

Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



REGIONE DEL VENETO



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Analisi dei bisogni Progetto MARI – Multicultural Actions Regional Immigration

Per servizio innovativo sulla salute riproduttiva della donna immigrata e dei bambini

REPORT FINALE



Università
Ca' Foscari
Venezia



Analisi dei bisogni Progetto MARI – Multicultural Actions Regional Immigration

di *Francesco Della Puppa, Pamela Pasian, Giuliana Sanò*

Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali, Università Ca' Foscari di Venezia

Il presente rapporto di ricerca costituisce l'analisi dei bisogni delle donne immigrate, con o senza figli, relativamente alla salute riproduttiva e dei servizi che si occupano, appunto, di tale dimensione della salute femminile, nel contesto socio-territoriale Comune di Verona. Tale analisi è finalizzata a meglio calibrare la realizzazione di un "servizio innovativo sulla salute riproduttiva della donna immigrata e dei bambini", affidato, dall'ente strumentale della Regione Veneto "Veneto Lavoro", all'Associazione Le Fate Onlus. Il progetto è stato finanziato nell'ambito del Progetto FAMI (Fondi Asilo, Migrazione Integrazione), per la "Promozione dell'accesso ai servizi per l'integrazione", intitolato MARI – Multicultural Actions Regional Immigration.

Il rapporto di ricerca è il frutto di un lavoro empirico della durata di sei mesi (da Giugno 2018 a Novembre 2018) che ha coinvolto Francesco Della Puppa in qualità di coordinatore e responsabile scientifico e ricercatore sul campo, Pamela Pasian e Giuliana Sanò in qualità di borsiste di ricerca e ricercatrici sul campo.

Il rapporto di ricerca si struttura in tre parti.

La prima parte illustra gli approcci teorici, le scelte metodologiche, il contesto d'indagine. Dopo un inquadramento teorico e bibliografico della tematica, si provvederà, cioè, a mostrare l'attuale assetto organizzativo delle Aziende Ulss sul territorio veronese e a fornire un'analisi di come l'attuale clima politico e normativo, a livello nazionale, regionale e provinciale influisca sulle traiettorie della salute riproduttiva delle immigrate. Di seguito, verranno illustrati brevemente gli strumenti metodologici adottati e verranno ricostruiti i confini statistici dell'immigrazione femminile a Verona.

La seconda parte restituirà l'analisi dei bisogni e dei servizi preposti per la salute riproduttiva femminile e le criticità mostrate.

L'ultima parte costituirà l'interpretazione delle narrazioni delle esperienze delle donne, inquadrare come donne prive di regolare permesso di soggiorno, donne richiedenti e/o titolari di protezione internazionale, donne vittime di tratta, donne lungo-soggiornanti.

Il lettore e la lettrice troveranno nel corso del testo delle schede tematiche volte ad approfondire ulteriormente alcune dimensioni emerse e trattate dalla ricerca, nello specifico, tali schede si focalizzano sull'attuale quadro normativo che regola l'accesso al Ssn e il diritto alla salute per gli immigrati in Italia, il districarsi dei servizi nel mutamento dello scenario sociale e migratorio (in particolare – ma non solo – l'ambulatorio donna straniera del consultorio del Distretto 1), l'eterogeneità dei servizi per la salute riproduttiva femminile e la mobilità territoriale dell'utenza, la complessità dei servizi sanitari e le difficoltà di orientamento dell'utenza, i vantaggi – anche in termini economici – dell'investimento nella prevenzione, la crucialità e l'ambivalenza della mediazione linguistico-culturale, alcune riflessioni trasversali che intrecciano immigrazione, genere e salute.

Il presente report è il risultato di un lavoro indivisibile e unitario degli autori e delle autrici. Tuttavia, se devono essere assegnate delle attribuzioni individuali, Francesco Della Puppa ha steso la presente introduzione, i Paragrafi 2; 3 e 6 e le schede di approfondimento; Pamela Pasian è autrice dei Paragrafi 5; 8 e 9; Giuliana Sanò è autrice dei paragrafi 1; 4; 7 e 10.

PRIMA PARTE

**Gli approcci teorici, le scelte metodologiche, il contesto
d'indagine**

1. Salute riproduttiva e migrazioni. Una prospettiva socio-antropologica

Per lungo tempo ignorato, lo studio sulla componente femminile all'interno dei flussi migratori si è affermato con l'evoluzione dei *gender studies*. Questi ultimi – sebbene sul piano nazionale ne vada constatato un importante ritardo – hanno per prima cosa fatto emergere la strutturale mancanza di attenzione nei riguardi dei ruoli giocati dalle donne nell'ambito della mobilità internazionale, evidenziando allo stesso tempo la necessità di osservare in che modo i cambiamenti che investono i ruoli di genere all'interno dei paesi di origine imprimano un nuovo volto anche ai cosiddetti contesti di arrivo (Balsamo, 2003). In passato, le ricerche svolte nei paesi di immigrazione conferivano alle donne migranti un riconoscimento ancillare e marginale, ascritto alla subordinazione di queste nei confronti degli uomini e dei propri mariti (Bimbi, 2003; de Filippo, 2009).

Grazie all'apporto analitico dei *gender studies*, negli anni Ottanta e Novanta vengono però compiuti dei passi in avanti. Seppur all'interno di un approccio epistemologico e metodologico conforme a una struttura di pensiero essenzialmente maschile, in questi anni alle donne viene riconosciuta la capacità di dare forma alla migrazione (Tognetti Bordogna, 2012) e di contribuire ai cambiamenti sociali ed economici – sia nel paese di origine sia in quello di arrivo – attraverso il loro ruolo di lavoratrici (Morokvasic, 1983) e non solo di mogli o di madri (Miranda, 2008). Tali cambiamenti riguardano prevalentemente le forme di mobilità che da un certo momento in avanti hanno interessato le donne, decise a lasciare i propri paesi perché spinte dall'esigenza di lavorare, di migliorare le proprie condizioni di esistenza, di ricongiungersi ai mariti o, come accade in altri casi, perché imbrigliate all'interno di un pervicace sistema di sfruttamento che opera tanto a livello lavorativo quanto a livello sessuale. Negli anni Novanta, in particolare, vengono portate alla luce le disparità di trattamento e le disuguaglianze economiche e sociali che costellano la vita delle donne in migrazione (Catarino e Morokvasic, 2005; Miranda, 2008). È, però, il nuovo millennio a sancire una definitiva presa di coscienza della centralità che il genere gioca all'interno dei processi e dei progetti migratori, costituendo, al pari della classe e dell'"etnia", un'importante categoria analitica per lo studio e l'osservazione delle dinamiche e delle strutture sociali che si vanno imponendo all'interno delle migrazioni (Kofman, 2004; Portes, 2009; Morokvasic, 2011; Tognetti Bordogna, 2014). A questi studi (intersezionali) va riconosciuto il merito di aver fatto emergere come la linea del genere influisca e domini i processi migratori ma, soprattutto, di aver destinato allo studio del genere un approccio relazionale: un approccio che sia in grado cioè di evidenziare come le relazioni socialmente definite dai sessi influenzino la migrazione e come tali relazioni vengano a propria volta modificate (Portes, 2009). Malgrado l'acquisizione di un ruolo e di un riconoscimento all'interno del dibattito accademico, la *femminilizzazione* delle migrazioni contiene, inevitabilmente, un'ambivalenza. Tale ambivalenza consiste nella duplice veste ricoperta dalle donne nell'ambito della mobilità internazionale ed essa concretamente viene trasmessa attraverso un *corpus* di studi complesso e variegato, il quale, per un verso, pone enfasi sui processi di autonomia e sul piano dell'agency agito delle donne migranti; e per un altro, invece, mette in risalto le criticità relative all'imposizione di norme sociali e di codici comunitari difficili da decostruire e che, in qualche caso, addirittura tendono ad amplificarsi nei contesti di arrivo. Ancora oggi si ha l'impressione, dunque, che «la condizione sociale della migrazione al femminile rimane piuttosto inesplorata, come se ancora una volta le donne esistessero in uno spazio più privato che pubblico, comunque domestico, sia che si tratti di prendersi cura della propria famiglia, che di quella altrui» (Bonfanti, 2012, p.5). Sulla scorta di questa ambivalenza risulta possibile, allora, mettere meglio a fuoco il rapporto tra le donne migranti e i servizi deputati alla salute e, in particolare, alla salute riproduttiva, poiché anche in questo caso le ricerche tendono a ridurre la dimensione relazionale che si genera tra più sistemi sanitari e di cura in atto. In generale, le ricerche che si sono occupate di esaminare la qualità del rapporto che le donne migranti intrattengono con i servizi sanitari hanno evidenziato la presenza di diverse difficoltà di accesso per l'utenza straniera. La prima difficoltà è riconducibile allo status giuridico delle donne (regolari o irregolari), il quale può disincentivare il ricorso ai servizi da parte di queste. Malgrado le criticità del pacchetto sicurezza 2009 non si siano, di fatto, concretizzate, è abbastanza diffusa tra le persone irregolari l'idea di correre un rischio qualora si dovesse presentare la necessità di ricorrere

alle cure mediche o ai nosocomi.¹ In maniera analoga, altri fattori possono disincentivare il ricorso alle strutture sanitarie o renderne particolarmente difficile l'accesso per le donne straniere, tra questi: il titolo di studio, le competenze linguistiche, il tempo di permanenza sul territorio delle utenti, un apparato di conoscenze e di saperi differenti e culturalmente orientati (Lombardi, 2005; Tognetti Bordogna, 2012; Mangone, Masullo, 2013; Censis 2015), la burocratizzazione delle procedure mediche, la parcellizzazione dei servizi, la mancanza di informazioni o la tendenza degli operatori/trici a dare informazioni frammentarie, e infine i sentimenti di paura e disorientamento sviluppati dalle donne. In tal senso, risulta fondamentale «notare che l'assistenza sanitaria comprende sia la sfera propriamente clinica che quella sociosimbolica, non è solo nosologia, ma ancor prima “presa in carico”» (Bonfanti, 2012, p.4). Tra gli altri, il contributo dell'antropologia medica è prevalentemente stato quello di porre attenzione a tutti questi fattori, non immediatamente riconducibili agli aspetti sanitari, e di storicizzare il dato della componente femminile e del rapporto che tale componente intrattiene con i sistemi sanitari altri, diversi dai propri. In primo luogo, l'antropologia ha messo in risalto le determinanti culturali del sistema bio-medico occidentale (Quaranta, 2006) e lo ha osservato in parallelo agli altri sistemi, quelli cosiddetti “tradizionali”. Questo passaggio appare essenziale nell'ottica di un ragionamento sul rapporto delle donne migranti e i servizi, poiché impone di guardare tanto al sistema bio-medico quanto a quelli tradizionali come a dei sistemi culturalmente costruiti e orientati, combattendo di fatto ogni pretesa etnocentrica e universalizzante. In questo quadro, le difficoltà linguistiche si sommano quindi alle difficoltà di esprimere una sintomatologia che corrisponde e che fa riferimento a un corredo di codici culturali e comunicativi diversi (Good, 1984). Da ciò l'importanza della relazione tra le persone e i servizi sanitari così come la comunicazione tra il/la paziente e il medico. Al di là della complessità comunicativa della malattia, della cura e dei corpi, esistono criticità che vanno tuttavia poste e indagate a partire dalla valenza strutturale di certi dispositivi istituzionali e sanitari. E sono questo genere di criticità che questo studio ha inteso indagare. Nel rapporto tra le donne e i servizi dedicati alla salute riproduttiva si affacciano, infatti, una serie di problematiche ascrivibili, in primo luogo, alla riduzione del Sé e della dimensione soggettiva della scelta inerente alla sfera riproduttiva delle donne in generale e, in particolare, di quelle migranti. In tal senso, l'antropologia medica e la sociologia hanno evidenziato come all'interno di contesti iper-medicalizzati sia sempre più difficile, per le donne, attuare scelte che vadano in contro tendenza e che siano liberamente orientate da saperi e conoscenze riconducibili ad altre sfere di presa in carico e di cura del corpo in gravidanza. Tra gli aspetti che in pochi hanno messo a fuoco vi è senz'altro quello relativo alla co-costruzione dei saperi e, in particolare, di quelli legati al corpo e alla maternità. In tal senso, possiamo rifarci a quanto sostiene Bonfanti (2012) e cioè che «le madri non solo ricevono una formazione prenatale, ma al contempo producono un certo sapere sulla maternità (Ketler, 2000; Ivry, 2009)» (p.7). Produrre un certo sapere sulla maternità può, dunque, voler dire che le donne facciano ricorso a più sistemi, anche contemporaneamente (Quagliarello, 2014, 2018) a conferma del fatto che non bisogna prepararsi ad assistere a uno “scontro di civiltà”, ma semmai a riconoscere il potenziale agentivo delle donne, che fa sì che queste possano indistintamente appoggiarsi a più di una pratica e rivolgersi a più di un metodo allo scopo di raggiungere il proprio obiettivo. L'idea che ogni sistema sia storicamente e culturalmente costruito sgombera, quindi, il campo da ogni irrigidimento e lascia spazio alla soggettività delle donne che, entrando in contatto con più sistemi (quello di appartenenza e quello di arrivo) possono così trarre vantaggio dall'utilizzo dell'uno, dell'altro o di entrambi. A riprova di questa contro-tendenza, va detto che la maggior parte dei fraintendimenti comunicativi e terapeutici

¹ La normativa prevede l'accesso alle cure anche per i/le cittadini/e stranieri/e non regolari mediante l'ottenimento del tesserino Stp. Nel caso di stranieri/e comunitari/e sprovvisti/e di residenza è previsto il rilascio del tesserino cosiddetto Eni. Va detto, inoltre, che nel periodo di gravidanza e per i primi sei mesi del/della bambino/o la normativa prevede che alla donna irregolarmente presente sul territorio nazionale che ne abbia fatto richiesta venga riconosciuto un permesso per cure mediche. L'articolo 19 del testo Unico sull'immigrazione disciplina i casi di inespellibilità e divieto di respingimento. Il comma 2 alla lettera d) del presente articolo dispone il divieto di espulsione delle donne in stato di gravidanza o nei sei mesi successivi alla nascita del figlio cui provvedono.

non nascono solo dalle incomprensioni linguistiche, ma soprattutto dalla mancanza di equilibrio tra le categorizzazioni e le strategie di intervento messe in atto dai servizi e l'estrema eterogeneità degli scenari migratori (Riccio, 2008; Tarabusi, 2014). In questo quadro assai eterogeneo bisognerà, dunque, guardare al Sé, alle scelte e ai bisogni delle donne, intrecciando le relazioni tra gli individui, in questo caso le donne, e le strutture e i dispositivi sanitari. Soprattutto, occorrerà prendere in considerazione come la procreazione e la migrazione sono da ritenersi in quanto fenomeni e in quanto esperienze che spaziano dal personale al sociale in un'ottica processuale. (Bonfanti, 2012). In tal senso, infatti, la natalità immigrata non soltanto tende a riconfigurare il sistema sanitario dei paesi di arrivo (Pasini, Pullini, 2002; ma soprattutto essa tende a plasmare tutti i settori della vita sociale (Cattaneo, Dal Verme, 2005). In questa ricerca ci siamo dunque concentrati sull'analisi e l'osservazione del rapporto tra le donne migranti e i servizi sociali deputati alla salute riproduttiva, nel tentativo di comprendere, in prima istanza, i bisogni emergenti delle donne e, secondariamente, quelli espressi dagli operatori e dalle operatrici che lavorano all'interno dei servizi. Si è proceduto, dunque, nell'ottica di un'azione e di un intervento sinergico tra i servizi e le donne, leggendo e mettendo in comune tanto i bisogni degli uni quanto quelli delle altre, affinché le esperienze e le storie di vita delle donne migranti agiscano da leva e promuovano il miglioramento dei servizi locali e i risultati raggiunti dai servizi vengano valorizzati e ampliati.

Da una prima ricostruzione delle testimonianze raccolte tra le operatrici sanitarie e le donne migranti che si rivolgono ai servizi sanitari del Comune di Verona, accanto a delle questioni più ricorrenti, tra queste: la mancanza di una rete e il sentimento di solitudine, le difficoltà linguistiche, la parcellizzazione dei servizi e la mancanza di informazioni, la preoccupazione e la contrarietà per il taglio cesareo; sono emerse delle componenti personali e non estendibili a tutti i casi.

Dalle esperienze raccolte è emerso che mentre per qualcuna l'iper-medicalizzazione del parto costituisce un problema, per altre, invece, è sinonimo di presa in carico, attenzione e di cura. Analogamente, possiamo osservare che mentre alcune donne hanno dichiarato di voler essere accompagnate da una mediatrice linguistica durante la fase di visite e controlli, altre ancora hanno fatto intendere che la costante presenza della mediatrice può ostacolare l'apprendimento della lingua italiana o, ancora, può costituire un motivo di imbarazzo e di chiusura. Se per qualcuna la presenza di un'accompagnatrice si rivela utile, per altre invece non è necessaria. Come più sopra accennato esistono però delle circostanze e delle problematiche che non si possono eludere, tra queste la più significativa è riconducibile alla mancanza di reti e al sentimento di solitudine sperimentato dalle donne migranti nei momenti della gravidanza, del parto e del *post-partum*. È intorno a queste tematiche e a queste principali criticità che si articolerà il discorso presentato di seguito.

2. Il nuovo assetto organizzativo e i territori di appartenenza

Nell'ambito della ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Ulss, per quanto attiene all'Azienda Ulss 9 Scaligera – la quale, mantenendo la propria sede legale in Verona, ha incorporato le sopresse Ulss 21 di Legnago e Ulss 22 di Bussolengo – la legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 stabilisce che, dall'1 gennaio 2017, i bacini delle Aziende Ulss precedentemente esistenti anteriormente alla data di all'entrata in vigore della legge si configurino come distretti con funzioni di coordinamento tra l'ospedale e la rete territoriale di riferimento. La legge prevede altresì che, se sono presenti più distretti socio-sanitari, essi vengano confermati conservando la denominazione di distretto.

Quindi, i Distretti dell'Ulss 9 Scaligera assumono le seguenti denominazioni e diventano riferimento per i seguenti territori:

⑩ Distretto 1, con sede di Verona, a cui afferiscono la 1°, la 2° e la 3° circoscrizione (ossia i territori di Avesa, Borgo Milano, Borgo Nuovo, Borgo Trento, Chievo, Città Antica, Cittadella, Parona, Ponte Crencano, Quartiere Navigatori, Quinzano, San Massimo, San Zeno, Saval, Stadio, Valdonega, Veronetta), la 6°, la 7° e l'8° Circoscrizione (ossia i territori di Borgo Trieste, Borgo Venezia, San Michele Extra, Porto San Pancrazio, Marzana, Montorio), oltre a Bosco Chiesanuova,

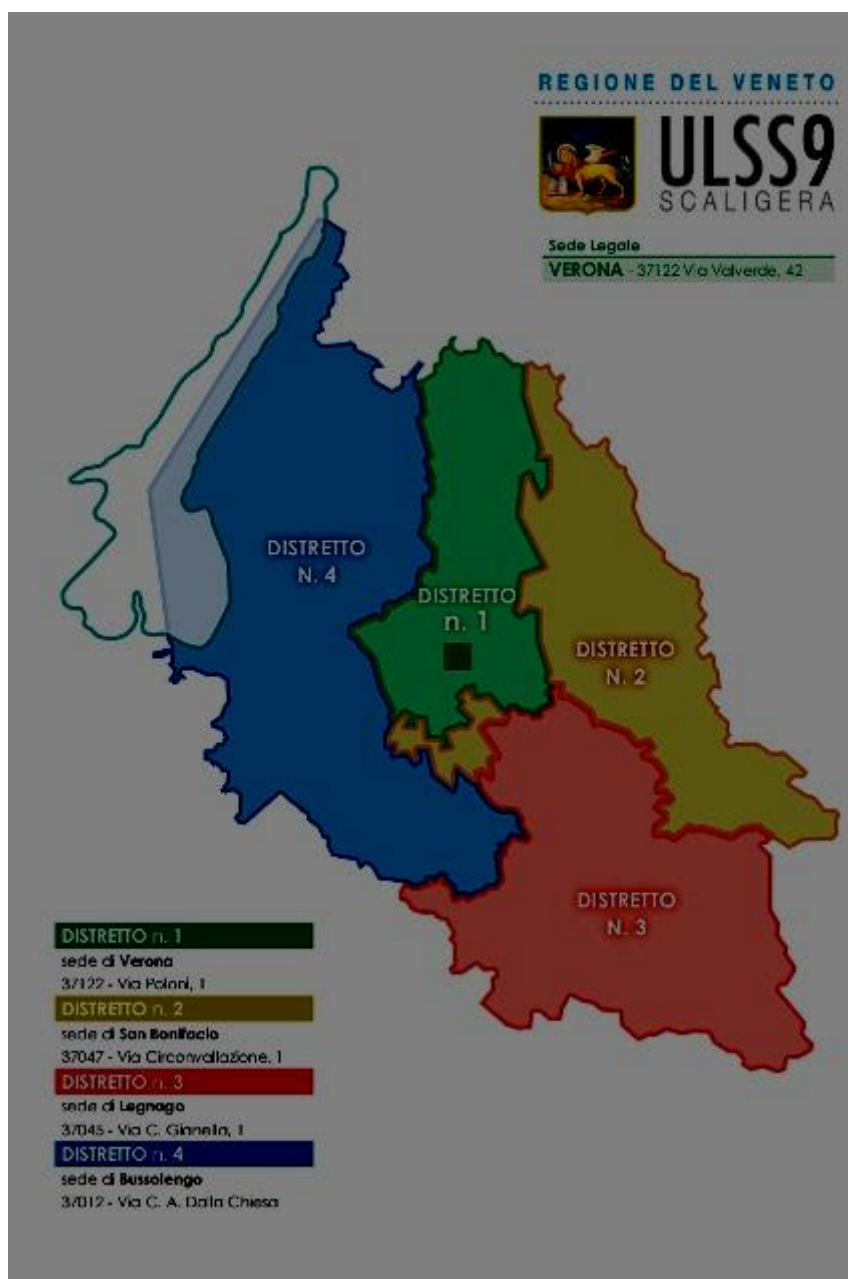
Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Lavagno, Roverè Veronese, San Martino Buon Albergo, Velo Veronese;

⑩ Distretto 2, con sede a S. Bonifacio, a cui afferiscono la 4° e la 5° Circoscrizione (ossia i territori di Borgo Roma, Ca' di David, Golosine, Santa Lucia) oltre a Albaredo d'Adige, Arcole, Badia Calavena, Belfiore, Buttapietra, Caldiero, Castel d'Azzano, Cazzano di Tramigna, Cologna Veneta, Colognola ai Colli, Illasi, Mezzane di Sotto, Montecchia di Crosara, Monteforte d'Alpone, Pressana, Roncà, Roveredo di Guà, San Bonifacio, San Giovanni Ilarione, San Giovanni Lupatoto, San Mauro di Saline, Selva di Progno, Soave, Tregnago, Veronella, Vestenanova, Zimella;

⑩ Distretto 3, con sede a Legnago, a cui afferiscono i territori di Angiari, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Bovolone, Casaleone, Castagnaro, Cerea, Concamarise, Gazzo Veronese, Isola Rizza, Legnago, Minerbe, Nogara, Oppeano, Palù, Ronco all'Adige, Roverchiara, Salizzole, Sanguinetto, San Pietro di Morubio, Sorgà, Terrazzo, Villa Bartolomea, Zevio

⑩ Il Distretto 4, con sede a Bussolengo, a cui afferiscono i territori di Affi, Bardolino, Brentino Belluno, Brenzone, Bussolengo, Caprino Veronese, Castelnuovo del Garda, Cavaion Veronese, Costermano sul Garda, Dolcè, Erbè, Ferrara di Monte Baldo, Fumane, Garda, Isola della Scala, Lazise, Malcesine, Marano di Valpolicella, Mozzecane, Negrar, Nogarole Rocca, Pastrengo, Pescantina, Peschiera del Garda, Povegliano Veronese, Rivoli Veronese, San Pietro in Cariano, Sant'Ambrogio di Valpolicella, San'Anna d'Alfaedo, San Zeno di Montagna, Sommacampagna, Sona, Torri del Benaco, Trevenzuolo, Valeggio sul Mincio, Vigasio, Villafranca di Verona.

Fig. 1 Mappa dei distretti dell'Ulss 9 Scaligera



Coerentemente con la proposta progettuale, quindi, l'indagine si è focalizzata sui Distretto 1 e 2 ai quali afferisce il Comune di Verona e che ospitano sei consultori pubblici (di cui due nel Comune di Verona) e due "Punti nascita", di cui uno (l'Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento) nel Comune di Verona.

Secondo le rappresentazioni di alcune operatrici e assistenti sociali intervistate, tale riorganizzazione delle Ulss avrebbe compromesso l'attività di alcuni consultori e il modo in cui prendersi cura dell'utenza le donne, anche a causa di un coordinamento tra i diversi servizi delle diverse realtà, solo formalmente appartenenti alla stessa Ulss:

Di cambiamenti organizzativi e del lavoro ce ne sono stati tanti, prima avevo una psicologa come coordinatrice e facevamo molte più riunioni di equipe,...molte più riunioni rispetto al pratico, da un po' di anni a questa parte abbiamo avuto un medico, una ginecologa...quindi riunioni basta, avevamo un approccio più... ma... direi che ci hanno un po' abbandonato, nel senso che ognuno riesce a gestirsi, o hai la capacità, gli strumenti, ti informi e dici "aspetta per questa signora c'è bisogno di questo, questo e questo...chiamo io e vedo dove appoggiarla"... mentre all'inizio chiedevo alla responsabile e mi diceva lei cosa fare...questo è venuto un po' a mancare, questo sì...è lasciato un po' alla persona: "Arrangiatevi e vedi un po' cosa puoi fare", al di là della collega

che c'è qui, però questo si è venuto mooolto a mancare. [...] Al consultorio ci sono io, la ginecologa, l'assistente sociale, la psicologa e viene un'educatrice di Legnago a fare i corsi massaggio e post parto. Noi all'inizio facevamo riunioni di equipe, dedicavamo un giorno alla settimana, un'ora, un'ora e mezza, adesso non riusciamo più, non ci troviamo quasi mai tutte assieme, più di una ha una sede diversa. Sarebbe auspicabile, molto auspicabile, riprendere a fare le equipe, anche solo per vedersi...nel nostro lavoro, quando vedi una donna hai bisogno di confrontarti se saltano fuori problematiche psicologiche, sociali, anche solo per un confronto, un sostegno, per dire "sì, sto facendo la cosa giusta".... io che queste riunioni le facevo penso che sì, c'è venuto a mancare un bel pezzo....bisogna sempre rincorrersi per telefono. Ci sono casi che si fanno a pezzettini, mentre se si è assieme si riesce a metter giù qualcosa di unico. Perché la psicologa è qui tre giorni a settimana, quando c'è la ginecologa non c'è l'assistente sociale...perché abbiamo tutte più sedi ...adesso siamo tutte un'unica Ulss...ma quando le vedo le colleghe di Verona?! Non c'è un confronto, non c'è un parlare, a meno che non ci sia una signora che deve andare a Verona..allora io prendo il telefono chiamo la collega di Verona, ma finisce lì la cosa.... non c'è un confronto, non c'è... [...] Siamo un'unica Ulss, ma non c'è mai un momento di confronto... ci siamo trovate la settimana l'altra o quindici giorni fa, perché la direzione ci ha convocato a San Bonifacio, una riunione in cui tutti sono stati invitati....però ci siamo solo visti, hanno parlato i direttori, ci siamo solo visti. Il consultorio è ancora di pertinenza territoriale, io ho dei confini territoriali, quindi se mi chiama una signora di Verona non può venire da me... Non c'è una collaborazione con le colleghe di Verona per quanto mi riguarda. (Ostetrica del Consultorio del Distretto 3)

Il coordinamento tra le diverse realtà e i diversi servizi nella medesima Ulss di afferenza, infatti, sarebbe lasciato alla discrezione del singolo operatore sanitario e della sua capacità di valutazione delle priorità:

Non ce la faccio a far tutto, a volte, magari di fronte alla richiesta di Ivig l'ostetrica non può far nulla... queste difficoltà io le trovo perché la ginecologa ce l'ho una volta alla settimana e, quindi, devo dirottare la donna ai servizi del privato sociali, a un consultorio privato. (Operatore del Progetto NAVE)

Quest'assenza di confronto e condivisione ha come conseguenza l'offerta di servizi differenziati pur all'interno della stessa Ulss che, a sua volta, come verrà mostrato di seguito, può favorire una mobilità territoriale dell'utenza.

3. Una premessa necessaria. Diritti diseguali e tutele negate

Per affrontare in maniera adeguata una riflessione sulla salute riproduttiva delle donne immigrate e avanzare efficacemente un'analisi dei bisogni dei servizi e dell'utenza è necessario fare una premessa relativamente al quadro normativo, alla sua applicazione nel territorio considerato, alle conseguenze che ciò comporta sullo stato di salute delle donne immigrate e sulle loro "traiettorie riproduttive" sulla base della loro posizione amministrativa.

Va sottolineato, infatti, che le donne – e le famiglie – immigrate prive di un regolare documento di soggiorno, le così dette "Stp" (Straniero/a Temporaneamente Presente), non hanno diritto a una serie di tutele in ambito sanitario. Va specificato, infatti, che i ricoveri erogati a favore degli aventi diritto sono remunerati attraverso apposito fondo del Ministero dell'Interno, mentre le spese connesse alle prestazioni ambulatoriali, ai farmaci e alle altre prestazioni restano a carico delle Regioni. Tale allocazione delle spese in capo alle Regioni, nello specifico caso della Regione Veneto, costituisce un nodo cruciale alla compromissione del diritto a una serie di tutele in ambito sanitario.

Fra le tutele negate, ad esempio, va richiamato l'accesso allo Screening per prevenire il cancro al collo dell'utero, previsto ogni 3 anni per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Coerentemente al quadro normativo nazionale – riportato nella SCHEDA 1 sottostante – per un certo periodo di tempo questa fascia della popolazione femminile ha potuto beneficiare del Pap Test gratuitamente, al

pari delle donne con cittadinanza italiana. Successivamente l'ULSS locale, su indicazione della Regione, ha negato il Pap Test gratuito per le donne Stp, chiedendo a loro il pagamento della prestazione. Ciò, presumibilmente, dissuaderà, di qui in avanti, molte utenti dal ricorrere alla prestazione e innalzerà il carico di malattia legato al tumore della cervice uterina tra le Stp, incrementando un tasso che è già più elevato per le donne immigrate rispetto alle autoctone (Crocetti et al. 2010; Spadea et al. 2010).

Tale aspetto è confermato anche dalle coordinatrici e dalle operatrici socio-sanitarie dei servizi coinvolti nell'indagine, che riferiscono come, di fronte al sistematico taglio delle risorse, hanno finanziato le prestazioni preventive attraverso singoli progetti che potevano tutt'al più "tamponare" momentaneamente i bisogni dell'utenza:

Quello degli screening e della prevenzione è una lotta. Qui per due anni abbiamo avuto un progetto, con il dipartimento di prevenzione per lo screening per le Stp, dopodiché, siccome nessuno ha detto di smettere, siccome i numeri più alti erano nell'area romene, moldave, brasiliane, sudamericane, siccome nessuno ha detto di no, siamo andate avanti ancora altri due anni, dopo qualcuno si è accorto e in questo momento... Il Pap test lo possiamo fare, ma a pagamento... Con lo screening, siamo andate fino a che ce la abbiamo fatta, c'è stato un progetto preciso e puntuale... è andato, ma a un certo punto è stato bloccato. Questo vuol dire che si fa il Pap test, ma non dentro lo screening. Prima c'era il progetto, ma adesso che devi pagare. E vengono di meno. C'è stato un momento che una ragazza nigeriana è morta e tutte venivano a fare il Pap test. Però non è un percorso... lo facciamo qui e dalle altre parti le donne sono completamente scoperte. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Il distretto 1 e noi Cesaim abbiamo cercato di trovare questa soluzione per andare in contro alle donne che vogliono fare il Pap test senza far pagare i 12 o i 30 euro, che possono essere troppi per una donna in difficoltà, e allora, se vogliamo fare una prevenzione al tumore del collo dell'utero, è meglio sapere come fare e allora questo esame rientra tra gli esami preconcezionali. Questa è una cosa in cui siamo riusciti direi con successo... Perché altrimenti le persone irregolari il Pap test dovrebbero pagarlo, non è previsto per loro lo screening. [...] La Regione ha chiuso questo esame gratuitamente per le donne straniere. Questo significa che una donna che abita in provincia di Vicenza lo paga. (Focus group col personale del Cesaim)

Un'ulteriore dimensione della discriminazione normativa che colpisce le immigrate prive di documento di soggiorno è relativa alla salute neonatale dei loro figli. Le madri Stp, infatti, oltre a non avere il medico di base, non possono garantire un pediatra per i loro neonati entro il primo anno e, quindi, garantire loro i controlli necessari. Quella che potrebbe essere interpretata come il frutto di una precisa volontà politica verrebbe spiegata come un impedimento legato al sistema informatico di gestione dell'utenza:

Se c'è un accordo Stato-regioni, la Regione deve ratificare ogni singolo accordo, ma adesso è uscito nei LEA, però la Regione continua a dire: "Guarda lo faremo con tutto il cuore, però c'è un problema di codice fiscale" [l'assegnazione a questa categoria di utenti del codice fiscale numerico al posto di quello alfanumerico in possesso dai cittadini italiani e dagli immigrati regolari²], un problema informatico e quindi non lo fanno. E questo significa che tutti i bambini figli di Stp non hanno diritto ad un pediatra di famiglia e questo significa che non possono portare i bambini a fare i bilanci di salute e, in generale, non hanno un riferimento. (Focus group col personale del Cesaim)

² Anche se va sottolineato che nemmeno ai richiedenti asilo, per quanto regolari, spesso viene attribuito il codice fiscale alfanumerico.

SCHEDA 1 – Il quadro normativo

Il codice Stp costituisce lo strumento per l'applicazione del diritto all'assistenza sanitaria da parte degli immigrati provenienti da Paesi Terzi e "irregolarmente" presenti sul territorio nazionale. Tale codice è rilasciato dalle Aziende sanitarie locali, all'atto della richiesta di cure oppure su richiesta dell'interessato/a. L'articolo 35 comma 3 del Testo Unico sull'Immigrazione (D. lgs. n. 286 del 25/07/1998) sancisce che "ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva". Di conseguenza, la Circolare 24.03.2000 n. 5 del Ministero della Sanità (Indicazioni applicative del D. legislativo 25/07/1998 n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" – disposizioni in materia di assistenza sanitaria) ha definito il significato dei termini "cure urgenti" e "cure essenziali" utilizzati all'interno dell'articolo citato come di seguito: "per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)."

Il DPR 394/1999 (Regolamento recante norme di attuazione del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1 comma 6, del decreto legislativo 25/07/1998, n. 286), infatti, all'articolo 43 comma 4, stabilisce che "gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35, comma 3 del Testo Unico, erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della U.S.L. competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate. In caso di prestazioni sanitarie lasciate insolite dal cittadino straniero l'azienda ospedaliera ne chiede il pagamento alla U.S.L. ovvero, se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, al Ministero dell'Interno, secondo procedure concordate. Lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante". Inoltre, il Decreto Legislativo 29 aprile 1998 n. 124 Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449 (Articolo 1 comma 4) stabilisce che: "Al fine di favorire la partecipazione a programmi di prevenzione di provata efficacia, di garantire l'accesso all'assistenza sanitaria di base, nonché di assicurare il ricorso all'assistenza ospedaliera ogniquale volta il trattamento in regime di ricovero ordinario risulti appropriato rispetto alle specifiche condizioni di salute, sono escluse dal sistema di partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito al momento della fruizione: le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva realizzati in attuazione del piano sanitario nazionale, dei piani sanitari regionali o comunque promossi o autorizzati con atti formali della regione". Ancora, la Legge 388/2000 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001), all'art. 85 Riduzione dei ticket e disposizioni in materia di spesa farmaceutica, al comma 4 e al comma 5, sancisce che "A decorrere dal 1° gennaio 2001, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 4, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, e secondo le indicazioni del Piano sanitario nazionale, sono escluse dalla partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito al momento della fruizione, le seguenti prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, del carcinoma e delle precancerosi del colon retto: a) mammografia, ogni due anni, a favore delle donne in età compresa tra quarantacinque e sessantanove anni; b) esame citologico cervico-vaginale (PAP test), ogni tre anni, a favore delle donne in età compresa tra venticinque e sessantacinque anni; c) colonscopia,

ogni cinque anni, a favore della popolazione di età superiore a quarantacinque anni e della popolazione a rischio individuata secondo criteri determinati con decreto del Ministro della sanità. Sono altresì erogati senza oneri a carico dell'assistito gli accertamenti diagnostici e strumentali specifici per le patologie neoplastiche nell'età giovanile in soggetti a rischio di età inferiore a quarantacinque anni, individuati secondo criteri determinati con decreto del Ministro della sanità". Ma l'accordo Stato Regioni n. 255 del 12 dicembre 2012 prevede che lo straniero è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa (ticket), in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne alcune prestazioni tra cui "le prestazioni di prevenzione erogabili attraverso le articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione (piano nazionale e regionale dei vaccini, screening, prevenzione HIV) e che per tutte le altre situazioni (prestazioni di secondo livello, di diagnosi e cura, medicina riabilitativa e preventiva, alimenti speciali e presidi specifici...) si applicano le condizioni previste per il cittadino italiano.

Se questo costituisce il quadro nazionale e la sua articolazione regionale, vanno prese in considerazione anche alcune specificità del contesto nazionale e veronese. Nello specifico, si fa riferimento al Decreto Legge recante modifiche alla disciplina sull'immigrazione, la protezione internazionale e la concessione e revoca della cittadinanza italiana (Decreto-Legge 4 ottobre 2018, n. 113) di imminente conversione in legge (4 Dicembre 2018), "Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata". Il decreto, anticipato da alcune circolari risalenti al luglio 2018, prevede l'abolizione della norma che regola la protezione umanitaria e, quindi, dello status di "Protezione umanitaria" che, va ricordato, è stato concesso in una varia gamma di situazioni comprensibilmente collegate, ad esempio, allo stato di salute, alla maternità, alla minore età, al tragico vissuto personale, alle traversie affrontate nel viaggio verso l'Italia, alla permanenza prolungata in Libia – contesto in cui i migranti e le migranti sono sistematicamente sottoposti a torture, violenze, stupri. Oltre a essere il documento di soggiorno che, dal punto di vista quantitativo, è più frequentemente rilasciato ai richiedenti protezione internazionale in Italia, quindi, è anche relativo a situazioni e condizioni strettamente legate alla salute psico-fisica e riproduttiva delle donne immigrate. La sua abolizione, ovviamente, comporterebbe immediate conseguenze in tale ambito, conseguenze che non troverebbero ricomposizione nemmeno nel permesso per cure mediche, fattispecie introdotta dal decreto legge n.113, considerato quanto previsto dallo stesso.

Va anche richiamata la volontà, espressa nel decreto, di abrogazione, di fatto, del sistema SPRAR per i richiedenti asilo e per i titolari di permesso di soggiorno per motivi umanitari, considerato l'unico sistema di accoglienza che ha fissato standard rigorosi di erogazione dei servizi unitamente a un ferreo controllo della spesa, nonché l'unico in grado di garantire minimamente un'effettiva inclusione sociale degli immigrati nel contesto italiano. La sua abrogazione, quindi, ancora una volta, comporterebbe forti ricadute sulle condizioni di salute delle donne immigrate. Infine, il decreto prevede l'eliminazione del diritto alla iscrizione anagrafica degli stranieri richiedenti asilo. Ciò comporterebbe difficoltà anche per gli amministratori locali che difficilmente potrebbero conoscere con certezza il numero delle persone presenti sul proprio territorio e di determinare i servizi pubblici e sociali che i Comuni hanno l'obbligo di garantire. Peraltro, siccome nessuna persona regolarmente soggiornante, come lo è il richiedente asilo, può restare sul territorio senza che la sua presenza sia rilevata, si riaprirà il contenzioso per stabilire quale debba ritenersi la dimora abituale del richiedente, creando così incertezze per gli enti locali e confusione amministrativa. Anche in tal caso, le ricadute sulle condizioni di salute delle utenti del sistema di accoglienza sono tanto ovvie quanto immediate. A livello locale, invece, va segnalata la delibera che dichiara Verona "Città a favore della vita" che stigmatizza il diritto all'interruzione di. Tale delibera, ovviamente, ha contribuito alla creazione di un clima sociale ostile alle donne – e, soprattutto, alle donne immigrate, descritte dai politici locali e nazionali originari di Verona, come una leva per la "sostituzione etnica" della popolazione italiana e

veronese, per utilizzare un'espressione utilizzata da alcuni esponenti politici locali – e ai servizi di tutela della loro salute riproduttiva.

Il Veneto, inoltre, risulta la seconda regione dell'Italia settentrionale, dopo il Trentino Alto-Adige, per crescita di medici obiettori. Nello specifico, nel contesto veronese, su 66 medici in servizio nelle unità operative di ostetricia e ginecologia, 54 sono obiettori di coscienza. Se si stringe la prospettiva di analisi al solo Comune di Verona, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, vede 13 medici dell'ostetricia-ginecologia obiettori su 14, nella sede di Borgo Trento, e 8 su 13, nella sede di Borgo Roma. In alcuni casi, per garantire l'espletamento di quello che per legge è un diritto, si è fatto ricorso a consulenze esterne, stipulando per questo convenzioni con altre realtà che, però, sono spesso fuori provincia e di difficile raggiungimento per l'utenza in particolari condizioni di marginalità e fragilità. Un rapporto del Ministero della salute del 2016 (Ministero della Salute 2017) rileva che nel 1995, anno in cui si è iniziata a rilevare sistematicamente l'informazione sulla cittadinanza delle donne che richiedevano l'Ivg, ci sono state 8.967 donne immigrate che hanno effettuato una Ivg in Italia. Questo dato è aumentato negli anni, coerentemente con l'aumento delle presenze immigrate nel Paese, raggiungendo, nel 2007, il valore massimo di 40.224 casi. Da tale anno, si è registrata una stabilizzazione quantitativa e, di seguito, un leggero decremento. Nel 2016, dai dati riferiti dalle singole regioni, il valore risulta essere 25.503 Ivg che hanno visto protagoniste donne con cittadinanza non italiana. Anche se, in questo dato statistico, scompaiono le donne immigrate che, nel frattempo, hanno acquisito la cittadinanza italiana.

Considerando solamente le Ivg effettuate da cittadine italiane è possibile individuare una continua diminuzione da 124.448 nel 1998, a 113.656 nel 2000, 94.095 nel 2005, 76.948 nel 2010, 68.382 nel 2013, 65.021 nel 2014, 6.0384 nel 2015 e 59.423 nel 2016. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine non italiane all'Ivg nell'anno 1982 (anno di massima incidenza dell'Ivg in Italia), la riduzione per le donne italiane è stata da 234.801 Ivg a 59.423, con un decremento percentuale del 74.7%. Mentre, nel 2016 il numero di Ivg effettuate da donne straniere corrisponde al 30% del dato nazionale totale. Si tratta di un valore in diminuzione rispetto agli anni precedenti (31.1% nel 2015 e 33% nel 2014), ma molto sproporzionato rispetto alla componente immigrata della popolazione, pari all'8,3% – di cui il 52% donne. L'andamento delle Ivg per Paese di nascita, infatti, riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione del numero di Ivg delle donne autoctone e un incremento di quelle effettuate da donne immigrate fino al 2004, seguito da una tendenza alla stabilità fino al 2011 e da una flessione negli ultimi anni. Il tasso di abortività delle donne immigrate, quindi è sensibilmente più alto di quello delle donne autoctone, anche se le differenze tendono ad assottigliarsi nel corso del tempo, probabilmente come risultato del lavoro messo in campo dai consultori familiari, dai progetti e dai servizi implementati al fine di aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'Ivg, ma anche per effetto di altre dinamiche che verranno mostrate di seguito. In generale, per tutte le classi di età le immigrate hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno permane quella di 20-24 anni per le immigrate (con un tasso 3.5 volte superiore a quello delle italiane), mentre per le italiane i tassi più alti si osservano tra quelle di 25-29 anni (8.1 per 1000).

I dati forniti dall'Istat relativi al 2016, registrano 1.065 Ivg nella Provincia di Verona di cui 533 vedono protagoniste donne di cittadinanza italiana. Ciò significa che, anche nel territorio veronese, il tasso di abortività delle donne immigrate per l'anno in considerazione è sensibilmente più alto rispetto a quello delle autoctone giacché il 50% delle Ivg è richiesto da tale categoria di utenti a fronte di una presenza immigrata dell'11,4% in Provincia e del 13,9% nel Comune (Centro Studi e Ricerche Idos, 2016; 2018). Le nazionalità che registrano maggior numero di Ivg sono quella rumena (96 casi); quella nigeriana (47), quella marocchina e cinese (entrambe con 28 casi). Tale dato dovrebbe fare riflettere, soprattutto alla luce dei recenti provvedimenti presi dalla politica locale relativamente ai diritti della salute riproduttiva femminile che colpirebbero, così, soprattutto le donne immigrate, con minori risorse sociali e relazionali, nonostante siano stati attuati (anche) utilizzando lo spauracchio razzista della "sostituzione etnica".

Anche i dati relativi alle Ivg a Verona, inoltre, mostrerebbero una lieve, per quanto costante, diminuzione, in continuità col dato nazionale. Se, da un lato, tale andamento potrebbe essere

interpretato come il frutto di un lavoro di prevenzione nelle scuole e nei consultori, come anticipato; dall'altro lato, però, ciò potrebbe essere (anche) ricondotto proprio all'aumento del numero dei medici obiettori. Per comprendere tale interpretazione, infatti, va tenuto in considerazione che tali dati si basano sulla scheda che i medici devono compilare e inviare all'Istituto di Sanità e poi al ministero ogni qual volta venga attuata un'Ivg: contando tutte le schede si ottengono i dati statistici che segnalano il calo. Non sarebbe, quindi, il numero delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza in sé a diminuire, ma, calando il numero dei medici non obiettori, diminuisce, piuttosto, il numero degli aborti svolti legalmente in una struttura ospedaliera e registrati dal dato statistico – a fronte di un ipotizzabile aumento degli “aborti clandestini” impossibili da monitorare e quantificare.

Oltre al numero delle Ivg svolte, infatti, andrebbe preso in considerazione anche il numero delle donne che richiedono l'Ivg. Anche se persino questo dato costituisce un'approssimazione ottimista, perché, ovviamente, molti aborti avvengono indipendentemente dalle richieste, come confermano alcune testimoni privilegiate:

Sicuramente ci sono altre strade, anche perché chiedere un'Ivg non è così semplice, ci sono tutti passaggi, al consultorio....chi vuole abortire.. abortisce insomma, c'è poco da fare e trova un metodo molto più semplice che non passare attraverso tutti i colloqui. (Focus group col personale del Cesaim)

Tale meccanismo, dunque, crea, così, un circolo vizioso per il quale all'aumentare il numero dei medici obiettori, diminuisce il numero delle Ivg accettate e, quindi, portate a termine e registrate. Da qui, il Ministero può sentirsi autorizzato a sostenere che la città non richiede necessariamente la presenza di un medico non-obiettore e ciò fa ulteriormente diminuire il numero delle Ivg accettate e registrate, ma non di quelle effettuate nell'“ombra”, mettendo a repentaglio le condizioni di salute delle donne.

4. Nota metodologica

Il progetto di ricerca sulla salute riproduttiva delle donne immigrate, condotto nella Provincia di Verona, si è articolato intorno a due principali focus tematici. Il primo di questi focus corrisponde ai bisogni delle donne straniere nelle fasi di: accesso ai servizi, presa in carico e cura; il secondo focus coincide, invece, con le pratiche e le strategie adottate dagli/dalle operatori/trici che lavorano nel settore della salute riproduttiva per migliorare i servizi già presenti sul territorio.

Per quanto concerne il primo focus, occorre segnalare che sono stati analizzati e presi in esame i bisogni di donne appartenenti a quattro specifiche categorie: richiedenti protezione internazionale, lungo-soggiornanti, “irregolari” e vittime di tratta. La scelta di distinguere le donne intervistate sulla scorta di una condizione giuridicamente data non ha, qui, la funzione di assecondare il piano di distinzioni e categorizzazioni normalmente prodotte in ambito istituzionale al fine di far prevalere l'interesse amministrativo e burocratico sui piani del Sé e della soggettività; al contrario, questa scelta giova a evidenziare i punti di contatto tra le diverse categorie, a segnalare le contraddizioni che le attraversano e, soprattutto, a storicizzare la cornice normativa e politica entro cui queste donne si muovono e conducono la loro esistenza.

Sul piano metodologico, dopo aver analizzato la letteratura grigia esistente e aver avanzato una disamina dei dati quantitativi relativi alla presenze immigrate nel contesto socio-territoriale di riferimento, con particolare attenzione alla componente femminile, il gruppo di ricerca ha lavorato alla raccolta dei dati e delle informazioni più rilevanti utilizzando le tecniche della ricerca qualitativa: interviste strutturate con gli/le operatori/trici dei servizi; interviste narrative con le donne appartenenti alle quattro categorie sopracitate; focus group sia con gli/le operatori/trici sia con le donne; momenti di osservazione partecipante all'interno di incontri formativi e negli ambulatori per donne straniere. In particolare, sono stati realizzati:

- Sette focus group con: donne vittime di tratta, donne richiedenti protezione internazionale, donne lungo-soggiornanti; operatrici sociali e sanitarie di un consultorio; operatrici sociali di un progetto per donne vittime di tratta; mediatrici culturali; medici e operatori di un ambulatorio per stranieri irregolarmente presenti
- Venti interviste con: assistenti sociali, operatrici e operatori dell'accoglienza e dei progetti rivolti alle donne, mediatrici culturali, ginecologhe, ostetriche, donne richiedenti protezione internazionale, donne lungo-soggiornanti, donne "irregolari" e donne vittime di tratta
- Osservazione partecipante nell'ambito di un corso di formazione per mediatrici culturali; all'interno di un corso di base sulle malattie sessualmente trasmissibili rivolto a donne italiane e straniere che vivono nei progetti di accoglienza; e infine all'interno dell'ambulatorio per stranieri irregolarmente presenti.

Un altro degli elementi tenuto fortemente in conto dal gruppo di ricerca è quello relativo alla restituzione dei risultati emersi e, in particolare, alle forme con cui di volta in volta si è scelto di restituire ai soggetti della ricerca le informazioni ricavate durante il percorso di analisi. In tal senso, nei momenti destinati alle interviste o ai focus group il gruppo di ricerca ha messo a disposizione delle/degli operatrici/tori le informazioni circa le difficoltà evidenziate dalle donne, così come ha provveduto a fornire maggiori dettagli alle donne sull'esistenza di servizi già attivi e funzionanti. In questa scelta operativa prende forma, infatti, l'idea di uno studio che prova a co-costruire discorsi, saperi e conoscenze sui temi oggetto d'indagine direttamente con i soggetti della ricerca.

5. Un breve inquadramento quantitativo dell'immigrazione femminile a Verona

Le migrazioni internazionali costituiscono una dimensione strutturale della contemporaneità mondiale, europea ed italiana. Gli stranieri presenti nel nostro Paese al 1° gennaio 2018 risultavano 5.144.440, circa 97.412 presenze in più rispetto all'anno precedente. I dati riguardanti il Veneto riflettono l'andamento nazionale, al 1° gennaio 2018 gli stranieri presenti nel territorio regionale erano 487.893 (257.804 donne, 230.089 uomini) a fronte dei 485.477 (257.301 donne, 228.176 uomini) rilevati al 1° gennaio 2017. A livello provinciale si può notare, invece, una lieve controtendenza nelle province di Vicenza e Rovigo, le quali hanno registrato un calo della presenza di stranieri nel 2018, rispetto al 2017, rispettivamente di 1.953 e di 410 persone.

Tab.1 Presenze immigrate in Veneto per genere e per Provincia, 2017-18.

	2017			2018		
	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale
Verona	54.557	50.285	104.842	54.943	50.517	105.460
Vicenza	43.817	40.078	83.895	42.897	39.045	81.942
Belluno	6.978	5.165	12.143	6.945	5.313	12.258
Treviso	47.332	43.017	90.339	47.499	43.820	91.319
Venezia	44.771	37.908	82.679	45.475	39.235	84.710
Padova	49.712	43.556	93.268	50.090	44.213	94.303
Rovigo	10.144	8.167	18.311	9.955	7.946	17.901
Veneto	257.301	228.176	485.477	257.804	230.089	487.893

Fonte: Elaborazioni dell'equipe di ricerca su dati Istat

I dati relativi alla provincia di Verona, territorio in cui si è sviluppata la ricerca, evidenziano la presenza di 105.460 stranieri, 54.943 donne e 50.517 uomini, al 1° gennaio 2018. Il capoluogo scaligero, con 35.639 presenze, di cui 18.844 donne e 16.795 uomini, accoglie circa il 34% della popolazione straniera residente in provincia; gli altri comuni con un discreto numero di presenze straniere sono: San Bonifacio, Villafranca, San Giovanni Lupatoto, Bussolengo, Legnago e Valeggio sul Mincio. I rimanenti comuni registrano una presenza di popolazione straniera inferiore alle 2.000 persone ciascuno.

Tab.2 Primi Comuni veronesi per presenze immigrate, 2018.

	2018		
	Donne	Uomini	Totale
Verona	18.844	16.795	35.639
San Bonifacio	1.972	1.998	3.970
Villafranca di Verona	1.869	1.648	3.517
San Giovanni Lupatoto	1.439	1.358	2.797
Bussolengo	1.291	1.200	2.491
Legnago	1.211	1.018	2.229
Valeggio sul Mincio	1.050	958	2.008

Fonte: Elaborazioni dell'equipe di ricerca su dati Istat

In riferimento ai Paesi d'origine della popolazione straniera residente in provincia di Verona, si evidenzia una notevole presenza di cittadini romeni (30.806), seguiti da marocchini (13.964), cingalesi (8.038), moldavi (7.171), albanesi (6.363), indiani (4.863), cinesi (3.744), nigeriani (3.665), ghanesi (2.886), serbi (1.902) e brasiliani (1.674). Nel territorio scaligero risiedono stranieri con nazionalità differenti rispetto a quelle sopracitate, tuttavia i numeri sono esigui, non superando i 1.500 individui per gruppo nazionale.

Appare interessante notare, come la presenza di cittadine romene e moldave, tradizionalmente occupate nel settore della cura, sia notevolmente maggiore a quella dei connazionali uomini. Cittadine brasiliane, serbe e cinesi superano numericamente le presenze dei connazionali, mentre per le restanti nazionalità la componente maschile si afferma come predominante.

Tab.3 Principali nazionalità immigrate in Provincia di Verona per genere, 2016.

	2016		
	Donne	Uomini	Totale
Romania	16.455	14.351	30.806
Marocco	6.498	7.466	13.964
Sri Lanka	3.728	4.310	8.038
Moldavia	4.656	2.515	7.171
Albania	3.072	3.291	6.363
India	2.023	2.840	4.863
Cina	1.888	1.856	3.744
Nigeria	1.794	1.871	3.665

Ghana	1.266	1.620	2.886
Serbia	977	925	1.902
Brasile	1.151	523	1.674

Fonte: *Elaborazioni dell'equipe di ricerca su dati Istat*

Per ciò che concerne i permessi di soggiorno, i dati al 31.12.2016 riferiscono di 3.696 permessi rilasciati nel territorio veronese e suddivisi in: lavoro (289), famiglia (1.712), studio (49), asilo/motivi umanitari (1.327), altri (319), di questi 1.467 sono stati i permessi rilasciati a donne.³

³ Dati Idos 2018.

SECONDA PARTE

Dalla prospettiva dei servizi

6. Le coordinatrici e le operatrici dei servizi

Per meglio comprendere come i servizi dedicati alla salute riproduttiva delle donne nel Comune di Verona si relazionano con l'utenza costituita dalle donne immigrate, quali difficoltà incontrano in tale relazione e quali strategie attuano per superarle e capire quali miglioramenti e innovazioni organizzative implementare per renderne più fruibile l'accesso, aumentare l'efficacia degli interventi e migliorare l'ambito di prevenzione, si è provveduto a raccogliere ed approfondire le rappresentazioni delle coordinatrici e delle operatrici di tali servizi circa le loro esperienze professionali e lavorative. Di seguito, quindi, l'analisi dei bisogni del personale socio-sanitario e medico di servizi a cui si rivolgono, tra le altre utenti, "immigrate lungosoggiornanti"; donne immigrate in condizione di irregolarità amministrativa e, quindi, dal punto di vista dei servizi sanitari, "Straniere Temporaneamente Presenti"; donne richiedenti e titolari di protezione internazionale; donne immigrate vittime di tratta.

6.1 Servizi con utenza composta da donne "Straniere Temporaneamente Presenti"

Uno dei servizi più importanti che si occupa della salute riproduttiva delle donne "Straniere Temporaneamente presenti" coinvolto nella ricerca è l'Ambulatorio Donna Straniera del Consultorio del Distretto 1. Il servizio e la sua utenza, infatti, sono descritti in questi termini dal personale intervistato:

L'ambulatorio è nato solo per Stp, noi solo Stp, in realtà adesso vediamo i Cas che hanno la tessera sanitaria... chi ha una tessera regolare vengono indirizzate ai consultori di pertinenza, ma chi ha grosse difficoltà linguistiche vengono qua, ma nella realtà e per tutti i primi 7-8 anni questo ambulatorio ha lavorato solo con Stp. Noi avevamo all'anno... siamo arrivate ad avere 800-900 persone, non prestazioni, solo donne Stp in un anno più di 800. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

La ricerca, inoltre, ha portato a confrontarci col Centro Salute Immigrati (Cesaim) che si occupa soprattutto di Stp, appunto. Dalle parole degli intervistati:

Il Cesaim è da 25 anni che lavora in città qui a Verona, è una grossa risorsa per gli immigrati, avevamo iniziato con gli irregolari, i clandestini e poi abbiamo avuto una convenzione con l'Ulss, utilizziamo questi locali che sono dell'Ulss e questo direi che è veramente un grande avanzamento per questi stranieri che venendo qui trovano quello di cui hanno bisogno. Abbiamo la medicina generica, quindi sono tutti medici che lavorano gratuitamente tramite un'associazione di volontariato e poi abbiamo tutti gli specialisti, sei ginecologhe, tre pediatri, dermatologo, neurologo, psichiatra, diabetologo, ortopedico, radiologo. Una persona che viene qua, ovviamente sono stranieri o in attesa del permesso di soggiorno, [...] qui vengono tutti quelli che non hanno sostegno. Qui noi possiamo rilasciare un certificato con il quale viene richiesta la tessera provvisoria, Stp, vanno al distretto, si fanno questa tessera e poi possono accedere alle cure come noi italiani. [...] Per quanto riguarda la ginecologia e ostetricia, avevamo fatto un incontro con il servizio dell'Ulss per creare presso uno dei nostri ambulatori un accompagnamento durante la gravidanza e dopo la gravidanza per queste donne, però qui ci saremmo messi quasi in competizione con l'Ulss perché lo fanno già loro, lo sportello donna immigrata fa già la preparazione al parto e l'accompagnamento al post parto... quindi abbiamo detto che noi qui facciamo le visite, le analisi, le cure e i controlli, con i pediatri anche, e quando nasce un bimbo, la pediatra è subito pronta. All'interno delle donne che vengono per la gravidanza ci sono differenze forti, ad esempio, ci sono donne dell'area balcanica che sono qua spesso nuclei familiari, spesso con reti di sostegno, spesso vengono assieme, una magari parla meglio l'italiano. Ovviamente situazione molto diversa da quella delle donne dell'Africa subsahariana che sono in situazioni molto più precarie, spesso sole. Anche per quello che è il post partum non so quanti riferimenti possano avere, poi spesso abitano in luoghi fuori dalla città... Adesso pensavo anche

allo spazio che il vostro progetto ha aperto in Via XX Settembre, che è molto vissuta da persone straniere... (Focus group col personale del Cesaim)

6.1.1 Salvaguardare la salute riproduttiva tra emergenza permanente e disinteresse istituzionale

La principale difficoltà che è stata riportata tanto dalle operatrici, quanto – e soprattutto – dalla coordinatrice del servizio Donna Straniera del Consultorio a cui si rivolgono donne immigrate prive di regolare documento di soggiorno e, in generale, in condizione di maggior difficoltà sociale e relazionale, è la mancanza di risorse economiche attraverso le quali dare vita e mantenere progetti per dare continuità alla qualità del proprio servizio, ma anche la mancanza di volontà politica e amministrativa di uscire da una logica “emergenziale”. Il lavoro quotidiano, quindi, si divide tra l’utenza e la ricerca di fondi, in una cornice di scarsa collaborazione con altri soggetti istituzionali con cui c’è comunicazione prevalentemente se è necessario fare fronte a situazioni di emergenza:

Qui è una lotta. Qui per due anni abbiamo avuto un progetto, con il dipartimento di prevenzione per lo screening per le Stp, dopodiché siccome nessuno ha detto di smettere, siccome i numeri più alti erano nell’area romena, moldave, brasiliane, sudamericane... siccome nessuno ha detto di no siamo andati avanti ancora altri due anni... dopo qualcuno si è accorto e in questo momento... Lo dobbiamo far fare a pagamento. C’è stato un progetto preciso e puntuale... è andato, ma ad un certo punto è stato bloccato... questo vuol dire che si fa il pap test, ma non dentro lo screening [...] C’era il progetto, ma adesso che devi pagare... [...] Poi noi abbiamo lavorato sempre all’interno di progetti finanziati dal Ministero, all’interno di tutto un lavoro di prevenzione che è partito dalle mutilazioni, ma è stato tutto un lavoro grosso di formazione, dove il tema era quello, ma sempre salute sessuale della donna. Poi abbiamo avuto un altro progetto sull’Ivg, a partorire dalla prevenzione dell’Ivg, però noi... sotto i vari cappelli noi facciamo tutto... Insomma, appena c’è un progetto noi ci infiliamo. Da qualsiasi parte bengano... perché quando propongono quei temi lì a volte ti vien su l’affanno, però se poi tu lo utilizzi per farne un discorso generale... sono stati usati per tutta un’attività preventiva. Abbiamo le mediatrici, ma sono a chiamata, abbiamo un uso della mediazione discreto... in ospedale la mediazione è partita con il punto nascita e poi siamo riuscite agganciarci al progetto. Anche qua cerchiamo di approfittare delle risorse in campo... (Focus group col personale dell’ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

In comune c’è l’ufficio accoglienza, l’ufficio stranieri...anche lì quando siamo partiti lavoravamo insieme, poi nel tempo loro... la collaborazione è molto scarsa, perché loro hanno tutta una serie di cose... ma il contatto con noi è solo nell’emergenza, non c’è una relazione stretta, dopo su vari tavoli ci siamo tutti, poi chiaro, quando vediamo una donna che è in strada chiamiamo loro e loro quando vedono una donna incinta chiamano noi, ma poco più di questo. (Operatrice dell’ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Alcune intervistate, infine, riconducono a una precisa volontà politica – che si inserisce nel più ampio quadro di ostilità istituzionale nei confronti delle popolazioni immigrate precedentemente descritto – il rifiuto di alcuni Distretti sanitari nel rilasciare la tessera Stp e, di conseguenza, la scelta di non tutelare la salute degli immigrati e delle immigrate e, a ben vedere, la salute pubblica. Tale presa di posizione, sostenuta da un presunto e pretestuoso contrasto al così detto “turismo sanitario” - anche perché le popolazioni immigrate contribuiscono al welfare e ai servizi pubblici più di quanto non ne beneficino, per motivi sostanzialmente anagrafici (Fondazione Leone Moressa 2017; 2018) – avviene lungo direttrici “razziali” e “nazionali”:

Probabilmente loro temono un turismo sanitario. Ad esempio, fanno problemi a fare le tessere agli albanesi. Ci sono alcuni distretti che dicono: “Noi la tessera Stp non gliela facciamo perché loro vengono qua, magari hanno il parente che vive qua in Italia regolare, il parente che vive in Albania magari scopre un tumore e allora se lo portano qua per curarlo”. Allora, se sei albanese, in alcuni distretti non ti fanno l’Stp.

6.1.2 Meno risorse, meno mediazione linguistico-culturale, meno qualità

Le dimensioni descritte nel paragrafo precedente si riflettono sulla qualità dell'offerta perché, ad esempio, non è possibile garantire un servizio di mediazione linguistico-culturale che, nel corso della ricerca, è emerso come uno strumento essenziale per il lavoro con l'utenza immigrata:

Noi siamo peggiorati, perché noi i primissimi anni avevamo stabili qua due mediatrici, una romena e una nigeriana che coprivano l'85% dell'utenza, erano fisse per cui anche l'accoglienza, l'orientamento, veniva svolto meglio. Abbiamo perso.... abbiamo sempre la mediatrice, ma a chiamata, mediatrice cinese, araba... però è un servizio non strutturato: a chiamata. Quelle che avevamo qui noi fisse avevano anche dei percorsi che andavano oltre la mediazione, le persone di adesso con i contratti che ci sono, molto precarie... (Operatrice dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Ci piacerebbe riuscire a mettere in campo la mediazione [...] avere mediatori culturali qui. C'eravamo anche interessati per un servizio di mediazione culturale telefonica, almeno linguistica... (Focus group col personale del Cesaim)

Tale impossibilità di una programmazione lavorativa e di coinvolgimento del servizio di mediazione linguistico-culturale "ad ampio respiro" e nel lungo periodo rende meno efficace l'intervento del servizio e rende più opache, alle sue operatrici, molte pratiche adottate dalle utenti. È anche il caso di tematiche importanti come, ad esempio, quella relativa alla contraccezione e, soprattutto, a misure abortive "fai da te", assolutamente rischiose e pericolose per la salute:

Non so se conoscete questa modalità, arrivano dalla Nigeria e usano un... non so in che dosaggio, un antibiotico, come nella loro convinzione metodo contraccettivo al bisogno, cioè dopo il rapporto. Qui, non passa il messaggio, non ci siamo... Dobbiamo riprendere a lavorare, soprattutto con la Nigeria, con mediazione costante, abbiamo avuto anni in cui abbiamo goduto della presenza di una mediatrice nigeriana, poi è finita quell'esperienza, adesso è ripartita con una mediatrice e certo che se dico io che l'"Ampiflos" non vale un fico secco, mi guardano con aria sufficiente, mentre la mediatrice nel momento in cui mi sostiene in questa cosa, passa un messaggio diverso. (Operatrice dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

L'adozione di tali misure da parte delle donne immigrate rivela una concezione pressoché sovrapponibile tra pratiche anticoncezionali e pratiche abortive. Ciò, oltre a impattare in termini negativi sulla salute riproduttiva delle immigrate, confermerebbe, secondo le intervistate, la persistente invisibilità di molte Ivg:

Pare che ci siano diminuzioni di Ivg a fronte di aborti spontanei. È il Cytotec... nell'illegalità di nuovo, insomma... Usano anche un altro metodo: la pillola del giorno dopo nelle straniere, la utilizzano come anticoncezionale, la utilizzano sistematicamente come contraccettivo d'emergenza. (Operatrice dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

C'è poi l'uso del Cytotec come abortivo... Le donne nigeriane se lo fanno mandare dai paesi di origine o procurare tramite internet. Questa è una cosa a noi nota: si sa che la prima cosa che chiedi ad una ragazza nigeriana, le ragazze nigeriane che vediamo spesso vengono dalla strada, non sono richiedenti asilo... e se arrivano che hanno mal di pancia è la prima cosa che chiediamo: "Hai preso il cytotec?" È una cosa che si sa che succede... io non faccio visite ginecologiche, ma parlando con le ginecologhe che sono qui da più tempo è una cosa, è una pratica. (Focus group col personale del Cesaim)

L'ipotizzata invisibilità che caratterizza molte interruzioni di gravidanza andrebbe ricondotta anche alle condizioni di particolare vulnerabilità amministrativa e materiale. Per le donne che non hanno la

tessera Stp, infatti, l'Ivg comporta un gravosa spesa economica. Chi proviene dall'area dell'Europa orientale e, dunque, può facilmente rientrare in patria, sceglie così di interrompere la gravidanza nel Paese di origine – anche su consiglio del personale del consultorio –, abbattendo i costi, ma anche protraendo inevitabilmente la gravidanza per più tempo:

Molte ragazze dell'Est tornano nel paese di origine per abortire. [...] Ma a quelle dell'Est glielo consigliamo noi, per un discorso che se non hanno la tessera sanitaria qui lo pagano una cifra spropositata, rispetto al paese d'origine. È una indicazione che diamo per l'aspetto del costo e per i tempi... Perché tieni conto che può costare sui 1200 euro più o meno... se va tutto bene. Poi se hai un giorno di ricovero in più, al giorno sono 300-400 euro a volta. Se non hai niente di niente, ossia nemmeno la tessera Stp. (Operatrice dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

6.1.3 Le difficoltà di lavorare nel mutamento migratorio e sociale

Un'ulteriore difficoltà è legata a quello che è stato precedentemente definito uno scenario migratorio – e sociale – in mutamento e, quindi, una tipologia di utenza diversificata dal punto di vista delle provenienze, delle risorse, delle progettualità. In particolare, le intervistate fanno riferimento alle utenti di origine nigeriana:

In questi anni qua, pur essendo un ambulatorio per questo target di persone: o con l'impossibilità di avere delle tessere regolari o legate alla prostituzione, sempre legati alla marginalità, alla fragilità, ...nella realtà l'utente è cambiato moltissimo, abbiamo avuto dai primissimi anniquelle dell'Est arrivavano tutte laureate, ma anche le ragazze africane... dopo... hai visto tutti i cambiamenti dell'esterno che sono arrivati anche qua. [...] L'utenza è cambiata. [...] L'area nigeriana che ne abbiamo ancora tante... abbiamo le cartelle di dieci anni fa, di dodici anni fa e non ci siamo. Una grossa difficoltà di inserimento, a tutti i livelli, anche personale loro, anche linguistico. Nell'area nigeriana... secondo me c'è proprio un'ostilità personale alla lingua, molte ti dicono "A me l'Italia non interessa", sono sempre lì che sognano di andare in Germania o in Regno Unito, per cui le trovi ancora irregolari. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Abbiamo parlato di aree del mondo completamente diverse... anche nell'ambito dell'Africa subsahariana, le donne francofone, dalla Costa D'avorio, dal Mali...oppure le eritree...c'è molta diffidenza tra le donne del Corno d'Africa, sono arrivati molti eritrei negli ultimi anni, famiglie anche con bambini, donne incinte, ma anche tra le donne somale... una diffidenza del mondo medico...probabilmente hanno anche un background, più forte loro, un'estrazione sociale diversa, mentre la grande difficoltà con la popolazione nigeriana è la compliance a qualunque terapia, tanto meno all'anticoncezionale orale, da assumere ogni giorno è una cosa proprio difficile da pensare. Un po' c'è un fatalismo sulla salute. (Focus group col personale del Cesaim)

Tale condizione non va ricondotta a dinamiche "culturali" o legate alla provenienza nazionale, quanto all'estrazione sociale e culturale di queste immigrate. Il contesto storico-politico, le reti e i processi di selezione sociale propri della migrazione internazionali e, nello specifico, della migrazione nigeriana verso l'Italia, diversamente, ad esempio, da quella diretta verso il Regno Unito, Paese di più antica immigrazione con cui la Nigeria mantiene legami di tipo coloniale, orienterebbero verso la sponda settentrionale del mediterraneo soggetti con capitali sociali, economici e culturali particolarmente scarsi (Peano 2013a; 2013b). Entro quelli che sono già stati chiamati "processi di selezione sociale" dei fenomeni migratori, si inserisce il fenomeno della "tratta" che coinvolge una specifica tipologia di "candidate" alla migrazione, appartenenti a una specifica componente della società di origine: ancora una volta, giovani donne con scarsi capitali a disposizione (Bimbi 2001; Abbatecola 2001; Lo Iacono 2014; Peano 2013a; 2013b). Ciò rende ancora più fluidi i confini tra le categorie di utenti individuate (Stp, lungosoggiornanti, richiedenti protezione internazionale, vittime di tratta) e ancora più sovrapponibili o parzialmente coincidenti i loro profili:

Hanno tutte una certa età, ma fanno fatica a integrarsi, per quell'area lì, che è un'area specifica della Nigeria, che non è Lagos, ma è un'area molto circoscritta, di campagna, da cui abbiamo avuto sempre tanta immigrazione, molte facevano le prostitute lì e quindi sono qua... l'area di Benin State. Avranno pagato il debito e poi son rimaste. Fanno fatica ad andare avanti, soprattutto con la lingua, hanno i bambini che cominciano a tradurre. [...] È tipico: le donne reclutate per la tratta hanno un bassissimo livello culturale, analfabetismo. [...] Per me il problema grande è la Nigeria. [...] La difficoltà è che le donne acquistino strumenti per diventare autonome. Per esempio le ultime mie gravidanze sono 4 e sono mamme che sono qua da tempo e sono mamme che sono già al secondo o terzo figlio, condizioni lavorative zero di tutti... ti chiedi come fanno, però il target è fare il 3° bambino, che ci sono soldi o che non ci sono soldi... come fanno a sopravvivere, sopravvivono... non parlano quasi niente di italiano... vanno avanti così, non ci sono stati avanzamenti. [...] Noi abbiamo iniziato a lavorare con la prostituzione, nel senso che era proprio quello il target che arrivava all'inizio. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

La mancanza di risorse personali che caratterizza gli arrivi più recenti, soprattutto dalla Nigeria, pone nuove difficoltà al servizio e l'impossibilità di svolgere un lavoro di prevenzione e pianificazione sul medio-lungo termine:

Abbiamo anche provato a fare dei pensieri rispetto a fare dei gruppi di maggiore consapevolezza sia con donne senza figli che con figli, parlando da argomenti sulla contraccezione, ma poi passando per la conoscenza del corpo... ma siamo proprio lontane, lontane. [...] Sulla contraccezione non ci siamo... qualsiasi cosa che sia fare un progetto economico, di se stessi, non c'è, mancano proprio le fondamenta. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

A volte tu mezz'ora spieghi, pensi che abbiano capito e poi all'appuntamento successivo non hanno capito... non è sempre facile la comunicazione, ma non è solo una difficoltà linguistica, perché molte parlano anche bene le lingue tipo l'inglese, ma è proprio l'approccio alla visita medica che non è una cosa che comprendono tanto... (Focus group col personale del Cesaim)

Ci sono dei bisogni che non sono esplicitati e che poi ti trovi a gestire, molto spesso le gravidanze, soprattutto quando non sono frutto di un preservativo rotto o sono all'interno di una relazione sono finalizzate a capire se sono fertili, no, allora lo strumento che si usa non è faccio gli esami del sangue o faccio i controlli, ma provo a restare incinta, se ci riesco vuol dire che sono fertile... (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Al contempo vanno prese in considerazione le norme socio-culturali che regolano o concorrono al processo di costruzione sociale della femminilità e dell'adulthood. La capacità di procreare, la gravidanza e la maternità costituirebbero, cioè, delle conferme del proprio successo in quanto donna, anche nella migrazione – secondo dinamiche che, a ben vedere, si scostano solo fenomenologicamente da quelle che caratterizzano la popolazione autoctona:

Dal mio lavoro quotidiano vedo che è molto importante per le nigeriane la maternità, una donna nigeriana che non riesce ad avere un figlio è terribile. Anche l'anticoncezionale... cioè che una donna appena avuto un figlio possa essere disposta a prendere l'anticoncezionale... non esiste! Ne vuole subito un altro [di figlio] spesso Il motivo più sofferto per la richiesta di visita ginecologica è per le donne che non riescono a rimanere incinte ed è impensabile fare un discorso del tipo: "ma tu non hai un lavoro, tuo marito non ha un lavoro, a tutti i costi vuoi un figlio ora, che non hai qui una rete...", diventa un motivo di disagio sociale non avere un figlio, disagio sociale e psicologico. (Focus group col personale del Cesaim)

Tante volte arrivano qua e rimangono incinte dopo un mese e tu pensi: "Beh, mi chiederà un'Ivg". No, no, ti chiede di andare avanti con la gravidanza. L'uomo che ha accanto non capisci che tipo di relazione abbia. Li vedi distanti nella visita, vedi che sono cose arraffate su... Ma l'obiettivo è

il figlio. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

A tale mancanza di risorse personali da parte delle utenti, si aggiunge, da un lato, la scarsa conoscenza dei diritti relativi alla sfera della salute garantiti in Italia e, dall'altro lato, la paura che la condizione di irregolarità amministrativa – alimentata da un clima politico e sociale palesemente ostile alla popolazione immigrata e di origine immigrata – suscita nelle donne Stp. Ciò, ovviamente, può influire le pratiche e le traiettorie quotidiane di questa tipologia di utenti, con conseguenze molto pesanti sulla loro condizione di salute e su quella dei loro eventuali figli:

La donna o chiunque non abbia la tessera sanitaria, non è la prima volta che finisce in pronto soccorso e ci rimane o lei o il bambino: stare in giro senza fare esami e senza niente durante la gravidanza è un fattore di rischio. Le gravide sono tutte gravide e poi rispetto alla popolazione giovane: donna nigeriana è gravida e se non lo diviene è un problema e viene a cercarselo il bambino. Secondo me dovrebbero aprire altri punti rispetto al nostro, qua accedono donne che non hanno niente e vengono aiutate a fare le tessere sanitarie... a me sembra veramente una cosa molto ad hoc... il Cesaim, ad esempio, non lo fa. Come ambulatorio ginecologico questo è l'unico che può fare la visita senza tessera sanitaria, una volta che entra le fai la visita, le spieghi che deve far la tessera, dove andare, cosa fare. La visita non la rifiutiamo a nessuno, l'obiettivo è che abbiano una tessera sanitaria, ma la visita non la rifiutiamo mai. [...] Sì, perchè ci sono condizioni oggettive per cui non possono averla e lì non possiamo. Il nostro punto è che non perda la vita la madre e il figlio. Una che non riesce ad avere niente, sono pochi, ma per lo meno le visite e le robe essenziali qui le fa, ma soprattutto le spieghi che se dovesse succedere questo o quello..vai al pronto soccorso, siamo in Italia ti accolgono, non devi stare perchè non hai la tessera. Noi ne abbiamo avute due che hanno perso il bimbo oltre la quarantesima settimana, perchè non avevano la tessera sanitaria e pensavano di non poter andare in ospedale. Però tu tutta una serie di cose in questi momenti gliele dici, le spieghi che puoi andare al pronto soccorso, perdi l'acqua? Vai là! Perdi il sangue? Va là! Io ce lo ho ancora in mente Jenny, che ha quella bambina disabile... non è solo un tema di visite, tante persone si istruiscono per cui al bisogno sanno che hanno un'emergenza e che in Italia non le mandano via al pronto soccorso, quindi avere i punti dove comunque le accogli serve, soprattutto per la parte informativa, perchè quelle due o tre volte che verranno comunque dici tutta una serie di cose... Ma quante hanno paura!? E con quali conseguenze!? (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Ancora facendo riferimento soprattutto alle donne di origine nigeriana, che, a causa del mutamento del panorama migratorio e sociale, costituiscono una componente sostanziale del bacino di utenza, le operatrici intervistate descrivono le difficoltà del momento dello "sgancio", del passaggio, cioè, dalla condizione di Straniere Temporaneamente Presenti a quello di immigrate regolarmente residenti che, quindi, dovrebbero accedere a servizi per la salute riproduttiva di altra natura e, soprattutto, in maniera autonoma, attraverso il Cup. La condizione di regolarità amministrativa, cioè, non comporta, di pari passo, una raggiunta autonomia sociale e personale e questa difficoltà, unitamente alla vulnerabilità materiale, alla precarietà lavorativa e abitativa e alla non completa conoscenza delle norme – sia da parte dell'utenza, sia da parte della società italiana e del personale medico –, le porterebbe persino a non avere un medico di base. Nelle parole delle intervistate, che si riferiscono, in questo caso, tanto all'utenza nigeriana, quanto a quella di altre nazionalità:

Io faccio tanta tanta difficoltà con le vecchie che non vanno avanti, o con le richiedenti asilo perché ci sono e non ci sono e con gli operatori fai tanta fatica. [...] Le vecchie utenti: facciamo parecchia fatica a sganciarle quando diventano regolari. [...] Diventano regolari con la tessera, ma non con la testa. [...] Vedo che molte ragazze arrivano qui consigliate dalle amiche che si sono trovate bene. Come dicevo prima, la difficoltà è sganciarle da questo ambulatorio una volta che si sono regolarizzate, perché se possono rimangono agganciate qui, anche perché non hanno la difficoltà di telefonare al Cup, mentre qui puoi venire di persona o telefonare direttamente e questo le agevola tantissimo.. Anche quelle che parlano un italiano migliore preferiscono confrontarsi

direttamente con l'operatore e spiegare quale è il problema... e questo facilita anche noi per valutare se c'è l'urgenza la inserisci anche se sei piena o se puoi aspettare un paio di giorni. Molte non hanno il medico di base e, quindi, siamo noi l'unico accesso medico per loro e questo non è un problema di secondaria importanza. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

In generale, c'è una buona quota di donne che riescono ad avere la tessera sanitaria con il codice fiscale, ma la relazione con i medici di base non è sempre semplice, perché spesso vuoi scrivere sulla ricetta rossa il codice Stp e ti fa vedere il codice fiscale... allora quando cerchi di spiegarle che deve andare dal suo medico, ti risponde che non sapeva che doveva andare a scegliere un medico, oppure che è andata dal medico, ma il medico chi lo sa perché non le ha fatto la ricetta... Anche perché credo che i medici di base non siano stati correttamente informati... Non si sa che in attesa del permesso di soggiorno possono scegliersi il medico di base e avere accesso al Ssn. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Cesaim)

Le difficoltà dell'utenza nigeriana o, meglio, della specifica componente della società nigeriana attualmente protagonista degli arrivi migratori in Italia si estende anche al tema della gravidanza e dello svezzamento. Al contempo, però, il personale intervistato tradisce una visione eurocentrica di tale percorso che stigmatizza le pratiche e le posture adottate dalle utenti:

Si fa fatica a fare un lavoro con le gravidanze, a fare i corsi, a fare le attività legate all'allattamento, a favorire che il consultorio sia un punto di riferimento anche in questo senso, abbiamo provato tante modalità, ma non ci sono stati buoni risultati. [...] Con la Nigeria, si è lavorato su temi importanti, ma di fatto hanno un atteggiamento rispetto all'allevare e all'accudimento del bambino che è molto meno ansiogeno di quello che è il nostro, per cui vanno lisce, non si pongono problemi. Certo, a volte è meglio, ma... non so come dire... adesso siamo cercando di lavorare su un punto che sta emergendo, non so se così diffuso o se è stato letto in maniera peggiorativa... ossia gli svezzamenti forzati dei bambini: se un bambino, di suo, non è uno che se la gioca bene mangiando dopo i sei mesi allegramente, hanno questa modalità di tenerlo in braccio come se fosse allattato al seno, di bloccare la bocca e come un tacchino lo ingozzano, ma non va molto bene per il bambino... Allora con la mediatrice, si è un po' ragionato e lei ha detto che è una cosa che lei sta vedendo abbastanza spesso, ma la sta vedendo qui, oggi, perché vivono al di fuori dal contesto di vita, dal nucleo di riferimento o è una modalità che hanno anche a casa? (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

In generale, per comprendere le difficoltà di tale componente dell'utenza nei confronti dei servizi di tutela della salute riproduttiva e della società di destinazione in generale, oltre all'estrazione sociale che caratterizza queste donne, ai meccanismi della tratta che – più o meno consapevolmente – hanno attraversato (Ibidem), va tenuto in considerazione anche il percorso migratorio e le esperienze traumatiche di cui, inevitabilmente, sono state protagoniste. Nella già menzionata sovrapposizione dei profili delle utenti (soprattutto per quando riguarda le Stp, le donne vittime di tratta e le richiedenti protezione internazionale, ma talvolta anche le lungosoggiornanti), infatti, molte di esse si affacciano al servizio con storie segnate da stupri e violenze occorsi durante il tragitto dal Paese di origine all'Italia e, quasi sempre, riconducibili al periodo trascorso in Libia:

Adesso sto vedendo una mamma nigeriana ed è una mamma che ha concepito in Libia, violata, abusata ripetutamente e questo bimbo è frutto di un quadro così complesso che andare a dirle che ingozza i bambini come i tacchini non è il caso... (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Le violenze sessuali sulle donne migranti costituirebbero, infatti, una *pratica sistematica e pianificata* nella gestione del recente fenomeno migratorio che, dai Paesi dell'Africa subsahariana, transitano per la Libia, così come *sistematica e pianificata* sarebbe la somministrazione di farmaci con finalità anticoncezionali – e abortive –, al fine di ridurre le gravidanze, frutto degli stupri, che comporterebbero complicazioni nella gestione e detenzione delle migranti. È proprio la

somministrazione dei farmaci a dimostrare la sistematicità delle violenze. Di tali violenze e torture, così come della somministrazione forzata di farmaci, infatti, sarebbe responsabile la Guardia costiera libica, ma soprattutto le “autorità” libiche, addette alla detenzione dei migranti, con cui l’Italia ha stipulato degli accordi internazionali (Gargiulo 2018). Le conseguenze dell’assunzione di tali farmaci si ripercuotono, ovviamente, sulle condizioni di salute delle immigrate che, una volta giunte in Italia, si affacciano ai servizi. Fra tali complicazioni anche un alto tasso di fibromi all’utero:

Viene messo loro un contraccettivo sottocute in Libia. [...] In Italia non ci sono, sono contraccettivi messi in Africa con altissime dosi di ormoni che vengono messe sotto cute o è un dispositivo che viene messo sotto cute e ha un’azione per almeno quattro o cinque mesi oppure sono iniezioni. Tra l’altro c’è un’altissima prevalenza di miomi tra le giovani donne africane perché comunque questi contraccettivi in grossi dosaggi non sono proprio l’ideale. Gli estrogeni moderni tendono ad avere sempre quantità di ormoni per non avere effetti collaterali; è un tipo di contraccezione che in Europa non esiste. (Focus group col personale del Cesaim)

Rispetto alla gravidanza e al parto, invece, è interessante notare che, da quanto emerge dalle parole delle testimoni privilegiate, la richiesta da parte delle utenti non è relativa alla traduzione culturale di modelli appresi nel Paese di origine, pratiche interiorizzate nel contesto socio-culturale di provenienza che vorrebbero ritrovare in Italia. Al contrario, le aspettative rispetto ai servizi e alla sanità italiana vanno nella direzione di un completo allineamento rispetto a ciò che viene percepito e rappresentato, talvolta in maniera stereotipata, come “europeo” e “occidentale”: un parto in ospedale e medicalizzato, uno svezzamento artificiale, costituiscono segni di distinzione di status, frutto, probabilmente, di una colonizzazione culturale degli usi e dei costumi per la cura del corpo e la maternità.

Tra le loro aspettative c’è che, in Italia, tutti devono nascere bene. La gravidanza deve andare tutto bene ed essere molto medicalizzata. Molto medicalizzata. Certo, un po’ sbuffano per fare gli esami del sangue ogni mese, ma comunque, diversamente da cosa ci immaginiamo, loro non hanno l’idea di partorire in casa. No, no, no! L’ospedale alle nigeriane piace tantissimo. A loro piace che ci sia quest’aspetto di cura sanitaria. Si sentono sicure. [...] Rispetto all’allattamento, quello che posso dire è che tutte chiedono il contributo per il latte artificiale, tutte. Non c’è un grandissimo impegno: se viene il latte, viene, altrimenti no. Perché tanto qui c’è il latte artificiale, qui si va in farmacia, al supermercato e glielo danno. [...] Rispetto all’alimentazione, l’ostetrica fa un grandissimo lavoro con le mamme perché sono spesso obese e fanno bambini obesi. Noi vediamo bambini che non camminano e non hanno ancora i denti che si ciucciano le fonzies e bevono coca cola. Ma lo status symbol è comprare quella roba lì. (Focus group col personale dell’ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Se viene riportato che l’utenza immigrata, in particolar modo alcune provenienze nazionali e sociali, ripone molte aspettative nei confronti del sistema ospedaliero e sanitario italiano, viene anche confermato – così come già sottolineato – che, spesso, emergono delle difficoltà nell’orientarsi tra i percorsi burocratici e dell’accettazione.

Il nostro punto debole è il front office. È il punto di criticità che io vorrei... La donna Stp avere il front office è utile. Tipo siamo in Via Poloni e in Via del Capitol che sono gli ambulatori più frequentati. Io avevo chiesto che sotto ci fosse un front office: una esce dall’ambulatorio con le sue tre ricette di ecografia, va giù e le danno l’appuntamento.... No! Deve diventare matta lei e poi la collega e io per un appuntamento e per favore... poi ci sono ore in cui è aperto, ore in cui non trovi nessuno... [...] Per prenotare le ecografie qui, a seconda del posto hai un orario diverso, un numero diverso... *e no le cata niente*... ma perché secondo me non riescono neanche a farlo, e allora avere dei front office di prenotazione per le ecografie che è l’osso duro della gravidanza, perché per le analisi è più semplice.... poi io ne ho tante diabetiche, il diabete gestazionale e la segretaria della diabetologia mi dice: “ma mandala qua”, che ci mette meno e devono spiegarle cose, hanno tanta parte informativa... Mandare a casa queste donne che devono fare ogni giorno

cose... loro capiscono il problema e si fanno il front office, però... (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Tali difficoltà sono connesse, sia alla complessità gestionale di una struttura ospedaliera e sanitaria di grandi dimensioni e sia all'ostilità del clima politico e sociale. Le volontarie e i volontari del Cesaim fanno fronte a tale problematica attivandosi in prima persona, indirizzando le utenti e mediando con i colleghi sul proprio posto di lavoro – spesso costituito da un ospedale privato, di stampo cattolico, e animato da specifiche sensibilità nei confronti di utenti particolarmente fragili. Ciò, ovviamente, rivela una stratificazione delle traiettorie e delle possibilità di accesso ai servizi e, in parte, una “territorializzazione” al diritto alla salute che, da questo punto di vista, paradossalmente, pone chi vive nei piccoli centri urbani in una posizione di minor svantaggio rispetto a chi risiede nel capoluogo di Provincia:

A Negrar, a differenza degli ospedali pubblici e anche dei medici di base, lì loro sono sensibilizzati per questi temi, l'amministrativo ci aiuta e se arriva una donna e non sa dove è la ginecologia, viene accompagnata, mentre a Borgo Trento noi abbiamo una chiusura totale. Se arriva qualcuno lì si perde: non sanno spiegare, non parlano le lingue... parecchie volte noi siamo chiamati... perchè queste persone sono andate, anche gravide, non hanno avuto la possibilità di pagare il ticket e non danno loro i risultati. Quindi noi dobbiamo chiamare dicendo che le donne sono qui in ambulatorio e stanno male per poter sapere i risultati, almeno quelli importanti, per sapere se una ha la rosolia o la toxo, queste cose qua... È importante, ma manca proprio questo collegamento, manca con i medici di base. Anche agli Stp: un medico di base potrebbe fare l'impegnativa con il suo timbro, mettendo il timbro... a Trento lo fanno senza problemi, ad esempio a Trento hanno sensibilizzato e tutti i medici di base, qua no. [...] La confusione [dell'Ospedale] di Borgo Trento, io credo che, in questo momento, anche un utente italiano se accede ad un servizio di Borgo Trento trova una grande confusione: è la confusione del grande ospedale. Per cui una persona con difficoltà linguistiche, che non è ben informata, ma può essere anche un italiano delle montagne che non è abituato ad andare agli ospedali... Mentre Negrar è per certi versi un ospedale più piccolo, meglio organizzato, a volte l'accesso è più facile. Molte persone le inviamo all'ospedale di San Bonifacio, che è l'ospedale dell'Azienda, di solito non c'è nessun problema. Si solito nei centri più piccoli, anche perché c'è un centro nascita con uno sportello con mediatrici culturali che funziona molto bene... fanno anche incontri per donne straniere e poi la zona dell'est di Verona è piena di stranieri, è la zona dove ci sono molte campagne, molti lavoratori stranieri... (Focus group col personale del Cesaim)

6.1.4 Navigare a vista, tra incertezza sanitaria e agency individuale

È necessario, infine, affrontare un'ultima riflessione relativamente ai percorsi di cura della salute riproduttiva e, soprattutto, al periodo della gravidanza delle donne Stp successivamente alla presa in carico da parte dei servizi ad esse dedicati, come, appunto il Centro Salute Immigrati. Il personale sanitario intervistato ha riportato che, spesso, dopo aver accompagnato le donne “irregolari” nel percorso della gravidanza fino al parto, non hanno modo di monitorare la fase successiva: i primi mesi di vita del neonato, l'allattamento e lo stato di salute della neo-mamma:

La maggior parte di queste donne gravide vengono a fare i controlli sierologici, le mandiamo a Borgo Trento e a Negrar, mandiamo anche parecchie a fare la visita ostetrica, avevamo raccolto i dati per sapere quali sono le patologie che interessano la popolazione migrante, ma quello che era importante era seguirle dopo che hanno partorito. Avevamo segnalato all'assistente sociale: “Guarda che questa mamma che è qui a Negrar è in difficoltà, seguitala”. Questo è un grosso problema, sono 25 anni che lavoriamo qui e non abbiamo un ritorno di quello che facciamo. Ad esempio, quest'anno abbiamo avuto una signora, che è ancora ricoverata a Negrar, del Niger, con una malformazione: è preclampica e ha vari problemi. Se riuscissimo prima ad avvisare queste persone che devono essere seguite, perché il marito lavora come operaio e lei è da sola qua. Noi dobbiamo fare un sacco di controlli prima di fare l'ecografia. Questo sarebbe un aspetto che ci

potrebbe aiutare molto meglio e completerebbe un po' il quadro. [...] Alla fine, invece, quando hanno partorito non le rintracciamo più. [...] Non ritornano, non abbiamo feedback. (Focus group col personale del Cesaim)

Questa narrazione potrebbe suggerire diverse interpretazioni, fra loro intrecciate e, in parte, complementari. Innanzitutto, va tenuta in considerazione la condizione di irregolarità giuridico-amministrativa di queste immigrate che, nonostante l'ottenimento della tessera Stp, potrebbero essere propense a rendersi meno "visibili" - possibile effetto di quel sentimento di paura e timore più volte richiamato – nonostante la gravidanza e la nascita di un figlio in Italia siano garanzie di inespellibilità in virtù del primario benessere del minore.

Secondariamente, potrebbe essere frutto di una diversa cultura dei servizi sanitari e della cura della salute – retaggio di una socializzazione nei Paesi di origine impoveriti, in cui la salute non è considerata un diritto e la sanità è appannaggio delle classi privilegiate o inesistente – per la quale, da un lato, non si iscrive la gravidanza come una "fase" di un percorso più ampio, relativo alla propria salute riproduttiva in senso diacronico ed estensivo, e, dall'altro lato, non si percepisce il personale medico del servizio come un supporto e un affiancamento per tutto il percorso. Al contrario, si concepisce la gravidanza come un momento sincronico per il quale si fa accesso a uno "sportello" che risolve le necessità meramente contingenti. La mancanza di "feedback" a cui fanno riferimento i componenti del personale del Cesaim, però, potrebbe anche essere *parzialmente* connessa al fatto che, dopo il parto, le neo-mamme iniziano ad afferire direttamente all'ospedale senza passare dal Servizio dedicato alle Stp, proprio in forza della sopraggiunta condizione di inespellibilità poc'anzi richiamata.

SCHEDA 2 – Un servizio dedicato in uno scenario migratorio (e sociale) in mutamento

L'ambulatorio donna straniera del consultorio del Distretto 1 – il principale consultorio a cui afferisce la popolazione immigrata del Comune di Verona – costituisce il punto di riferimento per l'utenza socialmente più vulnerabile. L'utenza immigrata con maggiori risorse e reti sociali, infatti, accede, coerentemente, come l'utenza autoctona attraverso il Centro Unico Prenotazioni (Cup). L'ambulatorio, dunque, accoglie principalmente donne prive di un regolare permesso di soggiorno o le richiedenti protezione internazionale che vi accedono anche grazie alla mediazione degli operatori dei Cas o del sistema Sprar:

Da noi poi l'ambulatorio, nella realtà, ha sempre questa attenzione per chi è un Stp, però poi per tutte le situazioni di particolare vulnerabilità e fragilità, le concentriamo qua, perché qua ci sono delle persone dedicate, c'è ancora un tempo dedicato, c'è una ginecologa che non è a CUP, che ha uno ogni 20 minuti, per cui un'agenda gestita in modo cartaceo, con le urgenze nostre... insomma riusciamo ancora a dare una risposta che magari potrebbe anche dare fastidio a qualcuno... vabbè perché la donna italiana, italiana deve telefonare al Cup e ci impiega un giorno per la linea e poi deve fare l'attesa, e lì uno arriva... però noi riteniamo che ci sia una fascia di vulnerabilità rispetto... Altrimenti passando per il Cup non ci andrebbero... Diventa difficile. E qua c'è proprio uno spazio dove abbiamo dei tempi, delle modalità, possiamo farlo in gruppo, possiamo avere la mediatrice, che è vero che nella realtà tutti possono avere la mediatrice, però sapere che noi tutti i venerdì abbiamo donne, ci permette di prenotarla, di averla qua. [...] A livello provinciale la rete che abbiamo è proprio più come Ulss nel senso che anche le due altre ex Ulss, distretto 3 e distretto 4, adesso che siamo un'unica Ulss... Ci siamo sempre tenuti molto in contatto... è chiaro che in città si concentra di più l'area anche un po' delle persone non in regola, perché si mimetizza molto di più, invece nel paesetto di 1000 abitanti [...] Insomma non capita qua la famigliola, perché allora fa il giro del CUP, perché comunque noi, in questo Consultorio qua, a parte questi due spazi, abbiamo altri due spazi, tre spazi dove ci sono persone italiane, straniere. (Responsabile ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Tale caratterizzazione dell'utenza del consultorio nel Comune di Verona dipende anche dalla posizione in cui il servizio è collocato: centrale rispetto al contesto urbano, dove, quindi risiedono più frequentemente i segmenti della popolazione immigrata più fragile, rispetto ai contesti provinciali che spesso costituiscono una soluzione residenziale delle componenti più profondamente inserite nel contesto economico-sociale. Ciò viene confermato anche da chi opera nei consultori dislocati nei territori provinciali:

Quelle che vediamo noi sono prevalentemente arabe, quindi marocchine e sono residenti qua, soggiornanti qua, da molti anni, con le tessere sanitarie, ne vediamo poche di donne africane, nigeriane, ne vediamo, ma quelle poche sono già residenti qua da anni. Pochissime le vedo che non hanno il permesso di soggiorno (Ostetrica del Consultorio del Distretto 3)

Il servizio dei Consultorio del Distretto 1, quindi, pare lavorare di concerto con il Sistema di accoglienza e i diversi soggetti che lo costituiscono oltre che con il Progetto NAVE del Network Antitratta della Regione Veneto, ma è conosciuto e riconosciuto dalle stesse utenti anche grazie al passaparola.

Di conseguenza, tipologia di utenza rispecchia il mutamento del panorama migratorio di cui è protagonista la Regione e, più in generale, il Paese, pur mantenendo alcune peculiarità legate alle collettività nazionali maggiormente rappresentate sul territorio veronese – *in primis* quella srilankese, come confermato da più intervistate:

Per cui abbiamo iniziato, nel 2000, con i primi contratti con le mediatrici familiari di due aree, Romania e Nigeria, perché all'epoca con queste due aree coprivamo più del 90% perché era l'inizio di tutta la migrazione legata alla prostituzione, da un lato, alle "badanti" e al lavoro di cura, dall'altro. Molta prostituzione dell'est, anche dall'Albania.

[...] Poi ci sono state varie evoluzioni nel tempo; ad esempio adesso abbiamo, l'ultimo accesso solo le donne dei CAS, cioè è come dire, in base a come la migrazione femminile arrivava a Verona. [...] Adesso con le donne del CAS abbiamo molti accessi di donne nigeriane. [...] C'è ancora molta gente di passaggio, nei CAS, non sono qua con un progetto di vita qua. [...] Adesso siamo, in queste cose qua, nigeriane. La stessa utenza di allora solo che arrivavano da un'altra strada...è la stessa utenza perché comunque molte di queste utenze sono legate alla prostituzione. Il Progetto NAVE in questo momento qua ha fatto un intervento molto grosso dentro i CAS sull'informazione rispetto alla tratta, alle vittime di tratta, si [...] è diventato un modo per far traghettare le persone... Abbiamo sempre un po' l'Est Europa, c'è anche una comunità cingalese importante, per cui abbiamo anche...abbiamo un piccolo giro di cinesi...cioè nel senso che qua si rispecchia un po' quella che è un po' la realtà del territorio, però la Nigeria rimane il top. [...] Il grosso, adesso, è la Nigeria dei CAS con tutto...perché adesso appunto, poi il passaparola, insomma noi abbiamo come dire, una base stabile di donne rumene, moldave, srilankesi. (Responsabile ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Le più alte percentuali sono nigeriane e srilankesi, poi un 30% di marocchine, ghanesi ecc e un 10% di utenti italiane. (Assistente sociale di un consultorio privato)

A tale mutamento degli scenari migratori si inserisce nel quadro strutturale della crisi economica che contribuisce ad inasprire le difficoltà socio-materiali che gli utenti – e i servizi – devono fronteggiare. A ciò, si affianca, comprensibilmente, un mutamento della composizione sociale e di classe dell'utenza, del suo capitale culturale e delle risorse sociali di cui le donne immigrate dispongono:

Ho visto una maggior complessità di problemi. Ora il problema economico e l'assenza di lavoro si aggancia ad altri problemi, alla violenza domestica, all'alcolismo, alla depressione e quindi diventa proprio complesso... oltre al problema economico che vedevo anche sei anni fa e quindi ti attivavi con il Comune... ma invece adesso tutti i casi hanno assieme al problema economico anche altri problemi: relazionali, di stati depressivi, di violenza domestica, ovviamente poi lo sfratto perché non lavori e non hai la casa di conseguenza...e quindi sono tutti problemi che si

intrecciano e sono di una complessità enorme e quindi è difficile intervenire. (Assistente sociale di un consultorio privato)

È cambiata la tipologia delle donne: le prime donne che arrivavano erano donne con un sacco di risorse, le prime che sono arrivate...anche il livello di istruzione era alto, erano nel cerchio della prostituzione, ma arrivavano le persone che stavano meglio, più forti... adesso invece persone più povere, culturalmente, ma anche con relazioni familiari più povere... più vulnerabili... giovanissime... al limite... cioè arrivano qua non capisci mai, della maggiore e minore età, ecco dove c'è il dubbio, se fare degli accertamenti... però giovanissime sempre che ne abbiano 17 e mezzo o 18 e 3 mesi. (Responsabile ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Il fieldwork fa emergere la sovrapponibilità delle categorie utilizzate nel linguaggio comune finanche in quello scientifico per descrivere le diverse tipologie di utenza. Spesso, infatti, le donne immigrate richiedenti protezione internazionale prese in carico dal Sistema di accoglienza hanno vissuto e stanno vivendo percorsi ed esperienze di “tratta” e, ancora, molte di queste saranno espulse dal Sistema di accoglienza senza uno status di protezione e, quindi, senza regolare permesso di soggiorno, diventando, così, “Straniere Temporaneamente Presenti”:

Il Progetto NAVE in questo momento qua ha fatto un intervento molto grosso dentro i CAS sull'informazione rispetto alla tratta, alle vittime di tratta, si [...] è diventato un modo per far traghettare le persone... [...] Molte forse non si rendono neanche conto di essere “trattate”... [...] però...il percorso è quello lì. Essendo l'ingresso adesso questo dei richiedenti asilo, ne abbiamo meno di Stp, che però corrispondono, cioè nel senso che...quant'è il 95% di queste avranno il diniego saranno tutte Stp. [...] Ne abbiamo ancora poche di quelle che...insomma, perché insomma tra ricorso, tra il primo accesso alla commissione, ricorso, cominciano adesso qualcuno...e ...perché finché sono dentro quel percorso li avranno la tessera sanitaria che però, per noi, è appunto una tessera sanitaria regolare perché sono dentro questo percorso qua, ma nella prospettiva, gran parte di loro, diventeranno Stp. (Responsabile ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

L'interruzione Volontaria di Gravidanza sembrerebbe rimanere una delle prestazioni su cui l'utenza dell'Ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1 richiede maggior orientamento, anche se, dalle parole dell'intervistata, lo scenario sembra leggermente cambiato rispetto agli anni '90 e 2000. Probabilmente in conseguenza al mutamento dell'utenza – connesso alla trasformazione dell'immigrazione in Italia – o, per meglio dire, al cambiamento dei percorsi attraverso cui le utenti giungono al servizio e all'inserimento della mediazione degli operatori dei Centri di accoglienza. Tale mediazione garantirebbe un accesso più “standardizzato” delle utenti al servizio, ma, al contempo, lo stesso servizio si rappresenta come un “freno” alla violenza – più o meno consapevolmente agita – che tale processo incorporerebbe. Al contempo, nel Distretto 3, dove è presente un'utenza maggiormente radicata nel contesto socio-territoriale, le richieste più frequenti sono relative soprattutto alla contraccezione:

Negli anni '90 e 2000, le persone venivano con appuntamento, che le gravidanze seguite sono tantissime, che i certificati Ivg adesso sono diminuiti di molto, che abbiamo un'adesione sulla contraccezione, l'accesso ai servizi è una cosa dignitosa...e...pur consapevoli che, creando quello spazio lì, c'era il rischio che creassimo uno spazio un po' “ghettizzato”, cioè le prostitute, che in quel momento là erano prevalentemente nel mondo della prostituzione per Ivg. La richiesta era di certificati di interruzione di gravidanza, per il 98%, poi arrivava qualche gravidanza, qualche contraccezione... e da lì abbiamo cominciato il lavoro, poi, come dire, in relazione con i progetti anti-tratta, con il territorio per la mediazione... [...] Comunque, il discorso dell'interruzione delle gravidanze, le gravidanze, ovviamente; Poi le loro richieste, nella fase iniziale, iniziale, tant'è che noi andiamo veramente molto caute...sono più richieste degli operatori che delle donne... La nostra posizione è stata quella: ok se la donna vuole la visita, se fa, sennò perché lei arriva qua e bisogna fare la visita ginecologica? Non è che possiamo

mettere una violenza istituzionale sulla violenza subita, per cui la vista, se la chiedono loro, si fa, altrimenti c'è un diritto di accoglienza, si dice cosa si fa, incontrano la ginecologa, che magari hanno dei disturbi. [...] Poi offriamo dei servizi post-parto. Quelli da consultorio: le pesate, il sostegno all'allattamento, allo svezzamento, alimentazione. (Responsabile ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Il target del consultorio, vediamo prevalentemente gravidanze noi. È una richiesta trasversale alle diverse nazionalità... tutte la chiedono... soprattutto dopo il parto, dopo che mettano in pratica non lo so, ma quando vengono a fare la visita dopo il parto la prescrizione per la contraccezione nella maggior parte dei casi viene chiesta... (Ostetrica del Consultorio del Distretto 3)

Per stessa ammissione della responsabile dell'ambulatorio donna straniera del Distretto 1 intervistata, il fatto che il servizio sia dedicato alle donne immigrate e, più nello specifico, a una determinata componente di queste, costituisce sia un punto di forza, sia un punto di debolezza. Da un lato, infatti, ciò permette una riflessione specifica e l'investimento di risorse, anche economiche, per un'area di particolare fragilità sociale; dall'altro lato, ciò può comportare l'isolamento e la ghettizzazione delle utenti che al servizio si rivolgono:

Il punto di forza è sicuramente di aver avuto uno spazio che ha permesso agli operatori di fare un pensiero di creare uno spazio di accoglienza e come dire, di monitorare la situazione e di continuare a tenersi, come dire, in contatto con la realtà che cambia, partecipare alle progettazioni, essere partner nella rete...cioè...questo è il punto di forza...essere riconosciuti come un luogo e essere in relazione con gli altri e permettere alle donne di avere uno spazio di accoglienza e il punto di debolezza è che è uno spazio dedicato. Quindi c'è il rischio un po' di "ghettizzazione". Lo vedi lo spazio dedicato...è dentro un distretto, un consultorio...cioè non è che facciamo questa roba qua in un ambulatorio diverso, lo facciamo qua dove accedono tutti, dove arriva l'appuntamento per la psicologa, per l'assistente sociale, per la ginecologa, nella stessa sala d'attesa. Lo spazio dedicato è anche il vantaggio di ottenere delle risorse su sta cosa. (Responsabile ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Per rendere l'intervento del servizio maggiormente incisivo, secondo le protagoniste dello stesso, infine, parrebbe necessaria una programmazione che attivi una rete ulteriormente più ampia, che crei, cioè, forme di collaborazione regionali, trascendendo i confini provinciali, e che si affianchino a quelle già attive:

C'è un po' la necessità di uno sguardo più ampio. Di confronto perché credo che poi le persone, come noi ci siamo strutturati così, perché le altre realtà sono partite delle cose altrettanto... l'utenza è quella...però...chiederesti un investimento alle Regione, di pensiero, che quando lo fai, dopo, vale tanto di progettualità in quell'area lì. (Responsabile ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

6.2 Servizi con utenza composta da donne richiedenti protezione internazionale

L'Ambulatorio Donna Straniera del Consultorio del Distretto 1 e il Centro Salute immigrati annoverano, tra la loro utenza, anche donne richiedenti protezione internazionale ospitate nei Centri di Accoglienza Straordinaria (Cas) dislocati nel territorio provinciale. Oltre a questi due servizi, il gruppo di ricerca ha raccolto le narrazioni delle esperienze dell'equipe di Casa Iride, descritta così dalle sue componenti:

Questo progetto è nato dal fatto che, all'incirca due anni fa, la cooperativa ha sentito l'esigenza di seguire il servizio immigrazione in gestione totale. Perché parlo di gestione totale? Perché in genere, il nostro servizio è sempre stato solamente la gestione della parte sociale di mediazione

culturale negli alberghi. Con il tempo invece abbiamo sentito la necessità di creare uno spazio nostro in cui la struttura fosse nostra e di strutturare il servizio come meglio credevamo, insomma, senza i limiti diciamo dell'interazione con gli albergatori. Quindi è stata acquistata questa casa e inizialmente si era pensato a far una comunità per minori stranieri non accompagnati, poi ci siamo resi conto che in tutti i vari Cas c'erano tante mamme single con questi bambini in strutture poco adeguate che non permettevano [...] a loro serenamente di occuparsi del bambino, ...comunque cioè spazi per la pappa, per l'allattamento... spazi adeguati... uno spazio accogliente in cui crescere il bambino, quindi si è detto: "Beh perché abbiamo questa esigenza forte, quindi quella casa adibiamola all'accoglienza di mamme con bambini". [...] L'equipe è composta da me che sono la coordinatrice, dopo c'è un'educatrice professionale, un'operatrice che si occupa di tutta la parte, la gestione della parte legale, quindi rapporti con la questura, tutta la parte documentale, la parte di informativa legale; un'operatrice che si occupa principalmente di tutta la parte dell'alfabetizzazione...e...poi abbiamo tutta un'altra serie di figure di supporto tra cui l'ostetrica, sarebbe l'infermiera però fino adesso abbiamo avuto più bisogno dell'ostetrica perché abbiamo avuto tanti parti, svezzamenti, allattamento, una mediatrice culturale nigeriana, ne abbiamo sentito la necessità... e poi c'è la parte di supporto psicologico alla quale però adesso sta funzionando di più, con...in collaborazione con l'Ulss, che non con una nostra figura interna; l'addetto alla sorveglianza ed è diciamo un po' la persona addetta a tutta la parte pratica, alla gestione della casa e vive qui e quindi addetto anche alla sorveglianza notturna nel caso ci siano dei problemi; un supporto per quanto riguarda un altro appartamento che è collegato a questa convenzione, ma è a Bussolengo, nel quale sono alloggiati due nuclei familiari con il papà però. Lei è di supporto per la gestione pratica della spesa, della pulizia dell'appartamento e ci supporta anche a noi per gli acquisti, per la raccolta firme, per le pulizie...ecco. (Focus group col personale di Casa Iride)

Oltre alle richiedenti, Casa Iride accoglie alcune donne già titolari dello status che rimangono comunque ospitate nelle strutture dell'accoglienza poiché hanno avuto una proroga dalla Prefettura, in quanto ritenute non ancora pronte allo "sgancio" e all'inserimento sociale in autonomia.

Prima di entrare nel dettaglio dei bisogni dei servizi che si occupano di richiedenti o titolari di protezione internazionale, però, è utile riflettere sulle più ampie condizioni strutturali e sulle posizioni istituzionali che compongono i confini entro cui questi servizi si trovano a operare, soprattutto, che disegnano l'orizzonte esistenziale e quotidiano delle utenti. Dalle parole delle testimoni privilegiati intervistate, viene ribadito ancora una volta il disinteresse politico dell'amministrazione locale e l'organizzazione non esattamente virtuosa del sistema di accoglienza e, soprattutto, dei Centri di Accoglienza temporanea che, secondo il decreto governativo di imminente attuazione, saranno gli unici a sopravvivere:

Perché anche se sono incinte la scelta del comune di Verona è che loro non si prendono in carico nessuno di chi è dentro al percorso dei richiedenti asilo. [...] Una che partorisce in questi Cas, rimane dentro i Cas... c'è Casa Iride, poi ci sono quelle della Virtus. Il Comune non se ne fa minimamente carico. [...] Spesso, poi, il problema che ho con questi Cas è che con questo personale ho un po' difficoltà, perché è gente presa su così, all'ultimo momento. Ci sono stati dei momenti in cui quando questi hanno dei problemi sanitari, anche questi operatori non li sanno mica gestire. D'altra parte non è mica facile, non sono medici e ci sono state gravide con problemi importanti. [...] Poi è da ricordare che la maggior parte dei Cas sono fuori dal mondo. Abbiamo citato Bosco chiesanuova, che è 1.100 metri d'altitudine, ma questi Cas, inoltre, non stanno nei comuni, stanno nelle contrade. Vuol dire non potersi muovere. Non passa neanche un autobus. Uno stava vicino Faedo, paesi che stanno morendo, nella montagna veronese. [...] Quando ci sono problemi, prendere e portarle.... l'ultimo serissimo è stato quello con la leparocitosi... una cosa pazzesca dover gestire tutte queste cose sanitarie... dico che dovevano andare a Ferrara di Monte Baldo, svegliarsi alle 5... o fai una diagnosi rapidamente o ti trovi il bambino malato... anche quelli sono andati fuori di testa... poi comprendi anche loro in che condizioni si trovano a lavorare. [...] Poi loro devono attenersi al mandato della prefettura, noi chiediamo qualcosa in più, loro sono dentro i mandati per cui hanno una questione economica, di presa in carico. Per noi una donna incinta è una donna incinta, poco importa che sia in un Cas, in uno Sprar o a casa sua.

Dall'altra parte trovi gente che si trova costretta dentro convenzioni. (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

6.2.1 Sguardi convergenti su profili sovrapponibili

Le interviste e i focus group con la coordinatrice e le operatrici del servizio restituiscono dimensioni pressochè sovrapponibili a quanto emerso dai confronti con i servizi per le donne Stp, a conferma che la “categorizzazione” delle diverse tipologie di utenza – proposta e utilizzata in ambito socio-antropologico e scientifico, nel dibattito pubblico e mediatico, nelle retoriche ideologico-politiche e, inizialmente anche nel presente lavoro di ricerca – può risultare fuorviante, anche perché, spesso, lo stesso soggetto attraversa, in diversi momenti della sua traiettoria biografica, diverse condizioni sociali e amministrative.

Un primo aspetto in comune, ad esempio, sono le problematiche con l'utenza nigeriana, una delle principali nazionalità che costituisce l'utenza attuale. Le operatrici, infatti, riportano che le richiedenti e titolari di protezione internazionale dalla Nigeria da loro accolte costituiscono le utenti con meno risorse personali in termini di capitale culturale e sociale e riconducono tali caratteristiche alla loro specifica provenienza sociale, oltre che geografica:

Non solo sono nigeriane, ma anche quasi tutte della stessa regione della Nigeria, della stessa città, dello stesso gruppo sociale [...] Poche sono consapevoli, le altre, secondo me, proprio... per un discorso di...ignoranza generale. Nel senso che sono poco istruite, sanno poco del proprio corpo... [...] Per esempio se io chiedo a loro: “Quando hai avuto l'ultima mestruazione?” ti dicono: “Ce l'ho sempre il 28”. ovviamente, non può essere, nel senso che segue un... non è che ti viene sempre il 28 ... solo che loro hanno il numero 28 in testa. [...] Io noto una grande differenza invece tra chi viene da un ambito familiare minimamente strutturato [...] ha lasciato là una famiglia alle spalle unita, che ha creato una rete forte: hanno una percezione di sé di un certo tipo. Quelle che invece sono cresciute per strada, magari con una famiglia distrutta alle spalle, senza un punto di riferimento tra gli adulti, zero scolarizzazione, magari dovendo fare una vita molto, molto difficile già da bambine e, ripeto, anche il contesto sociale allargato... quindi il villaggio è diverso dalla periferia della grande città... [...] A sentire le nostre mediatrici, sono tutte ragazze delle periferie, quindi di contesti urbani, ma molto degradati o comunque o villaggi. [...] Le utenti nigeriane che vediamo noi... hanno pochi strumenti... Abbiamo quasi tutte nigeriane, tranne due, che Vengono dalla Costa d'Avorio e dal Camerun e sono altamente alfabetizzate, vengono da famiglie... diciamo da un'estrazione sociale, diciamo, abbastanza alta. Mentre tra le nigeriane alcune sono proprio analfabete. (Focus group col personale di Casa Iride)

Secondo le intervistate, l'origine sociale dell'utenza nigeriana si rifletterebbe, unitamente a diversi percorsi di costruzione culturale, sulle pratiche della cura di sé e della propria salute riproduttiva, ma anche sul percorso di svezzamento dei figli neonati. Al contempo, però, le costruzioni narrative delle intervistate adottano, come metro di misura dell'adeguatezza delle pratiche materne e di svezzamento, il modello europeo e “occidentale” e, quindi, qualsiasi altra scelta viene rappresentata come “inadeguata”. Va detto anche che tale osservazione viene fatta propria anche dalle operatrici che, compiendo un esercizio di riflessività, si mostrano consapevoli dei rischi che imporre un proprio stile e una propria prospettiva sul rapporto col corpo, la sessualità e la maternità, senza tenere conto delle costruzioni culturali proprie della socializzazione di ogni utente potrebbe comportare per l'instaurazione di una relazione di fiducia con le utenti – e quindi per l'efficacia del servizio:

Il tema della sessualità, il tema della maternità, sono temi che toccano la persona in ambiti molto profondi, intimi e che sono anche culturalmente molto diversi per cui, ad esempio, noi, come donne occidentali, cresciute, formate in un certo modo, ci relazioniamo con un tipo di approccio nei confronti della sessualità e nei confronti della maternità, molto diverso; e quindi trovare un equilibrio tra l'essere di sostegno a queste donne, senza entrare a gamba tesa in una loro diversità, però anche far comprendere come utilizzare tutti i servizi a disposizione sul territorio, perché molte volte c'è anche una resistenza. [...] E poi un altro tema che ci occupa tanto tempo è quando

il bambino è nato, c'è da svezzarlo, educarlo e questo è un tema che ci sta portando via parecchio... proprio sullo svezzamento perché loro hanno delle pratiche culturali che sono molto diverse dalle nostre, molto, molto diverse. Alle volte diventano quasi non salutari per il bambino e quindi c'è da fare una mediazione in questo senso. Guarda, faccio un esempio: loro svezzano, appena è l'ora dello svezzamento, loro utilizzano un alimento che si chiama *Custard*, che noi non usiamo, è una specie di amido concentrato, loro lo mischiano con l'acqua, fanno questo... e magari mettono dentro anche il latte in polvere, invece di metterlo nel biberon, fanno questo pappone e svezzano solamente con quell'alimento lì, quando invece da noi c'è un'ampia scelta di alimenti con cui svezzare un bambino. Quindi per loro, il loro unico mezzo è sdraiare il bambino così... e giù di *Custard* con il cucchiaino, quando invece, noi invece adesso, c'è la pratica dell'auto-svezzamento, cioè il seggiolone, il bambino comincia ad assaggiare e a prendere i primi pezzettini, ecco per loro, quel metodo lì, è assolutamente insano perché, secondo loro, tutto il cibo va per terra e il bambino con quel sistema lì, non sta mangiando assolutamente nulla. Vogliono essere sicure che nella pancia del bambino sia entrate quelle cose lì, che comunque però è un alimento molto povero e cioè... in Africa si trova, si trova tanto e a poco prezzo, però qui hanno anche... [...] Noi abbiamo un modo, magari, completamente diverso di gestire tutte le tematiche relative alla maternità e magari, in certi ambiti, pensiamo che il nostro modo sia meglio... Però dobbiamo stare molto attente, perché intanto, chi l'ha detto che il nostro modo è sempre meglio? Ci sono casi in cui è evidente che è meglio, perché ci sono poi delle problematiche che insorgono che sono innegabili, però, insomma, è anche un momento in cui se tu entri a gamba tesa dicendo: "No, tu fai così e così", operi una violenza e perdi una relazione... dopo di che ricostruirla è difficilissimo... Per cui è un equilibrio, è un ambito molto difficile. (Focus group col personale di Casa Iride)

"Entrare a gamba tesa" rispetto agli stili riproduttivi e ai modelli di maternità, infatti, non significa "solo" non rispettare supposte norme culturali apprese nel Paese di origine delle immigrate, ma anche e soprattutto, non prendere in seria considerazione i vissuti che hanno caratterizzato l'esperienza migratoria delle utenti, col carico di violenza e sofferenza che, come è stato mostrato per le Stp, il transito in Libia ha comportato. Molte delle gravidanze delle immigrate protagoniste di questa "rotta migratoria", infatti, sono frutti degli stupri subiti lungo il viaggio. Ancora, analogamente alle Stp, la detenzione nei campi libici gestiti dalle "autorità" con cui l'Italia ha stipulato gli accordi internazionali (Gargiulo 2018), ha comportato per le migranti l'assunzione forzata di farmaci con finalità anticoncezionali e abortive. Questo bagaglio di vissuti, in ultima analisi, non può che influire sulla consapevolezza di sé e della propria salute riproduttiva e sui significati che tali dimensioni portano con sé per le migranti:

La maggior parte di queste donne sono passate dalla Libia, dove sono state violentate, stuprate, e dove, di *default*, una volta al mese [...] viene dato un pillolone a tutte, te lo do...lo diamo a tutte così...dove *ciapo, ciapo*, dove becco, becco, se c'è qualcuna incinta abortisce, se [invece] non è incinta... non so se sia facile e se sarebbe facile anche per noi mantenere una relazione sana con il nostro corpo e di rispetto, quando al nostro corpo è stato mancato così tanto di rispetto, per cui c'è...c'è tutto un tema, oltre a un tema culturale di origine che noi conosciamo poco e sul quale io non entrerei, c'è anche tutto un tema di violenza subita che stravolge le cose in ambito di sessualità e di prevenzione alla gravidanza... stravolge completamente e queste donne, appunto, stuprate, poi un pillolone a tutte a manetta, magari...introyetti uno sguardo su di te incredibile. [...] Probabilmente molte delle gravidanze che loro portano a termine qua, comunque, sono...potrebbero essere il risultato di ciò che hanno passato nel viaggio. Lo sono chiaramente, alcune non lo ammetteranno mai, ma alcune sono chiaramente sia per tempistiche... C'è stata anche chi lo ha ammesso...che l'ha detto, che l'ha dichiarato apertamente. (Focus group col personale di Casa Iride)

Ecco, quindi, che ovviamente il tema della salute riproduttiva si intreccia inscindibilmente con quello del benessere psichico, una dimensione sulla quale, riportano le intervistate, non vengono investite risorse, coerentemente con una concezione "compartimentata" della salute individuale e sociale:

Una cosa che sul territorio risulta abbastanza carente è la presa in carico e la cura del disagio psichico... è molto traballante sul territorio, per cui... forse stiamo individuando dei canali, però è difficile. [...] Oltretutto, la richiesta dopo i vissuti e tutto, è veramente... è grandissima. [...] E dall'altra parte non c'è ancora una formazione sufficiente in questo ambito, per cui certe volte vediamo che magari gli psicologi o gli psichiatri di riferimento non hanno gli strumenti, non riescono... [...] UE poi una cosa è che vediamo è che il disagio migratorio si riverbera in una somatizzazione continua e di fronte ad una somatizzazione tu non puoi negare: "No, non ti aiuto perché è una somatizzazione", devi prenderla sul serio, è una sofferenza reale. Poi quando capisci, magari la indirizzi da uno psicologo invece che da un gastroenterologo, però c'è un tempo in cui, prima di capire... Però la persona sta male sul serio e vai da mille gastroenterologi... c'è un livello di somatizzazione... hanno tutti delle cose psicosomatiche.(Focus group col personale di Casa Iride)

Va sottolineato, inoltre, come fanno notare le operatrici, che anche le scelte relative allo svezzamento esprimerebbero e rivelerebbero anche altri significati e necessità, oltre alla cura dei figli. Se già le donne e le famiglie immigrate non dispongono del sostegno della cerchia familiare estesa e del riferimento di altre donne della famiglia nel percorso di gravidanza e svezzamento, ciò è tanto più valido per le richiedenti o titolari di protezione internazionale. Alcune pratiche rappresentate e percepite come "tradizionali", quindi, risultano essere un modo "per sentirsi a casa" anche nell'esperienza della maternità in migrazione:

Poi la mediatrice diceva che quello fatto qui è diverso da quello fatto giù e loro, siccome ci assomiglia, si buttano su quello perché qua, ovviamente, con la maternità c'è tutto un tema di... ma a loro manca tutta la rete delle donne della famiglia... giù in Africa non fai un figlio da sola, in Europa lo fai. [...] A loro la rete familiare, la madre, altre donne della famiglia... questa rete manca, quindi cercano di riprodurla tra di loro, molto spesso, però sono tutte abbastanza giovani, alla prima esperienza, per cui magari si creano delle pratiche che [...] per loro è fondamentale, perché è una questione di radice, di identità. [...] Anche, e certo, anche nel senso che ...è...io per lo meno io vivo come complicato anche trovare un equilibrio perché magari...e...sappiamo che la maternità, qui ci occupiamo soprattutto di madri, la maternità è un ambito in cui una donna è molto fragile, un momento della vita in cui è molto fragile e deve essere supportata e questo vale per tutte le donne di tutti i colori, e l'essere giudicata, aver qualcuno che entra appunto a gamba tesa e dirle: "No, tu fai così, così e così...", senza, invece, aiutare a fare in modo che tu trovi il tuo modo di essere madre, è molto delicato, ci hanno fatto degli studi, ci hanno fatto dei corsi, c'è gente che ha studiato, che si è formata proprio per poter essere...per fare un supporto...costruttivo ad una mamma e non distruttivo. Queste sono madri lontano dal loro paese, lontano dalle loro reti di riferimento, lontano dalle loro madri e quindi magari a maggior ragione si aggrappano a delle usanze del paese perché è una forma di riconoscimento, di identità, di radice. (Focus group col personale di Casa Iride)

Alla dimensione "identitaria" connessa agli stili di svezzamento, si sommerebbe, da un lato, una dimensione rassicurante rispetto al proprio ruolo genitoriale e, dall'altro lato, una dimensione organizzativa, volta a semplificare le proprie incombenze quotidiane in quanto "madri sole". Non vanno trascurate, però, i rischi per la salute che tale proiezione sulla cura del proprio figlio potrebbe comportare per il bambino stesso. Nelle parole delle intervistate:

Ci devi mettere dentro che, ovviamente, essendo madri sole, che sono qui da sole e hanno la responsabilità esclusiva della crescita del bambino, hanno un carico d'ansia su questi bambini che molto spesso, come nelle madri nostrane, si riverbera sulla nutrizione... cioè "Se più ti pompo, più sei grosso, più stai bene, più io ho fatto il mio dovere" – e siccome sono sole, questa cosa è amplificata per cui molte volte sono... nel nutrimento del bambino, ci mettono dentro altre cose che non hanno niente a che vedere con quella roba lì...che sono... dei significati simbolici, assolutamente simbolici. Però intanto questi bambini mangiano tanto e in maniera poco nutriente [...] Poi, proprio perché sono sole hanno alle volte avendo in carico il bambino sempre...ce l'hai solo tu, solo tu, solo tu...non hai mai...non è presente un papà, anche la rapidità e la velocità,

diciamo che fa il suo... poter avere il pasto pronto, diciamo che solleva un bel po'. (Focus group col personale di Casa Iride)

Un secondo elemento che accomunerebbe l'utenza Stp e l'utenza inserita nel sistema di accoglienza riguarda le rappresentazioni idealizzate e le percezioni univocamente positive rispetto ai prodotti alimentari considerati "occidentali" e finalizzati ai bambini. Tale concezione viene correttamente ricondotta, dall'equipe di Casa Iride, al frutto di secoli di dominio e relazioni politiche e commerciali di natura coloniale e neocoloniale che hanno legato le nazioni europee e le nazioni di origine delle popolazioni immigrate e che tutt'oggi si riflettono sullo svezzamento e la cura dei neonati:

Per loro, se non c'è scritto sopra *Nestlé* non è buono. E, comunque, in generale, sui prodotti pronti, quindi, l'omogeneizzato piuttosto che la carne fresca, ma anche l'omogeneizzato di tutti i tipi, anche la frutta, noi forniamo frutta fresca, ma c'è sempre...cioè, se ...loro preferirebbero la...la frutta confezionata, il prodotto industriale. [...] l'ottimo risultato di una colonizzazione operata da parte nostra, per cui il latte artificiale è meglio del latte materno. Noi ce l'abbiamo avuta negli anni '60 questa cosa, negli anni '70 che il latte artificiale della *Nestlé* era meglio del latte del seno. [...] Ad esempio la mamma di questa bimba a tre settimane...anzi a due settimane dalla nascita ha iniziato a chiederci il latte artificiale. [...] Ci vorranno generazioni per smantellare questa cosa... Cioè per cui... anche persone che hanno visto, donne che sono state qui che avevano latte che hanno visto crescere bene il loro bambino e così...un aiutino con il latte artificiale, se lo comprano loro...cioè se noi glielo diamo noi perché non ce n'è bisogno perché hanno latte al seno...se lo comprano loro ma perché c'è un danno a monte, un danno culturale grossissimo che abbiamo provocato noi europei. [...] Questa cosa ci vorrà veramente moltissimo tempo perché capiscano che...per cui per loro gli omogeneizzati sono più nutrienti dei prodotti freschi. [...] io credo che sarà un percorso veramente di generazioni, non possiamo immaginarlo che lo capiscano in questa generazione. (Focus group col personale di Casa Iride)

Infine, a conferma della sovrapponibilità dei profili delle utenti dei diversi servizi e della parziale insensatezza delle categorie utilizzate per nominarle, un'ulteriore dimensione che accomuna le donne immigrate ospitate dal sistema di accoglienza e le Stp è quella relativa alle pratiche contraccettive e di Interruzione Volontaria di Gravidanza, spesso viste come interscambiabili. Anche l'equipe di Casa Iride rivela il tanto diffuso quanto preoccupante ricorso a soluzioni abortive "fai da te":

E poi anche un'altra cosa che è emersa è ...le pratiche è un po' che...vanno di moda in Africa, tipo la...la contracccezione tramite iniezione che dura anche due/tre anni però non si sa i danni che farà ai posteri. E anche poi nel caso dell'Ivg, quando non vuoi andare a fare l'Ivg... il "pillolone", di solito utilizzano dei farmaci che magari in farmacia sono [...] per altre malattie li usano... magari mescolati insieme... e causano l'aborto. [...] E' una pillola abortiva artigianale, tipo hanno visto che c'era un farmaco... Fisicamente devastante... Provoca l'inizio della mestruazione, però, di fatto, ha degli effetti sul corpo che sono imprevedibili perché non è soltanto che, come la pillola del giorno dopo causa quello, ma può cioè... può lacerare l'utero, insomma può fare cose... che poi dopo infatti ste donne le porti al pronto soccorso e... In genere poi stanno in permesso 2 o 3 giorni, tornano, cominciano a dirti "sto male", le porti in pronto soccorso, non si capisce niente... da lì... puoi sospettare... [...] A volte utilizzano, mi sembra, Cytotec che è un farmaco che serve per altro e lo acquisti in farmacia con una ricetta per un'altra malattia e diciamo può causare l'inizio del distacco...può causare l'inizio del distacco della placenta, non è detto. E poi altri mix utilizzando la farmacologia tramite alle volte, le loro reti.

Va ribadito, ancora una volta, che ciò può condurre a gravi conseguenze sullo stato di salute e rivela una scarsa conoscenza e, di conseguenza, cura del corpo, a sua volta riconducibile al background sociale ed educativo delle utenti, al percorso migratorio e alla solitudine che ciò inevitabilmente produce, alle rappresentazioni condivise sui modelli di femminilità e maschilità egemoni costruite e veicolate nei contesti di origine. Altre tecniche contraccettive o relative all'Ivg, infatti presuppongono

una consapevolezza di sé e una disciplina sul corpo che, nella maggior parte dell'utenza, non possiederebbe.

Stavamo parlando dell'inserimento della spirale e... per carità stiamo fissando degli appuntamenti per le visite di inserimento, però poi per accordi e anche per una questione di autonomia e responsabilità, la spirale, l'oggetto spirale, lo *iud* lo devono comprare loro. E noi ci ritrovavamo la mattina dell'appuntamento che non l'hanno comprato, non si sono messe via i soldi oppure, per inserire la spirale o devi avere il ciclo o devi essere super certa di non essere incinta perché se no è un grosso guaio, e loro questa certezza non ce l'hanno perché magari nelle ultime due settimane hanno avuto rapporti non protetti... un qualsiasi ginecologo non inserisce uno *iud* se c'è anche solo la vaga, remota possibilità che tu sia incinta perché può creare un danno irreversibile all'embrione...cioè...non muovono un dito e noi far passare queste cose, stavamo discutendo su come gestire questa cosa, perché non è semplice proprio per niente. [...] Adesso incominciano...si sono informate, però la *RU* ha una...un tempo molto breve in cui la devi prendere... Anche questa significa una disciplina del corpo... Significa che io appena ho avuto un rapporto non protetto, faccio subito attenzione al fatto che io ho un rapporto non protetto e mi muovo immediatamente. E cioè...molto spesso non c'è questa attenzione...io inizio a preoccuparmi quando non vedo il ciclo, però a quel punto per la *RU* è tardi. (Focus group col personale di Casa Iride)

Un'interessante osservazione emersa dal fieldwork è relativa al diverso intervento sociale e formativo sui temi della salute riproduttiva che i Centri di Accoglienza Temporanea rivolgono all'utenza maschile e femminile e che conferma, da un lato, lo stereotipo secondo il quale la cura di sé, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, la contraccezione e, in generale, la tutela della salute riproduttiva, appunto, siano ambiti di pertinenza femminile; dall'altro lato, il fatto che l'intervento sociale focalizzato sull'utenza femminile comporta sì ricadute positive sull'eventuale coppia o nucleo familiare, ma che ciò non è completamente sufficiente:

Loro hanno chiaro che in questo momento della loro vita non vogliono un altro bambino, perché chi ce l'ha già si è reso conto di cosa significa essere una madre sola con un bambino, per cui non ne vogliono altri. E qui c'è un altro scoglio culturale che, ne abbiamo parlato tante volte, noi facciamo, abbiamo fatto degli incontri con delle ginecologhe che sono venute a parlare della prevenzione eccetera... però se dall'altra parte hai un'utenza maschile che non riceve lo stesso tipo di formazione, lo stesso tipo di...e c'è, per dirla in breve, l'uomo africano in generale, l'uomo nigeriano pare in particolare, sono refrattari totalmente all'uso del *condom*. Quindi noi abbiamo un bel lavoro da fare sulle malattie sessualmente trasmissibili, abbiamo fatto seminari, cose con le ragazze, abbiamo offerto molti strumenti di consapevolezza e di conoscenza, poi però loro, quando escono da qui, si trovano con dei partner che non vogliono usarli; Queste ragazze – la mia idea – sono spesso molto giovani e quindi in un contesto intimo di coppia poi sapersi far valere dire “No, allora guarda, ti spiego...” Molto giovani e sole e anche molto bisognose di affetto in tutte le forme. Molte di loro, pur avendo tutti gli strumenti per sapere che senza *condom* ti prendi questo, questo... oppure resti incinta, che è una delle possibilità, ma ce ne sono tante altre, malattie sessualmente trasmissibili ne vediamo tante. Poi quando sono lì, al momento, questo *condom* non viene usato quasi mai, quindi ci sarebbe un lavoro molto grosso da fare anche sul lato maschile, perché se lo fai solo su quello femminile... (Focus group col personale di Casa Iride)

6.2.2 Aspetti e difficoltà peculiari dell'ambito dell'accoglienza

Le operatrici che lavorano nel sistema dell'accoglienza e, nello specifico, nei Centri di Accoglienza Straordinaria si ritrovano ad affrontare delle specificità proprie del contesto normativo e lavorativo in cui si inserisce il loro intervento. L'agire quotidiano all'interno di un Cas e di una struttura per la prima e la seconda accoglienza, infatti, presenta inevitabilmente vincoli e norme che strutturano in maniera peculiare le relazioni con le utenti.

Una prima peculiarità espressa dalle intervistate e propria della struttura di accoglienza nella quale operano è relativa al rapporto, spesso ambiguo perché caratterizzato da inevitabili gerarchie e

asimmetrie di potere, tra utenti e operatrici. Talvolta, infatti, le utenti possono temere il biasimo e la disapprovazione rispetto alle proprie condotte quotidiane, sessuali e riproduttive. Un simile timore, più o meno fondato, spingerebbe le utenti a tardare la loro richiesta di supporto alle operatrici, complicando alcune problematiche rispetto alla cura riproduttiva:

Si aspetta il ciclo che manca non...cioè, a me non è mai successo che uno venga in ufficio a dire: “Guarda ieri ho fatto l’amore senza eh...è successo che...e secondo me... ho paura, cosa facciamo? ” Questa cosa ancora non è passata. [...] Forse perché anche temono una sorta di biasimo o di rimprovero da parte nostra... Una parte la imputo anche ad una segretezza generale rispetto a questi ambiti, cioè privacy. (Focus group col personale di Casa Iride)

Al contempo, inoltre, a causa della loro collocazione anagrafica, di classe, nazionale, “etnico-razziale” e, soprattutto, per i diversi percorsi genitoriali e di maternità, le richiedenti e titolari di protezione internazionale non considererebbero le operatrici dei riferimenti adeguati per le questioni relative alla sfera riproduttiva e allo svezzamento neonatale:

A noi ci guardano e ci dicono tu e le colleghe che non hanno figli non hanno nessuna credibilità, non sono madri e “ Cosa mi insegnano a me a fare la madre e manco sei mamma “. Chi di noi ha figli, ne ha uno o due e, quindi, ai loro occhi, siamo ridicole [...] Cioè...ti guadagnano: “Tu hai un solo figlio e praticamente non sei neanche mamma”, per cui c’è un *gap*. Se io sono bianca e vengo e dico: “Guarda secondo me è meglio che fai così...” già solo il fatto che sono bianca, italiana, mi taglia fuori, allora magari certi contenuti, particolarmente delicati, è meglio che li veicoli un’altra persona... (Focus group col personale di Casa Iride)

Rispetto a queste problematiche, quindi, diventa indispensabile l’intervento della mediatrice culturale che riesce a veicolare messaggi di altre professioniste – in primis l’ostetrica – in maniera efficace, in virtù della condivisione dell’origine nazionale, ma anche dell’autorevolezza che le utenti le attribuiscono per l’età anagrafica e le più numerose esperienze di maternità:

Le figure dell’ostetrica e la figura della mediatrice culturale sono due figure di supporto che stiamo utilizzando proprio per questi problemi. La nostra mediatrice culturale ha una grande esperienza in questo tema e diciamo che è lei che se per caso dobbiamo ...se c’è qualcosa di particolare da comunicare, ci supporta, ci dice come comunicarlo o lo comunica lei stessa, ovviamente magari dopo aver fatto tutto un lavoro di guadagnarsi la fiducia delle utenti. Però lei di *default* ha una credibilità maggiore: intanto ha figli, potrebbe essere la loro mamma a livello anagrafico. (Focus group col personale di Casa Iride)

6.2.3 Il “labirinto” delle strutture sanitarie e i paradossi del personale dell’accoglienza

Dalle interviste con le operatrici del Cas vengono confermate le rappresentazioni, costruite anche dai servizi con utenza Stp, relative alle aspettative delle utenti nei confronti del sistema sanitario e ospedaliero italiano o, comunque europeo. Riemergono, ancora, le disuguaglianze di sviluppo tra nazioni europee, destinazione della migrazione di queste donne, e le loro nazioni di origine, impoverite da secoli di dominio coloniale e neocoloniale, in cui la sanità è accessibile solo alle classi privilegiate:

Nei loro Paesi, almeno stando ai racconti che mi rimandano le ragazze, l’ospedale è una cosa per pochi, oppure magari io vado anche, io persona comune posso anche andare all’ospedale però dopo mi salassano perché costa... (Focus group col personale di Casa Iride)

La socializzazione in un simile contesto, dove l’accesso alle cure è considerato un privilegio, ha, ovviamente, modellato le posture e le inclinazioni delle migranti nei confronti dell’assunzione farmacologica e al rapporto col corpo:

Però tutto quello che riguarda farmaci, flebo, medicine, medicalizzazione... tutto va benissimo, perché, comunque, per loro la medicina occidentale è più avanti per cui, se io ho un po' di mal di testa la mia tendenza è: "Mi riempio di paracetamolo!" Non vado a dormire che magari mi passa... perché loro europei sono più avanti, cioè questo è sempre frutto del colonialismo... (Focus group col personale di Casa Iride)

Analogamente, anche la retorica "culturalista" secondo la quale molte donne immigrate vorrebbero partorire secondo supposte pratiche tradizionali, "ancestralmente" tramandate nel susseguirsi generazionale, verrebbe smentita dall'esperienza delle operatrici. Al contempo, però, emerge una rappresentazione della "femminilità" e dell'"adeguatezza materna" costruita sul sacrificio e sulla capacità di sopportare il dolore fisico:

Le ragazze non raccontano che vorrebbero partorire in un modo o in un altro, che ne so... "tradizionale"... No, no, a loro va bene tutto, basta che sia un parto "naturale", perché una donna che partorisce in altro modo, cioè... il cesareo è un fallimento. È un fallimento, anche se tu gli dici "Ma è per la tua vita, è per quella del tuo bambino". [...] Sì, sì... proprio perché ti toglie quello che è la tua forza di essere mamma, è un po' una sconfitta... se la vivono un po' come una sconfitta [...] se non lo attraversi non sei una vera donna. [...] Quando... anzi è un racconto che, noi "Si OK, ma che male" e senza vergogna di dirlo – però che male... – e, invece, loro non te lo dicono "Che male", ti dicono: "Sono stata forte, ho fatto..." (Focus group col personale di Casa Iride)

Nonostante la fiducia fideisticamente riposta dalle migranti nel sistema ospedaliero italiano, viene confermata la difficoltà delle stesse nell'orientarsi al suo interno e nel districarsi entro le sue maglie, ma anche nel comprendere le indicazioni del personale medico. Per inclinazioni personali o mancanza di strumenti comunicativi, infatti, i medici della struttura pubblica risulterebbero inefficaci nell'interfacciarsi con un'utenza in mutamento. Viene confermata, quindi, da un lato, la mancanza – e la necessità – della mediazione culturale o, meglio, di una concezione della mediazione culturale intesa non come strumento meramente emergenziale e contingente, ma come una competenza e un'attitudine che dovrebbe essere data per scontata nei servizi e dal personale medico-sanitario; dall'altro lato, la complessità gestionale di una struttura ospedaliera e sanitaria di grandi dimensioni, con tempi e modalità ritenute inadeguate per la creazione di un rapporto di fiducia con alcune tipologie di utenti:

All'ospedale il dottore, non tutti i dottori magari parlano inglese, poi gli scoccia pure perdere tempo, non capirsi, quindi... Poi in moltissime strutture sanitarie e moltissime istituzioni, non c'è, non è prevista una mediazione linguistica, e questo io lo trovo una vergogna: che in ospedale non ci sia qualcuno che, se il dottore ignorante, non parla inglese, non ci sia un mediatore! Significa che noi lavoriamo e ci interfacciamo con istituzioni che non sono pronte alla gestione di queste persone. [...] Ad esempio, se io problemi con mio figlio, ad esempio di nutrizione, io vado all'ospedale e il dottore mi spiega che sto sbagliando qualcosa e mi dice quello che io non voglio sentirmi dire, in un modo che non voglio sentirmelo dire, anche magari non sono pronta a sentirmi dire, quindi esco. [...] Ma questo lo facciamo anche noi, mentre bisogna essere pronti ad avere una modalità di un certo tipo e devi essere preparato. Io trovo pochissimi dottori in grado di utilizzare un linguaggio e un modo di spiegare le cose e possa essere recepito da loro che vengono da una cultura diversa. Cioè, tu non puoi fare vedere ad una mamma che ha l'ansia di nutrire il proprio bambino che lo ipernutre e ha un problema in termini di ipernutrizione e è una mamma che avrà fatto due anni di scuola e io gli faccio tutto un discorso con la curva di crescita sull'asse cartesiano. Esce da quell'incontro con il dottore e non ci siamo portati a casa niente. Molto spesso succede questo, ma non è un'accusa: è che siamo di fronte a un fenomeno a cui non siamo preparati. E i tempi e i modi dell'ospedale sono completamente inadeguati e anche i linguaggi, credo. [...] I linguaggi, io parlo soprattutto dei linguaggi. Ecco. (Focus group col personale di Casa Iride)

In tale complessità si inserisce il lavoro degli operatori e delle operatrici sociali dei Cas che si ritrovano a dover districarsi tra le difficoltà della struttura organizzativa dei servizi socio-sanitari e del programma di accoglienza nazionale, le necessità dell'utenza e le finalità sociali della loro professione. Spesso, infatti, le donne richiedenti o titolari di protezione internazionale non vengono adeguatamente ricevute dal personale delle strutture sanitarie – per deliberata volontà o per i già citati tempi e modi organizzativi – se non accompagnati dalle operatrici. Al contempo, gli stessi operatori hanno il mandato di accompagnare l'utenza all'accesso sanitario, anche se ciò, spesso, inibisce l'autonomia dell'utenza stessa e risulta controproducente rispetto alla finalità ultima del progetto di accoglienza, ossia favorire l'inclusione sociale e l'autonomia individuale delle migranti.

Il percorso verso l'autonomia, nell'usufruire dei servizi anche in ambito sanitario, tutto quello che c'è sul territorio, noi da convenzione abbiamo l'accompagnamento sanitario e ovviamente, all'inizio, ne hanno molto bisogno, anche perché c'è bisogno della lingua ponte, non conoscono ancora l'italiano...poi, più avanti si va...considera il fatto che comunque siamo inseriti in un sistema, in un progetto, un programma di accoglienza a livello nazionale che è fortemente assistenzialistico e quindi, fare il passaggio, iniziare il percorso verso l'autonomia con loro, è molto difficile perché dopo sei mesi, un anno, in cui appunto sono all'interno di un progetto di accoglienza molto assistenzialistico, poi è molto difficile cambiare una mentalità e noi pensiamo sempre al dopo, quando usciranno di qui, saranno sole e dovranno arrangiarsi e quindi cerchiamo di fare un percorso prima, che è uno degli scogli più grandi. (Focus group col personale di Casa Iride)

E ancora:

Faccio un esempio banale: ci sono delle volte dove noi pensiamo che una ragazza...ad una ragazza faccia bene, per vari motivi, di fare una determinata visita da sola, anche se non parla tanto bene l'italiano, perché deve sperimentare la difficoltà della cosa, perché son successe una serie di cose per cui le fa bene...Noi se lo facciamo è a nostro rischio e pericolo, siamo attaccabili perché, per convenzione, noi dobbiamo fornire accompagnamento e mediazione linguistica, per cui dopo dici "Vabbè, me ne frego, lo faccio", oppure decidi "No, non lo faccio perché se poi si scopre che facciamo sta roba, noi dovremmo fornire questo servizio". Perché, in effetti, all'ospedale non tutti i dottori magari parlano inglese, gli scoccia perdere tempo, non capirsi, quindi alla fine della giornata se va l'operatore o l'operatrice, si ottiene il fine ultimo della visita, ma magari non è il fine ultimo dell'autonomia della persona. (Focus group col personale di Casa Iride)

Ciò è strettamente collegato al tema della cura di sé e della propria salute riproduttiva da parte delle utenti che, non sviluppando la necessaria autonomia per districarsi nel "labirinto" dei servizi socio-sanitari, non svilupperebbero nemmeno un rapporto consapevole col proprio corpo e un'autonomia personale adeguata all'inclusione sociale:

Da qui si collega anche alla prevenzione delle malattie [...] proprio alla salute in generale della donna e anche la salute riproduttiva, perché l'autonomia di pensiero, l'occuparsi di se stessa, diciamo, è uno dei nodi che... [...] E questo però toglie la responsabilità dalle ragazze, tante volte, perché: "incinta allora vado a fare...vado ad abortire" [...] e questo toglie completamente quello che è la tua responsabilità personale di quello che fai, quindi non vuoi...se tu non vuoi rimanere incinta, hai fatto i tuoi conti molto bene, brava! Ora, però, facciamo il passo ulteriore e ti spiego tutto quello che devi fare, ti accompagno a fare tutto quello che c'è bisogno però ti prendi la responsabilità mettendo il denaro per acquistare, prendendo...quindi anche il discorso degli appuntamenti – stavamo discutendo, perché appunto non è ancora ben chiara questa cosa di... l'appuntamento, come è strutturato il sistema sanitario...perché se prendono un appuntamento così non è che ... la mattina poi mi sveglio: "Ah sì no vabbè dai è lo stesso". Se ti viene detto sia dal dottore di riferimento, sia da noi, "mi raccomando dall'ultimo ciclo al momento dell'inserimento non avere rapporti sessuali non protetti perché se c'è anche un vago rischio, non ti si può più inserire lo *iud.* lo stesso se succede, succede, però allora salta l'appuntamento... anche far capire... lo stiamo facendo, ci stiamo muovendo per far capire che le cose non succedono così, c'è qualcuno che telefona...l'appuntamento non è così facile da avere...non è

così facile che sia il momento. [...] Ma perché forse siamo noi per prime che diamo per scontato che loro capiscano e invece adesso ci stiamo organizzando appunto perché forse bisogna essere più chiari verso di loro, perché qua funziona che e...quando prendi un appuntamento, quando dai una parola, se poi non rispetti il tuo impegno, ci sono delle conseguenze e finché sei qua in un ambiente protetto le conseguenze ti aiutiamo a gestirle, e, un domani, quando sei fuori, ti arriva a casa la lettera della visita da pagare che, però, non hai fatto e allora... devi pagare e anche fare la visita, cioè, magari devi imparare a gestirti prima. (Focus group col personale di Casa Iride)

Ai tempi e ai modi dell'ospedale, si sommano quelli del sistema di accoglienza che, a loro volta, possono interferire con quelli dei percorsi di cura e delle relazioni tra personale sanitario dei servizi e utenti. Ciò è emerso da un confronto con il personale degli altri servizi, come, ad esempio, l'Ambulatorio Donna Straniera dove afferiscono anche richiedenti e titolari di protezione internazionale:

Abbiamo avuto qualche problema nell'integrarci soprattutto con gli accompagnatori, non è così facile....sono persone in gravidanza o che vengono qui per l'Ivg, che vedi un po' e poi non vedi più perché vengono spostate... sono estremamente difficili da seguire come gravidanza. [...] Poi il personale di sostegno nei Cas può essere di grande sensibilità, ma anche personale pieno di pregiudizi con poca professionalità, ed è un mix fatale. Lavorare con donne inserite nei Cas significa rapportarsi con una dimensione di operatori che possono essere un valido sostegno, ma anche un ostacolo. Non è sempre colpa loro: voi conoscete vero un po' la realtà dei Caa? Si va dall'albergatore, alla cooperativa sociale, alla cooperativa fantomatica, per cui dentro lì può esserci chi lavora bene e chi... (Focus group col personale dell'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Infine, vanno tenute in considerazione le implicite responsabilità che le operatrici – senza alcun titolo e competenza medico-sanitaria – devono assumersi per tutelare la salute delle donne migranti e soddisfare le loro necessità. Nel loro lavoro quotidiano, infatti, è loro implicitamente, talvolta anche esplicitamente, richiesto, che facciano da “filtro” rispetto ai bisogni sanitari delle utenti i, qualei come è già stato ampiamente descritto, sono spesso modellati a loro volti da una concezione coloniale interiorizzata che le spinge a richiedere risposte “medicalizzate” e ricorsi farmacologici o per qualsiasi sintomo:

Anche l'ospedale... capitava che ogni sciocchezza: “Voglio andare dal dottore, portami a fare questa visita”. Allora bisognava sempre molto mediare. Però è una responsabilità, come dire, capire quando... perché non abbiamo titoli o competenze per questo. Infatti questo è un grande problema. Tante volte... hai il sospetto che sia un po' una messa in scena, nel senso che magari ingrandiscono un problema che magari sarebbe piccolissimo, però chi sei tu per dire che magari non sta veramente male e allora la porti, poi ti mandano via dall'ospedale infastiditi perché sei andato per niente. (Focus group col personale di Casa Iride)

6.3 Servizi con utenza composta da donne immigrate vittime di tratta

L'approfondimento dei bisogni dei servizi che si occupano di donne vittime di tratta ha comportato l'inevitabile confronto con la coordinatrice, gli operatori e le operatrici del Progetto NAVE, il Network Antitratta per il Veneto. Si tratta di un sistema unico e integrato di emersione e assistenza di vittime di tratta e grave sfruttamento indipendentemente dal loro status giuridico, dalla loro età, nazionalità, genere e tipo di sfruttamento che può essere sessuale, lavorativo, nell'accattonaggio, nelle economie illegali forzate e nei matrimoni forzati. Le parole delle intervistate descrivono il progetto e subito mostrano una difformità intra-regionale e, quindi, una “territorializzazione” del diritto alla salute:

il progetto NAVE nasce il 1 settembre 2016, ma prima c'erano altri progetti, dal 2007 un progetto regionale e prima ancora altri progetti territoriali. [...] Il progetto NAVE ha come finalità la tutela delle vittime di tratta e il contrasto alle reti criminali, poi abbiamo tre macro-aree di intervento che sono: il contatto, l'identificazione e l'inclusione sociale. [...] Ci sono gli operatori che fanno unità di strada sulla prostituzione, dove il focus sulla salute è uno degli aspetti che viene tenuto anche in maggiore considerazione, proprio perché è tra i bisogni che vengono esplicitati di più dalle donne che si prostituiscono e dove una quota a parte è potenziale vittime di tratta. Poi abbiamo le operatrici dell'unità di crisi e valutazione che sono i soggetti che si occupano di fare la valutazione delle segnalazioni per identificare se ci sono le condizioni di tratta e se le persone scelgono di fare un percorso di fuori uscita e aderire al programma di protezione sociale, e poi ci sono i colleghi della comunità di accoglienza, quindi sia della prima fase di accoglienza, legata al momento della riflessione i colleghi della parte della semi autonomia, più della parte rispetto allo sgancio. Poi ci sono mediatrici culturali, tra le quali una di lingua cinese, lingua bulgara e lingua nigeriana. Gli operatori arrivano da tutte le parti del Veneto, noi abbiamo questo coordinamento Veneto per cui l'obiettivo nostro è quello anche di uniformare i servizi e le opportunità proprio perché con ci sia una differenza sul fatto che una acceda ai servizi di X piuttosto che di Y, anche se resta un obiettivo in questo momento, ci sono ancora delle questioni su cui ci sono trattamenti diversi, a seconda del territorio... Penso al rilascio delle tessere sanitarie, penso ad alcuni esami per le malattie infettive dove in alcuni Ulss ne vengono garantiti un pacchetto, in altre un pacchetto diverso. (Coordinatrice del Progetto NAVE)

6.3.1 Servizi a “geometria variabile” e “territorializzazione” del diritto alla salute riproduttiva

La disomogeneità territoriale delle modalità di intervento dei servizi, degli strumenti adottati (ad esempio, la mediazione linguistico-culturale), delle possibilità di accesso da parte delle utenti e delle sinergie messe in campo costituisce uno degli elementi maggiormente evidenziati dall'equipe del Progetto NAVE, anche in virtù della prospettiva generale e dello sguardo più ampio di cui i suoi componenti possono godere a livello regionale. Tale eterogeneità, come viene evidenziato, può portare a una mobilità intra-regionale e inter-provinciale delle utenti⁴ che cercano, spostandosi, migliori condizioni di accesso e una miglior tutela della propria salute a seconda di (o della loro consapevolezza rispetto a) quello che i diversi contesti territoriali possono offrire. Ecco che, dunque, risulta ancora più necessario un lavoro coordinato e sinergico tra i vari servizi delle varie province, poiché i loro bacini di utenza paiono intersecarsi vicendevolmente:

A Vicenza, la situazione è quella di un accesso sanitario difficile per quanto riguarda la parte di base, c'è un buonissimo rapporto con il consultorio, ma non esiste un medico di base per le persone, quindi se c'è il problema viene gestito, o “non lo curo” quindi aspetto che peggiori o vado al pronto soccorso e intanto quel tipo di strutture o mi muovo in altre città, cioè mi muovo su Padova dove c'è un servizio delle Cucine Popolari dove posso risolvere o a Verona... [...] Ci sono anche situazioni in cui i servizi sono garantiti dal pubblico, altri in cui a supplire alle mancanze del pubblico, oppure in concertazione con il pubblico, ma viene demandato al volontariato, alle Ong, penso alle Cucine Popolari di Padova oppure ad Emergency su alcune questioni qui a Mestre e per cui, siccome poi abbiamo valutato che i nostri target sono molto mobili anche rispetto alle risposte che cercano, ora noi cerchiamo di orientarle il più possibile nel territorio in cui vivono anche come ancoraggio ai servizi, ma loro sono molto mobili, quindi se sanno che qui è più facile avere un'Ivg rispetto che a Verona, non hanno nessuna difficoltà a farsi 100km per venire qui a farsi l'Ivg, o se sanno che a Vicenza non pagano e a Rovigo sì, loro si spostano...e per cui questa questione del focus territoriale lo abbiamo tenuto un po' sotto traccia e gli operatori saranno un po' di tutte le aree territoriali proprio per rispondere a questa diversificazione perché forse vi può tornare utile la rappresentazione. [...] Probabilmente dovremmo arrivare ad aver un sistema di servizi per cui che una acceda a Rovigo o a

⁴ Va rilevato, però, che queste immigrate hanno o hanno vissuto un'elevatissima mobilità nazionale. Le intervistate, infatti, riportano che: “non sono rare le persone che hanno permessi rilasciati in Calabria, dichiarazioni di ospitalità in Emilia Romagna, però poi sono qua su questo territorio e hanno bisogno di fare un'Ivg.

Camponogara o a Verona non c'è differenza rispetto ai servizi, al trattamento che ha, a quello che viene offerto come servizio eccetera, perché finché c'è questa grossa differenziazione troviamo la migrazione a seconda del bisogno, e quindi io mi sposto e vado nel servizio che rispetto a questa richiesta penso sia in grado di darmi una risposta più adeguata e questo non aiuta poi la presa in carico. [...] P cui se io accedo all'ufficio malattie infettive del posto X, mi fanno solo l'hiv, se vado in quello Y mi fanno tutte le malattie trasmissibili, se vado all'ospedale X mi fanno tutto il day hospital per l'Ivg, se vado in quello Y me lo devo pagare ... questo non aiuta e fa sì che ci troviamo una migrazione non controllata che poi non è funzionale alla presa in carico dei servizi (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Questo aspetto emerge chiaramente da un operatore, impegnato su tre Province diverse, che racconta le difformità che caratterizzano il suo lavoro a seconda del territorio di riferimento. Ciò sarebbe dovuto alle diverse posizioni politiche delle diverse amministrazioni, all'esistenza o meno della sponda di attori pubblici o del terzo settore a livello locale, finanche ai posizionamenti etici e personali e della disponibilità dei singoli professionisti, che rendono il diritto alla salute e le opportunità di accesso ai servizi stratificata lungo direttrici territoriali e temporali:

Dipende molto dalla situazione del singolo operatore sanitario, un medico rispetto ad un altro che ha una sensibilità particolare, magari conosce il servizio oppure si attiva in qualche modo per chiamare magari un servizio che non è direttamente il nostro, ma è il centro anti-violenza, ma essendoci conoscenza da parte dei vari servizi funziona che ci si riesce a gestire la chiamata. [...] Lavoro su tre territori: Padova, Treviso e Vicenza. Su ogni territorio ho difficoltà diverse di relazione con i servizi, ma fortunatamente anche molti pregi. Io dividerei sia nelle difficoltà con i servizi e difficoltà con l'utenza. Sul territorio di Padova ci manca un consultorio familiare di riferimento, fortunatamente nel corso degli anni, essendo anche la cooperativa conosciuta si è sviluppata un'ottima rete di relazioni anche con altri servizi, come ad esempio le Cucine popolari gestite dalla Caritas, con medici privati che all'occorrenza si prestano per fare visite, danno una disponibilità, non solo a livello di tempo ma anche ci vengono un po' incontro, sapendo che l'utenza spesso ha difficoltà economiche e applicano tariffe agevolate. Per quanto riguarda la parte legata all'anagrafe sanitaria, quindi all'ottenimento di tessere sanitarie qui si apre un capitolo più spinoso, nel senso che, ad esempio con Treviso, nel territorio di Treviso per riuscire ad ottenere una tessera Stp è più duretta: ci deve essere una richiesta da parte di un medico, ci deve essere una giustificazione e deve essere una giustificazione importante; su Padova rima c'era la disponibilità da parte delle Cucine Popolari di fornirci un supporto per avere la tessera sanitaria, quindi si relazionavano loro con la parte dell'anagrafe sanitaria, adesso è cambiato per un discorso di carico lavorativo, quindi abbiamo un accesso diretto. A Vicenza invece c'è una convenzione, quindi nel momento in cui noi ci presentiamo all'anagrafe sanitaria, quando gli diamo una tessera Stp, non ci fanno grossi problemi. Con i consultori invece a Vicenza e a Treviso abbiamo una disponibilità davvero straordinaria da parte di due dottoresse, in modo particolare, a livello operativo è che sai che è molto legato a quel medico. Se domani la dottoressa X o Y va in pensione, il sostituto o la sostituta che arriverà avrà la stessa disponibilità della precedente o no?! Non si sa. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Da un lato, inoltre, ciò illumina l'agency individuale delle utenti, che dimostrano di sapersi orientare in una rete di servizi di estensione regionale; dall'altro lato, ciò contribuisce a quello che le intervistate hanno definito un'offerta di servizi "a geometria variabile" oltre a un mancato ancoramento dell'utenza al proprio territorio di afferenza, con conseguenze negative in termini di tempestività degli interventi e tutela della salute:

La questione appare evidente e dove l'accesso ai servizi è più che mai con queste persone che non hanno territorialità, non hanno residenza, non hanno domiciliazione, quanto mai problematica il fatto che da una parte passa alcuni servizi e dall'altra altri. Questo poi crea una geometria variabile che non permette di ancorare l'utenza al territorio in cui vive... loro si orientano bene, il problema è che non ha senso che l'orientamento sia dato dalla maggiore apertura o chiusura delle questioni e non da dove la persona vive perché poi è chiaro che se oggi in una situazione di non emergenza non ho nessun problema ad accedere al territorio X per chiedere la prestazione, se poi ho una

questione di urgenza vado nel mio territorio e quindi la si creano duplicati, questioni di comunicazioni ecc, quindi un po' questa è la questione. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Per quanto riguarda il territorio su cui si è concentrata l'indagine, il confronto col l'equipe del Progetto NAVE fa emergere un'efficace sinergia stretta tra il progetto regionale e l'ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1, al punto che questo servizio è stato adottato come punto di riferimento per l'equipe poiché è qua che, tendenzialmente, accompagna le donne prese in carico:

A Verona abbiamo molto ben rodato il rapporto, le relazioni con il consultorio familiare, specialmente con il centro donna straniera di Via Poloni. Il rapporto con il consultorio è molto stretto, la criticità che mi viene è che è esclusivamente con il consultorio di via Poloni, quando ci si sposta sul territorio, al di là di Verona, provinciale c'è da costruire la relazione e non sempre è facile, quindi tutti gli accompagnamenti tendiamo a focalizzare sul centro donna straniera di via Poloni. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Sono stati stretti, però, anche altri rapporti di collaborazione proficui con altri consultori e soggetti: altri consultori pubblici, alcuni consultori privati (l'Aied *in primis*), diverse realtà del privato sociale e il Cesaim.

Inoltre, le interviste evidenziano che, a causa dello sfruttamento a cui le donne vittime di tratta sono costrette e gli orari soprattutto notturni nei quali devono prostituirsi, infatti, la loro vita quotidiana risulta incompatibile con i tempi dell'ospedale pubblico. A ciò, si aggiunge la scarsa disponibilità del personale e le scarse opportunità in termini di tempo e mobilità delle donne "trattate" che rende ulteriormente problematica la conciliazione con gli orari dell'ospedale:

Le difficoltà che riscontro nell'accesso ai servizi sanitari per il nostro target sono gli orari, prima di tutto, nel senso che le ragazze che lavorano in strada lavorano di notte e di giorno dormono, molte lavorano anche di giorno, però diciamo che la mattina è molto difficile per loro alzarsi presto e andare dal medico, spiegare questo alle strutture sanitarie non è semplice. Il nostro consultorio è disponibile dalle 9.30-10 in poi, quindi un pochino più tardi rispetto ad un orario per esempio dove si fanno i prelievi bisogna essere lì alle 8.30 e per loro è quasi impossibile; molte volte saltano gli appuntamenti, se va bene uno su tre è già un successo. Il nostro consultorio è disponibile dalle 9.30-10 in poi, quindi un pochino più tardi rispetto ad un orario per esempio dove si fanno i prelievi bisogna essere lì alle 8.30 e per loro è quasi impossibile; molte volte saltano gli appuntamenti, se va bene uno su tre è già un successo. per fortuna noi abbiamo questa collaborazione con il consultorio che ci aiuta molto in questo, però a volte lo scoglio più grande è l'ospedale. [...] Il rapporto con l'ospedale, il reparto malattie infettive è un po' difficile ultimamente perché lì fanno sia i prelievi, che tamponi che visite mediche, non ginecologiche, c'è poco personale in ospedale, quindi tempi di attesa lunghissimi, le persone di solito non vogliono aspettare così tanto e si tratta anche di 3-4 ore di attesa, spesso magari dopo 4 ore di attesa vengono visitate di fretta, il problema non viene risolto...devono tornare altre 2-3 volte e tante si stufano prima e non vengono più o vanno magari nel paese di origine o privatamente chi ha la possibilità di farlo. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Un elemento di ulteriore "territorializzazione" delle opportunità di accesso ai servizi per la salute riproduttiva e, al contempo, uno strumento descritto trasversalmente come poco implementato, a causa della scarsità degli investimenti economici, benché necessario per lavorare con le donne vittime di tratta – così come con le richiedenti protezione internazionale e le Stp è, ancora una volta, la mediazione linguistico-culturale. Uno strumento, viene ribadito, importante, ma non sufficiente negli accompagnamenti di lungo periodo:

Parlando di donne straniere penso anche alla mediazione linguistico culturale che rimane un grosso problema nell'ambito sanitario, un po' in tutti i territori, con delle differenze... [...] in generale quello che possiamo rilevare è una difficoltà generale per le donne migranti nel muoversi

all'interno dei servizi sanitari, principalmente per il motivo che ti ho accennato prima, ovvero per la mancanza nei servizi sanitari di un'efficace azione di mediazione linguistico culturale che vada a rispondere ai bisogni dell'utenza, questo mi sento di dire che mi pare lo scoglio principale che le nostre utenti incontrano nel corso dell'interventi, poi noi al nostro interno siamo dotati di una mediazione linguistico culturale che viene offerta in supporto ai servizi sanitari, di per sé però non credo che la nostra mediazione sia sufficiente per coprire quelli che dovrebbero essere accompagnamenti sanitari di lungo termine. [...] la mancanza di mediazione linguistico-culturale fa sì che non si riesca a spiegare cosa stia succedendo e che tipo di terapia si può portare avanti, soprattutto lo troviamo nell'ambito delle gravidanze e dell'Ivg. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

A Verona, i tagli alle risorse infatti, hanno ridotto la mediazione a una mera "intermediazione telefonica", riducendone sensibilmente l'efficacia:

Verona, rispetto all'accesso ai servizi sanitari viene utilizzata la mediatrice che attiva il servizio sanitario, quindi l'Ulss che è la stessa che poi fa gli accompagnamenti per l'unità di strada. [...] A Verona è l'unico servizio sanitario che ha la mediazione presente perché altri non ce l'hanno e in alcuni casi è solo telefonica. [...] A Verona città, perché a Nogara hanno solo il triage telefonico e, quindi, all'interno della stessa Ulss. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

6.3.2 L'utenza: figure costanti e nuovi attori

Ricalcando i servizi per le donne Stp e per le richiedenti e titolari di protezione internazionale, la provenienza nazionale della parte più corposa dell'utenza seguita dal Progetto NAVE è nigeriana, soprattutto per quanto riguarda il territorio veronese, a conferma dell'importanza di questa migrazione in questo preciso frangente storico e sociale:

Diciamo che il 90% dei nostri accompagnamenti sono rivolti a nigeriane. [...] Per noi, il 50% di donne in strada sono donne nigeriane che rappresentano anche l'80% dell'utenza della seconda fase, quindi sia della valutazione che dell'accoglienza. Le donne nigeriane sono ... allora in realtà il fenomeno ha avuto un picco dal 2014 in poi, strettamente legato agli sbarchi. Tutte sono arrivate via Libia. [...] Verona si discosta un po' dagli altri territori perché abbiamo una netta prevalenza di nigeriane, diciamo su 120 teste contate in un mese, 90 sono le nigeriane, 20 l'est Europa e il resto tutti target minori, abbiamo solo 2 cinesi. [...] Il target africano è 100% Nigeria, abbiamo una ghanese e una marocchina, però quando parliamo di Africa in strada è Nigeria. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Le altre nazionalità sono quella cinese, quella bulgara e altre provenienze dall'Europa orientale, come Albania e Romania. Gli intervistati descrivono l'utenza albanese come la componente con più risorse e con maggior conoscenza della lingua italiana, mentre quella genericamente definita "Est europea" e, in particolar modo, bulgara, come quella più sguarnita di strumenti personali, oltre che come molto controllata dalla rete di sfruttamento che, di conseguenza, ne limita l'accesso ai servizi:

Il restante target è Est Europa, la situazione è molto diversificata rispetto ai territori. Ad esempio l'esperienza delle donne bulgare che sono presenti però solo nel territorio veneziano e pochi numeri nel territorio di Padova, queste bulgare sono bulgare rom turche. [...] Vivono una situazione di grave svantaggio sociale già nel Paese di origine, altissimi livelli di analfabetismo o bassissima scolarizzazione, rete di sfruttamento quasi familiare, ci sono grossi legami tra di loro, anche qui con differenze... ci sono donne che non hanno libertà di movimento sul territorio perché sono controllate a vista, da un lato, e dall'altro probabilmente non sarebbero neanche in grado da sole di muoversi sul territorio, prendere un autobus ed effettuare qualsiasi tipo di spostamento e sono le donne con le quali facciamo maggior fatica anche per l'accesso (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Le donne nigeriane prostitute, inoltre, sono vincolate dal meccanismo del debito contratto per la migrazione, quelle di alcune nazionalità est-europee, invece, dagli obblighi socio-culturali e di mantenimento nei confronti della famiglia di origine – come nel caso delle nigeriane, più o meno consapevole, più o meno connivente dello sfruttamento. Lo sfruttamento, inoltre, si riproduce in maniera intrafamiliare, coinvolgendo più generazioni dello stesso nucleo familiare:

C'è un meccanismo del debito come con le nigeriane. [...] Molte dall'Est Europa, invece, soprattutto lavorano per il mantenimento. [...] Proprio mantenimento della famiglia, hanno un tot a settimana che mandano a casa e il resto se lo prende. Stiamo parlando di donne che a 20 anni hanno già due o tre figli, appunto famiglie molto allargate. I figli sono con i nonni nel paese di origine. In alcuni casi le figlie erano in strada con le madri. Partendo da molto giovani, trovi le donne 30enni-35enni con la figlia neomaggiorenne. Ecco non abbiamo più avuto minori, ma anche perché qua sanno che c'è un'attenzione molto elevata. Ma per strada, comunque, ci sono. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Tra le diverse nazionalità di utenti e di donne prostitute, inoltre, ci sarebbero delle divisioni lungo direttrici etnico-razziali, un razzismo che si estenderebbe all'utilizzo dei servizi e che coinvolgerebbe anche i medici, stigmatizzati dalle donne Est europee se neri:

Un'altra cosa per l'est Europa che abbiamo notato noi è che hanno difficoltà a fare accompagnamenti o a fare un'attività proposta con le nigeriane, piuttosto non partecipano, piuttosto non fanno la tessera sanitaria, non fanno l'accompagnamento, noi abbiamo un'operatrice italiana che accompagna tutti i target e un'operatrice che è anche mediatrice nigeriana; qualora mancasse l'operatrice e ci fosse la necessità che la mediatrice nigeriana accompagnasse la ragazza dell'est Europa queste si rifiutano: "No, non esiste, io con le ragazze nigeriane non ci parlo, piuttosto non vengo", anche se hanno una visita e dicono che stanno tanto male e tu glielo proponi come unica possibilità: "No, allora non ci vado". [...] Qui con il medico di malattie infettive che è africano, le donne accompagnate a fare la visite si sono rifiutate, hanno detto che non esiste che vengono visitate da un medico africano. Come non ricevono clienti africani. [...] C'è anche il fatto che per l'Est Europa non riesce a passare alla fase successiva ... in qualche modo il nostro servizio è diventato meno attrattivo, se anche prima c'era un numero di accoglienze legato all'est Europa è andato annullandosi quasi del tutto, non so se il motivo può essere legato anche al discorso che facevamo prima, è visto un servizio per le nigeriane. Infatti da noi dicono "aiutate le nigeriane, so che fate i documenti per le nigeriane e noi no"... per la tessera Stp, ma in generale, dicono: "Aiutate le nigeriane, non aiutate noi e siete razziste nei nostri confronti", perché "so che la nigeriana ha avuto il documento" e magari è la richiesta d'asilo! Non conoscendo fanno i paragoni che non ci stanno e vaglielo a spiegare che ogni situazione è differente (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Se ci si concentra, invece, sulla nazionalità che interessa maggiormente il contesto socio-territoriale veronese, l'equipe del Progetto conferma le rappresentazioni proposte dalle operatrici degli altri servizi relativamente alla mancanza di risorse personali, alla giovane e giovanissima età, allo scarso capitale culturale e alla bassa estrazione sociale dell'utenza nigeriana, a cui si sommerebbe la diffusione di false credenze e miti, segno di una consapevolezza e una conoscenza del corpo e della propria capacità riproduttiva pressoché inesistenti. Tali caratteristiche, infatti, rendono più agevole il loro traffico e il loro sfruttamento da parte dei soggetti che gestiscono le reti della tratta che, in questo momento, costituisce uno dei principali canali migratori tra la Nigeria e l'Europa Mediterranea (Peano 2013a; 2013b). È importante ribadire, ancora una volta, la pressoché completa sovrapposibilità dei profili delle di origine nigeriana trattate, Stp e presenti (o transittanti) nel sistema dell'accoglienza. I confini tra queste figure risultano labili e la definizione dello status legale e sociale di queste donne è determinato soprattutto dalla temporalità del loro percorso migratorio in Italia:

Le ultime donne nigeriane, queste che troviamo in strada adesso arrivano tutte via Libia, l'età media si è abbassata notevolmente, dai 18 ai 25, è leggermente aumentato il numero delle minorenni, circa un 2%. Hanno le caratteristiche che dicevano i colleghi: bassi livelli di istruzione,

molte provengono da zone rurali, la maggior parte di loro comunque è arrivata con una rete di sfruttamento, quindi con il meccanismo debitorio e la maggior parte delle persone che sono in strada sono transitate nel circuito per richiedenti protezione internazionale, e quindi hanno in mano dei titoli di soggiorno per richiesta di protezione internazionale, spesso e volentieri senza sapere esattamente di cosa si tratta. [...] In questi ultimi anni ci occupiamo quasi esclusivamente di target nigeriano, molto giovane e in generale poco scolarizzato. [...] Io purtroppo ho ravvisato una mancanza di informazioni, anche di base molto grave, con il target nigeriano stiamo parlando di mancanza assoluta di conoscenza non solo del proprio corpo, ma anche di modalità di trasmissione di molte malattie o falsi miti, false credenze che portano ad avere dei comportamenti a rischio... non elevato, ma elevatissimo, come ad esempio fare il bidet con acqua e sale per evitare infezioni o gravidanze, bere il tè alla pesca per non rimanere incinta, bere alcolici subito dopo il rapporto a rischio per scongiurare la gravidanza... [...] un'altra cosa che mi veniva rispetto alle nigeriane è difficile .. quando le accompagniamo a fare le analisi, il pensiero è: "Mi prendono il sangue e non si rigenera più" o "Me lo prendono per venderlo" Quindi dobbiamo fare un lavoro sul momento, ma anche prima, spieghiamo che andiamo a fare le analisi, in che cosa consistono e allora la mediatrice spiega... Però alcune arrivano e quando sanno quante provette devono prendere, si rifiutano e vanno via (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Accanto a tali credenze per quanto riguarda la cura di sé e la tutela della propria salute riproduttiva, si affianca, anche per le donne vittime di tratta, come per le Stp e le richiedenti protezione internazionale, una generica fiducia nei confronti dei farmaci, di qualsiasi tipo, assurti a "cura contro ogni male". Da un lato, quindi, si ricorre a miti, la cui efficacia verrebbe giustificata quasi "magicamente"; dall'altro lato, ci si affiderebbe alla medicina superficialmente costruita come "occidentale" e "positivista". Entrambi questi atteggiamenti costituiscono due declinazioni della medesima attitudine fideistica e della stessa medesima necessità di soluzioni tanto semplici quanto rassicuranti:

Quello che abbiamo notato molto per le ragazze nigeriane è questo effettivo uso, non voglio dire smodato, però in qualche modo eccessivo di antinfiammatori e antidolorifici per qualsiasi cosa, che sia il mal di testa, o il dolore mestruale o il mal di schiena c'è sempre la richiesta di antidolorifico... paracetamolo in particolare... anche Brufen... Però insomma c'è questa, senza... saltando la parte di andare dal medico... questo non vale per tutte, generalizzare è sempre sbagliato, però diciamo che è un po' il comportamento maggiore. C'è anche questa difficoltà nel comprendere quale sia lo stato di difficoltà in quel momento, che si attraversa, per cui tutto viene un po' parificato, poi nella medicina che risolve ... non analizzare la malattia in sé, ma quanto più prendere una cosa che possa risolvere quel male in generale. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Le difficoltà maggiori risultano, ancora una volta, relative alla poca consapevolezza di sé e del proprio corpo e alla scarsa cultura della prevenzione. Per far fronte a queste necessità, gli intervistati ritengono che possa essere efficace una maggior formazione rivolta direttamente alle utenti, anche se, viene sottolineato, è necessario trovare il modo per ovviare al loro scarso capitale culturale affinché la supposta formazione risulti effettivamente efficace:

Mi è ricapitato di consegnare i preservativi alle ragazze e che mi chiedessero se erano cose da mangiare... Cosa che non succedeva dall'inizio degli anni '90. Scarsa alfabetizzazione, arrivo da situazioni rurali, vulnerabilità... è acuito dal fatto che la rete di sfruttamento non si prende più cura della loro salute e quindi c'è un gap informativo importante per cui non si rendono conto neanche di quali sono gli strumenti che dovrebbero utilizzare per tutelarsi. [...] Quando si tratta di appuntamenti, di comprensione di questo specifico target, la è un po' difficile, dipende molto dalla persona che si ha davanti al momento. Per il nostro target poi c'è una scarsa conoscenza del proprio corpo, in generale, molto, cultura sanitaria molto bassa. Loro magari scelgono un farmaco che cura tutto per loro e non si rivolgono a noi finché la cosa non degenera. Come anche c'è una scarsa conoscenza dei rischi di malattie sessualmente trasmissibili, a cui danno poca importanza. [...] C'è una combinazione di fattori, molto spesso sono persone con un livello di scolarizzazione molto basso, un livello di conoscenza di malattie sessualmente trasmissibili molto basso, se tu

chiedi: “Sai cos’ è l’Hiv?”, rispondono: “Sì”, OK e tu chiedi: “E cosa ti fa?” e loro rispondono: “Non lo so”, conoscono il contenitore, ma non il contenuto, non parliamo di epatite o di altre malattie sessualmente trasmissibili, quindi secondo me è una combinazione di fattori: giovane età, mancanza di scolarizzazione.. tutte queste cose assieme. [...] Sarebbe utile fare degli interventi di formazione delle utenti, il problema è che tante sono analfabete e lì è molto difficile, però magari con l’aiuto di personale sanitario, operatori, mediatori, si può anche fare... Soprattutto sull’Ivg e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. (Focus group con l’equipe del Progetto NAVE)

6.3.3 Fragilità ricorrenti e nuove problematiche

Coerentemente con la sovrapponibilità dei profili delle donne che compongono l’utenza dei diversi servizi, anche i nodi problematici rilevati ed espressi dagli operatori intervistati è pressochè coincidente. Spiccano, come presumibile, i temi della contraccezione e dell’Interruzione Volontaria di Gravidanza- tra le utenti, specifica una testimone privilegiata “c’è ancora l’utilizzo dell’Ivg un po’ come metodo contraccettivo”.

Alla drammatica assenza di consapevolezza di sé, di conoscenza del corpo e dell’apparato riproduttivo, dovuta alle caratteristiche sociali dell’utenza – soprattutto nigeriana – già ampiamente illustrate, si somma per questa “tipologia” di donne, le dinamiche del mercato della prostituzione e l’exasperazione delle forme di sfruttamento. Spesso, infatti, si eviterebbe l’uso del preservativo, accettandone i rischi, come richiesto dall’utenza – anche questa stratificata lungo linee nazionali e di classe – per poter rimanere “concorrenziali” sul mercato di strada o per aumentare i (miseri) margini economici. Altre forme di contraccezione, inefficaci contro le malattie sessualmente trasmissibili, ma utili per prevenire gravidanze indesiderate, invece, possono risultare troppo dispendiose in termini economici e di disciplina corporea e, quindi, anch’esse accantonate:

A livello delle modalità di contraccezione, purtroppo, bisogna confrontarsi anche con i costi, nel senso che la contraccezione un po’ più economica come potrebbe essere la pillola, per molte non va bene perché anche il fatto di dire “la prendo ogni giorno sempre alla stessa ora”, per qualcuna è quasi missione impossibile, o capire l’uso che devono interromperla e poi riprenderla. Altri tipi di contraccezione come la depo, spirale... hanno dei costi e anche a livello culturale si fa difficoltà a far capire loro che è necessaria ... ho come il forte sospetto anche per il target nigeriano che ci sia un doppio registro di valutazione del lavoro in strada, nel senso che: con i clienti bianchi, europei usano il preservativo, mentre in molti casi quando si prostituiscono con connazionali usino il coito interrotto... questo mi è venuto, il sospetto ci è venuto guardando un po’ alcune situazioni che ci sono capitate che spesso erano legate... parlando durante gli accompagnamenti e parlando con le ragazze hanno ammesso di non aver usato il preservativo. [...] Hanno dato varie spiegazioni, qualcuna dice una bugia palese: “È no, ma è stato con il mio ragazzo”, oppure “Sì è rotto”, qualcun’altra dice: “Sì, ma mi ha detto che stava bene, non aveva malattie...”. Quindi le spiegazioni sono varie, dopo capire quale sia vera, quale sia falsa è un po’ un terno al lotto... però diciamo che per il target nigeriano è aumentata anche nell’ultimo periodo la prostituzione anche con connazionali e questo, parere mio... non ho la sfera magica, o devono rifare le statistiche sull’efficacia del preservativo oppure vuol dire che qualcuno, magari paga un po’ di più per un rapporto non protetto... (Focus group con l’equipe del Progetto NAVE)

Un elemento interessante che, in parte, spiega l’inconsapevolezza e il disinteresse delle donne nigeriane prostitute è legato alla trasformazione delle dinamiche migratorie e della tratta che si sono allargate includendo classi sociali più umili e, quindi, coinvolgendo un numero maggiore di “candidate” e di estrazione sociale più bassa. Ciò comporta un ridisegnamento del debito che le famiglie e le donne contraggono per la migrazione che è così restituibile in un periodo di tempo più breve. Le reti della tratta, di conseguenza, non avrebbero più interesse a “investire” sulla salute e sulla prevenzione delle donne trattate, fornendo loro una sorta di formazione alla contraccezione, poiché il

legame con queste comporta uno sfruttamento più intenso – e più redditizio – ma più concentrato temporalmente:

A differenza di un tempo, la rete di sfruttamento le tiene agganciate per poco tempo, perché il debito è diminuito, per cui se prima era la rete di sfruttamento che si preoccupava che queste stessero bene in salute e gli insegnava l'uso del preservativo, piuttosto che la prevenzione, ora, siccome il debito si paga nel giro di forse un anno, .. non è più mio interesse che questa stia bene, è mio interesse che questa paghi nel più breve tempo possibile ... per cui io che lavoro dal secolo scorso su questo. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Se le intervistate descrivono in termini preoccupanti la conoscenza della contraccezione delle donne nigeriane e la loro disponibilità a usarla, la situazione appare, se possibile, ancora più drammatica per l'utenza cinese. Donne in età più matura, che spesso provengono da altre forme di sfruttamento, ad esempio lavorativo nel settore manifatturiero che, poiché non più sufficientemente produttive nei laboratori gestiti dai connazionali, vengono “riciclate” nel mercato della prostituzione:

Cinesi, molto in là con l'età e sono quelle che fanno i prezzi assolutamente più bassi, sono rimasta anche sconvolta, perché, mentre le nigeriane tramite il lavoro della mediatrice, del consultorio di via Poloni, capiscono dopo un po' l'importanza dell'utilizzo del preservativo, le ragazze dell'Est Europa sono più over 30 diciamo come età, sono spesso già seguite dal Sert e data l'elevata concorrenza, tengono prezzi bassi e non devono dare soldi a casa, ci dicono che non scelgono quali sono i loro clienti, ma devono tenere un prezzo che gli viene dettato dai clienti e alle loro condizioni, cioè i clienti chiedono di non utilizzare il preservativo, quindi per € 5, per restare nel giro del mercato dicono di sì ed è molto rischioso visto che quasi tutte sono seguite dal Sert da anni. Stesso problema per le due cinesi che abbiamo. [...] Talvolta sono donne che arrivano dallo sfruttamento lavorativo, che arrivano ai servizi espulse dal mercato del lavoro o in crisi perché c'è stato un infortunio, una malattia, una situazione di grave vulnerabilità o una sofferenza rispetto alle condizioni di lavoro che non tenevano più rispetto alla capacità fisica di reggere questa cosa. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Un ulteriore dato prevedibile è l'alto numero generale di Interruzioni Volontarie di Gravidanza, e, soprattutto, di Interruzioni praticate con i già rilevati “metodi fai da te”, con le donne prostitute, ovviamente, ancora più diffusi. Entro questi metodi, i farmaci utilizzati ricorrono e accomunano le donne prostitute alle Stp e alle ospiti delle strutture dell'accoglienza a ulteriore conferma della sovrapposibilità dei loro percorsi e dei loro background. A causa delle scarse risorse delle utenti e del ricatto e del controllo agito dalle reti che gestiscono la tratta, le donne prostitute propendono frequentemente per utilizzare percorsi abortivi “sommersi” e l'equipe del Progetto NAVE si trova, così, a dover gestire le conseguenze fisiche e sulla salute di tali pratiche abortive:

Un elevato numero di Ivg che purtroppo molto spesso sono interruzioni di gravidanza fatte non attraverso i canali ufficiali, ma attraverso l'uso e l'abuso di Cytotec, reperito e pagato sempre tramite le proprie reti, preso a caso, e questo succede quando non riesci ad avere magari una risposta immediata: se io devo fare la tessera sanitaria, devo prenotare la visita e mi danno l'appuntamento tra due settimane, il test, facciamo fare le beta-Hcg che è lì lì, però non è affidabile, questa qui ha l'ansia... Io posso dirle: “Guarda, in 10 gg riesco a farti avere l'Ivg in ospedale”, ma se l'amica le dice: “Pigliati cinque pastiglie e risolvi il problema”... purtroppo dopo il problema che ci troviamo a gestire è il post aborto. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Dal confronto con gli operatori e le operatrici, emergono anche situazioni estreme di sfruttamento pesantissimo e completa noncuranza – per mancanza di consapevolezza delle singole donne o per le costrizioni a cui sono sottoposte – che coinvolgono soprattutto donne Est europee che abortiscono ben oltre al terzo mese e che sono spinte a prostituirsi fin da subito dopo quello che è un vero e proprio parto:

Spesso tornano a casa a... [...] Magari arrivano al quarto o quinto mese di gravidanza e decidono di interrompere, nei loro Paesi, a pagamento, si fa tutto. [...] A me è capitato non più tardi di tre settimane fa di lavorare con una ragazza dell'Est che ha fatto l'Ivg al sesto mese a casa e in pratica ha fatto l'Ivg lunedì, mercoledì ha fatto l'uscita ed era già in strada. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Viste le caratteristiche e le intense condizioni di sfruttamento in cui si trovano le donne seguite dal Network Antitratta della Regione, la dimensione e l'esperienza della gravidanza assume significati peculiari e finalità strumentali. In alcune situazioni, infatti, costituisce una prova di "femminilità", a dimostrazione a sé stesse e alla cerchia di connazionali e familiari di poter essere "una donna come tutte le altre", nonostante le numerose Ivg e i percorsi a cui si è sottoposte.. Tale motivazione, basata su una scarsa consapevolezza delle implicazioni della maternità e delle pratiche di cura genitoriale, rivela le difficoltà di intervento dell'equipe del Progetto:

Un altro problema generale è quello di affrontare il tema della gravidanza, lo abbiamo da tutti i punti di vista e forse ancora di più nella fase di valutazione e poi magari d'ingresso in un programma di assistenza. Spesso la gravidanza è un motivo per cui si chiede una sorta di aiuto, accoglienza e non c'è un vero e proprio desiderio o motivazione a fare un progetto o comunque di allontanarsi da una rete di sfruttamento. La gravidanza in sé a volte non è programmata o ragionata insieme a un pseudo compagno, che magari c'è, esiste, però a volte è una prova di fertilità, del tipo: "Sì, ho avuto molte Ivg, aborti, provo a vedere se questa volta riesco a rimanere incinta". [...] [N]on c'è una progettualità di famiglia, non c'è un desiderio di costruire, o prendersi delle responsabilità rispetto al figlio ed è dura portare avanti questo progetto, se non altro il fatto che c'è anche una difficoltà nell'attivare la vulnerabilità del caso in sé. Quindi insomma una madre che sta per mettere al mondo un figlio e avrà di fronte a sé una fase in cui avrà da dedicarsi al neonato... diventa difficile da gestire con programmi di assistenza ben precisi, che sono finalizzati all'autonomia e che sì, tengono conto della vulnerabilità della persona, però a volte la gravidanza non è solamente l'unica vulnerabilità che la persona ha. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Un altro significato della gravidanza è connesso a un suo potenziale "utilizzo strumentale" finalizzato all'uscita, più o meno temporanea, dalla rete di sfruttamento, a favorire l'accesso ai servizi e all'eventuale sistema di accoglienza e/o all'ottenimento di un regolare permesso di soggiorno. Essere incinte, infatti, permette alle donne nigeriane di interrompere la prostituzione in strada, permette l'ottenimento di un documento di soggiorno per cure mediche e/o di entrare in un Centro di Accoglienza Temporanea e, quindi, intraprendere un percorso per l'ottenimento dello status – e del documento – di protezione internazionale. Va sottolineato, però, che non sempre tali strategie sono finalizzate a una definitiva fuoriuscita dalla tratta, poiché alcune possono prevedere di rientrarvi alla fine dello svezzamento del neonato. Ciò può dipendere da diversi fattori, in primis i vincoli ricattatori di dipendenza economica, materiale e sociale che queste donne hanno con i loro sfruttatori. Anzi, possono essere proprio i protagonisti della rete che gestisce la tratta a orientare la donna verso il sistema di accoglienza o i servizi, usufruendo, così, di un welfare che permette temporaneamente di ammortizzare e gestire l'assenza della donna in strada:

La gravidanza, in molte fasi, è pensata come un mezzo per ottenere il permesso di soggiorno. [...] Quello che riscontriamo noi è che molto spesso ci si distanzia dallo sfruttamento, quindi la gravidanza per chi è nella rete di sfruttamento genera uno stop, non puoi andare in strada con il pancione, quindi durante questa fase ti devi fermare. Questo è anche un modo per sottrarsi alla rete di sfruttamento, poi i casi dopo sono i più svariati, questo sottrarsi genera che la persona non ritorni nella rete di sfruttamento, in altri casi questo tipo di passaggio della propria vita non aderisce con un allontanamento, quindi magari quando il bimbo è più grande i rapporti con la madam, con la rete, riprendono, ci sono casi che abbiamo seguito soprattutto nei Cas di richiedenti asilo, magari arrivate o che sono rimaste incinta e magari dopo il raggiungimento dei sei mesi, un anno del bambino, in qualche modo hanno ricominciato a prostituirsi per pagare il debito. Dipende dagli accordi della persona quanto sottoposta a minacce, quale è il suo stato di vulnerabilità,

insomma dipende da molti fattori... a volte è anche la rete di sfruttamento che arrivata a una fase di gravidanza dà il suggerimento alla persona... vai a chiedere aiuto, solitamente allo sportello Caritas, vai da sola, di che non hai nessuno, non hai un posto dove andare, che ti ospita un'amica, però solo per poco tempo, fai il piantino ... è un copione che ormai lo abbiamo identificato, come lo hanno identificato gli operatori dello sportello Caritas d'accoglienza e in quasi tutte le città si ripresenta nello stesso modo. Questa è una richiesta di accoglienza strumentale alla gravidanza, in cui loro vogliono rientrare in un Cas che dia un po' di garanzie, ma anche di aiuto in questo momento, in cui magari non hanno gli strumenti per affrontarlo in maniera autonoma e perché gli può garantire di risolvere tutta una serie di problemi che loro non riuscirebbero ad affrontare da sole, banalmente il riconoscimento del figlio se non hai un documento. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Infine, per donne prostitute di altre nazionalità, invece, la condizione di gravidanza può implicare un ulteriore inasprimento del loro sfruttamento e del disprezzo per i loro corpi e la loro salute, in quanto risulterebbero persino più "appetibili" dai clienti presenti nel mercato della prostituzione di strada, con ovvie ricadute in termini di salute personale e del nascituro:

L'altra questione riguarda le gravidanze perché il discorso che si faceva per la rete nigeriana, non vale per le reti dell'Est, nel senso che noi molto spesso abbiamo assistito a donne che continuano a lavorare in strada anche in gravidanza e arrivano a partorire che sono ancora in strada, perché questo risponde a delle ratio diverse, un po' perché i clienti sono disponibili a pagare di più per avere rapporti con una donna in gravidanza e, quindi, è una fonte di guadagno, un po' perché c'è una normalizzazione, anche se questa cosa è una scelta condivisa con il compagno o comunque è voluta, non ci vedono nulla di male dal fatto, è un lavoro, considerano un lavoro la prostituzione e non capiscono perché questa cosa possa nuocere al feto, al nascituro. Quindi questa questione delle gravidanze dell'Est Europa di persone che continuano a lavorare in strada è un problema importante soprattutto per le infezioni e per quello che ne consegue. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Molte donne prostitute originarie dell'Est Europa scelgono di rientrare nel Paese di origine per il parto e di non avere contatti con i servizi nel periodo della gravidanza per timore che il neonato sia loro tolto dai servizi e dato in adozione:

Spesso e volentieri di fronte ad una gravidanza stanno in strada fino al termine della gravidanza per andare a partorire nei paesi di origine perché sanno che i servizi sociali hanno l'attenzione molto elevata, e quindi il rischio, anzi come è capitato in alcune occasioni di parti prematuri avvenuti in strada perché avevano sbagliato i tempi, sono intervenuti i servizi e hanno fatto le segnalazioni e in quei casi i bambini sono andati in adozione. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

6.3.4 Muoversi nei servizi sociali e sanitari, tra agency e difficoltà

I componenti dell'equipe del network regionale del Progetto NAVE sottolineano che, nonostante l'utenza conosca il servizio e dimostri una discreta agency individuale nell'affacciarsi e utilizzarlo, l'accesso non è immediato, soprattutto nella "fase iniziale" in cui avvengono i primi contatti. Un freno per le vittime di tratta nell'accedere tanto alle prestazioni fornite dal network, quanto gli altri servizi socio-sanitari nel contesto regionale è costituito dalla condizione di irregolarità amministrativa che caratterizza molte di loro. Ciò può essere legato al timore di ripercussioni, alimentato dal clima di crescente ostilità nei confronti delle popolazioni immigrate e, ancor di più, dello stereotipo negativo della figura del "clandestino":

Mi viene da dire che la prima difficoltà è la segnalazione, perché a volte può essere che in un servizio sanitario ci sia difficoltà ad esprimere una serie di richieste da parte delle donne, quindi la lettura da parte degli operatori sanitari sia di difficile interpretazione per poi segnalare al

servizio adeguato. Ad esempio non avere un permesso di soggiorno, oppure altre caratteristiche che potrebbero far emergere una situazione di vulnerabilità o una situazione a rischio, questa come prima cosa che mi è venuta in mente, per le donne nella nostra fase, perché poi noi le conosciamo in una fase diversa rispetto all'area contatto, e la difficoltà di muoversi attraverso i servizi, quindi capire la differenza tra i servizi sanitari e poco accesso... perché pensano, ad esempio, che non si possa accedere senza un permesso di soggiorno. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Come già rilevato attraverso le interviste e i focus group che hanno viste protagoniste le operatrici dei servizi socio-sanitari dedicati alle donne Straniere Temporaneamente Presenti e alle richiedenti e/o titolari di protezione internazionale, anche per le vittime di tratta si registrano difficoltà nell'accesso a servizi sanitari e nell'orientamento entro gli stessi, dovute, in parte, alla mancanza di un servizio di mediazione linguistica e, in parte, alle prassi burocratiche del Sistema sanitario nazionale che compongono quello che dalle utenti può essere percepito come un vero e proprio dedalo e che, di conseguenza, può scoraggiarne l'accesso. Tale complessità, inoltre, parrebbe strutturare un sistema stratificato di diritti sociali (Benhabib 2002) relativi alla tutela di salute per il quale ad ogni specifica condizione legale delle utenti, corrisponde un diverso pacchetto di diritti:

Di sicuro è necessario migliorare l'accessibilità ai servizi, c'è un grosso gap linguistico, se i servizi sanitari non comprendono che la mediazione è anche a loro vantaggio... non è che noi obbligatoriamente dobbiamo andar lì e portare per forza la mediatrice, io posso presentarmi lì anche solo come operatore... ma lì ci sarà sempre un accesso limitato. Un altro problema è la credibilità del sistema nostro, voglio dire, spesso questa forte burocrazia che c'è su tutto, anche all'accesso al sistema sanitario demotiva nel scegliere queste vie, ma risulta un po' incomprensibile.. perché c'è bisogno di una tessera, questa posso avere solo in determinati casi ... perché c'è bisogno di una residenza, e la residenza viene data solo in alcuni casi, così posso avere il medico, a se ho un bimbo piccolo credo che il medico in qualche modo sia un diritto... in realtà sembra più legato a dei doveri sociali, se hai la residenza hai un determinato pacchetto di garanzie come cittadino che non hai se magari hai un semplice permesso di soggiorno per richiesta asilo o se non hai nemmeno quello, ma sei in attesa di... sono situazioni difficili da spiegare e legittimare. A volte c'è anche la difficoltà di credibilità nel senso che anche nell'accompagnamento, magari quando la gravidanza porta alla nascita del figlio, quindi c'è un pediatra, una persona che da consigli riguardo all'accudimento del bambino, risulta a volte più importante il consiglio della connazionale... "mi ha suggerito che la tachipirina non va bene ho bisogno di un'altra medicina" e questo probabilmente perché il rapporto con il pediatra non è mediato da qualcuno che mi faccia capire bene... chiaro è impossibile che ogni pediatra abbia a disposizione un mediatore, però a lungo andare questa cosa genera difficoltà anche nell'accudimento del figlio, perché manca anche la loro famiglia, che spiega cosa è giusto fare e cosa no....e no che per ogni cosa vai in pronto soccorso col bambino senza neanche spiegare quello che sta succedendo. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Secondo i componenti dell'equipe, inoltre, oltre alla farraginosità dei percorsi di accesso e utilizzo dei servizi, a scoraggiarne l'utilizzo da parte delle donne immigrate sarebbero anche alcuni giudizi da parte del personale dei servizi: dichiaratamente espressi o incorporati negli atteggiamenti e, dunque, mal celati all'utenza:

La loro idea di maternità e di accudimento del figlio a volte è anche molto lontana e su questo mi vien da dire che i servizi non hanno ancora trovato una modalità di comunicazione che sia efficace, nel senso che la mia impressione è che essendo in qualche modo giudicanti, sul fatto che questo non va bene, etc., creano più un allontanamento che altro. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Le difficoltà da parte delle utenti ad affacciarsi ai servizi, però, si collega, ancora una volta, anche alla loro mancanza di autonomia. Ciò, non emerge "solo" nelle difficoltà da parte delle donne immigrate e "trattate" nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, ma anche nel saper ascoltare il proprio corpo, nel saper soppesare i sintomi e nel saper attribuire loro la giusta importanza. Ciò è dovuto a

una scarsa consapevolezza di sé – a sua volta legata alle poche risorse culturali, sociali, materiali che, come è stato in più passaggi evidenziato, caratterizzerebbe le protagoniste delle recenti migrazioni – e può comportare ritardi nella presa in carico e, di conseguenza, ripercussioni anche gravi sulla propria salute:

Le ragazze nigeriane soprattutto a volte loro aderiscono volontariamente al programma, poi la reale consapevolezza di cosa sia il programma, delle difficoltà che implica, eccetera, questo è un passaggio che è molto complicato anche perché generalmente non c'è una reale concezione del proprio percorso migratorio, quindi mi trovo in Italia, in Europa: “Cosa voglio fare della mia vita?” .. non è assolutamente chiaro e a volte non è nemmeno così importante per loro capire nel futuro più prossimo cosa sarà di loro, gli interessa principalmente sapere che oggi sono in accoglienza, ho un tetto e un vitto e ho delle persone che bene o male mi aiutano nella quotidianità, purtroppo spesso. [...] La difficoltà delle donne a dar nome al proprio disagio, a capire bene se dare importanza oppure no al malessere che hanno, a volte ne danno troppa e bisogna correre anche se è una cosa.. per niente si allarmano, altre volte hanno cose gravi che bisogna curare subito e loro non lo comprendono e magari non vengono o lo dicono quanto è già avanti la cosa, è già tardi. Stesso discorso per l'Ivg, spesso succede che sono già molto avanti con la gravidanza e bisogna prendere appuntamento subito, accompagnarle in ospedale e lì la burocrazia è quella che è, quindi far capire agli operatori che abbiamo i tempi molto ristretti e bisogna agire subito. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Al contempo, anche l'equipe del Network Regionale del Progetto NAVE riconosce il paradosso che si ritrovano a vivere in quanto operatori e operatrici sociali: senza il loro intervento, le utenti rischiano di non riuscire a rivendicare i propri diritti; se, invece, supportano le donne vittime di tratta attraverso accompagnamenti personalizzati, si presenta il rischio che quest'ultime non sviluppino una propria *agency* personale:

Sicuramente se non ci fossimo noi, come cooperativa alle spalle, in alcuni casi se si presentasse la persona in autonomia potrebbe essere che non venga rilasciata la tessera sanitaria oppure non viene assegnato il medico, o non viene rilasciato Stp, quindi anche noi a volte abbiamo difficoltà con lo sportello e dobbiamo passare al livello superiore e parlare con il dirigente, però anche in questo caso come si diceva... se cambia il dirigente, non si sa come andrà a finire. [...] Rimane molto l'accesso ai servizi come emergenza, dal punto di vista delle ragazze, se non ci fosse un po' l'operatore che fa l'accompagnamento, che comunque prenota le visite di controllo o gli incontri, da parte delle ragazze non c'è ancora la capacità o comunque la volontà di accedere al servizio in maniera preventiva. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

E ancora:

Io penso che i vari servizi socio sanitari si sentano più tutelati dall'accompagnamento o dall'appartenenza ad un altro servizio da parte dell'utenza, per cui sicuramente hanno un accesso privilegiato, sicuramente poi fanno fatica a scindere quando il nostro obiettivo educativo è “ora provi ad andare da sola”, per i servizi questa cosa diventa una tragedia, arriviamo a delle situazioni paradossali ... ad aver seguito persone 10 anni fa che arrivano con il compagno a chiedere un percorso di gravidanza e queste le fanno ripartire dal via come al gioco dell'oca perché un tempo nella tua cartella c'era scritto che ti aveva accompagnato il servizio X o Y... (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

La mancanza di autonomia si riflette e si riscontra anche nella scarsa assunzione di responsabilità rispetto agli appuntamenti concordati con le operatrici del progetto NAVE e relativi all'accompagnamento ai servizi sanitari. Le intervistate, infatti, raccontano di continui episodi di inaffidabilità da parte dell'utenza che potrebbero essere interpretati sia come il frutto di scarse risorse personali, come poc'anzi sottolineato, sia come risultante delle difficili condizioni materiali, sociali e di sfruttamento che queste donne sono costrette a vivere e che incidono, ovviamente, in maniera pesante sui ritmi della loro quotidianità:

Io soprattutto quando avevo un appuntamento in una struttura e la ragazza non si presentava o arrivava con due ore di ritardo non riusciva a capire perché non poteva più fare la visita e a volte è capitato .. alcune pensano che noi e l'ospedale siamo la stessa cosa, pensano che dipende da noi quello che riusciamo non riusciamo a fare, poi c'è tutto un agitarsi, un arrabbiarsi, poi non vogliono più avere a che fare con noi oppure in consultorio, quando la ragazza fa la terza interruzione di gravidanza, il consultorio insiste nel spiegare che bisogna usare un metodo contraccettivo ..io cerco di spiegarglielo, ma lei non recepisce e si arrabbia... A volte siamo impotenti anche noi... [...] a volte quando tu dai un appuntamento devi insistere, tu devi chiamare loro e insistere, ma a volte non vengono o vengono in ritardo... dici alle 8.30 e arrivano qua alle 11. [...] Poi la difficoltà è anche: "Se non ti vuoi presentare all'appuntamento, avvisa!" Magari avvisano, ma un'ora prima e allora c'è tutta la parte di spiegazione: "Se mi sono tenuta un'ora per accompagnare te, un'altra ragazza la devo far aspettare fino alla prossima settimana..." e allora quando sono loro che danno buca all'appuntamento, va bene, se poi gli dici: "No, questa settimana ho l'agenda piena, ti accompagno la prossima settimana" allora dicono: "Ma perché!? Non mi vuoi accompagnare!" Disdicono due minuti prima o alle cinque della mattina mi chiamano per dirmi che non vengono alle 8:00... (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

In generale, però, le intervistate si scontrano, nel corso del loro lavoro quotidiano, da un lato, con l'incapacità dell'utenza di concepire la salute riproduttiva nello specifico e la salute in senso più ampio come un processo continuo e duraturo, fatto di controlli, esami, salvaguardia e prevenzione: prevarrebbe, nell'utenza, un'attitudine fatalistica e un'attivazione finalizzata solo ed esclusivamente alla "risoluzione" di problematiche contingenti e puntuali, percepite come slegate dallo stato di salute generale, e in caso di "emergenze", tra le quali, è particolarmente frequente l'Interruzione Volontaria di gravidanza. Dall'altro lato, analogamente a quanto già rilevato dai servizi per Stp e richiedenti o titolari di protezione umanitaria, con una concezione dei servizi che percepisce e rappresenta l'ospedale, quando non nel pronto soccorso, la sede a cui recarsi e rivolgersi per qualsiasi tematica legata al corpo e alla salute. Le donne vittime di tratta, cioè, hanno difficoltà a orientarsi nei servizi, non conoscono le specificità del consultorio, della guardia medica o del medico di base e tendono a rivolgersi sempre all'ospedale per qualsiasi necessità:

C'è difficoltà di programmazione della cura, se oggi hanno Dal medico si va in fase acuta, se poi il medico ti dice 40 giorni dopo torna a fare la visita di controllo... il mio problema lo ho risolto, la visita di controllo non sta tra i miei obiettivi. [...] In molti casi sulla questione sanitaria, molti dei bisogni siamo noi a doverli stimolare. Quindi tutto il discorso che facevamo prima rispetto alla necessità della contraccezione e dei controlli... la maggior parte dei controlli sanitari vengono fatti dalla nostra utenza, ma perché siamo noi che facciamo noi un lavoro e andiamo a stimolare un bisogno di controllo, mi vien da dire che l'accesso e le uniche richieste sono quelle legate alle interruzioni di gravidanza... o alle emergenze in generale. [...] gli accompagnamenti, quelli sanitari, fidarsi se c'è un controllo da fare, se si cerca di far capire l'utilizzo corretto dei farmaci, quando si va dal dottore, come è l'accesso a tutti i servizi sanitari, l'accesso alla guardia medica ... come si diceva è molto complicato .. ho male, l'importante è che mi passi il male, non mi interessa sapere cosa ho, oppure faccio ricorso solo nell'emergenza e solo all'ospedale: quello è il loro punto di riferimento. È abbastanza difficile la comprensione della differenza delle necessità: quando ho bisogno di un dentista o che di un consultorio o che del pediatra per mio figlio... tutto diventa ospedale in generale, quindi anche i punti di accesso vengono definiti solo ospedale. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Al contempo, se l'ospedale è la struttura riconosciuta e riconoscibile dalle donne vittime di tratta come riferimento, è anche quella che ha sviluppato minori relazioni con i Consultori e i servizi del terzo settore:

Noi facciamo fatica ad entrare nell'ospedale, però è dall'ospedale che la donna passa. Io penso che è da lì che dobbiamo un attimo partire tutte... perché le donne passano da lì e quindi capire

un po' da lì che tipo di lavoro fare con i medici, con gli operatori che lavorano lì. Penso all'ospedale perché a livello di consultori ci si parla, quindi se penso all'ospedale... manca un po' quell'aggancio (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

Noi tre ostetriche del territorio siamo coordinate dalla capo ostetrica dell'ospedale, quindi quando abbiamo bisogno facciamo riferimento a lei,...ma una riunione con noi ostetriche del territorio con tutte le ostetriche di XXXX non la abbiamo mai fatta (Focus group con le ostetriche dei consultori)

I membri dell'equipe, quindi, ritengono necessario un maggior investimento anche in attività di formazione – oltre al già citato servizio di mediazione –, rivolta direttamente alle utenti, in modo che possano acquisire maggiore consapevolezza di sé, maggiore conoscenza sull'utilizzo dei servizi, incrementando, così, la propria autonomia indipendentemente dal supporto del Progetto NAVE:

Rispetto alle ragazze noi abbiamo osservato che ci sarebbe bisogno di ancora più incontri, quindi in questo caso ci vorrebbe disponibilità di mediazione linguistica maggiore, rispetto a conoscenza del proprio corpo, come funziona, metodi contraccettivi, anche in questo caso capire quali metodi possono essere più utili e più accessibili alle ragazze anche in autonomia, perché anche lì, finché appunto c'è la comunità che magari può pagare la spirale, piuttosto che un altro metodo, possono avere accesso, se non ci fosse la comunità sarebbe difficile ... allo stesso tempo l'utilizzo della pillola spesso è inefficace, perché è difficilissimo che le ragazze riescano a ricordarsi in autonomia, anche quelle che sono costati per tutto il mese, però non funzionano [...] condivido al 100% il fatto di fare un ragionamento diverso dal punto di vista della prevenzione e io insisto, vedo una mancanza importante il fatto di non investire nella mediazione linguistico culturale, ma una mediazione che non sia a chiamata o telefonica, ma che sia dentro al sistema e competente, non solo per quanto riguarda le Ivig, la parte che più strettamente ci compete, ma penso anche per la presenza dei minori, una presa in carico, anche sanitaria per chi porta avanti la gravidanza, anche sui minori avrebbe delle ricadute positive diverse. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Investire sulla prevenzione, infatti, oltre a garantire un servizio maggiormente efficace, permetterebbe un sensibile alleggerimento delle risorse economiche utilizzate per “rincorrere” le emergenze in ambito sanitario. Il Network Regionale Antritratta, infatti, svolge un servizio che ha ricadute soprattutto nell'ambito sanitario, prima ancora che sociale o di sostegno psicologico. Di seguito, quindi, riportiamo un estratto dalle parole dell'equipe intervistata in cui condividono le loro stime relative all'impatto della prevenzione in termini di risparmio economico:

Investire sulla prevenzione anche a livello di cittadini o futuri tali dovrebbe portare ad una diminuzione della spesa, piuttosto che fare un'ecografia in emergenza o avere il chirurgo che mi opera una persona che magari con una terapia di altro tipo. [...] Per molti anni si parlava del lavoro che facciamo noi che è visto solamente in termini di tratta e quindi di aiuto alle vittime, in realtà il lavoro che facciamo anche nella quotidianità è molto sanitario .. quindi l'accompagnamento va a supplire situazioni in cui dovrebbe essere il sistema sanitario a occuparsi di questo, di accesso ai servizi, però questo non viene riconosciuto, almeno come capitolo di spesa o altro... banalmente basterebbe riuscire a gestire meglio questo tipo di accesso, ma questo non è il periodo storico credo migliore per lavorare su questo. [...] Nell'attività del 2017 abbiamo messo una stima: se noi riusciamo a prevenire 10 casi di Epatite c nel corso di un anno, Epatite C che non ha vaccinazione, quindi il piano è esclusivamente sulla prevenzione, riusciamo a far risparmiare al sistema sanitario regionale fino a 375.000 euro, con 10 casi, se a questo aggiungiamo che ogni interruzione di gravidanza costa circa 1.400-1.700 euro e moltiplichiamo per tutte le Ivig che si potrebbero prevenire, ecco che lì... senza poi toccare la partita dei farmaci retrovirali Hiv dove una confezione costa 1.600 euro, lì il lavoro educativo assume grande importanza anche in termini di risparmio economico. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

6.3.5 Alcune questioni ancora aperte

Per concludere, il confronto con la coordinatrice e gli operatori del Progetto NAVE ha illuminato la persistenza di alcune questioni irrisolte e di alcuni nodi di difficile scioglimento. Una tra queste è, come già segnalato per l'utenza Stp e per le donne accolte nei Cas, la mancanza di servizi dedicati al disagio psichico e alle dipendenze, dimensioni che, come presumibile, si intersecano con le traiettorie di immigrate particolarmente vulnerabili come le donne vittime di tratta:

Io rispetto alla questione sanitaria più in generale segnalo anche una impossibilità all'accesso da parte delle persone straniere ai servizi psichiatrici e a servizi quali il Sert, per quanto riguarda le dipendenze, sono problematiche non indifferenti nella popolazione migrante di strada, quella che vediamo noi, e di fatto non hanno la possibilità di accesso a questi servizi, vuoi a volte per la condizione giuridica, quindi per la mancanza di permesso di soggiorno, ma poi perché sono servizi a volte non in grado di dare risposte a quella tipologia di bisogno, sia per il disturbo psichiatrico classico o per i vari gruppi di auto mutuo aiuto, abbiamo avuto vari interventi per le dipendenze. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Un'ulteriore questione sollevata dalle intervistate e dagli intervistati è la difficoltà, da parte di questa specifica "tipologia" di donne immigrate, di riconoscersi e rappresentarsi come vittime: per la scarsità di risorse personali, di capitale culturale e sociale; perché tale auto-rappresentazione porta con sé un carico di umiliazione e auto-svalutazione; perché tale presa di coscienza implicherebbe la complicità nella tratta da parte di familiari o parenti e, dunque, la sensazione di solitudine e tradimento che ciò comporterebbe; perché, spesso, quella della tratta è percepita – a torto o a ragione – come l'unica possibilità di giungere in Europa e avere delle risorse economiche per sé e per la propria famiglia, per quanto misere, all'interno di un "contratto" che sancisce l'erogazione di determinati servizi:

Questo è comunque una questione che accomuna i nostri target qualsiasi sia la tipologia di sfruttamento che subiscono, che fanno fatica ad auto-rappresentarsi come vittime di sfruttamento e a leggere lo sfruttamento in quanto tale, perché la vivono di solito come un pagamento di servizi alla rete che gli ha fornito un'opportunità... quindi il fatto che io devo pagare il marciapiede o magari metà della quota che guadagno in strada a chi mi ha portato ed è il mio protettore, non è che lui mi sta sfruttando, ma io gli sto pagando un servizio perché lui mi ha procurato un servizio... se chi mi offre l'aggancio con l'azienda si tiene poi sui 5 euro che guadagno, 2 euro per portarmi e offrirmi l'accoglienza... è normale, io gli sto pagando un servizio, quindi loro non si auto-rappresentano come soggetti a cui viene negato un diritto e che vivono uno sfruttamento e, quindi, anche l'accesso ai servizi avviene perché sono eterodiretti, sono gli altri che decidono per loro. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Ciò spiega le scarse segnalazioni da parte delle stesse donne vittime di tratta:

Le auto-segnalazioni sono molto poche, ecco, perché anche la capacità di riconoscere una situazione di sfruttamento è molto difficile, sono poche quelle che chiamano direttamente il numero verde. [...] Sicuramente c'è una differenza tra le due tipologie di sfruttamento, forse in un caso più eclatante, più riconoscibile... in quello dell'Est Europa è più difficile, magari in una situazione di maggior autonomia della persona... penso anche alle segnalazioni fatte da parte dei clienti o degli uomini, almeno quelle che sono arrivate dall'inizio del progetto NAVE sono quasi esclusivamente per le ragazze nigeriane... quindi non c'è più nemmeno il cliente che segnala l'Est Europa. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

Infine, una dimensione che il servizio non riesce ancora ad affrontare è quella della prostituzione "indoor", che si svolge nelle case private e che, nonostante risponda alle richieste di "decoro" da parte di segmenti della società e imprenditori politici e sociali, proprio a causa

della sua invisibilità, è praticamente impossibile da monitorare, con ovvie conseguenze sulla salute delle donne prostitute:

Loro sono molto contente di affidarsi a questo servizio, forse è un po' per il rapporto che si è costruito negli anni. Forse la parte più interessante per gravidanza, Ivg, salute riproduttiva sarebbe per la prostituzione indoor che però è molto più difficile da agganciare e non sappiamo ancora come affrontare. (Focus group con l'equipe del Progetto NAVE)

SCHEDA 3 – Un diritto alla salute riproduttiva a geometria variabile: tra eterogeneità dei servizi e mobilità territoriale dell'utenza

La necessità di un maggior coordinamento e di una maggior uniformità nell'offerta prestazionale e dei servizi intra-regionale viene ribadito anche dall'equipe del Progetto NAVE, che sottolinea le notevoli differenze rispetto ai servizi e agli accertamenti offerti in Regione e, quindi, un'eterogeneità “a macchia di leopardo” del diritto alla salute – riproduttiva – nel territorio:

Su questa cosa noi stiamo portando avanti un lavoro con la Regione Veneto per sensibilizzare sul fatto che diano indicazioni chiare rispetto ai servizi, perché poi è chiaro che se la questione si inserisce dentro un gap di direttiva ognuno applica il suo buon senso e quindi ci troviamo di fronte al caos. La portiamo avanti come progetto NAVE [...]. Quindi la questione della salute e dell'accesso ai servizi è una di quelle su cui stiamo lavorando di più perché ovviamente la questione appare evidente e dove l'accesso ai servizi è più che mai con queste persone che non hanno territorialità, non hanno residenza, non hanno domiciliazione, quanto mai problematica il fatto che da una parte passa alcuni servizi e dall'altra altri. [...] Gli operatori arrivano da tutte le parti del Veneto, noi abbiamo questo coordinamento Veneto per cui l'obiettivo nostro è quello anche di uniformare i servizi e le opportunità proprio perché con ci sia una differenza sul fatto che una acceda ai servizi di X piuttosto che di Y, anche se resta un obiettivo in questo momento, ci sono ancora delle questioni su cui ci sono trattamenti diversi, a seconda del territorio...penso al rilascio delle tessere sanitarie, penso ad alcuni esami per le malattie infettive dove in alcuni Ulss ne vengono garantiti un pacchetto, in altre un pacchetto diverso. Se io accedo all'ufficio malattie infettive del posto X, mi fanno solo l'hiv, se vado in quello Y mi fanno tutte le malattie trasmissibili, se vado all'ospedale X mi fanno tutto il day hospital per l'Ivg, se vado in quello Y me lo devo pagare ... questo non aiuta e fa sì che ci troviamo una migrazione non controllata che poi non è funzionale alla presa in carico dei servizi” (Operatrice del Progetto NAVE)

La differente offerta di prestazioni nel territorio regionale rende più complessa la presa in carico da parte dei servizi, ma allo stesso tempo congestiona alcuni contesti. Al contempo, la differenziazione dell'offerta di servizi in Regione induce una mobilità territoriale delle donne immigrate per soddisfare le proprie necessità relative alla salute riproduttiva, una ricerca a “chi offre di più” o “chi soddisfa prima e/o meglio uno specifico bisogno”:

Questo poi crea una geometria variabile che non permette di ancorare l'utenza al territorio in cui vive... loro si orientano bene, il problema è che non ha senso che l'orientamento sia dato dalla maggiore apertura o chiusura delle questioni e non da dove la persona vive perché poi è chiaro che se oggi in una situazione di non emergenza non ho nessun problema ad accedere al territorio X per chiedere la prestazione, se poi ho una questione di urgenza vado nel mio territorio e quindi la si creano duplicati, questioni di comunicazioni ecc, quindi un po' questa è la questione. Ci sono anche situazioni in cui i servizi sono garantiti dal pubblico, altri in cui a supplire alle mancanze del pubblico, oppure in concertazione con il pubblico, ma viene demandato al volontariato, alle Ong, penso alle Cucine Popolari di Padova oppure ad Emergency su alcune questioni qui a Mestre e per cui, siccome poi abbiamo valutato che i nostri target sono molto mobili anche rispetto alle risposte che cercano, ora noi cerchiamo di orientarle il più possibile nel territorio in cui vivono anche come ancoraggio ai servizi, ma loro sono molto mobili, quindi se sanno che qui è più facile avere un'Ivg rispetto che a Verona, non hanno nessuna difficoltà a

farsi 100 km per venire qui a farsi l'Ivg, o se sanno che a Vicenza non pagano e a Rovigo sì, loro si spostano... e per cui questa questione del focus territoriale lo abbiamo tenuto un po' sotto traccia e gli operatori saranno un po' di tutte le aree territoriali proprio per rispondere a questa diversificazione perché forse vi può tornare utile la rappresentazione. (Operatrice del Progetto NAVE)

L'eterogeneità dell'offerta dei servizi per la salute riproduttiva non si palesa solo a livello regionale, ma anche all'interno della stessa Ulss. Nel Distretto 1, ad esempio, riportano gli intervistati, il servizio di mediazione linguistico culturale è un servizio a cui provvede il sistema sanitario. Quando nel consultorio di via Poloni c'è un incontro con donne straniere viene sempre attivata la mediazione da parte del consultorio. Ciò non avviene nel consultorio di Nogara, dove è attivabile esclusivamente un servizio di triage linguistico telefonico, quindi l'ostetrica deve fare la visita, l'anamnesi etc. servendosi di una traduzione al telefono che, ovviamente, non riesce a restituire la complessità delle singole situazioni e che, in qualsiasi caso, non pone tutte le utenti nelle condizioni di veder soddisfatte le proprie necessità e salvaguardato il proprio diritto alla salute.

SCHEDA 4 – Il labirinto della rete dei servizi socio-sanitari

Dalle rappresentazioni delle intervistate emerge, al contempo, una difficoltà da parte delle utenti immigrate a orientarsi all'interno della rete dei servizi: non sempre vengono comprese le specificità del consultorio, il ruolo della guardia medica o del medico di base e, di conseguenza, tendono ad individuare nell'ospedale la struttura di riferimento a cui rivolgersi per qualsiasi necessità. Ciò risulta vero soprattutto per la "tipologia di utenti" in forte crescita, ossia le donne richiedenti protezione internazionale e/o "vittime di tratta", mentre quelle identificabili come lungo-soggiornanti hanno acquisito, nel tempo, la capacità di distinguere le specificità dei diversi servizi e, soprattutto, del consultorio. Per quanto riguarda le richiedenti protezione internazionale e, soprattutto, le "vittime tratta", infatti, quella che viene percepita come "rigidità" organizzative delle strutture sanitarie (orari di apertura dei punti prelievi, burocrazie per prendere un appuntamento, orari di visite etc.) parrebbero costituire un ostacolo all'accesso.

Tale dinamica complica il lavoro delle operatrici dei consultori, ma anche del Progetto NAVE del Network Antitratta della Regione Veneto, sia perché la centralità che l'ospedale ricopre nell'esperienza quotidiana delle utenti, rende particolarmente difficoltosa la creazione di relazioni fiduciarie al di fuori di tale contesto, sia perché parrebbe mancare un coordinamento strutturato tra consultori e ospedale:

Noi facciamo fatica ad entrare nell'ospedale, però è dall'ospedale che la donna passa. Io penso che è da lì che dobbiamo un attimo partire tutte... perché le donne passano da lì e quindi capire un po' da lì che tipo di lavoro fare con i medici, con gli operatori che lavorano lì... penso all'ospedale, perché a livello di consultori ci si parla, quindi si penso all'ospedale... manca un po' quell'aggancio (Assistente sociale di un consultorio privato)

Noi tre ostetriche del territorio siamo coordinate dalla capo ostetrica dell'ospedale, quindi quando abbiamo bisogno facciamo riferimento a lei, ma una riunione con noi ostetriche del territorio con tutte le ostetriche di Legnago non la abbiamo mai fatta (Linda).

A volte inoltre gli operatori sanitari che intercettano le donne, magari al pronto soccorso, non leggono situazioni di vulnerabilità o situazioni a rischio e quindi non attivano i servizi del territorio competenti (Operatrice del Progetto NAVE).

Tale aspetto, a cui si affiancherebbe una mancanza di informazioni chiara nei confronti dell'utenza, viene registrato anche da chi si occupa di mediazione culturale o, semplicemente, accompagnamento al parto:

Manca tanta informazione, ma manca veramente un accompagnamento. Ci vuole qualcuno che ti dica qual è il procedimento per arrivare a determinate cose o per fare determinate cose. Non può essere che tutte dobbiamo fare gli esami in cinquanta posti diversi, perché non c'è l'appuntamento o il medico libero e devi andare ovunque. Quella cosa non dovrebbe essere così. Quello è orribile. Perché senti, veramente, che non hai un dottore che ti segue e quello non va bene nelle gravidanze. (Mediatrice culturale)

Nell'esperienza della mediatrice culturale intervistata, ciò si sommerebbe alla solitudine e assenza di reti familiari, amicali e di supporto che caratterizza la quotidianità delle donne immigrate, come conseguenza dell'esperienza migratoria e delle politiche in termini di ricongiungimento familiare e "nuclearizzazione della famiglia immigrata", alle difficoltà linguistiche delle donne immigrate e all'assenza o a un inadeguato uso della mediazione linguistico-culturale, al rifiuto – sia per limiti di tempo e necessità procedurali e di standardizzazione, sia per diffusi stereotipi e rappresentazioni inferiorizzanti – del personale sanitario nell'ascoltare le esigenze, i desideri, e le richieste effettuate dalle donne immigrate, sfociando spesso in veri e propri episodi di "violenza ostetrica":

Sono andata all'ospedale, mi hanno ricoverata, e hanno cominciato le induzioni. Però di tutti i tipi. Io le ho provate tutte, credo. Setaccio, il palloncino, il gel. Ogni volta che io dicevo, "io non vorrei!". La dottoressa, mi diceva: "chi è più importante, tu o la bambina?". Più volte provavano, più non... perché è anche mentale il parto... Non importava cosa provassero, io non mi dilatavo mai. Sono stata così fino a mezzogiorno... Mio marito stava sempre con me, era come attaccato, perché io gli dicevo non mi lasciare, avevo questa sensazione di paura costante. La dottoressa mi ha detto: "devo parlare con te". Ho detto: "sì, va bene". Sono andata io, lei non mi ha nemmeno detto che doveva rompere la membrana, l'ha solo rotta. Quando io ho visto che tirava fuori l'apparecchio per rompere le membrane, che lo conoscevo perché lo avevo letto, avevo studiato. Le ho detto: "perché l'ha fatto?" perché già la mattina avevo fatto il controllo dei battiti e i battiti erano regolari, non erano accelerati, la bambina non stava soffrendo, niente. Però lei ha deciso di rompere la membrana, mentre mio marito non c'era in sala. Lei mi ha detto: "adesso, tu devi partorire in giornata! Adesso ti devo attaccare la cinta dell'ossitocina". Lì, mi è crollato il mondo. Non ero pronta, non ero d'accordo, non lo volevo e lo avevo specificato. Mi ha fatto tanto male che lei mi guardasse e mi dicesse: "c'è prima la vita della bambina e dopo quello che tu vuoi". Lì non ho capito più niente. Sono andata in sala parto. Non mi potevo più muovere perché già mi avevano attaccato alla cinta del battito, pertanto non mi potevo muovere, ero sotto ossitocina, tutto quello che non volevo proprio. Sono stata attaccata all'ossitocina fino alle 7 del pomeriggio. La bambina non voleva nascere proprio. Avevo due di dilatazione. La dottoressa continuava a spingere, a mettere la mano, tutta, ogni volta che c'era l'ossitocina e a stendere le dita che è una pratica orribile, veramente orribile. Dopo mi spingeva la pancia e, ogni volta che usciva, l'ostetrica mi diceva: "non lasciarti toccare". Quello era orribile, la parte più orribile, perché se tu ti devi fidare del dottore e l'ostetrica ti sta dicendo non lasciarti toccare... non sapevi che cosa stava succedendo. Io non riuscivo a capire cosa stava succedendo. Mio marito peggio. Lo guardavo e lui mi diceva: "non so che fare". Fino a che è cambiato il turno. È arrivato un altro medico che mi ha guardato e mi ha detto: "come stai?". Io ho detto: "io sto impazzendo". Lui mi ha detto: "basta, finiamola qua, andiamo a fare il cesareo!". Io ho sentito come il sollievo più grande della mia vita. Era quello che non volevo però, basta, è finita! Questo incubo è finito qua. Sono andata a fare il cesareo. [...] Ho fatto da mediatrice per una donna afghana che accompagnato nel percorso della gravidanza e del parto. Era infastidita dal fatto che io ogni volta dovessi dire: "dottore, vorrei che la visitasse una dottoressa. Vorrei che fossero delle donne. Vorrei che uscissero i ragazzi". Perché, anche se, per esempio uno mi ha detto: "è il mio turno e non c'è una dottoressa". Ho detto: "va bene, però perlomeno non quattro". Perché erano gli specializzandi. Ho detto: "per favore, perlomeno, non tutti insieme!" Gli specializzandi mi dicevano: "ah, ma perché? Così noi perdiamo delle ore...". Io dicevo: "mi dispiace, ma lei non vuole". È lei, è il suo corpo, no? E comunque ogni volta doverlo dire, era come... "perché dobbiamo sempre dirlo?" lei era anche, lei si sentiva anche un po'... un momento mi ha detto: "non dirglielo a mio marito. Non dirglielo a mio marito che mi ha visitato un dottore!" Questa sensazione di invasione, di violazione al suo corpo, al suo essere. Era duro. [...] Dopo abbiamo

anche dovuto passare il discorso dell'amniocentesi perché avendo avuto il bambino con la sindrome di down era obbligatorio, lo doveva fare, sembrava che fosse importantissimo, inevitabile. E lei ha detto: "no, se c'è il minimo rischio che perda il bambino non lo voglio fare. E non mi importa che abbia la sindrome di down o no!" allora, le hanno dato l'appuntamento 1, l'appuntamento 2 e 3 e lei continuava a dire di no in silenzio. Alla fine io gliel'ho detto al dottore: "guarda che se mi dai l'appuntamento 4, lei comunque dirà di no. Stiamo venendo agli appuntamenti perché sono obbligatori, perché lei non vuole. Non lo farà". E non l'ha fatto. Con tutte queste cose... anche se io le avevo detto: "nel momento in cui senti le doglie, tu me lo dici e io vengo a prenderti" e lei mi diceva: "no, ma tu hai la bambina" e io le dicevo: "non ti preoccupare. Io, A. e la bambina veniamo a prenderti". Lei, però, non mi sembrava molto convinta che io potessi andare. A me mi sembrava strano quello... alla fine mi ha chiamata dicendomi che aveva già partorito nell'atrio delle scale. Io so, come amica, che lei lo ha fatto apposta. Lei non voleva andare all'ospedale. Dopo che ha partorito. È venuta l'ambulanza, l'ha portata all'ospedale, però non ha dovuto, come diceva lei, aprire le gambe perché tutti vengano a vederla. Perché già l'aveva fatto con il primo, con la seconda, e lei non voleva farlo con la terza. È andata così, è andata bene. (Mediatrice culturale)

Nel tentativo di superare le dinamiche assistenzialiste che tali criticità comportano e per le quali le donne si rivolgono agli sportelli o alle associazioni si potrebbe investire in progetti – già sperimentati in altri contesti europei – di creazione di spazi e ambienti in cui le donne siano protagoniste di scambi di ruoli a seconda dei bisogni e delle esigenze. Tale spazio potrebbe servire a ricreare le reti che normalmente vengono meno nella migrazione, ad aprire le utenti a un percorso di conoscenza e di socializzazione superando l'*impasse* della invisibilizzazione e della marginalizzazione; a renderle autonome nella scelta di chi sia meglio farsi affiancare e aiutare a seconda dei propri desideri e delle proprie necessità; a mettere in comune conoscenze, informazioni e saperi e sentirsi meno sole. Infine, il Progetto NAVE del Network Antitratta della Regione Veneto e i consultori sul territorio regionale avrebbero costruito tra loro relazioni capillari e proficue. Tale collaborazione, però, risulta fragile e fugace perché non formalizzata da procedure e pratiche condivise, quanto, piuttosto, dalla disponibilità del sanitario che in quel momento opera nel servizio:

Se domani la dottoressa X o Y va in pensione, il sostituto o la sostituta che arriverà avrà la stessa disponibilità della precedente o no?! Non si sa" (Operatore del Progetto NAVE)

SCHEDA 5 – La prevenzione: la forma più efficace di "Innovazione Sociale"

Il tema della prevenzione è, giustamente percepito e presentato dagli intervistati come un ambito in cui è necessario investire, sia ai fini di salute pubblica, sia in termini di risparmio economico.

Nell'attività del 2017, abbiamo messo una stima, se noi riusciamo a prevenire dieci casi di Epatite C nel corso di un anno, Epatite C, che non ha vaccinazione, quindi il piano è esclusivamente sulla prevenzione, riusciamo a far risparmiare al sistema sanitario regionale fino a 375mila euro, con dieci casi! Se, a questo, aggiungiamo che ogni interruzione di gravidanza costa circa 1.400-1.700 euro e moltiplichiamo per tutte le Ivg che si potrebbero prevenire, ecco che lì... senza poi toccare la partita dei farmaci retrovirali HIV dove una confezione costa 1.600 euro, lì il lavoro educativo assume un'importanza determinante. (Operatore del Progetto NAVE)

Gli operatori, infatti, rilevano una scarsa conoscenza da parte delle donne rispetto a malattie sessualmente trasmissibili, allo stesso tempo evidenziano la disponibilità a rapporti non protetti a fronte di maggiori guadagni o semplicemente per poter rimanere nel "mercato" – ciò è drammaticamente vero soprattutto per le donne più adulte in un contesto di compravvendita sesso-economica sempre più orientata verso donne prostitute sempre più giovani, finanche minorenni. Ciò risulta particolarmente importante in un quadro storico contingente e in un contesto regionale in cui alcune forme di prevenzione (Screening e Pap Test) non sono facilmente accessibili alle donne

prive di un regolare permesso di soggiorno a causa dei tagli alla spesa sanitaria, arrivano alla diagnosi di forme tumorali anche con un anno di ritardo e presentando, di conseguenza, tassi di mortalità più elevati – oltre a un maggior carico economico per il SSN.

Infine, va rilevata l'interessante esperienza raccontata da un'ostetrica del Consultorio del Distretto 3, invitata a tenere una lezione sulla salute riproduttiva all'interno di un corso di italiano come lingua seconda per donne immigrate. Tale intervento si è rivelato un momento conoscitivo che ha permesso l'“aggancio” di donne che non avevano mai fatto accesso al servizio:

Quella lì era l'occasione per farmi conoscere e dopo venivano tutte in ambulatorio, perché tante donne venivano in ambulatorio, conoscendo l'ostetrica... per la contraccezione, per il ciclo mestruale... io spiegavo la fisiologia e la sessualità, la mestruazione, la pillola... è stata bella quell'esperienza, far conoscere nei loro ambienti... a donne che non erano mai andate nei servizi (Ostetrica del Consultorio del Distretto 3).

6.4 Servizi con utenza composta da donne “lungo-soggiornanti”

Per quanto riguarda i bisogni e le problematicità dei servizi con utenza composta da donne immigrate che, in questa sede, definiremo “lungo-soggiornanti” si è fatto riferimento al personale di alcuni Consultori pubblici e del privato sociale – tra questi, alcuni a cui fanno particolare riferimento le donne immigrate – e alcune ostetriche ospedaliere.

Un elemento condiviso da queste intervistate è il generale ridimensionamento delle risorse economiche investite nei servizi sanitari. Ciò, unitamente alla ristrutturazione dell'assetto organizzativo e i territori di afferenza, comporta problemi di organizzazione e coordinamento, comunicazione e confronto tra tutte le figure professionali coinvolte, impegnati in diversi orari e diverse sedi, incrementando quella che è già stata definita una stratificazione dei diritti sociali relativi alla salute riproduttiva (Benhabib 2002):

Noi all'inizio facevamo riunioni di equipe, dedicavamo un giorno alla settimana, un'ora, un'ora e mezza, adesso non riusciamo più, non ci troviamo quasi mai tutte assieme, più di una ha una sede diversa. Sarebbe auspicabile, molto auspicabile, riprendere a fare le equipe, anche solo per vedersi...nel nostro lavoro, quando vedi una donna hai bisogno di confrontarti se saltano fuori problematiche psicologiche, sociali, anche solo per un confronto, un sostegno, per dire: “Sì, sto facendo la cosa giusta”. Io che queste riunioni le facevo penso che sì, c'è venuto a mancare un bel pezzo. Ora bisogna sempre rincorrersi per telefono. Ci sono casi che si fanno a pezzettini, mentre se si è assieme si riesce a metter giù qualcosa di unico. Ciò dipende dal taglio delle risorse. È certo, perché la psicologa è qui tre giorni a settimana, quando c'è la ginecologa non c'è l'assistente sociale, perché abbiamo tutte più sedi. Adesso siamo tutte un'unica Ulss, ma quando le vedo le colleghe!? Non c'è un confronto, non c'è un parlare, a meno che non ci sia una signora che deve andare in un'altra zona e allora io prendo il telefono chiamo la collega, ma finisce lì la cosa, non c'è un confronto, non c'è! [...] Ci siamo trovate la settimana l'altra o quindici giorni fa, perché la direzione ci ha convocato, una riunione in cui tutti sono stati invitati, però ci siamo solo visti, hanno parlato i direttori, ci siamo solo visti. Il consultorio è ancora di pertinenza territoriale, io ho dei confini territoriali, quindi se mi chiama una signora di un altro territorio non può venire da me. [...] Di fatto non sappiamo cosa fanno le colleghe di altri territori, ci potrebbero essere procedure e modalità completamente diverse e se una donna anche solo si trasferisce dovrebbe riorientarsi, non c'è una collaborazione con le colleghe. (Ostetrica)

Il taglio alle risorse per i servizi socio-sanitari, avvenuto a livello nazionale e regionale, compromette anche l'offerta e la qualità del lavoro dei professionisti. Un'intervistata riporta, ad esempio, che meno di tre ostetriche devono coprire un territorio molto vasto. Non potendo, quindi, offrire un servizio continuativo nel tempo, si ritrovano a rincorrere le necessità e dover continuamente soppesare il grado di urgenza dei bisogni delle utenti:

Nel post partum facciamo le visite domiciliari. Ma anche qui dipende dalle risorse: quando sono venuta qua dodici anni fa le visite domiciliari erano offerte, nel senso che ad ogni mamma veniva fatta la visita. Adesso possiamo al massimo valutare la situazione e dico alle mamme di venire qua. Oggi, ad esempio, vado da una mamma che ha due gemelli e ha appena partorito, è un caso particolare: ha appena partorito e vuole una consulenza sull'allattamento e non me la sento alle due del pomeriggio di farla venire qui visto il tempo, abita qui vicino e allora vado io, però sono molto molto molto rare quelle che possiamo fare, purtroppo. [...] Ce ne sarebbe bisognom ma sul nostro territorio, sul nostro distretto, siamo due ostetriche e mezza, perchè una è part time, e facciamo tante cose: io oggi pomeriggio avrei l'ambulatorio dell'allattamento dalle due alle quattro, chiudo perchè devo andare a vedere la mamma. Essendo l'accesso libero, se qualcuno verrà oggi pomeriggio perchè ha bisogno, troverà la porta chiusa. Il laboratorio dell'allattamento sono consulenze. [...] Purtroppo anche questo dovrebbe essere tutti i giorni, perchè non è che la mamma ha il problema solo il giovedì pomeriggio, ce lo ha anche il martedì o altri giorni e io, se posso, le vedo anche negli altri giorni, però dobbiamo dare un orario (Ostetrica)

6.4.1 La salute riproduttiva nelle sue dimensioni sociali, migratorie e “comunitarie”

Un aspetto subito messo in evidenza dalle interviste è lo stretto intreccio tra le condizioni relative alla sfera della salute con altre dimensioni sociali, lavorative, familiari, relazionali e culturali che caratterizzano i percorsi dell'utenza: “I bisogni ormai sono troppi, tante famiglie con lo sfratto esecutivo, tante famiglie senza lavoro, tante famiglie che ormai sono qua da anni e che si sono fatte anziane”. (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

La cornice costituita dalla crisi economica, ad esempio, condizionerebbe, sottotraccia, le esperienze delle donne immigrate e i loro familiari attraverso la disoccupazione e le inevitabili tensioni intrafamiliari e tra i componenti della coppia coniugale e genitoriale che ciò comporta. Un'assistente sociale intervistata, ad esempio, riporta diversi episodi di violenza domestica innescati dalla disoccupazione della figura del *male breadwinner*, dalla depressione, dall'inadeguatezza del proprio ruolo familiare e di genere e dal consumo di alcol. Spesso, inoltre, la violenza domestica si accompagna da forme esplicite di violenza simbolica (Bourdieu 1998) per la quale le donne giustificano i soprusi subiti in virtù della condivisione di categorie di interpretazione dell'ordine sociale con i mariti violenti:

Più che un cambiamento di utenza ho visto una complessità di problemi. Mentre una volta il problema era: “Non ho il lavoro”, quindi magari era un problema economico, ora il problema economico si aggancia ad altri problemi, alla violenza domestica, all'alcolismo, alla depressione e quindi diventa proprio complesso... oltre al problema economico che vedevo anche sei anni fa e quindi ti attivavi con il Comune... ma invece adesso tutti i casi hanno assieme al problema economico anche altri problemi: relazionali, di stati depressivi, di violenza domestica, ovviamente poi lo sfratto perché non lavori e non hai la casa di conseguenza...e quindi sono tutti problemi che si intrecciano e sono di una complessità enorme e quindi è difficile intervenire. [...] Sì, a dir la verità sì, magari ovviamente la marocchina, essendo che il marito ha perso il lavoro vorrebbe anche andare a lavorare, ma il marito non vuole.... C'è l'aspetto culturale, anche per le pakistane ad esempio, allora lì cominciano le prime tensioni di coppia... Le utenti srilankesi magari hanno un altro tipo di problema, magari hanno il marito che beve, fanno fatica a dirlo, magari il marito le picchia quando beve... poi però c'è anche il problema economico e quindi si apre... quindi magari c'è un problema relazionale, ma di diversa natura, a seconda della cultura e quindi poi qui entra la cultura. Un marito pakistano che è cresciuto così, e anche la moglie... sono cresciuti così, per quanto tu gli possa dire “ma guardi che la moglie deve lavorare”... non entra, cioè perché... come fai a scardinare queste basi? Anche una mia utente pakistana, in attesa della quarta bambina e lui la picchiava perché non voleva la quarta bambina, lui voleva un uomo, un maschio e io le dicevo: “Ma vai a far denuncia” e lei: “No, ha ragione, io gli ho dato un'altra bambina”... puoi chiamare tutte le psicologhe che vuoi, tutte le mediatrici che vuoi, ma è difficile scardinare questa sovrastruttura culturale, la puoi magari un po' cambiare su certi aspetti, ma rimane. (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

Il lavoro nel consultorio, quindi, non si concentra esclusivamente sulla tutela della salute riproduttiva, ma anche sull'orientamento dell'utenza rispetto ai loro bisogni socio-relazionali in senso ampio. Ad aggravare le problematiche delle donne immigrate lungo-soggiornanti si somma l'isolamento e la solitudine relazionale e familiare. Solitamente, infatti, sono presenti in Italia senza la cerchia familiare allargata, sia per le dinamiche proprie della migrazione, che difficilmente è un'esperienza "pienamente familiare", coinvolgendo genitori, sorelle e parenti sia per le politiche del ricongiungimento familiare che consentono di richiamare in Italia solo il coniuge, i figli minorenni e, solo se in grave stato di necessità, i genitori (Della Puppa 2015). L'assenza di cerchie sociali, oltre a contribuire alla solitudine e all'isolamento, sottrae la possibilità di un supporto nel corso dell'esperienza della gravidanza o del lavoro di cura genitoriale, che grava, così, esclusivamente sulla famiglia nucleare, ossia la coppia coniugale che, talvolta, ha difficoltà a coniugare il lavoro produttivo col lavoro riproduttivo:

Gli italiani hanno una rete, la ragazza madre, magari ha i genitori che per un po' la cacciano di casa, ma magari poi ha la cugina, ha la zia, ha l'ex insegnante, ha tutta una rete che si costruisce e che magari una straniera non ha. Una mamma straniera viene qua e ha solo il marito o la sorella del marito che però ha la sua famiglia, tutta un'altra realtà (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

Le donne che fanno il travaglio da sole sono donne che magari hanno bambini piccoli a casa e il marito è a casa con i bambini. [...] La maggioranza hanno qualcuno ..prevalentemente il marito, e se no c'è la persona di fiducia...è raro trovarsi con la donna che travaglia da sola. (Ostetrica)

Le donne immigrate si ritrovano, così, ad affidarsi alla rete dei connazionali che, spesso, si aggrega attorno ai riferimenti religiosi: è il caso della sala di preghiera per le donne di origine marocchina o delle chiese evangeliche per le donne di origine nigeriana che forniscono alle fedeli informazioni e orientamento:

Molte nigeriane vanno in chiesa, la chiesa è la loro relazione, hanno la loro comunità evangelica, pentecostale, apostolica, le loro innumerevoli denominazioni, vanno lì il sabato e la domenica e si sfogano così. Io le vedo... a volte vengono e mi dicono: "Mi ha inviato la mia amica che ho incontrato in chiesa" oppure vengono accompagnate da qualcuno oppure ti dicono che quello della chiesa le aiuta a pagare l'affitto e, quindi, capisci che la dimensione socializzante è la chiesa. Lo stesso anche le marocchine: sto seguendo una ragazza marocchina... la moschea... quindi, tutti questi luoghi culturali e religiosi sono la loro relazione. (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

6.4.2 L'utilizzo dei servizi: tra supporto e controllo

La rete relazionale dei connazionali appena descritta come una forma di supporto, però, può costituire anche una forma di controllo "intracomunitaria". Molte utenti, infatti, si troverebbero in disagio nell'utilizzo di servizi che a loro volta si avvalgono di mediatrici culturali appartenenti alla medesima collettività o che, comunque, sono molto frequentati dalle connazionali:

Per altre fino ad un certo punto perché ti dicono: "Io non voglio che questa sappia dei miei problemi" e allora riesci a mandarle da qualche parte, vai qua che non hai tutte le tue connazionali con cui magari si ha paura di dire certe cose. [...] Tante donne non sono d'accordo ad avere una mediatrice della stessa nazione, perché Verona è piccola e tutti si conoscono. [...] La mediazione serve solo in alcuni casi, altrimenti rischia di rovinare la relazione tra assistente sociale ed utente o tra educatrice e utente perché le vedi delle volte, la donna si irrigidisce quando vede la mediatrice culturale, perché si fa un'idea della mediatrice "ecco, questa ci ha traditi". Io ho avuto un utente che mi ha detto: "Io non voglio la mediatrice culturale ghanese perché lei dice altre cose

a loro, cioè ai servizi”. [...] Io so che non tutte le utenti sono felici di questo, perché magari al mediatrice poi te la trovi in chiesa, dove molte vanno con il più bel vestito, quindi non sempre vogliono che i loro problemi siano condivisi. (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

Tale controllo o di disagio, inoltre, prende forma anche lungo linee di genere e generazionali internamente alla coppia. È il caso, ad esempio, delle visite ginecologiche in cui la donna può affidarsi esclusivamente al marito come mediatore linguistico. Da un lato, ciò può generare ansia e senso di inadeguatezza nel marito, investito di tale ruolo, dall'altro lato, può generare imbarazzo nella donna utente, portandola a minimizzare l'entità del malessere e la sintomatologia, rischiando, così, di compromettere un sereno clima coniugale, di disincentivare l'utilizzo del servizio da parte della donna e, di conseguenza, di mettere a repentaglio la sua salute riproduttiva e quella della coppia. O, ancora, è il caso in cui a mediare tra utente e servizi sia un figlio o una figlia dell'utente che si trova, così a essere “genitore del proprio genitore”, comportando, anche in questo caso, ansia da prestazione per il discendente, che vede sovrapporsi il ruolo filiale e quello di colui che possiede gli strumenti linguistici per orientarsi entro la società di immigrazione, e la perdita di autorevolezza per l'ascendente che vede sovrapporsi il proprio ruolo materno a quello di utente del servizio e che, comprensibilmente, non può condividere con la figlia molte informazioni rispetto alla propria salute e alla propria biografia riproduttiva (Ambrosini 2011; Della Puppa 2015):

Le utenti immigrate ce ne è qualcuna che viene da sola, ma prevalentemente con il marito e io mi arrabbio tanto...perché dico, da donna, come fa lui a dirmi se avete prurito vaginale, se avete dolori. Noti questo imbarazzo tra marito e moglie e mi dispiace questo....allora cerco di farmi capire e sollecito a imparare l'italiano in modo che tu venga a dire a me, da donna a donna: “Ho prurito”, mi spieghi bene, così la ginecologa capisce quello che vuoi dire, perché il marito su dieci parole che la moglie dice lui ne traduce cinque o ne traduce dieci !? Non lo so... ho questa percezione qui... che lui dice quel poco ed è già in difficoltà... [...] La comunicazione che da donna a donna in questo ambito deve essere più libera. [...] Manca proprio questa possibilità che le donne immigrate non hanno di esprimersi liberamente su un aspetto della sessualità, della contraccezione, del proprio corpo. Metterle a loro agio in questo senso con delle donne che riescano a metterle a loro agio... quindi mariti, no, che vengano sì, piuttosto di niente, però che imbarazzo! O anche quando vengono accompagnate dalla figlia, quando io chiedo: “Ultima mestruazione” oppure “Ha avuto rapporti? O “Quanti figli ha avuto tua mamma?” o se la mamma ha avuto degli aborti per me è importante, ma se la figlia non o sa... o come fai a chiederglielo!?” (Ostetrica)

Al contempo, però, il personale ostetrico ritiene la mediazione uno strumento utile, quasi indispensabile nell'accompagnamento della gravidanza. In alcuni servizi, ad esempio, a causa dei tagli alle risorse, la mediazione linguistico-culturale – anche se parrebbe essere l'aspetto linguistico quello su cui si focalizza l'attenzione del personale sanitario – sarebbe ridotta a un mero *triage* telefonico. Un servizio, cioè, certamente inadeguato rispetto alle necessità delle donne in un frangente particolarmente delicato della loro esperienza biografica, migratoria e sanitaria:

[Una cosa difficile del nostro lavoro è] la comunicazione con le pazienti straniere che vengono in ambulatorio ..per esempio le cinesi, non siamo capaci di comunicare con le cinesi, proprio neanche gesticolando, altre signore vengono con i mariti, ma è sempre una difficoltà con i mariti. Abbiamo la mediazione telefonica linguistica, però è sempre qualcosa attraverso il telefono e le signore sono restie... Abbiamo solo un *triage* linguistico telefonico. Anni fa avevamo la possibilità di richiedere una mediatrice araba, adesso è un paio d'anni che non viene più... il *triage* linguistico è utile per me, per chiedere le prime cose, ma poi durante una visita è difficile, noi adesso chiediamo sempre che le donne vengano accompagnate da qualcuno... è un servizio a carico dell'Ulss, noi chiamiamo questo numero per qualsiasi lingua e mi passano un mediatore che parla quella lingua. (Ostetrica)

Soprattutto, la scarsa conoscenza della lingua italiana scoraggierebbe molte utenti nel frequentare i corsi di preparazione che, va ricordato, vengono tenuti solo ed esclusivamente in lingua italiana, rivelando la ormai superata concezione mono-linguistica e mono-culturale attraverso le quali i servizi e la società si rappresentano, così come la tipologia di utenza strettamente autoctona a cui si rivolgono. Nelle parole di un'ostetrica, infatti:

Le donne straniere non frequentano i corsi di preparazione alla nascita perchè non parlano italiano, i corsi sono aperti a tutte, ma di fatto chi non parla la lingua non viene. [...] Le donne italiane possono frequentare il corso parto e quindi hanno più modo di socializzare con le altre mamme, mentre le donne arabe no. (Ostetrica)

Per quanto riguarda l'esperienza del parto, invece, lo scarto linguistico non parrebbe costituire un ostacolo particolarmente insormontabile perchè, come riportano alcune ostetriche intervistate, nel momento "cruciale" si riesce, comunque, a instaurare una comunicazione efficace tra personale sanitario e paziente:

Allora la prima cosa che mi viene da pensare è la barriera linguistica, perché finché è inglese o francese, in qualche modo ci si barcamena in qualche modo, ma se sono altre lingue è ben difficile e allora ecco che interviene il mediatore culturale, però il mediatore culturale per il travaglio e parto non entra ovviamente, viene di solito avvisato il giorno dopo del parto, proprio per cercare di gestire quello che sarà il ritorno a casa, tutta la burocrazia, le difficoltà. In realtà, quando sono in travaglio la barriera linguistica viene un po' meno perché ci si capisce molto a sguardi, a intesa e quindi si intuisce bene di cosa ha bisogno la donna e la stessa si esprime in base alle sue necessità, quindi tutto sommato diventa un po' meno difficile ed è logico che la lingua è fondamentale, però ci si aiuta con quello che si ha. Non dà particolari problemi. [...] L'attivazione della mediazione la fa la coordinatrice. [...] Di solito siamo noi, cioè chi accetta la signora facendo il ricovero, se nota facendo la cartella questa difficoltà... che avvisa la caposala, che chiama. [...] C'è un servizio di mediazione, è un servizio dell'ospedale:... in base alla lingua interviene il mediatore. [...] C'è un bacino di persone a disposizione; anche nei festivi. (Ostetrica)

Le ostetriche intervistate, inoltre, riportano che, in sala parto, la presenza della mediatrice non costituisce un problema per la paziente, diversamente da quanto avverrebbe, ad esempio, in consultorio.

Le parole di una testimone privilegiata confermano come, talvolta, la transizione da una "categoria" di utenza all'altra da parte delle donne, soprattutto per alcune nazionalità, sia connessa ai loro cicli migratori e biografici. La stessa, inoltre, illustra i timori che le utenti se, da un lato, si affidano al servizio socio-sanitario – in questo caso il consultorio – per trovare aiuto e supporto, dall'altro lato, nutrono un sentimento di diffidenza e timore di fronte a ciò che è percepito, in qualsiasi caso, come un'istituzione che può esercitare un potere bio-medico sui loro corpi e, soprattutto, sulle loro relazioni familiari. Tali percezioni e rappresentazioni sono certamente alimentate dall'ostilità nei confronti delle donne e delle popolazioni immigrate che avvelena il clima mediatico, pubblico e politico nel contesto locale e nazionale. Al contempo, il lavoro paziente e relazionale del personale del Consultorio permetterebbe di creare un clima fiduciario e a scardinare la cornice istituzionale che avvolgerebbe il servizio:

La difficoltà che ho avuto è stata con una ragazza nigeriana che era stata vittima di tratta... è molto difficile da lavorare, sono molto diffidenti probabilmente per diverse motivazioni e quindi non voleva firmare la privacy perché pensava che firmando la privacy magari lei partoriva e c'era una clausola per cui il bimbo lo prendevamo noi e quindi lei non ha firmato la privacy dicendo di volerla farla leggere ad altre persone. Allora gliela ho data da portare a casa e ci siamo riviste in un altro momento... e poi mi ha chiamato un vicino di casa italiano chiedendomi spiegazioni e io gli ho detto tutto. Io dall'inizio spiego tutto sulla documentazione, spiego dove sei e che ti devo fare delle domande per una scheda anagrafica... minimizzo la parte scritta per concentrarci poi a parlare e capire le difficoltà, cerco di minimizzare la parte scritta e documentale e infatti la raccolgo alla fine o all'inizio velocemente, ecco, però lì... c'è la diffidenza perché sono assistente

sociale, la paura che si portino via i bambini etc. ...qua ci salva che siamo un privato, qui le mamme sono più rilassate, è un ambiente informale, se viene qui la mattina le mamme chiacchierano, quello salva un po' di più rispetto a chi lavora in un pubblico e sono anche più sincere, tipo: "Qui c'è scritto che lavoro ma è un lavoro fittizio perché devo fare il Permesso di soggiorno...ma rimanga fra me e te" [...] Perché magari dicono: "Non dirlo a quella del C"... oppure quelle mamme "È sono incinta ma ho paura a dirlo a quella del C che magari mi porta via il bambino"...ce lo hanno chiaro, ma perché lo vedono quando vengono qua, perché c'è un po' un'anarchia... non c'è quello sportello di quando vai nel pubblico che devi suonare il campanello e dall'altra parte ti risponde... qui la volontaria esce e ti incontra da vicino. (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

6.4.3 Aspetti trasversali

Anche le operatrici dei servizi a cui afferiscono le donne lungo-soggiornanti riportano il problema dell'agency delle utenti. Molte, infatti, si affaccerebbero al servizio in un'ottica assistenziale e assumendo una disposizione "passiva", mentre il servizio mira a far loro attivare una maggior autonomia:

Si chiede agli utenti di fare qualcosa, di dire: "Io ti do il pannolino, ma tu entro l'anno devi andare al corso di italiano" e così anche il Comune: "Io ti do il contributo di 200 euro ma tu devi andare all'orientamento lavoro a farti il cv o farti il tirocinio". [...] Vogliamo cercare di ri-centrare sulla relazione.. perché anche noi che lavoriamo sulla maternità dobbiamo tornare sulla relazione, di dire "ok, tu vieni qua per i pannolini, vai al consultorio, vai al comune per il contributo economico, ma in comune digli anche che sei stanca e hai bisogno di un supporto educativo (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

Un altro aspetto che accomunerebbe le diverse "tipologie" di utenti, secondo quanto riportato le intervistate attive nei diversi servizi è la difficoltà di districarsi nella rete dei servizi socio-sanitari. Anche le donne lungo-soggiornanti, ossia da più tempo presenti sul territorio e, quindi, maggiormente radicate non avrebbero sempre chiaro a quali servizi o organizzazioni rivolgersi per quali necessità:

Una mia utente ha detto "ma che differenza c'è tra l'ospedale e il consultorio"? Bella domanda! Quindi sulla chiarezza del sistema dei servizi che bisogna lavorare. Oppure un'altra che ha detto "ma io non so dove andare". E io son rimasta malissimo: abbiamo fatto un libretto multilingue, che abbiamo portato in ogni consultorio, è una guida dei consultori, degli ospedali, dell'assegno di maternità di base, multilingue, eppure... molti dicono di non sapere e allora c'è qualcosa... (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

L'ospedale, inoltre, costituisce, anche per le "lungo-soggiornanti", il luogo a cui fare riferimento per qualsiasi questione legata alla salute. Anche le donne più stabilizzate, cioè, farebbero fatica a distinguere l'offerta e la logica dei diversi servizi e a orientarsi tra essi. Ecco che, quindi, sarebbe necessario un maggior coordinamento tra Consultori, servizi e ospedale e una maggior porosità di confini tra tali organizzazioni:

Noi facciamo fatica ad entrare nell'ospedale, però è dall'ospedale che la donna passa. Io penso che è da lì che dobbiamo un attimo partire tutte... sia le mediatrici, sia il consultorio, perché le donne passano da lì e quindi capire un po' da lì che tipo di lavoro fare con i medici, con gli operatori che lavorano lì. [...] Sono curiosa di capire bene l'aspetto sanitario che ci sfugge, quindi anche dal punto di vista sanitario cosa fanno... penso all'ospedale, perché a livello di consultori ci si parla, quindi si penso all'ospedale... manca un po' quell'aggancio. (Assistente sociale di un consultorio del Terzo Settore)

SCHEDA 6 – Crucialità e ambivalenza della mediazione linguistico-culturale

La sovrapposizione delle categorie “sociologiche” con cui vengono etichettate le diverse “tipologie” di utenti poc’anzi illustrata non costituisce solo una questione terminologica, ma più influenzare anche il lavoro quotidiano del consultorio, soprattutto nel caso in cui ci si avvalga del contributo di una mediatrice culturale “ufficialmente riconosciuta” o, ancora di più, quando individuata contingentemente in una connazionale:

Per la Nigeria, noi nella realtà noi avremmo anche un'altra mediatrice però abbiamo visto che non funziona bene utilizziamo la stessa dell'unità di strada, per cui lei fa proprio anche gli accompagnamenti, c'è tutto un aggancio che avviene oltre e qua va avanti e anche lei che valida questo posto qua...cioè qua ci si può fidare...e...capitato anche che qualche volta che, no...se c'è lei, te ne accorgi, ormai lavoriamo...capisci che c'è...allora dici magari dici alla mediatrice di uscire, che capisci che la persona non la vuole, perché c'è qualche aggancio...dopo di che quando c'è un problema linguistico superabile, usiamo qualche altra strategia...una mediatrice magari anglofona, ma magari non nigeriana...abbiamo fatto ancora degli scambi o un'altra mediatrice per alcuni problemi...dipende insomma. Diciamo che il grosso dell'area, quella più difficile che è quella dell'area della prostituzione dei CAS, abbiamo la stessa mediatrice. [...] Tipo le nigeriane, avevamo fatto anche tentativi di fare gruppi di accompagnamento alla nascita con l'interprete, con un educatore [...] anche quei tre o quattro incontri, conosci gli ospedali, ti prepari un po' a che tipo di realtà troverai...e...però non sempre è gradita questa condivisione...che non è...perché a noi ne dà l'idea di ricostruire un po' la rete familiare, ma a volte non è così perché arrivano dentro alcuni circuiti, e tu rischi di trovarti nel gruppo la sfruttata e la sfruttatrice. O comunque che ci fossero dei legami nella terra di appartenenza familiari. O comunque relazioni di potere poco chiare. (Responsabile ambulatorio donna straniera del Consultorio del Distretto 1)

Il tema della mediazione culturale all'interno dei servizi dedicati alla salute della donna immigrata costituisce un elemento cruciale e, talvolta, di criticità. Come già osservato, infatti, la figura che svolge la mediazione linguistico-culturale, infatti, può rendere complessa la relazione tra servizio e utente:

Noi ce li abbiamo, però in alcuni casi io chiamo la mediazione, te lo dico onestamente...nel senso che..io ho un'idea della mediazione specifica, che mi sono fatta negli anni: io la chiamo se mi serve proprio a livello culturale per sapere qualcosa. Ad esempio la ho chiamato in un caso di una ragazza marocchina rimasta incinta che aveva litigato con la mamma e volevo ben capire da dove veniva in Marocco e avere un'idea della famiglia di origine, allora li ho chiamato la mediatrice. Poi la ho chiamata per la casa accoglienza, per la richiedente asilo nigeriana, perché non capivamo niente della sua storia e volevamo capire bene questa cosa ci stava raccontando di vero oppure no...più a livello culturale. Io sono una persona che chiama la mediatrice... in comune ad esempio la mediatrice la chiamavano sempre perché c'era una straniera davanti. Secondo me: no! A parte che tante donne non sono d'accordo ad avere una mediatrice della stessa nazione, perché Verona è piccola e tutti si conoscono, io lo so da ghanese, tutti ci conosciamo e vedo che è così per tutte..tutte le marocchine si conoscono gira e rigira. Quindi secondo me la mediazione...che rimanga tra noi... la mediazione serve solo in alcuni casi, altrimenti rischia di rovinare la relazione tra assistente sociale ed utente o tra educatrice e utente perché le vedi delle volte, la donna si irrigidisce quando vede la mediatrice culturale, perché si fa un'idea della mediatrice “ecco, questa ci ha traditi”. Io ho avuto un utente che mi ha detto “io non voglio la mediatrice culturale ghanese perché lei dice altre cose a loro, cioè ai servizi” [...] Innanzitutto è mediazione culturale, secondo me, questa è la mia opinione, poi c'è anche la lingua di mezzo, ma deve essere culturale...non perché straniero allora subito chiamo la mediatrice. Io so che non tutte le utenti sono felici di questo, perché magari al mediatrice poi te la trovi in chiesa..... in chiesa molte vanno con il più bel vestito, quindi non sempre vogliono che i loro problemi siano condivisi. (Assistente sociale di un consultorio privato)

Al contempo, nelle realtà in cui non è presente la figura di una mediatrice culturale, le operatrici, spesso, sono costrette a chiedere alle utenti di venire con un accompagnatore, ma ciò rende più complesso il lavoro, minando l'intimità e la fiducia necessarie in tale ambito. Gli operatori quindi sottolineano la necessità di una mediazione strutturata e competente, al fine di rispondere ai bisogni delle donne, ma anche in un'ottica lungimirante di salute pubblica:

Una mancanza importante il fatto di non investire nella mediazione linguistico-culturale, ma una mediazione che non sia a chiamata o telefonica, ma che sia dentro al sistema e competente, non solo per quanto riguarda le Ivg, la parte che più strettamente ci compete, ma penso anche per la presenza dei minori. (Operatrice del Progetto NAVE)

È difficile la comunicazione con le pazienti straniere che vengono in ambulatorio..per esempio le cinesi, non siamo capaci di comunicare con le cinesi...proprio neanche gesticolando, altre signore vengono con i mariti, ma è sempre una difficoltà con i mariti. Abbiamo la mediazione telefonica linguistica, però è sempre qualcosa attraverso il telefono e le signore sono restie... Abbiamo un triage linguistico telefonico noi... Anni fa avevamo la possibilità di richiedere una mediatrice araba, adesso è un paio d'anni che non viene più... il triage linguistico è utile per me, per chiedere le prime cose, ma poi durante una visita è difficile, noi adesso chiediamo sempre che le donne vengano accompagnate da qualcuno... è un servizio a carico dell'Ulss, noi chiamiamo questo numero per qualsiasi lingua e mi passano un mediatore che parla quella lingua. Non è sufficiente perché ad esempio a me è capitato con una signora nigeriana che la traduttrice non era sufficiente, probabilmente non parlava il dialetto e questa signora non parlava inglese... oppure c'è anche la chiusura della donna verso un telefono, ah, perché c'è una voce qua che viene fuori e non sai chi è.....siccome le mie sono domande abbastanza personali. [...] Le donne straniere non frequentano i corsi di preparazione alla nascita perché non parlano italiano, i corsi sono aperti a tutte, ma di fatto chi non parla la lingua non viene. [...] Quando ho visto che c'era la mediatrice che veniva sì, però anche la mediatrice è sempre una persona esterna..... deve esserci un percorso...non è il telefono, il mediatore deve avere la sensibilità di entrare in contatto, in empatia con la donna...più che fare da traduttore.....ecco perché il mediatore culturale, no il mediatore linguistico... il mediatore linguistico ce lo abbiamo... Il consultorio vede molto l'aspetto culturale, relazionale, di comunicazione.... Perché se dobbiamo fare traduzione, ce lo abbiamo... la mia ginecologa che parla un po' di inglese....quando le donne capiscono che lei sa l'inglese...sbrodolano tantissime cose, poi anche lei ha difficoltà, perché non parla l'inglese correttamente... però vedi che se devono dire le cose in italiano o dirle al marito, dicono due robe... quando invece capiscono che la ginecologa parla inglese..ti fanno il discorso completo... questa è la difficoltà secondo me. [...] la presenza di una mediatrice culturale potrebbe sicuramente essere, ma non solo per me, anche per la psicologa e per l'assistente sociale...anche adesso ci siamo appena confrontate.. ha un caso di una signora che non parla italiano, ed è un caso grave... è un problema questo.

SCHEDA 7 – Immigrazione, genere e salute. Alcune riflessioni “in itinere”

Per comprendere meglio bisogni e necessità delle donne immigrate relativamente alla salute riproduttiva e dei servizi che ne se occupano, è necessario focalizzarsi sulle specifiche ricadute in termini di salute spesso conseguenti dall'intersezione tra la collocazione sociale, l'appartenenza di genere, l'origine etnico-nazionale e l'esperienza di immigrazione che caratterizzano le utenti dei servizi, le discriminazioni e le forme di disuguaglianza che da qui possono prendere forma. Innanzitutto vanno tenute in considerazione le conseguenze dello status giuridico della persona nell'accesso ai servizi. Malgrado esista la possibilità di assistenza e di cura anche per gli/le irregolari, mediante tesserino Stp, infatti, si registrano forti preoccupazioni da parte degli/delle irregolari che, molto spesso, preferiscono non recarsi in ospedale per paura, con forti conseguenze nel medio-lungo periodo in termini di salute individuale.

Vanno, poi, ricordate le già citate discriminazioni che nascono sulla base delle incomprensioni linguistiche: gli operatori sanitari spesso non conoscono una lingua veicolare (inglese o francese, ad esempio), ma vi è anche a una mancanza di riconoscimento del ruolo della mediazione e dei mediatori. Dai racconti delle mediatrici emerge che frequentemente i medici non lasciano alle mediatrici il tempo di spiegare bene tutte le dimensioni degli interventi dei percorsi sanitari alle utenti o che le invitino a continuare la mediazione in un altro spazio e in un altro momento. Le incomprensioni in tal senso nascono anche dall'utilizzo di un linguaggio specialistico, percepito come ostico e difficile, da parte dei medici. Questo è un elemento che si ritrova in più ambiti, soprattutto quelli della burocrazia, nei quali gli operatori sono non raramente animati da rappresentazioni stereotipate e prospettive razziste. Frequentemente, le utenti, per evitare di sentirsi inadeguate e provare frustrazione, preferiscono non esporsi a questo tipo di difficoltà e a questi cortocircuiti informativi e, quindi, non si rivolgono agli avamposti sanitari. L'accompagnamento con la mediazione è, dunque, di fondamentale importanza per le donne che non parlano ancora molto bene e non comprendono tutto. L'accompagnamento non deve essere solo linguistico, ma anche culturale. Non è sufficiente avere un interprete che traduca alla lettera in questi casi, perché sono questioni quelle relative alla gravidanza e alla maternità che coinvolgono anche aspetti culturali. Va sottolineato, però, che, molto spesso l'accompagnamento della mediazione non viene attivato perché gli operatori sanitari non lo richiedono o perché non hanno la sensibilità di capire l'importanza o perché non sanno che si può richiedere l'intervento della mediazione.

Il senso di frustrazione e inadeguatezza che può spingere le donne immigrate a non rivolgersi all'ospedale o al consultorio va riscontrato anche nella presenza di più servizi, diversamente distribuiti sul territorio: la conoscenza sui distretti e consultori è demandata al passaparola tra le donne; manca una comunicazione per l'accesso ai servizi; esiste una mappatura, ma non risulta efficace. In generale, dalle testimonianze, emerge la differenza tra ospedale e distretto: sono diversi i tempi e i ritmi – più brevi e veloci in ospedale – e, dunque, anche il livello di attenzione e la profondità di relazioni tra operatori e utenti – più presenti in distretto e meno in ospedale. All'interno del consultorio, infatti, le donne hanno riconosciuto esperienza, professionalità e gentilezza delle operatrici. Diversamente, in ospedale non è stato possibile riconoscere queste stesse qualità negli operatori e operatrici, per via dei ritmi e dei tempi rapidi a cui questi sono sottoposti. Un elemento positivo che le donne hanno riscontrato in ospedale è la buona collaborazione tra l'equipe medica e sanitaria, tra tutte le figure che assistono la donna nel momento del parto. Le donne, in molti casi, si sono sentite rassicurate dal buon funzionamento e dalla buona collaborazione dell'intero team medico-sanitario. Mentre, nel consultorio, è stata descritta in termini positivi l'esistenza di preparazioni e corsi nelle fasi della gravidanza, del parto e del post parto: momenti in cui le donne possono confrontarsi, possono esprimere le loro perplessità e i loro dubbi. Sono momenti in cui le donne vengono ascoltate e guidate, ma soprattutto sono luoghi in cui si possono creare dei legami significativi, in mancanza di quelli familiari, parentali e amicali.

Non si può dimenticare la questione centrale dell'impatto delle condizioni lavorative e materiali delle lavoratrici immigrate sulle possibilità di accessi ai servizi. È emblematico il caso delle "lavoratrici della cura" – settore lavorativo che vede un'altissima concentrazione di donne immigrate – che non riescono a recarsi in ospedale perché i datori di lavoro non concedono loro le giornate libere per effettuare delle visite prescritte dal Ccnl domestico –, questo nei casi in cui siano regolarmente contrattualizzate, senza tenere in considerazione l'ampissima fascia di lavoro sommerso che caratterizza il settore. Dalla testimonianza di alcune lavoratrici emerge che le prime visite avvengono dopo il licenziamento.

Dalle testimonianze di alcune donne, inoltre, è stato possibile ricavare una mancanza di attenzione e di ascolto degli operatori sanitari relativamente al rispetto di pratiche relative ai Paesi di origine. Nei casi di gravidanze e di parti è molto comune tra le donne straniere rifarsi a dei saperi e a delle conoscenze precedentemente acquisite e tramandate nei contesti di origine. In molti casi, gli operatori sanitari non comprendono la necessità di fare ricorso a bevande o a cibi che tradizionalmente vengono assunti nel periodo del parto o della gravidanza dalle altre donne della famiglia e da quelle nei contesti di origine. Ciò riduce la capacità di negoziazione e di scelta delle

donne. Indipendentemente dall'efficacia o dall'inefficacia di determinati trattamenti, il dato importante è che la dimensione della scelta (su come portare avanti una gravidanza, su come partorire, sui cibi e sulle bevande da assumere in queste circostanze...) viene complessivamente ridotta o alterata in funzione delle procedure imposte su soggetti vulnerabili e privi di rete sociale quali sono le donne immigrate.

La difficoltà più grande tra le donne immigrate, infatti, è proprio la mancanza di una rete familiare, amicale e parentale che rende molto più complicate le fasi del parto e della gravidanza, ma soprattutto del post. In molti casi, infatti, le criticità più importanti per molte donne non sono dovute al parto o alla gestione di un parto ospedalizzato, cosa che per moltissime donne è la priorità- poiché un parto super medicalizzato perché viene percepito nell'ottica dell'ottenimento di un diritto e dell'accesso a servizi che nei loro paesi scarseggiano –, ma al post parto. Tale isolamento relazionale va connesso, come anticipato, tanto all'esperienza di emigrazione-immigrazione, quanto alle politiche di ricongiungimento familiare – e, in generale, alle politiche di ingresso e soggiorno – che forzano la famiglia immigrata entro la “gabbia” della famiglia nucleare che non corrisponde alla costruzione socio-culturale della famiglia nei paesi di origine delle utenti – e nemmeno nel contesto italiano. La maternità, invece che diventare un evento collettivo, viene vissuto in solitudine.

L'accesso stratificato ai servizi dipende fortemente anche dalle possibilità delle singole donne nel reperire tutte le informazioni necessarie. Il fatto di essere seguite, di essere inserite in una rete può favorire lo scambio e la comprensione delle informazioni. Le reti possono essere due. Una rete istituzionale che agisca in favore delle donne, ma che pare minata dalla mancanza di comunicazione tra gli enti e gli attori istituzionali. L'altra rete, quella meno formale, è quella delle associazioni e del privato sociale. A differenza dei soggetti che costituiscono la rete istituzionale, le associazioni paiono comunicare di più fra loro, ma ciò si riduce in una delega al terzo settore che, a sua volta, fa affidamento alla discrezionalità dei singoli operatori o volontari. Emerge, dunque, il bisogno di aumentare la comunicazione tra la rete istituzionale e quella informale e di valorizzare e rinforzare la rete informale che centralizzi le informazioni e le rimandi in blocco alle utenti, così che queste non siano rimpallate tra i vari uffici della rete formale, ma abbiano da subito tutte le informazioni necessarie per procedere alla scelta che meglio fa per loro.

TERZA PARTE
La voce delle donne immigrate

7. Le donne lungo-soggiornanti

Le donne lungo-soggiornanti intervistate nel territorio di Verona hanno riportato criticità e problematiche legate in primo luogo alla mancanza di reti e di relazioni di comunità all'interno del contesto di arrivo. Dai racconti e dalle esperienze che le donne hanno scelto di condividere con le intervistatrici è emerso che nella quasi totalità dei casi esse hanno vissuto i momenti legati alla gravidanza, al parto e al *post-partum* in completa solitudine o, diversamente, con il solo supporto del marito. A differenza delle donne richiedenti o titolari di protezione internazionale inserite all'interno di strutture o di progetti di accoglienza, le donne lungo-soggiornanti arrivate in Italia per motivi di lavoro o per motivi familiari (ricongiungimento con familiari e mariti) non hanno avuto modo di sperimentare l'inclusione in un programma o in un progetto di accoglienza, trovandosi, dunque, ad affrontare le difficoltà incontrate nell'accesso ai servizi sanitari territoriali senza il supporto di operatori/trici o di personale esperto. Sebbene in questo studio la distinzione tra le quattro categorie di donne (lungo-soggiornanti, irregolari, richiedenti asilo e vittime di tratta) non assuma di per sé alcun valore epistemologico, poiché al centro di questo studio si trovano le donne e i loro bisogni e perché alcune di tali categorie tendono a sfumarsi l'una nell'altra, risulta tuttavia utile tenere in considerazione le condizioni materiali di esistenza delle donne migranti intervistate per almeno due ragioni. La prima di queste ragioni consiste nella necessità di inquadrare il nostro oggetto di ricerca all'interno di una cornice storica, segnalando i cambiamenti che negli ultimi anni hanno interessato le migrazioni e i progetti migratori degli individui. Nello specifico, come lo sviluppo del sistema di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale abbia soppiantato il vecchio sistema della catena migratoria, un meccanismo di mobilità e integrazione interamente affidato ai singoli e al lavoro delle comunità di appartenenza dei cittadini immigrati. Tale cambiamento ricalca, in primo luogo, le trasformazioni avvenute sul piano normativo e della regolazione degli ingressi sul territorio nazionale. Negli ultimi cinque anni, infatti

I flussi migratori verso l'Europa sono stati prodotti da una concomitanza di fattori spesso di scala globale: la chiusura delle quote di ingresso per migrazioni economiche in seguito alla recessione del 2008, il fallimento delle cosiddette "primavere arabe" e la situazione di crisi perdurante tra conflitti politici e problemi ambientali in buona parte del continente africano, Afghanistan, Pakistan e Siria. (Altin e Sanò 2017)

L'impossibilità per i cittadini stranieri di fare ingresso per motivi di lavoro, mediante il sistema delle quote e del decreto flussi, ha dunque comportato un aumento delle domande di protezione internazionale, configurandosi questa come l'unica strada e via d'accesso al momento percorribile. Si comprende, allora, come il piano delle normative e della regolazione dei movimenti in ingresso abbia giovato allo sviluppo di un sistema di accoglienza unicamente indirizzato ai/alle richiedenti asilo e, cioè, all'unica categoria alla quale viene formalmente riconosciuto il diritto di risiedere sul territorio nazionale fino al completamento della procedura prevista per il riconoscimento della protezione internazionale. In una prospettiva storica, appunto, questo cambiamento ha inciso sia sul piano dei progetti migratori degli individui sia su quello del ruolo, divenuto ormai preponderante, delle istituzioni nella vita delle persone che migrano e che si ritrovano a far fronte ai meccanismi che regolano la lunga filiera dell'accoglienza.⁵

La seconda ragione riguarda l'opportunità di valutare il ruolo e l'incidenza delle istituzioni e della burocrazia nei percorsi e nelle traiettorie biografiche delle donne migranti, tenendo sullo sfondo i cambiamenti che si sono verificati sul piano normativo, amministrativo e dell'accoglienza in generale. Su questo aspetto, gli studi sulle dinamiche di familiarizzazione delle migrazioni e sui ricongiungimenti familiari (Ambrosini *et al.* 2010; Bonizzoni 2009; Lainati *et al.* 2008; Della Puppa

⁵ Con questo termine si fa riferimento a tutti i passaggi che compongono il sistema di accoglienza, suddiviso in: primissima, prima e seconda accoglienza.

2014; 2015; Scabini e Rossi 2009; Tognetti Bordogna 2011), possono dirci qualcosa di estremamente utile ai fini del nostro studio sulle donne e sulla salute riproduttiva, illuminando le caratteristiche emancipatrici della migrazione relativamente ai casi di donne subordinate a contesti familiari poco accoglienti o provenienti da contesti in cui i casi di violenza strutturale e istituzionale sono all'ordine del giorno:

Io avevo 19 anni. Mi hanno fatto le coccole, mi dicevano che dovevo spingere... nel mio paese è il contrario, ti dicono "sei una donna, non devi spingere", se spingi o gridi ti picchiano perché gli uomini non devono sentire che gridi. Ti mettono in dieci, tutte nella stessa stanza a partorire, e oltre quel muro ci sono gli uomini che non devono sentire. Invece qui ti fanno le carezze. Io non urlavo e loro mi dicevano: "Stai tranquilla. Amore, cara, devi urlare". (Donna lungo-soggiornante di origine afghana)

Eguale, questi studi rivelano anche il livello di frustrazione esperito da coloro che vengono ricongiunte spesso loro malgrado (Della Puppa 2014) o che vivono questa condizione in totale isolamento (*ibidem*). In questa prospettiva, sono state inoltre realizzate diverse ricerche sulle pratiche della maternità a distanza e nel ricongiungimento (Ambrosini 2014; Bonizzoni 2009), così come sui percorsi familiari e di cura (Ambrosini 2014; Bonizzoni e Boccagni 2013), e sugli ostacoli o le facilitazioni incontrati dalle lavoratrici della cura immigrate nei casi di ricongiungimento (Ambrosini 2014; Della Puppa 2012). Ciò che emerge da questi approfondimenti è come i processi di ricongiungimento familiare tendano a ridisegnare il tessuto sociale dei paesi di partenza e di arrivo. Questi ultimi, in particolare, sperimentando un aumento della richiesta dei servizi – soprattutto di quelli legati agli aspetti socio-sanitari – finiscono per rivelare tutte le proprie contraddizioni e insufficienze (Ambrosini 2005).

Le maggiori criticità a cui le donne lungo-soggiornanti vanno incontro sono da addebitarsi alla condizione di isolamento in cui molto spesso vivono, una condizione dovuta alla mancanza di competenze linguistiche e di una rete familiare e amicale su cui poter contare (Della Puppa 2014; 2015). Nella maggior parte dei casi, quando è stato chiesto alle donne lungo-soggiornanti con chi andavano a fare le visite durante la gravidanza, le intervistate hanno risposto di esserci andate da sole o in compagnia del marito. Una donna guineana, arrivata in Italia nove anni fa, ha raccontato:

Mi facevo accompagnare da mio marito o dal cugino di mio marito. Perché quando sono arrivata qua dopo due mesi sono rimasta incinta e a quel tempo non parlavo italiano e per forza dovevo farmi accompagnare da qualcuno, da mio marito o dal cugino di mio marito [...] quando mio marito era al lavoro, veniva suo cugino. Ma siccome lui non è mio marito non entrava, quando i medici finivano parlavano con lui [...] dovevo sempre aspettare mio marito o suo cugino per la traduzione [...] alla fine mio marito mi ha detto che lui non poteva esserci sempre e dovevo imparare a farlo da sola. Mi diceva: "Non posso lasciare tutti i giorni il lavoro per accompagnarti. Devi cercare qualcuno che ti accompagna, senno io cosa porto a casa alla fine del mese?". (Donna lungo-soggiornante di origine guineana)

Un'altra donna di origine afghana, residente in Italia da dieci anni e madre di tre figli, quando ha parlato della sua prima esperienza di gravidanza e di parto, ha raccontato:

La prima volta sono stata male, troppo male. Era tutto nuovo per me, non avevo esperienza. Purtroppo io non voglio più... Perché il mio primo figlio è nato disabile. Ha la sindrome di down. Ero sempre a casa, chiusa nella cameretta, non sono uscita. Non conoscevo nessuno e mio marito lavorava sempre [...] La seconda esperienza è andata meglio, perché già conoscevo la lingua, sapevo come nasceva un bambino, ho fatto gli esami, le ecografie... Ho fatto tutto da sola, eh? Certe volte veniva anche mio marito, altrimenti andavo da sola. (Donna lungo-soggiornante di origine afghana)

Le donne intervistate rintracciano nella solitudine il loro più grande problema e, in tal senso, esprimono il bisogno della condivisione e del supporto di persone a loro vicine e familiari. In questi termini ha parlato della sua gravidanza una donna originaria del Perù che vive in Italia otto anni:

Io credo che è molto difficile il periodo della gravidanza in solitudine. Io sono da sola, fino adesso, mio marito, io e mia figlia. Non ho parenti, amici. Conoscenti sì, compagne di lavoro, però basta... peggio pure se ti dicono che non puoi fare nulla, che non ti puoi muovere, non ti puoi muovere, non puoi fare nulla, stai lì seduta, è finita. Era come regredire, perché se stai imparando l'italiano, stai imparando a conoscere le cose e da un momento all'altro devi stare ferma... non ti puoi muovere, non puoi fare nulla, è come andare in un *submundo*, che stai tu da sola. (Donna lungo-soggiornante di origine peruviana)

Alla solitudine queste donne associano molto spesso l'impossibilità di avere un supporto linguistico adeguato e che le metta nella condizioni di capire esattamente che cosa stia accadendo al loro corpo. La sensazione di trovarsi "in un *submundo*", descritta dall'intervistata peruviana, fa riferimento anche alla mancata comprensione linguistica e alla necessità di affidarsi a qualcuno, senza realmente comprendere che cosa quella persona gli stia dicendo. Quando alle donne lungo-soggiornanti è stato chiesto se avessero mai trovato un servizio di mediazione culturale all'interno dei servizi, queste hanno risposto di no. Una donna etiope ha raccontato:

A me ogni tanto mi ha accompagnato *** [operatore del Centro interculturale per donne "Casa di Ramia"]. Io venivo qua e quando non capivo allora mi accompagnava lui... lui mi ha accompagnato a casa dopo che ho partorito. Però le cose che dovevo fare io, le ho sempre fatte io da sola. (Donna lungo-soggiornante di origine etiope)

Una donna nigeriana, invece, ha detto di essere andata sempre sola e che all'inizio ha avuto molte difficoltà perché nessuno dei medici e degli operatori sanitari parlava inglese. Insieme a queste criticità, la mancanza di assistenza e di una rete di supporto istituzionale va però letta anche nell'ottica delle conseguenze di natura sociale che ne possono derivare; conseguenze legate, soprattutto, alla scarsità di mezzi e di capitale sociale delle donne che vivono da sole e alla vulnerabilità strutturale (ambientale, alloggiativa, lavorativa, sociale) a cui esse sono costantemente esposte. Non sono pochi i casi di donne che hanno raccontato di aver vissuto il periodo della gravidanza versando in condizioni materiali e di esistenza estremamente precarie:

Allora io quando sono rimasta incinta ero molto in difficoltà, non avevo nemmeno un posto sicuro. Ho sofferto moltissimo, perché non avevo nemmeno un lavoro [...] Quando ho smesso di lavorare, poi sono rimasta incinta... quindi mio marito è andato a vivere in un'altra città dove lavora, ma una cosa così, come me, una cosa in aria... È stato difficilissimo perché non avevo un posto. Prima dormivo a casa di una mia amica. Dopo, con questo cambiamento ho avuto paura e mi sono addormentata senza nemmeno sapere dove. Andavo e venivo dalla mia amica perché non si vedeva la pancia, ero magrissima, fino a sette, otto mesi nessuno sapeva che ero incinta. Ai nove mesi si vedeva tantissimo. Quando ero al quinto mese, allora, ho parlato con l'assistente sociale... Sono rimasta un po'... Avevo paura anche per dirglielo, perché lo sapevo come sono difficili [le assistenti sociali] anche perché non avevo lavoro, allora ho pensato che era male... ho pensato che se parlavo non era bene, e allora sono rimasta zitta. Perché con le difficoltà potevano dirmi: "Che hai fatto?" N lo so, era la mia prima gravidanza e pensavo una cosa scema, perché senza casa, senza lavoro, senza niente... Però succede comunque. (Donna lungo-soggiornante di origine etiope)

Insieme alla casa, la principale preoccupazione mostrata dalle donne intervistate è legata all'assenza di lavoro. Una donna nigeriana, quando le è stato chiesto di raccontare la sua esperienza di gravidanza e di parto, ha risposto:

Tutto bene, il mio solo problema è il lavoro! Io ho solo questa figlia. Perché non c'è lavoro come si fa a fare figli senza lavoro? Quando tu lavori e hai i soldi puoi fare, anche la mia assistente

sociale mi ha detto: “Non si fa così, sola, senza lavoro. Quando trovi qualcuno buono, prima te lo sposi e poi cerchi un lavoro. Lascia tutti i soldi in posta perché devi comprare i vestiti alla bambina, devi mandarla a scuola”. Tante cose, anche gli esami in ospedale si pagano! Quando tu sbagli la prima volta, poi ci devi pensare e non devi sbagliare più. Io sono sola. Prima per sette anni mi ha aiutata un italiano. Io gli ho detto che avevo una bambina e avevo tanti problemi. Dopo lui è morto. Quasi un anno fa è morto. All’Arena c’è la mia assistente sociale, lei mi aiuta un po’. L’assistente sociale ti aiuta solo perché ti dà un po’ di soldi, però... Dopo sei mesi ha detto: “Basta! C’è un’altra persona, non ci sei solo tu!” Però quando tu stai male, sei grave, loro ti aiutano. Vengono a vedere il bambino per salutarlo... quello sì. Loro [le assistenti sociali] non ci danno i soldi. Ci aiutano per la casa, per la scuola dei bambini... Perché io non lavoro. (Donna lungo-soggiornante di origine nigeriana)

Un altro aspetto problematico riportato dalle donne intervistate è legato al funzionamento dei servizi socio-sanitari territoriali e alla mancanza di informazioni. È soprattutto alla mancanza di informazioni adeguate e omogenee che le donne riconducono l’insorgere di problematiche legate alla gravidanza e al parto. Un’intervistata ha raccontato:

Giravo, chiedevo, sempre sui bus, un bus, due bus, tre bus. Sbagliavo autobus, andavo per niente, e così sono stata tantissimo. Poi, all’ultima ecografia, sono arrivata in ritardo di 10 minuti o mezz’ora, la dottoressa si è arrabbiata perché ero arrivata in ritardo e mi ha detto di andarmene. Io le ho chiesto tante volte di perdonarmi per il ritardo, ma lei non ha voluto dirmi niente. Mi ha detto: “basta, aspetti nove mesi, poi vai in ospedale e partorisci”. Che cosa stava succedendo, lei non mi ha detto niente... Forse qualcosa era successa, è stato terribile, lei doveva dirmi che c’era un problema. Mi ha detto non va bene, dovevi andare prima all’ospedale... ma questo doveva dirmelo lei, questo è il suo lavoro non il mio. Questo è il suo lavoro. Lei mi ha detto che già due volte ero andata in ritardo. Io le ho detto che mi doveva aiutare perché io ero alla prima gravidanza... non ho esperienza, se devo fare qualcosa... anche il peso del bambino io non sapevo e lei doveva dirmi anche questo. Le ho detto: “Aiutami, perdonami” e lei proprio niente! Mi ha detto: “Basta, ormai stai per partorire, non possiamo fare più niente”. E così me ne sono andata con brutta figura... è stato bruttissimo! Poi quando dovevo partorire ho avuto tanto sangue... Io sapevo che quando stai per partorire viene l’acqua, non il sangue... Io non ho avuto acqua, ma sangue. L’ambulanza mi ha preso, mi ha portato in ospedale e mi hanno fatto il cesareo. E così è successo. La dottoressa non mi ha detto niente, ma doveva dirmelo se c’era qualcosa che non andava. (Donna lungo-soggiornante di origine etiope)

In questo caso la donna avrebbe dovuto fare delle visite di controllo, ma nessuno le aveva spiegato dove sarebbe dovuta andare. La mancanza di informazioni ha, dunque, innescato un meccanismo di colpevolizzazione della donna, resasi oggetto di biasimo e di vergogna per non aver fatto tutto quello che era suo dovere fare. Non sono affatto rari i casi di donne che hanno subito atteggiamenti e vessazioni di tal genere da parte degli operatori/trici sanitari, allorquando la mancanza di informazioni e la scarsa conoscenza della lingua hanno messo a repentaglio la vita della donna e quella del/della nascituro/a. Come afferma Bonfanti (2012) l’inglobamento della riproduzione all’interno del discorso sanitario si deve, in primo luogo:

All’espediente del rischio e alla formula persuasiva della prevenzione. (...) La nozione di rischio è funzionale al discorso medico, poiché legittima il controllo e l’intervento tecnico-scientifico sul corpo umano, anche a prescindere dal riscontro di un malessere individuale. Tuttavia, questo concetto è tutt’altro che univoco, scivolando da lemma matematico-probabilistico a connotazione morale. Nelle società moderne, in un regime razionalista e individualista, a ciascuno spetta l’obbligo di prevenire il pericolo, pena lo stigma sociale di biasimo o colpa (Douglas, 1992) Nelle società moderne, in un regime razionalista e individualista, a ciascuno spetta l’obbligo di prevenire il pericolo, pena lo stigma sociale di biasimo o colpa (Douglas, 1992) (Bonfanti, 2012, 8)

Quando è stato chiesto alle donne lungo-soggiornanti come, a partire dalla propria esperienza, si potrebbe migliorare il sistema, in molte hanno risposto che, tra le altre cose, servirebbero più informazioni.

Dobbiamo capire come si vive qui e come fanno le persone di qua. Per capire queste cose ci vuole un po' di aiuto per dire cosa devi fare, dove devi andare, come si chiamano i posti che ti danno aiuto. Qualcuno deve informarti su cosa fare e come fare. Anche se adesso a Verona c'è questo posto [Casa di Ramia], questa bella casa dove ti puoi svuotare di tutti i tuoi problemi, di quello che hai... Anche se non li risolvi, ma è già qualcosa. Per me è una cosa bellissima questa Casa di Ramia. Forse in altri posti, in altri paesi non c'è. Per le donne, anche di altri paesi, che non sanno cosa devono fare, che non sanno nemmeno dove dormire. Un posto come questo devono avercelo anche in altri paesi. Ma non solo per stare così, per venire e sedersi, ma per fare tante cose, tante esperienze... La lingua, la cultura, per leggere, per avere uno scambio, per chiacchierare (Donna lungo-soggiornante di origine etiope)

Dai racconti delle donne lungo-soggiornanti sulle necessità, sui bisogni e sui margini di miglioramento del sistema socio-sanitario, è emerso, dunque, come la dimensione sanitaria sia, per queste, intimamente legata agli aspetti di carattere sociale: casa, lavoro, documenti e assistenza. Come vedremo nei successivi paragrafi, si tratta di una questione che riguarda tutte le donne intervistate e che ci obbliga, quindi, a recuperare l'importanza della componente sociale nei casi legati alla salute e alla salute riproduttiva delle donne.

8. Donne richiedenti protezione internazionale

Al fine di riflettere sui bisogni esplicitati dalle donne richiedenti protezione internazionale intervistate, appare utile una premessa relativa all'organizzazione dell'accoglienza nel nostro Paese, come disciplinata ante Decreto Legge n°113 del 04/10/2018 “Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata”, considerando che lo stesso non è ancora stato convertito in legge e per questo potrebbe subire delle modifiche.

La disciplina dell'accoglienza, definita dal Decreto Legislativo 142/2015 prevede due livelli: il primo orientato alle operazioni di identificazione, prima assistenza e avvio della domanda di protezione, e il secondo volto all'accompagnamento dei soggetti accolti nella (ri)conquista della loro autonomia, intesa come “effettiva emancipazione dal bisogno di ricevere assistenza”. Dunque, la prima fase prevede che i soggetti che giungono sul territorio italiano passino da Hotspot e Centri di Primo Soccorso e Accoglienza (Cpsa), ad Hub regionali, Centri di Accoglienza (Cda) e Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo (Cara) per le prime procedure di soccorso, assistenza e identificazione, nonché per l'apertura dei procedimenti di richiesta di protezione internazionale. In seguito, essi dovrebbero essere trasferiti nelle strutture di seconda accoglienza della rete SPRAR, dove sono attivati percorsi individuali di inserimento socio-economico. Tuttavia, il sistema non risulta efficiente: alla data del 31 dicembre 2016, il 7,8% dei migranti accolti nel sistema era ospitato in strutture di prima accoglienza (Cpas, Cda e Cara) e lo 0,4% negli hotspot, mentre nei progetti afferenti alla rete SPRAR erano presenti 35.352 beneficiari (pari al 18,7%). Vale a dire che il 73% dei migranti accolti nel sistema era ospitato in Centri di Accoglienza Straordinari (Cas).

Il Veneto risulta tra le prime cinque regioni attive nell'accoglienza straordinaria disponendo al 31.12.2016 di 598 strutture.⁶ La provincia scaligera è stata la prima in Veneto, nel febbraio 2014, ad

⁶ Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2017.

Cfr.

http://www.sprar.it/wpcontent/uploads/2017/11/Rapporto_protezione_internazionale_2017_extralight.pdf

accogliere i migranti giunti nelle coste italiane nell'ambito dell'operazione "Mare Nostrum". Il 7 febbraio 2014, infatti, 30 richiedenti protezione internazionale venivano alloggiati in due strutture ad Engazzà di Salizzole ed a Bosco di Zevio. Da allora, il numero dei migranti è gradualmente aumentato sino al 30 giugno 2017, raggiungendo le 2.742 presenze, e successivamente diminuito a 2.195 al 31 ottobre 2018; i migranti sono accolti in 161 centri di accoglienza straordinaria dislocati in 59 dei 98 comuni della provincia. L'accoglienza nei Cas governata dalla Prefettura costituisce, a Verona, la quasi totalità dell'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, dato che l'accoglienza governata dagli enti locali con lo Sprar riguarda tre Comuni⁷ su 98 e accoglie complessivamente 43 minori stranieri non accompagnati e 54 adulti.⁸

Le donne richiedenti protezione internazionale accolte in provincia di Verona al 31 ottobre 2018 risultano essere 332, di cui 28 minorenni (tutte con meno di 14 anni) e 49 sono parte di nuclei familiari, dieci dei quali composti dalla madre e da uno o due figli.

Nella tabella che segue, sono riportate le nazionalità delle migranti.

Tab.4 Principali nazionalità donne e minori richiedenti protezione internazionale in Provincia Verona, al 21/10/2018

Nazionalità	Donne	Minori
Nigeria	247	21
Gambia	11	1
Costa D'Avorio	11	0
Mali	10	0
Somalia	8	0
Libia	7	1
Ghana	6	0
Marocco	5	2
Pakistan	4	0
Burkina Faso	3	0
Guinea	3	0
Eritrea	3	0
Ucraina	3	1
Senegal	2	0
Etiopia	2	0
Congo	2	0
Togo	2	1
Turchia	2	1
Iran	1	0
Totale	332	28

Fonte: *Elaborazione dell'equipe di ricerca su dati della Prefettura*

Le donne intervistate ai fini del presente lavoro di ricerca sono richiedenti protezione internazionale accolte in un Cas in provincia di Verona, solamente una ha già ottenuto l'asilo, ed è stata accolta inizialmente in un progetto per minori stranieri non accompagnati (non avendo ancora raggiunto la maggiore età) e successivamente in uno Sprar, attualmente risiede in provincia di Treviso.

Le principali criticità emerse dalle interviste riguardano le dimensioni connesse alla non conoscenza della lingua italiana e all'assenza di un servizio di mediazione nelle strutture ospedaliere. Una donna ivoriana racconta:

Quando sono arrivata mi hanno visitata e mi hanno detto tante cose, ma non capivo niente... Perché all'inizio non capivo l'italiano, ho chiesto se parlavano francese o un po' di inglese e allora hanno chiamato un'operatrice, successivamente mi hanno fatto firmare un documento... Che se io non avrei potuto vivere a chi avrei lasciato la bambina. Io ho detto: "No, no questo no". Hanno

⁷ Verona, Fumane e Bosco Chiesanuova.

⁸ https://www.sprar.it/progetti-territoriali?_sft_regione=veneto&_sft_provincia=verona

chiamato ancora l'operatrice, per farmi spiegare, lei mi ha spiegato che era per la bambina, che era per avere una famiglia se io morivo... Ho detto: "OK, va bene". (Donna richiedente protezione internazionale di origine ivoriana)

Anche una donna camerunense evidenzia questa criticità:

Prima non capivo perché io non capivo l'italiano e i dottori hanno detto tutto agli operatori, ma non a me.. perché io non capivo e non parlavo inglese e loro non parlavano francese. (Donna richiedente protezione internazionale di origine camerunense)

di fronte alla sollecitazione delle ricercatrici che chiedevano se vi fosse la presenza di mediatrici nell'ospedale, la donna ha proseguito...

Non c'è... Non c'è... Io non ne ho visto e quando facevo gli esami non capivo cosa dicevano... Niente...E quando ho fatto l'ecografia non sapevo che problemi ci fossero...non sapevo niente... Nessuno mi ha spiegato niente... Adesso sto leggendo tutti i referti delle visite che ho fatto, perché solo adesso riesco a capire e sto leggendo tutto. (Donna richiedente protezione internazionale di origine camerunense)

La barriera linguistica, come viene definita dai sanitari, costituisce la principale criticità evidenziata dalle donne, inconsapevoli, sovente, di cosa sta accadendo loro e al loro feto. L'assenza di un servizio di mediazione nelle strutture ospedaliere impedisce alle donne non solo di comprendere, ma conseguentemente di poter scegliere cosa ritengono migliore per loro stesse.

In alcune circostanze quest'impossibilità comunicativa viene limitata dalla presenza dell'operatrice della struttura d'accoglienza che non solo svolge un ruolo di traduzione, ma anche di facilitazione per favorire l'implementazione dei protocolli sanitari. La relazione che le operatrici delle strutture d'accoglienza sviluppano con le donne richiedenti protezione internazionale costituisce il mezzo per poter permettere alle stesse di essere protagoniste della propria vita facendo sentire la loro voce, seppur con le complessità date da un lato dall'asimmetria di potere tra i soggetti in campo (Pasian, Toffanin 2018) e dall'altro lato dall'agire in un contesto specifico, quello dell'ospedale, in cui l'istituzione agisce le proprie pratiche e le operatrici cercano una mediazione che deve tener conto delle sollecitazioni dei sanitari. È nelle situazioni più rischiose per la salute della mamma e del bambino che l'intervento dell'operatrice risulta determinante ad assicurare il buon esito del parto, come ha raccontato una donna nigeriana:

We went to the hospital, they checked, later two hours they check again, after two hours the doctor said we have to do operation... I said: "No". He said: "We have to do it, there's no time" The doctor tried to speak in English". I said: "I will not sign"... They said: "No, there's not time because the water is out"...They don't want something could happen to the baby, so they have to call F., to come and meet me at the hospital... so F. came at the hospital and she explained to me. I don't want to do operation because if I want to give birth again I have to do operation again. And she said "No... How if your next pregnancy is OK you can deliver... It's not like before... And OK, so I signed. (Donna richiedente protezione internazionale di origine nigeriana)

Il rifiuto della donna a firmare il consenso informato per procedere con un parto cesareo era fondato su un'erronea informazione, la donna credeva che questo le avrebbe precluso la possibilità di partorire naturalmente in futuro, ma la mediazione da parte dell'operatrice, che ha fornito le necessarie spiegazioni alla donna, ha assicurato un buon esito del parto.

L'importanza di una mediazione risulta ancor più evidente in quelle circostanze in cui questa presenza è assente, L., ostetrica ospedaliera riferisce:

Mi è capitato un caso, in cui la donna non ha firmato il consenso ed è dovuto intervenire un giudice tutelare, ma il giudice tutelare non era reperibile e quindi ci si è presi la responsabilità di fare il cesareo lo stesso, perché la donna non lo voleva, ma in quel momento lì i sanitari avevano

ben fatto diagnosi di pericolo imminente per il bambino e quindi si è intervenuti lo stesso. Sono cose molto forti perché vai contro la volontà della donna, però in quel momento c'era un bambino che rischiava di morire e quindi si è intervenuti in questo modo... loro la vivono male, proprio come un trauma... Non ci sono spiegazioni per loro. (Ostetrica dell'ospedale)

Il trauma vissuto da questa donna e le conseguenze che questo avrà nella sua vita, probabilmente anche nella relazione con il neonato, evidenziano quanto necessaria sia una mediazione che faciliti la comprensione, stimoli empowerment nei pazienti migranti e costruisca narrazioni che li includano (Baraldi 2012). La letteratura (Baraldi 2012) ha rilevato come durante l'azione di traduzione in contesti sanitari, le mediatrici introducano delle fasi diadiche con il/la paziente, funzionali alla trasformazione generativa della relazione tra le parti. La mediazione necessita di essere quindi intesa come un dispositivo corale, collettivo, frutto della collaborazione di più professionisti, non solamente del singolo mediatore. Come affermano Luatti e Torre (2012, 35):

è la mediazione come dispositivo d'intervento (spazi, luoghi, équipes, dinamiche) a contribuire alla costruzione della relazione, non il singolo mediatore. È l'insieme delle risorse professionali, organizzative, comunicative messe in gioco che costruiscono l'interazione.

L'importanza della presenza dell'operatrice o di una figura di riferimento che orienta e facilita l'accesso ai servizi territoriali emerge anche dal racconto di una donna gambiana:

Se non ci fosse stata l'operatrice... Mamma mia, sarebbe stato durissimo. Perché l'operatrice mi ha fatto vedere tanta roba, tante cose, che non sapevo. Da sola non potevo.. Non sapevo proprio niente quando sono rimasta incinta. (Donna titolare di protezione internazionale di origine gambiana)

Allorquando questa presenza manca, anche in seguito alla nascita del bimbo, i dubbi e le perplessità sul significato delle procedure sanitarie implementate permangono tra le donne:

In Italy when you are pregnant, they do the blood test 10.000 time... what they do with that... I do not know why. (Donna richiedente protezione internazionale di origine nigeriana)

Risulta inoltre, particolarmente disorientante la presenza di differenti strutture e servizi (consultorio, ospedale, distretto sanitario), alle quali sarebbe preferibile, da parte delle donne intervistate, un'unica struttura dove essere seguite per tutto l'arco della gravidanza.

La necessità di orientamento e di informazione è stata esplicitata durante le interviste anche in relazione all'interruzione volontaria di gravidanza. C., una donna ivoriana, ha raccontato quanto accaduto ad una sua amica:

Ci sono donne che hanno vergogna di abortire e per quello loro prendono la medicina del loro paese, questo è molto brutto, rischioso e pericoloso...ma hanno vergogna ... questo è molto pericoloso perché dopo molti anni questa può lavorare sul loro sistema e non va bene... secondo me se voi potete aiutare queste ragazze su questo, anche dire che anche se loro sono incinte non è una cosa brutta, perché ci sono tanti ragazzi che vendono queste medicina... Adesso ho un'amica che da tre mesi ha il sangue perché ha preso questa medicina, ci sono tante signore che vendono questa medicina, ma questo non è buono perché la mia amica adesso sono tre mesi... E lei non vuole dire quello che ha fatto, sono tre mesi e lei non lo vuole dire, secondo me voi potete parlare con queste ragazze... Se una persona non vuole bambino può andare a parlare con il centro, anche andare all'ospedale... All'ospedale è molto bene per far lavare la tua pancia anche fare aborto in modo bene... Prendi la medicina e non sai cosa può fare nella tua pancia per fare aborto, dopo hai problemi che neanche tu lo sai... Vengono di tutti questi problemi. (Donna richiedente protezione internazionale di origine ivoriana)

L'assenza di informazioni corrette rispetto alle procedure per l'interruzione di gravidanza spinge le donne a rivolgersi a reti informali in grado di procurare farmaci abortivi, assumendosi i rischi, talvolta estremi, che l'assunzione di questi può comportare. Il senso di vergogna provato dalle donne nell'esplicitare il proprio stato interessante e il desiderio di abortire, tanto da spingerle all'interruzione della gravidanza in maniera autonoma, persiste esponendole ulteriormente a processi pericolosi per la propria salute riproduttiva qualora la pratica abortiva prescelta non risulti efficace.

Appare quindi necessario immaginare percorsi di orientamento e formazione, in relazione ai temi connessi con la salute riproduttiva delle donne, nei luoghi abitati e frequentati da queste (centri di accoglienza straordinaria, farmacie, medici di base, consultori, etc.), al fine di rendere note prassi, strutture e servizi che possono farsi carico delle esigenze di ognuna.

9. Donne vittime di tratta

Il fenomeno della tratta a scopo di sfruttamento sessuale nel territorio veneto risulta complesso ed eterogeneo. Secondo quanto riferito dagli operatori del Progetto Nave, nella nostra regione, circa il 50% di donne in strada sono di origine nigeriana, esse rappresentano anche l'80% dell'utenza che si rivolge o, più frequentemente, viene segnalata alle unità di crisi e valutazione dello stesso Progetto, presenti in ogni provincia, che hanno il compito di rilevare se vi siano le condizioni di tratta e se le persone vittime di sfruttamento desiderino intraprendere un percorso di fuori uscita aderendo al programma di protezione sociale. Le altre provenienze delle donne vittime di tratta ai fini dello sfruttamento sessuale sono Est Europa (Bulgaria, Romania, Ungheria e Albania) e Cina; inoltre vi è un 7% di transessuali provenienti principalmente dall'America meridionale.

Nelle province della regione vi sono caratteristiche peculiari rispetto alla presenza di donne vittime di sfruttamento sessuale, "ad esempio la provincia di Treviso nel 2017 è stato l'unico territorio del Veneto dove il numero di presenze dell'Est Europa, in particolar modo romene era più del doppio delle nigeriane" (Operatore Progetto Nave), mentre per quanto concerne la provincia di Verona, l'operatrice di riferimento afferma:

Farei un piccolo inciso su Verona, Verona si discosta un po' dagli altri territori perché abbiamo una netta prevalenza di nigeriane, diciamo... su 120 teste contate in un mese, 90 sono le nigeriane, 20 l'Est Europa e il resto tutti target minori, abbiamo solo 2 cinesi, molto in là con l'età.
(Operatrice Progetto Nave)

Le donne vittime di tratta intervistate ai fini della presente ricerca sono tutte di nazionalità nigeriana, essendo state le uniche a rendersi disponibili per l'intervista, nonostante la facilitazione da parte degli operatori del progetto Nave sia avvenuta con tutti i gruppi nazionali.

Le donne nigeriane intervistate sono giunte in Italia via mare e hanno presentato richiesta di protezione internazionale, per questa ragione le due tipologie "donne vittime di tratta" e "donne richiedenti protezione internazionale" sovente si sovrappongono. Tuttavia, la specificità delle donne nigeriane vittime di tratta consiste nell'essere uscite dalle strutture di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, attenendosi a quanto viene richiesto loro dalle reti di sfruttamento che le hanno fatte arrivare in Italia. Una volta uscite dai centri di accoglienza le donne dovranno ripagare il debito contratto con le organizzazioni criminali transnazionali che le tengono vincolate attraverso una menzogna fondata su rituali voodoo (juju), realizzati in Nigeria o in Libia, che hanno l'obiettivo di imporre lealtà e su metodi coercitivi e violenti tipici dello sfruttamento (Malucelli 2010).

In questo quadro la sessualità femminile è quindi inserita in una struttura

di dominazione e domesticazione che si realizza attraverso un potente connubio di violenza e di ricompensa-valorizzazione per fare accettare la norma sessuale imposta (Tabet, 2004, 68)

Sono quindi le reti criminali a definire in quale territorio la donna dovrà lavorare e ad occuparsi dell'individuazione di una sistemazione alloggiativa. L'alloggio, generalmente un posto letto in

appartamenti condivisi, rappresenta la prima criticità evidenziata dalle donne intervistate. Le donne vittime di tratta non sono mai titolari del contratto di affitto dell'abitazione in cui vivono e nemmeno riescono ad ottenere la dichiarazione di ospitalità da parte dei locatari, questo impedisce loro di iscriversi all'anagrafe della città e quindi di ottenere la residenza e conseguentemente di potersi iscriversi all'anagrafe sanitaria.

Io ho una tessera sanitaria che dura sei mesi, quando scade il mio permesso posso rinnovarla. Molti non sanno che dopo la scadenza dei sei mesi possono rinnovarla. Io sono andata a chiedere la tessera sanitaria e loro mi hanno chiesto l'ospitalità, questo è il mio problema. (Donna di origine nigeriana)

Anch'io ho il problema che mi è appena scaduta la tessera sanitaria e ancora non ho potuto rinnovarla. (Donna di origine nigeriana)

Questa situazione, che coinvolge gran parte delle intervistate, costringe le donne ad accedere ai servizi sanitari con tessere Stp trascorsi i primi sei mesi di durata del permesso per richiesta asilo, data l'impossibilità di rinnovare il documento in assenza di una residenza o un domicilio, e conseguentemente a non poter beneficiare del livello di tutela sanitaria a cui quel titolo di soggiorno darebbe accesso.

Un'ulteriore criticità esplicitata dalle donne intervistate riguarda la non conoscenza dei servizi presenti nel territorio, in particolare le donne hanno affermato di non sapere la differenza tra medico di base, guardia medica, consultorio e pronto soccorso:

Non sappiamo dove andare. Si va al pronto soccorso. Quando vai al pronto soccorso, il medico ti chiede cosa hai, tu rispondi e quello ti dice vai di là o vai di là. (Donna di origine nigeriana).

Io non conosco il mio dottore, se non vengo qui da voi (uffici del progetto Nave) vado al pronto soccorso. (Donna di origine nigeriana).

Per me è difficile. Quando sono andata al pronto soccorso e mi hanno detto dove dovevo andare, ho dovuto chiamare qualcuno che con google maps mi ha spiegato dove dovevo andare. Ci ho messo un giorno per trovare quel posto. (Donna di origine nigeriana).

Nonostante le donne intervistate riconoscano nel progetto Nave un punto di riferimento importante,⁹ l'assenza di orientamento tra i servizi sanitari del territorio si configura come un disincentivo nell'accesso agli stessi. Sovente non viene prestata attenzione a disturbi o dolori che un intervento tempestivo potrebbe ridurre o risolvere, limitando l'aggravarsi o il cronicizzarsi di patologie. Il pronto soccorso viene descritto dalle donne intervistate come la modalità di accesso principale alle cure sanitarie, l'unica alternativa è costituita dagli uffici del Progetto Nave che, seppur non offrano cure mediche, possono facilitare l'orientamento delle donne ai servizi territoriali. La facilità che potrebbe rappresentare un polo unico centralizzato di presa in carico delle problematiche sanitarie non urgenti viene enfatizzata da molte donne, questo emerge con maggiore forza anche in relazione alle gravidanze, poiché anche in questi casi le donne affermano di recarsi al pronto soccorso una volta appurato lo stato interessante:

Una donna incinta va comunque in ospedale, poi li le chiedono se vuole abortire o lo vuole tenere. Bisogna comunque andare in ospedale. (Donna di origine nigeriana)

Un ulteriore nodo critico è costituito dalle difficoltà linguistiche che le donne incontrano nell'accesso ai servizi sanitari. La presenza della mediatrice, operatrice del Progetto Nave, durante gli

⁹ Le donne prese in carico dagli operatori del Progetto Nave vengono accompagnate alle visite, monitorate nelle vaccinazioni, ricevono formazione sanitaria rispetto alla contraccezione e alle malattie sessualmente trasmissibili.

accompagnamenti genera posizioni controverse tra le donne intervistate: c'è chi ritiene questa presenza fondamentale per poter interagire con i sanitari, un'altra donna afferma invece

quando c'è la mediatrice facciamo prima, quando vado da sola mi fanno aspettare tanto tempo prima di farmi entrare o di visitarmi (Donna nigeriana)

Secondo questa donna la presenza della mediatrice riuscirebbe quindi a garantire una maggiore efficienza nell'erogazione della prestazione e viceversa la sua assenza avallasse un trattamento discriminatorio da parte dei sanitari. Tutte le intervistate convergono in una posizione:

Per me, si tratta più di lasciarmi imparare l'italiano. Per me non è sempre necessario, magari una volta. Poi vorrei poter andare da sola. Solo nei casi in cui non capisco mi piacerebbe ci fosse la mediatrice. (Donna di origine nigeriana)

Per quello che riesco a fare da sola, preferisco andare da sola. (Donna di origine nigeriana)

Se riesco da sola non ho bisogno della mediatrice. (Donna di origine nigeriana)

La presenza della mediatrice appare funzionale quando la conoscenza dell'italiano è ancora limitata, ma diventa superflua appena le competenze linguistiche si sono rafforzate. Il desiderio di autonomia e di indipendenza al fine di esercitare la propria agency s'impone quindi nei discorsi delle donne intervistate come fulcro della propria lotta per il riconoscimento, intesa come quel processo centrale nell'esperienza soggettiva, orientato al benessere, all'autoaffermazione e alla realizzazione di sé nelle dimensioni che ognuno ritiene importanti (Honneth 2002, Toffanin 2015).

Infine, un'ultima dimensione rilevante emersa durante le interviste riguarda la definizione di cosa è prioritario per questo gruppo di donne:

Sorella [riferendosi alla mediatrice] di a loro [le ricercatrici] che per noi il sistema sanitario va bene e che abbiamo bisogno di altro. Da quel punto di vista siamo OK! Il nostro problema è come possiamo cambiare la nostra vita, i documenti e lavoro. (Donna di origine nigeriana)

Lasciami parlare, specialmente io ho bisogno di lavorare. Non mi piace il lavoro che faccio! Vogliamo andare in un campo, in un centro di accoglienza e aspettare lì i nostri documenti. (Donna di origine nigeriana)

Le erogazioni dei servizi sanitari sono quindi ritenute soddisfacenti dalle donne intervistate. Ciò che viene definito come prioritario risulta essere da un lato, la conclusione della procedura volta a valutare la richiesta di protezione internazionale e il conseguente ottenimento di un titolo di soggiorno che permetta una stabilizzazione della propria esistenza e dall'altro lato, il reperimento di un lavoro che consenta loro di non essere più costrette a prostituirsi. La possibilità di rientrare in un centro d'accoglienza è esplicitata da una donna come possibile soluzione, in questo modo potrebbe beneficiare di un posto letto, del vitto, di corsi d'italiano, corsi professionalizzanti ed eventualmente di tirocini. Purtroppo, come chiarito da un'operatrice del Progetto Nave, la normativa esclude la possibilità di far rientrare in un centro di accoglienza persone che si sono allontanate volontariamente. Questa dimensione evidenzia la miopia della legislazione italiana nel non prevedere soluzioni adeguate per quelle situazioni, come nel caso delle donne vittime di tratta, in cui l'allontanamento dalle strutture sia stato imposto da reti criminali transnazionali. La possibilità di valutazione di ciascuna situazione potrebbe costituire una forma di tutela rivolta a questo gruppo di donne, dato che, come evidenzia Lo Iacono (2014, 126), ogni situazione e ogni donna vittima di tratta dovrebbero essere considerate individualmente, considerata l'unicità di ciascun'esperienza in cui differenti attori, ruoli e modelli di comportamento, concorrono nella definizione del progetto criminale.

10. Donne irregolari o “Stp”

Per le donne irregolari in stato di gravidanza esiste la possibilità di ottenere un permesso di soggiorno per salute (o cure mediche) valido fino a sei mesi dalla nascita del bambino o della bambina.¹⁰ All'interno di un percorso di formazione rivolto alla figura della mediatrice linguistico-culturale nella città di Verona, il tema delle donne irregolari e delle condizioni giuridiche e materiali che si profilano per questa tipologia di donne è stato affrontato con particolare attenzione, generando un dibattito tra le partecipanti, le quali hanno assunto posizioni molto diverse rispetto all'opportunità di uscire temporaneamente dalla condizione di irregolarità mediante la richiesta del permesso di soggiorno più sopra menzionato o, al contrario, di permanere in uno stato di irregolarità. Va detto che la componente di donne straniere all'interno del corso di formazione era maggioritaria ed è soprattutto all'interno di tale componente che la necessità per le donne irregolari di ricorrere al permesso di soggiorno temporaneo è stata resa esplicita, malgrado questa possibilità non comporti una regolarizzazione definitiva. Durante il corso, l'assistente sociale del Consultorio ha spiegato alle partecipanti che per ottenere questo tipo di permesso bisogna prima fare la tessera Stp, poi rivolgersi a una struttura pubblica per farsi certificare lo stato di gravidanza e con quello recarsi in Questura. Per comprendere la natura del dibattito sollevato dalla questione relativa al permesso di soggiorno per cure mediche, si farà qui brevemente accenno a un resoconto realizzato nella fase di osservazione partecipante condotta dalle ricercatrici che hanno preso parte al corso di formazione:

Assistente Sociale: che vantaggio ha una donna ad andare ad autodenunciarsi in Questura? Questa informazione noi alle donne la diamo, che possono... Pochissime ci vanno

Mediatrice: ci sono dei vantaggi, perché con quel permesso di soggiorno riescono a fare la residenza, riescono ad accedere ai servizi sociali

A.S.: accedere ai servizi sociali con questo tipo di permesso, significa accedere a una situazione di particolare fragilità e vulnerabilità. Per avere 200 euro in sei mesi, perché quello è... Che cosa riescono ad avere?

M: Ci sono donne in quella situazione che non hanno nemmeno un posto dove stare, allora l'assistente sociale riesce a trovare una sistemazione. Ci sono anche questi casi qua.

Operatrice: faccio l'avvocato del diavolo. C'è l'area accoglienza. Una donna in gravidanza...

A.S.: No, non la prendono.

O: Una donna all'ottavo mese di gravidanza va al centro aiuto vita per esempio...

A.S.: Senza il permesso di soggiorno non la prendono...

Uditrice: ma allora una donna resta per strada?

A.S.: C'è la possibilità di fare il permesso di soggiorno, ma significa fare una scelta. Entrare in un percorso di assistenza... entrare in un certo tipo di percorso. Passati i sei mesi (dalla nascita del bambino) io ho visto gente dimessa

M: Questo è vero!

A.S.: Allora... È più importante aiutare questa persona senza permesso di soggiorno a costruirsi una rete che poi continua

M: Magari dopo che passano i sei mesi, nel frattempo hai fatto la residenza con questo permesso di soggiorno... Riesci anche dopo i sei mesi ad avere l'aiuto di qualcuno, la rete... Perché senza residenza non si riesce ad accedere a nessun servizio! Perché riesci proprio a entrare, a chiedere un appuntamento con un'assistente sociale se hai la residenza. (Note dal diario di campo, 02 luglio 2018)

Ai fini del nostro lavoro di ricerca, questo breve spaccato etnografico risulta importante poiché ci offre l'occasione di riflettere, ancora una volta, sulla centralità delle determinanti sociali nei casi legati alla salute riproduttiva delle donne. Se, infatti, dal punto di vista dell'assistente sociale italiana l'ottenimento di un permesso di soggiorno temporaneo si configura nei termini di una “trappola” per le donne irregolari che ne fanno richiesta, poiché allo scadere del titolo di soggiorno non è possibile

¹⁰ L'articolo 19 del testo Unico sull'immigrazione disciplina i casi di inespellibilità e divieto di respingimento. Il comma 2 alla lettera d) del presente articolo dispone il divieto di espulsione delle donne in stato di gravidanza o nei sei mesi successivi alla nascita del figlio cui provvedono.

convertirlo in un altro genere di permesso; dal punto di vista delle mediatrici culturali – donne straniere che hanno già compiuto il percorso di regolarizzazione e di inclusione sociale – la possibilità di ottenere questo permesso risulta prioritaria e, potremmo dire, propedeutica all'accesso a una serie di servizi e diritti, tra i quali il più importante è senz'altro la residenza. In generale sembra che le argomentazioni dell'una e dell'altra parte abbiano ragioni egualmente valide per essere portate avanti e sostenute. Malgrado ciò, quello che in questo contesto ci interessa indagare ha, come sempre per l'antropologia e la sociologia, a che vedere con la necessità di comprendere i vissuti e le esperienze di chi si fa portavoce di un'argomentazione piuttosto che di un'altra, radicalmente diversa. Il punto di vista delle mediatrici culturali è quello di donne che hanno sperimentato in prima persona gli effetti dell'esclusione e della marginalizzazione sociale e, pertanto, esse si mostrano più avvezze a trovare soluzioni, anche temporanee, a tali effetti, nella speranza che questi possano modificarsi o semplicemente essere sospesi durante il periodo della gravidanza, del parto e del *post-partum*. Questo atteggiamento ci consegna, quindi, all'idea di un periodo, come quello della fase riproduttiva, particolarmente delicato e a cui le donne straniere sono, per questioni relative al loro status giuridico, portate a pensare non tanto in termini medico-sanitari, quanto in termini materiali e sociali.

Nella città di Verona le donne straniere prive di un regolare permesso di soggiorno che necessitano di visite mediche, controlli e prescrizioni usufruiscono del servizio ambulatoriale messo a disposizione dal Cesaim. Come per le altre categorie prese in esame, anche nel caso delle donne attualmente irregolari si è provveduto a realizzare una serie di interviste aventi per finalità l'analisi delle criticità maggiormente incontrate da queste donne nell'accesso e nella relazione con i servizi dedicati alla salute riproduttiva e dei bisogni a essa collegati. Dalle interviste realizzate con queste donne sono emerse problematiche per lo più ascrivibili al piano di un mancato adeguamento della propria posizione giuridica e amministrativa e, in secondo luogo, a quello di un'assenza di condizioni esistenziali, materiali e sociali favorevoli al raggiungimento di una corretta e completa inclusione sociale. Una donna rumena di 68 anni intervistata su quali fossero state le maggiori criticità incontrate nei vent'anni trascorsi in Italia, ha raccontato:

Sono arrivata con mia figlia più piccola. Mio marito era morto, la figlia più grande pure. Così ho deciso di venire in Italia a cercare lavoro. Quando sono arrivata non avevo lavoro né un posto dove andare. In quel periodo noi rumeni avevamo ancora bisogno del permesso di soggiorno, non come adesso. Così ho dormito per strada due anni, insieme a mia figlia. La sera mettevo giù dei cartoni e dormivamo lì. Oppure nei treni o nelle case abbandonate. Poi, per fortuna, ho trovato un lavoro come badante, in nero però. La signora dove lavoravo ci faceva vivere con lei in casa, ma dovevo pagare 200 euro per il posto di mia figlia. Ho lavorato sei anni per quella signora. Ah, ho chiesto mille volte al Comune una casa, ma non me l'hanno mai data. Adesso io e mia figlia, che è grande, viviamo lontano, fuori Verona, in una stanza. Io non lavoro, mangio alla Caritas. Mia figlia lavora due volte a settimana, guadagna 32 euro a settimana. Come si fa? La mattina mi sveglio presto e arrivo qui alle 7 del mattino perché abito lontano. (Cittadina rumena Eni, 17 ottobre 2018, Cesaim)

Al momento del suo arrivo in Italia la donna era priva di un regolare permesso di soggiorno e, pertanto, viveva in una condizione di irregolarità; condizione sanata con l'ingresso della Romania nell'Unione Europea, nel 2007. Tuttavia, la mancanza di un lavoro regolare e di una residenza non le ha consentito di fuoriuscire dalla situazione di marginalità e invisibilità a cui la maggior parte delle straniere comunitarie va incontro, risultando solo formalmente regolari, mentre nella pratica e nell'accesso ai diritti e ai servizi esse stentano a ottenere qualunque forma di riconoscimento. Il caso di questa donna risulta interessante perché mette insieme una serie di questioni. La prima, come abbiamo visto, è quella relativa alla mancanza di un vero e proprio automatismo dei diritti nel passaggio da una condizione di irregolarità a un'altra di parziale o totale regolarità. Ciò sta, quindi, a dimostrare come sia l'assenza dello status di cittadinanza, più che quella di un permesso, a fare la differenza e a stabilire i confini tra chi può vantare di diritti, anche minimi, e chi no. Secondariamente, la storia di questa donna è utile a spiegare il grado di familiarità o di distanza che le donne assumono nei confronti dei servizi e delle istituzioni. Quando alla donna è stato chiesto a quale servizio facesse

riferimento dopo la scoperta della sua malattia – un cancro al seno – questa ha raccontato di essersi sempre recata al Cesaim poiché qui si trova bene, i medici sono bravi e, inoltre, le danno le medicine gratis. Attualmente la donna sta bene e ciclicamente si reca in ospedale a effettuare tutti i controlli necessari, quelli che non è possibile svolgere all'interno del Cesaim. Quando le è stato chiesto se avesse mai fatto dei controlli prima della malattia la donna ha risposto di no, che non ne vedeva l'utilità perché è sempre stata una donna forte e ha aggiunto:

Non ero mai stata male prima. Poi una volta ho visto che avevo un punto rosso sul seno e sono venuta qui (al Cesaim) a farmi controllare. È stato così che ho scoperto di avere un tumore. Prima non avevo mai fatto dei controlli. Adesso li faccio e anche mia figlia li fa, visto che io ho avuto questo problema anche lei si deve controllare. Ma io penso che se non avessi vissuto per strada tutto quel tempo, se avessi avuto un buon lavoro e una casa buona non mi sarei ammalata. (Cittadina rumena Eni, 17 ottobre 2018, Cesaim)

Sui rapporti di familiarità o di estraneità vissuti dalle donne nei confronti dei servizi e dei dispositivi sanitari, riportiamo il racconto di una donna nigeriana, intervistata all'interno dei locali del Cesaim di Verona sulle difficoltà e sulle problematiche da lei sperimentate nell'accesso ai servizi. Si tratta di una donna che ha fatto domanda di protezione internazionale ed è ancora in attesa di essere ascoltata dalla Commissione Territoriale:

Quando sono arrivata a Verona con mio marito vivevamo all'interno di un centro. Poi, poco dopo, ci hanno trasferiti in un'altra struttura. Questa però non va bene, non è buona come quella di prima. Questo posto (il Cesaim) l'ho conosciuto quando sono arrivata perché gli operatori della prima struttura in cui vivevo mi avevano portata a fare dei controlli per i miei problemi di stomaco. Gli operatori della struttura in cui vivo adesso, invece, non mi hanno mai portata a farmi visitare, per cui vengo qui da sola, senza dire niente a nessuno. Oggi, per esempio, sono venuta per farmi prescrivere nuovamente i controlli ginecologici che avrei dovuto fare mesi fa, e gli operatori non mi hanno fatto fare. Così sono tornata per farmi fare una nuova prescrizione. Nella struttura dove vivo adesso non si prendono cura di noi. Quando qualcuno, come me, ha un problema di salute e chiede loro di andare in ospedale o di fare delle visite, quelli rispondono che siamo esagerati, che siamo viziati e ci lamentiamo sempre. C'è una donna che vive con me che è molto malata, ma gli operatori dicono che non ha niente, che ha solo problemi di peso. Così, senza dire niente a nessuno, l'ho portata qui. E adesso viene anche lei qui al Cesaim a farsi visitare. (Cittadina nigeriana Stp, 17 ottobre 2018, Cesaim)

Al pari della donna rumena, anche l'utente nigeriana si rivolge al servizio di cure offerto dal Cesaim. Diversamente da quanto si potrebbe immaginare, i motivi che stanno alla base di questa scelta non sono necessariamente riconducibili alla condizione giuridica di queste donne, piuttosto essi hanno a che vedere sia con l'abitudine – piuttosto diffusa tra i/le migranti – di creare legami preferenziali con strutture, luoghi e progetti che nella propria esperienza migratoria hanno avuto un impatto positivo, incentivandole/i quindi a farvi ritorno; sia con le contingenze che, come in questi casi, non sembrano lasciare alternativa a quelle donne che, malgrado giuridicamente non rientrino nella categoria di "irregolari", concretamente vivono condizioni di esclusione, marginalizzazione e invisibilizzazione sociale.

A queste criticità si aggiungono per queste donne difficoltà di carattere burocratico-amministrativo, legate in primo luogo alla diffidenza degli impiegati delle organizzazioni e delle istituzioni pubbliche. Gli studi sulle organizzazioni (Crozier, 1969; Lipsky, 2010; Graeber, 2016) hanno affrontato il tema dell'arbitrarietà che attraversa e che plasma i sistemi burocratici, consegnando ai singoli lavoratori/trici la capacità di far funzionare o di far saltare l'intero sistema. Quest'arbitrarietà si fa, per così dire, più evidente nel caso dei servizi che, tra le altre, si occupano anche delle pratiche legate al soggiorno o alla presa in carico dei/delle cittadini/e stranieri/e. Questi ultimi incontrano, infatti, maggiori difficoltà a orientarsi all'interno degli apparati burocratici e dei servizi (Haince, 2014), non soltanto perché esistono delle difficoltà oggettive, riconducibili per esempio alla difficoltà di comprendere il linguaggio e il modus operandi della burocrazia, ma soprattutto perché, in molti casi,

sono proprio i tecnici e i burocrati a osteggiare i percorsi dei migranti, disorientando o scoraggiando le persone che vi si rivolgono (Urru, 2011; Altin, Sanò, 2017; Sanò 2017).

La donna nigeriana ha raccontato che l'Agenzia delle Entrate di Verona non rilascia il codice fiscale alfa-numerico ai richiedenti e alle richiedenti asilo se non in presenza di un contratto di lavoro. Per comprendere l'anomalia di questa prassi, è necessario esaminare, a livello nazionale, il quadro più complesso delle contraddizioni che riguardano i percorsi di regolarizzazione dei cittadini stranieri e, in particolare, dei e delle richiedenti asilo. Fino al 2015 l'Agenzia delle Entrate di ogni Comune era tenuta a rilasciare il codice fiscale ai/alle richiedenti asilo che ne facevano domanda; successivamente, una circolare interna ha stabilito che ai/alle richiedenti asilo venisse assegnato un codice fiscale numerico (provvisorio) al momento della formalizzazione della domanda di protezione per evitare un sovraccarico delle richieste di codice fiscale. Con l'entrata in vigore di questo nuovo codice, assegnato esclusivamente alla categoria dei/delle richiedenti asilo, la maggior parte degli uffici pubblici incaricati di effettuare l'iscrizione anagrafica o quella sanitaria hanno riscontrato non poche difficoltà, dal momento che i programmi informatici utilizzati non riconoscevano questo tipo di codice. Svitati appelli e tavoli di negoziazione hanno però reso possibile sbloccare questa situazione di *impasse*, sebbene in alcuni territori, tra questi Verona, tali difficoltà continuano a persistere allorché un datore di lavoro deve registrare un/una lavoratore/trice e necessita di un tradizionale codice fiscale. Alla luce del nuovo decreto Salvini, l'associazione di giuristi per l'immigrazione (Asgi) ha diffuso una scheda per gli operatori/trici impiegati nel sistema di accoglienza; in questa scheda si legge:

Al richiedente asilo che, dopo 60 giorni dalla presentazione della domanda, ha diritto di svolgere attività lavorativa, deve necessariamente essere riconosciuto il diritto all'iscrizione al Centro per l'impiego sulla base del domicilio.

In proposito va ricordato che l'art. 11, lettera c) d.lgs. 150/11 prevede che i servizi per l'impiego vengano offerti a tutti "i residenti". L'Anpal (l'Agenzia Nazionale per le politiche attive del lavoro) e il Ministero del Lavoro – con le circolari congiunte 23.5.18 n. 6202 e 27.8.18 n. 3 – avevano chiarito che per i richiedenti asilo il requisito della residenza doveva ritenersi soddisfatto dalla "dimora abituale" presso una struttura di accoglienza. L'art. 5, co. 3 d.lgs. 142/15, come modificato dal d.l. 113/18, consente di superare ogni dubbio interpretativo, garantendo l'equivalenza, ai fini della erogazione dei servizi, tra residenza e domicilio.

Ricordiamo anche che gli altri documenti necessari per ottenere l'iscrizione al Centro per l'impiego sono: 1) copia del permesso di soggiorno (che vale quale documento di riconoscimento); 2) codice fiscale; 3) elenco dei titoli posseduti in carta semplice o mediante modulo di autocertificazione; 4) Modulo Did, Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro che può rendere anche presentando la domanda di disoccupazione all'Inps.

L'iscrizione può avvenire anche in caso di attesa rinnovo, stante la equiparazione tra richiesta di rinnovo e permesso, espressamente prevista, ai fini dell'accesso al lavoro, dall'art. 5, comma 9bis d.lgs. 286/98.

Quanto al codice fiscale, l'Inps, con messaggio 3151 del 28.7.2017 ha comunicato di aver aggiornato il proprio software in modo da consentire ai datori di lavoro di effettuare le comunicazioni di assunzione sulla base del codice fiscale provvisorio numerico. A maggior ragione, dunque il Centro per l'Impiego non può rifiutare l'iscrizione per mancanza del codice definitivo (Scheda per operatori, elaborata da Asgi, aggiornata al 31 ottobre 2018)

Dai racconti delle testimoni intervistate è emerso, però, che a Verona continua a essere necessario il possesso del codice fiscale alfa-numerico per la dichiarazione e la registrazione dei lavoratori/trici presso gli uffici Inps. Per questa ragione, i/le richiedenti asilo sono costretti a fare richiesta del codice fiscale presso l'Agenzia delle Entrate che tuttavia, come più sopra anticipato, a Verona ha stabilito di non rilasciare il codice fiscale se non in presenza di un contratto di lavoro. A queste anomalie territoriali, alle quali fino a questo momento si è tentato di rispondere facendo ricorso a negoziazioni contingentate, si aggiungono però difficoltà oggettive, quali: l'impossibilità per le persone sprovviste di codice fiscale alfa-numerico di aprire un conto in banca per la canalizzazione dello stipendio. Va da sé che a queste condizioni i/le richiedenti asilo vanno incontro a un'anomalia burocratica a dir

poco grottesca e, molto spesso, senza via d'uscita. L'eterogeneità delle prassi e delle pratiche che si registra all'interno del sistema di accoglienza e dell' "indotto" burocratico che vi ruota intorno, ha come principale motivazione la diffidenza nei confronti dei cittadini stranieri e la convinzione che, per queste persone, i diritti siano una forma di bonaria concessione o, peggio, qualcosa di cui potrebbero approfittarsi e che, pertanto, è necessario negare o renderne complicato l'accesso.

In maniera non molto diversa da quanto appena riportato, un'altra donna nigeriana ha raccontato di essersi recata più volte negli uffici in cui rilasciano il codice Stp senza alcun risultato, poiché gli impiegati non avevano voluto procedere in mancanza di una residenza o di un domicilio della donna. La normativa per il rilascio del tesserino Stp non prevede la residenza o il domicilio. Viceversa, questo documento serve a tutelare e a garantire le prestazioni mediche di base a tutte e tutti coloro i quali sono privi di documenti e di iscrizione anagrafica. Anche all'interno del sopramenzionato corso di formazione per mediatrici linguistico- culturali le partecipanti hanno affrontato il tema delle difficoltà dovute all'inesperienza o alla negligenza dei tecnici e dei burocrati. Lo hanno fatto in questi termini:

A.S.: Ottenere la tessera in teoria è semplicissimo, in pratica è un'impresa titanica perché troviamo delle persone (amministrativi) che non sono preparate ad accogliere

M: Se non sei in un percorso, sei senza documenti, vai al Cesaim e loro ti danno tutte le carte. Poi capita che una va a fare richiesta di Stp anche se in passato ha avuto un permesso (poi lo ha perso) in quel caso ti chiedono un sacco di documenti e se non hai qualcuno che ti aiuta...

A.S.: Sì, perché non è contemplato che i documenti si possano perdere... comunque il passaggio con gli amministrativi non è facile e nei territori ci sono stati atteggiamenti totalmente diversi. Ti rendi conto che nel territorio, ex distretto 4, tessere Stp ne fanno pochissime ed Eni non ne fanno nemmeno uno. Nel distretto 3 poco o niente. Il sistema è uguale per tutti, ma c'è l'ostacolo del pregiudizio che dici: no, tu questo non lo puoi fare... Che insomma fai fatica. (Note dal diario di campo, 02 luglio 2018 Verona)

Come per tutti gli altri casi di donne intervistate all'interno di questo progetto di ricerca, anche l'esperienza delle donne prive di un titolo di soggiorno dimostra come nei rapporti con i servizi e nell'ambito dell'assistenza sanitaria elementi, quali: documenti, casa, lavoro sono solo apparentemente secondari e ininfluenti per la buona riuscita di una presa in carico e la realizzazione di un percorso terapeutico o di cura, quale che sia la natura di questi. Al contrario, la salute e, nello specifico, la salute riproduttiva non possono dirsi compiute se non attraverso l'inclusione sociale, la massima tutela e garanzia dei diritti, condizioni materiali e di esistenza dignitose.

11. Sintesi conclusiva

11.1 I servizi per la salute riproduttiva

- Dal lavoro sul campo emerge, innanzitutto, che la distinzione fra “immigrate irregolari”, “richiedenti protezione internazionale”, “vittime di tratta” e “lungo-soggiornanti” non sempre inquadra la complessività dell’attuale immigrazione femminile. I contorni fra questi profili, infatti, sono fra loro sfumati e, spesso, sovrapponibili o, ancora, la stessa donna immigrata soggetto può essere ricondotta a più “tipologie” migratorie contemporaneamente o averle attraversate in diverse fasi del proprio percorso biografico, migratorio e familiare.
- Tutti i testimoni privilegiati sottolineano il rapido mutamento che sta caratterizzando l’attuale panorama sociale e migratorio in cui si affaccia con forza la nazionalità nigeriana e in cui si registra il protagonismo di soggetti che, però, dispongono di scarse risorse relazionali, sociali, culturali.
- La vulnerabilità sociale delle utenti si riflette anche nella poca consapevolezza di sé e del proprio corpo, soprattutto in alcune sfere come quella della prevenzione e della contraccezione in cui, viene ribadito, sarebbe necessaria più formazione.
- Le coordinatrici dei servizi, inoltre, sottolineano le difficoltà di lavorare in un contesto economico di progressivo taglio dei servizi, in un quadro istituzionale e legale, politico e sociale, caratterizzato da intenso inasprimento dell’ostilità nei confronti delle popolazioni immigrate.
- Tale ridimensionamento delle risorse colpisce la qualità del lavoro dei servizi, la possibilità di lavorare in maniera organica e coordinata e fa venire meno strumenti importanti come quello della mediazione linguistica e culturale.
- La mediazione linguistico-culturale, però, pur essendo uno strumento ritenuto importante, mostra degli aspetti di ambivalenza e contraddizione: talvolta è necessaria una mera traduzione linguistica, altre volte, invece, può addirittura creare problemi della relazione tra utente e servizio a causa delle forme di potere che attraversano le collettività immigrate.
- L’utenza immigrata pare vedere nell’ospedale l’unico punto di riferimento per affrontare e risolvere qualsiasi questione relativa alla salute, senza differenziare le sue diverse dimensioni e i bisogni specifici. Accanto a ciò, vi è una cieca fiducia nella medicalizzazione – a eccezione, però, delle prassi relative al parto – e del consumo farmacologico o degli alimenti artificiali, percepiti come “più moderni” ed efficaci rispetto all’allattamento (ad esempio) o ad altri stili alimentari.
- I servizi sanitari sono percepiti dall’utenza come un “labirinto” in cui è difficile orientarsi. Spesso, quindi, il personale sanitario si premura, andando oltre il proprio mandato, per favorirne l’accesso all’utenza immigrata. Accanto a ciò, però, si registra l’agency delle donne immigrate nel muoversi entro un’offerta eterogenea e diseguale che caratterizza il contesto regionale e che configura il diritto alla salute come un diritto “territorializzato” e a “geometria variabile”.
- Il personale dei servizi si trova, spesso, anche se in diversa maniera a seconda delle “tipologie” di utenti, davanti al paradosso per il quale la loro azione facilita l’accesso da parte delle utenti e rende effettiva la tutela della salute, ma al contempo non favorisce lo sviluppo di un’autonomia personale.

11.2 Le donne vittime di tratta

- Sul territorio veronese l'80% delle donne vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale è di origine nigeriana. Queste donne hanno presentato domanda di protezione internazionale, ma sono uscite dalle strutture di accoglienza attenendosi a quanto viene loro imposto dalle reti criminali.
- La sistemazione alloggiativa precaria di queste donne non consente loro di effettuare l'iscrizione anagrafica presso il comune in cui vivono e conseguentemente di poter iscriversi all'anagrafe sanitaria. Questa situazione costringe le donne trascorsi i primi 6 mesi ad accedere ai servizi sanitari con tessere stp e non poter beneficiare del livello di tutela sanitaria a cui il titolo di soggiorno per richiesta di protezione internazionale darebbe accesso.
- Una dimensione critica riguarda la non conoscenza dei servizi presenti nel territorio, in particolare le donne hanno affermato di non sapere la differenza tra medico di base, guardia medica, consultorio e pronto soccorso. Il pronto soccorso viene descritto come la modalità di accesso principale alle cure sanitarie, l'unica alternativa è costituita dagli uffici del Progetto Nave, i quali facilitano l'orientamento ai servizi territoriali. Un polo unico centralizzato di presa in carico delle problematiche sanitarie non urgenti costituirebbe per molte donne una soluzione.
- La presenza della mediatrice alle visite sanitarie appare funzionale quando la conoscenza dell'italiano è ancora limitata, ma diventa superflua appena le competenze linguistiche si sono rafforzate. Forte desiderio di autonomia e di indipendenza.
- Le erogazioni dei servizi sanitari sono quindi ritenute soddisfacenti dalle donne intervistate. Ciò che viene definito come prioritario risulta essere l'ottenimento di un titolo di soggiorno che permetta una stabilizzazione della propria esistenza. La possibilità di rientrare in un centro d'accoglienza è esplicitata da una donna come possibile soluzione, per poter imparare bene la lingua e progettare il proprio futuro. Tuttavia questa possibilità non è praticabile perché la normativa esclude la possibilità di far rientrare in un centro di accoglienza persone che si sono allontanate volontariamente. Appare controverso considerare volontario l'allontanamento delle donne vittime di tratta, dato che questo è imposto da reti criminali transnazionali.

11.3 Le donne richiedenti e/o titolari di protezione internazionale

- Le donne richiedenti protezione internazionale accolte in provincia di Verona al 31.10.2018 risultano essere 332, di cui 28 minorenni (tutte con meno di 14 anni) e 49 sono parte di nuclei familiari, dieci dei quali composti dalla madre e da uno o due figli. Le principali nazionalità di provenienza sono: Nigeria, Gambia, Costa D'Avorio, Mali.
- La criticità principale riguarda la dimensione connessa alla non conoscenza della lingua italiana e all'assenza di un servizio di mediazione nelle strutture ospedaliere. L'assenza di un servizio di mediazione nelle strutture ospedaliere impedisce alle donne non solo di comprendere, ma soprattutto di poter scegliere cosa ritengono migliore per loro stesse.
- In assenza di un servizio di mediazione la comunicazione tra donne richiedenti asilo e sanitari è spesso facilitata dalla presenza dell'operatrice della struttura d'accoglienza che non solo svolge un ruolo di traduzione, ma anche di facilitazione per favorire l'implementazione dei protocolli sanitari.

- Emerge come fondamentale la presenza di una figura di riferimento che orienta e facilita l'accesso ai servizi territoriali, dato il disorientamento prodotto da differenti strutture e servizi (consultorio, ospedale, distretto sanitario). Sarebbe preferibile, da parte delle donne intervistate, un'unica struttura dove essere seguite per tutto l'arco della gravidanza.

- La mancanza di un polo unico e/o di orientamento efficace riguarda anche l'ivg. L'assenza di informazioni corrette rispetto alle procedure per l'interruzione di gravidanza spinge le donne a rivolgersi a reti informali in grado di procurare farmaci abortivi, assumendosi i rischi che l'assunzione di questi può comportare.

11.4 Le donne lungosoggiornanti

- Dai racconti e dalle esperienze che le donne hanno scelto di condividere con le intervistatrici è emerso che nella quasi totalità dei casi esse hanno vissuto i momenti legati alla gravidanza, al parto e al *post-partum* in completa solitudine o, diversamente, con il solo supporto del marito.

- Le maggiori criticità a cui le donne lungo-soggiornanti vanno incontro sono da addebitarsi alla condizione di isolamento in cui molto spesso vivono, una condizione dovuta alla mancanza di competenze linguistiche e di una rete familiare e amicale su cui poter contare

- Alla solitudine queste donne associano molto spesso l'impossibilità di avere un supporto linguistico adeguato e che le metta nella condizioni di capire esattamente che cosa stia accadendo al loro corpo.

- La mancanza di assistenza e di una rete di supporto istituzionale va però letta anche nell'ottica delle conseguenze di natura sociale che ne possono derivare; conseguenze legate, soprattutto, alla scarsità di mezzi e di capitale sociale delle donne che vivono da sole e alla vulnerabilità strutturale (ambientale, alloggiativa, lavorativa, sociale) a cui esse sono costantemente esposte

- Un altro aspetto problematico riportato dalle donne intervistate è legato al funzionamento dei servizi socio-sanitari territoriali e alla mancanza di informazioni. È soprattutto alla mancanza di informazioni adeguate e omogenee che le donne riconducono l'insorgere di problematiche legate alla gravidanza e al parto.

- Dai racconti delle donne lungo-soggiornanti sulle necessità, sui bisogni e sui margini di miglioramento del sistema socio-sanitario, è emerso, dunque, come la dimensione sanitaria sia, per queste, intimamente legata agli aspetti di carattere sociale: casa, lavoro, documenti e assistenza

11.5 Le donne "Straniere Temporaneamente Presenti"

- Dalle interviste realizzate con queste donne sono emerse problematiche per lo più ascrivibili al piano di un mancato adeguamento della propria posizione giuridica e amministrativa e, in secondo luogo, a quello di un'assenza di condizioni esistenziali, materiali e sociali favorevoli al raggiungimento di una corretta e completa inclusione sociale.

- I casi analizzati hanno messo in luce la mancanza di un vero e proprio automatismo dei diritti nel passaggio da una condizione di irregolarità a un'altra di parziale o totale regolarità. Ciò sta, quindi, a dimostrare come sia l'assenza dello status di cittadinanza, più che quella di un permesso, a fare la differenza e a stabilire i confini tra chi può vantare di diritti, anche minimi, e chi no.

- Si riscontrano, soprattutto, difficoltà di carattere burocratico-amministrativo, legate in primo luogo alla diffidenza degli impiegati delle organizzazioni e delle istituzioni pubbliche. L'arbitrarietà delle

organizzazioni pubbliche si fa, per così dire, più evidente nel caso dei servizi che, tra le altre, si occupano anche delle pratiche legate al soggiorno o alla presa in carico dei/delle cittadini/e stranieri/e. Questi ultimi incontrano, infatti, maggiori difficoltà a orientarsi all'interno degli apparati burocratici e dei servizi, non soltanto perché esistono delle difficoltà oggettive, riconducibili per esempio alla difficoltà di comprendere il linguaggio e il *modus operandi* della burocrazia, ma soprattutto perché, in molti casi, sono proprio i tecnici e i burocrati a osteggiare i percorsi dei migranti, disorientando o scoraggiando le persone che vi si rivolgono.

- L'eterogeneità delle prassi e delle pratiche che si registra all'interno del sistema di accoglienza e dell'"indotto" burocratico che vi ruota intorno, ha come principale motivazione la diffidenza nei confronti dei cittadini stranieri e la convinzione che, per queste persone, i diritti siano una forma di bonaria concessione o, peggio, qualcosa di cui potrebbero approfittarsi e che, pertanto, è necessario negare o renderne complicato l'accesso

- Come per tutti gli altri casi di donne intervistate all'interno di questo progetto di ricerca, anche l'esperienza delle donne prive di un titolo di soggiorno dimostra come nei rapporti con i servizi e nell'ambito dell'assistenza sanitaria elementi, quali: documenti, casa, lavoro sono solo apparentemente secondari e ininfluenti per la buona riuscita di una presa in carico e la realizzazione di un percorso terapeutico o di cura, quale che sia la natura di questi.

Riferimenti bibliografici

Abbatecola E., (2010), Gli scenari delle prostituzioni straniere: introduzione, *Mondi Migranti*, 1: 31-45.

- Altin R., Sanò G., (2017), Richiedenti asilo e sapere antropologico. Una introduzione, *Antropologia Pubblica*, vol. 3, 1: 7-34.
- Ambrosini M., (2005), *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Ambrosini M., (2011), *Sociologia delle Migrazioni*, Il Mulino, Milano.
- Ambrosini M., (2014), Parenting from a distance and processes of family reunification. A research on the Italian case, *Ethnicities*, 8: 1-20.
- Ambrosini M., Bonizzoni P., Caneva E., (2010), *Ritrovarsi altrove. Famiglie ricongiunte e adolescenti di origine immigrata*, Fondazione Ismu, Milano.
- Balsamo F., (2003), *Famiglie di migranti: trasformazioni dei ruoli e mediazione culturale*, Carocci, Roma.
- Baraldi C., (2012), Comprensione, empowerment e narrazione nella mediazione sanitaria, *Mondi Migranti*, 1: 49-70.
- Benhabib S., (2002), Transformations of Citizenship: The Case of Contemporary Europe, *Government and Opposition*, 4: 439-465.
- Bimbi F., (2001), Prostituzione, migrazioni e relazioni di genere, *Polis*, 1: 13-34.
- Bimbi F., (a cura di), (2003), *Differenze e disuguaglianze. Prospettive per gli studi di genere in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Bonfanti S., (2012), Farsi madri. L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale, *Quaderni di Donne & Ricerca*, CIRSD (Centro Interdisciplinare Ricerche e Studi delle Donne), Torino.
- Bonizzoni P., (2009), *Famiglie globali. Le frontiere della maternità*, Utet, Torino.
- Bonizzoni P., Boccagni P., (2013), Care and circulation revisited: a conceptual map of diversity in transnational parenting, in Baldassar L., Merla L., (eds), "Transnational families, migration and the circulation of care. understanding mobility and absence in family life", Routledge, London.
- Bourdieu P. (1998), *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano.
- Catarino C., Morokvasic M., (2005), Femmes, genre, migration et mobilité, *Revue européenne des migrations internationales*, vol.1, 21: 7-27.
- Cattaneo M. L., Dal Verme S., (2005), *Donne e madri in migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, Unicopli, Milano.
- Centro Studi e Ricerche Idos, (2016), *Dossier Statistico Immigrazione 2016*, Idos, Roma.
- Centro Studi e Ricerche Idos, (2018), *Dossier Statistico Immigrazione 2018*, Idos, Roma.
- Crocetti E., Manneschi G., Visioli C.B., (2010), Risk of invasive cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia grade III in central Italy by area of birth, *Journal of Medical Screening*, 17: 87-90.
- Censis, (2015), *I nuovi pellegrini*, Fondazione Farmafactoring, SanArtLab.
- Crozier M., (1969), *Il fenomeno burocratico*, Etas Kompass, Milano.
- De Filippo E., (2009), *Donne lontane sempre presenti. Percorsi di immigrazione ed emigrazione femminile in Campania*, Gesco, Napoli.
- Della Puppa F., (2015), Il ricongiungimento familiare in Europa e in Italia. Politiche, ambivalenze, rappresentazioni, *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 2: 187-204.
- Della Puppa F., (2012), Being part of the family. Social and working conditions of female migrant care workers in Italy, *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, vol.20, 3: 182-198.
- Della Puppa F., (2014), *Uomini in movimento. Il lavoro della maschilità fra Bangladesh e Italia*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- Della Puppa F., Salvador O., (2015), Ricongiungere la famiglia in tempo di crisi. Strategie per ricostruire e difendere l'unità familiare a inizio millennio, *Mondi Migranti*, 2: 169-196.
- Douglas M., (1992), *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, Routledge, London.
- Fondazione Leone Moressa, (2017), *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. La dimensione internazionale delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Fondazione Leone Moressa, (2018), *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. Prospettive di integrazione in un'Italia che invecchia*, Il Mulino, Bologna.

- Gargiulo E., (2018), Una filosofia della sicurezza e dell'ordine. Il governo dell'immigrazione secondo Marco Minniti, *Meridiana*, 91: 151-173.
- Graeber D., (2016), *Burocrazia. Perché le regole ci perseguitano e perché ci rendono felici*, Il Saggiatore, Milano.
- Good B., (2006) *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- Haince M. C., (2014), Ethnography on the sidelines. Immigration control and management in Canada, *Etnografia e ricerca qualitativa*, 1: 49-70.
- Honneth A., (2002), *Lotta per il riconoscimento*, Il Saggiatore, Milano.
- Ketler S., (2000), Preparing for motherhood, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 14, 2: 138-158.
- Kofman E., (2004), Family-related migration. A critical review of European Studies, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol.30, 2: 243-262.
- Lainati C., Grandi F., Oberbacher M., (2008), *Famiglie ricongiunte in Alto Adige*. Praxis, Bolzano.
- Lipsky M., (2010), *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individuals in Public Services*, Russell Sage Foundation, New York.
- Lo Iacono E., (2014), Victims, sex workers and perpetrators: gray areas in the trafficking of nigerian women, *Trends in Organized Crime*, vol. 17, 1: 110-128.
- Lombardi L., (2005), *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Franco Angeli, Milano.
- Luatti L., Torre A.T., (2012), Introduzione: sulla mediazione culturale, *Mondi Migranti*, 1: 29-37.
- Maluccelli L., (2010), Clienti e prostitute: oltre lo scambio sesso-economico? Studio di caso su La ragazza di Benin City, *Mondi Migranti*, 1: 103-134.
- Mangone E., Masullo G., (2010), Tra integrazione e particolarismi: gli immigrati e il ricorso ai servizi sanitari, in Ammaturo N., De Filippo E., Strozza S., (a cura di), *La vita degli immigrati a Napoli e nei paesi vesuviani*, Franco Angeli, Milano.
- Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78)*. Dati definitivi 2016. Roma, 2017
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf
- Miranda A., (2008), *Migrare al femminile. Appartenenza di genere e situazioni migratorie in movimento*, McGraw Hill, Milano.
- Morokvasic M., (1984), Bird of Passage are Also Women..., *International Migration Review*, vol. 18, 4: 886-907.
- Morokvasic M., (2011), Donne, migrazioni, empowerment, in Signorelli A., Miranda A., (a cura di), *Pensare e ripensare le migrazioni*, Sellerio, Palermo.
- Pasian P., Toffanin A. M., (2018), Richiedenti asilo e rifugiate nello Sprar. Contraddizioni nel sistema d'accoglienza, *Mondi Migranti*, 1: 127-145.
- Pasini, N., Pullini A., (2002), *Nascere da stranieri. I punti nascita in Lombardia*, Fondazione ISMU, Milano.
- Peano I., (2013a) Opaque loves: Governance and escape in the intimate sphere of Nigerian sex workers, *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, 3: 359-384.
- Peano I., (2013b), Bondage and help: Genealogies and hopes in trafficking from Nigeria to Italy, in Quirk J., D.Wigneswaran, (eds.), *Slavery, Migration and Contemporary Bondage in Africa*, Africa World Press, Trenton-NJ.
- Portes A., (2009), Migration and development: reconciling opposite views, *Journal of Ethnic and Racial Studies*, vol.32, 1: 5-22.
- Quagliarello C., (2014), Dal Senegal migrare in Valdelsa. Modelli della nascita a confronto, in Colombo A., (a cura di), *Stranieri in Italia. Figli, lavoro, vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna.
- Quagliarello C., (2018), Rappresentazioni e pratiche dell'esperienza di maternità tra le donne senegalesi dell'Alta Val d'Elsa, in Giuffrè M., (a cura di), *Essere madri oggi tra biologia e cultura. Etnografie della maternità nell'Italia contemporanea*, Pacini Editore, Pisa.

Quaranta I., (2006), *Corpo, potere e malattia. Antropologia e aids nei Grassfields del Camerun*, Booklet, Milano.

Riccio B., (2008), *Politiche, associazioni e interazioni urbane*, Guaraldi, Rimini.

Sanò G., (2017), Inside and outside the reception system. The case of Unaccompanied Minors in Eastern Sicily, *Etnografia e ricerca qualitativa*, 1: 121-141.

Scabini G., Rossi E., (a cura di), (2008), *La migrazione come evento familiare*, Vita e Pensiero, Milano.

Spadea T., Zengarini N., Kunst A. et al., (2010), Cancer risk in relationship to different indicators of adult socioeconomic position in Turin, Italy, *Cancer Causes Control*, vol. 21, 7: 1117-30.

Tabet P., (2004), *La grande beffa. Sessualità delle donne e scambio sesso-economico*, Rubbettino editore, Soveria Mannelli (CZ).

Tarabusi F., (2014), Politiche dell'accoglienza, pratiche della differenza. Servizi e migrazioni sotto la lente delle politiche pubbliche, *Archivio Antropologico Mediterraneo*, anno XVII, vol. 16, 1: 45-62.

Tognetti Bordogna M., (a cura di), (2011), *Esperienze di ricongiungimento di famiglie del Marocco, Pakistan, India*, Utet, Torino.

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

Tognetti Bordogna M., (2014), Il lavoro delle donne immigrate in tempo di crisi tra resistenza e Agency oltre il lavoro domestico, in M. Giusti, (a cura di), *Intercultura Interdisciplinare. Costruire cultura anche con le discipline*, Ed Libreria Cortina, Milano.

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

Tsipy I., (2009), *Embodying Culture. Pregnancy in Japan and Israel*, Rutgers, New Jersey.

Urru R., (2011), Pratiche dell'accoglienza, in Sorgoni B., (a cura di), *Etnografia dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, CISU, Roma.