

Monica Dotti
Simona Luci

DONNE IN CAMMINO

Salute e percorsi di cura
di donne immigrate

POLITICHE MIGRATORIE - RICERCHE



FrancoAngeli

Collana Politiche Migratorie
Coordinata da Mara Tognetti Bordogna

La presenza di prime, seconde e terze generazioni, nonché l'incremento delle famiglie della migrazione nel nostro contesto richiedono, ormai in modo innegabile anche per il profano, di delineare politiche migratorie precise.

La consistenza e la complessità dei flussi migratori verso il nostro paese, il loro grado di stabilizzazione, comportano scelte, da parte dei decisori pubblici, coerenti con le caratteristiche e le specificità dei flussi, capaci di coniugare esigenze e modelli culturali assai articolati.

Al fine di delineare percorsi di cittadinanza coerenti alle specificità dei diversi flussi e quindi dei diversi soggetti e famiglie che si orientano verso il nostro paese, anche in forma stabile, sono sempre più necessarie conoscenze, competenze, modelli e metodi d'intervento capaci di cogliere le dinamicità ma anche gli elementi di continuità dei flussi migratori, di andare oltre le superficiali descrizioni della realtà migratoria fatta dai mass media, o da "studiosi dell'emergenza".

La collana "Politiche migratorie" oltre a costituire un utile strumento conoscitivo intende diventare un ambito scientifico in cui fare confluire esperienze, modelli di *buone pratiche*, affinché il decisore pubblico e lo studioso di politiche sociali, l'operatore dei servizi alla persona, possano disporre di strumenti scientifici validati nella prassi, utili per delineare politiche coerenti con una società dinamica e culturalmente variegata.

La collana pensata per studiosi, decisori, operatori si prefigge di mettere a disposizione materiali di diversa natura (teorizzazioni, ricerche, studi di casi) affinché il dibattito scientifico e l'operatività possa disporre di materiali tali da contribuire a far fare un salto alle politiche migratorie, passando così da una dimensione ancora troppo eclettica a una dimensione in cui l'innovazione e la scientificità siano punti essenziali.

Comitato scientifico della collana

Maurizio Ambrosini, Università degli Studi di Milano; *Giancarlo Blangiardo*, Università di Milano-Bicocca; *Paolo Bonetti*, Università di Milano-Bicocca; *Vincenzo Cesareo*, Università Cattolica-ISMU; *Virginio Colmegna*, Casa della Carità; *Antonio de Lillo*, Università di Milano-Bicocca; *Duccio Demetrio*, Università di Milano-Bicocca; *Graziella Favaro*, Cooperativa Farsi Prossimo; *Alberto Giasanti*, Università di Milano-Bicocca; *Enzo Mingione*, Università di Milano-Bicocca; *Vaifra Palanca*, Ministero della Salute; *Fabio Perocco*, Università Ca' Foscari di Venezia; *Emilio Reyneri*, Università di Milano-Bicocca; *Mara Tognetti*, Università di Milano-Bicocca, coordinatore della collana.

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.

Monica Dotti
Simona Luci

DONNE IN CAMMINO

Salute e percorsi di cura
di donne immigrate

FrancoAngeli

Si ringrazia l'Azienda USL di Modena, la Regione Emilia Romagna ed in particolare la Dott.ssa S. Borsari e la Dott.ssa F. Novaco che hanno permesso la realizzazione del progetto Demetra, i responsabili e i professionisti dei consultori familiari coinvolti e tutti coloro che hanno contribuito alla ricerca. Un ringraziamento speciale è rivolto alla Cooperativa Integra e alle mediatrici linguistico-culturali per la preziosa ed intensa collaborazione.

copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

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 specificate nel sito www.francoangeli.it

Indice

Introduzione	pag. 8
1. Migrazione e salute al femminile	» 13
1.1. La salute dei cittadini migranti	» 13
1.2. La migrazione al femminile	» 19
1.3. Il ruolo della mediazione linguistico-culturale	» 24
1.4. I vissuti della salute	» 27
2. Metodologia della ricerca e narrazione	» 30
2.1. La narrazione tra storie di vita e di salute	» 30
2.2. L'intervista	» 31
2.3. Il focus group	» 32
2.4. Le tematiche esplorate	» 36
3. Le donne africane di lingua inglese	» 38
3.1. Ghana e Nigeria tra storia e cultura	» 38
3.1.1. Ghana	» 38
3.1.2. Nigeria	» 40
3.2. Le religioni tradizionali africane	» 43
3.3. Il sistema sanitario e la medicina tradizionale	» 48
3.4. Il ruolo della donna	» 52
3.5. L'intervista alla mediatrice linguistico-culturale	» 57
3.6. I risultati dei focus group	» 61
4. Le donne del Maghreb	» 66
4.1. Algeria, Marocco, Tunisia tra storia e cultura	» 66
4.1.1. Algeria	» 66
4.1.2. Marocco	» 68
4.1.3. Tunisia	» 69

4.2. La religione islamica	pag. 70
4.3. Il sistema sanitario e la medicina tradizionale	» 73
4.4. Il ruolo della donna	» 77
4.5. L'intervista alla mediatrice linguistico-culturale	» 82
4.6. I risultati dei focus group	» 85
5. Le donne pakistane	» 91
5.1. Pakistan tra storia e cultura	» 91
5.2. Il sistema sanitario e la medicina tradizionale	» 95
5.3. Il ruolo della donna	» 98
5.4. L'intervista alla mediatrice linguistico-culturale	» 100
5.5. I risultati dei focus group	» 103
6. Le donne indiane	» 107
6.1. India tra storia e cultura	» 107
6.2. La religione Sikh	» 111
6.3. Il sistema sanitario e la medicina tradizionale	» 113
6.4. Il ruolo della donna	» 117
6.5. L'intervista alla mediatrice linguistico-culturale	» 120
6.6. I risultati dei focus group	» 124
7. Le donne cinesi	» 128
7.1. Cina tra storia cultura e religione	» 128
7.2. Il sistema sanitario e la medicina tradizionale	» 133
7.3. Il ruolo della donna	» 142
7.4. L'intervista alla mediatrice linguistico-culturale	» 145
7.5. I risultati dei focus group	» 148
8. Le donne dell'Europa dell'Est	» 153
8.1. Romania e Moldavia tra storia cultura e religione	» 153
8.1.1. Moldavia	» 153
8.1.2. Romania	» 155
8.2. Il sistema sanitario e la medicina tradizionale	» 156
8.3. Il ruolo della donna	» 159
8.4. L'intervista alla mediatrice linguistico-culturale	» 160
8.5. I risultati dei focus group	» 165
9. Confronto trasversale sui risultati tra i diversi gruppi culturali	» 168
9.1. Le partecipanti	» 168
9.2. La salute al femminile nel paese di origine	» 171

9.2.1. Il sistema sanitario e la medicina tradizionale	pag. 171
9.2.2. La gravidanza	» 173
9.2.3. Il parto e il puerperio	» 174
9.2.4. La contraccezione	» 176
9.2.5. L'interruzione volontaria di gravidanza	» 178
9.3. Il corpo e i vissuti nell'immigrazione	» 179
9.4. La salute al femminile nel paese di immigrazione	» 182
9.5. I suggerimenti	» 186
Conclusioni	» 188
Bibliografia	» 191

Introduzione

Ogni donna porta con sé la mirra, il cinnamomo, il balsamo; ma mirra cinnamomo e balsamo non sono mai uguali perché ogni donna ha il suo profumo.

Proverbio arabo

Il proverbio mette in luce diversità e similitudini presenti nelle donne. Come si usava dire negli anni '70, esse sono per molti aspetti “acqua nell’acqua”, unite nel profondo da comuni esperienze, di cui la maternità è probabilmente la più rilevante. In essa è presente una consonanza profonda che ha a che fare con il corpo ancor prima che con il pensiero, o meglio con un corpo pensante e un pensiero corporeo¹. Ogni donna, pur avendo in comune con le altre la stessa essenza, lo stesso genere, è unica. Questa unicità la rende diversa dalla propria madre, dalla propria sorella, dalle rappresentanti del proprio gruppo sociale.

Il libro che presentiamo, è stato costruito a partire da un progetto, denominato “Demetra²”, realizzato tra il 2004-2006, nell’ambito di una collaborazione tra il Servizio Salute Donna e il Sistema Qualità dell’Ausl di Modena. Attraverso esso si è inteso rilevare le percezioni delle donne straniere che frequentano i consultori modenesi, stimolando una partecipazione attiva delle stesse³ su tematiche inerenti la salute femminile e sui

1. Vegetti Finzi, introduzione al testo di Chinosi, 2002.

2. Dal nome della dea greca, simbolo della maternità, ma anche dell’anima femminile, mediatrice fra mondi e linguaggi opposti.

3. Si fa riferimento alla Legge regionale dell’Emilia Romagna n. 5/2004, *Norme per l’integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati*, art. 8 e 13:

- art. 8: “La Regione, per promuovere un’effettiva partecipazione del protagonismo dei cittadini stranieri immigrati nella definizione delle politiche pubbliche, favorisce la realizzazione di percorsi a livello locale...”.

- art. 13: “Alle donne immigrate è garantita la parità di trattamento con le cittadine italiane e la tutela sociale ai sensi della legislazione sui consultori familiari, promuovendo e sostenendo servizi socio-sanitari attenti alle differenze culturali... La Regione promuove, anche attraverso le aziende sanitarie, lo sviluppo di interventi

servizi da queste utilizzati. Il fine del lavoro è stato quello di raccogliere e comprendere meglio i loro bisogni, stimolare miglioramenti, progettare interventi e prestazioni anche diverse da quelle erogate.

Attraverso il progetto si è inteso dare voce alle donne⁴, a quelle presenze femminili straniere che stanno diventando sempre più numerose nel nostro paese e all'interno dei servizi pubblici sanitari e non. Il libro è nato dal desiderio di esplorare ed approfondire i contesti di provenienza delle stesse e i diversi significati attribuiti alla salute.

Secondo l'O.M.S, dalle donne dipende lo stato di salute delle famiglie, pertanto il loro benessere richiede un'attenzione particolare anche per l'importante ruolo di promozione e tutela svolto nei riguardi della salute delle altre persone.

La donna straniera fa spesso da cerniera tra un passato ricco di tradizioni, storia e cultura e un presente carico di incertezze, provvisorietà e prospettive diverse, con accanto un uomo che si trova solitamente al di fuori dal proprio ruolo tradizionale, con un'identità da ricostruire. Un'identità in cammino, pare essere quella degli uomini e delle donne immigrati, spesso sospesa tra una cultura di origine lasciata alle spalle ed una diversa, alla quale non sentono ancora di appartenere, caratterizzata da una "doppia assenza" (Sayad, 2002).

La donna straniera ha anche un corpo spesso in mutamento, perché con l'immigrazione cambiano i climi, si modificano gli stili di vita, i valori ad esso attribuiti. Talvolta è posta tra una cultura di origine che spesso fa coincidere l'essere donna con la fertilità e ne valorizza la sua capacità riproduttiva e la cultura del paese ospitante, in cui le esigenze di vita richiedono spesso un corpo che lavori e pertanto ne valorizza la produttività.

La donna immigrata è spesso privata del contenimento di una rete femminile, soprattutto di tipo familiare, che caratterizzava la sua comunità di appartenenza e la sosteneva negli eventi della vita.

Di frequente, nel paese di immigrazione, il parto e la maternità sono vissuti in solitudine e diventano eventi problematici a causa di parti ravvicinati, nascite pre-termine, interruzioni volontarie di gravidanza, prati-

informativi destinati ai cittadini stranieri immigrati ed attività di mediazione interculturale in campo socio-sanitario, finalizzate ad assicurare gli elementi conoscitivi idonei per facilitare l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari...".

4. I consultori sono nati su pressione di gruppi ed associazioni femminili per rispondere a problematiche psico-socio-sanitarie. Per un approfondimento si rimanda ai testi di Donati, 1980; Ghio, 1978; Cavicchi-Mereu, Viviani, 1976.

che contraccettive non conosciute e non comprese (Merelli, Ruggerini, 2005). Il parto in ospedale e il frequente ricorso al taglio cesareo potrebbero rappresentare spesso una conferma della “medicalizzazione” del nascere.

Se la salute è ritenuta “uno stato di benessere fisico, mentale e sociale⁵”, è opportuno tener presente che il concetto di malattia esprime significati diversi rispetto a chi la subisce, a chi la pratica e al contesto in cui si manifesta. Diverse sono le percezioni della malattia all’interno della stessa cultura e il fenomeno migratorio offre lo spunto per ulteriori interpretazioni.

Con il termine *disease* (Kleinman, 1980) si intende la malattia come realtà oggettiva, misurabile con metodi matematici sperimentali, con la visualizzazione di diversi organi, separati dal contesto culturale; con *illness*, si intende la malattia come esperienza vissuta e percepita dal paziente con la sua cultura, i sentimenti e le emozioni. Con *sickness*, si intende quella derivante dalle percezioni dell’ambiente che circonda il soggetto. Questi differenti significati sussistono all’interno della stessa cultura e possono contribuire a rendere complessa la comunicazione tra operatore e paziente che parlano la stessa lingua; la difficoltà aumenta quando i due attori comunicano con due lingue diverse, veicolando una pluralità di modelli di significato attribuibili alla malattia e al corpo.

È importante ricordare, come affermava Max Weber (1958), che il significato che le cose hanno per gli uomini è interamente frutto delle interpretazioni che danno alle esperienze che vivono e il mondo cambia quando cambia l’interpretazione. Nel rapporto con le culture altre, in sanità, è necessario confrontarsi con i diversi significati attribuiti alla malattia e alla cura, in un atteggiamento di ascolto e rispetto che permetta di valorizzare le differenze. È utile interrogarsi sul come rapportarsi con questi significati, evitando il duplice rischio di ricondurli ad un orizzonte conosciuto o etnocentrico (il sistema valoriale, relazionale, il lessico sanitario, psicologico, la relazione tra corpo e mente, tra terapia e suggestione) e quello, non meno insidioso, di lasciarli come tali entro categorie in traducibili o inaccessibili. Non si può prescindere dal conoscere e dall’esplorare queste categorie ed in parte appropriarsene, ricercare anche un intreccio tra punti di vista (Beneduce, 2003) per creare un vero e proprio dialogo tra le culture e le persone.

5. WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, 7-21 Novembre 1986.

Attraverso questa indagine si è cercato di far luce su alcuni di questi significati, veicolati dai racconti delle donne incontrate in uno spazio di non giudizio e di rispetto delle differenze. Nel primo capitolo si è cercato di mettere in rilievo come la definizione di ciò che è salute e malattia sia profondamente legata ai diversi significati che gli individui ed i gruppi sociali attribuiscono a particolari accadimenti del corpo e come ogni cultura abbia uno specifico linguaggio legato allo “star male”.

Ogni malattia o problematica sanitaria sembra esigere un’interpretazione che vada al di là del corpo individuale e dell’eziologia specifica.

Spesso per le persone migranti l’accesso ai servizi sanitari è ostacolata da una serie di barriere ed indubbiamente quelle linguistiche sembrano rappresentare un limite rilevante.

La mediazione linguistico-culturale può essere un’utile risorsa da mettere in atto, quando, accanto all’intervento di traduzione, riesce a far comprendere il significato sotteso alle parole, apre le porte al senso che la problematica portata ha per la persona immigrata che accede ad un servizio e per il “mondo” a cui essa appartiene.

La mediazione linguistico-culturale in sanità, quale prodotto di un serio percorso formativo, è importante per diversi motivi, tra i quali favorire la *compliance* alle cure ed evitare l’accadere di eventi avversi che possono determinare rischi per la salute, o la sicurezza dei pazienti.

Le donne, sia come protagoniste, “apripiste”, co-protagoniste o subalterne di un progetto migratorio, svolgono un ruolo determinante nelle famiglie, nella cura dei congiunti e verso sé stesse.

Quelle incontrate hanno raccontato i propri vissuti riguardo ai loro percorsi migratori, ma soprattutto rispetto al modo di vivere “la salute” nel paese d’origine e nel nostro.

Le loro narrazioni sono importanti non solo per riportare o riferire esperienze ed eventi del passato e del presente, ma anche per offrire la possibilità di proiettarsi nel futuro, ed iniziare ad immaginare una condizione di “ben-essere” con sé stesse, con i loro nuclei familiari, con il contesto che le accoglie.

Nel secondo capitolo si è cercato di evidenziare come il raccontare offra la possibilità di esprimere e di rendere noto a sé stessi e agli altri quel sapere sul mondo oltre che su di sé, che ognuno custodisce dentro, un sapere alle volte ancora implicito, inespreso. Un raccontare che è connotato temporaneamente ed è connesso con una “trama” ed un finale.

Le storie di queste donne sono state raccolte attraverso l'impiego di due tecniche utilizzate nella ricerca sociale: le interviste (alle mediatrici culturali) e i focus group (alle utenti straniere dei consultori).

Attraverso quest'ultima tecnica sono stati esplorati i temi connessi alla salute al femminile nei paesi di provenienza e nel nuovo contesto di vita (bisogni, attori, emozioni, strumenti e luoghi di cura), al corpo e ai suoi vissuti nell'immigrazione, raccogliendo anche i suggerimenti espressi per migliorare le attività consultoriali.

Nel terzo capitolo viene presentato un approfondimento sul contesto storico-culturale del Ghana e della Nigeria, paesi d'origine delle donne dell'Africa sub-sahariana incontrate nei focus group.

Si è desiderato offrire una cornice di riferimento sulle visioni più diffuse nei contesti di provenienza, sulla vita e la morte, sulla spiritualità, sulla salute e sul sistema di cura, sulla famiglia e sul ruolo della donna, sulla contraccezione e sulla pianificazione familiare.

Questa cornice ha il compito di contestualizzare le affermazioni delle donne incontrate, connettendole allo specifico sistema culturale e valoriale.

A questo obiettivo intende ricongiungersi anche l'intervista realizzata prima dei focus con ogni mediatrice, anch'essa donna proiettata verso uno proprio cammino entro il quale tentare di definirsi come persona e come professionista.

Nel quarto capitolo un lavoro analogo è stato svolto nei riguardi delle donne provenienti dal Maghreb (Algeria, Marocco e Tunisia), nel quinto relativamente a quelle del Pakistan, nel sesto a quelle dell'India, nel settimo alle cinesi ed infine nell'ottavo alle donne provenienti dall'Europa dell'Est (Romania e Moldavia).

Nel nono capitolo viene riportato un confronto trasversale relativo ai risultati emersi tra i diversi gruppi culturali incontrati.

1. Migrazione e salute al femminile

Mi emoziona poter valutare ogni nuova persona che incontro come un ulteriore patrimonio che la vita mi offre. Ogni estraneo è la parte sconosciuta di noi che il destino ci offre. Ogni incontro è portatore di mistero.

Silvano Agosti

1.1. La salute dei cittadini migranti

Il ruolo della cultura¹ sembra essere fondamentale per decifrare i bisogni di cura delle persone e per produrre risposte efficaci.

L'uomo è un essere culturale, per cui “non esiste l'uomo nudo” (Nathan, 1996a). La cultura rappresenta “la pelle dell'apparato psichico” e può essere considerata un “contenitore” che rende possibile il funzionamento mentale delle persone.

La cultura è un'entità dinamica, in continua trasformazione, che lavora gli umani e da essi ne è lavorata (Coppo, 1996).

La definizione di ciò che è salute e malattia è legata ai diversi significati che gli individui e i gruppi sociali attribuiscono a particolari accadimenti del corpo, alla luce delle trasformazioni storico-sociali che essi attraversano ed è sicuramente influenzata dal proprio modo di pensarsi nel mondo. In particolare, la rappresentazione della malattia appare strettamente, ma non deterministicamente correlata, all'immagine di uomo elaborata all'interno di ogni società (Kleinman, 1980).

Ciò significa che ogni cultura struttura un linguaggio specifico del soffrire, un modo “normale”, ossia normato dello “star male”, per favorire il riconoscimento del proprio malessere ed il dispiegamento dei dispositivi tecnici definiti comunemente come “cure”.

1. La cultura è quell'insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo come membro di una società (Tylor, 1871, in Rossi, 1970).

Parlare della malattia come di una rappresentazione culturalmente codificata del “male”, permette di spostare il *locus* abituale del malessere dal corpo alla società, dall’organico al sociale, dal somatico al culturale: la malattia, quindi, non si presenta più solo come un’affezione corporea dell’individuo, ma diviene un vero e proprio *fatto sociale globale* (Lanternari, 1994)². Anche se il paradigma biomedico occidentale³ interpreta spesso le malattie come un evento assoluto, oggettivo, universalmente definito e immutabile, è pur vero che ogni cultura ha le sue malattie, che non possono essere considerate forme “pure”.

In quasi tutte le società, la malattia si radica in quello che si definisce *pathos-storia* del singolo o del gruppo. Ogni malattia può essere anche considerata una sorta di metafora, che a partire dal corpo individuale, si estende alla società e al rapporto fra l’individuo ed il suo mondo.

Ogni malattia “esige sempre un’interpretazione che va al di là del corpo individuale e dell’eziologia specifica” (Herzlich, 1986, 188), che si esprime all’interno di una società definita, della quale parla indirettamente.

Tre tipi di osservazioni possono essere importanti per sottolineare le precedenti affermazioni:

- 1) *ogni malattia ha forme che variano nel tempo, a seconda delle epoche, delle società, delle condizioni di vita*; non solo cambiano le definizioni all’interno della comunità scientifica, ma le stesse patologie si modificano anche con il mutare del modo di vivere delle popolazioni;
- 2) *ogni malattia coinvolge l’individuo, ma anche tutto il suo ambiente*; essa è un fatto sociale, poiché l’infermità del singolo gli impedisce l’esecuzione dei compiti abituali nella comunità e perché la pa-

2. L’antropologo francese Augé sottolinea il paradosso “costituito dal fatto che la malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi. Ognuno di noi la sperimenta direttamente dentro di sé e può morirne. [...] Eppure, tutto in essa è allo stesso tempo sociale, non solo perché un certo numero di istituzioni si fanno carico delle diverse fasi della sua evoluzione, ma anche perché gli schemi di pensiero che permettono di individuarla, di darle un nome e di curarla, sono eminentemente sociali: pensare alla propria malattia significa fare già riferimento agli altri” (Augé, 1986, 34).

3. Laplantine (1992) ha messo in evidenza come la modalità occidentale di considerare il malessere come assoluto e oggettivo, quasi un elemento naturale, sia talmente introiettato al punto che non viene concepito più come sistema di rappresentazione possibile, ma come realtà, ed è penoso per gli occidentali persino immaginare che potrebbe esistere un altro.

tologia che si rende evidente attraverso il malato, diventa una minaccia potenziale per tutto il contesto in cui si manifesta⁴;

- 3) *la definizione di malattia e le pratiche che ne derivano sono socialmente e culturalmente determinate*; ogni società assegna un significato all'evento destrutturante, interpretandolo in base alle chiavi di lettura presenti nella propria realtà che è divenuta tale nel corso della storia.

Ogni sistema medico, pertanto, non può prescindere dal più complessivo sistema culturale in cui è collocato. La malattia può essere una punizione per un rituale non rispettato in Senegal (Coppo, 1994), il risultato della contaminazione ad opera di un genio perverso abitante di luoghi impuri (stagni, paludi, pozzi...), che si impossessa del corpo del malato e ne determina le azioni in Marocco (Aouattah, 1993), può altresì essere visto come il risultato di un'infezione batterica, alla quale bisogna rispondere, secondo i parametri della tecnologia medica occidentale.

Il bisogno di salute non può definirsi in maniera universale.

Nella *Carta di Ottawa*⁵ è stata sottolineata la rilevanza della *promozione della salute* come processo teso a sviluppare il controllo delle persone su sé stesse e a migliorarlo, favorendo così un comportamento proattivo e non solo reattivo. I soggetti, in tal modo, diventano protagonisti della propria salute, secondo il principio per cui ogni individuo è *il principale curatore* della propria vita e *il centro della propria salute*.

Quanto è stato finora affermato evidenzia la complessità insita nell'occuparsi della salute dei cittadini migranti.

Gli stranieri in Italia provengono da quasi 190 paesi diversi e rappresentano tutti i continenti. In un contesto sempre più interculturale, appare necessario riflettere sulla complessità richiesta alla prassi medica e al sistema di cura.

È importante avere la consapevolezza che attraverso i percorsi attivati, entrano in gioco aspetti scientifici e tecnologici, ma anche azioni la cui realizzazione richiede la messa in campo di una necessaria competenza tecnica ed una esperienza clinica che non possono prescindere

4. La malattia può essere interpretata come punizione per un'offesa perpetrata da qualcuno (non sempre il malato) ai valori del gruppo: "infrazioni ai codici di comportamento morale, sociale o rituale; violazioni di tabù, errori di comportamento, contaminazioni" (Lanternari, 1994, 192).

5. WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, 7-21 Novembre 1986.

da una visione soggettiva e culturale e da una significativa comunicazione medico/paziente (Gadamer, 1994).

Attualmente le persone straniere regolarmente presenti in Italia con un permesso di media e lunga durata devono (è un diritto/dovere) essere iscritte al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Anche coloro che sono presenti temporaneamente, sebbene in condizione di irregolarità giuridica, hanno garantite le prestazioni urgenti, essenziali, continuative e preventive, in una logica di tutela del singolo che diventa tutela della collettività.

Tuttavia, la trasformazione del diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge, in diritto reale (fruibilità delle prestazioni), non appare così immediata. L'accesso ai servizi socio-sanitari sembra condizionato da alcune variabili che possono essere riassunte in tre punti (Geraci, Maisano, Mazzetti, 2005):

1. *la sussistenza del diritto all'accesso*⁶: l'esistenza del diritto giuridicamente inteso all'accesso ai servizi sociosanitari, è funzione della normativa vigente, che riguarda sia leggi che altri provvedimenti di tipo sanitario in generale, sia norme e disposizioni specifiche sull'immigrazione di carattere nazionale, regionale e locale/aziendale;
2. *la consapevolezza di questo diritto*: la semplice vigenza di una normativa che preveda il diritto d'accesso ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale non appare sufficiente; occorre che il possibile beneficiario sia consapevole di questo diritto. Ciò richiama l'importanza di un'efficace informazione nei confronti dell'utenza sul contesto sanitario. A volte gli immigrati non si rivolgono al servizio per paura di ripercussioni giudiziarie, non essendo al corrente che i professionisti non sono tenuti a fare rapporto alle autorità. Spesso le norme che regolano l'assistenza alle persone straniere sono poco conosciute anche da parte degli stessi operatori sanitari.

6. Per quanto riguarda l'assistenza alla donna immigrata, la Legge Regionale dell'Emilia Romagna del 24 Marzo 2004, n. 5, dal titolo "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati" all'art. 13 sancisce: "Alle donne immigrate è garantita la parità di trattamento con le cittadine italiane e la tutela sociale ai sensi della legislazione sui consultori familiari promovendo e sostenendo servizi socio-sanitari attenti alle differenze culturali".

3. *l'effettivo esercizio del diritto*: anche dove le prime due condizioni siano soddisfatte, non si evidenzia automaticamente un effettivo esercizio del diritto, cioè un reale accesso delle persone ai servizi. In generale, l'esercizio del diritto all'accesso è funzione della corrispondenza-congruità tra l'offerta dei servizi e le necessità della persona.

Ad impedire una concatenazione favorevole delle variabili finora evidenziate si possono frapporre una serie di ostacoli di varia natura (Geraci, 2004):

- *barriere giuridico-legali*, che hanno a che fare la sussistenza del diritto all'accesso;
- *barriere economiche*, che rappresentano un possibile ostacolo all'assistibilità delle persone straniere;
- *barriere burocratico-amministrative*, che influenzano l'accesso ai servizi. La complessità della struttura regolamentativa ed amministrativa dei servizi sanitari può essere un inconveniente⁷;
- *barriere organizzative*; ostacoli di questa natura possono derivare, dalla mancanza di flessibilità dei servizi (orari ed accessibilità), o dalla non considerazione dei valori socio-culturali di riferimento del paziente⁸.

Altri ostacoli nella fruibilità dei servizi socio-sanitari e nella trasformazione del bisogno di salute in domanda di cura, possono riguardare gli aspetti linguistici, comunicativi, interpretativi e comportamentali (Geraci, 2004).

L'acquisizione di un sufficiente apprendimento linguistico richiede sempre un certo periodo di tempo, ma una volta anche appresa la lingua del paese d'immigrazione, essa viene spesso utilizzata dalle persone immigrate nei suoi aspetti strumentali, privata delle sfumature semantiche che la connotano nelle sue peculiarità.

7. Le procedure per la presa in carico degli stranieri possono richiedere una serie di passaggi burocratici che gli immigrati non arrivano spesso a conoscere, a capire, o a portare a termine (Geraci, 2004).

8. Ne è un esempio il cibo proposto ai degenti durante l'ospedalizzazione. I cinesi, ad esempio, sembrano attribuire agli alimenti una valenza di "caldo" e "freddo", per cui ne è consigliata l'assunzione in certi momenti e non in altri; i musulmani, durante il Ramadan, praticano il digiuno diurno; i *sikh* battezzati sono vegetariani.

Non sempre nella lingua di appartenenza e in quella di apprendimento vi è una sovrapposibilità semantica nella percezione e nella descrizione della problematica sanitaria (*illness*).

È possibile individuare almeno cinque livelli di confusione nel campo della comunicazione relativi ai seguenti ambiti (Morrone, 1996):

- 1) *pre-linguistico*, a causa delle difficoltà di interpretazione dovute all'incapacità della funzione linguistica di avere un valore denotativo di per sé e non arbitrario;
- 2) *linguistico*, poiché evidenzia almeno due tipi di difficoltà: la prima è che il paziente a volte cerca di parlare una lingua intermedia (inglese o francese) che egli stesso spesso non comprende e/o non utilizza in modo appropriato, così come accade talvolta al professionista sanitario. La seconda difficoltà è invece legata all'arbitrarietà dei valori e dei significati, in quanto i lessici linguistici non sempre si sovrappongono⁹;
- 3) *metalinguistica*, legato alla diversità di percezione dei valori e dei simboli. Per esempio, nella cultura degli immigrati e nella nostra, il cancro e l'AIDS possono non avere avere lo stesso significato di timore sociale diffuso e di spettro di morte assegnato invece nel nostro contesto;
- 4) *culturale*, per le differenze attribuite ai costumi antropologici che coinvolgono anche il significato della malattia;
- 5) *ideologico*, legato alle differenze insite nei valori esistenziali, filosofici e religiosi. È il livello in cui le persone collocano, non sempre in modo cosciente, la propria visione della vita.

9. Ad esempio, in somalo, "kili" significa "reni", ma con lo stesso termine si è soliti anche identificare l'area addominale antero-laterale. In italiano, con il termine "reni" ci si riferisce all'area dorsale latero-rachidea. Quando un italiano afferma che ha mal di reni, intende comunemente riferire che ha un dolore nell'area lombare, quando lo afferma una persona somala, può stare anche ad indicare un dolore nella regione del colon ascendente o discendente (Morrone, 1996).

1.2. La migrazione al femminile

Per permettere una progettualità, un senso del sé, un futuro tollerabile, la separazione dal contesto d'origine dovrebbe trovare un senso nel contesto d'arrivo e questo riconnettersi a quello di partenza (Losi, 2000).

Lo straniero dovrebbe poter interpretare la nuova realtà costantemente, senza dover affidarsi ad un modello standardizzato comune a tutti, o automatizzato. La migrazione è “un atto complesso, ambiguo, profondamente umano” (Moro, De La Noe, Mouchenik, 2004, 305), spesso i motivi della migrazione sono ambivalenti: è presente contemporaneamente un desiderio di partire e il timore di lasciare i familiari ed il mondo conosciuto.

Non è semplice comprenderne tutti gli aspetti: chi intende studiare il fenomeno migratorio si pone nella condizione di colpire un bersaglio in movimento (Pugliese, 1990).

Il progetto migratorio ed in particolare quello femminile si può caratterizzare come (Mariti, 2003):

- *un progetto subito*, quando la migrazione è demandata esplicitamente al coniuge;
- *un progetto indefinito*, solitamente riferito ai primi tempi della migrazione;
- *un progetto breve*, della durata massima di un triennio;
- *un progetto lungo*, che si dilata nel tempo;
- *un progetto di installazione*, quando si manifesta la volontà di stabilità;
- *un progetto di ritorno*, nel caso in cui sia previsto il rientro nel paese di provenienza nel più breve tempo possibile.

Il progetto, comunque, è soggetto a variazioni ed aggiustamenti nel corso del suo procedere, le speranze talora si trasformano in certezze o delusioni, la chiarezza originale degli obiettivi sfuma o si modifica.

Per quanto riguarda i flussi femminili, si possono individuare almeno tre ordini di *pull factors* (Mariti, 2003): il lavoro domestico, il ricongiungimento familiare¹⁰ ed i matrimoni misti. Anche questi profili sono fles-

10. “(...) Il flusso di donne che recide i vincoli con la cultura originaria per riunirsi al coniuge rappresenta un fenomeno che si aggira attorno al 50% del totale delle presenze, laddove il ricongiungimento ad opera dei soggetti maschili incide circa per il 10,1%.” (Mariti, 2003, 60).