

UNO SGUARDO ANTROPOLOGICO ALLA SALUTE DELLE DONNE MIGRANTI IN AREA TRANSFRONTALIERA

Roberta Altin e Veronica Saba

Università di Trieste, Dipartimento di Studi Umanistici

1. Premessa

In questo report, si indagheranno potenzialità, buone prassi e problematiche riscontrate nelle fasi di accesso e presa in carico ai servizi socio-sanitari territoriali rivolti all'utenza straniera, in particolare alle donne. Preso atto della normativa che tutela il diritto alla salute dei cittadini stranieri¹, tanto in Italia quanto nel contesto della Regione Friuli Venezia Giulia, si rifletterà circa le iniziative messe in atto per superare i limiti strutturali presenti, sia a livello istituzionale che a livello d'intervento dei servizi socio-sanitari sul territorio triestino.

Si farà ciò considerando l'analisi delle risposte al questionario somministrato alle donne aventi accesso al reparto di Gravidanza ad Alto Rischio dell'Ospedale Materno-Infantile Burlo Garofalo, nel periodo compreso tra febbraio e maggio 2018. Si considereranno inoltre alcuni dati emersi dai colloqui avuti con alcuni operatori socio-sanitari del territorio durante il mese di maggio 2018, aventi ad oggetto la presa in carico delle donne immigrate in relazione alle problematiche di salute riproduttiva.

Analizzare lo stato di salute delle donne migranti in un'area di confine risulta un compito arduo per l'eterogeneità del contesto, la mobilità dei fattori umani e le dinamiche processuali che stanno modificando lo scenario sociale in modo particolarmente repentino negli ultimi anni. Una lettura etnografica e qualitativa implica una riflessione a priori sullo stato dell'arte negli studi di genere legati alle migrazioni per avere la consapevolezza degli strumenti metodologici e interpretativi a disposizione.

Partendo dai dati statistici dell'Istat, del Dossier Statistico Immigrazione (IDOS 2017) e dell'Archivio statistico della Regione Friuli Venezia Giulia (2017) si rileva un costante aumento delle presenze femminili tra i migranti: su un totale di 104.276 le donne migranti presenti in Friuli Venezia Giulia sono 55.357 contro 48.919 a conferma di un trend di "femminilizzazione" dei flussi migratori che trova ancora poco corrispettivo nell'approccio di genere agli studi migratori. Nel quadro d'insieme della presenza straniera in Italia e in Regione FVG che la componente femminile sia più consistente di quella maschile, sia pur con dinamiche variazioni in base alla nazionalità di riferimento, è ormai un dato consolidato e noto con riferimenti anche sul piano delle migrazioni internazionali in Europa (IDOS 2017: 111; IOM 2016).

A partire dagli studi di Parrenas (2001), Hondagneu-Sotelo (2005), Decimo (2005), Salih (2003), Ehrenreich e Hochschild (2004), l'utilità di approcci che incrociano migrazioni e genere è stata quella di mettere a fuoco gli effetti perversi del neoliberismo e di decostruire la mitologia del migrante maschio, giovane, sano, avventuroso pioniere libero da legami parentali e avulso dal luogo d'origine per ribadire il genere come prodotto storico, costruito e modificato dagli eventi, che non va disgiunto dalla classe, capitale sociale, nazionalità, contesti di provenienza e di arrivo. Ignorare le differenze di genere trattando uomini e donne come cluster migranti identici enfatizza l'attività produttiva, rimuovendo completamente quella riproduttiva, che ha tempi e luoghi necessariamente diversi. Tuttavia, dopo un primo avvio di studi sul campo con approccio di genere, l'ambito è rimasto alquanto 'congelato' e fermo, quanto meno in una riflessione più ampia che non si fermi alla mera descrizione di ambiti specifici (Donato, Enriquez e Llewellyn 2017), al punto che

¹ L'analisi della normativa è contenuta in un capitolo del Rapporto 3.1.1 "Stato dell'arte".

Hondagneu-Sotelo (2013: 180), una delle voci più autorevoli nell'ambito dello studio delle migrazioni femminili, denuncia esplicitamente una "blindness to feminist issues and gender".

Perché non si adotta ancora la prospettiva di genere negli studi dei processi migratori? A questa domanda provocatoria possiamo offrire varie risposte, che in parte ci aiutano a descrivere lo scenario transfrontaliero in cui va collocata la ricerca di INTEGRA sulla salute delle donne migranti.

Il primo punto da tenere in considerazione è che negli ultimi dieci anni di ricerche sono comparsi diversi framework di analisi e, quindi, di lettura interpretativa dei dati, *in primis* quello dello status legale che, dopo la cosiddetta 'crisi migratoria' 2015-16, ha introdotto altre forme di stratificazione sociale e di accesso ai servizi per la salute nello spazio europeo. La Regione FVG, trovandosi coinvolta in maniera massiccia nei flussi di entrata e nei rapporti con i Paesi Terzi, rappresenta da questo punto di vista un laboratorio e un punto di osservazione particolarmente importante. Essere senza documenti o in stato di attesa di riconoscimento produce sempre più discriminazioni e impedimenti all'accesso ai servizi sanitari e sociali che impattano sullo stato di salute fisica e, soprattutto, mentale (Petrelli, Alessio *et al.* 2017: 17).

Una seconda ragione per la scarsità di ricerche sulle migranti donne va ricondotta alla complessità del campo di indagine: parlare di salute delle donne in migrazione apre interrogativi sulle differenze nelle relazioni di genere all'interno della famiglia e dei servizi pubblici, in un intreccio complicato che si estende alle reciproche rappresentazioni, immaginari e conoscenze. La complessità di fattori che influenzano la salute delle donne va collegata al capitale sociale, economico, al progetto migratorio, alla situazione lavorativa, riproduttiva, alla biografia personale e familiare, alla nazionalità e provenienza, educazione, titolo di studio, esperienze precedenti e progetti futuri. Se il termine 'intersezionalità' introdotto da Crenshaw (2007) sembrava tenere conto degli intrecci complicati determinati soprattutto dalle categorie di etnia, nazionalità, genere e classe sociale, ultimamente si sono levate voci critiche anche nei confronti di questa lente di osservazione che, enfatizzando le molteplici posizioni marginali delle donne migranti, non consentirebbe di far emergere le evoluzioni positive di *agency* e di *empowerment* femminile in termini processuali e storici (Choo, Ferree 2010).

Per allargare lo sguardo è necessario quindi tenere aperto il contesto di osservazione senza ingabbiarlo in categorie rigide di classificazione a priori. La mobilità migrante femminile introduce nello scenario da analizzare un concetto di salute e di 'benessere' che si aggancia ai figli, alle intimità domestiche; quando si introduce la variabile di genere i flussi migratori non portano più solo forza lavoro, ma sfere e cicli di vita collegati alla riproduzione e non solo alla produzione.

Salute e benessere sono concetti culturali e storici letteralmente incorporati dove il dialogo e la comunicazione con operatori dei servizi può risultare difficoltosa, non solo su un piano prettamente linguistico, ma soprattutto nei diversi modelli antropologici di interpretazione. Tuttavia, non sempre il ricorrere a mediatori culturali risolve i problemi, soprattutto quando la donna migrante vive in maniera conflittuale gli schemi tradizionali della cultura di origine (Altin 2000); la migrazione è un processo dinamico e spesso costituisce un progetto di riscatto e di legittima fuga da costrizioni sociali e culturali. Il rapporto con la maternità e con i figli è altrettanto critico e spesso vissuto in maniera non così semplice nel percorso migratorio che modifica la visione e le dinamiche di genere anche all'interno dei rapporti personali e familiari.

Tra le donne migranti il difficile equilibrio tra famiglia e inserimento nel mercato del lavoro si intuisce già dai dati generali che indicano dal 2012 un'interrotta diminuzione della fecondità delle donne straniere che contribuisce a incrementare il declino demografico italiano, invertendo la timida tendenza all'aumento della fecondità che era apparso grazie alle donne immigrate in Italia nei primi anni del nuovo millennio (Saraceno 2017: 113-114). La crisi del 2007-08 e la conseguente congiuntura economica sfavorevole sta contribuendo a una procrastinazione delle nascite tra le donne straniere presenti nel nostro territorio, tra le quali si è assistito a un progressivo innalzamento dell'età media al parto (28,6 anni nel 2015; IDOS 2017: 113).

Molti indicatori segnalano che le donne straniere nel nostro territorio continuano a fare i conti

con persistenti disuguaglianze nell'accesso al mondo del lavoro e, soprattutto, nella capacità di mantenere l'occupazione facendo fronte alle necessità familiari senza un'adeguata rete di sostegno familiare (Saraceno 2017: 112). Precarietà, vulnerabilità, esposizione alle discriminazioni e a rischi della salute sono termini ricorrenti nei percorsi migratori declinati al femminile.

Al fine di ottenere un'azione efficace risulta opportuno perciò contemplare la necessità di un processo di reciproca conoscenza, sia delle donne migranti che degli operatori sociali e sanitari coinvolti (Mazzetti 2011), ma prima ancora la problematica fondamentale resta quella dell'accesso ai servizi e della capacità delle donne straniere del territorio di reperire informazioni utili e percorsi pertinenti. Non è infatti casuale che i temi dell'equità e dell'inclusione siano diventati centrali nelle linee guida internazionali in materia di riorganizzazione dei servizi sociosanitari (Quaranta, Ricca 2012).

2. Le risposte al questionario INTEGRA: una riflessione sull'accesso ai servizi territoriali delle donne immigrate

Del campione analizzato dal progetto e che ha avuto accesso al reparto di Gravidanza ad Alto Rischio tra febbraio e maggio 2018, per un totale di 77 donne intervistate, le nazionalità prevalenti sono le seguenti: Serbia, Romania, Kosovo, Nigeria, Marocco, Bangladesh, Pakistan, Repubblica Dominicana.

Le donne che hanno avuto accesso al servizio hanno fatto ingresso in Italia in un'età prevalentemente compresa tra i 20 e i 30 anni, quindi nel pieno della fertilità.

A conferma dei dati regionali sulla popolazione immigrata presente in Friuli Venezia Giulia, così come documentato nell'ultimo Rapporto Immigrazione 2016², per le donne straniere intercettate dal servizio il motivo più ricorrente per la propria migrazione, come *pull factor*, consiste nel raggiungere marito o genitori (61%). Così come evidenziato sia dal Rapporto sopracitato che dai colloqui con le operatrici, e così confermato dal questionario, una quota non irrisoria di donne appartenenti al campione sono emigrate dal proprio paese per motivi di studio (9,1%).

Il livello di scolarizzazione delle intervistate è inoltre abbastanza elevato: il 26% ha frequentato nel proprio paese fino alla scuola media, il 36,4% ha frequentato la scuola superiore, mentre solo il 9% la scuola elementare. Questo potrebbe ipotizzare vari fatti: o le donne con bassa scolarizzazione accedono meno a questo genere di servizi, oppure lo strumento del questionario si rivela poco accessibile alle donne con un basso livello di scolarizzazione.

Quanto all'accessibilità ai servizi sanitari, nella domanda "Principali problemi di comunicazione tra paziente straniera e operatori italiani" è riportata più volte la difficoltà linguistica riscontrata dalle donne nel comprendere le indicazioni dei medici, dovuta sia ad una conoscenza molto elementare della lingua italiana sia all'utilizzo di terminologie troppo complesse. Questo dato mi è stato confermato nel colloquio con un'operatrice specializzata nell'assistenza all'allattamento di un ambulatorio pediatrico, la quale mi dice:

"Io mi occupo di sostegno all'allattamento al seno. Avrò ricorso alle mediatrici 2 volte. Con le cinesi...abbiamo una mamma cinese adorabile, che sa l'italiano e ci aiuta. Abbiamo una donna albanese che ci aiuta con le albanesi e kosovare.

Nella maggior parte dei casi non serve...se non è qualcosa di importante, ho lavorato con mamme di tutte le lingue, che non sapevano l'italiano, se devo dire una cosa cerco con google translate. Quindi per quanto riguarda l'allattamento e il sostegno di questo tipo ho sempre fatto senza mediazione. È ovvio che è meglio se glielo spieghi ma non è quello a dover eliminare la possibilità di sostenerle. È chiaro che io vorrei anche per loro stesse, per il loro bambino così escono vanno a fare la spesa, al giardino e quando il bambino incomincia ad andare a scuola anche capire che cosa sta facendo.

Io credo che meglio sarebbe se lo sapessero ma non può essere questo lo scoglio insormontabile. Puoi farti capire, con pazienza. Avere una relazione diretta, anche se la mamma non sa la lingua,

² Si veda: https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/011_22016_Rapporto_Immigrazione_2016.pdf.

io preferisco”.

Benché in questo frammento l’operatrice mi riporti un tipo di intervento differente da quello svolto dal personale ospedaliero, emerge comunque come centrale nella comprensione, oltre il fattore meramente linguistico, la questione dell’instaurarsi di una relazione diretta e duratura. Poiché i tempi e le prassi ospedaliere spesso non lo consentono, sarebbe utile mantenere maggior raccordo tra diverse tipologie di servizio. Come commenta anche una ginecologa di un consultorio familiare, è importante incentrare la relazione medico-paziente sul rispetto e la consapevolezza: “Parto sempre dal rispetto della persona. Ogni persona che viene da me non le darò mai del tu. Se viene nel suo percorso di crescita, la famiglia non sa che viene al consultorio, un ragazzo che vuol sapere come si usa il preservativo...va benissimo dare del lei. Entri nel mondo che stai gestendo tu e questo è ottimo come rapporto. Quindi non complicità ma rispetto. E io alla donna devo fornire gli elementi che io ho e lei non ha per poter fare una scelta, questo è il punto. Consapevolezza sua, e solo che sua. Se poi lei deve parlare col marito, fratello, mamma, zio... io non entro nel merito. Posso consigliarla, questo sì. Con la spirale ad esempio sul filo se si sente o meno. Dico che non si sente. Questa piccola complicità ci può essere, ma è di passaggio. Non è altro. E’ gestisca lei come vuole, sappia che può fare contraccezione all’insaputa di chiunque. Se poi il rapporto di coppia è buono, va molto meglio che se ne discuta assieme. Quindi tutte queste cose si possono concordare, però qualcuna magari chiede “può venire anche mio marito?”, certo che può venire. Se lei è disponibile dico va bene se invece la donna straniera mi dice porto il marito dico no. Prima lei signora poi può venire anche il marito, ma il primo discorso lo faccio con lei”.

Continuando nella riflessione sull’accesso ai servizi da parte delle donne straniere, un altro dato che appare significativo da commentare riguarda la percentuale di donne che dichiarano di non aver subito discriminazione in strutture sanitarie: la maggioranza (88,3% contro 11,7%) dichiara di non aver subito discriminazioni nei servizi. Inoltre il totale del campione risponde di non aver mai subito violenze. Benché questo dato sia ad un primo sguardo positivo, e venga in parte confermato dalla risposta alla domanda “Cos’hai trovato qui che non avevi” che vede il 66,2% delle donne soddisfatte della qualità del sistema sanitario italiano, è possibile che la risposta sia condizionata dal contesto in cui è stata somministrata, e che quindi abbia spinto le intervistate a rispondere che il rapporto coi servizi è positivo. Inoltre, per quanto riguarda il quesito “Ha subito qualche forma di violenza nelle strutture sanitarie”, per la complessità che richiede affrontare la tematica della violenza, sia per una questione di meccanismi psicologici ad essa collegati così come per le diverse percezioni e livelli di consapevolezza possibili, per quanto posta in maniera confidenziale, è difficile che la risposta data in questo contesto dia elementi di reale attendibilità (Romito, 2005; Romito, Folla, Melato, 2017).

Nella domanda aperta “Essere donna straniera in Italia ha creato problemi” il 45,5% delle intervistate ha risposto “no” e l’8% “no mai”. Alcune altre risposte però, appartenente alla restante parte del campione, fanno emergere una serie di riflessioni circa la percezione della discriminazione su base razzista da parte delle intervistate, per esempio:

- si percepisce freddezza chiacchiere, paragonata agli immigrati irregolari
- si perché io porto il velo e mi guardano male
- si sempre dipende da chi incontri ti trattano in modo diverso
- si, si è sentita discriminata perché Nera
- si sono stata discriminata soprattutto a lavoro
- si, a Trieste la maggioranza è razzista
- si, gli altri sanno che siamo stranieri e fanno tutto diverso
- si, i colleghi di lavoro mi trattano male, in certi uffici pubblici sento di essere trattata in modo diverso
- si, problemi con i vicini di casa, non volevano stranieri
- si, soprattutto per la lingua
- si, spesso viene chiamata negra

Oltre a considerare queste risposte come un dato di fatto rispetto alle forme di razzismo sociale e istituzionale vissute dalle donne intercettate, come emerge da diversi studi tra cui *“Racism, violence and health: the living experience of immigrant women in an Italian city”* svolto nel 2011 a Trieste da Romito, Creazzo, Paci, Pipitone, è importante tenere in considerazione questo tipo di percezioni quando si guarda ad alcune patologie, complicazioni cliniche e cronicità presenti nella popolazione straniera (Karlsen, Nazroo, 2002; Krieger, 2003).

Per dirla con Romito, Creazzo, Paci, Pipitone (2011: 206-207): “Most of these studies consider the relationships between racist discrimination, violence and health for “visible minorities”, people who are citizens with, at least in theory, all citizenships rights. But immigrant people must struggle also with other difficulties: restrictive immigrant laws, abrupt changes in laws or policies, bureaucratic delays and harassment in the put into force of policies. Few studies have considered the effects of being an undocumented migrant on migrant women’s health. [...] Authors conclude that not having a legal residence permit leads to a greater vulnerability for pregnant women.”

I determinanti sociali delle malattie sono infatti correlati alle discriminazioni subite (Cozzi, a cura di, 2012), così come al costante senso d’insicurezza dovuto alla precarietà dello status giuridico connesso alla condizione di migrante. Questo frammento fa inoltre riflettere su un altro aspetto: l’84,4% delle donne intervistate non ha la cittadinanza italiana. I tipi più frequenti di titolo di soggiorno del campione sono per il 20,8% motivi familiari, il 31,2 % ha un permesso di lungo periodo, il 3,9% un permesso per richiesta di Protezione Internazionale, il 5,2% per motivi umanitari, il 6,5% per motivi di lavoro. Non sappiamo però se le donne che hanno risposto “Altro”, “Non pertinente”, “Non risposto” siano titolari di permesso di soggiorno, e qualora lo fossero, di quale tipo. Come suggerito dallo studio sopracitato, le donne prive di un titolo di soggiorno sono più difficili da raggiungere, rimanendo di fatto più vulnerabili.

Inoltre, alla domanda a risposta multipla “Cosa hai trovato qui che là non avevi” molte donne hanno risposto negativamente a opzioni quali “libertà di parlare e pensare; senso di sicurezza personale; autonomia economica personale”. Questo dato ci può aiutare a de-costruire alcuni stereotipi circa l’arretratezza dei paesi d’origine, ma al contempo può far riflettere riguardo il senso d’isolamento sociale che caratterizza la vita di alcune di queste donne (molte nel campione dichiarano di essere casalinghe, 16,9%, e disoccupate 44,2%): l’assenza di reti sociali forti infatti non aiuta ad aumentare il livello di autonomia personale. Inoltre, per molte donne con figli è difficile trovare un momento per accedere ai corsi d’italiano (il 90,9% ha dato risposte non pertinenti alla domanda “Perché non interessa frequentare corso di Italiano”, mentre alcune delle risposte date riguardano la difficoltà a conciliare i tempi di cura dei figli con un eventuale impegno fuori casa). Alla domanda “Da quando sei emigrata come sono cambiati i tuoi pensieri in relazione a” c’è stata un’alta percentuale di non risposte, forse a suggerire la difficoltà, oltre che linguistica, dovuta al poco tempo dedicato alla somministrazione del questionario non sufficiente ad entrare nel merito di questioni così complesse e che meriterebbero un approfondimento specifico.

Per concludere, se generalmente osserviamo un buon livello di soddisfazione rispetto all’accesso ai servizi sanitari delle donne immigrate intercettate, vi sono alcuni punti di debolezza da migliorare: agire per rinsaldare queste reti sociali, sia in raccordo con gli enti del privato sociale menzionati sia in collaborazione, laddove possibile, con le comunità etnico-nazionali può rivelarsi, sul lungo periodo, un fattore protettivo importante anche nella tutela della salute riproduttiva.

Riferimenti bibliografici

- Altin R. (2000), La comunicazione interculturale, in G.P. Gri (a cura di), *Esperienze di mediazione. Strumenti di lavoro*, Forum, Udine, pp. 81-97.
- IDOS (2017). *Dossier Statistico Immigrazione 2017*, Centro Studi e Ricerche Idos/Immigrazione Dossier statistico, Roma.
- Choo H.Y., Ferree M.M. (2010). *Practicing Intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusion, interactions, and institutions in the study of inequalities*, in "Sociological Theory", n. 28: 129-149.
- Cozzi D. (a cura di) (2012). *Le parole dell'antropologia medica: piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- Crenshaw K.W. (2007). *Intersectionality and identity politics: learning from violence against women of color*, in Shanley M.L., Narayan U. (eds.), *Reconstructing Political Theory: Feminist Perspectives*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, pp. 178-193.
- Donato K.M., Enriquez L.E., Llewellyn C. (2017). *Frozen and Stalled? Gender and Migration Scholarship in the 21st Century*, in "American Behavioral Scientist", 61(10): 1079-1085.
- Giannoni M. (a cura di) (2012). *Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane*, Franco Angeli, Milano.
- Decimo F. (2005). *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, Il Mulino, Bologna.
- Ehrenreich B., Hochschild A. R. (a cura di) (2004). *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano.
- Hondagneu-Sotelo P. (2005). *Gendering Migration: Not for "Feminist only"- And Not only in the Household*, in «CMD Working Paper», n. 5-2f, University of California Press, Los Angeles, [<http://cmd.princeton.edu/paper/wp0502f.pdf>];
- Hondagneu-Sotelo P. (2013). *New Direction in Gender and Immigration Research*, in S.J. Gold and S. Nawyn (eds.), *The Routledge international handbook of migration studies*, Routledge, New York, pp. 180-188.
- IOM (2016). *Global Migration Trends 2015*, Factsheet 2006 [<http://www.iom.int>].
- Karlsen S., Nazroo J. (2002). *Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority group*. "American Journal of Public Health", 92(4): 624-631.
- Krieger, N. (2003). *Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions critical science and current controversies: An ecosocial perspective*, "American Journal of Public Health", 93(2): 194-199.
- Mazzetti M. (2011). *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci, Roma.
- Parreñas R.S. (2001). *Servants of Globalization. Women, Migration and Domestic Work*, Stanford University Press, Stanford.
- Petrelli A., Di Napoli A. et al. (2017). *Lo stato di salute della popolazione immigrata*, in "Epidemiologia preventiva", n. 41 (3-4), Suppl. 1: 11-17.
- Quaranta I., Ricca M. (2012). *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Cortina, Milano.
- Regione Friuli Venezia Giulia (2017). *Cittadini stranieri in Friuli Venezia Giulia. Report sulla presenza di stranieri in FVG 2017*, Direzione Generale, documento on line, consultato il 30/6/2018) [http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/2017_CITTADINI_STRANIERI_IN_FVG.PDF].
- Romito P., Creazzo G. et al. (2011). *Racism, violence and health: the living experience of immigrant women in an Italian city*, in Thiara, R., Condon, S., Schrottle M. (eds). *Violence Against Women and Ethnicity: Commonalities and Differences across Europe*, Barbara Budrich Pub., Berlin, pp. 206-225.
- Romito P. (2016). *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Franco Angeli, Milano.
- Romito P., Folla N., Melato M. (2017). *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo*, Il Mulino, Bologna.
- Salih R. (2003). *Gender in transnationalism*, Routledge, London.
- Saraceno C. (2017). *L'equivoco della famiglia*, Laterza, Bari.