

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

Direttore Scientifico: Costantino Cipolla

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 (Dquesne 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 Carbone; Dafne Chitos; Gian Marco Cifaldi; Maria Teresa Gammona; 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 Ardissona (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.

Pubblicato 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

Uno sguardo antropologico alla salute delle donne migranti in area transfrontaliera

di *Roberta Altin e Veronica Saba**

1. Introduzione

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, p. 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

* Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Trieste.

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 Hondagneu-Sotelo (2013, p. 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, 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, p. 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 e 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'ininterrotta diminuzione della fecondità delle donne straniere che contribuisce a incrementare il declino demografico italiano, invertendo la timida tendenza all'aumento della fecondità apparso grazie alle donne immigrate in Italia nei primi anni del nuovo millennio (Saraceno, 2017, pp. 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, p. 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, p. 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 e Ricca, 2012).

Nel seguito, a partire da una panoramica dei servizi socio-sanitari territoriali rivolti all'utenza straniera, in particolare alle donne, si indagheranno potenzialità, buone prassi e problematiche riscontrate nelle fasi di accesso e presa in carico ai servizi. Premettendo alcuni elementi riguardanti la normativa che tutela il diritto alla salute dei cittadini stranieri in Italia e 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 Garofolo, 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 a oggetto la presa in carico delle donne immigrate in relazione alle problematiche di salute riproduttiva.

2. I servizi sanitari triestini rivolti alle donne immigrate

2.1. Le leggi italiane in materia di accesso al diritto alla salute per cittadini comunitari ed extracomunitari

L'art. 32 della Costituzione riconosce il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Come inoltre regolamentato nel TU Immigrazione agli artt. 34, 35, 36, il diritto alla salute è formalmente garantito dallo Stato italiano ed è esteso, al pari dei cittadini e cittadine italiane, sia ai comunitari sia ai non comunitari, siano essi regolari o irregolari, così come ai loro figli minori.

Per quanto riguarda le donne, all'art. 35 comma 3¹ emerge che «L'assistenza sanitaria è garantita a tutte, per: tutela della *gravidanza* e della *maternità*; tutela della salute del *minore*; *vaccinazioni* nell'ambito di campagne di prevenzione collettiva; profilassi, diagnosi e cura delle *malattie infettive*. Gli stranieri *irregolari* possono accedere ai servizi sanitari attraverso il codice *STP (Straniero Temporaneamente Presente)* valido su tutto il territorio italiano»².

¹ Al sopracitato articolo del TU Immigrazione si dichiara che: “a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176”, in: <http://www.meltingpot.org/Testo-unico-sull-immigrazione-art-34-36-8a-parte.html#.Wy-kv6czaM8>.

² Si veda: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=193&area=Servizi_per_persono_o_situazioni_speciali.

Oltre a ciò, l'Italia prevede per le persone straniere vittime di violenza e di grave sfruttamento un programma di assistenza e integrazione sociale, così come stabilito dall'art.18 TU Immigrazione, che sancisce il rilascio di un particolare permesso di soggiorno "per motivi di protezione sociale"; con l'inserimento del soggetto a rischio nel programma di protezione sociale, previ accertamenti delle autorità competenti³, ne si garantisce «l'accesso ai servizi assistenziali e allo studio, nonché l'iscrizione nelle liste di collocamento e lo svolgimento di lavoro subordinato, fatti salvi i requisiti minimi di età»⁴. Come stabilito dai dati dell'OIM, e del *GRETA- Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings*⁵, molte delle persone inserite in questi programmi sono donne e ragazze adolescenti. I servizi socio-sanitari possono svolgere un ruolo fondamentale nell'intercettare potenziali vittime presso gli sportelli di ascolto, il pronto soccorso, il consultorio familiare.

Nonostante la legislazione, tanto sul piano nazionale che su quello regionale⁶ sancisca l'accesso all'assistenza sanitaria con pari diritti per cittadini italiani e stranieri, come emerge dalla letteratura⁷ e dai report di Asgi⁸, Sistema centrale Sprar⁹, Naga Onlus e Simm (Società italiana di medicina delle migrazioni)¹⁰, vi sono tutt'oggi alcune gravi limitazioni all'accesso, dovute, in alcuni casi, ad anomalie di funzionamento del sistema: lungaggini buro-

³ Sono previsti degli indicatori condivisi, che permettono di individuare le vittime di tratta. Si veda: https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2017/11/notratta-web_DEFINITIVO_10_06_15.pdf e <https://www.un-hcr.it/wp-content/uploads/2018/02/Linee-Guida-identificazione-vittime-di-tratta.pdf>.

⁴ Si veda l'art.18 co.4 del TU Immigrazione. Fonte: <https://www.meltingpot.org/Testo-unico-sull-immigrazione-art-18-20-5a-parte.html#.W5ewAOgzaM8>.

⁵ Si vedano a tal proposito i report: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806edf35>; https://italy.iom.int/sites/default/files/news-documentsRAPPORTO_OIM_Vittime_di_tratta_0.pdf.

⁶ La Legge Regionale n.31/2015, all'art. 21, recita: "1. In attuazione della normativa in materia di tutela della salute, la Regione garantisce ai cittadini stranieri regolarmente presenti nel territorio regionale i servizi sanitari in condizioni di parità di trattamento e di piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani, in conformità all'articolo 34 del decreto legislativo 286/1998 e sulla base degli accordi Stato-Regioni".

⁷ Il sito dell'Istituto Superiore di Sanità raccoglie i principali dossier statistici riguardanti la presa in carico sanitaria dei cittadini stranieri in Italia: <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/DocumentazioneItalia.asp>.

⁸ L'Asgi ha spesso documentato varie negligenze e abusi, specie rispetto alla presa in carico dei soggetti irregolarmente soggiornanti e dei loro figli: <https://www.asgi.it/ingresso-soggiorno/illegittimo-negare-cure-mediche-essenziali-persona-privata-permesso-soggiorno/>; <https://www.asgi.it/asilo-e-protezione-internazionale/discriminatorio-chiedere-un-certificato-medico-presentare-la-richiesta-asilo/>; <https://www.asgi.it/lavoro-dirittisociali/il-divieto-di-segnalazione-dello-straniero-in-condizioni-di-irregolarita-di-soggiorno-che-accede-ai-servizi-sanitari-alla-luce-delle-nuove-disposizioni-del-cosiddetto-pacchetto-sicurezza/>.

⁹ Si veda il report del 9/01/2018 del Servizio Centrale Sprar al link: <http://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/03/Dossier-TUTELA-DELLA-SALUTE-2018.pdf>.

¹⁰ Cfr. il documento al link: http://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/Legislazione.pdf.

cratiche, tempi d'attesa dilatati, uso da parte del personale sanitario di tecnicismi linguistici inaccessibili, cui si sommano, nel caso dei cittadini stranieri, episodi di razzismo istituzionale che aumenta la sfiducia nell'approcciarsi ai servizi. A partire da questi elementi, si cercherà di mettere in luce la discrepanza tra le possibilità di accesso formali e l'accesso sostanziale, chiedendosi quale possa essere, nel caso delle donne straniere, la traiettoria compiuta per accedervi e quali gli strumenti di orientamento a loro disposizione.

2.2. I servizi dedicati alla salute riproduttiva delle donne migranti e native sul territorio triestino

La rete territoriale dei servizi sanitari di Trieste è organizzata già dagli anni '90 in un sistema distrettuale, in forza della Legge Regionale n.12/1994 che ridisegnava la struttura operativa dei servizi sanitari regionali in Distretti. Successivamente, con la L. Regionale 23/2004, si affidavano agli enti locali, sia pubblici che del privato sociale, competenze maggiori al fine di fornire risposte integrate ai bisogni della popolazione¹¹.

Secondo questa logica, nonostante le più recenti riforme e revisioni di spesa¹² dal 1996 l'area triestina è suddivisa in quattro Distretti territoriali, ognuno comprendente più rioni e circoscrizioni. Ogni Distretto è riferimento per circa 60 mila abitanti e su ciascuno è presente un consultorio familiare¹³.

Per quanto riguarda le specificità connesse alla presa in carico sanitaria della popolazione straniera, con l'aumentare dei flussi migratori, ovvero a partire dal periodo dei conflitti nella vicina area Balcanica fino a oggi, il dibattito all'interno delle istituzioni ha portato alla costituzione dal 2000 di un tavolo regionale di confronto. In conseguenza a ciò, si è arrivati alla creazione di un Osservatorio Regionale per la Salute dei Migranti, cercando quindi di lavorare al fine di rimuovere gli ostacoli di fruizione dei servizi sanitari da parte dell'utenza straniera, creando più prossimità tra l'utenza e il personale sanitario sul territorio, nella collaborazione con gli enti del privato sociale presenti. Come riportato da Giannoni (2012, 87), con esso inoltre v'è la finalità di «realizzare un progetto specificatamente mirato alla tutela e promozione della salute della donna e del bambino, con una particolare attenzione ai problemi della prostituzione, della marginalità e dello sfruttamento della donna immigrata e ad alcune problematiche più strettamente sanitarie

¹¹ Per una breve panoramica dell'evoluzione storica della struttura organizzativa dei servizi del territorio, si veda: <https://www.cardfvg.com/assodis>.

¹² Si veda: <http://ilpiccolo.gelocal.it/trieste/cronaca/2014/07/17/news/la-riforma-della-sanita-taglia-i-distretti-1.9611159>.

¹³ Per un quadro complessivo della distribuzione dei consultori territoriali si veda: http://www.asuits.sanita.fvg.it/it/_materiale_informativo/interruzione_volontaria_gravidanza.html.

quali quelle relative a IVG¹⁴ e MTS»¹⁵. Per quanto riguarda inoltre specifiche problematiche connesse alla salute riproduttiva, l'Ospedale Materno-Infantile Burlo Garofolo ha attivato un servizio dedicato alle Mutilazioni genitali femminili che comprende lo sviluppo di una «rete di contatti con strutture sanitarie ostetrico-ginecologiche operanti nell'area regionale e con le Associazioni che operano a livello regionale, i cui interessi sono congrui con lo scopo del presente progetto e provvederà al monitoraggio in ambito regionale della entità del fenomeno delle MGF e delle patologie correlate (HIV)»¹⁶.

Oltre all'Ospedale Materno-Infantile, alle altre strutture comprese nella rete ospedaliera cittadina e alla rete dei Consultori pubblici, sono presenti sul territorio diversi altri soggetti, afferenti al privato sociale, che possono fungere da ponte nell'informare le donne sulle strutture e i servizi a disposizione.

Rimanendo in ambito pubblico, come emerso da un'intervista a un'operatrice specializzata in assistenza all'allattamento, gli ambulatori pediatrici sono luoghi che possono svolgere un'importante funzione di orientamento alle molte madri migranti che vi si rivolgono. La stessa questione è riportata da una ginecologa del Consultorio Familiare del Distretto n. 1: ai fini di favorire la fruizione dei servizi, è centrale lavorare insieme alle donne sulla consapevolezza, nell'importanza di una relazione medico-paziente di qualità, fondata sul rispetto e ascolto attivo, e non sulla mera biomedicalizzazione.

Questo tipo d'intervento svolge quindi una funzione che va molto al di là della relazione clinica, presupponendo una presa in carico di carattere olistico, che nel caso dell'ambulatorio pediatrico è mirata non solo alla salute del bambino, ma anche all'ascolto dei bisogni della donna e della famiglia.

L'impatto coi servizi sanitari per le donne migranti è spesso il primo momento di contatto con l'istituzione italiana e per questo si rivela particolarmente importante, specie nelle situazioni a maggior rischio di vulnerabilità¹⁷.

Dal confronto con gli operatori di consultori e ambulatori pediatrici, emerge quindi un dato importante: nella dimensione del presidio territoriale, è possibile instaurare un rapporto diretto e di fiducia, in grado di svolgere un importante fattore protettivo e di orientamento, con risposte di salute efficaci.

¹⁴ Per le donne che facciano un ricorso frequente all'IVG, è previsto, su base regionale, un percorso di orientamento alla pianificazione familiare presso i consultori.

¹⁵ Si veda: <https://www.simmweb.it/gris-friuli-venezia-giulia>.

¹⁶ Si veda: <http://www.burlo.trieste.it/ricerca/mutilazioni-genitali-femminili-donne-immigrate-progetto-formazione-sostegno-integrato-alla-persona>.

¹⁷ L'orientamento e il lavoro sulla consapevolezza si rivelano fondamentali al fine di far emergere particolari situazioni di rischio, sia connesse alla salute sia relative alla situazione familiare della donna. Vi sono molti progetti che lavorano in questa direzione, si vedano ad esempio i progetti "*BEFORE-Best practices to empower women against female genital mutilation, Operating for Rights and legal Efficacy*" e "*WEIP Women Empowerment Integration Participation*" del Centro Antiviolenza Differenza Donna di Roma, <http://www.differenza-donna.org/progetti-internazionali/>.

Sul territorio, oltre alla presenza di questi ambulatori, sono molti gli attori impegnati nel creare reti di supporto alle donne: la Casa internazionale delle donne di Trieste¹⁸ svolge da tempo un lavoro importante per incrementare il benessere, la consapevolezza e la salute delle donne, native e migranti, svolgendo incontri di formazione e informazione su varie tematiche.

Oltre a ciò, il “*Centro Antiviolenza Goap*” è un punto di riferimento per le questioni legate alle problematiche di genere e alla violenza. Per quanto riguarda lo sfruttamento del corpo femminile, sono inoltre attivi il “*Comitato per i Diritti Civili delle prostitute Onlus*”¹⁹, presente sul territorio dal 1984, che prevede al proprio interno dal 1999 il “*Progetto Stella Polare*”, a sostegno delle vittime di tratta²⁰. Quest’ultimo, in collaborazione con i servizi sanitari territoriali e l’“*Osservatorio Regionale per la Salute dei Migranti*”, prevede tra le sue azioni a sostegno della salute delle vittime di tratta l’applicazione dell’Azione 19 del Programma Immigrazione 2017. Esso è inserito nella cornice del programma regionale “*FVG in rete contro la tratta*” che, oltre a implementare interventi per l’emersione e percorsi di protezione sociale ex art.18 TU Immigrazione, prevede una specifica presa in carico sanitaria delle donne intercettate. Gli stessi servizi socio-sanitari, prestando attenzione ad alcuni indicatori condivisi su base internazionale²¹, possono intercettare potenziali vittime presso gli sportelli di ascolto, il pronto soccorso, il consultorio familiare, collaborando nella segnalazione al progetto.

Oltre a ciò, l’associazione per la mediazione linguistico-culturale “*Inter-ethnos*”, oltre a collaborare con i servizi sanitari del territorio, organizza periodicamente incontri con le comunità etnico-nazionali presenti, al fine di ragionare sulle strategie da mettere in atto per ridurre le distanze tra esse e il contesto ospitante. In particolare, nell’ultimo periodo quest’associazione ha organizzato, in partnership con l’associazione culturale “*Benkadi*”²², il progetto “*La Tenda*”, Il Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute Onlus, l’associazione “*L’una e L’altra*”, un incontro aperto alla cittadinanza dal titolo “*Educare alle differenze nel contesto interculturale e interreligioso*”²³.

Per quanto riguarda l’accoglienza delle persone richiedenti asilo e rifugiate, “*ICS – Consorzio italiano di solidarietà*” e “*Caritas*” sono gli enti che organizzano le strutture sul territorio. Gli operatori svolgono all’interno di

¹⁸ In particolare si veda: <http://www.casainternazionaledonnetrieste.org/salute.php>.

¹⁹ Si veda: www.lucciole.org.

²⁰ Per approfondimenti si vedano: <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/FOGLIA3/> e http://autonomielocali.regione.fvg.it/aall/opencms/AALL/Polizia_Locale_e_sicurezza/Formazione/Seminari/allegati/2_Progetto_FVG_in_rete.pdf.

²¹ Si veda: <https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/09/Vittime-di-tratta-Linee-guida-compresso.pdf>.

²² Si veda: <http://benkadi.it/>.

²³ Si veda: <http://www.casainternazionaledonnetrieste.org/private/downloadfile.php?fileId=480>.

esse, specie nei casi più vulnerabili, accompagnamenti ai servizi sanitari. Caritas ha inoltre uno sportello immigrazione²⁴, aperto a tutta la popolazione straniera, che orienta su molteplici aspetti e bisogni sociali.

Tutte queste realtà presenti sul territorio, sono attori importanti poiché costituiscono un collante tra utenza e servizi, potendo diffondere strumenti e sensibilizzare la popolazione sull'offerta esistente. In ogni distretto della città inoltre sono presenti dal 2005 le Microaree, un progetto che coinvolge enti pubblici e privati intervenendo su 5 settori determinanti per la salute: la sanità, l'educazione, l'habitat, il lavoro e la democrazia locale.

L'intento di questo progetto è quello di «favorire la partecipazione attiva dei cittadini per produrre benessere. Le Microaree costituiscono un osservatorio del territorio, un punto di raccolta di bisogni e necessità, un laboratorio per la ricerca di possibili soluzioni»²⁵. In alcuni quartieri della città, particolarmente complessi dal punto di vista socio-economico, questi interventi si rivelano quindi fondamentali per intercettare bisogni sociali e sanitari specifici, e per evitare l'isolamento dei soggetti più fragili.

Questi elementi di contesto possono chiarificare circa lo scenario entro cui le donne straniere si trovano ad agire nell'accedere ai servizi sanitari triestini. L'offerta del territorio presenta potenzialità e vari esempi di buone prassi. Tuttavia, come si descriverà nel prossimo paragrafo, questi elementi talvolta non bastano a garantire un accesso ottimale ai servizi: di seguito, a partire dai dati raccolti dal questionario e dalle interviste agli operatori, si proverà a evidenziare i punti su cui ancora ci sarebbe bisogno d'intervenire.

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

Nel campione analizzato dal progetto 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: 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 2016²⁶, per le donne straniere intercettate dal servizio il motivo più

²⁴ Si veda: <https://www.caritastrieste.it/immigrazione/>.

²⁵ Si veda: http://www.asuuts.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/direzione_sanitaria/dat_dipartimento_assistenza_territoriale/distretto_3/microaree/struttura.html.

²⁶ Si veda: https://www.regione.fvg.it/rafvig/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/01122016_Rapporto_Immigrazione_2016.pdf.

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 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 a 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 Translator. 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, 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. È 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 a 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 a 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 e 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, appartenenti 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;
- io porto il velo e mi guardano male;
- dipende sempre da chi incontri ti trattano in modo diverso;
- sentita discriminata perché Nera;

- sono stata discriminata soprattutto al lavoro;
- a Trieste la maggioranza è razzista;
- gli altri sanno che siamo stranieri e fanno tutto diverso;
- i colleghi di lavoro mi trattano male;
- in certi uffici pubblici sento di essere trattata in modo diverso;
- problemi con i vicini di casa, non volevano stranieri;
- soprattutto per la lingua;
- 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 a Trieste da Romito *et al.* (2011), è importante tenere in considerazione questo tipo di percezioni quando si guarda ad alcune patologie, complicazioni cliniche e cronicità presenti nella popolazione straniera (Karlsen e Nazroo, 2002; Krieger, 2003).

Per dirla con Romito *et al.* (2011, pp. 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, 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 a 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 Gri G.P. (cur.), *Esperienze di mediazione*, Forum, Udine.
- IDOS (2017), *Dossier Statistico Immigrazione 2017*, Centro Studi e Ricerche Idos/Immigrazione, 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*, «Sociological Theory», n. 28.
- Cozzi D. (cur.) (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.
- Donato K.M., Enriquez L.E., Llewellyn C. (2017), *Frozen and stalled? Gender and migration scholarship in the 21st Century*, «American Behavioral Scientist», 61: 10.
- Giannoni M. (cur.) (2012), *Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane*, FrancoAngeli, Milano.
- Decimo F. (2005), *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, il Mulino, Bologna.
- Ehrenreich B., Hochschild A.R. (cur.) (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 [<http://cmd.princeton.edu/paper/wp0502f.pdf>].
- Hondagneu-Sotelo P. (2013), “New direction in gender and immigration research”, in Gold S.J. and Nawyn S. (eds.), *The Routledge international handbook of migration studies*, Routledge, New York.
- 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.
- 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.
- 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 Univ. Press, Stanford.
- Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L. (cur.) (2017), *Lo stato di salute della popolazione immigrata*, «Epidemiologia preventiva», 41: 3-4, Suppl. 1.
- 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* [http://www.regione.fvg.it/rafvg/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/2017CITTADINI_STRANIERI_IN_FVG.PDF].
- Romito P., Creazzo G., Paci D., Pipitone E. (2011), “Racism, violence and health: the living experience of immigrant women in an Italian city”, in Thiara, R.K., Condon S.A., Schrottle M. (eds.), *Violence against women and ethnicity: Commonalities and differences across Europe*, Barbara Budrich, Berlino.
- Romito P. (2016), *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, FrancoAngeli, 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.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Il volume raccoglie le esperienze interdisciplinari di ricercatori ed esperti che hanno partecipato al progetto europeo Interreg Italia-Slovenia "INTEGRA - Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva".

Il lavoro ha esplorato un tema poco osservato negli studi del fenomeno migratorio, la tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti che provengono da culture con una forte impronta patriarcale.

La permanenza dei rapporti diseguali fra i sessi, il mantenimento di pratiche tradizionali nocive alla salute e i matrimoni combinati sono tutti fenomeni che portano a nuove sfide e implicano politiche adeguate per l'integrazione sociale. Si impone dunque una riflessione sulle diverse realtà di convivenza, sul funzionamento dei servizi socio-sanitari e sulla cooperazione fra i paesi per la condivisione delle buone pratiche.

L'intento principale è di offrire strumenti teorici e metodologici per l'analisi dei fenomeni migratori partendo dai bisogni di salute delle donne per svelare il mondo della complessità sociale.

Giovanni Delli Zotti è professore ordinario di Sociologia presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste. È docente di corsi di Metodologia e tecniche della ricerca sociale e di Sociologia. Ha coordinato gruppi di ricerca in alcuni progetti europei (Children's Voices, Eduka, EUth) ed è stato recentemente coordinatore scientifico del progetto INTEGRA. Ha al suo attivo pubblicazioni nel campo della metodologia della ricerca sociale e su valori, giovani e studenti, salute e società. Tra i lavori recenti: *Tecniche grafiche di analisi e rappresentazione dei dati* (2010), *Children's voices. Etnicità e bullismo nella scuola* (2014) e *Working on Epidemiological Data: Problems Encountered and Lessons Learned* (2019).

Ornella Urpis è abilitata al ruolo di professore associato in Sociologia generale ed è titolare di un contratto d'opera per la ricerca presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste. Ha collaborato con le Aziende sanitarie e con l'ospedale Burlo Garofolo per i programmi di formazione e di ricerca sulle mutilazioni dei genitali femminili e sulla violenza di genere. Fra le recenti pubblicazioni: *Sexual and Reproductive Health as an Indicator of Social Integration in Migrant Communities* (2019); *Le voci degli operatori socio sanitari, l'ascolto delle comunità straniere e dei mediatori culturali* (2018); *La diversità culturale nelle società complesse e le nuove strategie di integrazione* (2018).