

La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Una prospettiva transfrontaliera

a cura di
Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

Laboratorio Sociologico

Ricerca empirica
ed intervento sociale

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Laboratorio Sociologico approfondisce e discute criticamente tematiche epistemologiche, questioni metodologiche e fenomeni sociali attraverso le lenti della sociologia. Particolare attenzione è posta agli strumenti di analisi, che vengono utilizzati secondo i canoni della scientificità delle scienze sociali. Partendo dall'assunto della tolleranza epistemologica di ogni posizione scientifica argomentata, Laboratorio Sociologico si fonda su alcuni principi interconnessi. Tra questi vanno menzionati: la combinazione creativa, ma rigorosa, di induzione, deduzione e adduzione; la referenzialità storico-geografica; l'integrazione dei vari contesti osservativi; l'attenzione alle diverse forme di conoscenze, con particolare attenzione ai prodotti delle nuove tecnologie di rete; la valorizzazione dei nessi e dei fili che legano fra loro le persone, senza che queste ne vengano assorbite e – ultimo ma primo – la capacità di cogliere l'alterità a partire dalle sue categorie "altre". Coerentemente con tale impostazione, Laboratorio Sociologico articola la sua pubblicistica in sei sezioni: *Teoria, Epistemologia, Metodo; Ricerca empirica ed Intervento sociale; Manualistica, Didattica, Divulgazione; Sociologia e Storia; Diritto, Sicurezza e Processi di vittimizzazione; Sociologia e storia della Croce Rossa.*

Comitato Scientifico: Natale Ammaturo†; Ugo Ascoli (Ancona); Claudio Baraldi (Modena e Reggio Emilia); Leonardo Benvenuti, Ezio Sciarra (Chieti); Danila Bertasio (Parma); Giovanni Bertin (Venezia); Rita Biancheri (Pisa); Annamaria Campanini (Milano Bicocca); Gianpaolo Catelli (Catania); Bernardo Cattarinussi (Udine); Roberto Cipriani (Roma III); Ivo Colozzi, Stefano Martelli (Bologna); Celestino Colucci (Pavia); Raffaele De Giorgi (Lecce); Paola Di Nicola (Verona); Roberto De Vita (Siena); Maurizio Esposito (Cassino); Antonio Fadda (Sassari); Pietro Fantozzi (Cosenza); Maria Caterina Federici (Perugia); Franco Garelli (Torino); Guido Giarelli (Catanzaro); Guido Gili (Campobasso); Antonio La Spina (Palermo); Clemente Lanzetti (Cattolica, Milano); Emiliana Mangone (Salerno); Giuseppe Mastroeni (Messina); Rosanna Memoli (La Sapienza, Roma); Everardo Minardi (Teramo); Giuseppe Moro (Bari); Giacomo Mulè (Enna); Giorgio Osti (Trieste); Mauro Palumbo (Genova); Jacinta Paroni Rumi (Brescia); Antonio Scaglia (Trento); Silvio Scanagatta (Padova); Francesco Sidoti (L'Aquila); Donatella Simon (Torino); Bernardo Valli (Urbino); Francesco Vespasiano (Benevento); Angela Zanotti (Ferrara).

Corrispondenti internazionali: Coordinatore: Antonio Maturo (Università di Bologna) Roland J. Campiche (Università di Losanna, Svizzera); Jorge Gonzales (Università di Colima, Messico); Douglas A. Harper (Duquesne University, Pittsburgh, USA); Juergen Kaube (Accademia Brandeburghese delle Scienze, Berlino, Germania); André Kieserling (Università di Bielefeld, Germania); Michael King (University of Reading, Regno Unito); Donald N. Levine (Università di Chicago, USA); Christine Castelain Meunier (Casa delle Scienze Umane, Parigi, Francia); Maria Cecilia de Souza Minayo (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasile); Everardo Duarte Nunes (Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasile); Furio Radin (Università di Zagabria, Croazia); Joseph Wu (Università di Taiwan, Taipei, Taiwan).

Coordinamento Editoriale delle Sezioni: Giuseppe Masullo

Ogni sezione della Collana nel suo complesso prevede per ciascun testo la valutazione anticipata di due referee anonimi, esperti nel campo tematico affrontato dal volume. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

Sezione *Teoria, Epistemologia, Metodo* (attiva dal 1992). *Responsabile Editoriale*: Leonardo Altieri. *Comitato Editoriale*: Agnese Accorsi; Gianmarco Cifaldi; Francesca Cremonini; Davide Galesi; Francesco Gandellini; Ivo Germano; Maura Gobbi; Francesca Guarino; Silvia Lolli jr.; Alessia Manca; Emmanuele Morandi†; Alessandra Rota; Barbara Sena.

Sezione *Ricerca empirica ed Intervento sociale* (attiva dal 1992). *Coordinatore Scientifico*: Andrea Bassi; *Responsabile Editoriale*: Sara Sbaragli. *Comitato Editoriale*: Sara Capizzi; Teresa Carbone; Paola Canestrini; Carmine Clemente; David Donfrancesco; Laura Farneti; Ilaria Iseppato; Lorella Molteni; Paolo Poletti; Elisa Porcu; Francesca Rossetti; Alessandra Sannella.

Sezione *Manualistica, Didattica, Divulgazione* (attiva dal 1995). *Coordinatore Scientifico*: Linda Lombi. *Responsabile Editoriale*: Arianna Marastoni. *Comitato Editoriale*: Veronica Agnoletti; Flavia Atzori; Alessia Bertolazzi; Barbara Calderone; Raffaella Cavallo; Carmela Anna Esposito; Laura Gemini; Silvia Lolli sr.; Ilaria Milandri; Annamaria Perino; Fabio Piccoli.

Sezione *Sociologia e Storia* (attiva dal 2008). *Coordinatore Scientifico*: Nicola Strizzolo (Università di Udine) *Consiglio Scientifico*: Nico Bortoletto (Università di Teramo); Alessandro Bosi (Parma); Camillo Brezzi (Arezzo); Luciano Cavalli, Pietro De Marco, Paolo Vanni (Firenze); Sergio Onger, Alessandro Porro (Brescia); Carlo Prandi (Fondazione Kessler – Istituto Trentino di Cultura); Adriano Prosperi (Scuola Normale Superiore di Pisa); Renata Salvarani (Cattolica, Milano); Paul-André Turcotte (Institut Catholique de Paris). *Responsabile Editoriale*: Alessandro Fabbri. *Comitato Editoriale*: Barbara Baccarini; Roberta Benedusi; Elena Bittasi; Emanuele Cerutti; Pia Dusi; Giancarlo Ganzerla; Nicoletta Iannino; Riccardo Maffei; Vittorio Nichilo; Ugo Pavan Dalla Torre; Alessandra Pignatta; Ronald Salzer; Stefano Siliberti†; Paola Sposetti.

Sezione *Diritto, Sicurezza e processi di vittimizzazione* (attiva dal 2011). *Coordinamento Scientifico*: Carlo Pennisi (Catania); Franco Prina (Torino); Annamaria Rufino (Napoli); Francesco Sidoti (L'Aquila). *Consiglio Scientifico*: Bruno Bertelli (Trento); Teresa Consoli (Catania); Maurizio Esposito (Cassino); Armando Saponaro (Bari); Chiara Scivoletto (Parma). *Responsabili Editoriali*: Andrea Antonilli e Susanna Vezzadini. *Comitato Editoriale*: Flavio Amadori; Christian Arnoldi; Michele Bonazzi; Rose Marie Callà; Teresa Carlone; Dafne Chitos; Gian Marco Cifaldi; Maria Teresa Gammone; Veronica Moretti; Annalisa Plava; Antonia Roberta Siino.

Sezione *Sociologia e storia della Croce Rossa* (attiva dal 2013). *Direttori*: Costantino Cipolla (Bologna) e Paolo Vanni (Firenze). *Consiglio Scientifico*: François Bugnion (*presidente* - CICR), Roger Durand (*presidente* - Société "Henry Dunant"), Giuseppe Armocida (Varese), Stefania Bartoloni (Roma III), Paolo Benvenuti (Roma III), Fabio Bertini (Firenze), Paola Binetti (Campus Bio-Medico, Roma), Ettore Calzolari (Roma I), Giovanni Cipriani (Firenze), Franco A. Fava (Torino), Carlo Focarelli (Perugia; LUISS), Edoardo Greppi (Torino), Gianni Iacovelli (Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma), Giuseppe Palasciano (Bari), Jean-François Pitteloud (già CICR), Alessandro Porro (Brescia), Duccio Vanni (Firenze), Giorgio Zanchin (Padova). *Comitato Editoriale*: Filippo Lombardi (coordinatore), Massimo Aliverti, Nico Bortoletto, Luca Bottero, Virginia Brayda, Carolina David, Antonella Del Chiaro, Renato Del Mastro, Gerardo Di Ruocco, Boris Dubini, Alberto Galazzetti, Livia Giuliano, Laura Grassi, Veronica Grillo, Riccardo Romeo Jasinski, Pier Francesco Liguori, Maurizio Menarini, Maria Enrica Monaco, Gianluigi Nava, Marisella Notarnicola, Marcello Giovanni Novello, Raimonda Ottaviani, Isabella Pascucci, Francesco Ranaldi, Piero Ridolfi, Anastasia Siena, Calogera Tavormina, Silvana Valcavi Menozzi. *Segreteria Scientifica*: Alberto Ardissonne (responsabile), Alessandro Fabbri (responsabile), Barbara Baccarini, Elena Branca, Giovanni Cerino Badone, Emanuele Cerutti, Alessandro D'Angelo, Carmela Anna Esposito, Simona Galasi, Sara Moggi, Paola Sposetti.

La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Una prospettiva transfrontaliera

a cura di

Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

LABORATORIO SOCIOLOGICO



FRANCOANGELI

Ricerca empirica
ed intervento sociale

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università degli Studi di Trieste.

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Paola Sposetti

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione: INTEGRA e integrazione , di <i>Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis</i>	pag.	7
A partire da Simmel e oltre: la sociologia dello straniero e le donne migranti , di <i>Giorgio Porcelli</i>	»	18
Salute riproduttiva nella società globale. Diritti e disuguaglianze , di <i>Lia Lombardi</i>	»	36
Il contrasto alla violenza contro le donne nel diritto comparato: profili costituzionali e criticità nell'attuazione della Convenzione di Istanbul , di <i>Serena Baldin</i>	»	53
Donne migranti e normalizzazione della violenza , di <i>Ignazia Bartholini</i>	»	63
La discriminazione istituzionale e la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti , di <i>Mateja Sedmak e Zorana Medarić</i>	»	74
Conflitti di culture, diritti e tutela della salute nel contesto nazionale e internazionale , di <i>Davide Monego e Sara Tonolo</i>	»	94
I diritti e la conoscenza dei diritti da parte delle donne straniere , di <i>Teresa Tonchia</i>	»	106
Le donne straniere al confine orientale: un'analisi statistica delle principali caratteristiche socio-demografiche , di <i>Gabriele Blasutig, Blaž Lenarčič, Zorana Medarić, Mateja Sedmak e Moreno Zago</i>	»	113

Il percorso amministrativo per l'accesso alle cure di pazienti donne sprovviste d'iscrizione al Servizio sanitario nazionale , di <i>Barbara Fari</i>	pag.	134
Diagnosi, interventi e caratteristiche dei pazienti dell'ospedale Burlo Garofolo , di <i>Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis</i>	»	143
Analisi epidemiologica del trattamento ambulatoriale e ospedaliero di cittadine straniere nell'Ospedale di Postumia , di <i>Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak, Mirko Prosen, Sabina Ličen e Igor Karnjuš</i>	»	164
L'influenza della cultura patriarcale sulla salute sessuale e riproduttiva: una ricerca in ambito ospedaliero , di <i>Ornella Urpis</i>	»	172
Salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti e integrazione nella società in Slovenia , di <i>Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen, Igor Karnjuš, Jana Čelhar, Jana Prosen e Martina Podobnik</i>	»	195
Uno sguardo antropologico alla salute delle donne migranti in area transfrontaliera , di <i>Roberta Altin e Veronica Saba</i>	»	214
Le prospettive dei lavoratori sanitari nel fornire assistenza alle donne migranti in Slovenia , di <i>Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš e Urška Bogataj</i>	»	228
Il lavoro in ospedale. Buone pratiche in campo sanitario , di <i>Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Laura Pomicino e Federica Scrimin</i>	»	241

L'influenza della cultura patriarcale sulla salute sessuale e riproduttiva: una ricerca in ambito ospedaliero

di Ornella Urpis*

1. L'importanza di una ricerca sulla salute sessuale e riproduttiva

I rapporti che intercorrono fra l'immigrato e la società di accoglienza sono sempre molto complessi e le istituzioni giocano un ruolo rilevante nell'avvicinare gli individui ai modelli sociali poiché, per loro natura, esse vincolano e plasmano le condotte umane costruendo i relativi significati (March e Olsen, 1992).

Nei processi migratori l'integrazione non è sempre scontata e la lealtà alla cultura e al modello della famiglia tradizionale patriarcale può diventare funzionale alla conservazione dei confini dell'identità e della lealtà comunitaria. Il mantenimento (o il rafforzamento) della rigida separazione dei sessi, il disequilibrio di potere e la diversa capacità di *empowerment* di uomini e donne diventa la condizione necessaria per l'auto-riconoscimento culturale dei gruppi nella nuova società¹.

La conformità ai valori e ai comportamenti "tradizionali" nel paese di accoglienza tende a trasformarsi in una forza identitaria e a diventare una condizione indispensabile per essere accettati, anche da coloro che provengono dallo stesso milieu culturale (Sayad, 2002). La tradizione – che non è più precisamente quella del paese di provenienza – adattata e trasformata al confronto (o al conflitto) con il mondo Occidentale assume caratteri diversi mantenendo comunque sempre i nuclei di disparità di potere fra gli uomini e le donne. L'"invenzione della tradizione" va a costituire il nuovo nucleo di identificazione e di riconoscimento collettivo (Hobsbawn e Ranger, 1989).

Così accade che alcune comunità straniere diventino quasi impermeabili al mondo sociale che le circonda e i modelli patriarcali di potere degli uomini sulle donne tendano addirittura a rafforzarsi, andando a influire direttamente

* Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Trieste.

¹ Lo sviluppo delle società patriarcali, caratterizzate dal predominio maschile e diffuse in tutto il pianeta in forme diverse, è dovuto principalmente alle differenze legate al sesso, alla generazione e all'allevamento dei figli (Huber, 2007).

sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne. Pratiche discriminatorie quali i matrimoni forzati (MF) e le mutilazioni dei genitali femminili (MGF) possono riprodursi all'interno del nuovo gruppo culturale di riferimento assurdo a centro di identificazione del gruppo (Urpis, 1999; Boyle, McMorris e Gómez, 2002).

Dalle recenti ricerche risulta una presenza non trascurabile di questi due fenomeni sociali in Europa. Dopo gli esiti del rapporto *Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre* (Serugheti et al., 2014), il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha scelto di avviare un percorso conoscitivo e di approfondimento vista la rilevante presenza di questo comportamento fra alcune comunità immigrate. Per quanto concerne le mutilazioni dei genitali femminili, già il rapporto EIGE del Parlamento europeo (2016) aveva evidenziato un trend in crescita e purtroppo non sembra che ci sia stata un'inversione di tendenza (Van Baelen et al., 2016).

Si stima che in Italia le donne adulte (dai 15 anni in su) che hanno subito MGF siano da 60 a 80 mila e che un'elevata percentuale di donne sia incline a non abbandonare la pratica (Farina e Ortensi, 2014). Il fenomeno, a prescindere dai fattori religiosi, è radicato perché si connette con l'identità sociale e con l'uso del corpo quale simbolo della comunità (Morrone e Vulpiani, 2004); inoltre, i nuovi flussi migratori recenti introducono sempre di più persone provenienti da zone, come la Nigeria, dove la "resistenza" della pratica è molto forte. Osservare la salute sessuale e riproduttiva diventa quindi un importante indicatore dello stato di integrazione sociale e di relazione con il nuovo ambiente delle popolazioni migranti, nonché di conoscenza delle diverse interpretazioni sociali e culturali della salute (Lombardi, 2018).

La prima ricerca empirica in Friuli Venezia Giulia sul perdurare dei modelli di comportamento che ledono la salute e i diritti delle donne è stata condotta nell'ambito del programma di ricerca/azione promosso dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e affidato alla ONG Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (2007-2009), in collaborazione con IRRCs Burlo Garofolo, Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Veneto e ULSS 16 di Padova. Il lavoro empirico si è avvalso di strumenti di tipo qualitativo (interviste in profondità e osservazione partecipante) e ha portato all'emersione del fenomeno delle MGF, i risultati sono stati pubblicati in *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti* (Degani, De Stefani e Urpis, 2009).

Per questo motivo i ricercatori del progetto INTEGRA, oltre a utilizzare strumenti di tipo qualitativo (interviste in profondità, *focus group*, osservazione partecipante)², hanno analizzato il fenomeno anche attraverso un questionario semi-strutturato somministrato in Italia nei reparti dell' Ospedale Burlo Garofolo di Trieste e in Slovenia nel reparto di ginecologia dell' Ospedale di Postumia (la versione slovena è stata adattata al diverso contesto sociale e culturale)³.

Per la rilevazione dei dati è stato scelto l'ospedale perché è un luogo privilegiato per osservare il fenomeno della violenza legata alla sfera riproduttiva: per molte donne straniere il primo accesso risulta essere infatti molto spesso il pronto soccorso e gli operatori ospedalieri possono trovarsi nelle condizioni di essere i primi a osservare i casi di violenza (fisica e/o culturale), anche se la letteratura suggerisce che spesso la violenza è sottovalutata⁴.

Il questionario è formato da quattro parti. Nella prima è osservata la vita del rispondente nel Paese di nascita, con riferimento alle tradizioni, alla cultura di appartenenza e il tipo di società. Nella seconda viene approfondito il processo migratorio, la capacità di adattamento e le conseguenti modificazioni di valutazione e di osservazione della realtà da parte del migrante, nonché le relazioni familiari. Nella terza parte è presa in considerazione la relazione fra l'utente e le strutture socio-sanitarie. Nella quarta parte infine è trattato il tema della mutilazione dei genitali femminili in relazione alla salute della donna e al contesto in cui l'evento si è verificato. Il questionario nella versione integrale è stato usato solo per le donne provenienti da Paesi a rischio, per le altre è stato utilizzato un questionario ridotto (senza la quarta sezione)⁵.

Con la supervisione della dott.ssa Federica Scrimin del Burlo Garofolo i questionari in Italia sono stati somministrati dal personale specializzato dell'ospedale a 77 donne straniere presenti presso l'ambulatorio di gravidanza ad alto rischio, il reparto di ginecologia, il servizio di procreazione medicalmente assistita e il reparto di ostetricia (dai primi giorni di marzo a

² I risultati di queste attività di ricerca sono esposti nel saggio *Salute sessuale e cultura patriarcale: le esperienze delle donne* (Urpis 2018).

³ Sull'importanza dell'uso del questionario strutturato nella ricerca sociale anche su tematiche complesse, vedi M. Caselli (2005) e C. Bezzi (2015).

⁴ Si veda il *Manuale formativo sulla violenza di genere per gli operatori sanitari* della Implement Health System Response to Gender Based Violence (2015) prodotto per aiutare a riconoscere e individuare proprio i casi di violenza che spesso rimangono inosservati dagli operatori della sanità.

⁵ La versione completa del questionario si trova nell'allegato del volume a cura di Giovanni Delli Zotti (2018), *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficoltà e buone pratiche* (<https://www.openstarts.units.it/handle/10077/23633>).

fine maggio 2018). I colloqui sono avvenuti in lingua italiana e in inglese; in alcuni casi è stata necessaria la presenza di un mediatore interculturale⁶.

Durante la somministrazione è stato spiegato che il questionario non era collegato alla cartella clinica e serviva a raccogliere informazioni per un programma europeo sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti, al fine di migliorare le loro condizioni di salute e il servizio offerto. Le operatrici hanno creato un dialogo con le donne, raccogliendo i dati a volte anche in più incontri.

2. Caratteristiche del campione

Vista la natura esplorativa della ricerca e la difficoltà nel reperimento delle informazioni su temi sensibili che concernono la vita privata e la sessualità delle donne, consideriamo questo come un campione di convenienza. Il campione, pur essendo molto eterogeneo culturalmente, rappresenta solo in parte la complessità dell'immigrazione nel nostro Paese dove sono presenti persone che provengono da quasi 200 diversi paesi del mondo (Dossier Statistico immigrazione 2018).

Le intervistate provengono da 28 paesi: le 8 rumene rappresentano il gruppo più numeroso, seguite da kosovare (7), marocchine, nigeriane e serbe (6). La presenza di donne pakistane (5, come le camerunensi) è molto recente sul nostro territorio ed è da collegarsi per lo più alla presenza di richiesta di ricongiungimenti familiari da parte di coloro che hanno ottenuto lo status di rifugiato politico o un permesso umanitario.

Nonostante la grande diversità di provenienza, troviamo tre fedi rilevanti: musulmana (39%), cristiana ortodossa (26%) e cattolica (18%); le cristiane appartenenti alle varie confessioni rappresentano nel complesso il 50% del campione. Quattro donne hanno dichiarato di non appartenere a nessuna religione (vietnamita, cinese, ceca e domenicana).

Tutte le donne sono in età fertile e solo 8 superano i 40 anni. Le più giovani (sotto i 25 anni) sono caratterizzate da un livello di istruzione basso (quasi metà ha frequentato solo la scuola elementare) e, a parte 4, sono arrivate in Italia recentissimamente (da un anno). Quasi due terzi del campione ha comunque un elevato livello d'istruzione: università (28%) e scuola superiore (37%). Le sette donne che hanno dichiarato solo la frequenza della scuola elementare sono di nazionalità diversa (domenicana, bosniaca, cinese, nigeriana, bengalese, rumena, serba).

Alla domanda sul titolo di soggiorno non hanno risposto 19 donne (per 12 la domanda non era pertinente e altre 7 non hanno ritenuto di rispondere).

⁶ Un particolare ringraziamento va alla dott.ssa Chiara Semenzato e alla dott.ssa Alice Cernogoraz per la cura della raccolta delle informazioni.

Calcolando le percentuali sulle 58 rispondenti, un'elevata percentuale (41%) possiede un titolo di lungo soggiornante e il 28% è entrato in Italia per motivi familiari. Sono presenti anche i motivi di lavoro (5), umanitari (5) e 3 donne hanno lo status di rifugiato politico (due nigeriane e una camerunense).

Tab. 1 – Titolo di soggiorno

	N	%
Lungo soggiornante	24	41,4
Motivi familiari	16	27,6
Motivi di lavoro	5	8,6
Motivi umanitari	4	6,9
Protezione internazionale/rifugiato	3	5,2
Motivi di studio	2	3,4
Cure sanitarie	2	3,4
Altro	2	3,4
Totale	58	100,0
Non pertinente	12	
Non risposto	7	

L'arrivo in Italia per meno di un quarto del campione è molto recente e dunque la permanenza è alquanto breve (un anno o meno); per circa metà è di più lunga durata (più di un anno, ma meno di 10) e per oltre un quarto è superiore a 10 anni. Tutte le donne si sono trasferite in Italia in età fertile: circa il 15% era minorenne, la metà aveva da 1 a 25 anni e il resto (più di un terzo) 26 anni o più (due intervistate non hanno risposto).

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

3. La famiglia e il matrimonio

Oltre metà delle rispondenti nel suo Paese di origine viveva in una famiglia composta da non più di 5 persone. Solo 7 donne (tre sono kosovare) vivevano in una famiglia composta da più di 10 persone. Oltre metà del campione ha avuto un'esperienza di vita urbana. Le donne che provengono da villaggi o paesi piccoli sono per lo più bengalesi e kosovare.

Rispetto alle caratteristiche di emancipazione femminile, risulta che nel 57% dei casi la madre lavorava fuori casa. Il dato è molto interessante se confrontato con il percorso lavorativo delle figlie, dove invece la percentuale è più bassa. Metà delle intervistate infatti non ha mai lavorato, una percentuale superiore e quindi in controtendenza rispetto al percorso di *empowerment* delle loro madri. Quelle che non hanno mai lavorato provengono per lo più da Romania, Kosovo, Bangladesh, Camerun e Marocco.

Nonostante l'appartenenza alla religione islamica di molte intervistate (circa il 40%), più del 90% del campione proviene da una famiglia monogamica (solo 4 donne affermano che il padre aveva due mogli).

Per quanto riguarda le caratteristiche del matrimonio nel Paese di origine, alla domanda sulla libertà di scelta 5 donne non rispondono e altre 45 (poco più del 60%) affermano che “ognuno è libero”. La domanda comunque conferma che in alcuni paesi è problematica la “scelta” matrimoniale: negata completamente (9 persone), oppure presente o possibile solo a certe condizioni (emerge una frattura tra zone urbane e rurali) o in certi tipi di famiglia (16 rispondenti). Anche se alcune intervistate affermano che la situazione sta cambiando, circa il 35% ha vissuto in aree del mondo dove è presente il matrimonio combinato. La maggioranza di chi ha risposto in questo senso proviene da Bangladesh, Pakistan, Marocco, Camerun. La totalità delle donne bangladesi e pakistane del campione dichiara come prassi il matrimonio combinato.

Alla domanda “Sei stata promessa in sposa? E se sì, da chi e a quanti anni” la grande maggioranza (88%) risponde che non è stata promessa in sposa, ma 9 intervistate ammettono invece che il loro è stato un matrimonio combinato, organizzato dai famigliari. Fra queste troviamo donne pakistane, bengali, kosovare e due africane. Delle 9 donne che hanno detto di essere state promesse in sposa, solo due indicano i responsabili (famiglia e genitori) e una donna camerunese che è stata promessa quando aveva 3 anni.

Solo tre delle donne coniugate (12 sono nubili) ha contratto matrimonio prima dei 18 anni (una rumena, una bengali, una bosniaca). Le donne con una formazione universitaria hanno contratto matrimonio a un'età relativamente alta, mentre quelle che si sono sposate giovani (sotto il 21 anni) hanno una formazione più bassa.

Nella quasi totalità le famiglie delle intervistate sono di tipo nucleare: due donne dichiarano di vivere da sole e circa un terzo in famiglie di due persone; in un altro terzo dei casi la famiglia è composta di tre persone e nel 17% dei casi i membri sono quattro. Pertanto, in soli 10 casi le famiglie sono “numerosi” (5, 6 e solo in un caso 7 membri).

Nonostante la presenza di comportamenti tradizionali, nel momento del matrimonio le intervistate affermano che non ci sono state particolari transazioni economiche. La dote e il prezzo della sposa (*brideprice*), presenti in molte culture, sono infatti poco indicate nelle risposte. Il *brideprice* è una transazione che corrisponde alla compensazione matrimoniale versata dallo sposo, o dal suo gruppo familiare, alla sposa o al suo gruppo familiare. È un tipo di transazione, inversa rispetto alla dote, che implica il passaggio di beni della sposa, o del suo gruppo familiare, allo sposo o al suo gruppo familiare.

Se il prezzo della sposa non è stato pagato i figli possono essere considerati membri del lignaggio materno anziché di quello paterno. Allo stesso modo, un legame matrimoniale non si può considerare scisso fino a che la

famiglia della sposa non rimborsa il prezzo, riacquisendo in questo modo i diritti sul potere riproduttivo della donna. Il pagamento del prezzo della sposa ha infatti un ruolo centrale nello stabilire legami e alleanze tra gruppi familiari diversi ed è solitamente concepito come una compensazione per il trasferimento del potere riproduttivo della sposa dal proprio lignaggio di origine a quello del marito.

Secondo Carla Pasquinelli (2007), studiosa dei temi delle mutilazioni genitali femminili, il *brideprice* non è il corrispettivo di una giovane donna qualsiasi, ma solo quello di una giovane mutilata; quindi il valore di una donna non è basato su qualità soggettive, ma su valori socialmente condivisi come la verginità, la purezza, la fecondità che nelle società africane, come quelle somale, eritree, del Corno d’Africa, sono garantite unicamente dall’escissione o dall’infibulazione.

Due terzi delle donne intervistate (tolte le nubili e 5 che non hanno risposto alla domanda) dichiarano esplicitamente di non aver ricevuto nulla, altre fanno riferimento a “regali” e sono molto poche quelle che parlano di somme di denaro. I regali più comuni sono gioielli, oro e vestiti. Una donna afferma di aver ricevuto dai parenti dello sposo unicamente “affetto” ed è interessante la dichiarazione di una donna che afferma che non ha ricevuto niente perché: «ci siamo sposati con rito civile e questa cosa esiste solo per quello religioso», a significare che tanto più il matrimonio è associato a un rito e a una credenza religiosa, tanto più è connesso alle pratiche tradizionali di conferimento dei beni.

4. Il concetto di cultura e l’appartenenza a due mondi

Nonostante la lunghezza del questionario, la ricchezza delle risposte alla domanda aperta sulle caratteristiche della cultura e delle tradizioni locali è veramente notevole. Hanno infatti risposto ben 64 intervistate offrendoci un’ampia prospettiva su questo tema. Anche le risposte ad altre domande aperte del questionario sono state numerosissime. Il risultato è da attribuire in parte alla pazienza e professionalità delle intervistatrici (tornate anche in momenti diversi dalla paziente a causa di interruzioni dovute alla somministrazione di farmaci, visite, ecc.), e in parte anche al clima ospedaliero che favorisce un rilassamento delle persone, le sgancia dai problemi della quotidianità e crea un ambiente di confidenza con gli operatori della salute.

Ma come viene definita sinteticamente la cultura da parte delle intervistate? Dalle risposte si osserva che il concetto di “cultura” viene concepito per lo più attraverso il rapporto con la religione e un rapporto presunto come “naturale” fra queste due dimensioni. Per cui, come spesso accade nella percezione delle persone, la tradizione diventa religione e la religione si trasforma in tradizione. Interessante a questo proposito l’affermazione di una

donna bangladese: «ci sono 4 religioni, la cultura dipende dalla religione di appartenenza».

Fra gli elementi culturali caratterizzanti, risultano inoltre le feste religiose e in particolare il rito del matrimonio: «i riti sono caratteristici, ad esempio il rito matrimoniale musulmano è tradizionale» (donna bangladese), ma anche i vestiti: «il vestire è diverso, i matrimoni si festeggiano due giorni» (donna kosovara), il cibo e poi quel concetto generale di famiglia che, in quanto tale, va a definire la differenza fra la cultura italiana e quella di ogni altra parte del mondo: «si vive con la famiglia, si fa tutto con la famiglia, qui in Italia no» (donna libanese).

Non mancano le osservazioni in merito alla caratterizzazione della cultura attraverso il parametro della disegualianza di genere. In molte dichiarazioni infatti le donne individuano in modo netto e indistinguibile le caratteristiche della loro cultura, che di fatto corrispondono a prassi di tipo patriarcale: «le diverse etnie si vestono, cucinano in modo diverso. Le donne sono molto meno libere e più sottomesse al volere dell'uomo» (donna camerunese); «in Marocco la donna ha meno diritti rispetto all'Italia» (donna marocchina); «l'uomo decide e la donna non può decidere molto» (donna serba), «le donne si occupano della famiglia e gli uomini poco, dopo il lavoro escono con gli amici e basta» (donna vietnamita); «le donne sono sottomesse all'uomo» (donna domenicana); ma anche attraverso il riconoscimento dell'assenza dei diritti sociali: «tutto è diverso, in Pakistan le cure sanitarie non sono buone e tutto è privato»; «il sistema sanitario è a pagamento, se non hai un'assicurazione non puoi curarti» (donna bosniaca).

Alcune donne definiscono comunque la propria cultura in termini positivi rispetto all'Occidente, perché prevale il senso di comunità, solidarietà e accoglienza: «molta povertà, persone più aperte, più felici, più socievoli, più solidarietà» (donna colombiana); «in Nigeria c'è rispetto, tipo per le donne gravide: sul bus o nei locali la gente si alza per lasciarle sedere, anche i bambini imparano presto a portare rispetto» (donna nigeriana).

Per osservare in modo più preciso le caratteristiche del sentimento di appartenenza e le sue modificazioni a causa del processo migratorio, abbiamo chiesto: “cosa ti manca del tuo Paese?” e “cosa hai trovato qui che prima non avevi?”. Dalla tab. 2, si vede che il 90% delle 69 che hanno risposto a questa batteria di domande individua nella famiglia l'item più importante e allo stesso tempo la più grande mancanza attuale; seguono il senso di solidarietà, l'aiuto della comunità e il senso di religiosità collettivo. Molto basse risultano le risposte in merito ai diritti sociali e alla libertà personale. Tra le risposte “altro” 4 donne hanno indicato il “cibo del paese d'origine” e altre 3 il “paesaggio” e la “natura”, ed è facile immaginare che queste risposte sarebbero state probabilmente più numerose se anche questi aspetti fossero stati esplicitamente inseriti nel questionario.

Alla batteria di domande, composta dagli stessi item, con cui si è chiesto di indicare le cose “nuove” trovate in Italia, non hanno risposto 12 donne, ma le risposte sono comunque interessanti, poiché individuano gli elementi fondanti della struttura della società occidentale: i diritti sociali e, *in primis*, i valori della libertà, dell’individuo e della sua autonomia personale.

La famiglia scende dal 90% al 14%, perché i legami familiari, assieme alla protezione del sistema famiglia/comunità, in Italia si affievoliscono e sono sostituiti dal sistema di welfare: la sicurezza prodotta da un sistema sanitario che dà fiducia (79%), un buon lavoro (35%), un sistema scolastico buono (34%) e, naturalmente, un senso di sicurezza personale (34%). Anche il senso di religiosità collettivo scende e passa dal 22% al 5%, ed emergono con forza la libertà di scegliere e di decidere (20%) e l’autonomia economica/personale (23%), anche se il 60% del campione dichiara di essere disoccupata o casalinga (come si vedrà più avanti).

Tab. 2 – Cosa avevi che ti manca e cosa hai trovato

	Cosa avevi	Cosa hai trovato	Diff.
La famiglia	89,8	13,8	-76,0
La solidarietà e l'aiuto della comunità	23,2	13,8	-9,4
Un senso di religiosità collettivo	21,7	4,6	-17,1
Un senso di sicurezza personale	11,7	33,8	22,1
Un buon lavoro	13,0	35,4	22,4
Un sistema scolastico buono	8,7	33,8	25,1
La libertà di parlare e di pensare	7,2	29,2	22,0
La libertà di scegliere/di decidere	7,2	20,0	12,8
Un sistema sanitario che dà fiducia	4,3	78,5	74,2
L'autonomia economica/personale	2,6	23,1	20,5
Altro	15,9	4,6	-11,3

5. Il processo migratorio e le relazioni con il nuovo mondo sociale

Il fatto che solo 9 donne su 77 siano vissute in “altri paesi del mondo” indica che la scelta italiana/europea è “mirata” e che la predisposizione al cambiamento di questo campione non è molto elevata. È interessante il fatto che ben 4 donne (di origine nigeriana, camerunese e marocchina) siano state in Libia e ciò fa supporre che siano entrate in Italia attraverso le operazioni di soccorso in mare. Le risposte alla domanda “Hai vissuto anche in altri Paesi europei?” confermano che il campione è piuttosto “sedentario”: solo 11 intervistate hanno infatti vissuto in altri Paesi dell’Europa occidentale.

Riguardo al principale motivo dell’emigrazione, quasi due terzi del campione ha indicato “seguire il proprio marito o i propri familiari”, l’11% “cercare un lavoro” e il 9% “ragioni di studio”. Le motivazioni riguardanti la fuga da una guerra, da fame e miseria, da violenze fisiche e mutilazioni genitali femminili sono del tutto residuali (tab. 3). Addirittura, nessuna donna dichiara di essere stata perseguitata politicamente, né di essere stata trattata

male dai familiari, nonostante il 10% del campione affermi di avere un titolo di soggiorno per protezione internazionale o motivi umanitari. Anche se una piccola quota ha indicato la ricerca del lavoro, è interessante che nessuna abbia esplicitamente risposto “per guadagnare ed emanciparmi” (ma una donna ha indicato spontaneamente come altro motivo “avere un futuro migliore”). Inoltre, nessuna donna ha indicato “sposare un uomo del mio paese che viveva in Italia” o “una finta promessa di lavoro”, che erano motivi elencati nel questionario.

Tab. 3 – Principale motivo dell'emigrazione

	N	%
Seguire marito o genitori	47	61,8
Cercare un lavoro	8	10,5
Studio	7	9,2
Futuro migliore per i figli	4	5,3
Curare malattia	3	3,9
Fuggire da fame e miseria	2	2,6
Fuggire dalla guerra	1	1,3
Subiva continue violenze fisiche	1	1,3
Fuggire alle mutilazioni genitali	1	1,3
Sposare un uomo del mio paese	-	-
Perseguitata politicamente	-	-
Guadagnare ed emanciparmi	-	-
Trattata male in famiglia/comunità	-	-
Finta promessa di lavoro	-	-
Altro motivo	5	6,5

Sappiamo che gli aspetti relazionali costituiscono un indicatore importante nei processi di integrazione e per questo abbiamo inserito la domanda: “Quanti amici italiani hai?” Nel campione più di un terzo afferma di non avere nessuno o solo un amico italiano e queste donne non appartengono a una nazionalità in particolare. Sembra che le relazioni amicali dipendano perciò più da fattori personali che di tipo sociale o culturale, perché le donne che dichiarano di avere molti amici (21%) provengono da paesi diversi, ma nessuna di queste è kosovara, pakistana e bengali; hanno titoli di studio diversi, ma metà delle rispondenti sono accomunate dall'essere cristiano-ortodosse.

Per quanto concerne il sostegno ricevuto per l'integrazione nel nuovo mondo, il 48% afferma di averne ricevuto molto dal marito e il 34% dai parenti che vivono in Italia (tab. 4). Il 10% dichiara di aver ricevuto un aiuto importante dalle persone che lavorano nelle istituzioni. Le istituzioni religiose sembrano invece essere assolutamente assenti nel processo di inclusione sociale, sia quelle della propria comunità (per niente 99%), sia quelle cattoliche (per niente 97%) e solo una donna fa esplicito riferimento, alla voce “altro”, all'aiuto ricevuto dalla Caritas. Incidono negativamente anche altri stranieri e gli amici italiani (per niente 97%) e i mediatori interculturali

(92%). Emerge dunque con forza che il marito e i parenti che vivono in Italia sono quasi l'unica fonte di sostegno per questo campione di donne.

Tab. 4 – Da chi ha ricevuto sostegno

	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbast.</i>	<i>Molto</i>	<i>Totale</i>
Marito	49,4	-	2,6	48,1	100,0
Parenti che vivono in Italia	63,6	-	2,6	33,8	100,0
Altre persone del mio Paese	84,4	2,6	1,3	11,7	100,0
Persone che lavorano nelle istituzioni	89,6	-	-	10,4	100,0
Mediatori interculturali	92,2	1,3	-	6,5	100,0
Amici Italiani	97,4	-	-	2,6	100,0
Chiesa/associazioni cattoliche	97,4	-	-	2,6	100,0
Altri stranieri	97,4	1,3	-	1,3	100,0
Propria comunità religiosa	98,7	-	-	1,3	100,0
Altro	83,1	1,3	-	15,6	100,0

Rispetto ai cambiamenti nella vita e nei pensieri, i processi migratori implicano sempre un rimodellamento dei quadri cognitivi e valutativi, dunque un mutamento nei rapporti con il quotidiano e nelle relazioni sociali. Per questo abbiamo chiesto “da quando sei emigrata, quanto è cambiata la tua vita” e dalle risposte osserviamo che quello che più si è modificato, oltre alla vita quotidiana, risulta essere l'alimentazione (“molto” 38%) e, solo in seconda battuta, le conoscenze sul mondo, le relazioni sociali, i rapporti con il marito/uomo (tutti con “molto” al 20%).

È indubbiamente interessante che nella percezione delle rispondenti un po' meno di metà delle risposte indichi che non sono cambiati “per niente” i rapporti sessuali, la contraccezione e la conoscenza del proprio corpo.

Tab. 5 – Quanto è cambiata la vita

	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbast.</i>	<i>Molto</i>	<i>Non risp.</i>	<i>Totale</i>
Rapporti con marito/uomo	33,8	5,2	3,9	19,5	37,7	100,0
Vita quotidiana	14,3	3,9	6,5	39,0	36,4	100,0
Rapporti sessuali	40,3	7,8	1,3	14,3	36,4	100,0
Contracezione	45,5	3,9	1,3	13,0	36,4	100,0
Conoscenza corpo	46,8	5,2	2,6	9,1	36,4	100,0
Conoscenze sul mondo	39,0	2,6	1,3	19,5	37,7	100,0
Relazioni sociali	31,2	7,8	5,2	19,5	36,4	100,0
Alimentazione	19,5	2,6	2,6	37,7	37,7	100,0

Riguardo ai pensieri, quello che cambia maggiormente è il ruolo della donna (“molto” 13% – il valore più alto; “per niente” 35% – il più basso), al quale sono associati i pensieri inerenti al piacere sessuale della donna (“molto” 10%) e al valore delle tradizioni (“molto” 10%): due dimensioni collegate probabilmente in senso inverso; ossia, tanto più le tradizioni si allontanano dai nuclei di identità dell'individuo, tanto più si modificano i pensieri sul piacere sessuale delle donne. Solo il 4% afferma di aver cambiato “molto” i pensieri sulla libertà di scegliere il marito. Delle tre persone che

hanno dichiarato di aver cambiato molto i loro pensieri riguardo a questi aspetti, nessuna appartiene alle nazionalità bengali e pakistana, dove i matrimoni combinati sono più frequenti.

Tab. 6 – Quanto sono cambiati i pensieri

	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbast.</i>	<i>Molto</i>	<i>Non risp</i>	<i>Totale</i>
Valore delle tradizioni	44,2	5,2	2,6	10,4	37,7	100,0
Valore della famiglia	46,8	3,9	1,3	9,1	39,0	100,0
Numero dei figli	41,6	5,2	3,9	9,1	40,3	100,0
Controllo delle nascite	46,8	1,3	3,9	7,8	40,3	100,0
Ruolo della donna	35,1	1,3	9,1	13,0	41,6	100,0
Piacere sessuale donna	44,2	1,3	2,6	10,4	41,6	100,0
Libertà di scegliere marito	53,2	2,6	1,3	3,9	39,0	100,0

6. La conoscenza linguistica

L'apprendimento linguistico è un indice di integrazione ed è la prima cosa che ogni migrante dovrebbe apprendere per poter vivere in armonia con il nuovo ambiente. Le persone del campione che conoscono poco o per niente l'italiano risultano purtroppo essere numerose (40%) e sono donne provenienti da paesi diversi e con formazione scolastica non sempre bassa. Ai tre quarti di coloro che non lo conoscono o che lo conoscono poco interesserebbe comunque frequentare un corso per imparare meglio Italiano.

I figli rappresentano il maggiore ostacolo per l'apprendimento linguistico: «piacerebbe, ma con 4 figli non ho tempo per studiare» (donna kosovara); «ho 7 gravidanze, non ho tempo ma lo farà quando bimbi crescono» (donna bangladesi); «vorrei ma lavoro e il pomeriggio ho i figli» (serba). Abbiamo chiesto allora se sarebbero interessate a frequentare un corso di italiano e la maggioranza ha indicato un'istituzione pubblica, l'università, un ente di formazione e alcune donne hanno risposto che vorrebbero partecipare a un corso ma solo se organizzato in casa di amici.

Le conoscenze linguistiche sono comunque molto presenti. Il 44% afferma di saper parlare in inglese come seconda lingua, il 20% circa il francese e, a seguire, quote decrescenti di donne parlano altre lingue. Sommando le percentuali si supera il 100% perché era possibile indicare più di un'altra lingua conosciuta, oltre alla lingua madre. Le donne hanno dunque mediamente indicato poco meno di due altre lingue (186%), il che non è sorprendente per migranti che in grande maggioranza dichiarano la conoscenza dell'italiano, in aggiunta alla lingua madre. Vi sono però donne che conoscono solo la lingua madre, in particolare moldave, rumene, bangladesi, albanesi, pakistane, bosniache, kosovare.

Tab. 7 – *Lingua madre e altra lingua parlata*

<i>Lingua madre</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Altra lingua</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Italiano	0	0	Italiano	58	75,3
Rumeno	8	10,4	Inglese	34	44,2
Inglese	6	7,8	Francese	14	18,2
Arabo	6	7,8	Dialetto tipico	7	9,1
Serbo	6	7,8	Russo	6	7,8
Spagnolo	5	6,5	Spagnolo	6	7,8
Urdu	5	6,5	Tedesco	4	5,2
Francese	4	5,2	Croato	3	3,9
Bengalese	4	5,2	Turco	2	2,6
Albanese	4	5,2	Arabo	2	2,6
Moldavo	3	3,9	Cinese	2	2,6
Kosovaro	3	3,9	Altra lingua	5	6,4
Russo	2	2,6	Totale	143	185,7
Turco	2	2,6			
Cinese	2	2,6			
Bosniaco	2	2,6			
Edu	2	2,6			
Altra lingua	13	16,9			
Totale	77	100,0			

Riguardo alle domande sulle lingue parlate in una serie di ambiti di vita, va innanzitutto segnalato che alcune donne non sono sposate, non hanno figli e, di conseguenza, non interagiscono con gli insegnanti. L'uso dell'italiano avviene in modo preponderante nella comunicazione quotidiana durante la spesa (68%) e dal medico (65%) (tab. 8). Con i figli invece viene usata prevalentemente la lingua madre (47%), ma anche l'italiano (9%) o un misto di lingua madre e italiano (22%). Più di metà delle donne comunica con il marito solo nella lingua madre (57%) e una situazione simile si registra per la comunicazione con gli amici. Con i parenti la comunicazione avviene quasi esclusivamente nella lingua madre (84%) e le donne che hanno figli che frequentano la scuola con gli insegnanti parlano in grande prevalenza in italiano.

Tab. 8 – *Lingue parlate nei diversi ambiti di vita*

<i>Lingue parlate</i>	<i>Figli</i>	<i>Parenti</i>	<i>Marito</i>	<i>Insegn.</i>	<i>Amici</i>	<i>Spesa</i>	<i>Medico</i>
Italiano	9,1	1,3	16,2	57,5	13,0	68,0	64,5
Lingua madre	47,3	84,4	56,8	15,0	39,0	10,7	7,9
Altra lingua	1,8	1,3	2,7	5,0	3,9	6,7	5,3
Italiano e lingua madre	21,8	7,8	13,5	2,5	27,3	4,0	1,3
Italiano e altra lingua	-	-	2,7	-	-	-	-
Lingua madre e altra	1,8	5,2	5,4	-	2,6	-	-
Ital., lingua madre e altra	1,8	-	1,4	-	9,1	1,3	-
Mediazione linguistica	1,8	-	-	2,5	-	-	14,5
Traduce familiare/amica	-	-	-	-	-	-	3,9
Non risposto	7,3	-	1,4	17,5	5,2	9,3	2,6
Totale	100	100	100	100	100	100	100
	55	77	74	40	77	75	76

7. Il lavoro, i diritti e la consapevolezza della disuguaglianza

Il grande problema delle donne straniere e fonte di isolamento sociale è la mancanza di un'attività lavorativa. Se il 17% si definisce casalinga e forse accetta di esserlo, ben il 44% delle casalinghe di fatto si dichiara disoccupata, volendo forse indicare una propensione positiva verso il mondo del lavoro. A parte un'esigua minoranza che ha un buon lavoro, la maggioranza delle lavoratrici è impiegata nei servizi alla persona (pulizia e anziani). La mancanza di un'attività lavorativa porta con sé la mancanza dell'autonomia economica; infatti, il 41% non dispone di un conto corrente bancario ed è dunque completamente dipendente dal marito.

Le casalinghe che hanno dichiarato di essere disoccupate, e quindi di voler inserirsi nel mondo del lavoro, di fatto però non hanno mai frequentato un corso professionale (83%) e solo il 40% ha partecipato a un corso di italiano. Il 10% ha comunque partecipato a corsi universitari e il 9% ad altri tipi di corsi.

Anche rispetto alle conoscenze legislative il marito è la fonte indiscutibile del sapere per ben un quarto delle donne. Il sindacato è quasi assente, come le organizzazioni umanitarie; la Polizia e la Questura hanno svolto un ruolo per 4 donne, così come le istituzioni scolastiche. Per le altre l'aiuto è stato offerto dai parenti/amici. Solo 7 donne dichiarano di aver ottenuto le informazioni in modo autonomo.

Il 65% delle donne non conosce la Costituzione e, se aggiungiamo il 19% che la conosce poco, arriviamo a un 84% di straniere residenti che non conoscono la legge fondamentale dello Stato italiano e quindi nemmeno i loro diritti e doveri.

Ben 66 donne hanno commentato la domanda: "Il diritto italiano prevede l'uguaglianza dei diritti/doveri tra gli uomini e le donne nella società. In che cosa l'hai potuto notare?" ed emerge una visione della realtà delle società di origine violentemente diseguale, dove la tradizione patriarcale rafforza i comportamenti degli uomini a prescindere dalla legge. Il confronto con la società italiana fa dunque comprendere in modo chiaro alle donne la natura discriminatoria della tradizione del Paese di nascita.

Alcune testimonianze emblematiche e commoventi: «in Bangladesh c'è la legge ma c'è disuguaglianza, è bello che qui in Italia sia diverso» (donna bangladese); «anche da noi il diritto dice questo, ma non viene applicato, l'uomo è più potente e può fare quello che vuole, in Italia la legge viene rispettata» (donna marocchina); «in Camerun ci sono poche leggi a riguardo. In Camerun le donne non possono avere l'eredità. È gravemente ingiusto» (donna camerunese); «anche da noi, ma nessuno segue queste regole, il marito decide, si ha rispetto verso l'uomo» (donna bangladese); «in Camerun la donna sa qual è il suo ruolo e non deve ribellarsi, invece in Italia non è così, la donna può rispondere male all'uomo» (donna camerunese); «in Italia la

donna ha più libertà, in Russia le donne hanno paura di divorziare» (donna russa); «la donna in Italia ha più libertà, ha gli stessi diritti dell'uomo, in Marocco se la donna viene trattata male non viene protetta da nessuno» (donna marocchina); «qui le donne sono molto più rispettate, ad esempio l'uomo porta le borse della spesa» (donna togolese); «per la politica le donne sono uguali e molto brave, in Senegal le donne per il lavoro non sono considerate» (donna senegalese); «sono qui da poco non so bene, in Pakistan gli uomini hanno più priorità» (donna pakistana).

Per quanto riguarda la domanda: «che cosa pensa tuo marito dell'uguaglianza dei diritti e dei doveri tra gli uomini e le donne nella società italiana?», in generale le risposte delle donne è molto positiva. Il quadro che dipingono è dominato da uomini che si comportano in modo paritario e rispettoso: «a lui piace che la legge venga rispettata qui in Italia» (donna serba); «a lui piace che uomo e donna sono uguali, dice che deve essere così anche in Kosovo»; «lui è d'accordo, è diverso dagli altri serbi»; «gli piace, vuole che io sia libera» (donna vietnamita); «marito pensa sia più bello qui, anche a lui non piace la disuguaglianza in Bangladesh»; «marito è cresciuto qui anche se marocchino, è molto onesto in queste cose altrimenti non l'avrei sposato»; «qui da 34 anni ed è femminista in certe cose»; «modernista, è più per la libertà delle donne e la loro indipendenza». Solo alcune sottolineano il perdurare del modello patriarcale: «gli piaceva più come in Marocco, essendo uomo gli conviene».

Essendo il marito il principale punto di riferimento, anche tutte le decisioni in merito ai figli o alla famiglia vengono prese assieme (“sempre” 74%, “spesso” 17%). L'8% dichiara invece una totale autonomia. I familiari del Paese di origine risultano ininfluenti.

Un dato confortante emerge dal 65% che dichiara di non aver mai avuto problemi in Italia in quanto donna straniera: «mai, anzi sono molto colpita dall'accoglienza»; «no, mai, mi hanno sempre aiutato, se dico una parola sbagliata nessuno mi prende in giro». Non mancano ovviamente difficoltà e atteggiamenti di diffidenza o discriminazione a causa dal velo islamico: «sì, io porto il velo e mi guardano male» (donna marocchina); «no, perché non porto il velo, le mie amiche che ce l'hanno hanno dei problemi» o perché di colore diverso: «spesso mi chiamano negra» (donna camerunense). Il lavoro sembra essere l'ambito in cui affiorano comportamenti penalizzanti per le donne: «i colleghi di lavoro mi trattano male, in certi uffici pubblici sento di essere trattata in modo diverso»; «sono stata discriminata soprattutto al lavoro».

Il calderone dell'immigrazione però a volte inghiottisce tutti, senza distinzione: «si percepisce freddezza chiacchiere, sono paragonata agli immigrati irregolari» ed è questa forse la più grande preoccupazione per le persone che vivono qui da molto tempo: «in università e in Sissa no mai, tutti siamo

“educati” e formati, in altri contesti ci trattano come immigrati illegali». L’illegalità è il più grande ostacolo e lo stereotipo che marchia infine tutta la popolazione straniera.

Dalle risposte alla domanda: “come vedi le donne occidentali?” in molti casi emergono considerazioni molto positive. Affiora la consapevolezza della differenza e delle opportunità che questo tipo di società offre alle donne e delle capacità e dei sacrifici che le donne fanno per rendersi autonome e indipendenti, pagando a volte anche a caro prezzo.

In altri casi la differenza aumenta la distanza e porta le donne a rinchiudersi nel proprio mondo culturale: «sono belle attive, comportamenti coccoli» (donna bengali); «mi piacciono, mi piace il fatto che lavorano, ma non mi piace come si vestono» (donna bengali); «sono meglio del Pakistan, lavorano duramente, invece in Pakistan dipendono dal marito, sono pigre» (donna pakistana); «le donne italiane sono più aperte, possono lavorare, bere, fumare, fare quello che vogliono» (donna cinese); «le donne italiane hanno una personalità forte, quelle marocchine seguono gli uomini» (donna marocchina); «forse più indipendenti nel mio paese le donne sono più per la casa, qui invece le donne si fanno sentire» (donna domenicana); «c’è la spinta verso l’indipendenza della donna, viene confuso con femminismo ma è giusto e positivo. Qui è molto frequente il femminicidio, mi fa paura l’idea di stare con un italiano, da dove vengo io gli uomini non uccidono le donne» (donna camerunense).

Al negativo i commenti riguardano le qualità e anche la paura di un mondo diverso: «più viziate» (donna rumena); «hanno molte relazioni superficiali» (donna pakistana); «con una cultura egoistica, ognuna pensa a sé stessa. Non c’è aiuto della comunità» (donna senegalese); «accetto il modo di vivere delle donne occidentali, ma preferisco mantenere le mie tradizioni» (donna bangladese). Non mancano coloro che non trovano differenze fra i diversi tipi di donne di mondi diversi perché: «siamo tutti esseri umani» (donna afgana).

Un dato davvero importante emerge dalle risposte riguardo alla comunità di cui la donna si sente più parte: il 40% non sente alcun sentimento di appartenenza “comunitario”, cui si può aggiungere l’8% che non risponde, forse perché non si riconosce negli “oggetti” di attaccamento proposti, ma non vuole dichiararlo esplicitamente. Circa il 25% prova senso di appartenenza all’Italia e un altro 20% verso i connazionali residenti. Le comunità religiose (cattolica e islamica) invece sembrano non creare un senso di solidarietà e riconoscimento collettivo, se non in poche intervistate (4 in tutto).

8. Le condizioni di salute e la capacità di scelta

Le modificazioni climatiche, alimentari e dello stile di vita sembrano non incidere sulla salute delle donne. Il 79% dichiara infatti “nessun cambiamento” e, tra le risposte che indicano cambiamento, prevalgono quelle che indicano l’insorgenza di nuove malattie (15%): allergie, problemi polmonari, un «prurito costante da quando vivo al centro di accoglienza» (donna bosniaca) e «il cambiamento climatico ha fatto peggiorare, a casa la mamma mi dava rimedi naturali per prevenire le malattie di stagione» (donna camerunese). Le altre donne affermano di «stare meglio» perché la «qualità di vita è migliore in Italia» o, addirittura, «sono venuta per essere curata di linfoma e ora sto bene» (donna moldava).

Quasi la totalità delle donne (91%) è iscritta al Sistema Sanitario Nazionale e, anche per questo, il medico di base è il supporto fondamentale per chi non è in salute (74%); segue, l’accesso al pronto soccorso (40%), mentre le altre istituzioni (consultori familiari) o le relazioni amicali sono quasi influenti.

Quasi metà delle intervistate (45,5%) si reca sempre da sola in ospedale o dal medico (“spesso” 10%). Le donne che hanno risposto che vanno sempre da sole provengono per lo più dai Paesi dell’Est (in particolare Serbia). Il 33% risponde che è sempre accompagnata dal marito e il 17% da un mediatore interculturale.

Tab. 9 – Con chi va dal medico o in ospedale

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre	Totale
Da sola	41,6	2,6	10,4	45,5	100,0
Marito	28,6	22,1	16,9	32,5	100,0
Mediatore	79,2	1,3	2,6	16,9	100,0
Familiari	87,0	5,2	2,6	5,2	100,0
Figlio/a	94,8	2,6	-	2,6	100,0
Amiche	94,8	1,3	3,9	-	100,0
Altro accompagnatore	98,7	-	-	1,3	100,0

Le patologie che colpiscono maggiormente sono le malattie infettive (66%) e ginecologiche (21%), tutte le altre sono residuali e nessuna indica la depressione. Il 68% prende farmaci e una quota residuale del 10% utilizza le erbe; nessuna usa farmaci omeopatici.

Il 47% delle donne non è mai andata in un consultorio e, se pensiamo che il consultorio segue le donne in gravidanza e nei loro percorsi di salute, è sconcertante apprendere che il 29% non sa nemmeno che cos’è. Viene detto «ho provato il corso pre-parto, ma nessuno parlava inglese e così l’ostetrica ha organizzato incontri privati per me e mio marito» e comunque nessuna donna ha avuto informazioni sulla contraccezione o si è rivolta al consultorio per averne.

Un po' meno del 30% delle intervistate non ha ancora figli e la maggioranza ne ha uno o due. Solo 8 donne hanno 3 o più figli. Il 57% si trova in ospedale per una gravidanza e la voglia di maternità è espressa da quasi metà delle rispondenti (solo 2 hanno risposto "non so" o non hanno risposto).

Più di metà del campione (53%) non usava contraccettivi nel paese di origine, il 29% usava il preservativo, l'8% la pillola e il 5% praticava l'astinenza sessuale. Il 38% delle donne dichiara di aver scoperto in Italia nuovi sistemi di contraccezione e, nonostante ciò, il 46% dichiara di non usare niente (solo il 7% ha iniziato a usare un contraccettivo da quando è venuta in Italia). Cresce di poco la spirale (da una donna a 5) e la pillola. Il preservativo continua a essere il metodo più diffuso (25%).

Così come nel caso delle scelte di vita della famiglia, il marito è sempre coinvolto nella vita delle rispondenti e anche ovviamente in quella intima (tolte le donne non sposate, e un po' più del 10% che non rispondono pur essendo sposate, la percentuale arriva al 98%).

Togliendo le poche donne non sposate e il 20% che non ha risposto pur essendo sposata, solo il 9% dichiara che il marito non è d'accordo (completamente o un po') sulla scelta della contraccezione; nel 77% dei casi è invece molto d'accordo e nell'11% abbastanza. Presumendo qualche reticenza ad ammettere un eventuale disaccordo, si può ritenere che il mancato accordo con il marito possa essere in realtà un po' più presente di quanto appare.

Secondo le donne intervistate la pillola riscontra un certo successo fra le altre straniere che frequentano (42%) e anche la spirale (18%). Il preservativo si attesta al 30%. Dalle risposte precedenti sembra che le rispondenti siano meno favorevoli all'uso dei contraccettivi rispetto alle altre donne con cui si relazionano e che appartengono alla stessa comunità culturale.

La percentuale di mancate risposte alla domanda sulla decisione riguardo all'uso del contraccettivo è piuttosto significativa (35%). Fra chi risponde, il 78% afferma che è la donna a decidere e il 16% che la decisione viene presa in accordo tra moglie e marito. Il numero di aborti volontari tra le donne frequentate non è molto elevato; personalmente, il 14% delle intervistate ha avuto un aborto e solo il 4% due aborti, rivolgendosi in maggioranza al Burlo Garofolo per interrompere la gravidanza.

9. I rapporti con le istituzioni sanitarie

Per quanto riguarda i rapporti con le istituzioni sanitarie, la percentuale di donne che dichiara di non avere subito alcuna discriminazione arriva all'88%. Se il 12% ha risposto di aver subito qualche forma di discriminazione, la totalità nega comunque di aver subito violenza all'interno delle strutture sanitarie. La quasi totalità delle rispondenti afferma anzi di sentirsi

“accudita” (94%); solo una donna si è sentita maltrattata, 2 donne hanno dichiarato “indifferenza” e altre 2 non rispondono alla domanda⁷.

Quasi la totalità delle risposte indica nella lingua il principale problema di comunicazione con gli operatori sanitari. Alcune rispondenti osservano che gli operatori dimostrano molta pazienza anche nei confronti di chi non conosce l'italiano: «con chi non parla bene la lingua gli operatori del Burlo sono molto pazienti e si prendono il tempo per spiegare le cose», alle volte però «quando i medici parlano usano termini troppo difficili e non si capisce cosa hai, non spiegano e non hanno tempo»; comunque, come afferma una signora serba «le straniere dovrebbero sforzarsi di parlare italiano».

Gli aspetti culturali, pur presenti, sembrano non essere così rilevanti, solo una donna dice: «cultura diversa, tipo in Cina le donne che partoriscono devono stare a casa e qui non lo capiscono».

Il 58% considera la presenza del mediatore importante nel rapporto medico-paziente. Il 33% non ha mai voluto usufruirne. Solo una donna è contraria alla loro presenza e 6 donne non rispondono. In una risposta si evidenzia il difficile rapporto che può instaurarsi fra un mediatore che vive nella comunità e le utenti: «ora la mediatrice è fantastica, ma quella precedente era cattiva e mi minacciava. Ho un messaggio che dice che se non vado con lei alle visite verrò bannata dall'associazione dei mediatori e sarò scoperta nelle visite, in più non parlava bene l'inglese».

Per le donne che hanno espresso un giudizio, l'attuale assistenza ospedaliera va «bene così»; «fate già tanto»; «niente di più, mi trattano troppo bene». I giudizi sono tanti ed estremamente positivi, soprattutto se comparati con il sistema sanitario del paese di origine e la gratitudine emerge anche per la gratuità del SSN: «non so, va già bene l'atteggiamento dei medici è migliore rispetto alla Moldavia»; «benissimo così, anzi mi aspettavo molto peggio a causa delle esperienze in Serbia»; «non so, perché non vedo problemi, mi sono trovata tanto bene al Burlo»; «niente, anzi vi comportate troppo bene. Nel mio Paese non abbiamo l'opportunità di avere tutto gratis e dove ti trattano bene. A Santo Domingo muoiono tante persone perché non hanno i soldi per andare in ospedale».

La consapevolezza dell'assistenza gratuita e uguale per tutti però non è sempre presente. In certe osservazioni leggiamo critiche verso il personale sanitario e l'organizzazione: «alcuni dottori non sono professionali e trattano male, se sei giù di morale alcuni non riescono a farti sentire meglio»; «trattare le pazienti straniere bene come le altre senza problemi di pelle o colore»

⁷ Sarebbe interessante in questo caso, come del resto anche negli altri, confrontare le risposte delle donne attraverso un questionario autosomministrato (tradotto nelle diverse lingue) o in spazi sociali diversi per verificare l'influenza dell'ambiente ospedaliero (le intervistate in questa ricerca ricordiamo infatti sono tutte pazienti presenti in reparto) e della presenza dell'intervistatore.

(donna nigeriana); «velocizzare le parti burocratiche e dare informazioni più chiare» (donna Moldava).

Altre dichiarazioni riguardano il problema linguistico: «aiutare chi non parla italiano con i mediatori e corsi di lingua. Se una persona non sa parlare italiano viene abbandonata e nessuno va a parlare con lei in ospedale quando è ricoverata perché le mediatrici non possono stare sempre lì» (donna albanese); «cercare di parlare anche altre lingue oltre all'Italiano» (donna croata). Le critiche però sono mitigate dai giudizi negativi verso le donne straniere per la loro poca volontà all'integrazione: «bisognerebbe imporre alle pazienti di imparare l'italiano cose basiche»; «sono le donne a doversi integrare di più», oppure «le pazienti devono imparare la lingua del posto!».

10. La pratica della mutilazione dei genitali femminili⁸

Visto il numero esiguo di interviste a donne che appartengono a una tradizione dove sono diffuse le MGF, daremo una interpretazione complessiva e non analitica delle loro risposte.

Anche se nel campione le donne provenienti da paesi a rischio sono rappresentate da 16 casi, solo 7 donne dichiarano di appartenere a una tribù dove la pratica delle MGF è diffusa. Infatti, la pratica ha una connotazione squisitamente tribale e i confini della sua diffusione sono rappresentati per lo più dal territorio di insediamento della comunità di appartenenza, piuttosto che da quella di un intero stato – con esclusione di alcune realtà come l'Egitto (Colombo e Scoppa, 2006). Le tribù citate sono: Edu, Ibo (Nigeria); Bamunka, Bamileke, Beti (Camerun), Kisii (Kenia).

Delle sette donne che conoscono le MGF, quattro hanno affermato di essere tagliate: tre nigeriane e una keniota, tutte di religione cattolica (la religione infatti non è determinante nella tradizione delle MGF); tutte hanno subito la pratica da bambine e tre addirittura a meno di 6 mesi.

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

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

Riguardo alla salute, le donne pensano che la pratica porta o può portare problemi principalmente nei rapporti sessuali, all'apparato urogenitale e problemi psicologici di tipo emotivo. Solo in un caso vengono citati problemi

⁸ Nel questionario si è scelto di utilizzare la parola escissione/infibulazione e non mutilazione dei genitali femminili per non offendere le persone che hanno subito la pratica o degradarle ulteriormente.

durante la gravidanza e il parto, probabilmente perché nelle aree culturali di provenienza di queste rispondenti non è diffusa l'infibulazione, bensì pratiche mutilatorie più lievi che compromettono di meno la loro salute.

Una donna camerunese che vive da 13 anni in Italia riferisce che, pur essendo vietata dalla legge e anche vietato portare le bambine all'estero, di fatto viene eseguita: «è vietata, anche giù, ma la fanno lo stesso». Questa segnalazione dovrebbe allertare i servizi socio-sanitari e giustifica l'importanza di ulteriori approfondimenti per comprendere la gravità del fenomeno. La donna concorda anche che bisogna denunciare chi commette reato, le altre donne invece sono più propense a parlare con il pediatra o con la famiglia o, più in generale, rivolgersi ad altri, anche perché sono pratiche "tribali" in cui, fra l'altro, «la religione non c'entra».

Le quattro donne tagliate hanno subito la pratica nel loro Paese e due in ospedale da un medico. Anche se la medicalizzazione della MGF è scoraggiata dalle istituzioni internazionali, secondo una strategia globale elaborata in collaborazione con le principali parti coinvolte, comprese le Nazioni Unite, gli organismi professionali della salute, i governi nazionali e le ONG (WHO, 2010), purtroppo continua a essere presente.

L'unica donna che ha qualche ricordo è la keniota che ha subito il taglio da bambina, ma afferma: «nessun significato, non capivo», comunque le sensazioni che ha vissuto sono riconducibili a uno stato emotivo di "paura, terrore", accompagnati dalla "rabbia" e dalla "rassegnazione" dopo l'operazione. L'atteggiamento dichiarato è di "comprensione" nei confronti dei familiari che hanno permesso che ciò avvenisse e solo una donna del Camerun parla di «aggressività e conflitto». Per quanto riguarda la salute, nessuna intervistata riferisce di aver avuto problemi fisici o psicologici dopo l'operazione (cfr. Morrone e Sannella, 2010).

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

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

rone e Vulpiani, 2004). Infine, in merito al tipo di azioni da condurre per contrastare la pratica, il suggerimento è organizzare “cortei” e lavorare con le “associazioni”, ma solo nei paesi di origine (donna camerunese).

11. Conclusioni

Come descritto in precedenza, il campione di donne osservate per la ricerca INTEGRA nei reparti dell’ospedale Burlo Garofolo è molto eterogeneo culturalmente e riflette le caratteristiche dell’immigrazione del nostro Paese. Le donne di recente immigrazione sono meno scolarizzate delle altre. Sono tutte in età fertile e immigrate per ragioni familiari, a parte pochi casi per questioni di lavoro o richiedenti asilo politico. A differenza delle loro madri risultano meno propense all’attività lavorativa e vivono l’esperienza della famiglia in modo totalizzante; il marito è il punto di riferimento fondamentale della loro vita, anche dal punto di vista della loro salute. Il matrimonio forzato/combinato è prassi per più di un quarto del campione e per la totalità delle donne bangladesi, pakistane e kosovare è un costume abituale. Le transazioni economiche durante il matrimonio (dote, *brideprice*) non sono presenti, ma rimane un vincolo di sottomissione della donna anche nei matrimoni laici e ancor più in quelli religiosi. Quelle che si dichiarano disoccupate di fatto non hanno mai (o quasi) frequentato un corso di formazione professionale o un corso di italiano.

Il marito è sempre il tramite del loro rapporto con il mondo sociale e fonte indiscutibile di ogni valore. Il percorso migratorio ha mutato molti dei loro pensieri (per le donne bangladesi e pakistane invece non ha influito per niente), soprattutto sul ruolo della donna nella società, e le ha aiutate a comprendere quanto il concetto di cultura e di tradizione sia intrinsecamente legato alla condizione di sottomissione della donna. Molte affermano di provenire da paesi dove sono negati i diritti alle donne e, a questo proposito, sono commoventi alcune testimonianze del modo in cui esse vedono la donna in Occidente («le donne in Italia hanno la libertà»). Nonostante i cambiamenti di vita e di conoscenze, quasi metà del campione non usa contraccettivi – così come non li usava prima della migrazione. Pur essendo perfettamente a conoscenza del modo in cui funziona l’ospedale, quasi metà delle intervistate non è mai stata seguita da un consultorio (il 29% non sa nemmeno cos’è).

Per quanto riguarda la pratica delle MGF, le donne tagliate e quelle che provengono da paesi a rischio sottolineano quanto la tradizione sia purtroppo ancora viva in certe comunità che risiedono in Europa.

Riferimenti bibliografici

- Bezzi C. (2015), *Domanda e ti sarà risposto. Costruire e gestire il questionario nella ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Boyle E.H., McMorris B.J., Gomez M. (2002), *Local conformity to international norms: The case of female genital cutting*, «International Sociology», 17 (1).
- Caselli M. (2005), *Indagare col questionario. Introduzione alla ricerca sociale di tipo standard*, Vita e Pensiero, Milano.
- Colombo D., Scoppa C. (2006), *Moolaadé. La forza delle donne*, Feltrinelli, Milano.
- Degani P., De Stefani P., Urpis O. (cur.) (2009), *Mutilazioni genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti*, AIDOS, Roma.
- Delli Zotti G. (2018), *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficoltà e buone pratiche*, EUT, Trieste.
- De Rose C. (2017), *L'indagine campionaria e il sondaggio d'opinione. Metodi quantitativi della ricerca sociale*, Carocci, Roma.
- Di Cesare D. (2017), *Stranieri residenti*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Farina P., Ortensi L.E. (2014), *The mother to daughter transmission of female genital cutting in emigration as evidenced by Italian survey data*, «Genus», 70 (2).
- HEIGE (2016), *Rapporto*, Ufficio pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.
- Huber J. (2007), *On the Origins of Gender Inequality*, Paradigm, Boulder.
- Hobsbawm E. e Ranger T. (1989), *L'invenzione della tradizione*, Torino, Einaudi.
- Huber J. (2007), *On the Origins of Gender Inequality*, Paradigm, Boulder.
- IDOS (2018), *Dossier Statistico Immigrazione*, IDOS, Roma.
- Blank K. e Rösslhumer M. (2015), *Manuale formativo sulla violenza di genere per gli operatori sanitari*, Austrian Women's Shelter Network, Vienna.
- Lombardi L. (2018), *Riproduzione e salute nella società globale*, Maggioli, Rimini.
- March G., Olsen J.P. (1992), *Riscoprire le istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- Morrone A., Sannella A. (2010), *Sessualità e culture. Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- Morrone A., Vulpiani P. (2004), *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualità e mutilazioni dei genitali femminili in Europa*, Armando, Roma.
- Pasquinelli C. (2007), *Infibulazione. Mutilazioni sessuali e diritti umani*, Meltemi, Milano.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Serughetti G. et al. (2014), *Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre*, Le Onde Onlus, Palermo.
- Urpis O. (1999), *Le pratiche di mutilazione sessuale femminile e la formazione di un'identità negata*, «Il reo e il folle», 8.
- Urpis O. (2018), «Salute sessuale e cultura patriarcale: le esperienze delle donne», in Delli Zotti G. (cur.), *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficoltà e buone pratiche*, EUT, Trieste.
- WHO (2010), *Global strategy to stop healthcare providers from performing female genital mutilation*, WHO Document Production Services, Geneva.
- Van Baelen L., Ortensi L.E., Leye E. (2016), *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*, «The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care», 21 (6).