nel paese d'accoglienza equivale a una sorta di riscatto: le pratiche tradizionali che hanno portato con sé appartengono alla sfera personale e decidono loro, liberamente, se e quando utilizzarle. Non credo che il sistema sanitario del paese di accoglienza abbia ridotto al silenzio queste donne, impedendo loro di esprimere la propria appartenenza, per il semplice fatto che queste persone avevano già nel loro paese intrapreso autonomamente un percorso di allontanamento da alcuni aspetti delle loro tradizioni e avevano già confidenza con le modalità di cura del sistema sanitario di stampo biomedico. Le donne che ho conosciuto, infatti, avevano partorito in ospedale anche in Bangladesh, dove però avevano dovuto fare i conti con una sanità scadente e molto costosa, mentre in Italia hanno avuto accesso a un'assistenza sanitaria gratuita e di livello molto buono. Tanto basta per non rimpiangere il modo di gestire la gravidanza diffuso nel loro paese.

Quando la Balsamo parla del luogo dell'utopia, che per le immigrate marocchine sarebbe il passato, non posso confermare che per le donne che ho incontrato valga lo stesso: per le donne bangladesi che ho conosciuto, infatti, il luogo dell'utopia è il futuro, mentre il passato rappresenta qualcosa che vogliono lasciarsi alle spalle, per sé e per i figli (soprattutto se femmine). L'idea che le proprie figlie possano studiare senza paura di essere aggredite o molestate, come potrebbe accadere in Bangladesh, rappresenta un pensiero di riscossa e di rivalsa su ciò a cui loro stesse hanno dovuto rinunciare. La nostalgia per il luogo d'origine, che è sicuramente presente in ogni caso, anche se magari in forme diverse, impallidisce di fronte al ricordo degli obblighi da sopportare e delle limitazioni a cui sottostare. Il parto in casa, per esempio, è raccontato dalla Balsamo (2003) come un

ricordo molto positivo per la maggior parte delle donne marocchine mentre per le mie informatrici dal Bangladesh il parto in casa evoca sentimenti di paura, insicurezza e diffidenza: tale pratica viene legata al passato o a situazioni di isolamento e di arretratezza culturale, situazioni in cui tale modo di partorire non è frutto di una scelta ma dell'impossibilità di fare altrimenti. Il periodo della gravidanza in Marocco è raccontato dalla Balsamo (2003) come uno 'stato di grazia', durante il quale le donne si prendono delle rivincite sulle costrizioni usuali. Le mie informatrici, invece, hanno descritto i giorni della gestazione come costellati di obblighi e divieti, giorni vissuti sempre sotto il controllo di qualcuno, tendenzialmente della suocera.

Il rapporto tra i coniugi è uno degli aspetti che può essere sensibilmente modificato dalla migrazione. Favaro e Tognetti Bordogna (1991) rappresentano il coniuge come tendente a imporre alla donna il ruolo subalterno tipico del paese d'origine e a ridurne la capacità d'iniziativa. Nel contesto migratorio le mie interlocutrici hanno invece scoperto un modo nuovo di relazionarsi con il marito, meno controllato e più spontaneo. I mariti stessi hanno spinto le mogli a uscire, a rendersi autonome e indipendenti, a imparare la lingua e a cercare un lavoro così da poter essere un sostegno e una risorsa per tutta la famiglia.

C'è un aspetto su cui vorrei soffermarmi per un attimo, perché a volte mi lascia perplessa: molto spesso nella letteratura sulla migrazione (e sulle migrazioni femminili in particolare) si tende a concentrare l'attenzione soprattutto sul senso di mancanza e di perdita che caratterizza la parabola migratoria, menzionando solo distrattamente altri aspetti, potenzialmente positivi. Nelle parole delle mie informatrici bangladesi non ho percepito tanto un senso di perdita o di vuoto, quanto una volontà di conquista, di libertà e di autonomia e il senso di orgoglio dato dalla capacità di rimanere a galla e di adattarsi a un paese nuovo e diverso. Credo che concentrare troppo lo sguardo sugli aspetti negativi della migrazione non sia né produttivo né realistico: è sicuramente vero che cambiando paese ci si lascia alle spalle il mondo conosciuto, si perdono i propri riferimenti abituali e si devono affrontare situazioni critiche ma è anche vero che si possono conoscere modi nuovi di vivere e di interagire con le persone e con gli spazi, che possono influenzare anche positivamente quel che siamo stati e che abbiamo vissuto finora, dandoci la possibilità di cambiare e di migliorare. La sensazione che ho avuto spesso è che le donne bangladesi che ho conosciuto abbiano operato un confronto tra la vita che conducevano nel loro paese e

quella che conducono qui, tra il controllo esercitato dalla famiglia allargata nel loro paese e l'autonomia che caratterizza la nuova situazione e abbiano tratto la conclusione che alcune novità possono essere molto positive. Questo non vuol dire che le difficoltà e gli ostacoli non esistano o siano marginali ma significa solamente che le donne sono in grado di effettuare dei paragoni e spesso sono ben disposte a rinunciare alla sicurezza offerta dalla «istituzionalizzazione del corso della vita» (Favaro e Tognetti Bordogna, 1991) cui erano abituate (e destinate) nel loro paese per poter godere di una libertà più ampia, relativa a piccole e grandi cose: uscire dalla norma e accettare il cambiamento è sempre difficile e rischioso ma può anche essere soddisfacente e portare alla conquista di una nuova ricchezza. Credo che nello scenario della migrazione il senso della perdita e quello della conquista convivano e si intreccino in modi sempre diversi e creativi.

Le divergenze che ho individuato tra le mie osservazioni e quelle della Balsamo in particolare possono essere imputabili ai diversi contesti analizzati: i lavori dell'autrice si concentrano infatti perlopiù sui paesi dell'Africa sub-sahariana, mentre la mia ricerca è interamente dedicata alle donne provenienti dal Bangladesh. Il tema in comune, quello delle donne migranti, pur presentando molte connotazioni simili, non è privo di elementi discordanti. Le modalità della migrazione stesse hanno infatti forme e storie differenti. È importante ricordare nuovamente che nessun contesto è omogeneo, né per quanto riguarda il punto di partenza, né per quanto riguarda il viaggio e il punto d'arrivo: il rapporto delle donne con le pratiche tradizionali, per esempio, varia a seconda di diversi fattori, quali l'età, la provenienza (città o campagna), il grado di istruzione, lo status economico della famiglia. Alcune immigrate hanno già dimestichezza con il sistema medico ufficiale della biomedicina perché già nel loro paese si affidavano a tali modalità di cura, per altre invece è una novità assoluta o quasi: le immigrate provenienti da piccoli paesi, isolati dai centri più grossi, mantengono sicuramente un rapporto più forte con le pratiche tradizionali, perché molto probabilmente è a esse che nel loro paese facevano ricorso in caso di bisogno. Il campione che ho intervistato, essendo molto ridotto, non può che rappresentare una piccola parte delle donne bangladesi presenti in Italia. Sicuramente se avessi conosciuto altre persone i miei risultati avrebbero potuto essere molto diversi: probabilmente il solo fatto che non sia riuscita agevolmente a entrare in contatto con altre donne sta a conferma del fatto che i modi di vivere e di relazionarsi con il nuovo ambiente

sono molteplici e molto diversi tra loro e che la parte che ho conosciuto è davvero solo una piccola parte, e può rappresentare l'eccezione.

I lavori di Franca Balsamo che ho consultato, inoltre, risalgono a qualche anno fa (uno al 1997 e uno al 2003). Nell'arco di tempo che separa questi studi dalla mia ricerca sono sicuramente cambiate molte dinamiche, basti pensare allo sviluppo rapidissimo delle tecnologie e dei mezzi di comunicazione, che ha reso i contatti tra i mondi molto più semplici e ha accorciato le distanze tra i paesi, consentendo da una parte di partire avendo già un piccolo bagaglio di conoscenze relativo al paese d'accoglienza e dall'altra di mantenere vivi con più facilità i legami a distanza con i propri familiari: mezzi come skype o viber hanno sicuramente cambiato il modo di percepire e di vivere la lontananza e l'assenza.

Il parto con il taglio cesareo

Una discrepanza importante che ho trovato tra alcuni dati del mio lavoro e quelli riportati in particolare dalla Balsamo riguarda la questione del cesareo. Secondo l'autrice il frequente ricorso alla procedura operativa, pur non riguardando solo le immigrate, le coinvolge in modo specifico, tanto che parla di “cesarizzazione da gap comunicativo”: di fronte alla difficoltà di comprensione non solo della lingua ma del linguaggio del corpo dell'altro, gli operatori, già culturalmente orientati verso la chirurgia, opterebbero per un cesareo anche quando non fosse strettamente necessario (Balsamo, 1997 e 2003). Questa pratica sarebbe il risultato di un modo affrettato di superare ostacoli di tipo culturale e relazionale, nonché una soluzione veloce e poco rischiosa per i chirurghi. Nella visione della Balsamo le straniere si affidano completamente all'autorità clinica perché sono in una posizione di debolezza che non consente possibilità di scelta.

Dai colloqui con le mie informatrici è emersa una realtà diversa: negli ospedali in Bangladesh i parti cesarei vengono effettuati con una frequenza molto più alta rispetto a quanto accade in Italia e spesso anche quando non ce n'è la necessità. Le donne che ho conosciuto hanno molta dimestichezza con il parto cesareo, perché nel loro paese, oltre a essere una pratica molto utilizzata in ambito ospedaliero, si rivela spesso inevitabile in

conseguenza della scarsa qualità o dell'inaccessibilità dell'assistenza sanitaria nel periodo prenatale: poche possono permettersi di sostenere i costi di analisi e visite, per cui molto spesso le gestanti effettuano controlli solo a gravidanza inoltrata o si recano all'ospedale solo al momento del parto e in presenza di complicazioni²⁰.

Secondo i dati del rapporto CeDAP (Basili et al., 2015) relativo all'anno 2013 nelle strutture italiane il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28,5% dei parti di madri straniere e nel 37,3% dei parti di madri italiane, con notevoli differenze regionali (i valori più alti sono registrati al Sud Italia, in Puglia, Campania e Sicilia²¹) e rispetto al luogo del parto, per cui è maggiore la percentuale di cesarei nelle case di cura accreditate (il 53,8%) che negli ospedali pubblici (33,1%). Il rapporto Istisan 12/39 (Lauria et al., 2012) precisa però che «la minore frequenza dei parti con taglio cesareo potrebbe essere effetto solo di confondimento dovuto all'età, essendo più giovani delle italiane, e all'area geografica, essendo le straniere poco presenti nelle regioni del Sud dove come è noto si effettuano molti più tagli cesarei che nel Centro-Nord» (*ivi*: 39).

I dati non sono di facile lettura né interpretazione, essendoci molteplici variabili in gioco, ma sarebbe interessante approfondire l'analisi di queste differenze e individuare quali sono i fattori principali della diversificazione. Nel 2011 la percentuale di parti con taglio cesareo in Italia risultava essere la più elevata in Europa²², per questo motivo sono state prodotte linee guida²³ per ridurre il numero. Può darsi che nel corso degli anni (la pubblicazione della Balsamo citata risale al 1997) l'atteggiamento delle strutture sanitarie italiane sia cambiato, cercando di favorire maggiormente il parto naturale: per quanto riguarda la percentuale di parti con taglio cesareo effettuati presso le strutture dell'Ulss 4 Alto Vicentino, per esempio, si è passati dal 28,7% del 2008 al 21,6% del 2014. Alcuni passi avanti inoltre, per quanto piccoli, sono stati sicuramente fatti nell'ambito delle cure a pazienti stranieri, per cui viene prestata una maggiore attenzione alle loro specifiche problematiche, evitando così il fallimento dell'incontro terapeutico e riducendo il rischio di

20 Vd Capitolo 3 *Vivere la maternità in Bangladesh*.

21 Dati presentati nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, 2012-2013, a cura della Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica

22 Secondo i dati del Rapporto Istisan 12/39 la percentuale di parti con taglio cesareo in Europa varia dal 14-15% nei Paesi Bassi e in Slovenia al 38% in Italia (Lauria et al., 2012).

23 Vd Lauria et al. (2012:39)

un ricorso a interventi non necessari. Ne sono una prova tangibile le iniziative attuate dall'Ulss di cui ho parlato nell'ultimo capitolo: per quanto in fase sperimentale e portate avanti dalla buona volontà e forse dallo spirito utopistico di una minoranza tra gli operatori, queste iniziative preparano il terreno a un modo nuovo di fare medicina (e di pensare la medicina), teso all'apertura, alla conoscenza e al confronto. Gli ostacoli da superare, soprattutto in una regione come il Veneto, sono molti e spesso molto alti: basti pensare alle polemiche che proprio in questi giorni sono state scatenate, per l'ennesima volta, da alcuni esponenti leghisti in merito all'abbigliamento (in particolare al velo) di molte donne straniere che, secondo tali personaggi politici, non dovrebbero «girare in questo modo in un luogo pubblico come un ospedale, per una questione di sicurezza, di decoro e di rispetto per il nostro paese»²⁴.

Uno sguardo dall'esterno

Queste riflessioni mi portano al punto successivo. Parlare con queste donne, arrivate da lontano e con storie molto diverse dalla mia, mi ha fatto riflettere su alcune dinamiche che spesso diamo per scontate. Una di queste riguarda proprio il servizio sanitario di cui possiamo usufruire nel nostro paese. L'entusiasmo delle mie informatrici per l'assistenza avuta durante il puerperio e il periodo di degenza in ospedale, oltre che per la gratuità o comunque l'accessibilità di controlli ed esami prenatali, mi ha spinto a osservare questi aspetti da un altro punto di vista, cercando di guardare da una prospettiva meno ravvicinata. I racconti relativi alla qualità e ai costi dell'assistenza sanitaria in Bangladesh e i successivi confronti con l'esperienza vissuta in Italia hanno messo in risalto ai miei occhi gli aspetti positivi del servizio sanitario italiano, che molto spesso e a volte con troppa leggerezza viene svilito. Con questo non voglio dire che il sistema sanitario del nostro paese sia impeccabile o sia il massimo dell'efficienza e della professionalità; so bene che le difficoltà, le inefficienze, l'incompetenza e la cattiva gestione delle risorse sono problemi

²⁴ Parole di un consigliere regionale della Lega, citate nell'articolo de Il Gazzettino di Treviso del 25 marzo 2016, «*Con il velo nero in ospedale: solo una fessura per gli occhi*» di Mauro Favaro, consultabile all'indirizzo www.gazzettino.it.

reali e quotidiani ma penso anche che ci siano molti aspetti positivi che lo sguardo di un locale difficilmente riesce a mettere a fuoco perché vengono automaticamente dati per scontati, essendo parte della sfera dell'abitudine. Le donne che ho conosciuto hanno invece mostrato un forte senso di “conquista” del servizio gratuito, proprio perché per loro non è mai stato una risorsa usuale: nel loro paese o si paga o si ricorre a strutture pubbliche piuttosto scadenti, che non offrono assistenza sanitaria adeguata e non danno sicurezza ai pazienti (basta pensare al racconto di Shuma sul suo primo parto²⁵). Poter effettuare i controlli necessari in gravidanza e poter partorire in ospedale senza dover spendere un capitale non sono opzioni ovvie e universalmente diffuse, sono vere e proprie conquiste, a cui noi diamo poco peso perché fanno parte del nostro orizzonte quotidiano.

Come ho già detto, sono consapevole che le mancanze sono numerose nel nostro servizio sanitario ma credo che a volte sia importante fermarsi e porre l'attenzione su quel che c'è di buono: questo sguardo, che noi come locali non abbiamo, ci viene restituito da chi viene da fuori. L'incontro e il confronto con l'Altro mettono in risalto non solo quel che è necessario modificare per poter rendere davvero efficace un servizio ma anche quel che è importante non perdere: la gratuità di alcune prestazioni ma soprattutto il concetto dell'assistenza sanitaria come un diritto universale imprescindibile garantiscono a tutti la possibilità di essere curati, tutelando le fasce socialmente ed economicamente più deboli.

Mio paese tutto brutto?

Uno dei capitoli della mia tesi si intitola 'Mio paese tutto brutto'. Vorrei approfittare di questo spazio per specificare alcuni aspetti. Mentre scrivevo ho avuto spesso il timore che dalle mie parole emergesse un senso quasi patriottico che in realtà non mi appartiene più di tanto: temevo di arrivare a dare l'impressione che per me in Italia sia tutto perfetto e che queste donne arrivate da lontano abbiano trovato qui la terra delle opportunità. Mi rendo conto che in alcuni punti può essere sembrato che i confronti tra qui e là facessero apparire il Bangladesh sotto una cattiva luce, dato che ne emergevano solo gli aspetti critici e i punti oscuri. Non credo che il Bangladesh sia un paese “tutto brutto”: dalla lettura di romanzi e

²⁵ Vd Capitolo 3, *Vivere la maternità in Bangladesh*

dalla visione di film e documentari ho potuto ricavare un'immagine diversa di questo paese, ricca di sfaccettature e di contrasti, dall'estrema prosperità della natura all'estrema povertà della gente che vive negli slum. Stefania Ragusa (2008), prendendo a prestito le parole di Ibn Battuta, lo definisce un “inferno di delizie”.

Le condizioni di vita in Bangladesh non sono certo delle più facili sotto molti punti di vista. Questo paese consiste in una pianura alluvionale quasi priva di alture e nella quale convogliano il 90% delle acque del sub-continente indiano e sfogano le loro acque almeno cinque fiumi di grande importanza (Gange, Brahmaputra, Tista, Surma e Kornofuli), ognuno dei quali ha un'infinita serie di affluenti e rami secondari: tale ricchezza d'acqua rende il territorio di questo paese «come una vera e propria fitta ragnatela di corsi fluviali o, in altre parole, niente più che un grande delta diffuso» (Bonazzi, 2011:11). Da questo panorama prende nome il libro 'Il paese delle maree' di Ghosh (2005), romanzo in cui l'acqua è costantemente presente, con il suo carico di ricchezza ma anche di pericolo e di morte. In Bangladesh sono infatti frequenti i tifoni, le esondazioni dei fiumi e le alluvioni, che colpiscono e danneggiano non solo l'agricoltura ma anche infrastrutture e persone. La situazione risulta più grave se si pensa all'elevata densità demografica di questo paese che, pur essendo grande circa la metà dell'Italia (147.570 km²), ha una popolazione di circa 170 milioni di persone (dato 2015), di cui più di 12 milioni sono concentrati nella capitale Dhaka. Il Bangladesh è una delle nazioni più povere al mondo, pur detenendo il primato in molte produzioni agricole: il 40,5% della popolazione è povera in maniera assoluta, mentre il 10% è benestante (Bonazzi, 2011:12). Come spesso accade in molte parti del mondo, la maggior parte della ricchezza è posseduta da una piccola percentuale di persone, mentre la maggior parte della gente vive in situazioni di forti difficoltà economiche. Molti problemi sono dati dall'instabilità della situazione politica, caratterizzata da un clima violento (sono frequenti disordini e scontri di piazza) e da un alto tasso di corruzione, nonché da una situazione generale dei diritti umani definita 'desolante' nel rapporto di Amnesty International²⁶.

Le problematiche che caratterizzano questo paese sono varie e numerose ma non fanno di esso un inferno in terra: molti di questi problemi sono caratteristici anche di altri paesi, compreso il nostro. Nel corso della mia ricerca ho conosciuto alcune donne e ho cercato di

26 Vd Amnesty International, Rapporto 2015-2016. La situazione dei diritti umani nel mondo.

comprendere il loro rapporto con il paese da cui provengono. Spesso quel che traspariva, più o meno chiaramente, dalle loro parole non era nostalgia ma sollievo per essere andate via. Ho dato più peso agli aspetti negativi del Bangladesh perché era quello che le donne mi raccontavano: la loro attenzione era rivolta soprattutto a farmi capire quanto sia difficile per una donna vivere in un paese in cui il controllo sulla sua vita è in mano ad altri. La povertà e la mancanza di servizi sono elementi importanti e nei racconti delle mie informatrici ricorrono spesso questi due temi: Shuma, per esempio, è preoccupata per la sorella, che vive in condizioni di grande difficoltà, e spera di poterla un giorno portare via con sé; Fancy non sopporta Dhaka, piena di gente e di rumore ma povera di servizi (il gas e la luce vanno a intermittenza); tutte raccontano di come sia difficile e per certi versi poco tranquillizzante partorire in Bangladesh, dove l'assistenza sanitaria è una chimera. Quel che però preme di più a queste persone è parlare, raccontare di come la donna sia costretta a sottostare a una serie di limitazioni e di imposizioni per il solo fatto di essere donna. Ho già parlato delle caratteristiche e delle difficoltà di tale condizione²⁷: scarsa libertà decisionale, sottomissione, violenza, aggressioni con l'acido. Per una donna vivere e crescere in Bangladesh non è facile; sono molte le cose che deve accettare e altrettante quelle che deve temere. La violenza, la subordinazione e la paura fanno parte della quotidianità. La rabbia che affiora tra le loro parole mi ha fatto comprendere quanto sia importante quel senso di libertà e di tranquillità che provano vivendo qui. Poter uscire da sole senza temere per la propria incolumità e senza doversi preoccupare del giudizio altrui dev'essere una bella liberazione!

Non voglio assolutamente dipingere questo paese come un inferno ma vorrei solamente mettere in evidenza il fatto che per le donne che ho conosciuto è stato un sollievo liberarsi dalla mole di condizionamenti e di imposizioni che caratterizzavano la loro vita. So che il Bangladesh non è solo questo ma la violenza sulle donne e la tendenza a considerarle sottomesse è una parte di esso, ed è una parte piuttosto consistente. Stefania Ragusa (2008) riferisce nel suo libro dell'incontro con Sayyda, la coordinatrice della libreria femminista di Dhaka *Narigrantha Prabartana* (che significa più o meno “incontrare i libri delle donne”), la quale racconta che in Bangladesh «per proteggere le donne e contrastare la violenza ci sono delle buone leggi. Il fatto è che non vengono applicate e quasi sempre le vittime non

²⁷ Vd Capitolo 3 *'Tra negazione e rinegoziazione di sé'*

sanno di potersi difendere e come. È una questione culturale in primo luogo, e va affrontata sul piano della cultura. Il nemico da battere non è il genere maschile ma l'ignoranza, maschile e femminile». Anche nel mio paese, come in tutto il resto del mondo, la violenza, non solo fisica, sulle donne rappresenta un problema importante che può arrivare fino a noi, a toccarci da vicino. Quel che forse distingue le situazioni dei due paesi è che in Bangladesh questo tipo di atteggiamento autoritario nei confronti delle donne è talmente capillare e insito nella mentalità generale da limitare sensibilmente le possibilità reali di movimento, di scelta e di emancipazione delle donne. Essere obbligate a sposarsi perché per una donna stare sola, e magari andare all'università, è troppo pericoloso è una situazione che non conosco e che nessuna donna dovrebbe conoscere. Sono consapevole del fatto che non tutte le donne sono costrette a subire sottomissione e privazioni: le situazioni si diversificano a seconda dello status economico, sociale e culturale. Ci sono donne che hanno potuto studiare, che provengono da famiglie benestanti e godono pienamente della loro libertà. La maggior parte della popolazione femminile, però, non fa parte di questa categoria. Il paese che mi è stato descritto dalle donne non è un “paese brutto” in senso complessivo: è un “paese brutto” nei loro confronti.

CONCLUSIONI

Quando ho cominciato il mio lavoro di ricerca avevo delle aspettative abbastanza precise. Pensavo che avrei parlato di perdita, di solitudine, di nostalgia, di quanto sia difficile la situazione dei migranti e in particolar modo delle migranti, costrette a sopportare un carico di fatica e di sofferenza difficile da gestire. Immaginavo di imbartermi in racconti esotici, pieni di riferimenti a rituali e pratiche per la protezione della gravidanza e del parto, in cronache nostalgiche su quanto la vita in Italia sia diversa da quella condotta nel proprio paese lontano e magnifico. Le donne che ho incontrato hanno scardinato le mie attese, mettendomi di fronte a un panorama molto più variegato, complesso e diversificato, dove contraddizioni e incongruenze coesistono, dando vita a un quadro a tratti difficile da cogliere nel suo insieme, straripante di dettagli apparentemente inconciliabili tra loro ma in realtà perfettamente, o quasi, incastonati uno nell'altro. Il modo in cui le donne che ho conosciuto mi hanno raccontato le loro esperienze di maternità mi ha fatto comprendere come sia impossibile dare una definizione o una rappresentazione univoca della vita delle persone.

La riproduzione è un momento privilegiato per osservare la posizione e il ruolo della donna all'interno dell'ordine sociale: la maternità è infatti un evento importante del ciclo sociale, individuale e di coppia e per questo motivo è sempre «oggetto di una forte elaborazione culturale e sottoposta a istanze di controllo considerevoli» (Olivi, 1997: 77). Ogni società appronta una serie di dispositivi per la corretta gestione di tale evento, importante in quanto garantisce la continuità del gruppo sia sul piano biologico che culturale. Le rappresentazioni del corpo e della nascita sono correlate al contesto ambientale, sociale e culturale in cui si vive, contesto che, lungi dall'essere statico, è invece in continua evoluzione e si articola secondo una vasta gamma di variazioni.

La maternità medicalizzata (gestita cioè dalle strutture mediche e ospedaliere), che è oggi maggiormente praticata nel contesto italiano, non ha costituito un ostacolo per le mie informatrici perché avevano già vissuto esperienze simili nel paese d'origine. A questo proposito è importante fare delle distinzioni: in Bangladesh ci sono molte differenze legate alla provenienza e allo status sociale delle persone. Le zone rurali e quelle urbane, per

esempio, sono caratterizzate da diverse possibilità di accesso alle cure mediche e all'assistenza sanitaria: nelle zone rurali è infatti molto diffuso il parto in casa, che viene visto dalle mie informatrici come retaggio di un tempo passato e frutto di ignoranza e povertà. Per loro, quindi, l'esperienza del parto ospedalizzato non ha rappresentato lo scontro con un sistema di nascita completamente nuovo e sconosciuto ma è stato invece in un certo senso un elemento di raccordo tra la nuova situazione e quella di partenza.

La relazione con la famiglia d'origine è un perno importante attorno a cui ruotano gran parte delle considerazioni inerenti la gravidanza e la maternità in generale. Nel paese d'origine la famiglia è una presenza costante e pervasiva; la vita di una coppia, infatti, viene costruita all'interno delle strutture già presenti della famiglia allargata. La gravidanza non è un affare di coppia (per quanto in nessuna società lo sia pienamente) ma riguarda l'intera cerchia familiare, che diventa punto di riferimento e organo di controllo: ogni aspetto della vita della donna incinta passa sotto lo sguardo vigile dei parenti, che provvedono a fornire sostegno, consigli e indicazioni. Questa forma di sorveglianza (e il suo ricordo) dà vita a sentimenti contrastanti nell'animo delle mie informatrici: da una parte sentono, nel contesto di migrazione, la mancanza del senso di sicurezza che tale presenza instillava in loro e soprattutto dell'aiuto pratico che le altre donne della famiglia potevano offrire; dall'altra l'assenza della vigilanza continua e delle limitazioni e prescrizioni a essa connesse permette di godere di una libertà decisamente più ampia. La figura che più di tutte incarna questo senso di oppressione legato al controllo parentale è quella della suocera, la maggiore autorità a cui le donne, soprattutto nel periodo della gravidanza, devono sottostare. È lei che regola e gestisce l'alimentazione, il ritmo sonno-veglia e la libertà di movimento della nuora. Nelle parole delle mie informatrici il confronto tra la gravidanza vissuta in Bangladesh e quella vissuta in Italia porta soprattutto a una considerazione positiva della maggiore libertà di cui hanno potuto godere lontane dalla presenza costante della suocera, della famiglia e delle prescrizioni e divieti che interessano in particolar modo le donne, a maggior ragione nel periodo della gravidanza. La possibilità di mangiare quel che vogliono e di uscire a passeggiare sole o con le amiche costituisce una fonte di serenità a cui non credo rinunciarebbero volentieri. Essere incinta nel loro paese significa sì essere oggetto di cure e di attenzioni particolari ma significa anche dover sottostare a un controllo pressante, a numerose regole e prescrizioni, a divieti

e imposizioni; la gravidanza e la maternità nel paese di migrazione, invece, rappresentano l'occasione per emanciparsi e per entrare in contatto autonomamente con la nuova realtà in cui vivono. La “solitudine” ha quindi due facce: la fatica di dover fare tutto da sole e la paura di non riuscirci ma anche la possibilità di scegliere, di fare “come si vuole” e la soddisfazione per esserci riuscite. La relazione stessa tra i coniugi, privata di quelle sovrastrutture al cui interno viene costruita nel paese d'origine, conosce nuovi sviluppi e nuove forme: l'esperienza migratoria, allontanando dal contesto noto e regolato d'appartenenza, dà vita a forme inedite di relazionalità tra marito e moglie, forme magari impensabili nel paese d'origine ma possibili laddove il controllo è allentato dalla distanza. L'uomo, per esempio, in Bangladesh è normalmente escluso dalle pratiche di cura e accudimento della madre e del bambino, che sono gestite dalla cerchia parentale femminile, mentre nel contesto migratorio deve assumere un ruolo attivo per supplire all'assenza della famiglia, diventando quindi la maggiore, se non l'unica, fonte di sostegno e aiuto per la moglie. Dalle persone che ho incontrato, tanto maschi che femmine, la nuova libertà è stata gestita in modo molto personale: non ha portato all'abbandono totale del “vecchio sé” e al completo allontanamento dalla propria appartenenza ma a forme di “ammorbidimento” delle regole, a una individualizzazione e personalizzazione di norme e precetti.

Le modalità di utilizzo delle pratiche tradizionali nel contesto della migrazione sono un esempio di come il rapporto con il proprio paese d'origine abbia i confini morbidi e sia malleabile: ognuno ha la libertà di scegliere che cosa mantenere, che cosa abbandonare e a che sapere rivolgersi. Le donne che ho incontrato nutrono grande fiducia nei medici e nel sistema ufficiale biomedico, mentre mostrano qualche riserva per quanto riguarda molte delle pratiche tradizionali del loro paese. Non tutto è stato portato con sé e non tutto è rimasto uguale né ha mantenuto lo stesso valore e lo stesso ruolo che aveva nel paese d'origine ma alcune abitudini e alcune pratiche sono rimaste vive e presenti, andando probabilmente a riempire quei vuoti lasciati dalle modalità di gestione della gravidanza proprie del paese d'accoglienza. L'utilizzo concomitante della biomedicina e della medicina tradizionale non è un fenomeno interamente ascrivibile alla migrazione ma è un fenomeno iniziato già nel paese d'origine: questa coesistenza era quindi parte del patrimonio di conoscenze e di pratiche quotidiane di queste donne già prima di intraprendere il percorso

migratorio. Nessun paese né nessuna società sono statici e immobili, cristallizzati nel tempo, ma sono tutti inseriti nel fluire della storia, soggetti ai cambiamenti che la vita e il movimento portano con sé.

Questa dimestichezza delle donne con l'orizzonte biomedico ha fatto sì che l'impatto con il sistema medico italiano sia stato giudicato molto positivamente da ognuna di loro. In una situazione in cui i punti d'appoggio e di riferimento conosciuti sono, se non completamente assenti, quantomeno molto lontani, l'assistenza medica gratuita e accessibile rappresenta un importante fattore di sicurezza e di tranquillità: i medici e gli operatori sanitari diventano così i nuovi punti di riferimento, le figure autorevoli a cui ci si rivolge in caso di bisogno. Nessuna delle donne che ho incontrato rinunciarebbe alle condizioni di igiene e alla qualità del servizio di cui ha goduto in Italia, soprattutto se posti a confronto con le esperienze di maternità vissute nel paese d'origine. Questo non significa che l'esperienza di maternità nel paese d'adozione sia stata semplice: la mancanza di un sostegno fisico e morale nonché la diversità della lingua e delle abitudini sono ostacoli difficili da superare. Per queste donne affrontare la maternità da sole, sostenute solo dal marito e forse da qualche amica, in un paese nuovo di cui non conoscono la lingua né le abitudini ha richiesto un immenso coraggio e grande forza d'animo. Nonostante tutte le difficoltà affrontate, comunque, nelle loro parole non c'è nostalgia per il proprio paese né l'intenzione di tornare a viverci. La sensazione che ho avuto spesso parlando con loro è stata quella di una presa di distanza, più o meno netta, dal luogo d'origine e da alcune delle sue tradizioni e caratteristiche.

In molti dei testi che ho letto sul tema delle migrazioni al femminile si parla di come la gestione medicalizzata della maternità, caratteristica del sistema medico ufficiale italiano, affossi e inibisca qualsiasi possibilità di sviluppare al suo interno un discorso altro e di importare nella relazione terapeutica modalità diverse di intervento. L'immagine delle immigrate che risulta da questa analisi è quella di donne in qualche modo passive, che non hanno la possibilità di fare riferimento alle proprie competenze, apportando conoscenze e pratiche nuove. Queste osservazioni vanno sicuramente tenute in considerazione, tuttavia nella mia esperienza di ricerca ho trovato qualcosa di decisamente diverso: le donne che ho incontrato non mostrano di voler importare nella relazione terapeutica pratiche o atteggiamenti appartenenti alle tradizioni del paese d'origine. Tali pratiche, quando presenti, rimangono parte del loro ambito privato e vengono messe in atto nella dimensione

domestica e comunitaria. Questa volontà quasi di allontanarsi da ciò che è 'tradizione', negando un parte di sé, sembra rispecchiare la volontà di staccarsi da ciò che tali abitudini rappresentano e in particolar modo dal carattere di obbligatorietà che esse rivestono per le donne nel paese di provenienza. Il sollievo dato dalla nuova libertà di cui ho parlato in precedenza consiste proprio nel non essere più costrette a obbedire agli ordini e alle imposizioni di qualcuno: questa emancipazione costituisce una conquista importante, anche su un piano simbolico. In ognuno dei colloqui svolti si è finito a un certo punto a parlare della condizione femminile in Bangladesh: le donne che ho incontrato mi hanno parlato di un paese in cui una donna non può uscire da sola, in cui si viene date in moglie giovanissime perché quello è il percorso di vita previsto per loro, di un paese in cui per una donna studiare è pericoloso, poiché potrebbe essere visto come un affronto e portare a episodi di violenza. Il solo fatto di poter uscire a passeggio da sole anche se incinte simboleggia un'emancipazione da forme di controllo e di sopraffazione pesanti. La parziale negazione di alcuni aspetti della propria appartenenza è volta a prendere le distanze non tanto dalla propria tradizione in quanto tale ma da una condizione femminile insoddisfacente e dall'idea di staticità e arretratezza che spesso viene legata all'immaginario del proprio paese: si sentono (e sono) donne moderne e vogliono dimostrarlo. Allontanarsi da alcuni aspetti della propria tradizione significa allontanarsi da una certa idea di donna. Non tutto viene cancellato: la propria appartenenza culturale e religiosa rimane presente in modo più o meno forte ma ha perso parte del suo carattere coercitivo.

L'alterità che comunque queste donne portano con sé entra nell'arena della relazione terapeutica, se non altro perché la diversità linguistica e la frequente impossibilità di comunicare rende necessaria un'operazione di traduzione. Gli operatori sanitari sono quindi chiamati a prendere in considerazione questo carico di diversità e a cercare modi per entrare in rapporto con esso. Nel momento in cui sistemi medici diversi entrano in contatto si possono creare attriti e ostacoli apparentemente insormontabili se non a prezzo di una "resa" da una delle due parti. La pretesa di universalità che frequentemente caratterizza il modello biomedico rende particolarmente difficile l'incontro e il confronto con modelli altri. L'unico modo per creare un dialogo tra sistemi basati su presupposti differenti è quello di ammettere la particolarità dei propri assunti ed essere disposti a mettersi in discussione: solo in questo modo è possibile concedere spazio e riconoscere dignità e

credibilità anche alle visioni dei propri pazienti. Queste considerazioni sono importantissime non solo nell'ambito della relazione con i pazienti stranieri ma anche con quelli italiani: impostare la relazione terapeutica a partire dalla singolarità dell'individuo che si ha di fronte porta a considerare aspetti che altrimenti non entrerebbero nella relazione ma che sono fondamentali per un corretto svolgimento dell'azione di presa in cura. Per le operatrici che ho incontrato sarebbe importantissimo riuscire a creare una relazione basata sul dialogo e sulla conoscenza reciproca, creando un ambiente in cui le conoscenze e le competenze delle parti coinvolte abbiano pari dignità e possano interagire tra loro per dare vita a un incontro e a un confronto produttivo, al cui interno venga costruita ogni singola azione terapeutica. Dialogo e conoscenza sono i due capisaldi che impediscono la pericolosa stereotipizzazione delle appartenenze che porta alla creazione di gruppi fittizi quali “le donne del Bangladesh” o “le donne marocchine”. Gli stranieri, con le loro esigenze particolari, a volte diverse da quelle dell'utente italiano standard (sempre ammesso che esista), chiedono ai nostri servizi di portare l'attenzione sulla specificità e sulla singolarità di ogni individuo, che porta in sé e con sé la sua storia, le sue competenze e le sue appartenenze.

Mi aspettavo di conoscere donne la cui personalità faticava a emergere, schiacciata dalla lotta tra il peso di usanze e abitudini passate e un'esigenza di modernità desiderata o imposta dal contesto d'adozione. Pensavo di trovarle ancorate al ricordo del paese lontano, raccontato con nostalgia e idealizzato. La realtà mi ha spiazzato. Le donne che ho conosciuto sono molto più complesse: portano avanti e tengono in serbo alcune conoscenze e pratiche appartenenti alla loro tradizione, quella stessa da cui però prendono le distanze e che a tratti condannano, perché non ci si riconoscono e non vogliono esserne rappresentate. Denunciano il loro paese perché in esso “è tutto brutto” ma allo stesso tempo non accettano passivamente usi e abitudini del nuovo contesto di vita. Le persone con cui ho parlato hanno costruito e continuano a costruire se stesse, lasciando i confini morbidi e avendo la forza di mettere in discussione i propri precetti, rinegoziando quotidianamente il proprio sé. La libertà di cui possono godere, lontane da forme di controllo pervasive e pressanti, dà loro la possibilità di riconsiderare le proprie appartenenze e di scegliere quali tenere e quali lasciarsi alle spalle. Non vorrei dare l'impressione che per me il concetto di tradizione

corrisponda al concetto di oppressione: non penso che tutto quello che appartiene al panorama delle pratiche tradizionali del paese d'origine di queste donne sia vessatorio e arretrato. Non esiste un contesto culturale omogeneo ma esiste una molteplicità pressoché infinita di contesti culturali che ne compongono uno ideale. Una delle operatrici con cui ho parlato, per esempio, mi ha raccontato di una donna marocchina che, preoccupata all'idea che i *jinn* le arrecassero danno, chiedeva consiglio alla mamma e al papà, rimasti in Marocco, per sapere se poteva uscire di sera oppure no: la mamma le ha risposto che era meglio non uscire mentre il papà l'ha rassicurata, dicendole che gli spiriti non hanno i soldi per pagare il biglietto dell'aereo. Stesso contesto ma approcci e visioni diversi.

Come dicono Graziella Favaro e Mara Tognetti Bordogna (1991), le donne possono essere guardiane della tradizione o agenti di cambiamento ma nella realtà questa polarizzazione non si ripete mai allo stato puro: il comportamento migratorio è molto più complesso e intrecciato, poiché due o più culture a confronto trovano dei punti di equilibrio intermedi, costituiti da reinterpretazioni o trasposizioni dei vecchi e dei nuovi valori secondo una gamma infinita di soluzioni. La conversazione sulla maternità si è rivelata un «detonatore per esporre complesse auto-rappresentazioni, sempre relazionali, sia domestiche, sia pubbliche» (Bonfanti, 2012:53). L'esperienza della maternità attiva nelle donne l'abilità di 'bricolage culturale', per cui la gravidanza va a inserirsi tra passato e futuro, in una dialettica continua tra 'cesura' e 'continuità' (Bonfanti, 2012). Lo straniero deve rimettere in discussione la sua 'identità', essendo chiamato a riformularla in un altro contesto, in un ambiente nuovo, ed è sottoposto a continuo aggiustamento, a una continua negoziazione rispetto a un modello, a un gruppo o a una cultura non più stabile (se mai ce n'è una stabile), non più nota. Non amo usare la parola identità: l'identità, come dice Remotti (2007: 97) è «finta, è rappresentata, messa in scena, costruita e sovrapposta - con operazioni di riduzione e di occultamento – sui piani delle molteplici possibilità alternative e del flusso continuo». È una definizione e, in quanto tale, ha in sé il carattere della finitezza, quindi chiude e conclude ma le persone non sono né chiuse né concluse, non sono “recintabili”. Le dinamiche migratorie mettono in risalto la varietà di ingredienti che compongono questa famigerata 'identità': rubando un'espressione di Claude Lévi-Strauss e piegandola leggermente alle mie necessità, mi permetto di affermare che la migrazione fa esplodere ciò che convenzionalmente si definisce identità «in una molteplicità di elementi»

(Lévi-Strauss, cit in Remotti, 2007: 99). Alleggerendo e ammorbidendo la rigidità delle forme identitarie ci si rende più disponibili alla comunicazione e agli scambi ma soprattutto alle ibridazioni e ai mescolamenti, che sono l'essenza del progresso civile, culturale e sociale.

Quel che ho sempre amato dell'antropologia è la sua capacità di mettere in discussione, di portare il dubbio laddove c'è sempre stata certezza. Questa disciplina ha saputo togliere dal piedistallo i suoi punti di riferimento principali per analizzarli e in qualche modo relativizzarli, facendo presente che tali concetti, proprio in quanto tali, non sono nient'altro che astrazioni, buone per poter “pensare a” e per poter “parlare di” ma lungi dall'essere entità reali. Nell'affrontare la ricerca per la tesi ho percepito l'eredità che i miei studi mi hanno lasciato, ovvero questa capacità di dubitare, di lasciarsi sedurre dal dubbio fino a seguirlo per sentieri tortuosi e spesso privi di uno sbocco chiaro. Giunta alla fine del mio percorso sento che ho fatto la scelta giusta e che quel che ho studiato finora mi è servito perché la mia ricerca non mi ha portato molte risposte: mi ha lasciato più che altro domande, una serie di domande nuove, a cui non avevo pensato prima di inoltrarmi in questo “mondo nel mondo”. Il fatto che io abbia molti quesiti in testa è conseguenza del fatto che ho osservato 'persone' e le persone sono difficilmente catalogabili ed etichettabili, cambiano con facilità per adattarsi a nuovi ambienti e sono costituite da un'infinità di aspetti e di componenti diversi. Studiare gli esseri umani significa studiare entità in continuo movimento e in perenne cambiamento, creature così ricche di sfaccettature che difficilmente si riesce a fermarle in un'immagine che sia realmente rappresentativa della loro essenza.

Dall'antropologia ho imparato che le certezze granitiche e il pensiero unitario non sono né realistici né tanto meno divertenti: sono decisamente più divertenti la varietà, la mobilità, la precarietà e il dubbio. Questi insegnamenti sono basilari per poter crescere davvero in un mondo come quello che conosciamo ora, sempre più piccolo e sempre più diversificato in ogni suo più angusto e remoto angolo. Sono fondamentali perché ci permettono di mettere in discussione e di relativizzare il nostro bagaglio culturale di partenza, essendo consapevoli del fatto che tale bagaglio non è né il migliore, né il peggiore, né il più moderno e illuminato ma è solo uno tra i tanti bagagli che le persone si portano appresso e

che progressivamente riempiono o svuotano a seconda delle esigenze. Ecco, penso che solo essendo veramente consapevoli di questo sia possibile conoscere, accogliere e accettare persone nuove e diverse: riconoscere dignità e storia a tutte le culture è il primo indispensabile passo per evitare la costruzione di barriere e muri.

Vorrei concludere con le parole di Italo Calvino, tratte dal suo magnifico libro *Palomar*:

La conoscenza del prossimo ha questo di speciale: passa necessariamente attraverso la conoscenza di se stesso.

Bibliografia

AA.VV. (2004), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, Franco Angeli, Milano.

Afsana, K. (2003). *Power, knowledge and childbirth practices: an ethnographic exploration in Bangladesh*, <http://ro.ecu.edu.au/theses/500> [consultato il 29/09/2015].

Afsana K., Rachid S.F. (2009), *Construction of birth in Bangladesh*, in Helaine S., Gareth D., *Science across cultures: the history of non-western science Childbirth across cultures. Ideas and practices of pregnancy, childbirth and the postpartum*, vol 5, pp. 123-135, series *Science across cultures: the history of non-western science*, published by Springer Netherlands. DOI 10.1007/978-90-481-2599-9_11 [consultato il 29/09/2015].

Aime M, Bonte P., Izard M. (a cura di) (2009), *Dizionario di antropologia e etnologia*, Einaudi, Torino.

Akter, S., Rahman, M. M., Abe, S. K., & Sultana, P. (2014). *Prevalence of diabetes and prediabetes and their risk factors among Bangladeshi adults: a nationwide survey*. Bulletin of the World Health Organization, 2014 Mar 1, 92(3), 204–213A. Published online 2014 Jan 10 at: <http://doi.org/10.2471/BLT.13.128371> [consultato il 10/10/2015]

Ali M. (2003), *Sette mari tredici fiumi*, Tropea, Milano (ediz. orig. *Brick Lane*, Doubleday, London U.K., 2003)

Alim, Md. Abdul (2009), *Changes in Villagers' Knowledge, Perceptions, and Attitudes Concerning Gender Roles and Relations in Bangladesh*, *Development in practice*, vol. 19, n. 3, p.300-310, published by Taylor & Francis, Ltd., Disponibile da: [Http://www.jstor.org/stable27752059](http://www.jstor.org/stable27752059) [consultato il 2/09/2015]

Amnesty International, *Rapporto 2015-2016. La situazione dei diritti umani nel mondo. Bangladesh*, consultabile online all'indirizzo <http://rapportoannuale.amnesty.it/sites/default/files/2016/Bangladesh.pdf> [consultato novembre 2015]

Amselle J.L. (2001), *Connessioni. Antropologia dell'universalità delle culture*, Bollati Boringhieri, Torino (ediz.orig. *Branchements: anthropologie de l'universalité des cultures*, Paris, Flammarion, 2001).

Anam T. (2007), *I giorni dell'amore e della guerra*, Garzanti, Milano

Anam T. (2011), *Il suono del respiro e della preghiera*, Garzanti, Milano.

Andaleeb S.S. (2000), *Public And Private Hospitals In Bangladesh: Service Quality And Predictors Of Hospital Choice*, Health Policy And Planning; 15(1): 95–102, Oxford Press, downloaded from <http://heapol.oxfordjournals.org> on 25/09/2015.

Appadurai A. (2001), *Modernità in polvere*, Raffaello Cortina Editore, Milano (ed. orig. *Modernity At Large: Cultural Dimensions Of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis-London, 1996).

Azim F., Zaman N. (edited by) (2005), *Galpa: short stories by women from Bangladesh*, Saqi Books, London.

Balsamo E. (2007), *Sono qui con te. L'arte del maternage*, Il leone verde, Torino.

Balsamo F. (curatore) (1997), *Da una sponda all'altra del Mediterraneo: donne immigrate e maternità*, L'Harmattan, Torino.

Balsamo F. (2003), *Famiglie di migranti: trasformazioni dei ruoli e mediazione culturale*, Carocci, Roma.

Barua S., *Notions and Rituals Concerning Birth among the Oraon Community in North Bangladesh. A Case Study*, downloaded from http://repo.lib.ryukoku.ac.jp/jspui/bitstream/10519/5537/1/r-bk-np_018_006.pdf on 25/09/2015

Basili et al. (a cura di) (2015), *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2013*, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo e della Statistica, Ufficio di Statistica, Roma, consultato il 03/03/2016 in www.salute.gov.it.

Beneduce R. (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.

Bichi R. (2002), *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*, Vita e pensiero, Milano.

Bimal K.P. (1992), *Female activity space in rural Bangladesh*, Geographical Review, vol.82. n.1 (Jan., 1992), pp. 1-12., scaricato il 22/09/2015 da <http://jstor.org/stable/215401>.

Bindi L.(2006), *Migrazioni al femminile. Le donne immigrate come agenti di mediazione culturale*, in «Quaderni di mediazione», Fascicolo 3-2006, Capoterra (CA), Ed. Punto di fuga.

Bonazzi Eros (2011), *Storia del Bengala e del Bangladesh*, Azeta Fastpress, Bologna.

- Bonfanti S. (2012), *Farsi madri. L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale*, con prefazione di Cecilia Pennacini, "Quaderni di donne e ricerca" n.27, CIRSDe/Unito, Torino, 2012 (consultato Maggio 2015). Disponibile all'indirizzo: www.ojs.unito.it/index.php/donneericerca/article/download/694/594.
- Bourdieu P. (1999), *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano (ed.orig. *La Domination Masculine*, Seuil Paris, 1998)
- Calvino I. (1983), *Palomar*, Einaudi, Torino.
- Cardano M.(2003), *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- Cevese R. (2007), *Maternità, migrazione e medicina tradizionale: l'esperienza delle donne marocchine in Italia*, Certificat International d'Ecologie Humaine, Université de Provence Paul Cézanne- Aix-Marseille III, Tesina finale.
- Choudhury N. et al. (2012), *Beliefs and practices during pregnancy and childbirth in urban slums of Dhaka, Bangladesh*, BMC Public Health 2012 12:791, scaricato il 25/09/2015 da <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/791>
- Colombo A., Sciortino G. (2004), *Gli immigrati in Italia. Assimilati o esclusi: gli immigrati, gli italiani, le politiche*, Il mulino, Bologna.
- Cozzi D., Nigris D. (2003), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibri, Milano.
- Csordas, T.J. (2003), *Incorporazione e fenomenologia culturale*, in *Annuario Antropologia*, vol. 3: *Corpi*, Roma Meltemi, pp. 19-42
- Deb K.S. (2002), *Women in development*, in *Asian Affairs*, vol. 24, num.1, (January-March 2002), pp. 24-33, scaricato il 02/09/2015 da <http://www.cdrb.org/2002.php>.
- Decimo F. (2005), *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità tradizionale*, Il mulino, Bologna.
- Destro A. (a cura di) (1997), *Donne e microcosmi culturali*, Pàtron Editore, Bologna.
- Divakaruni C.B. (2001), *La maga delle spezie*, Einaudi, Torino.
- Duden B. (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- El Arifeen S. et al., *Maternal mortality in Bangladesh: a Countdown to 2015 country case study*, Lancet 2014; 384: 1366–74, Published Online June 30, 2014 at [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60955-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60955-7) [consultato il 25/09/2015]

- Endrizzi S. (2002), *Pesci piccoli. Donne e cooperazione in Bangladesh*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Fabian J. (1999), *Il tempo e gli altri*, Napoli, L'Ancora (ed. or. *Time And Others*, New York, Columbia University Press, 1983).
- Favaro G., Tognetti Bordogna M. (1991), *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*, Guerini e Associati, Milano.
- Frigessi Castelnuovo D., Riso M. (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
- Gardner K. (1995), *Global Migrants Local Lives. Travel And Trasformation In Rural Bangladesh*, Clarendon Press, Oxford.
- Geertz C. (1987), *Interpretazione di culture*, trad. it di E. Bona, Il Mulino, Bologna (ed.orig. *Interpretation of culture*, New York, Basic Books Inc.1973).
- Ghosh A. (2005), *Il paese delle maree*, Neri Pozza, Vicenza.
- Guidetti C. (2003), *Maternità e migrazione. Percorsi di donne dall'africa sub-sahariana*, tesi di laurea in Sociologia, università di Milano-Bicocca, aa. 2002-2003, Disponibile all'indirizzo: www.cestim.it/sezioni/tesi/tesi_guidetti_maternita.pdf [consultato giugno 2015]
- Hamza Piccardo R. (2010), *Il Corano*, Newton Compton, Roma.
- Kabir M.A. (2007), *Safe-Delivery Practices In Rural Bangladesh And Its Associated Factors: Evidence From Bangladesh Demographic And Health Survey-2004*, East African Journal of Public Health, Vol. 4, Num. 2, 2007, pp. 67-72, published online at <http://www.bioline.org.br> [consultato il 12/10/2015]
- Kleinman, A. (2006), *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali* in Quaranta, I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 5-26.
- Koblinsky M. et al. (2008), *Reducing Maternal Mortality and Improving Maternal Health: Bangladesh and MDG5*, J Health Popul Nutr. 2008 September; 26(3): 280–294, published online at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2740701/> [consultato il 12/10/2015]
- Lauria L, Andreozzi S. (a cura di) (2011), *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, Rapporti ISTISAN 11/12, Roma: Istituto Superiore di Sanità, disponibile al sito www.iss.it [consultato 11/11/2015]

Lauria et al. (a cura di) (2012), *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporti ISTISAN 12/39, Roma: Istituto Superiore di Sanità, disponibile al sito www.iss.it [consultato 11/11/2015]

Lévi-Strauss C., (1966) *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano (ed.orig. *Anthropologie structurale*, 1958).

Levinson M. et al. (2002), *Nutrition-related caring practices and women's time constraints: a study in rural Bangladesh*, Discussion Paper n. 18, The Gerald J. and Dorothy R. Friedman School of Nutrition Science and Policy “Food policy and applied nutrition program”, scaricato il 24/09/2015 da <http://nutrition.tufts.edu/publications/fpan/>.

Lombardi L. (2004), *Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali*, Working papers del Dipartimento di Studi Sociali e Politici dell'Università degli Studi di Milano, in www.sociol.unimi.it/ricerca_pubblicazioni.php [consultato il 12/11/2015]

Maher V. (1992) (a cura di) *Il latte materno: I condizionamenti culturali di un comportamento*. Rosenberg & Sellier, Torino.

Maher V. (1989), *Il potere della complicità. Conflitti e legami delle donne nordafricane*, Rosenberg & Sellier, Torino.

Mannan M.A. Et al. (2012), *Prevalence and Pregnancy Outcome of Gestational Diabetes Mellitus Among Bangladeshi Urban Pregnant Women*, J Medicine 2012; 13 : 147-151, DOI: <http://dx.doi.org/10.3329/jom.v13i2.12749> [consultato 15/12/2015]

Marchetti M., Polcri C. (2013), *Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari*, in “AM Rivista della società italiana di antropologia medica” n. 35-36, Ottobre 2013, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia. Disponibile all'indirizzo: www.antropologiamedica.it/progetti/genitorialita_gravidanza.html [consultato 23/05/2015]

Mauss M. (1965), *Le tecniche del corpo*, in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino (ed. orig. *Les techniques du corps [1936]*, in *id., Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950).

Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2015), *La comunità bengalese in Italia. Rapporto annuale sulla presenza degli immigrati-2014*, a cura del progetto “La mobilità internazionale del lavoro” finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione, disponibile al sito <http://www.integrazionemigranti.gov.it> (ultima consultazione luglio 2015)

Mutton M., *Una comunità bangladese tra integrazione e chiusura: le donne e il lavoro sognato*, tesi di laurea in Psicologia, a.a. 2007-2008 Disponibile all'indirizzo: http://www.cestim.it/sezioni/tesi/tesi_mutton_uni_padova_psicologia_antropologia_culturale_comunita_bangladese.pdf [consultato 22/09/2015].

Olivi A. (1997), *Mangiare «per due» o mangiare «quel che c'è». Regimi alimentari della madre in Romagna (1930-1950)*, in Destro A. (a cura di) (1997), *Donne e microcosmi culturali*, Pàtron Editore, Bologna.

Pizza G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

Prosperi A. (1996), *Riti di passaggio*, in *Tribunali della coscienza: inquisitori, confessori, missionari*, Einaudi, Torino, pp. 650-679.

Quaranta I. (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Quaranta I. (2012), *Il contributo dell'antropologia medica per una medicina interculturale*, in Quaranta I., Ricca M., *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.23-56.

Ragusa S. (2008), *Bangladesh. Inferno di delizie*, Vallecchi, Firenze.

Rahim M.A. (2002), *Diabetes in Bangladesh: prevalence and determinants*, thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Philosophy in International Community Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway - June 2002 . Disponibile online all'indirizzo <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30077/rahim.pdf?sequence=1> [scaricato il 25/09/2015]

Raman M. (2013), *An ethnography of birth: knowledge, Authority and Decision making in Childbirth practices in the village of Kadam Rasulpur*, International Journal of scientific research and management (IJSRM), vol. 1, issue 4, pages 184-225, www.ijstrm.in [consultato 11/11/2015]

Ranisio G. (1998), *Venire al mondo. Credenze, pratiche, rituali del parto*, Meltemi, Roma.

Remotti F. (2007), *Contro l'identità*, Laterza, Roma-bari.

Remotti F. (2011), *Cultura. Dalla complessità all'impoverimento*, Laterza, Roma-Bari.

Ricca M. (2012), *Medicina equa e interculturale. Per una cittadinanza straniera cosmopolita*, in Quaranta I., Ricca M., *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 57-108.

- Salih R. (2008), *Musulmane rivelate. Donne, islam, modernità*, Carocci, Roma.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano. (ed. orig. *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris, [Éditions du Seuil](#), 1999)
- Scheper-Hughes N., Lock M. (2006), *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Schuler, S. R. et al. (1998), *Men's violence against women in rural Bangladesh: undermined or exacerbated by microcredit programmes?*, *Development in practice*, vol. 8. n. 2 (May, 1998), pp. 148-157, published by Taylor & Francis, Ltd., scaricato in data 05/08/2016] da <http://www.jsotr.org/stable/4029300>.
- Sennet R., (2012), *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, Feltrinelli, Milano.
- Sidhwa B. (2015), *Lingua d'amore*, Neri Pozza, Vicenza.
- Taliani S., Vacchiano F. (2006), *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Edizioni Unicopli, Milano.
- Van Gennep A. (2012), *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino (ed.orig. *Les rites de passage*, Paris 1909) .
- S. Viapiana – *Donne e madri nella migrazione*, *Antrocom Online Journal of Anthropology* 2011, vol. 7. Suppl. al n. 1, pp. 83-91, disponibile online <http://www.antrocom.net/upload/sub/antrocom/070111-A/11-Antrocom.pdf> [ultima consultazione 26/08/2015].
- Walton, L. M. & Schbley, B. (2013). *Cultural Barriers To Maternal Health Care In Rural Bangladesh*. *Online Journal of Health Ethics*, 9(1). Retrieved from <http://aquila.usm.edu/ojhe/vol9/iss1/3> on 25/09/2015.
- White, S. C. (2013), *Patriarchal investments: Marriage, dowry and economic change in rural Bangladesh*, Working paper n. 19 January 2013, published by The centre for the development studies, University of Bath, consultato il 25/09/2015 in <http://www.bath.ac.uk/cds/>
- World Health Organization (2010), *World Health Statistics, 59*. Retrieved on September 15, 2015 at http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf.
- World Health Organization (2015), *World Health Statistics 2015*, at www.who.int. [consultato gennaio 2015]

Filmografia

Bangladesh – documentario, ritagli dalla serie *La terra vista dal cielo (Earth from above)*, Y. Arthus-Bertrand (a cura di), Francia, Bangladesh, 2004, Youtube video, pubblicato il 24 agosto 2014.

East is east, D. O'Donnell, Regno Unito, 1999.

Il destino nel nome (The namesake), M. Nair, USA, India, 2006.

Le ferie di Licu, V. Moroni, Italia, 2006.

Monsoon wedding, M. Nair, India, 2001.

Sex Slaves of Bangladesh, (T. Rashid), documentario online disponibile in <http://www.vice.com>, Vice News Production, 2015.

Sitografia

Azienda Ulss 4 Alto Vicentino: www.ulss4.veneto.it

Comuni italiani: www.comuni-italiani.it

Frontierenews: www.frontierenews.it

ISTAT: www.istat.it

Internazionale: www.internazionale.it

Ministero della salute: www.salute.gov.it