

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Facoltà di Sociologia

Corso di Laurea in Sociologia

MATERNITA' E MIGRAZIONE.

PERCORSI DI DONNE DELL'AFRICA SUB-SAHARIANA

RELATORE: Prof.ssa Claudia MATTALUCCI

CORRELATORE: Prof. Fabio QUASSOLI

Tesi di Laurea di
Cecilia GUIDETTI
Matricola 597441

Anno Accademico 2002 – 2003

INDICE

INTRODUZIONE	3
---------------------	----------

CAPITOLO 1. L'IMMIGRAZIONE IN ITALIA

1.1 Storia dell'immigrazione femminile in Italia	7
1.2 La normativa in materia di immigrazione	10
1.3 Tra assimilazione e integrazione: il modello italiano	15
1.4 Dati sull'immigrazione in Italia	20
1.5 Dati sull'immigrazione a Milano	23

CAPITOLO 2. STUDI E RICERCHE SULLE MIGRAZIONI

FEMMINILI

2.1 Il ricongiungimento familiare	32
2.2 Modificazioni nei ruoli di genere	36
2.3 I reticoli sociali	41
2.4 L'identità femminile: trasformazioni e ricostruzione	47
2.5 La costruzione sociale della donna straniera	50
2.6 La maternità	53

CAPITOLO 3. ANALISI DELLE INTERVISTE: LA NASCITA

COME EVENTO CULTURALMENTE CONDIZIONATO

3.1 I soggetti della ricerca	64
3.2 Metodologia della ricerca	68
3.3 L'importanza della maternità	73
3.4 La sterilità	80
3.5 Il gruppo femminile	86

CAPITOLO 4. ANALISI DELLE INTERVISTE: GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO NEI PAESI DI PROVENIENZA

4.1 La nascita come rito di passaggio	94
4.2 L'alimentazione	102
4.3 La cura del corpo	109
4.4 L'imposizione del nome	120
4.5 Il ruolo della famiglia	130
4.6 Logiche meticce	133

CAPITOLO 5. ANALISI DELLE INTERVISTE: VIVERE LA MATERNITA' IN SITUAZIONE DI MIGRAZIONE

5.1 Il parto in Italia come costruzione culturale	136
5.2 Il rapporto tra la bio-medicina e i saperi tradizionali	140
5.3 Gli usi e le pratiche	149
5.4 Ruoli e reticoli sociali	0157
5.5 Il rapporto con i servizi	166

CAPITOLO 6. CENTRI DI ASSISTENZA SANITARIA RIVOLTI A UTENTI DI ORIGINE STRANIERA SUL TERRITORIO MILANESE

6.1 Introduzione	180
6.2 Opera San Francesco per i poveri	185
6.3 Il Gruppo Donne del Naga	190
6.4 I Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini	197
6.5 I servizi consultoriali	205

CONCLUSIONE	211
--------------------	-----

APPENDICE: SCHEMA PER LE INTERVISTE	215
--	-----

BIBLIOGRAFIA	221
---------------------	-----

TESTI INTEGRALI DELLE INTERVISTE, NEL CD ALLEGATO

INTRODUZIONE

L'immigrazione femminile in Italia è un fenomeno recente che coinvolge un numero sempre maggiore di donne e richiede alla società italiana una continua capacità di innovazione in ambito educativo, socio-sanitario e abitativo. Spesso, infatti, l'immigrazione femminile presuppone la presenza di figli e da luogo a percorsi migratori familiari più stabili e duraturi di quelli individuali. L'arrivo dei figli dai paesi di origine comporta una relazione più profonda e complessa tra le donne immigrate e la società italiana. Questo è ancor più vero quando una donna immigrata decide di crearsi una famiglia e far nascere i propri figli in Italia.

La maternità è un evento sociale culturalmente determinato: le modalità con cui una donna vive e gestisce la nascita dei propri figli dipendono strettamente dal contesto sociale e culturale d'origine. Quando un evento tanto importante, non solo nella vita della madre ma di tutto il suo gruppo familiare, avviene in un contesto estraneo, sono necessarie delle strategie di trasformazione delle proprie abitudini e d'adattamento al nuovo ambiente. Questo processo non comporta necessariamente l'abbandono delle proprie conoscenze e consuetudini a vantaggio di quelle diffuse nel paese d'immigrazione. Spesso le donne immigrate elaborano forme di comportamento "a metà", che permettono loro di mantenere un legame con il proprio paese di origine, ma anche di inserirsi efficacemente nella società di arrivo. In questo modo, l'immigrazione mette la società italiana a confronto con nuovi modi di vivere la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita del neonato e con nuovi modi di rapportarsi ai servizi socio-sanitari e educativi.

Se questo confronto può dar luogo alla cancellazione delle differenze e all'adeguamento da parte di tutte le donne che vivono in Italia al modello di maternità vigente nella società italiana, può d'altra parte, condurre alla creazione di nuove forme culturali. Queste ultime non dovrebbero riguardare soltanto i comportamenti e le pratiche attuate dalle donne immigrate nei loro vissuti della maternità, ma anche nei modi in cui il percorso della nascita è gestito dalle istituzioni e dagli operatori italiani.

Per studiare queste dinamiche, ho scelto di analizzare l'esperienza di maternità di alcune donne provenienti da vari paesi dell'Africa sub-sahariana, che vivono nella provincia di Milano. Attraverso venti interviste ho tentato di capire quali fossero i contesti di vita e i vissuti legati alla maternità nei loro paesi di origine e quali le esperienze di gravidanza, parto e puerperio vissute in Italia.

Mentre lo schema seguito per le interviste era diviso per aree tematiche legate alle varie fasi dell'evento nascita (gravidanza, parto e puerperio), la struttura di questo elaborato segue un percorso differente.

Il primo capitolo è dedicato allo studio del fenomeno migratorio e ai meccanismi, legislativi, economici e culturali, che la società italiana ha attuato per gestirlo. In questa sede, ho voluto mostrare l'entità del fenomeno da un punto di vista quantitativo, sia a livello nazionale, sia - poiché la ricerca è avvenuta sul territorio milanese - a livello provinciale. I dati esposti sono stati selezionati con un particolare riguardo alla popolazione immigrata femminile e ai temi più direttamente connessi alla ricerca - come la presenza di minori e le tipologie familiari create in Italia da persone d'origine straniera.

Nel secondo capitolo, appoggiandomi su un corpus di studi italiani ed internazionali sul fenomeno, ho affrontato alcune grandi tematiche che riguardano l'esperienza femminile della migrazione. Poiché l'immigrazione femminile, soprattutto per quanto concerne la società italiana, è un fenomeno recente, le prime ricerche su questo tema risalgono a meno di venti anni fa e costituiscono l'avanguardia di una corrente di studi in continua crescita. Al centro di questi studi vi sono alcuni aspetti fondamentali dei percorsi migratori femminili, quali la costruzione e le modificazioni dell'identità femminile e dei ruoli di genere, l'importanza nell'emigrazione e nell'immigrazione di reti sociali d'appoggio e le modificazioni nella struttura familiare. Questi temi hanno costituito un'importante guida per l'analisi delle interviste, presentata nella seconda parte del lavoro (cap. 3; 4; 5).

Nel terzo capitolo ho voluto mostrare come le modalità con cui sono pensate e vissute la maternità e la sterilità all'interno di un determinato contesto sociale siano strettamente correlate alle istituzioni della società, al ruolo della donna e alle relazioni di genere. I brani tratti dalle interviste sottolineano come la nascita e il divenire madre non siano

mai percepiti come fatti esclusivamente biologici, ma come eventi eminentemente sociali.

Il quarto capitolo è dedicato alle forme di condizionamento culturale che agiscono sull'esperienza della maternità. L'alimentazione, la cura del corpo e i ruoli assunti dai familiari e dalla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio sono qui analizzati con riferimento ai paesi di origine.

Studiare quali siano i contesti sociali, le pratiche e i comportamenti che normalmente caratterizzano la maternità nei paesi di origine permette di comprendere quali siano le differenze più importanti che le donne intervistate hanno riscontrato tra l'esperienza di maternità in Italia e quella nel loro paese. L'idea che guida questa ricerca non è quella di cogliere delle differenze o delle somiglianze nelle modalità di gestire e vivere la maternità tra i paesi di emigrazione e l'Italia, ma di far emergere le rappresentazioni dei vissuti di maternità che le donne intervistate hanno elaborato durante il loro percorso migratorio.

Il quinto capitolo verte sul sistema di nascita vigente in Italia e sull'incontro delle donne intervistate con questo stesso sistema, sia da un punto di vista simbolico, sia da un punto di vista pratico, nel rapporto con i servizi di assistenza medica materno-infantile. Il fatto che anche in Italia il modo di vivere il parto sia culturalmente condizionato influisce sul vissuto delle donne straniere che devono rapportarsi con esso. La modificazione di alcuni comportamenti, l'abbandono di altri e l'acquisizione di nuovi modi di agire da parte delle donne intervistate costituiscono la manifestazione pratica delle dinamiche culturali dovute all'incontro tra modalità differenti di vivere la maternità.

Perché per diventare madri nella società italiana le donne immigrate non siano costrette ad uniformarsi al modello di maternità vigente in Italia, è necessario che anche nella società italiana avvengano alcune trasformazioni. Queste devono riguardare innanzitutto le istituzioni mediche che operano nell'area materno-infantile, e in particolare quelle che maggiormente sono a contatto con le donne d'origine straniera. Così il sesto capitolo è dedicato ad una breve ricerca, svolta tramite osservazione, nella quale ho esaminato le modalità di organizzazione e di lavoro di alcuni enti che, sul territorio milanese, forniscono assistenza sanitaria alle donne straniere e ai loro bambini.

Tramite quest'indagine, che non ha alcuna pretesa di completezza, ho cercato di capire in che modo i servizi, pensati appositamente per persone straniere, cercano di fornire un'assistenza sanitaria accettabile e accessibile a tutti.

Il corpo, i suoi processi così come la distinzione tra salute e malattia, sono, in buona misura, costruzioni culturali. Fornire un'assistenza sanitaria di tipo "interculturale", dovrebbe significare riuscire a decostruire i propri condizionamenti per aprirsi ad altri modi di pensare e vivere il corpo e la maternità. I centri che forniscono assistenza sanitaria alle persone straniere, devono elaborare strategie adeguate. Una possibilità è quella di imporre i metodi e l'approccio della bio-medicina alle questioni legate alla maternità; un'altra strada è, invece, quella di aprirsi alle altre concezioni del corpo femminile, del ruolo della medicina e della maternità, cercando di garantire alle donne immigrate uguali possibilità d'accesso ai servizi. Optando per la seconda soluzione le strutture medico-sanitarie, oltre a considerare gli aspetti sanitari ed economici della gestione della maternità per le donne immigrate, sono portate a riconoscere l'importanza delle risorse simboliche di cui queste dispongono.

CAPITOLO 1

L'IMMIGRAZIONE IN ITALIA

1.1 STORIA DELL'IMMIGRAZIONE FEMMINILE IN ITALIA

Le migrazioni sono diventate uno dei temi decisivi per capire ed interpretare le relazioni internazionali e le grandi modificazioni che si stanno verificando in tutto il mondo da un punto di vista economico e sociale. Mentre fino a qualche decennio fa i processi migratori, che da sempre esistono in ogni parte del pianeta, erano limitati nello spazio avvenendo, per esempio, all'interno dello stesso continente, oggi possiamo parlare di migrazioni generalizzate estese a tutte le parti del pianeta, legate alla globalizzazione delle economie e alle innovazioni tecnologiche, che permettono spostamenti facili e rapidi (Basso, 2000).

I due maggiori poli migratori sono diventati gli Stati Uniti e l'Unione Europea, con una popolazione immigrata di rispettivamente 26 e 20 milioni di unità. L'Italia è, con Gran Bretagna, Francia e Germania uno dei quattro stati membri dell'Unione che superano il milione di residenti stranieri (Caritas, 2001).

L'Italia, tradizionalmente terra di emigrazione, è diventata terra di immigrazione a partire dagli anni '60, momento in cui sono cominciati i primi arrivi da paesi extraeuropei. Considerando la storia delle prime immigrazioni¹ in Italia, ci si accorge

¹ Vorrei subito distinguere tra tre termini, che spesso sono utilizzati indifferentemente: popolazione emigrata, migrante e immigrata. La differenza tra popolazione emigrata e immigrata è chiara e si riferisce all'uscita da un paese e all'entrata in un altro. La distinzione tra popolazione migrante e immigrata è più complessa. Robert Miles definisce migrante una persona spazialmente mobile, mentre immigrata una persona che si stabilizza in uno Stato diverso da quello in cui è nata (Miles, 1991). E' chiaro che la distinzione non è mai così netta, perché un migrante può stabilirsi in un luogo e diventare immigrato, e un immigrato modificare i suoi progetti e tornare ad essere migrante. Tuttavia anche il termine immigrato rischia, col tempo, di risultare inadeguato per persone stabilitesi in un luogo da anni, poiché eternizza un evento che si è svolto in un giorno o poco più (Dal Lago, 1996). Tenterò dunque di utilizzare questi termini nelle loro giuste accezioni, per quanto possibile vista l'ambiguità, volendo evitare di attribuire alle persone status differenti dal loro per semplice generalizzazione.

del fatto che le migrazioni maschili e femminili sono iniziate parallelamente, anche se la prevalenza numerica degli uomini è sempre stata netta. Le donne sono, infatti, giunte in Italia negli stessi anni in cui sono immigrati i primi uomini, anche se spesso sono rimaste nascoste e rese meno visibili di essi dalle statistiche e dalle istituzioni a causa delle tipologie di occupazioni svolte, spesso legate all'assistenza alle persone o alla cura della casa presso famiglie italiane (Tognetti Bordogna, 1991a). Non bisogna però dimenticare che la forte domanda di domestiche e collaboratrici familiari da parte della popolazione italiana ha provocato nel nostro Paese un fenomeno non molto esteso in altri paesi europei contraddistinti da forti flussi immigratori, creando una situazione molto particolare. L'offerta di occupazioni quasi esclusivamente femminili ha infatti provocato per alcuni anni l'arrivo di donne sole, che in paesi come la Francia o la Gran Bretagna non si è verificato poiché questi Stati hanno permesso, con vari anni di anticipo rispetto allo Stato italiano, i ricongiungimenti familiari. A flussi prettamente maschili, come per esempio quello proveniente dal Marocco, si affiancavano dunque flussi esclusivamente femminili con identici obiettivi di carattere economico-occupazionale (Grasso, 1994).

Tra i primi "immigrati" in Italia una parte consistente era costituita da donne giunte all'inizio degli anni '60 dall'Eritrea e dalla Somalia, spesso al seguito di famiglie italiane di ex-coloni rientrate in Italia. Ma l'immigrazione femminile dall'Africa orientale non è stata che la prima: ad essa sono seguiti numerosi arrivi dal Salvador e dalle Filippine, poi, tra la metà degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, dal Perù e dall'Ecuador e solo di recente, dopo il 1989, dai paesi dell'Est europeo.

Tognetti Bordogna, analizzando i primi flussi, ha denominato queste donne le "donne dell'emancipazione" o "pioniere", per indicare le donne che hanno costruito in prima persona il proprio processo migratorio e che si sono inserite a tempo pieno nel mercato del lavoro, soprattutto domestico, spesso abbandonando al proprio paese figli e famiglia (Tognetti Bordogna, 1991a).

Per tutti gli anni '70 e '80 l'immigrazione femminile rimane però nascosta, sia nell'ambito delle statistiche demografiche sia per ciò che riguarda la visibilità sociale,

da quella maschile, sempre e comunque più numerosa e più legata ad occupazioni “pubbliche” che non i lavori all’interno delle case.

Verso la metà degli anni ‘80 le “donne pioniere” cominciano a dare spazio anche ad una vita familiare ed affettiva, abbandonando il lavoro a tempo pieno e soprattutto rendendosi indipendenti a livello abitativo. La loro visibilità cresce sempre più ed esse cominciano a manifestare la loro presenza e le loro necessità, fino a quel momento ignorate dalla società italiana (Tognetti Bordogna, 1991a).

In questo primo ventennio (anni ‘70-‘90), dunque, una quota, anche se limitata, della popolazione immigrata sul territorio italiano è costituita da donne, e si tratta di una quota che tenderà sempre più ad aumentare, grazie soprattutto ad una modificazione dei flussi migratori e alla loro regolamentazione da parte dello Stato italiano.

Il grande cambiamento che avviene nella storia dell’immigrazione in Italia è segnato dalla legge 39 del 1990 e successivamente dalla legge 40 del 1998, che danno avvio ai primi ricongiungimenti familiari. Soprattutto nella seconda metà degli anni ‘90, la presenza femminile cresce così molto rapidamente, richiedendo allo Stato e alla società italiana un’attenzione nuova, legata a nuovi bisogni sociali, sanitari, educativi e abitativi. I ricongiungimenti familiari pongono infatti nuove questioni che né l’immigrazione maschile, ai cui bisogni si era sempre pensato solo in ambito occupazionale, né l’immigrazione femminile, nascosta, priva di figli e spesso irregolare, avevano mai posto. Essi aprono, infatti, lo sguardo della società italiana su un fenomeno nuovo e che sembra destinato a durare a lungo. La presenza di famiglie con figli va a toccare e a modificare ogni ambito della società.

L’Italia, soprattutto a causa della sua posizione geografica è stata per alcuni anni caratterizzata dalla transitorietà delle migrazioni, fungendo da trampolino dal sud del mondo verso gli altri paesi europei spesso privilegiati dai migranti per questioni linguistiche.

Con le immigrazioni legate ad occupazioni stabili, ma soprattutto con le immigrazioni familiari, invece, il suo ruolo si sta lentamente trasformando e questo presuppone un nuovo approccio al fenomeno migratorio da parte della società e delle istituzioni. Una permanenza temporanea non presuppone per forza un’integrazione con la società di

arrivo; questa diventa invece una necessità per i progetti di lungo periodo. Spesso, inoltre, progetti migratori temporanei si trasformano (per vari motivi che vanno da quelli economici a quelli di salute) in percorsi² di insediamento stabile.

Le caratteristiche della popolazione immigrata in Italia sono dunque decisamente mutate in questi quarant'anni e la presenza femminile è diventata più numerosa, ma soprattutto è diventata più varia, sia per ciò che riguarda le aree di provenienza, sia per ciò che riguarda la modalità di inserimento.

I ricongiungimenti familiari hanno infatti aperto la strada anche a donne provenienti da paesi che, fino agli anni '90, erano caratterizzati dalla quasi esclusiva emigrazione maschile (come per esempio i paesi del Maghreb).

Inversamente i ricongiungimenti familiari hanno anche permesso l'arrivo di figli e mariti di donne partite da sole; si sono così venuti a creare nuovi flussi migratori dal Sud America, dalle Filippine e da tutti quei paesi prima contraddistinti da emigrazioni quasi esclusivamente femminili.

1.2 LA NORMATIVA IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE³

Per comprendere meglio quale sia stata l'evoluzione del fenomeno migratorio in Italia, vorrei fare un breve excursus riguardo alla normativa che regola i flussi immigratori e alle modificazioni che essa ha subito nel corso degli anni.

Negli anni '70, quando comincia a manifestarsi il fenomeno dell'immigrazione, le norme che regolano l'ingresso e il soggiorno dei cittadini stranieri risalgono al 1931, anno in cui è stato redatto il *Testo unico di leggi di pubblica sicurezza*. Solo l'accesso al lavoro è disciplinato da circolari del Ministero del Lavoro.

La prima vera e propria legge riguardante i lavoratori stranieri è la legge 943 del 1986 che prevede la parità assoluta di trattamento e la piena uguaglianza dei diritti tra

² Mi sembra importante, rifacendomi a Tarozzi, distinguere tra progetti, processi e percorsi migratori: utilizzerò il termine progetto per indicare la fase di ideazione di una migrazione, il termine percorso per indicare il tragitto compiuto e agito da un soggetto e il termine processo per indicare invece fenomeni ed eventi oggettivi (Tarozzi, 1994).

³ Per la stesura di questo paragrafo ho seguito lo studio di Farfan, 2001

lavoratori italiani e lavoratori stranieri legalmente residenti in Italia. La parità comporta anche la garanzia del diritto all'uso dei servizi sociali e sanitari, al mantenimento dell'identità culturale e all'istruzione. Tramite questa legge si è provveduto inoltre a regolarizzare tutti i cittadini stranieri presenti in Italia al momento dell'entrata in vigore della stessa.

Con la legge 39, o legge Martelli, del 1990, si introducono norme sull'ingresso e il soggiorno in Italia per motivi non solo di lavoro, ma anche di studio, di famiglia o di cure mediche. Cominciano così i ricongiungimenti familiari, che tanta importanza assumeranno negli anni successivi nel modificare le caratteristiche socio-demografiche della popolazione straniera presente in Italia. La legge regola i rilasci, i rinnovi e le revocche dei permessi di soggiorno e decreta l'adesione dell'Italia alla Convenzione di Ginevra del 1951 riguardo allo status di rifugiato.

Negli anni successivi vengono attuati vari interventi legislativi che non vanno però a modificare, se non in piccola parte, la legge 39. Manca però ancora una normativa complessa che regoli la condizione giuridica dello straniero in Italia, normativa di cui si sente la necessità soprattutto dopo l'entrata in vigore del Trattato di Maastricht (1993) e dell'Accordo di Schengen (1997). Così, nel marzo 1998, è presentato al parlamento un disegno di legge che regoli l'immigrazione; questo disegno diventerà poi la legge 40, detta anche "Turco-Napolitano".

Tale legge prevede la riunificazione della normativa sull'immigrazione in un Testo unico. Nel 1998 nasce così il *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero in Italia* che riunisce le disposizioni contenute nella legge 40/1998, nel *Testo Unico delle leggi di Pubblica Sicurezza 773/1931*, nella legge 943/1986 sui lavoratori extracomunitari e nella legge 335/1995 sulla Riforma del sistema previdenziale.

Credo sia importante esaminare il Testo unico perché l'attuale legge in materia d'immigrazione, la legge 189, detta anche legge Bossi-Fini, ne è solo una modificazione (anche se gli articoli modificati sono molto rilevanti). Solo conoscendo negli aspetti fondamentali il primo si potrà comprendere la normativa vigente.

Innanzitutto è definito straniero qualsiasi cittadino di paesi non appartenenti all'Unione Europea⁴ e l'apolide, ossia la persona che nessun paese riconosce come proprio cittadino. A tutti gli stranieri, regolari e non, sono costituzionalmente riconosciuti i diritti della persona umana, ma tutti i restanti diritti e doveri sono, nel Testo Unico, rivolti esclusivamente agli stranieri regolarmente soggiornanti.

Il permesso di ingresso in Italia del cittadino straniero è condizionato al possesso di un passaporto e di un visto di ingresso, rilasciato secondo l'Accordo di Schengen⁵. In ogni caso per l'ottenimento del visto bisogna dimostrare la disponibilità di mezzi di sussistenza per il periodo di soggiorno in Italia.

Il permesso di soggiorno è invece il documento che attesta la regolarità della presenza in Italia di un cittadino straniero. Esistono varie tipologie di permessi di soggiorno, che possono essere rilasciati per turismo, per studio, per lavoro subordinato e per lavoro autonomo, per inserimento lavorativo, per cure mediche e per motivi familiari. Ogni permesso di soggiorno ha una durata specifica che va da un minimo di tre mesi, per turismo o affari, ad un massimo di tre anni per lavoro dipendente o autonomo e per motivi familiari. Il permesso può essere poi rinnovato per una durata non superiore al doppio di quella stabilita al momento del rilascio. Il rilascio o il rinnovo del permesso di soggiorno può essere rifiutato in mancanza dei requisiti per l'ingresso e il soggiorno in Italia. In tale caso il cittadino straniero ha quindici giorni di tempo per presentarsi alla frontiera e lasciare il territorio italiano. Esistono poi casi particolari che permettono il rilascio del permesso di soggiorno o il suo rinnovo anche in mancanza dei requisiti normali.

Essendo il permesso di soggiorno solo temporaneo, esso può essere sostituito con la carta di soggiorno, che è un documento a tempo indeterminato. La carta di soggiorno può essere richiesta da un cittadino straniero per sé, per il coniuge (anche non lavorante) e per i figli minori conviventi se ha un permesso di soggiorno regolare da almeno

⁴ L'Accordo di Schengen sancisce il principio secondo cui le frontiere dei paesi firmatari possono essere attraversate senza che siano effettuati controlli su persone.

⁵ Esistono tre tipi di visto: Visto Schengen uniforme, della validità di tre mesi, che consente l'ingresso nello spazio Schengen; Visto a validità territoriale limitata, che consente l'ingresso solo in un determinato paese per periodi brevi; Visto nazionale, che permette l'ingresso in Italia per un periodo superiore ai tre mesi.

cinque anni, se tale permesso consente un numero indeterminato di rinnovi e se possiede un reddito sufficiente per il sostentamento proprio e dei familiari.

Date queste basi, vorrei soffermarmi solo su due aspetti della normativa riguardante l'immigrazione, ossia quelli più utili ai fini di questa ricerca: la regolamentazione dei ricongiungimenti familiari e dell'assistenza sanitaria.

Il diritto a riacquistare e mantenere le proprie relazioni familiari è stato dichiarato diritto soggettivo dalla Corte Costituzionale; per questo l'ingresso per ricongiungimento familiare non rientra nelle quote annuali di ingresso stabilite dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Il ricongiungimento può essere richiesto da un cittadino straniero titolare di carta o permesso di soggiorno non inferiore a un anno per motivi di lavoro (ma non stagionale), per studio, per asilo o per motivi religiosi. L'ingresso è concesso al coniuge (non legalmente separato), ai figli minori a carico, sia di un solo coniuge sia nati fuori dal matrimonio, purché non coniugati o legalmente separati, ai minori adottati o affidati, ai genitori a carico e ai parenti entro il terzo grado a carico, inabili al lavoro. Chi presenta la domanda di ricongiungimento deve dimostrare di avere un reddito annuo derivante da fonte lecita pari almeno all'importo annuo dell'assegno sociale, cifra che aumenta all'aumentare dei familiari da ricongiungere. Bisogna inoltre dimostrare la disponibilità di un alloggio che abbia determinati requisiti di idoneità igienico-sanitaria.

Una volta verificati i requisiti le autorità consolari italiane all'estero acquisiscono tutta la documentazione che provi i rapporti di parentela, matrimonio, minore età o inabilità al lavoro. Dopo ciò viene rilasciato il visto di ingresso per ricongiungimento familiare ai familiari del richiedente. Una volta entrato in Italia per motivi familiari il cittadino straniero deve richiedere il permesso di soggiorno entro otto giorni dall'ingresso. Il soggiorno per motivi familiari può essere inoltre richiesto da chi, essendo regolarmente soggiornante da almeno un anno, contrae matrimonio in Italia con un cittadino italiano, comunitario e straniero (se in possesso dei requisiti).

Il permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare ha la stessa durata del permesso di soggiorno del familiare che ha chiesto il ricongiungimento ed è rinnovabile insieme a tale permesso. Con questo permesso si può svolgere un lavoro autonomo o

subordinato e poi richiedere un nuovo permesso per l'attività svolta. Sono consentiti inoltre l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale, l'iscrizione a corsi di studio e di formazione professionale e l'accesso ai servizi assistenziali.

Per ciò che riguarda l'assistenza sanitaria tutti i cittadini stranieri regolarmente soggiornanti devono obbligatoriamente essere iscritti al Servizio sanitario nazionale, a parità di trattamento con il cittadino italiano sia per il pagamento dei contributi sia per l'assistenza sanitaria erogata.

Al cittadino straniero presente in Italia in posizione irregolare è garantito solo il diritto alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti per malattie e infortuni⁶. Alla donna straniera irregolare è garantita la tutela sociale della gravidanza e della maternità a parità di trattamento con la donna italiana. Per tutta la durata della gravidanza e per i primi sei mesi dalla nascita del bambino, la donna e il marito convivente entrano infatti automaticamente in possesso di un permesso di soggiorno per cure mediche della durata dettata dalle prescrizioni mediche.

Grazie alla Convenzione dei diritti del fanciullo è garantita la tutela della salute dei minori, gratuitamente se i soggetti sono privi di risorse economiche.

La legge 189 del 30 luglio 2002 ha modificato alcune parti molto importanti del Testo unico sull'immigrazione: in quanto segue illustrerò solo quelle che interessano le parti del Testo trattate sopra.

Riguardo al permesso di soggiorno la modifica più importante concerne la sua durata: il rinnovo permette un nuovo permesso di una durata non superiore a quella stabilita inizialmente. L'ottenimento della carta di soggiorno è subordinata al fatto di essere soggiornanti sul territorio italiano da sei (e non più cinque) anni.

La nuova legge limita le categorie di familiari per i quali si può chiedere il ricongiungimento ai soli figli minori e al coniuge: per richiedere il ricongiungimento dei genitori a carico occorre infatti che questi non abbiano altri figli che possano

⁶ L'assistenza sanitaria alle persone prive di permesso regolare, i così detti "Stranieri Temporaneamente Presenti" sono effettuate tramite codice STP. Le prestazioni garantite sono cure ambulatoriali e ospedaliere per urgenze, malattie essenziali, medicina preventiva e riabilitativa. E' stato decretato il divieto di segnalazione all'autorità prefettizia della persone irregolare che ha usufruito di una prestazione sanitaria (Geraci, Martinelli, 2002).

provvedere al loro sostentamento. Inoltre è eliminata la possibilità di ricongiungere i parenti entro il terzo grado a carico, inabili al lavoro. E' stata però aggiunta la possibilità di ricongiungere figli anche maggiorenni nel caso non possano oggettivamente provvedere al proprio sostentamento a causa dello stato di salute che comporti invalidità totale.

Per ciò che riguarda invece la regolamentazione dell'accesso all'assistenza sanitaria la legge Bossi-Fini non ha comportato modificazioni, e resta perciò valido quanto stabilito dal Testo unico sull'immigrazione.

1.3 TRA ASSIMILAZIONE E INTEGRAZIONE: IL MODELLO ITALIANO

La questione legislativa non è che un aspetto delle trasformazioni che hanno avuto luogo in Italia in seguito alla presa di coscienza di essere un paese di immigrazione. Essa è tuttavia molto importante: per la sua applicazione pratica nella regolamentazione dei flussi, ma anche in quanto elemento rivelatore delle concezioni più profonde che sono alla base dell'idea di società e di Stato-Nazione.

In tutti i paesi di immigrazione, a partire dalla Francia e dagli Stati Uniti fino ad arrivare all'Italia, le politiche che regolano le migrazioni sono sempre state dettate da modelli di pensiero che da una parte determinano le modalità dirette di gestione dell'immigrazione, e dall'altra le connettono a complesse teorie della cultura, della cittadinanza, dello Stato-nazione.

Sayad (1996) proprio per questo ha parlato per primo di "*pensée d'état*", per indicare le strutture e le forme di pensiero che ci permettono di pensare l'immigrazione tramite categorie sociali, economiche, culturali che riflettono delle categorie nazionali. L'emigrazione e l'immigrazione non possono essere pensate o descritte senza l'uso di queste categorie che creano una linea di demarcazione netta tra nazionali e non nazionali, rafforzando così allo stesso tempo le idee di stato e di appartenenza nazionale. Questa funzione di definizione e di delimitazione fa parte della natura stessa dello stato. La presenza all'interno della nazione di "non-nazionali" turba l'ordine

fondato su questa separazione, che deve essere conseguentemente chiarito e definito dalle politiche migratorie.

I due modelli più importanti, che più si discostano uno dall'altro, sono quello dell'assimilazione e quello dell'integrazione. Queste non sono le uniche due possibilità tra cui ogni paese deve scegliere il suo modello, ma è vero che le politiche sociali che regolano l'immigrazione si sono sempre rifatte, pur con varie differenze, ad uno o all'altro di questi modelli, in molti casi attenendosi prima a uno e poi all'altro.

Ovunque si sia verificata, l'immigrazione ha, infatti, scosso e messo in discussione i principi fondanti delle società, ponendo a tutte un interrogativo fondamentale: esistono dei valori comuni, un'appartenenza nazionale, a cui tutte le persone che risiedono in un paese possono e devono sottostare, oppure è necessario salvaguardare le identità di ognuno, e in tal caso, come riuscire a riconoscerle senza discriminarle (Bernardi, 1992)? Si tratta di un interrogativo non banale che pone in primo piano il rapporto tra cultura, gruppo di appartenenza e identità dell'individuo. Il dibattito ha coinvolto tutti i paesi europei che sono meta di immigrazione, Germania, Svizzera, Svezia, Belgio, Olanda, Inghilterra, Francia, Spagna, Italia (anche se questi ultimi due più recentemente degli altri), oltre che, nel resto del mondo, Australia, Canada e Stati Uniti. Tutti questi paesi si sono dunque chiesti, seppure in momenti diversi, se e come si potessero accogliere e far convivere persone con differenti backgrounds culturali.

Il modello assimilativo è quello che ha avuto più fortuna negli anni '60-'70. Considerando l'Europa, infatti, possiamo guardare a tre paesi che maggiormente e da più tempo sono paesi di immigrazione. La Germania per vari anni, fino al 1999, ha tentato di dissimulare il suo ruolo considerando l'immigrato esclusivamente come ospite temporaneo e facendo dipendere il permesso di soggiorno (sempre temporaneo), unicamente dal permesso di lavoro. Solo recentemente ha cominciato un processo di modificazione delle sue politiche, favorendo i ricongiungimenti familiari e il radicamento della popolazione immigrata (Ambrosini, 2000).

La Francia, invece, è rimasta per lungo tempo legata al modello assimilativo e solo nell'ultimo decennio si è orientata verso modelli di integrazione.

Il modello assimilativo si basa su un'idea fondamentale: l'immigrato è considerato un individuo destinato a diventare cittadino della comunità ospitante e ad abbandonare ogni tipo di appartenenza (che sia culturale, etnica, nazionale, linguistica, religiosa...) precedente la migrazione. I paesi che hanno applicato questo modello sono normalmente caratterizzati dalla convinzione di disporre di un modello democratico e una civiltà di lunga superiorità a tutti gli altri. Paesi, dunque, che hanno creduto a lungo che gli immigrati non desiderassero altro che l'accesso all'onorevole status di cittadini (Ambrosini, 2000).

Il termine "assimilazione", infatti, ha proprio il significato etimologico di rendere simile, nel senso di eguagliare, e un secondo significato che è quello di assorbimento. In questo senso lo straniero assimilato sarà esattamente uguale al cittadino, e questo si basa su due presupposti: il fatto che tutti gli stranieri siano giudicati assimilabili e il fatto che ci sia un limite alla quantità di immigrati che possono essere assorbiti da una società data (Costa-Lascoux, 1991).

Ma dare la possibilità a tutti di naturalizzarsi significa allo stesso tempo non porre limiti di quantità. E ciò non è mai stato possibile. Così si sono verificate delle situazioni in cui la naturalizzazione era concessa a cittadini di determinati paesi (per esempio le ex-colonie) più vicini linguisticamente e "culturalmente" e non ad altri, perché giudicati meno in grado di assimilarsi. In Francia ciò è stato chiamato "*régime à deux vitesses*", ad indicare la differenza di possibilità di inserimento tra gli stranieri e chi era stato sotto la dominazione francese.

Il modello assimilativo è, inoltre, generalmente legato allo *jus soli* (il diritto di suolo) per cui la nascita in un paese permette quasi automaticamente di ottenerne la cittadinanza. La facile (o almeno più facile rispetto ad altri paesi) naturalizzazione sottostà però ad una condizione: l'eliminazione di ogni specificità etnica, culturale e linguistica, poiché tutto ciò che non è parte della civiltà del paese ospite è considerato inferiore e privo di valore. Inoltre le politiche sociali tendono a non essere in alcun modo specifiche: l'inserimento degli immigrati deve avvenire non sulla base delle loro specificità, anche solo a livello linguistico, ma sulla base del fatto che sono singoli individui che devono entrare a fare parte della società. Anche l'associazionismo degli

immigrati è osteggiato, proprio perché serve a mantenere e consolidare un'appartenenza che si vuole invece cancellare (Ambrosini, 2000).

Il secondo modello, su cui si basano da tempo le politiche della Gran Bretagna, e verso cui si è recentemente rivolta anche la Francia, anche se preceduta di gran lunga soprattutto dalla Svezia e dall'Olanda, è quello dell'integrazione, o "multiculturale". Esso si basa sulla considerazione del fatto che gli immigrati non siano individui, ma siano parte di gruppi (etnici? nazionali?) che si sono insediati in un determinato paese. Ciò che caratterizza principalmente questo modello (anche se non sempre le sue varie applicazioni), è il fatto che tali gruppi siano considerati, in modo più o meno esplicito, delle minoranze da tutelare. Il rapporto che si viene a creare tra autoctoni e immigrati è dunque di reciproca tolleranza, ma di quasi totale separazione (Ambrosini, 2000).

Secondo questo modello ai residenti stranieri sono attribuiti gli stessi diritti dei nazionali; le politiche sociali sono volte a colmare le disparità in ambito lavorativo, abitativo, formativo; le discriminazioni di ogni genere sono combattute e in alcuni paesi i residenti stranieri hanno, inoltre, diritti politici a livello locale (Costa-Lascoux, 1991). Integrazione dunque come "uguali opportunità, diversità culturali, e tolleranza" (Grillo, 1998).

Il caso italiano non si rispecchia in nessuno dei due modelli, come mostra lo studio di Ambrosini introducendo le seguenti considerazioni. Egli parla, infatti, del modello italiano come di un modello immigratorio *implicito* che si differenzia da quelli sopra nominati per due aspetti: l'Italia, rispetto ad altri paesi europei, solo recentemente è stata toccata dall'immigrazione che, per questa ragione, non è stata ancora completamente riconosciuta come un fenomeno fondamentale per capire la società. L'immigrazione non è stata esplicitamente incoraggiata né esplicitamente rifiutata, nell'attesa di comprendere quali opportunità e quali problemi offra alla società italiana. Solo negli ultimi anni è stata colta la necessità di una politica organica che inquadrasse e disciplinasse il fenomeno. Un tentativo è stato fatto per la prima volta nel 1998, ma il problema non è del tutto stato risolto. Non si può, infatti, parlare, nel caso italiano, di una vera e propria politica migratoria perché per molti anni il nostro paese si è mosso solo in risposta alle emergenze, attraverso lo strumento delle sanatorie. Sicuramente la

legge 40 ha, almeno in parte, modificato questo atteggiamento, cercando di dare uno strumento di gestione del fenomeno in tutta la sua ampiezza, con una regolazione precisa degli ingressi e l'utilizzo di sanatorie solo in casi speciali. Tuttavia rimane il fatto che la gestione delle politiche attive riguardanti l'immigrazione è ancora, nella maggior parte, lasciata in mano ad organismi volontaristici o, in certi casi, alle amministrazioni locali più volonterose. E' chiaro quindi che le politiche sono maggiormente attive non dove ce n'è più bisogno, ma dove ci sono più persone, associazioni e amministrazioni comunali motivate e in grado di attuarle. In mancanza di un quadro nazionale di riferimento certo, che non cambi ad ogni cambio di governo, la delega a soggetti privato-sociali porta ad una grande frammentazione e incertezza delle iniziative. A volte politiche progettate nei termini di una legge non possono essere attuate a causa della sua repentina modificazione.

Per quanto continui a legiferare sul tema, lo Stato italiano è assente e incapace di gestire attivamente il fenomeno, con la conseguenza che l'immigrazione appare come un problema irrisolvibile se non con la chiusura delle frontiere (Ambrosini, 2000).

Il caso italiano dunque non si rifà né ad un modello assimilativo, né ad un modello di integrazione (anche se si avvicina più a quest'ultimo). Tra i soggetti privato-sociali di cui si è parlato figurano, infatti, anche le reti "etniche-nazionali" che cominciano in questi anni (seppure con fatica), a diventare parte attiva e a diventare soggetti di offerta dei servizi. Inoltre, nel nostro paese il raggiungimento dello status di cittadino è difficile; vige lo *jus sanguinis* per cui sono riconosciuti come italiani solo i figli di cittadini italiani (al contrario della Francia). Si può quindi ipotizzare che se l'Italia avrà in futuro una politica unitaria e durevole rispetto all'immigrazione, questa si rivolgerà quasi certamente al modello seguito da quasi tutti gli altri paesi dell'Unione Europea, perseguendo l'obiettivo di una società multiculturale.

Recentemente alla nozione di società multiculturale sono state apportate diverse critiche. Una vera e propria società multiculturale prevedrebbe, infatti, la convivenza di varie "culture" nello stesso luogo e nella medesima società, senza che tra esse ci sia contatto. L'idea di società multiculturale si basa, infatti, su due falsi presupposti: che ogni individuo sia sovradeterminato da una cultura (e dunque che ognuno rappresenti

una cultura) e che le società europee fossero monoculturali prima dell'arrivo dei migranti (Zoletto, 2002).

In questa rappresentazione ogni gruppo è dipinto come chiuso su se stesso e immobile nel tempo e nello spazio. Si tratta di un'immagine priva di legami con la realtà. Essa è invece caratterizzata da continui contatti, cambiamenti e ibridazioni tra modelli culturali, così che risulta impossibile riuscire a tracciare una linea netta di demarcazione tra culture conviventi nella stessa società. (Leghissa, 2002).

Le culture, infatti (per quanto siano state considerate a lungo proprio in questi termini) non sono sistemi chiusi e isolati che determinano per sempre l'identità di un individuo. Esse, al contrario, entrano in contatto l'una con l'altra continuamente modificandosi a vicenda. Non si può allora parlare di culture pure, ma di culture necessariamente ibride e in continuo mutamento, spesso difficilmente distinguibili una dall'altra (Fabietti, Malighetti, Matera, 2000). Hannerz (1998) ha descritto la cultura come un flusso, utilizzando la metafora del fiume:

“Quando osserviamo un fiume da lontano questo appare come una linea blu (o verde o marrone) che attraversa il paesaggio; qualcosa che possiede una suggestiva immobilità. Ma allo stesso tempo, "non ci si bagna due volte nello stesso fiume", perché questo scorre in continuazione, e soltanto in tal modo contiene la sua continuità nel tempo. Così accade anche per la cultura: anche quando se ne percepisce la struttura, questa è interamente dipendente da un processo continuo.” (Hannerz, 1998, p. 6-7)

Questa metafora permette bene di considerare la cultura in termini di processo, di continua creazione e ricreazione di forme culturali nuove, ibride, meticcie che continuamente si rinnovano e si modificano.

1.4 DATI SULL'IMMIGRAZIONE IN ITALIA

Come si è visto l'immigrazione in Italia ha ormai assunto un carattere strutturale, data la netta tendenza alla stabilità nell'insediamento. La percentuale ipotizzata di stranieri

presenti regolarmente sul territorio italiano rispetto alla popolazione italiana è del 2,8%, e ciò vuol dire che in Italia c'è una persona di altra cittadinanza ogni 38 cittadini italiani (Caritas, 2002).

I flussi migratori che interessano l'Italia coinvolgono ormai quasi nella stessa misura uomini e donne. Se, infatti, andiamo ad osservare le caratteristiche demografiche della popolazione immigrata in Italia notiamo come la prevalenza maschile sia, in effetti, molto debole: il 54,2% di uomini contro il 45,8% di donne (Caritas, 2001). Tale dato varia molto al variare dell'area di provenienza e credo sia importante analizzare alcuni di questi dati per mostrare le diverse strategie migratorie che possono essere attuate dai diversi gruppi umani in movimento.

La tabella numero 1 mostra l'incidenza della popolazione femminile sulla popolazione immigrata in tutto il territorio italiano, suddivisa per area geografica di provenienza. Si noti l'ampia diversificazione tra i vari gruppi, un dato che mostra che le migrazioni non sono tutte uguali e che l'idea diffusa di catena migratoria in cui l'uomo precede sempre la donna non è generalizzabile.

Per quanto riguarda le persone provenienti da tutto il continente africano, notiamo come effettivamente la percentuale di donne sia bassa (30%) anche se presumibilmente tale percentuale presto aumenterà. Si tratta, infatti, soprattutto per ciò che riguarda quella dall'Africa centrale e occidentale, di un'immigrazione recente e che per lungo tempo è stata solo temporanea e finalizzata al raggiungimento di altri paesi europei per questioni soprattutto linguistiche. L'immigrazione in Italia da paesi africani ex-colonie francesi è, infatti, iniziata soltanto nei primi anni '80 come conseguenza delle politiche di chiusura delle frontiere messe in atto dalla Francia (Breviglieri, Cologna, 1999).

L'immigrazione dall'Asia è abbastanza bilanciata tra uomini e donne nell'insieme ma si possono notare grandi differenze tra le varie sotto-aree geografiche, che mostrano processi sociali di emigrazione e catene migratorie del tutto differenti a seconda delle zone interne al continente.

Infine i dati che riguardano il continente americano rivelano un grande squilibrio a favore delle donne che per l'America meridionale raggiungono addirittura il 70%.

Tabella 1: Italia. Immigrati e provenienza continentale: incidenza delle donne (31.12.2000)⁷

AREE CONTINENTALI	DONNE	TOTALE	%DONNE SUL TOTALE
Unione Europea	90.686	151.799	59,7
Europa Est	174.198	380.462	45,8
Altri paesi europei	13.575	24.306	55,9
Totale Europa	278.459	556.567	50,0
Africa Settentrionale	65.560	252.110	26,0
Africa Centrale	21.719	36.112	60,1
Africa Occidentale	30.290	96.702	31,3
Africa centro-meridionale	397	706	56,2
Totale Africa	117.966	385.630	30,6
Estremo Oriente	81.051	142.566	56,9
Subcontinente indiano	31.629	103.608	30,5
Vicino e medio oriente	8.330	26.661	31,2
Ex URSS	3.448	4.809	71,7
Totale Asia	124.458	277.644	44,8
America Settentrionale	32.076	50.123	64,0
America Meridionale	81.035	114.819	70,61
Totale America	113.111	164.942	68,6
Oceania	1.392	2.519	55,3
TOTALE	635.386	1.388.153	45,8

Tale cifra mostra quanto sia importante tenere conto delle differenziazioni, proprio perché a cifre diverse corrispondono contesti particolari di partenza, differenti strategie

⁷Fonte: Elaborazione Caritas-Dossier Statistico Immigrazione 2001 su dati Ministero dell'Interno.

migratorie, e differenti strategie di inserimento. I cittadini stranieri risultati titolari di un permesso di soggiorno al 31 dicembre 2000 sono dunque 1.388.153. Rispetto all'anno precedente l'aumento è stato di 137.000 (+10,9%).

Il 62% di essi è concentrato nella fascia d'età tra i 25 e i 49 anni, mentre nella stessa fascia si colloca solo il 36,6% degli italiani. Anche i minori figli di immigrati hanno superato in percentuale quelli figli di cittadini italiani: essi sono 278.000, cioè il 19% del totale.

Le persone sposate sono 676.000, cioè più del 50% delle persone con cittadinanza straniera, ma di essi solo un quarto (175.000) ha figli in Italia.

Per quanto riguarda i permessi di soggiorno, nel corso degli anni '90 la percentuale dei permessi per motivi di lavoro si è consolidata attorno al 60%, mentre i permessi per motivi familiari hanno continuato a crescere fino al 25%. Metà delle persone immigrate presenti in Italia risiede nel paese da più di 5 anni, e un quinto da più di 10, ma la cittadinanza non va al pari con l'anzianità di residenza. La via più agevole per acquisire la cittadinanza italiana è, infatti, il matrimonio con cittadini italiani.

A questi dati si aggiunge poi una quota variabile di persone prive di permesso di soggiorno, difficilmente stimabile. La Caritas parla all'incirca di 200/300.000 persone. Gli unici dati certi riguardo a questa presenza-assenza sono quelli relativi alle espulsioni: dal 1998 al 2000 sono stati intimati di espulsione 149.344 cittadini stranieri. Una parte si è recata in altri paesi europei, una parte è stata rimpatriata, mentre altri sono restati in Italia irregolarmente⁸.

1.5 DATI SULL'IMMIGRAZIONE A MILANO

Ai fini del presente lavoro credo sia importante fornire qualche dato che illustri la situazione dell'immigrazione femminile nella città di Milano.

Le caratteristiche demografiche dei cittadini stranieri presenti nel territorio di Milano sono le seguenti: nella provincia di Milano al 31.12.2000 vivevano tra i 210.600 (stima

⁸ Tutti i dati di questo paragrafo sono tratti da XI Rapporto Caritas sull'immigrazione, Dossier statistico 2001.

di minimo) e i 226.100 (stima di massimo) cittadini stranieri. Questi rappresentavano all'incirca il 52% della presenza totale in Lombardia e la loro densità è di 56 per 1000 cittadini italiani.

Una differenziazione abbastanza importante viene fatta in tutte le statistiche tra persone in possesso del permesso di soggiorno (di cui residenti sono 145.000 e i non residenti 25.200), e le persone non in possesso di un permesso di soggiorno (che sono stimati essere tra i 40.400 e i 55.900, anche se in questo secondo caso le stime sono più approssimative proprio perché mancano dati certi forniti per il resto dalla questura)⁹.

E' stata fatta, inoltre, una stima delle persone presenti sempre all'interno della provincia di Milano secondo le aree di provenienza: Est Europa (35.750), Asia (70.850), Nord Africa (51.700), Africa sub-sahariana (20.550), America Latina (39.400).

Queste cifre possono dare un'idea della quantità di persone straniere che vivono al momento nella città e nella provincia di Milano, anche se bisogna sempre tenere presente che l'immigrazione in Italia (e conseguentemente anche a Milano) è discontinua. Si stanno tuttavia osservando sempre più fenomeni di stabilizzazione e radicamento nella realtà cittadina, oltre che una crescita continua degli abitanti stranieri grazie all'incremento del numero di minori. I minori stranieri nella città di Milano sono 19.000, cioè pari all'11,5% della popolazione complessiva della stessa età (Caritas, 2001).

Per quanto concerne la città di Milano, dai dati dell'Osservatorio Fondazione Cariplo-Isimu (tabella 2) che riguardano alcune comunità straniere, risulta che le proporzioni uomini-donne rimangono sostanzialmente le stesse rispetto ai dati nazionali. I dati più eclatanti sono quello dell'America Latina, che in entrambi i casi si aggira su una percentuale femminile del 70%, e, all'inverso, quello dell'Africa settentrionale, che varia tra un 26% di donne a livello nazionale, ad un 24% nella città di Milano. Credo che queste simmetrie tra dati nazionali e dati milanesi rendano conto, anche se solo a livello numerico, di due tipologie di processi completamente differenti: da una parte una migrazione quasi totalmente femminile, caratterizzata da partenze di donne sole e dal

⁹ Fonte: Blangiardo, 2002.

ricongiungimento successivo degli uomini; dall'altra parte invece il Nord Africa con un processo opposto. Nel mezzo di questi due estremi si muovono tutti gli altri paesi, a sottolineare la pluralità di possibilità.

Tabella 2: La presenza femminile nel comune di Milano per area di provenienza¹⁰

Area di provenienza	% Donne	% Uomini
America Latina	71,2	28,8
Asia	51,3	48,7
Est Europa	30,1	69,9
Altri paesi Africa	41,8	58,2
Nord Africa	24,1	75,9

Vorrei aggiungere ancora alcuni dati che mostrano le differenze di genere tra gli stranieri presenti nel comune di Milano. Dagli indicatori a disposizione emerge un'immagine delle donne immigrate più integrate rispetto agli uomini, sia perché mediamente caratterizzate da maggiore stabilità residenziale, sia perché generalmente più regolari: tra le donne straniere che vivono a Milano quasi il 70% vi è residente, mentre gli uomini che hanno stabilito nella città la loro residenza si aggirano intorno al 61%; le donne in possesso del permesso di soggiorno sono l'85%, mentre gli uomini l'83%. Il tipo di permesso più ricorrente è per gli uomini quello lavorativo (75,1%), mentre per le donne quello del ricongiungimento familiare (44,8%).

Quasi il 40% delle donne proviene dall'Asia, e il 28,1% dall'America latina, mentre il 31,3% degli uomini proviene dal Nord Africa e il 29,4% dall'Asia. A questi dati sono direttamente collegati quelli riguardanti la religione: il 52% delle donne è cattolico, seguite dal 20% di musulmane, e dal 6,7% senza nessuna religione. Per gli uomini invece la religione più diffusa è l'Islam (41,4%), seguita dal cattolicesimo (34,9%)¹¹.

¹⁰ Fonte: elaborazione dati Osservatorio Fondazione Cariplo ISMU, 2000.

¹¹ Fonte: Blangiardo, 2001.

Il dato dell'appartenenza religiosa è un dato molto importante perché, come mostrano vari studi¹², si tratta di un notevole fattore di attrazione poiché permette un rapido inserimento nella società di arrivo, sia a livello materiale, per la casa e il lavoro, sia ad un livello simbolico: sebbene lontani dal proprio paese e circondati da estranei, l'appartenenza religiosa permette di sentirsi comunque parte di un gruppo, di una comunità più ampia.

Per comprendere i tempi, le modalità migratorie, e le motivazioni dei progetti migratori, è bene guardare brevemente alle tipologie familiari degli stranieri presenti a Milano, nonché alla presenza o meno di figli e, nel caso ci siano, alla loro convivenza con i genitori. La costituzione di famiglie (createsi qui o ricostituite tramite il ricongiungimento familiare) e la presenza di figli, sono infatti due componenti fondamentali per individuare soprattutto il percorso di stabilizzazione in atto e il grado di radicamento raggiunto.

Per ciò che riguarda la tipologia familiare, nel 2000 il 18,2% di cittadini stranieri presenti nel comune di Milano viveva solo, il 10% con il coniuge, il 14% con coniuge e figli, il 26,2% con amici o conoscenti, e il 31,6% secondo altre possibilità¹³. Possiamo osservare inoltre nella tabella 3 i dati concernenti la regione Lombardia, dati che, sebbene poco confrontabili con quelli precedentemente forniti, possono mostrare accuratamente le forti differenze che troviamo nella creazione delle varie tipologie di nuclei familiari al variare dell'area di provenienza e del genere.

La prima caratteristica che si può notare è che nell'ambito della sola popolazione maschile gli individui senza alcun nucleo familiare sono predominanti. Ma solo relativamente inferiore è la percentuale degli uomini con una tipologia familiare tradizionale, dunque con moglie e figli. E' in evidenza inoltre il fatto che per gli uomini le differenze secondo la regione di provenienza sono molto limitate: le percentuali sono abbastanza simili per tutte.

¹² Tognetti Bordogna, 1991b; Roque, 2000; Campani, 2000; Grasso, 1994.

¹³ Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Fondazione Cariplo- Ismu, 2000.

Tabella 3: Distribuzione degli stranieri presenti in Lombardia rispetto al tipo di famiglia acquisita, all'area di provenienza e al sesso all'1.1.2002¹⁴

Tipologia familiare	Area di provenienza									
	Est Europa		Asia		Nord Africa		Altri Africa		America Latina	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Senza nucleo	51,1	26,9	45,0	24,8	56,7	19,8	50,5	38,3	53,0	29,9
Coniugato/a	9,5	13,1	6,9	12,3	7,0	11,1	9,2	12,0	7,3	6,8
Coniugato/a con figli	36,1	42,9	43,0	54,5	32,2	58,4	34,1	33,8	27,3	29,1
Monoparentale	1,4	8,5	1,4	4,8	0,9	5,1	2,3	9,9	6,8	24,2
Convivente	1,4	5,5	3,4	1,8	2,2	2,0	3,0	4,3	3,0	5,7
Convivente con figli	0,5	3,1	0,3	1,7	1,0	3,6	1,0	1,7	2,7	4,3
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Un po' meno simili sono le esperienze femminili. Le percentuali mostrano infatti tipologie migratorie differenti: per tutte le aree di provenienza la tipologia più rappresentata è quella della famiglia con figli, di tipo tradizionale. Solo per le donne giunte dall'America Latina la percentuale più alta è quella di donne senza alcun nucleo e quasi altrettanto alta è quella dei nuclei monoparentali.

Anche per le donne provenienti dall'Africa centro-meridionale, le donne senza nucleo sono più numerose delle donne con marito e figli. Basti pensare infatti alla grande quantità di donne immigrate dal Corno d'Africa che si sono spesso mosse da sole, in fuga da zone di guerra. Per ciò che riguarda invece le donne nordafricane, i dati mostrano tutt'altro tipo di immigrazione giacché quasi il 70% è coniugata e solo il 19,8% è priva di nucleo familiare.

Da questi dati si individuano molte possibilità di percorsi migratori, in piccola parte riconducibili ad una peculiarità per area di provenienza, ma soprattutto comprensibili soltanto a partire dalle esperienze personali, che essendo varie tra loro sono difficilmente riducibili a categorie.

¹⁴ Fonte: Blangiardo, 2002.

E' interessante valutare la sequenza degli eventi biografici realizzata dalle donne straniere presenti in Lombardia con una famiglia, così da mostrare come e quanto la famiglia assuma importanza all'interno di un progetto e di un percorso migratorio. Inoltre il comportamento riproduttivo delle persone che si trovano a vivere in un paese straniero risente molto della tipologia di percorso migratorio, della forma familiare acquisita e della fase di vita che le caratterizza.

Le donne che hanno maturato la scelta della migrazione all'interno di una coppia coniugata sono il 39% circa, (contro il 46% degli uomini nella stessa condizione). Tra queste le modalità di sequenza cronologica maggiormente seguite sono:

- Matrimonio, migrazione dell'uomo, nascita del primo figlio e infine migrazione della donna. E' la modalità più rappresentativa, poiché coinvolge il 23% delle donne. Hanno compiuto questo tipo di percorso circa 1/3 delle donne provenienti dall'Est Europa, oltre 1/4 delle asiatiche e circa il 29% delle latino americane.
- Partenza dell'uomo, matrimonio (normalmente entro il primo anno), emigrazione della donna, nascita del primo figlio. Tale sequenza è caratteristica soprattutto per le donne africane (31% delle donne giunte dal Nordafrica e 26% delle donne provenienti dal resto dell'Africa). Bisogna sottolineare infatti che il 48% circa dei casi sono costituiti dall'emigrazione dell'uomo come primo evento.

Oltre alle due combinazioni precedenti ne esistono altre di vario tipo, anche se meno diffuse di queste. In generale, tra le donne, troviamo una quota leggermente inferiore (22%) di sequenze di eventi riconducibili ad una scelta di migrazione paritaria o autonoma della donna. Si distinguono in particolare le donne latino americane, che nel 40% dei casi hanno intrapreso autonomamente, o al più insieme al partner, l'emigrazione¹⁵.

L'ultimo aspetto che credo sia importante valutare per avere un quadro completo delle possibili circostanze di vita che si vengono a creare per le donne che migrano, e, soprattutto, importante ai fini di questa ricerca, è un quadro della presenza di figli, e della loro convivenza o meno con la madre.

¹⁵ Fonte: Blangiardo, 2002.

I dati disponibili riguardano il Comune di Milano, e permettono di osservare il numero medio di figli per donna a seconda dell'area di provenienza e la loro coabitazione con la madre (tabella 4 e 5).

Tabella 4: Numero medio di figli tra le donne straniere presenti a Milano nel 2000 secondo la Provenienza.¹⁶

AREA DI PROVENIENZA	NUMERO MEDIO DI FIGLI
Est Europa	0,59
Nord Africa	0,87
Altri Africa	0,66
Asia	1,22
America Latina	1,08
Totale	1,02

Notiamo nella tabella 4 alcune differenze a seconda della provenienza delle donne: le donne asiatiche hanno infatti il numero di figli più elevato, seguite dalle donne sudamericane, mentre le donne provenienti dall'Est europeo presentano un numero di figli, rispetto alle altre, piuttosto basso. Questo è certamente riconducibile a tipologie migratorie completamente diverse.

Più interessanti ancora però sembrano i dati presenti nella tabella 5, riguardanti la presenza e la localizzazione dei figli.

Tabella 5: Percentuale delle donne straniere presenti nel 2000 a Milano con figli secondo l'area di provenienza.¹⁷

	Est Europa	Nord Africa	Altri Africa	Asia	America Latina
Con figli:	35,7	55,4	30,4	60,5	52,8
Tutti coabitanti	88,9	87,1	61,1	51,0	30,3
In parte coabitanti	11,1	3,2	16,7	4,8	6,1
Nessuno coabitante	-	9,7	22,2	44,2	63,6

¹⁶ Fonte: Osservatorio Fondazione Cariplo – Ismu, 2000.

¹⁷ Fonte: Osservatorio Fondazione Cariplo – Ismu, 2000.

Si nota, infatti, che per tutte le aree di provenienza le percentuali di donne con figli sono molto elevate e che corrispondono all'incirca al numero medio di figli: le donne dell'est Europa e quelle dell'Africa sub-sahariana sono infatti quelle con la media di figli per donna più bassa, e, allo stesso tempo, i due gruppi al cui interno la percentuale di donne con figli è più bassa. Ugualmente, le donne dell'Asia e dell'America Latina sono invece quelle che in maggior numero hanno figli, e il numero medio di figli per donna è più alto che negli altri gruppi.

Inoltre troviamo ancora grosse differenze per ciò che riguarda la coabitazione dei figli con la madre, fattore che mostra le varie possibilità di creazione di nuclei familiari nella migrazione. Si tratta di situazioni che spesso e volentieri dipendono, più che dalla volontà e dal desiderio della donna, dalle condizioni socio-economiche che caratterizzano la migrazione. Conta inoltre molto la volontà di non radicarsi necessariamente in un luogo altro, ma di mantenere le proprie radici e la propria discendenza nella propria terra di origine, mantenendo così aperta la possibilità del ritorno.

Soprattutto nel caso in cui siano le donne ad emigrare per prime, i figli vengono spesso lasciati alle cure del padre o dei nonni e magari vengono fatti arrivare in Italia solo successivamente. Notiamo infatti che, se nel caso delle donne dell'Europa orientale o delle donne del Nord Africa i figli sono pressoché tutti coabitanti con la madre, questa situazione non è così scontata per le donne del resto dell'Africa e per quelle che provengono dal continente asiatico.

Tra le donne latinoamericane, ben il 63,6% delle donne con figli non li ha con sé. Sicuramente questo dipende in larga parte dalle modalità di percorso migratorio; a volte si parte pensando di far giungere il bambino dopo qualche mese e poi ci si accorge dell'irrealizzabilità del progetto.

Non sono solo questi i casi di non coabitazione, ne troviamo altri due diversi: il primo è il caso di donne che, una volta nato il bambino in Italia, lo riportano al proprio paese, affidandolo alle cure dei genitori. Questo non avviene solo per questioni economiche, ma anche soprattutto per permettere al bambino di crescere nella sua terra di origine e per la paura che perda la sua identità e la sua lingua crescendo in un paese straniero. Ciò

dipende in generale dal fatto che la maggior parte dei progetti migratori sono pensati non durare più di qualche anno, e dunque si teme un rifiuto del proprio paese da parte del bambino, se lo si lascia crescere nel paese di immigrazione. Drammaticamente però non sempre i progetti restano tali, e spesso i bambini diventano adulti prima che i genitori ritornino in patria (Breviglieri, Cologna, 1999; Favaro, 1994).

Il secondo caso è se possibile ancora più drammatico, ed è costituito soprattutto dalle donne provenienti da zone di guerra (molto spesso per esempio dal Corno d’Africa, dove da decenni la guerra è continua), che una volta stabilitesi qui e trovato un lavoro, richiamano i figli, per permettere loro una via di uscita dalla guerra, e, spesso, per impedire che vengano reclutati ancora ragazzini nell’esercito. Ma il lavoro più diffuso tra queste persone (domestica o collaboratrice familiare), nella maggioranza dei casi non permette loro di tenere i bambini nello stesso luogo.

Così i bambini vengono mandati in istituti e collegi dove perdono comunque i contatti con la madre, abbandonano completamente e molto rapidamente la loro lingua madre, subendo, nel giro di pochi anni, un processo di assimilazione che li allontana sempre più dalla madre, fino a farla diventare quasi un’estranea (Breviglieri, Cologna, 1999).

Si capisce dunque che l’arrivo dei figli nel paese di immigrazione ha per tutte le donne un significato simbolico, di radicamento nel paese straniero. I figli costringono ad una relazione più profonda, stretta e complessa con la società di accoglienza, relazione che in alcuni casi viene rifiutata, nella speranza di un rapido ritorno al proprio paese, in altri invece viene alimentata e desiderata, nel tentativo di individuare finalmente un luogo dove vivere con i propri figli.

CAPITOLO 2

STUDI E RICERCHE SULLE MIGRAZIONI FEMMINILI

2.1 IL RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE

L'esperienza migratoria femminile è oggi al centro di numerosi studi e ricerche. Si tratta, infatti, di un argomento di studio nuovo e molto importante per capire le trasformazioni che coinvolgono la società italiana.

Gli studi sulle migrazioni maschili, o sulle migrazioni in generale, si sono sempre occupati sostanzialmente delle questioni economico-occupazionali, un aspetto decisamente importante ma molto limitato. Quelli che riguardano le migrazioni femminili cercano invece, per la maggior parte, di analizzare le esperienze di vita nella loro complessità.

Non ci si limita dunque a considerare gli obiettivi della migrazione, ma anche tutte le condizioni di inserimento nella realtà italiana, di riformulazione dell'identità, della trasformazione dei rapporti con i familiari.

Con la rapida crescita dell'immigrazione femminile durante gli anni '90, alla società italiana è stata richiesta una crescente attenzione, legata a nuovi bisogni sociali, sanitari, educativi e abitativi. Inoltre sono venute alla luce nuove questioni che né l'immigrazione maschile, né l'immigrazione nascosta femminile, priva di figli e spesso irregolare, avevano mai posto.

Alcuni studi si sono concentrati sulla questione dei ricongiungimenti familiari poiché, sebbene non sia un'esperienza che coinvolge tutte le donne immigrate, resta un elemento importante per capire alcune esperienze di immigrazione.

Lo studio di Mara Tognetti Bordogna del 1991 ha analizzato a fondo il fenomeno allora appena cominciato, individuando tre tipologie che chiariscono almeno in parte la varietà di situazioni che si erano venute a creare:

- Il ricongiungimento maschile: quello numericamente più consistente, che è dato dall'arrivo della donna a volte con anni di distanza rispetto al marito, e spesso non per una sua decisione autonoma;
- Il ricongiungimento femminile: ossia l'arrivo di marito e figli delle donne "pioniere";
- Il ricongiungimento di secondo livello: quello di donne che sposano un uomo rientrato al paese e con lui emigrano.

I problemi che nascono da questi ricongiungimenti sono vari e numerosissimi, ma sono stati divisi, dagli studiosi del fenomeno, sostanzialmente in due categorie: per le donne che arrivano al seguito del marito, la problematica maggiore è quella di auto-esclusione dalla società di arrivo e di creazione di rapporti di totale dipendenza dall'uomo. La prima difficoltà è normalmente quella linguistica, che può portare col tempo, in alcuni casi, alla mancanza assoluta di rapporti sociali al di fuori dei rapporti di coppia. Inoltre, nel caso in cui l'uomo sia emigrato molto tempo prima, il rapporto tra marito e moglie può essere quasi inesistente e andrà consolidandosi in condizioni di forte squilibrio: la donna si trova in un momento di temporanea perdita, o di rimessa in discussione della propria identità, mentre l'uomo ha già superato questo processo.

A ciò si aggiunge la mancanza di forme di socialità conosciute dalla donna, che spesso tenta di ricostruirsi un ruolo all'interno della famiglia il più tradizionale possibile, relegandosi in casa. Solo un gruppo femminile di appoggio, la cui presenza in Italia non è automatica come in molti dei paesi di origine, permette di raggiungere un grado di autonomia dal marito sufficiente ad inserirsi nel nuovo contesto¹⁸.

La seconda categoria di problemi utilizzata per analizzare il fenomeno del ricongiungimento include le difficoltà a cui devono fare fronte le donne immigrate da sole, senza marito e famiglia.

Numerose donne sono giunte in Italia da sole con un obiettivo lavorativo ed economico. Altre invece emigrano spinte dalla necessità di staccarsi almeno in parte dalla propria

¹⁸ Tra le popolazioni immigrate è infatti prevalente il modello abitativo nucleare. Tutte le attività legate al privato (la casa, i bambini), che erano nel proprio paese gestite collettivamente dal gruppo delle donne appartenenti alla stessa famiglia allargata, devono essere qui gestite autonomamente dalla donna da sola. (Tognetti Bordogna, 1991a)

tradizione e di uscire dal proprio contesto sociale. In questi casi l'arrivo in Italia del marito che davanti alla perdita di punti di riferimento tenta di ricostruire (esattamente come la donna nel caso precedente) almeno nel privato, una situazione conosciuta, può portare grossi problemi.

La presenza di marito e figli riporta spesso queste donne ad una condizione di dipendenza economica e di riappropriazione, molto complessa, del ruolo di moglie e madre. Tale riappropriazione, tra l'altro, non sempre riesce, poiché spesso il lavoro non permette di assumere allo stesso tempo i due ruoli, di donna lavoratrice e di madre.

Per ciò che riguarda i progetti di ricongiungimento al marito precedentemente emigrato, essi non sono normalmente agiti in prima persona ma subiti dalle donne (Favaro, 1991); inoltre essi non sono che una piccola parte di un percorso migratorio: la semplice motivazione di partenza.

Sembra dunque limitante guardare ad una scelta così totale e totalizzante¹⁹ soltanto da un punto di vista esterno che separa le donne arrivate al seguito del marito e quelle immigrate per questioni di lavoro. Si tratta di una categorizzazione sicuramente utile per dare un quadro descrittivo di questo fenomeno ma eccessivamente riduttiva.

La realtà è molto più sfaccettata e complessa, perché, anche volendo riunire tutte le donne giunte in Italia tramite il ricongiungimento in un unico insieme, noteremmo poi nel proseguimento dei loro percorsi migratori situazioni molto diverse. D'altra parte, donne che hanno intrapreso la migrazione per emanciparsi e allontanarsi dal gruppo di origine, possono aver modificato ampiamente i loro progetti. Spesso diventano, infatti, il primo anello di una lunga catena migratoria che richiama la stessa famiglia nel paese di immigrazione.

Il fatto di considerare la migrazione femminile come appendice di quella maschile non permette di valutare molti aspetti che sono seguenti al momento migratorio vero e proprio. Dal momento in cui la decisione della migrazione è stata presa e il percorso iniziato è la donna a dover attuare delle tattiche di inserimento. Questo significa mettere in atto strategie di comportamento nuove che non coincidono né con quelle del paese di

¹⁹ Abdelmadedek Sayad ha parlato per primo della migrazione come "fatto sociale totale" (Sayad, 1996).

origine né con quelle del paese di accoglienza, e vanno proprio per questo inventate personalmente.

Il ruolo della donna non è in questo caso passivo e senza importanza, è un ruolo attivo che si manifesta nella creazione di forme culturali nuove, attraverso processi complessi di socializzazione e di acculturazione vissuti dalle donne nel passaggio tra due mondi (Tognetti Bordogna, 1991a).

Queste nuove forme culturali sono propriamente la prova della

“porosità di ogni cultura in contatto con un ambiente altro dal suo ambiente di origine.”
(Perotti, 1992 p.7)

Anche Zehraoui, sociologo francese che si è dedicato allo studio delle migrazioni e del loro impatto sulle società di arrivo, ha analizzato l'importanza e i significati dei ricongiungimenti familiari. Nello studio dell'immigrazione africana in Francia, l'autore distingue due tipologie fondamentali di migrazione.

La *migrazione individuale di ritorno*: legata a motivazioni economico-occupazionali, è caratterizzata da un'integrazione di tipo funzionale, dove i luoghi di socialità e di contatto sono sostanzialmente quelli lavorativi.

La *migrazione familiare di popolamento*: è una forma di migrazione che mette in gioco fenomeni di mutamento sociale e di partecipazione alla vita sociale e politica della società di arrivo del tutto diversi (Zerhaoui, 1995a, 1995b).

Zerhaoui (1994) mette in evidenza le caratteristiche della famiglia immigrata ricongiunta:

“Quando si parla di famiglia qui, bisogna tenere conto del fatto che il ricongiungimento familiare porta alla creazione di famiglie con forme ben determinate e ben precise. Infatti, la forma che prende la famiglia ricongiunta nel paese di immigrazione dipende, in buona parte, dalle condizioni economiche, sociali e politiche in cui esso è effettuato e in primo luogo dalla struttura sociale della famiglia come istituzione nel paese di immigrazione, principalmente perché è essa che costituisce il quadro di riferimento delle norme giuridiche in vigore. Non è

dunque una famiglia casuale, quella ricongiunta: il ricongiungimento è limitato, nel caso della Francia come nel caso della maggior parte dei paesi di immigrazione, all'arrivo del coniuge e dei bambini, se esistono, per formare una famiglia nucleare, la cui forma non ha niente a che vedere con quella del paese di emigrazione." (Zehraoui, 1994, p. 59-60)

Il ricongiungimento familiare non permette agli immigrati di ricostruire delle forme familiari a loro note. Questo provoca uno squilibrio all'interno della famiglia che va risolto attraverso un cambiamento di ruoli, una trasformazione processuale dell'identità dell'intera famiglia.

2.2 MODIFICAZIONI DEI RUOLI DI GENERE

Le prime modificazioni toccano i ruoli di genere. Le migrazioni hanno contribuito in modo sostanziale ai processi di mutamento che si possono dividere in tre gruppi:

- Trasformazioni nei paesi di emigrazione
- Trasformazioni soggettive nei paesi di immigrazione
- Trasformazioni nelle società di arrivo

I numerosi spostamenti individuali, se sommati tra loro, creano enormi trasformazioni collettive anche nei paesi di emigrazione. L'enfasi posta sull'immigrazione nel nostro paese ci fa spesso dimenticare che probabilmente il maggior cambiamento si è prodotto prima della partenza.

Ramírez (2000) parla dei cambiamenti che hanno avuto luogo nella società marocchina; credo, tuttavia, che le sue considerazioni siano valide per molti, se non tutti, i paesi di emigrazione.

L'antropologa mostra due fattori importanti che incidono direttamente sull'emigrazione femminile: l'aumento di autonomia delle donne e l'aggravamento delle crisi economiche, climatiche o sociali.

Nel primo elemento rientrano le modificazioni che si stanno verificando per ciò che riguarda le relazioni coniugali e familiari, l'accesso delle donne alla formazione, alla politica, al lavoro. Non bisogna pensare, infatti, che le società di emigrazione siano

statiche, senza processi sociali di cambiamento in atto. Si tratta, invece, per lo più, di società dove processi e trasformazioni di ordine storico, geo-politico e sociale si stanno verificando da sempre, ma ultimamente, forse, con maggiore rapidità. Soprattutto si tratta di paesi e persone che sono, ormai da secoli, legati ai paesi europei da rapporti di forza e di subordinazione. Tali contatti e legami hanno chiaramente determinato trasformazioni importanti ad ogni livello della vita e delle istituzioni sociali.

I cambiamenti coinvolgono anche i ruoli di genere e l'identità della donna che vanno lentamente trasformandosi, con ritmi diversi a seconda dei contesti.

Il secondo gruppo di fattori potrebbe definirsi almeno in parte come la conseguenza di questi trasformazioni. In Africa, in particolare dopo il raggiungimento dell'indipendenza, molti paesi si sono trovati in situazioni di crisi che hanno assunto un carattere strutturale. Si tratta di contesti molto diversi tra loro, che non è possibile analizzare qui; tuttavia l'impoverimento, la mancanza di lavoro e di sostentamento e i conflitti permanenti hanno sicuramente un ruolo importante tra le cause delle emigrazioni (Ramírez, 2000).

Per ciò che concerne l'autonomia della donna, l'accettazione delle migrazioni individuali femminili è indizio di un grande mutamento, perché fino a poco tempo fa i movimenti migratori delle donne erano determinati solo da circostanze familiari e coniugali. L'emigrazione di una donna sola è indice di una forte emancipazione, poiché può rappresentare, in alcuni casi e in determinati contesti, una scelta non tradizionale.

Il fatto che una donna sola scelga di emigrare comporta, ancora in molti casi, una rottura con la famiglia e con la tradizione; è una scelta che va contro la "normalità" ma che deriva da cambiamenti in atto, che permettono almeno di immaginare la possibilità della partenza.

Dal momento in cui in un gruppo (famiglia, villaggio, società) una o più donne sceglieranno questa via, essa entrerà a far parte dell'insieme delle possibilità di vita tra cui scegliere per le altre. Nasce così una catena di trasformazioni causate dalla partenza anche di un solo membro del gruppo, a cui poi normalmente seguono altri (a formare la nota catena migratoria), che a loro volta inseriscono tra le possibili scelte di vita quella dello spostamento in un altro paese.

Il rientro, anche se temporaneo, delle persone precedentemente emigrate, ha due effetti sostanziali sulla società di partenza: da una parte stimola gli altri a partire, dall'altra chi rientra porta con sé nuove forme culturali, che vanno così a modificare ulteriormente la realtà socio-culturale di origine. Da queste nuove forme socio-culturali nasceranno poi nuovi stimoli alla partenza, perché si sentirà la società di immigrazione come più vicina alla propria (Belarbi, 2000).

Anche l'emigrazione maschile ha forti conseguenze sulla struttura della società. Si pensi solo agli effetti sulla struttura familiare: in mancanza delle figure adulte maschili, i più giovani e le donne acquisiscono ruoli più importanti per il sostentamento della comunità. Gli uomini si limitano ad inviare il denaro guadagnato all'estero e le donne si occupano della gestione di tutto il resto. Al momento del ritorno o del ricongiungimento la divisione del lavoro e della conduzione familiare non sarà più la stessa; andranno allora cercati nuovi modi di convivenza (Nicollet, 1992).

Campani (2000) sottolinea d'altra parte che perché le emigrazioni (sia di donne sia di uomini) siano possibili, è necessario il mantenimento di alcune istituzioni fondamentali, come quella della famiglia allargata nel paese di origine. Essa è fondamentale per assicurare la cura di anziani, malati e, nel caso siano le donne a partire, dei bambini:

“Perché l'emigrazione sia possibile, deve sopravvivere quel tanto di famiglia allargata a cui possano fare riferimento il marito e i figli al momento della partenza della moglie e della madre” (Campani, 1992, p.281).

Non è detto però che la famiglia allargata sia in grado di riprodursi ulteriormente, proprio a causa dei cambiamenti che le emigrazioni generano.

“La questione che si pone dunque è quali saranno i prezzi che il cambiamento farà pesare sulle prossime generazioni, in termini di anomia, disagio psichico e sociale, esclusione...” (Campani, 2000, p.170)

Il secondo gruppo di trasformazioni consiste nelle modificazioni attuate dalle persone per adattarsi ai nuovi contesti di vita. I cambiamenti nei ruoli familiari e di genere sono fondamentali anche per capire come si strutturano le famiglie nel paese di immigrazione. Esse possono essere distinte tra famiglie ricongiunte e famiglie formatesi nel paese di immigrazione.

Come ha sottolineato Tognetti Bordogna (1994b), le famiglie ricongiunte hanno tutte trascorso un periodo di separazione forzata dei membri, che li ha portati a vivere in contesti culturali ed economici diversi. Questo provoca, al momento del ricongiungimento, la necessità di un periodo di riassetamento delle identità e dei ruoli. La creazione di un nucleo familiare nel paese di immigrazione è forse invece più semplice perché coinvolge due persone che hanno già iniziato questo processo di riassetamento identitario singolarmente.

Resta comunque il fatto che:

“(...) l’immigrazione colloca uomini e donne in posizioni reciproche nuove, di cui non è facile percepire immediatamente l’originalità.” (Nicollet, 1992, p.119)

Si tratta di un processo in corso; non tutte le famiglie immigrate ne sono attualmente coinvolte, ma probabilmente esso si estenderà col tempo ad un numero sempre maggiore di persone.

In molti casi la donna deve acquisire una diversa forma di autonomia, che non consisterà più solo nel controllo della casa e di tutto ciò che le è legato, ma in un insieme di relazioni e di occupazioni esterne alle mura domestiche. L’autonomia economica da queste ricavate, le porrà in una posizione di maggior forza nei confronti del marito con il quale si verrà a creare una relazione differente (Campani, 2000).

Una ricerca sociologica svolta all’inizio degli anni ‘90 (De Luca, Panareo, Perrone, 1994) tra le donne della comunità senegalese di Lecce ha mostrato alcune caratteristiche di questi mutamenti.

Prima di tutto è stato notato che la trasformazione dei ruoli di genere spesso è ostacolata non dalla stessa coppia, o dalla famiglia, bensì dall’intera comunità. Spesso non è il

marito a togliere autonomia alla donna per mantenere la propria posizione di potere, ma il resto del gruppo, che costituisce un fondamentale punto di riferimento nel paese di immigrazione, con la sua disapprovazione. La donna che lavora è considerata male, si sente biasimata per quello che fa e il proseguimento del suo percorso verso l'autonomia può portarla alla perdita del gruppo di appoggio.

I ricercatori sottolineano l'importanza della condanna di alcuni comportamenti da parte delle donne della comunità. La sanzione per chi trasgredisce le norme più tradizionali è l'esclusione dal gruppo, e questo dà alla comunità un notevole potere normativo sui suoi componenti che forse è ancora più forte qualora ci si trovi in un paese straniero.

La ricerca evidenzia, inoltre, alcuni radicali mutamenti nel rapporto tra i sessi: la tradizione è mantenuta ma riadattata e le donne si creano degli ambiti di loro sola gestione. Innanzi tutto si occupano pienamente dell'istruzione dei figli e della loro promozione sociale. In secondo luogo tentano di emancipare dalle tradizioni androcentriche le figlie femmine a volte più che se stesse. Fanno in modo che siano date loro le stesse possibilità di istruzione e di formazione dei figli maschi. Si tratta dunque di un'emancipazione femminile non personale, che interessa un'altra generazione. Non per questo è meno importante: si tratta di processi che difficilmente avvengono in modo rapido e forse il cambiamento maggiore sarà percepito proprio con il salto generazionale.

Le donne immigrate si staccano dalla tradizione per permettere alle loro figlie una vita più autonoma e una condizione più paritaria con gli uomini, condizioni che magari loro non hanno mai avuto, ma che auspicano e desiderano fortemente per le loro figlie; questa è già una forma di emancipazione.

I grandi cambiamenti non si fermano qui; c'è un terzo polo importante: la società di arrivo. L'interrogativo da porsi, infatti, è: solo i nuovi arrivati modificheranno le loro abitudini e il loro *modus vivendi* per adattarsi al nostro? Oppure anche la nostra società sarà modificata dalla loro presenza?

Si tratta di processi in corso, per cui molto difficili da analizzare con chiarezza; inoltre, essendo il fenomeno immigratorio relativamente recente, gli studi si sono limitati ad ambiti specifici: in particolare quello economico e quello del mercato del lavoro.

Per ciò che riguarda la struttura sociale, anche se si percepiscono alcune possibilità di una trasformazione, essa non è ancora palese; resta un'intuizione per il momento non provata dai fatti.

Se, come si è detto²⁰, non si può pensare alla società italiana come ad un insieme di pezzi senza contatto gli uni con gli altri, si dovrà ipotizzare che la convivenza conduca a dei cambiamenti. Essa infatti, soprattutto se avviene nella prima fase di vita (quella della socializzazione e della formazione) presuppone uno scambio di saperi tra le parti.

Difficile dire come e se le nostre abitudini e tradizioni, per ciò che riguarda i rapporti di genere, saranno modificati dalla presenza di queste persone nella nostra società. Tuttavia da questa mescolanza potrebbero nascere nuovi modi di vivere e di strutturare la famiglia. Il differente valore dato alle relazioni sociali e alla presenza di reti di solidarietà e sostegno, per esempio, potrebbe essere un primo passo verso il cambiamento. L'importanza e la capacità di vivere in contesti di intensa socialità, che noi abbiamo perso, potrebbero forse esserci reinsegnati da chi non ha abbandonato le sue abitudini ma ha anzi cercato di ricostruirle in Italia.

2.3 I RETICOLI SOCIALI

Gli studi sulle reti sociali, la *social network analysis*, sono molto importanti per osservare e analizzare il fenomeno migratorio. L'idea di rete sociale non nasce con gli studi delle migrazioni, ma è da essi notevolmente utilizzata²¹ In questi studi l'idea di rete sociale serve ad indicare un insieme di relazioni fra individui che si vengono a instaurare durante il percorso migratorio.

“Il migrante è comunemente inserito in uno o più reticoli sociali, in buona misura riconducibili alle diverse nazionalità degli immigrati ma anche, assai più frequentemente, ad appartenenze più ristrette costituite da legami fra membri di un gruppo che possono essere legati

²⁰ Si veda cap.1 § 3.

²¹ Per approfondire la nascita e l'utilizzo del concetto di rete sociale rimando a Scidà, 1998.

da uno o più dei seguenti fattori: sangue, amicizia, appartenenza territoriale, etnica e/o religiosa, tradizioni culturali, ecc.” (Scidà, 1998, p.124)

La *network analysis* applicata agli studi migratori osserva la molteplicità di legami che collegano gli attori sociali prima, durante e dopo la migrazione. Si tenta così di comprendere quale sia la funzione delle relazioni sociali nella determinazione dei flussi migratori e delle strategie di inserimento.

Non bisogna, infatti, pensare ai reticoli sociali come a canali puramente strumentali, la cui funzione sia meramente economica o di supporto logistico per la partenza e l'arrivo. Si tratta, invece, di forme sociali essenziali che permettono la ricostruzione di un ambiente sociale vivibile, dove sia possibile ritrovare forme di comunicazione simboliche e linguistiche conosciute. Ciò permette ai partecipanti della rete di raggiungere un livello accettabile di stabilità emotiva, stabilità che risulta più difficile da mantenere nell'inserimento individuale nella società altrà. (Campani, 2000).

I primi utilizzatori in tutta la sociologia delle migrazioni del concetto di rete sociale sono Katuszewski e Ogien che nel 1978 se ne servono per analizzare le relazioni in un gruppo di immigrati algerini in Francia, e così la definiscono:

“un sistema aperto e approssimativo che include degli individui che sono altrettanti punti di connessione possibile e di congiunzione con altri reticoli, individui che si definiscono mutualmente in parecchie comunità etniche a seconda delle circostanze ed occupano delle posizioni diverse, ma non necessariamente gerarchizzate giacché emergono nel processo di un'interazione che suppone una dipendenza reciproca.” (Katuszewski e Ogien, 1981, p.15)

La sociologia delle migrazioni studia, dunque, le interazioni tra gli individui, la loro intensità e quantità, per individuare la loro capacità di agire materialmente e simbolicamente in un nuovo contesto.

Hannerz (1998) sottolinea che le persone gestiscono i significati in maniera diversa a seconda della loro posizione nella struttura sociale, dei ruoli che ognuno ricopre, e il

sesso, l'età e l'etnicità²² sono alla base di questi gruppi di ruoli differenti. La partecipazione ad uno o più reticoli sociali influisce in maniera decisiva sull'insieme di ruoli che un individuo riveste, e modifica la sua posizione nella società. Lo studio dei reticoli serve dunque a comprendere le modalità di partecipazione di un attore alla vita sociale, la sua integrazione o esclusione rispetto alla struttura sociale.

I reticoli legati alle migrazioni non sono però tutti uguali; Tognetti Bordogna (1991b) ne distingue cinque tipologie. Il *reticolo originario*: si crea nel Paese di origine e influisce sulla decisione di partire. È di tipo parentale o amicale e prepara alla partenza a livello sia simbolico sia materiale. Il *reticolo per la partenza*: è formato da persone che si trovano sia nel paese di origine sia nel paese di immigrazione, è di tipo parentale o amicale, ma spesso anche politico o religioso²³ ed è spesso essenziale al momento della decisione definitiva di partire. Il reticolo di *sostegno e di mantenimento dell'identità*: il più delle volte non è costituito da parenti, ma piuttosto si richiama ad un'appartenenza linguistica, o alla provenienza dalla medesima regione o area geografica. Il reticolo *internazionale o di rientro simbolico*: è costituito dal legame tra persone nel paese di origine e nel paese di immigrazione o tra vari paesi di immigrazione ed è quasi sempre di carattere familiare. Il *reticolo di inserimento*: si crea nel paese di arrivo e può essere costituito da immigrati e autoctoni e risulta fondamentale per l'adattamento e l'inserimento nella nuova società.

Alcuni studiosi si sono serviti della nozione di reticolo sociale per approfondire in particolare il tema delle migrazioni femminili (Andezian e Streiff, 1981; Balsamo F., 1997; Campani, 1992; Campani, 2000; Favaro, 1991; Grasso, 1994; Nicollet, 1992; Tognetti Bordogna, 1991b).

²² Per etnicità non si intendono qui caratteristiche ascritte di ordine naturale, come per lungo tempo essa è stata intesa, utilizzando questo termine in semplice sostituzione di quello di razza. Le etnie non esistono naturalmente, ma solo culturalmente, poiché si tratta di costruzioni simboliche mediante cui un gruppo arriva a definire il sé e l'altro collettivi. Un gruppo, dovendo distinguersi dagli altri, si autodefinisce come omogeneo, caratterizzato da tratti particolari facilmente distinguibili, che diventano così per gli appartenenti al gruppo quasi dei tratti naturali e immutabili (Fabiotti, 1995). L'importanza che è data da Hannerz all'etnicità non dipende dal fatto che essa sia considerata una caratteristica ascritta, ma che essa, influenzando sulla percezione e la definizione di sé come appartenente ad un gruppo specifico, costituisce un elemento fondamentale per l'individuo rispetto alla costruzione e alla gestione dell'insieme di tutti i ruoli che gioca nella sua esistenza sociale.

²³ Si veda la nota 13.

Questo risulta particolarmente utile a spiegare e analizzare sia le modalità di partenza sia quelle di inserimento nella società di accoglienza delle donne migranti. Infatti

“una donna che emigra da un paese all'altro, indipendentemente dalla causa che la spinge a emigrare, è sommersa da un nuovo sistema sociale che le offre una realtà completamente diversa da quella a cui era abituata. E questo per vari diversi aspetti: politici, economici, socioculturali, religiosi, linguistici, e anche climatici e alimentari.” (Belarbi, 2000, p.39)

Quasi tutte le ricerche sopra citate si concentrano proprio su questo punto del percorso migratorio: la funzione delle reti sociali come strutture di appoggio e di inserimento al momento dell'arrivo. Da quel momento comincia, infatti, per tutte una nuova vita, la vera attuazione di un progetto spesso fatto diversi anni prima. Le condizioni di arrivo sono chiaramente molto soggettive e dipendono dalla capacità di adattamento personale e dalla situazione con cui si entra in contatto, così come dalla presenza o meno di conoscenti o parenti. Non tutte le donne arrivano con una giusta preparazione mentale e materiale all'inserimento.

L'abitudine ad altre forme di socialità, ad altri ritmi di vita e la mancanza iniziale di sufficienti informazioni per decodificare una realtà totalmente diversa, hanno portato a parlare, per certi soggetti, di *choc culturale*. Il brusco passaggio tra due mondi può creare incapacità di agire e di comunicare; le donne immigrate tentano di separarsi dal contesto di origine ma non riescono ad appropriarsi di quello appena incontrato.

Il fattore più importante che permette l'accettazione e la successiva integrazione in un sistema sociale differente dal proprio è l'inserimento in un reticolo di relazioni sociali con persone che abbiano vissuto esperienze di vita in parte simili. Nel momento in cui, per qualsiasi motivo, l'inserimento non avvenga, è difficile per la donna integrarsi realmente nella società di accoglienza.

Le ricerche mostrano la maggiore importanza dell'esistenza di una rete sociale per le donne che per gli uomini. Soprattutto nei casi di ricongiungimento familiare, infatti, le donne immigrate corrono il rischio di ritrovarsi isolate restando in casa e con i bambini, un rischio meno frequente per gli uomini che hanno un'occupazione fuori dalle mura

domestiche. Anche le donne che lavorano, inoltre, spesso hanno occupazioni che le privano completamente del contatto col mondo esterno.

La rete sociale creata da persone che provengono dagli stessi luoghi, o che parlano la stessa lingua, o che hanno semplicemente vissuto l'esperienza migratoria, costituisce un ponte tra qui e là che rende meno traumatico il distacco e semplifica e incoraggia l'ingresso nel nuovo mondo.

Le ricerche mettono in evidenza due modalità opposte di funzionamento dei reticoli sociali. La prima consiste nella spinta all'inserimento più rapido e indolore possibile, con aiuto reciproco nell'apprendimento della lingua del paese ospite e nella scoperta di tutto ciò che può essere utile: negozi, servizi, persone. L'idea che sta alla base di questo modo di agire è quindi di integrarsi con la società di arrivo, pur mantenendo i legami con le proprie radici. La rete sociale costituisce allo stesso tempo un ponte verso l'esterno e un luogo dove ritrovare le proprie tradizioni.

Il secondo caso è invece quello in cui il gruppo assume la funzione di sostituzione della società più ampia. Queste reti tentano di costruire e di organizzare tutto ciò che è necessario alla sopravvivenza nel paese straniero, dalle relazioni sociali alle necessità materiali e ai servizi, così da poter limitare il più possibile i contatti con la società circostante. Un buon esempio di questo fenomeno a Milano è quello della comunità cinese, che si è chiusa territorialmente all'interno di un quartiere specifico, quello di Via Paolo Sarpi. È così riuscita a creare e soprattutto a mantenere negli anni una coesione interna e un distacco dalla società italiana pari a nessun altro gruppo.

In entrambi i casi le reti di donne immigrate mantengono una certa coesione e una precisa identità comunitaria. I modi più comuni con cui ciò avviene sono il contributo al mantenimento di alcuni aspetti dello stile di vita quotidiano del paese di origine e delle celebrazioni più importanti (riti, feste, ecc.) (Tognetti Bordogna, 1991b).

Nel contesto migratorio la cerimonialità diventa il luogo privilegiato dove rafforzare la propria identità di gruppo. Così, sull'espressività cerimoniale tradizionale si innestano nuove valenze e finalità che ne modificano la fisionomia (Alimenti, 1986).

Nella ricerca svolta da Andezian e Streiff (1981) all'inizio degli anni '80, riguardo ai reticoli sociali delle donne maghrebine a Marsiglia e ad Aix-en-Provence, si mette in

evidenza come le feste per nascite, matrimoni o quant'altro, siano i luoghi privilegiati per il rafforzamento delle relazioni interne al gruppo. Grande importanza è data in particolare alle pratiche religiose, legate all'Islam, che rappresentano un elemento di aggregazione notevole.

Un altro esempio ci è dato dallo studio dei primi anni '90 di Albert Nicollet (1992), che indaga vita quotidiana e relazioni sociali di donne provenienti da Senegal, Mali e Mauritania, immigrate a Le Havre. Nicollet dedica una parte del suo studio alle variazioni dell'estetica femminile delle donne africane in Francia proprio in occasione di feste o celebrazioni. Egli nota che il mantenimento di determinate abitudini riguardo all'abbigliamento, alla cura del corpo, al trucco, alla pettinatura, agli ornamenti, le aiutano a distinguersi dalle altre, a riconoscersi, e soprattutto a sentirsi parte di un gruppo preciso. Questo non tanto ad un livello materiale, estetico, ma soprattutto ad un livello simbolico: il *pagne*²⁴, che nei paesi di origine è utilizzato quotidianamente, nel paese di immigrazione è indossato in occasione delle manifestazioni sociali di un certo vigore e durante le feste per i quattro eventi fondamentali della vita: nascita, circoncisione, matrimonio, morte. Fa parte della simbologia dei gruppi, e rimanda alle loro concezioni più profonde, perciò se ne mantiene l'utilizzo che rafforza la coesione del gruppo.

Le reti di relazioni sociali nate nel paese di immigrazione, tuttavia, non sono sempre aperte a tutti senza distinzioni. In questi gruppi si creano e funzionano dei meccanismi di inclusione-esclusione. Il distacco dal gruppo può essere causato da vari motivi, come per esempio il tentativo di emanciparsi da tradizioni che si sentono troppo vincolanti per tentare un inserimento individuale nel mondo esterno. Questo allontanamento, anche momentaneo, può mutarsi in una forma di esclusione da parte del gruppo.

Questo caso oppure altri, dovuti a una libera scelta o a condizioni materiali (per esempio la lontananza e il lavoro) che impediscono lo svilupparsi di relazioni sociali, portano spesso a condizioni di estrema solitudine. Alla perdita del gruppo e della rete non sempre si sostituiscono nuovi rapporti sociali. La mancanza di relazioni diventa ancora

²⁴ Abito utilizzato abitualmente dalle donne in diversi paesi africani.

più penalizzante nella situazione di migrazione, situazione in cui tutto è messo in discussione, dal proprio sistema di valori alla propria identità. La creazione collettiva di ordini simbolici ibridi è più semplice di quella individuale e la riformulazione della propria identità è facilitata dalla presenza di altre persone nella stessa condizione.

2.4 L'IDENTITÀ FEMMINILE: TRADIZIONE E MODERNITÀ

Ogni persona che migra da un paese ad un altro deve elaborare un processo di cambiamento che le permetta di sostenere il conflitto della partenza e l'impatto con la società di arrivo. Si tratta di un processo di disorganizzazione e successiva riorganizzazione della propria identità. La sua importanza e difficoltà variano a seconda delle persone e dei diversi contesti di partenza e di arrivo. E' tuttavia dimostrato che in alcuni casi lo stress psicologico dovuto all'abbandono del mondo noto e all'interiorizzazione forzata di valori altri possano portare a conseguenze patologiche, sia di tipo fisico sia psichico (Grasso, 1994).

La questione del riadattamento dell'identità del migrante è dunque fondamentale per capire se e come funziona un percorso di radicamento in una società altra da quella di origine.

Come si è già sottolineato, per le donne ad una trasformazione dell'identità soggettiva si lega anche la trasformazione del ruolo nella società e della diversa percezione della femminilità nel nuovo contesto sociale. Le donne immigrate devono quindi sviluppare delle forme di comportamento nuove, che non sono né quelle del paese di origine né quelle del paese di arrivo. Devono riuscire a reinterpretare il loro ruolo femminile e il loro ruolo nella famiglia cercando di coniugare i due modelli e di farli convivere (Favaro, Tognetti Bordogna, 1991).

Anche da questo punto di vista è sempre necessario distinguere tra esperienze personali diverse ed è dunque difficile fare un discorso generico. La differenza maggiore resta quella tra le donne che provengono da grandi città e quelle che invece arrivano in una grande città straniera (come Milano) da aree rurali. Tra le une e le altre vi sono

differenze profonde circa il radicamento delle tradizioni e talvolta le tradizioni stesse non sono omogenee.

Le tensioni e le contraddizioni legate a questo processo di cambiamento sono molte: l'aspirazione è di mantenere allo stesso tempo la propria identità di donna, l'identità nazionale e al tempo stesso conseguire un certo grado di emancipazione. Identità e desideri che possono entrare in conflitto tra loro.

Campani (2000) nota come, in diversi studi sulle migrazioni femminili, la maggior parte delle considerazioni riguardo all'esperienza di vita delle donne immigrate sia descritta in termini di tradizione e modernità. Ciò comporta che alcune donne siano mostrate come reticenti al cambiamento, legate alle loro tradizioni; altre, invece, come maggiormente attratte dalla nuova vita moderna, attrazione che le condurrebbe ad abbandonare in toto la tradizione.

Si tratta di una categorizzazione che non solo si trova negli studi sull'argomento, ma che fa parte anche del sentire comune riguardo alle donne straniere. Secondo Campani il problema di questo approccio deriva dal fatto di considerare la coppia "tradizione – modernità" in maniera dicotomica e non dialettica.

“Per riuscire la modernità, le donne immigrate possono usare elementi della tradizione, combinare valori e pratiche culturali. Subalternità ed emancipazione non vanno meccanicamente attribuite ad una scelta di campo tra i valori e i modelli della società di origine o di quella d'accoglienza. Qualsiasi schematismo va abbandonato di fronte alla complessità delle traiettorie individuali e di gruppo.” (Campani, 2000, p.27)

Attribuire alle donne immigrate un ripiego identitario sulla tradizione, come tentativo di difesa verso tutti gli stimoli provenienti dall'esterno, è un modo di semplificare la questione. Il processo attuato in questa situazione è di negoziazione, di continua mediazione tra un modello e l'altro. Non esiste un conflitto reale tra tradizione e integrazione proprio perché le donne si pongono come naturali mediatrici di possibili conflitti. Spesso riescono a modificare la tradizione senza perderla, ma facendola convivere con nuovi modelli di comportamento e nuovi ruoli assunti nel paese di

immigrazione. Questa funzione di mediazione è svolta a più livelli: come moglie, nel tentativo di accedere ad un'autonomia necessaria per la donna ma nuova e potenzialmente pericolosa per l'uomo; come madre nell'educazione dei figli e nella loro cura, che quasi sempre trae ispirazione da modelli diversi che riescono tuttavia a convivere (Favaro, Tognetti Bordogna, 1991).

Questo processo di continua mediazione avviene dunque proprio nella quotidianità, dove le donne immigrate si adoperano per essere donne, mogli, madri in un contesto nuovo. La scoperta di una nuova vita quotidiana è necessaria perché è alla base di qualsiasi successivo inserimento in ambito lavorativo o sociale.

Secondo la ricerca di Nicollet per buona parte di queste donne, soprattutto se giunte nel paese di accoglienza con la famiglia, il luogo della nuova esistenza è privato; i valori dominanti che cercano di mantenere sono legati alla casa, al corpo (nutrirsi, abbigliarsi, curarsi, ecc.) e ai bambini (Nicollet, 1992).

Reinventare una modalità di vivere la quotidianità permette una stabilità emotiva che serve a compiere qualsiasi altro passo verso l'integrazione. Sicuramente alcuni avvenimenti particolari (una visita, una festa, una nascita, una morte) devono essere anch'essi ripensati e reinventati e servono a rafforzare una parte della propria identità. Ma alla base di tutto permane la routine, la ripetitività delle azioni che devono diventare naturali, automatiche. Su queste basi si formano le reti di solidarietà femminile, senza le quali il rimodellamento dell'identità individuale porterebbe a tensioni e conflitti interni devastanti.

Questi gruppi non servono solamente a facilitare i processi individuali ma anche a creare e mantenere viva l'identità di gruppo. Si tratta di identità altrettanto in bilico che spesso sono rafforzate da una netta separazione dall'ambiente circostante. In alcuni casi il distacco è dettato da necessità di tipo culturale: si sentono le proprie abitudini troppo separate da quelle dell'altro. In altri si tratta di un meccanismo di difesa, teso a rafforzare la propria identità. Proprio nel momento in cui essa è sminuita o addirittura cancellata da meccanismi sociali che permettono l'inclusione solo in caso di totale adattamento, la presenza e la forza di un gruppo permettono di percepirla come altrettanto se non più valida di altre.

La costruzione e il rafforzamento dell'identità del "noi" avviene sempre in rottura e in opposizione all'altro. Rafforzando, o in certi casi addirittura creando, questa opposizione, l'identità collettiva viene consolidata. È proprio questo il processo che avviene allo stesso tempo e parallelamente nella società italiana e nei gruppi di immigrati che tentano entrambi di accentuare la propria identità in opposizione a quella dell'altro (Fabietti, 1995).

Dal Lago, in un recente studio sulla costruzione dell'immagine di immigrato da parte della stampa italiana, ha mostrato come i migranti siano stati "costruiti" come nemici della società nazionale così da permettere che essa a sua volta si costruisse come tale:

"Quanto più il "qualcosa" di immaginario (volta per volta politico, simbolico, storico, culturale, ideale eccetera) che i membri di una società chiamata nazione avanza una pretesa di esistere, di essere reale, tanto più avrà bisogno di "nemici" che ne definiscano simbolicamente i confini." (Dal Lago, 1999, p.46).

Con ciò non si vuole certo sostenere che esista un'identità di gruppo omogenea e costante fino a quel momento, che, a un tratto, si trasforma in blocco. L'attribuzione ad un individuo o a un gruppo di un'unica identità

"rischia di irrigidire in un unico ruolo, un unico aspetto, un'unica dimensione, la molteplicità di ruoli e di funzioni che ogni individuo, gruppo, classe, popolo svolge nei diversi contesti e momenti storici." (Lombardi-Satriani, 1993 , p.538)

Sebbene ogni migrante debba continuamente mediare da solo, tra i suoi diversi ruoli e tra le sue varie identità, il confronto e la solidarietà con persone che vivono o hanno vissuto precedentemente lo stesso processo, può rendere il passaggio meno traumatico.

2.5 LA COSTRUZIONE SOCIALE DELLA DONNA STRANIERA

Per comprendere i processi che permettono la riformulazione delle identità delle donne

straniere che vivono in Italia è importante analizzare quali siano i meccanismi socioculturali che costruiscono l'immagine della donna straniera. Si tratta di immagini spesso stereotipate che non sempre coincidono con la realtà.

Il primo meccanismo che gioca un ruolo preminente nella costruzione degli immigrati, siano essi uomini o donne, è quello legislativo: la situazione legale e le norme in vigore influiscono notevolmente sulla percezione collettiva della nozione di straniero. Dal Lago (1999) nota come, nell'immaginario collettivo, gli stranieri siano sempre da tutti divisi in due grandi gruppi: i regolari e gli irregolari.

Queste due categorie hanno specifiche caratteristiche e soprattutto possiedono un grado diverso di accettabilità. In realtà il continuo mutare della legge, tramite decreti legge, riforme o sanatorie, fa sì che queste caratteristiche si mescolino e si confondano tra loro. Si tratta, in effetti, di categorie che si riferiscono esclusivamente al possesso o meno del permesso di soggiorno ma che sono traslate su piani psicologici, comportamentali, attitudinali (nonostante il passaggio da irregolare a regolare o viceversa, a causa della scadenza del permesso, possa essere rapidissimo) (Dal Lago, 1999).

Un secondo meccanismo dipende dall'attribuzione alle persone immigrate di una sola identità collettiva che è in realtà frutto unicamente di una costruzione culturale (Gellner, 1988), frutto in particolare della costruzione di quelle "comunità immaginate" di cui ha parlato Anderson (1983) per indicare le appartenenze identitarie che nascono dalla definizione dell'altro. I processi di inclusione ed esclusione dipendono dal fatto di posizionare l'altro, nel nostro immaginario collettivo, all'interno o all'esterno di un gruppo determinato. Questo meccanismo, secondo Anderson, modifica le caratteristiche che sono attribuite ad un individuo e allo stesso tempo, può modificare le caratteristiche che un individuo attribuisce a se stesso. Lo sguardo dell'altro lo costruisce e lo posiziona all'interno di una comunità immaginaria, al punto che il soggetto si sente realmente parte di tale gruppo.

Le persone straniere sono così dipinte dai media e in generale dalla collettività come appartenenti ad un'immaginaria collettività subalterna, caratterizzata da delinquenza, illegalità e inferiorità culturale.

Per ciò che riguarda le donne in particolare vorrei sottolineare due aspetti.

Il primo è la loro invisibilità, la loro assenza dall'immagine collettiva degli immigrati²⁵. L'idea comune di immigrato è stata per vari decenni quella di un uomo solo, emigrato da condizioni di estrema povertà, spesso spinto dalla famiglia, alla ricerca di un lavoro che gli permettesse di rientrare presto o tardi al suo paese. Il fatto che l'immagine stereotipata dei migranti fosse prevalentemente quella di uomini ha provocato per vari anni un effetto di esclusione della parte femminile dei flussi migratori dalle statistiche e dai dati demografici. La crescente tendenza alla femminilizzazione non corrisponde in nessun modo all'immaginario collettivo vigente (Nash, 2000).

Il secondo aspetto è costituito dai vari stereotipi legati all'immagine della donna immigrata: spesso essa è considerata estremamente legata alla tradizione, povera, con un basso livello di istruzione, incapace di mansioni più complesse di quelle a cui si dedica. Si dimenticano così le donne sole, giovani, intraprendenti, spesso con una qualificazione elevata che emigrano per desiderio di emancipazione o per migliorare la loro formazione. La nostra rappresentazione le inserisce tutte in un'unica categoria.

Quando questo non avviene, succede che alle donne immigrate siano attribuite caratteristiche attitudinali legate alla loro nazionalità. In un articolo di una rivista, Tumiatei ha tentato di consigliare le donne italiane nella scelta della loro "colf". Per fare in modo che potessero decidere al meglio, ha suggerito l'esistenza di caratteristiche caratteriali e comportamentali dettate dalla nazionalità. Nel suo lungo elenco si trovano così, le donne "filippine, gentili all'orientale, algide, pulite e puntuali" o "dal Salvador, dolcissime e timide, forse un po' pigre e predisposte al pianto"²⁶. Si tratta di un semplice articolo di costume, ma forse dà l'idea di come queste categorie vengano costruite continuamente dai media e dalle facili stereotipizzazioni delle persone.

Al posto di un'unica categoria che le comprenda tutte, se ne scelgono molte, in maniera pressoché casuale. Questo produce un'illusione di conoscenza dello stato di cose, e di possibilità di controllo di un insieme così vasto, e ai più, sconosciuto, di persone.

²⁵ Dell'invisibilità delle donne straniere hanno parlato diversi studi: Nash, 2000; Favaro, Tognetti Bordogna, 1991; Campani, 2000.

²⁶ Tratto da Gioia, 27 Febbraio 2001.

Nel nostro immaginario collettivo si è creata un'immagine delle donne immigrate che è attribuita a tutte secondo una categorizzazione arbitraria e priva di fondamento. Questi processi influiscono sulla società di accoglienza che, tramite la costruzione e l'utilizzo di stereotipi, si preclude la possibilità di capire effettivamente i fenomeni legati all'immigrazione. Essi influiscono inoltre sui soggetti cui si applicano questi stereotipi, che, percependone la forza, corrono il rischio di appropriarsene. Si può certo argomentare che questo atteggiamento abbia le sue radici nel discorso di genere: a tutte le donne sono, e sono state in passato, attribuite delle identità stereotipate legate alla famiglia, alla maternità, alla vita privata. Si è sempre sostenuto che tale fosse il destino biologico della donna, sebbene l'identità effettiva, reale e vissuta da molte donne non corrispondesse a questa immagine.

Lo stesso tipo di costruzioni che sono state almeno in parte superate, grazie al riconoscimento della diversificazione delle esperienze e delle scelte di vita femminili, sembra siano ora imposte alle donne straniere.

Perché? Difficile non attribuire un processo di questo tipo ad attitudini eurocentriche. Non si tratta infatti di un'immagine costruita dagli uomini italiani nei confronti delle donne straniere, bensì dall'intera società italiana, donne comprese.

C'è quindi una percezione distorta della femminilità altra che ancora la rinchiude in stereotipi che negano la diversità delle esperienze e la molteplicità di modi di vivere la propria appartenenza di genere.

Queste costruzioni rendono per il momento molto difficile una solidarietà femminile al di là delle categorie di italiane e straniere. Questa divisione immaginaria tende a prevalere su ogni sentimento di appartenenza comune al genere femminile.

2.6 LA MATERNITÀ

Gli studi e le ricerche che riguardano la maternità nella migrazione possono essere suddivisi in due categorie: una parte è costituita da studi di tipo medico-statistici, svolti da ospedali o istituti di ricerca, con i quali si tenta di raccogliere una base di dati da cui trarre risultati epidemiologici che permettano di fare un confronto tra esito di gravidanze

di donne straniere e di donne italiane.

Una seconda parte è invece costituita da studi di tipo sociologico, in cui il lato più specificatamente medico e statistico viene trascurato per lasciare spazio ad aspetti sociali, psicologici o antropologici. Non mancano tuttavia studi che riescono ad unire le due prospettive in un unico discorso.

Le ricerche appartenenti al primo gruppo sono per lo più limitate allo studio di luoghi specifici, per esempio alcuni ospedali o alcuni centri di assistenza sanitaria rivolti a persone straniere. In alcuni casi sono state svolte tuttavia ricerche su campione, che permettono di allargare le considerazioni oltre la realtà locale osservata.

I pochi dati nazionali che sono a disposizione mostrano che dal 1980 a oggi si è verificato in Italia un aumento da circa 5.000 a circa 30.000 nati da almeno un genitore straniero. Nel 1999 i nati da entrambi i genitori stranieri sono stati 21.000 (Spinelli, 2002).

Da un'analisi nazionale l'Istat ha calcolato un tasso di natimortalità pari a 6,6 per mille per le coppie straniere a fronte del 4,1 per le coppie italiane (ISTAT, 1998).

Nel 1995-1996 il Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità ha condotto uno studio per valutare l'assistenza in gravidanza e al parto tramite un campione di donne italiane, uno di donne straniere con permesso di soggiorno e uno di donne straniere senza permesso (Spinelli et al., 1998).

Tale studio è stato ripetuto nel 2000-2001, intervistando un campione di sole donne straniere (318), per valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e gli effetti della legge 40 del 1998.

Da tale studio è risultato che il 96% delle donne è stato seguito da un operatore sanitario durante la gravidanza, un valore simile a quello riscontrato tra le donne straniere nello studio precedente, ma ancora lontano da quello delle donne italiane di cui solo lo 0,5% ha riferito di non essere stata seguita in gravidanza.

Il 16% delle intervistate ha fatto la prima visita dopo il 3° mese di gravidanza, e il 2,6% all'ottavo o nono mese. Rispetto a questo ci sono stati forti cambiamenti rispetto al '95,

quando questa percentuale tra le donne irregolari era al 42%, e tra chi aveva un permesso di soggiorno al 25%.

Le ecografie svolte durante la gravidanza sono state in media tre e il 15,4% delle intervistate ha frequentato un corso di preparazione alla nascita (Spinelli et al., 2002).

Sembra dunque che le differenze tra italiane e straniere nel percorso nascita²⁷ vadano affievolendosi nel tempo ma rimane ancora una forte differenza nel ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza: nel 1998 il tasso di abortività per mille cittadine straniere è risultato essere di 33 mentre per le donne italiane del 9,3 per mille (Sacchetti, Gregori, Santini, Buscaglia, Hassibi, 2003).

Per quanto riguarda la città di Milano e la Regione Lombardia vari ospedali (Clinica Mangiagalli, Azienda ospedaliera San Paolo, Azienda Ospedaliera San Carlo, Azienda Ospedaliera L.Sacco) hanno cominciato ad analizzare questo tipo di dati, dedicandosi così allo studio delle caratteristiche e dei particolari bisogni di questa utenza in continua crescita e promuovendo progetti per migliorare l'assistenza. Ci sono alcune caratteristiche che emergono all'incirca da tutti questi studi:

- il numero di donne straniere nei reparti ostetrici e pediatrici è in continua crescita ed è destinato ad aumentare ancora notevolmente
- le donne straniere appartengono in linea di massima ad una fascia d'età più giovane delle italiane al momento del parto
- le donne straniere hanno un tasso di abortività decisamente più alto delle donne italiane
- la possibilità e la capacità di accesso delle donne straniere alle strutture della sanità pubblica non sono ancora pari a quelle delle donne italiane (Costantini, Bulfoni, Lombardi, 2003; Sacchetti, Gregori, Santini et al., 2003; Cipolla, Rigano, Ferrazzi, 2003).

La raccolta e l'analisi continua di questi dati ha fatto emergere progetti, proposte e nuove idee per migliorare l'assistenza alle donne straniere durante il percorso nascita.

²⁷ Per "percorso nascita" si intenderanno da qui in poi tutti gli eventi che sono compresi tra la scoperta della gravidanza e il compimento dei sei mesi del bambino (come secondo Colombo, Pizzini, Regalia, 1985).

Tra queste iniziative vanno enumerate: l'istituzione di osservatori in grado di monitorare l'andamento della salute riproduttiva della popolazione milanese; la promozione di programmi di ricerca in tema di salute delle popolazioni immigrate, in particolar modo di salute riproduttiva; un ripensamento dei servizi sanitari e sociali di base, che li renda maggiormente accessibili ad un'utenza etnicamente eterogenea (per esempio con la presenza di mediatori linguistico culturali) (Lombardi, 2003).

Per orientare tuttavia un tale ripensamento dei servizi sono necessari, oltre a dati epidemiologici, anche ricerche di tipo qualitativo che permettano di capire quale sia il vissuto della maternità in una situazione di migrazione.

Alcune di queste ricerche sono state realizzate appositamente per valutare l'efficacia dei servizi nella relazione con le donne straniere, analizzando allo stesso tempo necessità e problemi delle utenti e degli operatori. Tali studi sono, infatti, chiamati "ricerche-intervento".

Altri studi sono stati svolti invece con uno scopo meno diretto, nel tentativo di comprendere e diffondere quali siano le pratiche legate alla maternità in contesti altri da questo. Si tratta sempre di risultati che possono servire al miglioramento della relazione donne straniere-servizi, ma i metodi di approccio alla questione sono in parte differenti, perché le ricerche del primo gruppo sono create e pensate per il miglioramento dei servizi, mentre le altre non hanno questo obiettivo diretto.

Questi studi e ricerche hanno affrontato, e affrontano tutt'oggi, un fenomeno nuovo, in continua evoluzione, sostanzialmente per necessità pratiche e conoscitive immediate, nel tentativo di creare un quadro illustrativo del fenomeno. Per questo in alcune di queste ricerche non è stata seguita una linea metodologica rigorosa, proprio perché un fenomeno nuovo e non studiato non permette di ideare e stabilire con precisione le fasi di ricerca anticipatamente. La necessità è stata dunque la spinta principale a queste ricerche, ponendo in secondo piano il rigore metodologico.

Nel primo gruppo di studi troviamo una ricerca molto interessante, denominata "Donne immigrate e uso dei consultori" promossa nel 1993 dal Settore Servizi Sociali della

Provincia di Milano. Tale studio segue una ricerca precedente, svolta nel 1988²⁸ sotto la medesima direzione di Tognetti Bordogna e Favaro, e ciò ha permesso di seguire l'evoluzione e le modificazioni dell'utenza e delle possibilità di accesso ai servizi.

L'obiettivo prefissato consisteva nella raccolta di alcuni dati quantitativi sull'uso dei servizi milanesi da parte delle donne straniere in particolare riguardo alla nascita di bambini. A ciò si aggiungono alcuni dati qualitativi, raccolti tramite colloqui con le utenti e con gli operatori dei servizi, riguardo alle problematiche e alle necessità emerse dall'incontro tra i servizi e le utenti straniere.

La prima parte, sull'uso dei consultori familiari da parte delle donne straniere (Tognetti Bordogna, 1994a) ha mostrato, rispetto alla precedente ricerca, un aumento del ricorso al servizio e soprattutto una maggiore diffusione delle informazioni riguardanti i servizi consultoriali.

Secondo la ricerca, tuttavia, il consultorio resta, per le donne immigrate, un luogo a cui rivolgersi in situazioni di emergenza, una sorta di pronto soccorso per sole donne: contraccezione, gravidanza e interruzione volontaria di gravidanza sono le motivazioni principali che determinano l'accesso. Gli operatori, d'altra parte, lamentano la mancanza di un intervento formativo sistematico a loro rivolto. Viene fatta infatti richiesta da parte di tutti gli intervistati di corsi e attività di aggiornamento e informazione che li renda pronti a confrontarsi con le nuove caratteristiche dell'utenza.

Un ulteriore problema posto è la mancanza di strumenti di rilevazione adeguati a migliorare la conoscenza del fenomeno migratorio tramite quella parte di popolazione che si rivolge ai servizi²⁹.

La seconda parte della ricerca, condotta da Graziella Favaro, è costituita dall'analisi di interviste a 45 donne straniere residenti a Milano con lo scopo di cogliere quale sia il vissuto della maternità per le donne immigrate a partire dall'importanza data alla maternità, dal comportamento durante la gravidanza, il parto e il puerperio e quale sia l'uso dei servizi.

²⁸ I dati della ricerca sono contenuti nel volume Favaro, Tognetti Bordogna, 1988.

²⁹ Una proposta in questo senso si trova in Terranova Cecchini, Tognetti Bordogna, 1993.

Si tratta di donne provenienti da vari paesi, scelti sulla base della maggiore numerosità nel territorio di Milano: Egitto, Ghana, Cina, Eritrea, Filippine, Marocco. I vissuti e le problematiche sono dunque molto differenti tra loro, ma la ricerca permette di avere una visione d'insieme sull'argomento, mostrando anche come parlare di donne immigrate non presupponga necessariamente un'omogeneità di esperienze (Favaro, 1994).

Un'altra ricerca-intervento è stata svolta a Torino nel 1993-1994 con un progetto dell'Amministrazione comunale, dell'Associazione femminile Produrre e Riprodurre, dell'Azienda Ospedaliera materno infantile Sant'Anna e di alcuni servizi territoriali. Lo scopo della ricerca non era solo conoscitivo ma anche operativo: monitorare un'attività di mediazione da poco cominciata³⁰, osservare le modalità di accoglienza di operatori e operatrici e le problematiche nate dall'accesso ai servizi da parte delle donne immigrate. Il gruppo di ricerca era così costituito non solo dalle ricercatrici in senso stretto, ma anche da alcune operatrici e mediatrici. In particolare l'attività delle mediatrici veniva seguita settimanalmente da un momento di osservazione e riflessione sul lavoro svolto. Il principio metodologico era dunque di coinvolgere come soggetti di ricerca le stesse persone oggetto di osservazione, rifiutando dunque la normale gerarchia tra "osservatore e osservato". Tale metodo viene infatti definito dalle stesse autrici una "ricerca-mediazione" o una "ricerca-traduzione".

L'universo studiato è costituito da donne provenienti dal Maghreb, e infatti le mediatrici-ricercatrici erano di provenienza marocchina, egiziana e libanese. La ricerca è stata svolta a partire dai colloqui che le mediatrici avevano con le donne maghrebine ricoverate in ospedale o che accedevano ai consultori.

Durante i colloqui le mediatrici raccoglievano informazioni più generali sulla situazione di queste donne non seguendo uno schema di riferimento, ma dando spazio al desiderio di ognuna di parlare o meno di alcuni argomenti.

I dati tratti da questo lavoro venivano raccolti in parte dai racconti delle mediatrici (che venivano registrati e poi trascritti) e in parte da diari che veniva loro chiesto di scrivere

³⁰ La città di Torino è stata una delle prime città in Italia a istituire un servizio di Mediazione Linguistico-Culturale nei servizi istituzionali in modo capillare.

riguardo a tutti i casi affrontati. A ciò si sono aggiunti, per gli ospedali, i dati ricavati dagli elenchi di ammissione.

Da tale ricerca è stato steso un volume “Da una sponda all’altra del Mediterraneo” diretto da Franca Balsamo (1997), ma scritto a più mani dalle partecipanti alla ricerca.

Un approccio simile è stato utilizzato da Graziella Favaro e dalle operatrici della Casa di Tutti i colori di Milano nel 2000.

La Casa di Tutti i Colori è un servizio promosso dalla cooperativa Farsi Prossimo della Caritas Ambrosiana inaugurato nel febbraio 2000 con due scopi:

- quello di ricerca sui modi di accudimento dei bambini in varie culture
- quello di dare forme di aiuto concreto alle donne immigrate nella gestione dei loro bambini.

Questa ricerca nasce proprio dalla necessità di ampliare le conoscenze sulle modalità di cura dell’infanzia in modo da migliorare i servizi educativi. A differenza delle precedenti questa ricerca non si occupa delle fasi di gravidanza e parto, ma soltanto della cura dei bambini tra zero e tre anni.

I temi principali affrontati nella ricerca sono stati:

- rappresentazione dei bisogni di cura dei bambini tra 0 e 3 anni
- soluzioni adottate, forme di autorganizzazione e reti di aiuto femminile
- confronto tra pratiche di protezione dell’infanzia
- proposte per un sistema di servizi con un approccio interculturale.

La metodologia della ricerca si è basata su due momenti diversi.

La prima fase si è svolta tramite focus-group con 23 mediatrici appartenenti a sei gruppi nazionali (marocchine, cinesi, cingalesi, egiziane, peruviane, Filippine) e tutte inserite in servizi che hanno a che fare con l’accoglienza, l’orientamento, la tutela e la cura di donne e bambini immigrati.

Gli incontri hanno seguito quattro aree tematiche: le condizioni di vita dei bambini e delle loro madri a Milano e provincia; le modalità di cura della prima infanzia; le tecniche di *maternage* e di protezione del bambino; i suggerimenti per un servizio educativo.

Le mediatrici erano divise in gruppi secondo la nazionalità e ogni gruppo si riuniva separatamente. In questo modo ogni mediatrice aveva la possibilità di riferire in parte la propria esperienza in prima persona (se madre) in parte tutti i casi i cui si era imbattuta durante il suo lavoro.

La seconda parte era costituita da interviste con 38 madri straniere, provenienti da Filippine, Perù, Egitto e Marocco, in cui si è tentato di far emergere quale fosse la loro esperienza di madri immigrate nel contesto milanese.

Da questa ricerca sono nati: all'interno della Casa di Tutti i Colori un asilo nido interculturale, i cui principi organizzativi sono proprio quelli scaturiti dalla ricerca; un volume che raccoglie i risultati della ricerca e alcuni interventi esterni sulla cura dell'infanzia straniera (Balsamo E. et al., 2002).

Nel secondo gruppo di studi troviamo invece ricerche non finalizzate al miglioramento di un servizio in particolare ma piuttosto alla conoscenza e alla diffusione di altri saperi e di altri modi di vivere la maternità.

Lia Chinosi (2002) ha svolto, con un'équipe di ricerca, uno studio sulle modalità concrete con cui le donne straniere affrontano il loro compito genitoriale e sull'impatto con la cultura del paese ospitante.

Nata con un approccio psicologico e psicoterapeutico, la ricerca si è svolta tramite la costituzione di cinque gruppi di madri (cinesi, albanesi, tunisine, senegalesi e rom-sinti) residenti nella provincia di Venezia. Tali gruppi non sono però stati pensati come luoghi per svolgere un'intervista di gruppo, ma come possibilità di incontro e di auto/aiuto interno alla comunità medesima.

I gruppi erano coordinati da due psicologhe e da una mediatrice, e gli incontri si svolgevano sul modello del "gruppo operativo", momenti, cioè, dedicati a ricordare insieme ad altri e confrontare saperi e ricordi.

Ogni gruppo ha affrontato i seguenti argomenti:

- le condizioni storiche della crescita dei bambini
- la contraccezione e la gravidanza
- nascita e puerperio
- le cure del bambino

- i metodi di puericultura

Il materiale finale è stato rivisto da tutte le partecipanti alla ricerca (psicologhe, mediatrici, mamme) per eventuali modificazioni. Da ciò è nato un volume: “Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell’infanzia straniera” (Chinosi, 2002).

Un altro studio molto interessante e svolto da un punto di vista antropologico è quello condotto a Milano da Mariuccia Giacomini (1994), che ha analizzato l’esperienza della maternità di 15 donne egiziane.

Il fatto di restringere il campo ad un’unica provenienza ha permesso di analizzare più approfonditamente quali siano le usanze del paese di origine e come esse si trasformino all’arrivo in Italia. La ricercatrice si è infatti proposta di

“esplorare le esperienze e le implicazioni del mettere al mondo un bambino in un contesto sociale e culturale che prevede non solo sistemi di sostegno, di assistenza, di cura spesso assai diversi da quelli disponibili nel paese di origine, ma anche differenti costrutti simbolici del divenire madre.” (Giacomini, 1994, p. 112)

La ricerca ha dunque indagato i diversi percorsi procreativi di alcune immigrate egiziane che sono diventate madri a Milano per la prima volta, chiedendo loro di esprimere una valutazione sulla vivibilità di questa esperienza in rapporto ai rispettivi valori culturali e alle condizioni di vita.

A questi due modelli di ricerca vorrei aggiungerne un terzo: esistono molti studi e ricerche svolti da persone che lavorano nei servizi. Esse, davanti a questioni e problematiche dettate da un fenomeno nuovo e poco studiato (l’immigrazione femminile), hanno provato a cercare una soluzione ed a ideare nuove modalità di lavorare che tenessero in conto queste esigenze. Da queste esperienze lavorative nascono così delle considerazioni importanti riguardo alla relazione tra servizi dell’area materno-infantile e donne immigrate, e proposte e progetti per il miglioramento di tale rapporto.

Uno studio da segnalare è quello condotto da Letizia Parolari e Graziella Sacchetti, entrambe ginecologhe, che danno un quadro delle situazioni di vita e dei casi davanti a cui si sono trovate nel loro lavoro (Parolari-Sacchetti, 2001).

Lo studio tocca varie tematiche: la situazione della salute riproduttiva nei paesi di origine e in Italia, i vari modi di vivere e pensare la gravidanza e il parto, l'utilità del servizio di mediazione culturale.

Questi temi sono affrontati alternando a dati tratti da altre ricerche i resoconti più o meno dettagliati delle esperienze delle persone con cui entrambe le autrici hanno lavorato. Il contesto è quello del Centro di salute e ascolto per donne straniere dell'Ospedale San Paolo di Milano³¹ e i casi presentati sono quelli di alcune utenti di tale servizio, intervallati con i racconti delle mediatrici che collaborano con le due ginecologhe all'interno del Centro.

Tale approccio permette di affiancare a dati epidemiologici alcuni dati qualitativi, tratti dalla partecipazione diretta delle due ricercatrici ad alcuni dialoghi o gruppi di accompagnamento alla nascita. I dati qualitativi vengono sostanzialmente utilizzati per rendere espliciti i dati epidemiologici che li precedono. Ne risulta uno studio completo ed esaustivo nei temi toccati, proprio perché nato da un'esperienza diretta.

Non bisogna poi dimenticare, a fianco di questo studio, tutti quelli che sono svolti dai medici o dagli operatori sanitari e che vengono utilizzati per promuovere innovazioni nel campo dei servizi. Si tratta spesso di studi e ricerche che non vengono pubblicati, ma che sono divulgati solamente tramite presentazioni a convegni rivolti agli "addetti ai lavori" del settore materno-infantile.

Si tratta di momenti utili di confronto tra esperienze diverse, in cui, normalmente, alla presentazione dei dati seguono proposte di intervento. I dati che vengono raccolti non sono tra l'altro sempre dati epidemiologici ma, anzi, spesso e volentieri vengono presentati resoconti di esperienze professionali molto positivi per il dibattito in corso.

Vorrei quindi segnalare tre convegni interessanti i cui atti sono costituiti da veri e propri resoconti di ricerche: un convegno svoltosi il 24 ottobre 1998 a Cuneo, dal titolo

³¹ Per approfondimenti si veda cap.6 § 4.

“Diventare madre: culture etniche a confronto”; un convegno svoltosi a Milano il 30 Maggio 2001, denominato “Donne e famiglie immigrate. Integrazione e nuovi modelli di assistenza”; un convegno svoltosi a Milano il 16 e 17 maggio 2003 (di cui ancora non sono stati pubblicati gli atti) dal titolo “Integrazione sociale e sanitaria degli immigrati. Quali prospettive?”

CAPITOLO 3

ANALISI DELLE INTERVISTE: LA NASCITA COME EVENTO CULTURALMENTE CONDIZIONATO

3.1 I SOGGETTI DELLA RICERCA

L'obiettivo della ricerca è di indagare il vissuto della maternità in situazione di migrazione. Valutare, cioè, se il fatto che un tale evento accada in condizioni particolari, lontano dalla famiglia di origine e da forme culturali conosciute, abbia delle conseguenze, e quali, sul modo di vivere e pensare il proprio vissuto di maternità. Studiare se e quanto il condizionamento sociale e culturale riguardo alla nascita persista nel modo di agire e di pensare delle persone anche al di fuori del contesto sociale di origine.

L'intento è di svolgere una riflessione basandosi sull'analisi di alcune esperienze di maternità di donne immigrate in Italia, così da far emergere i vissuti e i modelli di pensiero che guidano i modi di agire in un contesto estraneo. Esaminare quindi se le donne stesse abbiano colto, nella loro esperienza, un diverso modo di pensare la nascita, e un diverso modo di affrontarla nella pratica rispetto a come avrebbero fatto se non fossero emigrate. L'analisi di alcune esperienze personali può infatti aiutare nell'osservazione dei cambiamenti che stanno coinvolgendo la società italiana, cambiamenti intesi come mescolamenti di forme culturali, sia da parte di chi emigra dal proprio paese e si trasferisce a vivere in Italia, sia da parte della stessa società italiana.

Per questo si è voluta esaminare l'esperienza di alcuni centri che a Milano forniscono assistenza sanitaria alle donne straniere. Questa seconda parte della ricerca ha portato a valutare se il tipo di assistenza fornita in alcuni servizi materno-infantili milanesi rispecchi una concezione della nascita connotata culturalmente; quanto, inoltre, tali

servizi, pensati appositamente per persone straniere, possano e debbano, soprattutto secondo l'opinione di chi vi lavora, fornire assistenza secondo un modo di agire e di pensare “interculturale”³².

Per svolgere la prima parte della ricerca sono state intervistate venti donne provenienti da paesi dell'Africa Sub-sahariana abitanti al momento nella città o nella provincia di Milano che avessero vissuto l'esperienza della maternità in Italia e, se possibile, anche nel loro paese. Per ciò che riguarda invece la seconda parte, sono stati visitati cinque centri, alcuni dipendenti dalle aziende ospedaliere, altri nati da organizzazioni di volontariato, effettuando per ognuno una giornata di osservazione ed una conversazione-intervista con gli operatori che vi lavorano.

Le donne intervistate sono state contattate tramite un procedimento “a grappolo”: tramite la prima persona intervistata, particolarmente ben inserita nella realtà milanese e ricca di contatti con altre donne africane, sono entrata in possesso di un primo gruppo di nomi e numeri di telefono. A queste persone, una volta intervistate, ho chiesto di segnalare una o più persone che potessero essere intervistate e che avessero i requisiti giusti per svolgere l'intervista, ossia un'esperienza di migrazione e di maternità in Italia. Con questo metodo ho contattato quattordici persone; le restanti sei sono state individuate tramite la comunità “Villaggio Orsenigo” e la comunità “Insieme” della Cooperativa Farsi Prossimo, entrambe comunità di accoglienza per donne straniere in attesa di riconoscimento di asilo politico e per i loro bambini.

Queste sei sono state le interviste più complesse da svolgere, proprio perché il contatto è stato preso con il/la responsabile della comunità e non direttamente con la persona da intervistare. Questo ha reso meno chiaro alle persone intervistate lo scopo della ricerca e dunque anche la mia presenza sul posto. Inoltre gli spazi di queste comunità non sono adeguati a svolgere un'intervista come quelli di un'abitazione privata, soprattutto per mancanza di spazi personali privati, per cui la situazione era spesso confusa e le interruzioni all'intervista numerose.

³² L'idea che alcuni enti possano fornire assistenza sanitaria secondo un modo di pensare interculturale è più ampiamente descritta nel cap. 6 § 1.

Per le restanti quattordici interviste, invece, ho preso prima di tutto un contatto telefonico, nel quale sono stati esplicitati il motivo della richiesta di intervista, il modo con cui avevo ottenuto il numero di telefono, l'argomento dell'intervista, il metodo con cui essa sarebbe stata svolta (luogo e uso del registratore) e il suo successivo utilizzo.

Se la persona contattata non si dichiarava disponibile all'intervista le domandavo di suggerire il nome di un'altra persona; se invece, come è successo il più delle volte, dava la sua disponibilità, fissavo un appuntamento per uno dei giorni successivi.

La fase dedicata a contattare le persone da intervistare è stata la più problematica: per riuscire a parlare telefonicamente con alcune persone sono state necessarie settimane di tentativi quotidiani, a volte seguite dal rifiuto dell'intervista. Tuttavia, malgrado qualche appuntamento mancato, la quasi totalità delle persone si è mostrata molto disponibile, e i rifiuti sembrano essere stati dettati più dalla mancanza di tempo che da altre motivazioni.

La scelta di circoscrivere l'area di provenienza alla sola Africa sub-sahariana è stata effettuata per due motivi: un interesse personale per l'area e l'idea di potere, restringendo l'area geografica, confrontarsi con esperienze che avessero alcuni elementi in comune. Il contesto di partenza non necessariamente doveva essere esattamente lo stesso, perché l'aspetto davvero interessante per la ricerca è guardare come questi elementi solo genericamente omogenei si stiano meticciano nell'incontro-scontro che avviene quotidianamente nella pratica sociale. Un paese di immigrazione costituisce un luogo in cui persone provenienti da contesti sociali diversi si uniscono in uno solo; nelle esperienze personali, per esempio in quelle di queste donne e dei loro bambini, si riflettono trasformazioni culturali di ampia portata che contribuiscono alla creazione di una nuova forma culturale italiana.

I contesti di provenienza sono molto vari; le persone intervistate sono originarie di diversi paesi dell'Africa Sub-sahariana e offrono un panorama di esperienze decisamente ricco e multiforme, pur avendo alcune caratteristiche generali in comune che hanno permesso di organizzare il discorso secondo alcune linee guida.

Tra le donne intervistate, infatti, quattro provengono dal Senegal, tre dal Togo, tre dalla Nigeria, due dalla Somalia, due (tra loro sorelle) dalla Repubblica del Congo (Congo

Brazzaville), due dall'Angola, una dalla Repubblica Democratica del Congo (ex-Zaire), una dal Cameroun, una dall'Eritrea e una dalla Costa d'Avorio.

Le età, così come gli anni trascorsi in Italia, sono molto varie: la più giovane ha 24 anni e la più anziana 48; alcune persone sono giunte in Italia solo uno o due anni fa, mentre altre vivono in Italia da più di quindici anni. Si nota però che la maggior parte delle donne intervistate vive in Italia da diversi anni con la propria famiglia, lavora ed è abbastanza bene inserita nel tessuto sociale del quartiere o del paese in cui vive (molte abitano in piccoli paesi della periferia milanese). Queste caratteristiche sono probabilmente dovute anche al metodo utilizzato per contattarle: sono giunta a loro perché avevano almeno alcune relazioni con altre persone abitanti a Milano e perché parlavano piuttosto bene l'italiano (una selezione in base a questo criterio veniva fatta da chi sceglieva di segnalarmi quella persona invece che un'altra).

Le esperienze e la situazione di vita sono invece molto diverse per le persone contattate tramite le comunità di accoglienza: sono ragazze generalmente più giovani, arrivate in Italia da poco tempo, con una fuga dal proprio paese alle spalle, senza la possibilità di scegliere se rientrare nel proprio paese e ancora prive di stabilità nella loro vita in Italia (mancanza di una casa, della certezza di potere restare e del permesso per lavorare e, quindi, divenire autonome).

In ogni caso, le esperienze che accomunano tutte sono la scelta migratoria e la maternità. Undici donne hanno avuto bambini prima nel loro paese e poi in Italia (oppure sono in attesa), sei persone hanno avuto figli solo in Italia, ma sono tutte state in grado di narrare esperienze indirette nel paese di origine (parti di madri, amiche, sorelle, cugine...); solo tre donne tra quelle intervistate non hanno vissuto in prima persona l'esperienza della maternità in Italia ma solo nel paese di origine, ma sono tutte state molto coinvolte in esperienze indirette: due hanno, infatti, partecipato attivamente a gravidanza, parto e puerperio delle figlie che sono con loro in Italia (in particolare è stata intervistata una coppia madre-figlia); la terza ha invece partecipato all'esperienza di maternità in Italia della sorella, con cui non sono stata messa in contatto per problemi linguistici e, forse, di riservatezza. Tutte le esperienze di maternità, sia quelle svoltesi nei paesi di origine che quelle avvenute in Italia, sono caratterizzate dal fatto che il parto

si sia svolto in ospedale. Si tratta di una caratteristica comune molto importante nel confronto che le donne hanno fatto tra le esperienze vissute nei loro paesi e quelle vissute in Italia.

I bambini (nati o in procinto di nascere) sono in tutto 46, di cui 20 sono nati in Italia, quattro nasceranno in Italia nei prossimi mesi e 22 sono nati nel paese di origine delle loro madri.

Tra le donne intervistate sette sono giunte in Italia con un permesso di ricongiungimento familiare, quattro per motivi di lavoro o studio, una in seguito al matrimonio con un uomo italiano e otto per motivi di guerra o guerriglia nel paese di origine o per motivi politici (che non sono stati maggiormente approfonditi per rispettare la riservatezza delle intervistate riguardo a temi così delicati).

Undici donne lavorano a tempo pieno (e cinque tra loro lavorano come mediatrici linguistico-culturali), due svolgono lavori saltuari e sette non hanno nessuna occupazione.

Le interviste hanno avuto durate molto variabili; tale variabilità dipende per lo più dalla diversa padronanza della lingua italiana, oltre che dalla diversa attitudine delle persone a parlare di sé. Alcune hanno, infatti, tentato, nel raccontare la loro esperienza di madri, di dare un quadro più ampio della storia della loro vita; altre invece si sono soffermate maggiormente sulla situazione politica, economica e sociale del loro paese.

Affrontando una per volta le tre fasi del percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio) ho tentato di fare emergere in parte le differenze concrete che le intervistate hanno riscontrato nel vissuto della maternità e nell'utilizzo dei servizi tra il loro paese e l'Italia; in parte i significati da esse attribuiti alle azioni e agli eventi, tentando di distinguere tra ciò che è reale e ciò che invece è una rappresentazione o una distorsione degli eventi attuata dalle stesse protagoniste di tali avvenimenti.

3.2 METODOLOGIA DELLA RICERCA

Per indagare su questi temi ho scelto di utilizzare il metodo dell'intervista; esso consiste nell'instaurarsi di una relazione tra due persone iniziata da uno dei due soggetti

coinvolti con l'intento di ricostruire a fini conoscitivi il mondo sociale e rappresentazionale dell'altro (Cozzi, Nigris, 1996).

Esistono numerosi modelli di intervista; quello utilizzato in questa ricerca è il modello di intervista qualitativa semi strutturata. Essa è utilizzata spesso per interviste a persone che sono state coinvolte in una situazione particolare che il ricercatore vuole esaminare. Sulla base di un'analisi della situazione precedente le interviste il ricercatore stende una traccia di intervista ed elabora le aree principali e le ipotesi dell'indagine. In questo modo è possibile decidere quali dati è necessario raccogliere (Merton, Fiske, Kendall, 1956).

Per realizzare le interviste ho costruito uno schema (o traccia) che facesse da riferimento per tutte le interviste, così da avere delle domande comuni a tutte, che, anche se con forme differenti, avessero gli stessi contenuti. Lo schema³³ è costituito da tre aree tematiche: la gravidanza, il parto e il puerperio. Ognuna di queste aree è stata suddivisa a sua volta in tre sotto-aree: la madre, il bambino, la comunità o gruppo familiare. In questo modo per ogni fase del percorso nascita le domande prendevano in considerazione tre aspetti diversi: ciò che riguarda la madre, il suo corpo e il suo ruolo nella famiglia o nel gruppo di appartenenza; ciò che riguarda prima il feto e, dopo la nascita, il bambino; ciò che riguarda il ruolo e il comportamento della famiglia, e, in particolare, del padre del bambino.

Nello schema utilizzato per ogni sotto-area sono state preparate varie domande, la maggior parte delle quali verte sul confronto tra il paese di origine dell'intervistata e l'Italia.

Uno dei maggiori vantaggi dati dal fatto di utilizzare il metodo dell'intervista per la realizzazione di una ricerca è la sua flessibilità (Bailey, 1995). Durante le interviste, pur lasciando molto spazio all'iniziativa delle intervistate, ho tentato di fare in modo che ognuna di esse toccasse tutte le sotto-aree, anche in ordine sparso, ponendo di volta in volta una domanda il più possibile adeguata (tra quelle predisposte) a non interrompere il filo del discorso. In questo modo le interviste seguono tutte un percorso comune, nel

³³ Lo schema utilizzato per svolgere le interviste è riportato in appendice.

quale sono toccati i punti chiave, così da rendere più agevole la successiva analisi. Tuttavia ho voluto evitare, trattandosi di temi molto personali ed emotivamente coinvolgenti, di rompere il discorso dovendo porre forzatamente la domanda successiva. Questa scelta ha tuttavia comportato un problema: si è creata una forte disparità tra le interviste svolte con donne che avevano una buona (in certi casi ottima) padronanza della lingua italiana e quelle svolte con donne che invece erano in grado di rispondere alle domande ma non di costruire un discorso più ampio. Le prime hanno avuto dunque la possibilità di parlare a lungo e di scegliere maggiormente l'ordine del discorso. Al contrario alcune interviste si sono svolte in maniera rigidamente strutturata, proprio a causa della poca padronanza della lingua italiana, per cui le domande si susseguivano schematicamente con risposte molto brevi.

Tre interviste, inoltre, sono state svolte in francese e una è stata svolta in presenza di tutta la famiglia dell'intervistata, cioè il marito e due figli, da lei chiamati come interpreti ma che hanno poi abbandonato questo ruolo per partecipare attivamente all'intervista.

Tutte le interviste sono state svolte con il supporto di un registratore sonoro e di un bloc-notes in cui appuntare aspetti non verbali della comunicazione particolarmente eclatanti. Un altro aspetto vantaggioso dell'intervista, infatti, rispetto ad altri metodi di indagine, è la possibilità di osservare il comportamento non-verbale delle persone intervistate (Bailey, 1995). Soprattutto in alcuni casi tale possibilità si è rivelata fondamentale, anche se nella fase di analisi e di stesura dei risultati è stato molto difficile utilizzare e evidenziare anche questo tipo di osservazioni.

L'uso del registratore, così come la struttura dell'intervista e i motivi per cui essa era svolta, è stato reso esplicito con tutte le intervistate prima dell'inizio dell'intervista. Non è stata fatta da nessuna di loro la richiesta di non essere registrata, ma in molti casi la presenza del registratore ha creato un po' di imbarazzo per qualche minuto. Per tutte esso è comunque "scomparso" dopo poco, una volta entrate nel merito del discorso.

Le interviste si sono svolte quasi tutte in luoghi quotidiani delle intervistate: le loro case, o, dove questo non era possibile, i giardini normalmente frequentati da esse con i

loro bambini. In questo modo il contesto in cui avveniva l'intervista era per loro molto familiare, e ciò ha permesso una maggiore facilità nell'instaurarsi della relazione.

Essendo sempre presenti dei bambini non si sono potute evitare, quasi in nessun caso, delle interruzioni, che spesso hanno fatto perdere il filo del discorso rendendo necessario ricominciare da un'altra domanda.

Essendo l'oggetto della mia analisi le esperienze vissute dalle persone intervistate e l'interpretazione data da esse a tali eventi, l'intervista si è mostrata essere lo strumento migliore. Tuttavia essa ha anche comportato alcuni problemi, legati soprattutto all'elevato potenziale di distorsione che il metodo stesso dell'intervista contiene in sé.

“L'intervista è un caso speciale di interazione sociale tra due persone, soggetto dunque alle regole che governano tutte le situazioni di interazione. (...) La natura sociale dell'intervista contiene in sé un elevato potenziale di distorsione, incoerenza e inaccuratezza.” (Bailey, 1995, p. 210)

Secondo lo studio di Bailey (1995) nell'instaurarsi di un rapporto tra intervistatore e intervistato sono molte le variabili che entrano in gioco e che, quindi, devono essere prese in considerazione: l'appartenenza ad un gruppo specifico o ad una minoranza, il sesso, l'età, lo status sociale, l'aspetto esteriore delle due persone coinvolte nella relazione.

In particolare, nelle interviste da me svolte, il maggior ostacolo che è intervenuto è stato quello della desiderabilità sociale: alcune delle donne intervistate, per il fatto di trovarsi davanti ad una giovane ragazza europea, hanno deciso a priori che io avrei trovato strano e poco accettabile, o almeno buffo, tutto ciò che è poco moderno, poco occidentale, tradizionale.

Il fatto di avere, almeno nella maggior parte dei casi, molto tempo a disposizione ha permesso però una lenta risistemazione dei ruoli che erano vicendevolmente precostruiti all'inizio dell'intervista. Con il proseguire dell'intervista il mio ruolo di “europea” andava almeno in parte sminuendosi, permettendo così ad ognuna di esprimere ciò che desiderava senza il timore di essere considerata “troppo poco occidentale”. Un altro

fattore di differenza era costituito dal fatto che io non ho figli e non ho quindi mai vissuto l'esperienza della maternità. Solo poche persone mi hanno domandato se avessi figli, le altre probabilmente lo hanno intuito. Non mi sembra che questo abbia influito molto sull'andamento delle interviste, resta però il dubbio che forse sarei venuta a sapere molte altre cose se avessi potuto parlare con loro della mia personale esperienza di maternità.

Non bisogna poi dimenticare il fatto che le interviste fossero svolte nella mia lingua e non nella loro, e questo ha sicuramente una valenza importante nella valutazione dell'interazione e dei rapporti di potere tra intervistatrice e intervistata che si sono venuti a creare.

Le registrazioni sono poi state trascritte tentando di inserire nel testo anche espressioni non verbali, come sospiri, risate e silenzi, che in certi casi si sono rivelati essere molto importanti nel lavoro di analisi per intendere appieno il significato dato al discorso. Il materiale raccolto è costituito da 200 cartelle di trascrizioni di interviste³⁴. Per ogni intervista svolta è stata creata, inoltre, una scheda contenente informazioni riguardo a: come è stata contattata la persona da intervistare, quando e dove si è svolta l'intervista, se sono sorti problemi particolari durante l'intervista o se si è venuto a creare un rapporto tale (come in certi casi) da portare ad altri incontri. Tale scheda, redatta la sera stessa dell'intervista, ha permesso, al momento dell'analisi, di inquadrare meglio la situazione e ricordare particolari importanti che il tempo aveva cancellato.

Per ciò che riguarda l'analisi avevo inizialmente pensato di mantenere lo schema di riferimento utilizzato durante le interviste, seguendo cioè la partizione in tre aree. Tuttavia dalle interviste emergono discorsi unitari, che legano tra loro le tre fasi della gravidanza, della nascita e del puerperio secondo temi particolari, quali l'alimentazione o la cura del corpo. Per codificare le interviste ho quindi provato a raggruppare i dati che ne emergevano secondo nuove categorie, e non, come avevo previsto, secondo le tre fasi (Rubin e Rubin, 1995). Sono emersi così dalle interviste alcuni temi trasversali alle aree da me create che, nella stesura della ricerca, sono andati a costituire i vari paragrafi.

³⁴ I testi integrali di tutte le interviste svolte sono riportati nel CD allegato.

Tentando di seguire questa impostazione, che non è la mia, ma quella data dalle persone intervistate, ho seguito per il metodo di analisi e di esposizione delle interviste lo studio di Emily Martin (1993). La scelta metodologica è stata quindi quella di dare, per ogni tema affrontato, molto spazio alla voce delle intervistate proponendo numerosi brani tratti dalle interviste e collegandoli uno all'altro. E' stato così possibile mostrare e interpretare i risultati delle interviste senza sostituirmi alle donne intervistate ma lasciando presente nella ricerca tutta la forza ed il coinvolgimento espressi dai loro racconti in prima persona.

Ho affrontato, prima di tutto, la questione, credo fondamentale, dell'importanza data al fatto di divenire madri, o di non poterlo divenire, e della costruzione del ruolo femminile nel confronto tra "il qui e l'altrove".

Il condizionamento culturale riguardo all'evento della nascita può manifestarsi prima di tutto nelle categorie di pensiero che distinguono i ruoli, i momenti, i luoghi adatti alla nascita: a chi e in quale situazione (per esempio il matrimonio) è permesso avere un figlio, chi se ne deve occupare, quali sono gli spazi adatti alla nascita e cosa è necessario fare se non si riesce ad avere figli. A queste categorie di pensiero sono legate delle pratiche che, coerentemente ad esse, servono a fare in modo che tutto avvenga nel migliore dei modi per la madre, il bambino e l'intero gruppo familiare. L'appartenenza ad un gruppo si rivela proprio tramite tali pratiche e tema di questa ricerca è guardare alla loro eliminazione, resistenza o trasformazione nel contesto migratorio.

3.3 L'IMPORTANZA DELLA MATERNITÀ

Nella prima parte delle interviste ho provato a far emergere la percezione delle intervistate riguardo all'importanza attribuita alla maternità da loro stesse e all'interno del loro gruppo sociale di origine per rapporto a quella che avevano colto tra le donne italiane. Tale percezione si basa su elementi diversi a seconda delle persone, perché per alcune il punto di riferimento è un'amica, o conoscente, italiana; per altre il fatto di

avere lavorato o collaborato con i servizi³⁵; per altre il semplice fatto di vivere in Italia da alcuni anni.

Nonostante questi diversi punti di vista ciò che emerge è uniforme: l'importanza attribuita alla maternità, secondo le donne intervistate, è qualcosa che accomuna tutte le donne. La parola maggiormente utilizzata per descrivere questo sentimento comune è "gioia". Per le intervistate diventare madre rappresenta una tale gioia che non si riesce ad immaginare che l'esperienza possa essere differente per altre donne, ovunque esse vivano:

“Essere madre è una gioia, è una cosa bella là come qua.”

[Marie, Senegal]

“Il valore di maternità mi sembra che sia uguale: madre sei in Eritrea, madre sei qui. Come valore non trovo differenze, è importante ugualmente per tutte. Però sicuramente il modo di crescere i bambini e di fare anche i bambini è diverso lì perché è diverso il modo di vivere.”

[Emilia, Eritrea]

Alcune hanno notato una lieve differenza, data dal fatto che in Italia si fanno pochi bambini, e che quindi l'evento della nascita, accadendo più raramente, sia ancora più carico di aspettative, ansie e poi gioie, che non nelle famiglie numerose attribuite ai paesi di origine:

“Mentre qua, mamma mia, forse l'entusiasmo, anche perché qui si fanno pochi figli, invece da noi anche se è il primo comunque nella famiglia c'è quella che ne ha già quattro o così, quindi l'impatto non è come qua che magari è il primo nipotino e quindi i nonni diventano pazzi.”

[Sima, Cameroun]

Nonostante le intervistate non abbiano trovato delle differenze nell'importanza attribuita alla maternità, una differenza è stata notata invece nella possibilità, per una donna, di

³⁵ Cinque tra le persone intervistate lavorano, o hanno lavorato in passato, come mediatrici linguistico-culturali all'interno dei servizi materno-infantili.

scegliere di non avere figli. Il fatto di poter scegliere, individualmente, di vivere l'esperienza della maternità dipende dal contesto sociale in cui si vive. Non dappertutto è una libera scelta della donna.

Si tratta di una questione molto importante perché mostra quanto un avvenimento biologico, che avviene cioè all'interno del corpo fisico di una persona, possa essere allo stesso tempo eminentemente sociale, e quindi controllato non dall'individuo ma dalla collettività (Oakley, 1985).

La nascita è stata effettivamente classificata da varie studiose come un evento bio-sociale, cioè un evento biologico che da una parte è fortemente regolamentato dal gruppo sociale, e dall'altra è rivelatore delle credenze e della simbologia su cui esso si fonda.³⁶

In particolare Brigitte Jordan (1985b) ha parlato di sistema natale, cioè di un insieme, che ogni gruppo umano possiede, di credenze e pratiche integrate che ruotano intorno alla nascita coerenti con la visione del mondo e del soprannaturale, con il ruolo e le competenze della donna, con la concezione di persona e di essere umano. Tale sistema è basato sul consenso sociale e definisce il significato che il gruppo e l'individuo attribuiscono all'evento della nascita. Tutte le credenze che costituiscono un sistema natale sono strettamente intrecciate e internamente coerenti. Da tale sistema dipendono poi la strutturazione del sistema di assistenza, i ruoli e i meccanismi di controllo e gestione dell'evento, i luoghi in cui tale evento può o non può avvenire e la decisione di ciò che è socialmente accettato o rifiutato durante la nascita e i periodi ad essa precedenti e susseguenti.

Secondo Augé (1986) la nascita, insieme alla morte e alla malattia, è una delle "forme elementari dell'evento", quegli avvenimenti biologici individuali la cui interpretazione è sociale, che sono simbolizzati dalla società stessa, poiché sono eventi unici nella vita di un individuo ma ricorrenti per la società. Si tratta di eventi di una portata simbolica ed emotiva così forte che ogni gruppo deve essere in grado di controllarli e ordinarli secondo una logica coerente; logica che, secondo Augé, governa allo stesso tempo il

³⁶ Oakley, 1985; Colombo, Pizzini, Regalia, 1985; Jordan, 1984a, 1984b e 1985, Ranisio, 1996.

biologico e il sociale. Un modo per mantenere l'ordine biologico e allo stesso tempo l'ordine sociale è proprio il controllo che ogni gruppo attua sul corpo della donna e sulle sue funzioni di riproduzione (Ranisio, 1996).

Il fatto che la donna, per essere considerata effettivamente un membro del gruppo a pieno titolo, debba essere madre, è un buon esempio di questa forma di controllo. Ogni gruppo sceglie una forma di controllo e di gestione dell'evento della nascita differente e la inserisce all'interno di un insieme di rappresentazioni simboliche del corpo mettendo in relazione il corso del mondo naturale, il corso degli eventi della vita individuale e di quelli della vita sociale.

La differenza tra una scelta di maternità individuale e un obbligo di maternità consiste proprio in un diverso modo di pensare la relazione individuo-società, e a ciò è legato anche il posto che alle donne è assegnato all'interno di una società. Ogni gruppo sociale ha attuato dei meccanismi che servono per assicurare a se stesso una continuità che sia non solo fisica e biologica, ma anche culturale. Il primo di questi meccanismi è la piena approvazione della donna come madre e il rifiuto dei membri del gruppo che non procreano.

Le persone intervistate non prendono in considerazione la possibilità di scegliere di non diventare madri, ma ciò che colpisce maggiormente non è il fatto in sé, quanto il fatto che quasi tutte queste considerazioni siano fatte in relazione, specificatamente, alla propria società di origine. Le loro parole rivelano, quindi, la percezione di un diverso rapporto tra individuo e comunità per le donne africane e per le donne europee. Il dovere di maternità non è un obbligo per le donne in assoluto, bensì un vincolo dettato dal gruppo in cui si è nate e cresciute. Si tratta dunque di meccanismi non necessariamente impliciti, ma anzi chiari e forse anche meglio percepiti con la lontananza dalla propria società di origine, ma che restano molto radicati nelle idee di queste persone. Secondo le donne intervistate, infatti, nessuna donna africana potrebbe decidere di non avere figli, che si trovi in Africa o in Europa.

“Ah! No, tutte donne in Nigeria ha avuto bambini, non c’è nessuno che dice non voglio bambini, no. Se è sposa, se non puoi avere diverso, però che dici no, no. Non esiste, non come qui, che io sono sposa ma io non piace bambini, no, tutti hanno.”

[Eunice, Nigeria]

“Guarda, per quanto riguarda soprattutto la mia cultura su scala 1 a 10 che una donna possa essere una mamma sicuramente 10 sarà. Da noi come cultura non esiste donne manager, non esiste donne in carriera... culturalmente non esiste, ci sono delle donne che lavorano, però culturalmente per la maggior parte delle persone le donne sono soprattutto mamme. Sono soprattutto le persone che guidano la famiglia, soprattutto la casa ed è una cosa fantastica che una persona possa essere mamma.”

[Edna, Somalia]

Alcune sembrano mettere l’accento sul fatto che decidere di non avere figli sarebbe inaccettabile per gli altri e per se stesse. Una tale decisione potrebbe portare all’esclusione da parte della famiglia, in particolare da quella del marito. Alcune delle intervistate sembrano sentire il fatto di diventare madre come un preciso dovere, irrinunciabile, per la famiglia prima di tutto, per il marito, e poi per se stesse. Esse mostrano come il dovere di maternità della donna sia un fatto culturalmente e socialmente determinato: dove non esiste l’idea di una donna che volontariamente non abbia figli, per conseguenza, nella donna non esiste l’idea di non fare figli. Una tale scelta porterebbe la donna e la sua famiglia di origine a non essere accettata dagli altri componenti il gruppo (che sia parentale, abitativo, amicale) e il peso di ciò ricadrebbe a sua volta sulla donna, rendendola colpevole delle dicerie e del rifiuto altrui.

Questo provocherebbe sia tristezza e non accettazione di sé, sia l’idea di avere rotto degli equilibri nel susseguirsi delle generazioni (“anche lei assumere quel ruolo che faceva sua mamma” [Stella, Nigeria]). La possibilità che tutto questo accada elimina fin dal principio l’idea di poter decidere.

La scelta è univoca ed è già stata presa dalla società: in caso il comportamento di una persona non segua i dettami del gruppo essa sarà soggetta a sanzioni sociali di vario tipo, finalizzate a prevenire la mancanza di discendenza per una famiglia (poligamia), e

a fare in modo che la donna si senta davvero realizzata solo come madre (riprovazione sociale).

“No, da noi no, da noi non si può dire che io non posso avere figli, da noi non esiste proprio, la donna deve avere figli; (...) quindi da noi è molto diversi da voi qua, una donna non può decidere che non vuoi per nessun motivo avere figli, perché se fa una tipo di ragionamenti così sarà guardata male, sarà un po’ castigata, perché sarà messa a parte da tutti diventerà un’egoista perché la società dice i figli si gira intorno, la società, la cultura, la popolazione si fa sempre con i figli; se io decido oggi non avere figli, allora io mi metto in difficoltà mia famiglia, tutta la famiglia, perché loro magari qualcuno comincia a parlare male di noi “eh guarda quella figlia di quel signore lì non vuole avere figli, vuol dire che magari sta male, non può avere figli oppure non le interessi andare fuori a curare.” (...) Io anche non posso scegliere di non avere figli, perché figli è una cosa molto gioiosa, è una cosa che riempie la famiglia di tutti.”

[Stella, Nigeria]

“No, da noi, quando sei sposata questa cosa non l’accettano, se no sei obbligata a essere una donna poligama, in due perché da noi c’è ancora questa usanza, se un uomo è sposato con una donna decide di avere figli, è così, perché per la famiglia sarà come un disonore: “come mai ti sei sposata, è venuta solo per mangiare, stare lì, la bella moglie, come una statua”. Il dovere della donna è di avere figli, se no sei obbligata ad accettare la poligamia, perché da noi la poligamia esiste, proprio c’è, è molto diffusa.”

[Ortensia, Rep. del Congo]

“E se tu non puoi avere bambini per qualche motivo tuo marito prende un'altra moglie per avere bambini.”

[Maritou, Senegal]

Altre intervistate invece non hanno fatto cenno ad un preciso dovere della donna, ma più al suo certo (e comune a tutte le donne) desiderio di maternità e successivo orgoglio di madre.

“In Africa questo non esiste perché secondo me per una donna è qualcosa di glorioso, non è che si sposano e dicono non voglio avere bambini, generalmente si sposano per avere bambini.”

[Maritou, Senegal]

“Eh, al nostro paese tutti persone vogliono avere figli, perché tra nostra cultura figli aiuta genitori, è questo. Si qualcuno non fa figli è problema è che la persona ha problemi che non può avere figli.”

[Dédé, Togo]

I due aspetti, tuttavia, non sembrano essere troppo distinti nei discorsi delle intervistate: per le donne la maternità è una gioia, qualcosa di glorioso, qualcosa di cui andare molto orgogliose, proprio perché il contrario non è accettato. Il fatto che diventare madre per la donna sia un dovere e, di conseguenza, una necessità, rende ancor più l'evento speciale, partecipato nell'esaltazione della fertilità della donna.

“(…) giù la donna una volta che rimane incinta diventa quasi come una regina.”

[Absatou, Senegal]

Nessuna delle intervistate ha mostrato sentimenti di incomprensione o di riprovazione per le donne italiane che decidono di non fare figli; i due contesti sono diversi e la scelta di maternità sembra essere radicalmente diversa a seconda dei contesti e delle persone.

Anche il fatto che in vari paesi, tra quelli di provenienza delle intervistate, numerose donne abbiano un'occupazione al di fuori delle mura domestiche sembra non influire sulla decisione; in una società in cui la donna lavora ma ha, allo stesso tempo, un forte obbligo di maternità sono creati dei ruoli e dei meccanismi appositi, per esempio l'esistenza e la convivenza in uno stesso luogo della famiglia allargata.

“Secondo me è ugualmente importante, non è importante se la mamma lavora perché nella nostra società, nelle società africane è importante che una donna possa fare un bambino. Non è importante se lavora o non lavora. L'importante è che puoi fare i bambini. E quando tu lavori

sei stanca anche per prendere, per curare le bambine, però c'è la mamma, c'è la nonna, le zie, quindi non c'è problema. A tre mesi vai a lavorare.”

[Maritou, Senegal]

“Se per caso c'è una sorella più piccola nella famiglia viene a curare il bimbo mentre tu vai a lavorare...quindi puoi fare i bambini anche se lavori.”

[Evelyne, Rep. Dem. del Congo]

3.4 LA STERILITA'

Direttamente legata all'importanza della maternità c'è la questione della sterilità, che comporta l'impossibilità, per alcune donne, di conseguire l'obiettivo fondamentale di divenire madri. Nonostante l'intervista non prendesse in considerazione direttamente tale problematica molte intervistate vi hanno fatto cenno, anche se nessuna di loro l'ha mai vissuta in prima persona. L'immagine che emerge è quella di un dramma non solo individuale, ma collettivo, che tocca non soltanto la vita della donna, ma anche quella di tutta la sua famiglia.

Héritier (1997) nota che le credenze di cui la sterilità è oggetto dipendono in ogni gruppo umano da quell'insieme strutturato di rappresentazioni, credenze e simboli che ogni gruppo possiede. Il discorso sulle cause della sterilità esprime un forte legame tra il mondo naturale, il corpo individuale e la società ed è allo stesso tempo, come il discorso sulla maternità, un elemento rivelatore di una cultura.

Per persone che, come le donne da me intervistate, vedono nella maternità non solo la più grande gioia della vita, ma anche e soprattutto il miglior modo per acquisire considerazione e attenzione dagli altri, l'impossibilità di avere figli per motivi di salute sembra essere la peggiore catastrofe. Questo può portare ad una cattiva considerazione da parte degli altri membri della famiglia, in particolare della famiglia del marito, e alla perdita della loro stima e fiducia. Le sanzioni possono rivelarsi anche molto dure da accettare, perché per una donna che non riesce a mettere al mondo un figlio diventa difficile continuare a vivere nella sua famiglia o farsene una nuova.

“E se tu non puoi avere bambini per qualche motivo tuo marito prende un'altra moglie per avere bambini. E' che diventa difficile anche trovare un altro marito. Se sai che non puoi avere bambini è difficile che qualcuno ti sposi.”

[Maritou, Senegal]

“Quindi lui prende un'altra moglie e tu non devi andare via, però ci sono anche gli uomini che vogliono che te ne vai se non puoi avere bambini e che dicono vado a prenderne un'altra.”

[Evelyne, Rep. Dem. del Congo]

Anche dove le sanzioni per questo tipo di inadempienza (poiché come si è visto precedentemente, secondo le intervistate fare figli è un dovere) non sono troppo forti, la tristezza ed il senso di inadeguatezza rimangono:

“(...) perché comunque da noi una donna che non ha figli si sente triste per il fatto che comunque viene considerata come una donna che non ha avuto tanta fortuna nella vita, quindi è brutto.”

[Sidone, Rep. del Congo]

“O una donna ha figli oppure soffre perché non riesce ad avere figli e fa di tutto per averli. Va sempre in cerca di un modo per averli.”

[Marie, Senegal]

“Proprio perché in Africa una donna sterile soffre tantissimo, perché magari la famiglia ha otto figli e magari sugli otto, sette hanno figli, quindi anche se vedi la donna ridere, tutti sanno che è terrorizzata.”

[Sima, Cameroun]

Le interviste rivelano l'esistenza di meccanismi sociali che assicurano ad un uomo la sua discendenza e permettono la continuità della famiglia, e quindi del gruppo. Essi consentono, inoltre, di compensare e misconoscere la sterilità maschile. Tali meccanismi, d'altra parte, variano da società a società e si fondano, normalmente, sulla

possibilità di separazione tra paternità biologica e paternità sociale. Un uomo che, biologicamente, non può avere una discendenza, può ottenerla tramite l'acquisizione di un figlio altrui (Héritier, 1997).

Sima, proveniente dal Cameroun, descrive un meccanismo, utilizzato all'interno del suo gruppo di appartenenza (Betis), creato appositamente per evitare ad un uomo il matrimonio con una donna che non può avere figli e permettere ad un uomo che non può avere figli di acquisire una discendenza tramite il matrimonio con una donna che già ne ha:

“No perché da noi i figli si fanno anche molto prima del matrimonio, proprio per dare prova che si è fertili, perché in Africa la discendenza è fondamentale. Giù ci si sposa in funzione della riproduzione, quindi quasi sempre i matrimoni celebrati sono con i figli già cresciuti, perché l'uomo prima di compiere un passo del genere deve essere sicuro di avere una donna fertile. Infatti da noi la convivenza è essenziale, mai due si sono sposati che vivevano ancora coi genitori. E se poi non ci si sposa i figli restano con la mamma, e diventeranno i figli di suo marito se poi si sposterà con un altro.”

[Sima, Cameroun]

Si tratta di una forma di regolazione del matrimonio che fa in modo che esso non possa esistere in mancanza di prole. La donna sterile resta così, inevitabilmente, nubile per tutta la vita, magari tentando alcune convivenze ma senza mai contrarre matrimonio.

La possibilità invece che, in una coppia, la responsabilità della sterilità sia dell'uomo e non della donna non è stata annoverata nelle possibilità di chi ha parlato di sterilità. In un caso è stata posta una domanda diretta e la risposta è stata altrettanto diretta e senza esitazioni:

“[E la donna cerca un altro uomo con cui avere bambini?] Eh no, è la donna che non può avere bambini.”

[Evelyne, Rep. Dem. del Congo]

Secondo la Héritier il rifiuto di riconoscere l'esistenza della sterilità maschile si ritrova in quasi tutti i gruppi umani perché, mentre la fertilità della donna è segnata da un inizio e da una fine evidenti, quella dell'uomo non è così direttamente osservabile. Ogni società ha tratto le medesime conclusioni dalla semplice osservazione della natura umana, creandone però simbologie e rappresentazioni differenti.

Solo una persona ha descritto come la ricerca di soluzioni per curare la sterilità sia svolta contemporaneamente dall'uomo e dalla donna, poiché entrambi potrebbero esserne responsabili.

“Per avere figli vanno all'ospedale, fanno analisi, fanno tutto tutto, anche fanno le cose, le pratiche tradizionali, con le erbe, fanno anche questo, fanno tutti e due, fanno anche marito e la donna, insieme sì, per sapere chi ha problemi, chi non ha problemi.”

[Dédé, Togo]

Un aspetto importante della questione della sterilità riguarda la ricerca di soluzioni e cure. Secondo le intervistate essa avviene nel continuo mescolamento delle pratiche tradizionali e della medicina occidentale.

“(…) lei farà tutto possibile, anche fai tanti cure eh, per riuscire a rimanere incinta, anche tra le cure occidentali, quelle tradizionali, andare dai guaritori, andare a fare tutti e tenta tutti strada possibili per rimanere incinta.”

[Stella, Nigeria]

“Veramente cerca, cerca, con medici, con medicina tradizionale, quelli che fanno i gris-gris, e quando una donna se lo può permettere viene anche qua in Europa per provare con l'inseminazione artificiale. Quindi veramente cerca, è fondamentale.”

[Sidone, Rep. del Congo]

Alla ricerca di una cura si passa dall'uso di amuleti, erbe e gris-gris al tentativo di trovare una causa tramite esami medici, comportamenti che potrebbero sembrare poco compatibili all'interno di un medesimo percorso di cura. In realtà, come si vedrà anche

più avanti, l'integrazione tra medicina occidentale e pratiche e cure di tipo tradizionale è continua durante tutte le fasi del percorso nascita, e così anche nella ricerca di una gravidanza.

Questo perché ogni gruppo sociale tenta di trovare una soluzione per la sterilità che sia possibile all'interno della sua visione e rappresentazione del mondo. Dove però un gruppo è entrato o è tuttora in contatto con un altro, come è il caso di tutte le persone intervistate e delle loro società di provenienza, le forme create dagli uni e dagli altri come palliativi alla sterilità si fondono, poiché cambia la forma ma non la sostanza. E' caratteristica comune a molti gruppi l'esistenza di dispositivi atti a preservarne l'esistenza: la medicina occidentale può essere inclusa in tali meccanismi. Inoltre, nella maggioranza dei gruppi umani il legame sociale (e dunque la filiazione sociale) vince sul legame biologico, a condizione che il modo in cui si instaura tale legame sia approvato dalla società stessa. Nelle società italiane l'esempio migliore per questo è la pratica dell'adozione: un figlio adottato ha la stessa valenza di un figlio naturale, proprio perché il legame sociale diviene preminente rispetto a quello biologico (Héritier, 1997). Non stupisce il fatto che dispositivi legati alla medicina occidentale e dispositivi legati alla medicina tradizionale siano utilizzati contemporaneamente, poiché, benché in modi diversi, entrambi tentano di rispondere alla medesima necessità: trovare il nodo cruciale che non permette la nascita di un figlio e tentare di risolverlo.

Trovare una soluzione sembra essere davvero fondamentale anche perché il fatto di non riuscire ad avere figli, anche dopo breve tempo dal matrimonio o dall'inizio della convivenza, sembra coinvolgere non solo la donna e suo marito ma anche le due famiglie e, in certi casi, altre persone non meglio identificate dalle intervistate, che si potrebbero collocare nella sfera degli amici o dei vicini. Il ruolo da essi giocato non è semplicemente quello di osservatori, ma di coprotagonisti della vicenda su un piano quasi paritario con la donna e suo marito. Le modalità della partecipazione variano molto, a seconda dei paesi e del modo in cui, in essi, si affronta e si percepisce l'evento della nascita, ma anche nella forma più riservata essa si sente in maniera forte e chiara.

“Poi lì ci sarà tanti persone intorno che veniva a offrirmi di aiutarmi, di vedere quale motivo se io ho dei problemi gravi magari problemi di salute o più, sì, sì tutti se ne preoccupano al più altro problemi economiche quindi saranno lì tutti a mia disposizione di aiutarmi.”

[Stella, Nigeria]

“Una volta che una donna si sposa non si aspetta altro che la gravidanza, per cui sono tutti all’erta, il marito, i genitori, i suoceri, gli zii, i vicini di casa “e allora sei sposata?” se si sa che sei sposata la prima domanda che ti chiedono è “sei incinta?” Quindi è un evento molto importante che si aspetta. Qua è già diverso no?”

[Faduma, Somalia]

“Prima mi dicevano “quand’è che ti sposi? Quand’è che ti sposi?” finché non ci siamo sposati e ho avuto un anno bestiale, ogni persona che parlava con me mi diceva 'allora quand’è che fai figli?allora quand’è che...?’”

[Edna, Somalia]

Questi stralci di interviste suggeriscono due osservazioni: la prima è l’esistenza di un forte controllo sociale della “comunità” sull’individuo. Un problema biologico, strettamente legato al corpo di uno o, al limite, due individui, diviene argomento di discussione e di preoccupazione per tutto il gruppo a cui essi appartengono. Il corpo dell’individuo è parte della comunità, e da essa viene controllato e gestito, in maniera che porti ad essa beneficio. Tale beneficio è un nuovo membro del gruppo che ne aumenta la grandezza e dunque la forza e ne permette così la sopravvivenza. Meccanismi come quello narrato da Sima e l’esistenza, in qualsiasi gruppo sociale, di strategie volte a combattere la sterilità e/o la mortalità perinatale, non sarebbero dunque indice di un desiderio individuale di genitorialità, ma di un desiderio-bisogno collettivo di sopravvivenza.

La seconda è il continuo passaggio, nella narrazione, da un piano individuale ad un piano collettivo. Questa oscillazione suggerisce l’esistenza di un legame estremamente stretto tra vita individuale e vita sociale. Raramente le donne intervistate hanno fatto riferimento soltanto a se stesse, ai propri vissuti o ai propri desideri. La partecipazione

di sorelle, madri, mariti, amici, è sempre menzionata e gioca un ruolo spesso fondamentale.

3.5 IL GRUPPO FEMMINILE

Le modalità di concettualizzazione e gestione della nascita hanno, proprio perché si tratta di un evento bio-sociale, legami molto stretti con la definizione di femminilità e con il ruolo che le donne in quanto procreatrici assumono all'interno di una società. Tali legami sono di dipendenza e influenza reciproca: il fatto che la gestione della nascita sia o meno lasciata nelle mani delle donne dipende dalla loro posizione nella società e dalla divisione dei ruoli di genere. La nascita inoltre può essere pensata come un evento naturale, che le donne sanno gestire perché riguarda il loro corpo, o come un evento straordinario da curare e controllare con altri mezzi (per esempio la tecnologia) (Oakley, 1985).

Vorrei dunque esporre ciò che è emerso durante le interviste rispetto al ruolo che le donne (intese come le altre donne rispetto alla madre) assumono durante tutto il percorso della nascita riguardo alle decisioni da prendere, alla cura della madre, alla gestione degli eventi.

Questo per capire se le donne intervistate abbiano riscontrato, rispetto al ruolo femminile nella gestione della maternità, delle differenze tra la loro società di origine e la società italiana. È importante, però, ricordare che la percezione di una differenza può dipendere dal fatto di trovarsi lontane dal contesto familiare; il ricordo dei ruoli di aiuto e assistenza assunti da persone affettivamente importanti può essere distorto dalla lontananza nel tempo e nello spazio. Tuttavia l'esistenza di tali differenze nella gestione della maternità potrebbe essere indicativa di un legame tra la gestione pratica del parto e un più ampio ordine sociale e quindi le istituzioni che esistono in una società e che variano al variare di essa.

La prima osservazione riguarda la famiglia allargata in confronto a quella nucleare. Si tratta di una differenza, tra società africane e società italiana, che viene notata da quasi

tutte le persone intervistate, che sembrano trovare nella società italiana una forte mancanza di relazioni familiari e di solidarietà.

“Io comincia a dire che giù in Africa, la gravidanza, partorire e post-parto è molto gioioso, perché lì quando uno partorisce i problemi non è più suoi, diventa quello dei parenti immediatamente, diventa di mia mamma e mia suocera (...) Quindi lì in Nigeria quando siamo incinta tutta la famiglia sono coinvolti, i nonni, i zii e dalla parte di marito se la ragazza è sposata, la famiglia del marito sono tutti coinvolti a vedere questa gravidanza come sta procedendo perché è una gran gioia specialmente quando è il primo figlio.”

[Stella, Nigeria]

“(...) io vedo che qui le donne sono sole, molto sole qui, quando sono incinte e dopo la nascita del bambino.”

[Absatou, Senegal]

“Sì, ci sono tante cose, però anche lì dipende dalla famiglia dove vivi e dalla tua mamma o dai tuoi zii, perché poi alla fine sono loro, praticamente sono loro che vivono la tua gravidanza, perché ti devono dire...ti curano loro, ti dicono cosa devi mangiare, che non devi parlare con certe persone perché se no ti mandano il malocchio, certe piante non le devi usare o non le devi mangiare, devi usare più spesso questo...devi metterti in una posizione che ti dicono come sederti, come camminare, per fare stare bene il bambino. E anche dopo la gravidanza ti insegnano anche come accudire il bambino e lavarlo.”

[Therese, Costa d'Avorio]

“E' meno sociale, là ci sono tante persone che pensano solo alla famiglia, qui in Europa le persone sono troppo sole. E là quando tu hai un bambino, tutti pensano a lui e tu puoi dormire, riposarti, almeno per un mese.”

[Scherita, Togo]

“(...) perché il bambino non viene cresciuto da una mamma e un papà, viene cresciuto da tutta la famiglia e da tutto il vicinato di casa. Non c'è questo abbandono che io vedo qua, cioè una

ragazza ha un figlio ed è completamente sola. Sì ecco ha il marito e la mamma e basta, il resto no, non c'è niente, invece da noi guarda quante donne...”

[Edna, Somalia]

L'analisi della società italiana che si estrae da queste parole, tuttavia, pare dipendere non tanto da un'osservazione della realtà oggettiva, quanto dal loro vissuto di donne immigrate spesso da sole o, al più, con la famiglia ristretta. Nella società italiana forse non è così diffusa la condizione di solitudine per le neomadri poiché esse hanno normalmente accanto a sé i propri familiari.

La percezione di una tale differenza (come secondo le loro descrizioni) forse dipende più semplicemente dal fatto di vivere in una condizione particolare (quella di immigrazione) in cui la famiglia in senso lato è forzatamente lontana, e soprattutto in cui la figura materna può essere mitizzata a causa della lontananza. Infatti alcune persone hanno trovato la differenza nel loro vissuto personale più che nel confronto tra le due società.

“No, l'unica vera (differenza) è che lì c'è tutta la famiglia, anche perché noi africani abbiamo delle famiglie molto grandi.”

[Mariuna, Togo]

“Io vedo che qui è difficile avere bambini, perché non c'è nessuno per aiutarti a curarlo, ma per il resto la gravidanza è uguale. In Africa è più, o sei più sicura, c'è la tua mamma che guarda che tutto vada bene che tutto è tranquillo, però qua non c'è nessuno.”

[Maritou, Senegal]

Sicuramente il passaggio che è avvenuto nella nostra società, da una tipologia di istituzione e di convivenza familiare ampia alla famiglia nucleare, ha influito enormemente sia sulle condizioni di vita in generale sia sulla tipologia di assistenza che viene fornita ad una donna in gravidanza e dopo la nascita del bambino. Con la medicalizzazione del parto ad essa è stata data una forma più impersonale, ma allo stesso tempo ad uguali condizioni per tutte le donne (Ranisio, 1996). Il tipo di

assistenza (intesa non solo in senso fisico, ma anche in senso psicologico e morale) esistente può dunque dire molto sull'organizzazione di una società e sulle caratteristiche che essa assume rispetto ai rapporti tra gli individui. Sidone, per esempio, fa un'interessante annotazione sulla connessione tra partecipazione alla vita altrui e uso del tempo nella società italiana:

“Però direi che noi, in Africa nera, abbiamo una rete familiare ma anche amicale molto molto vasta. Direi che quando tu hai bisogno, intervengono proprio tutti, ma anche i vicini proprio, una persona che è nata con te, praticamente allo stesso tempo diventa un parente, e anche quando tu stai male e hai bisogno anche loro vengono, non sei sola. Ma qua praticamente ti senti sola, veramente sola, perché comunque non è come in Africa dove c'è una rete solidale, proprio direi. Ma anche perché lì le occupazioni non sono come qui, non occupano così tanto tempo e quindi ti rimane anche tanto tempo a disposizione, qua il tempo è prezioso, direi. E poi una cosa è strana, che qua il tempo vola, questo è molto molto strano, il tempo corre, da noi il tempo non corre e va lento e quindi abbiamo anche tempo di fare tutto, ci occupiamo anche degli altri, ci dedichiamo agli altri. Qui tutti lavorano tanto e non hanno tempo di occuparsi anche degli altri.”

[Sidone, Rep. del Congo]

Un'altra idea interessante scaturita da un'intervista è la stretta dipendenza tra tipologia di assistenza, e quindi struttura sociale, e patologie legate alla maternità esistenti in una società e non in un'altra:

“Dopo il parto. Dopo il parto c'è sempre qualcuno che le tiene il bambino, che gli lava i panni, che li aiuta, c'è sempre un parente, un via e vai (...) c'è un contorno incredibile, c'è un... è come se fosse un bambino anche la mamma, viene curata completamente. Ecco perché io qui vedo che ci sono tanti problemi, per esempio la depressione post partum, in Somalia non esiste. Ecco perché io adesso capisco per esempio la depressione post partum, perché non esiste in Somalia? Perché manca questa cosa qua, culturalmente manca, è per questo qui, che la mamma è tenuta sotto, con un bambino piccolo, non sapere da dove iniziare, cosa fare cosa non fare, sicuramente andrà un po' in depressione... Mentre lì hai l'appoggio di tutti, amici, parenti, vicini di casa, tutti.”

[Edna, Somalia]

Tutte le intervistate parlando di maternità hanno subito messo l'accento sull'importanza dell'aspetto sociale. Questo forse dipende dal fatto che in Italia molte di loro abbiano sofferto particolarmente la solitudine, forse dal fatto che i contesti in cui sono vissute gli abbiano trasmesso l'uguale importanza dei due aspetti della nascita.

Dalle interviste emerge che tale percezione dipende anche dal fatto che le persone "esperte" della nascita non appartengono ad una categoria ristretta di persone, come può essere una categoria professionale, ma sono, in generale, tutte le donne che hanno già avuto figli. Non sempre l'intero percorso della nascita, dalla gravidanza ai primi mesi del bambino, è seguito esclusivamente dalle parenti appartenenti al sesso femminile. Come si vedrà più avanti tutte le intervistate hanno vissuto parti in ospedale anche nel loro paese di origine. Dalle interviste tuttavia affiora l'idea di un "sapere femminile", che persiste nonostante la medicina e che influenza notevolmente il modo di agire della futura (o neo) madre. Come tale sapere si rapporti alla medicina sarà argomento del prossimo capitolo. Ciò che qui preme sottolineare è la presenza, in ogni racconto, di un gruppo di donne che ha fatto da punto di riferimento per ogni esigenza e che spesso si è sostituito alla mamma nella cura del bambino.

“[Ma in questo periodo (dopo la nascita) ti occupi tu del bambino o qualcun altro?] Mia mamma. Io il primo bagno l'ho fatto alla piccola (che è nata in Italia), gli altri tutto mia mamma. Anche perché io l'ho fatto a 17 anni e mia mamma non si fidava, ogni cosa, e quindi io non facevo nient'altro che dormire e mangiare per tre mesi. Che bello! Poi tutti ti accudiscono .”

[Absatou, Senegal]

“E anche dopo la gravidanza ti insegnano anche come accudire il bambino e lavarlo. [Ma questo chi lo fa?] Molto spesso la mamma, poi la zia e anche le nonne. Quando c'è anche la nonna in questi casi è lei che decide, infatti quando c'è anche lei la mamma non c'è. Perché è stata la nonna ad insegnarla, no? Quindi finché c'è la nonna sarà lei ancora a fare queste cose.”

[Therese, Costa d'Avorio]

“Qui non so, invece là sono sempre accompagnate o dalla mamma o dalla sorella, c'è sempre qualcuno che sta con te. Poi dalla gravidanza fino alla fine le donne non sono mai da sole. Infatti

anche quando vai, quando capita negli ospedali, nella sala parto tu vedi tutti i familiari dentro alla sala parto. Non i mariti, ma non perché c'è una legge che vieta ai mariti di entrare, ma proprio perché non fa parte dell'abitudine. La mamma, la sorella, la zia.”

[Therese, Costa d'Avorio]

“Per esempio, soprattutto se c'è una gravidanza a rischio la madre si trasferisce a casa sua, anche se è lì vicino perché i genitori abitano sempre lì nei dintorni. Poi c'è sempre lì qualcuno che ti cura a te.”

[Faduma, Somalia]

Ho chiesto alle intervistate quale fosse, durante le varie fasi della maternità, il ruolo assunto dagli uomini e in particolare dal marito. E' emersa una totale assenza della parte maschile della famiglia nella gestione pratica della maternità; la mamma e il neonato sono presi in carico dalle altre donne, anche perché gli uomini sono esclusi dalle conoscenze necessarie, che si tramandano di donna in donna.

“Sì sì, tutto in mano alle donne perché, io comincio a dire, la maternità per noi, e anche la società nigeriana, non è come qua che coinvolgiamo i nostri uomini, no, no lì no. O per ignoranza, non posso dire oppure per proprio natura che loro sono proprio messi a parte. Perché è una società dove la mamma è molto attiva, le donne sono attive in questa parte qua, perché è loro che portano il bimbo in grembo, quello che fanno loro, quindi loro sono tutte a difendere i bambini, e il futuro papà non fa niente, non se ne preoccupa perché c'è la mamma. Dove non c'è la mamma, che è un po' difficile c'è la nonna, o le zie, ecco tutti quelli lì, e poi già la parte della mamma è già coperta, cosa lui deve tirare fuori i soldi, perché tutto questo che ho spiegato prima, qualsiasi pratiche vai ci vuole soldi (...) Quindi uomini, loro tira fuori i soldi, ecco lavorano e pagano, al massimo stanno lì, però non entrano. Ad esempio, quando una donna deve partorire, uomini oggi come oggi non entrano in sala parto, non entrano perché, io penso per la cultura forse è meglio così, forse è un bene o forse è un male che loro non entrano, perché loro dicono se io vado lì, vedendo come soffri, sto male, come qua, però proprio non entrano, non so, per loro è così. Quindi entrano o le suocere o le mamme più che altro.”

[Stella, Nigeria]

“No, non si occupa di niente, perché tanto ci sono le donne che fanno tutto. I maschi dicono l’hai fatto tu e adesso te lo tieni tu.”

[Tuti, Senegal]

“Ecco questa è una cosa proprio diversa, qua ti accompagna, va addirittura ai corsi di preparazione al parto, sta attento alle cose che mangi, è tutto una cosa di coppia. Lì invece è una cosa da femmina, e lui non partecipa per niente. Finché il bambino non nasce, ma anche dopo, anzi dopo non ti aiuta, e infatti anche quando il bambino nasce o la mamma col bambino si trasferisce a casa della mamma oppure se abitano nella stessa casa viene sempre, la mamma viene da te o se no una sorella.”

[Faduma, Somalia]

“No l'uomo è tagliato proprio fuori per la crescita dei figli, gli uomini già non ci sono quasi mai, e in più non sono proprio portati, anche perché ci sono troppe persone intorno al bambino, le amiche, le sorelle, la mamma, le zie, allora il papà non conta. Loro provvedono tutto però le cose pratiche le fanno le donne.”

[Sima, Cameroun]

Come si vedrà più avanti, questa esclusione degli uomini dalla scena del parto è strettamente legata al contesto dei paesi di origine. Altre posizioni emergono quando si affronta l’argomento della maternità in Italia, dove, almeno dal punto di vista delle donne, l’uomo assume un diverso ruolo nella nascita e nella crescita dei bambini.

Tuttavia, il fatto che le donne abbiano il potere di decisione su tutto ciò che riguarda questo momento della vita è molto significativo, perché dà loro un ruolo fondamentale all’interno della società. Esso è spesso considerato meno appariscente di quello maschile, poiché è maschile il punto di vista da cui si osserva la divisione dei ruoli all’interno della società, ma forse è, nella sostanza, altrettanto importante.

“ (...) infatti poi alla fine l'educazione dei bambini in Africa viene fatta dalle mamme, il ruolo del padre qual'è? Andare a lavorare e portare i soldi a casa. Poi sembra che sia il padre che comanda e decide tutto, ma alla fine, alla fine è la donna che fa tutto, gestisce la casa, tutto.

E il marito, lui, alla fine la donna gli fa credere che è lui che ha autorità, però poi alla fine sono le donne che fanno tutto, soprattutto l'educazione; nel mio gruppo, il gruppo cui appartengo, il gruppo *hakkai*, quando abbiamo bisogno qualcosa andiamo verso la mamma non verso il papà.

Forse è meglio dire che la donna è più forte dell'uomo, cosa fa l'uomo? Va a lavorare, porta i soldi a casa, sgrida i figli e anche la moglie, portami da mangiare e tutto, ma non fa niente. Però tutto il resto è la donna che fa tutto, è quella più forte perché riesce a gestire tutto, e anche lei porta qualcosa a casa.”

[Therese, Costa d'Avorio]

Le interviste mostrano come il modo di vivere e di pensare la maternità sia strettamente connesso all'intera organizzazione sociale, all'istituzione familiare e alla posizione della donna all'interno del suo gruppo familiare e della società intera.

Ma il condizionamento culturale sulla nascita non si rivela solo in questi nessi tra organizzazione sociale e concezioni di maternità, sterilità e femminilità, ma anche, come si vedrà nel prossimo capitolo, nelle pratiche attuate sul corpo della madre e del bambino durante la gravidanza, il parto e il puerperio.

CAPITOLO 4

ANALISI DELLE INTERVISTE: GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO NEI PAESI DI PROVENIENZA

4.1 LA NASCITA COME RITO DI PASSAGGIO

La vita individuale consiste nel continuo passaggio attraverso una successione di tappe che segnano diversi status e diversi ruoli all'interno della società di appartenenza. Per permettere il passaggio dell'individuo da una condizione ad un'altra ogni gruppo sociale sceglie una modalità cerimoniale e rituale che è culturalmente determinata, legata al corso della natura e dell'universo ma anche al corso degli avvenimenti della vita sociale. Van Gennep (1969) annovera tra i riti di passaggio cui sono sottoposti sia la madre sia il bambino la gravidanza e il parto e la nascita come primo evento della vita individuale che sancisce l'ingresso all'interno della comunità. Per la donna, infatti, la gravidanza e il parto rappresentano un momento di pericolo e di transizione allo status di madre, che, come si è visto precedentemente, è fondamentale non solo ad un livello individuale ma anche per tutta la famiglia e, a volte, per una comunità più ampia. Questo passaggio da una parte deve essere reso chiaro e palese per l'individuo oltre che per il resto della società, dall'altra deve svolgersi in modo sicuro, così da proteggere la persona che attraversa una fase pericolosa.

I riti e le cerimonie che si svolgono durante la gravidanza e la nascita sono doppiamente importanti e doppiamente pericolosi; si tratta, infatti, di una fase in cui da una persona se ne creano due nuove: la madre, che il parto fa rinascere in una nuova condizione, e il bambino, che entra a far parte della famiglia e della società. I pericoli della gravidanza, inoltre, non riguardano solo la futura madre, ma anche il bambino che, sebbene si trovi ancora nel ventre materno, è sottoposto ad attenzioni e protezioni particolari.

Van Gennep (1969) distingue alcune fasi dei riti di passaggio che li caratterizzano in ogni loro forma, non solo quando il passaggio riguarda la gravidanza e la nascita, ma anche quando riguarda qualsiasi altro cambiamento di status che l'individuo compie nel corso della vita. Le fasi, e i riti ad esse legati, sono tre: i riti di separazione della fase pre-liminare; i riti di margine della fase liminare e i riti di aggregazione della fase post-liminare. In questo modo l'antropologo ha tentato di raggruppare tutte le sequenze cerimoniali che accompagnano il passaggio da una situazione ad un'altra e da un mondo (cosmico o sociale) a un altro. Queste tre categorie non sono necessariamente sviluppate allo stesso modo presso la stessa popolazione o all'interno dello stesso insieme cerimoniale. Le cerimonie per celebrare un passaggio accentueranno una fase piuttosto che un'altra. Durante la gravidanza, per esempio, la parte più importante sarà quella dedicata alla fase di margine, proprio perché la donna si trova nel momento di passaggio da uno status all'altro; nella nascita la fase più importante sarà invece quella di aggregazione, che assicura l'inserimento del neonato nel gruppo.

Allo stesso tempo, come nota Journet (1991) si tratta anche di un periodo di speranza, perché dalla riuscita di questo passaggio dipende la vitalità della famiglia e del gruppo. Proprio per questo la vita e il corpo della donna devono essere tenuti sotto controllo e sotto protezione anche dall'esterno, dunque dalla famiglia e dalla società intera.

In ogni società alla gravidanza e al parto si associa una forma di controllo pervasivo di ogni ambito della vita della donna. Trattandosi, tuttavia, di una fase di pericolo, questo controllo assume l'aspetto di una forma di protezione che rassicura e tranquillizza. Come mostra lo studio di Pizzini, Colombo e Regalia (1985) la medicalizzazione della gravidanza e l'ospedalizzazione del parto sono la forma di controllo che è stata attuata nella società italiana (e non solo) per fare in modo che l'evento individuale si svolga secondo delle modalità prestabilite e indipendenti dalla volontà del singolo individuo.

Nella gestione della gravidanza e del parto vengono attuati dei costrutti simbolici³⁷ che servono proprio a mantenere il potere e la legittimità della medicina nel controllo del

³⁷ Colombo, Pizzini e Regalia (1985) hanno studiato le costruzioni simboliche che permettono il riconoscimento della donna partoriente come paziente all'interno dell'ospedale e l'instaurarsi, tra lei e i medici, di una tipica relazione medico-paziente. Esempi di ciò sono le procedure di ammissione in

processo riproduttivo. Franca Balsamo (1997) nota, infatti, come, in ogni situazione sociale, il simbolismo sia uno strumento di controllo sociale, e ciò si verifica ancor più in condizioni di pericolo e di insicurezza come la nascita.

Si può parlare, dunque, della gravidanza, della nascita e del puerperio come di "condizioni rituali"? Il primo elemento che fa pensare alla maternità, intesa come l'insieme delle tre fasi, come ad una situazione di passaggio da una condizione ad un'altra è il rischio e il pericolo cui la donna è sottoposta durante la gravidanza e il parto.

Da tutte le interviste è emersa questa sensazione di pericolo molto forte, legata soprattutto alla gravidanza, più che al parto e ai primi mesi del bambino. Sebbene la nascita di un bambino sia, come si è visto, un evento vissuto collettivamente, la scoperta della gravidanza e i primi mesi di attesa non lo sono necessariamente, perché il pericolo per la salute del bambino può provenire dalle altre persone. La maggior parte delle donne intervistate, raccontando i primi momenti della gravidanza, ha mostrato quanta attenzione è stata data al fatto di non diffondere troppo rapidamente la notizia, proprio per paura che qualcosa di male potesse accadere ai bambini. Oltre a ciò alcune hanno narrato la loro difficoltà, in Italia, ad accettare serenamente l'interessamento di persone estranee o poco conosciute a loro e ai loro bambini, proprio perché si tratta di un momento delicato durante il quale chiunque può rappresentare un pericolo.

"Tu lo tieni segreto, non lo dici a nessuno, perché là ci sono le streghe, è quasi un tabù, quindi tu lo devi nascondere. Tu lo dici alla tua famiglia e poi basta se no c'è il rischio che ti succede qualcosa di male.

Il problema è che ci sono molti spiriti da noi e può essere molto pericoloso stare in mezzo a persone che ti conoscono. Ci sono delle persone che fanno questo. Se tu sei tranquilla, lo dici ai

ospedale: separazione dal mondo esterno, compilazione della cartella clinica e utilizzo di abiti "ospedalieri"; le procedure di preparazione al parto: tricotomia e clistere; le procedure del parto: posizione litotomica, episiotomia di routine, ecc. Secondo le ricercatrici si tratta di procedure non sempre dettate da necessità pratiche, ma spesso dalla necessità simbolica di costruire la donna partorienti come paziente; che il suo ruolo, quindi, sia identificato e riconosciuto come subordinato al controllo esterno di medici, infermiere e ostetriche.

tuoi, a tuo marito, a chi vuoi, se invece hai un po' paura lo nascondi. E non lo fai sapere a nessuno.”

[Scherita, Togo]

"E' una cosa privata e non si dice per niente, a nessuno. È come se fosse tabù è una cosa di cui non si parla mai, durante tutti i mesi della gravidanza. Magari anche quando una vicina di casa se ne accorge, non ti viene a dire niente finché proprio la cosa non è confermata. Lo dici alla mamma e al marito, però per le altre persone, giusto se ti chiedono “ma sei in uno stato interessante?” Allora d'accordo, però hanno sempre tutti molta cura di non offendere.

[E perché questo?] Non lo so, si ha timore di chiederlo per non farla sentire imbarazzata. Quando si comincia a vedere la pancia allora si sa, però magari si aspetta ancora un po'.”

[Emilia, Eritrea]

“Però noi non diciamo come qui, ehi amica sono incinta, tre mesi, domani io lo...no, no; perché noi non diciamo, noi non parla, noi no dico maschio, femmina, che Joy è nato, quanti mesi, no, no. Solo parla con marito.”

[Eunice, Nigeria]

“[Quando hai scoperto di aspettare un bambino chi lo ha saputo per primo?] Mia mamma e mio marito e basta. Gli altri non devono sapere niente fino a che non si vede la pancia grande, e anche quando si vede bisogna stare attenti perché devono saperlo solo le persone che sei sicura, se no c'è pericolo che succede qualcosa. Perché le persone possono essere invidiose che tu e la tua famiglia siete tanto felici e allora possono prendere il bambino oppure farlo morire perché non vogliono che sei felice...oppure gli spiriti maligni possono farti stare male e allora devi proteggerti, non dire tutto a tutti e poi non dire quando devi partorire, se è maschio o femmina, e preparare tutto per lui, tutto come se il bambino è già nato. Lui non è ancora nato, e finché non è ancora nato qualcuno può sempre prenderlo e portarlo via. Poi anche da noi non c'è l'ecografia, c'è ma nessuno può farla perché ci sono poche macchine e costa molto.”

[Marem, Nigeria]

“Ho dovuto anche annunciarlo, perché in genere non si fa.

[Ma come mai?] Forse un po' per scaramanzia, oppure perché sono momenti di incertezza perché giù le cose non sono come qua, ci sono tante donne che non riescono portare a termine la gravidanza, quindi prima di dare l'annuncio i primi tre mesi sono proprio di conferma. Finché non passano quei tre mesi la donna non è sicura e per non allarmare... Dopo tre mesi invece lo sanno tutti, anche perché viene fuori proprio la pancia.”

[Sima, Cameroun]

“[Per esempio conoscere il sesso del bambino prima della nascita?] Ecco lì da noi è un tabù, non si può, infatti a proposito di questo conoscere il sesso da noi una donna incinta, tu non puoi chiedere quanti mesi è, perché porta sfortuna, poi chiedi quando deve partorire, e hai già fatto la spesa per bimbo, anche se lo faccio non ti dico. Oppure vedi una donna le tocchi pancia, da noi non, infatti quando io sono venuta incinta qua mi sono trovata in difficoltà, perché tutti mi chiedono, alla fine io e mio marito abbiamo litigato per quello, io non lo dico mai. Lui mi fa “eh, qua siamo in Italia a me non mi interessa”, perché io gli dici “io non voglio”. (ridendo) Alla fine abbiamo litigato tutte le due gravidanze, questa poi un po' meno perché cominciava a dire “ecco”, invece con lui ero chiusa, anche coi miei suoceri ero chiusa, non dicevo niente perché portava sfiga, non puoi chiedermi “quando partorirai?”, perché da noi se tu chiedi “quando partorirai?” se qualcosa va storti i genitori vengono a fare tanti problemi con quelle persone lì, metti caso che ha perso il bambino...”

[Perché pensano che sia colpa sua?] Sì, colpa sua che gli ha portato sfortuna, che è andato quasi e ha usato la stregoneria per fare abortire il bimbo, quindi è una, è un gran casino da noi, devi stare molto attento, una donna incinta non deve farsi vedere troppo in giro.”

[Stella, Nigeria]

“No, perché da noi si dice che ci siano gli spiriti maligni, e quindi cerchi di nascondere il più possibile, per paura, finché non hai la pancia che si vede lo puoi nascondere. Beh, lo puoi dire alla tua famiglia, questo sì. A tuo marito, ai tuoi genitori, però per dirlo fuori, è pericoloso. Perché lì credono tutti agli spiriti maligni, allora è pericoloso, devi nascondere, devi cercare di tenerli lontani, perché questo periodo è molto pericoloso.”

[Marie, Senegal]

“Da noi non si dice, perché non lo so, perché siamo in Africa. Ci sono gli spiriti che se qualcuno ti vuole male può far andare male la gravidanza oppure gli spiriti possono prendere tuo figlio e non lo so è molto pericoloso. Sì, poi quando esce la pancia tutti vedono e dicono che sei incinta però prima no, non è una cosa di cui si parla o che si racconta. [E’ per questo che usate quegli amuleti cui parlavi prima?] Sì per proteggere la mamma e il bambino dagli spiriti.”

[Maritou, Senegal]

“Da noi normalmente non bisogna far sapere a tutti, poi quando tu sei sicura che tutto va bene puoi fare sapere a tutti perché magari se poi le cose vanno male la gente poi pettegola, magari ride, ti prende in giro. Mio marito però appena lo sa dice a tutta la famiglia perché lui è uno molto aperto, ma di solito non si dice, si aspetta che tutto sia sicuro, magari anche quando la pancia già si vede tu neghi, sì sì, tu dici “ma no, non è che sono incinta, è perché ho mangiato troppo oggi, è che sto mangiando troppo in questi giorni” magari anche neghi eppure poi ti dicono “ma scusa, bugiarda, perché negavi?” Ma non è niente, poi ridi e poi passa, è una cosa anche normale, è del tutto normale.”

[Sidone, Rep. del Congo]

“No, noi non annunciamo la gravidanza, non lo diciamo. Si vede, quando si vede si vede. Però magari una ne parla con la mamma se c’è o se non c’è con la sorella maggiore, così, per i consigli, le cose da fare, ne parla con una donna più esperta che è vicina a lei. Però tutti gli altri lo vengono a sapere solo quando si vede. O magari è malata e ci sono i sintomi e allora una sospetta, però non viene detto così, sono incinta. Poi non si fa così come si fa qui, a me ad esempio ha dato fastidio quando ero incinta che mi toccavano la pancia, mi dicevano “che bello, quanti mesi hai, quando nascerà?” E io mi dicevo “ma cosa fanno questi qui, mi vogliono mangiare?” E mio marito mi ha detto che qui è normale così.”

[Absatou, Senegal]

Altre persone, invece, non hanno fatto cenno a questo uso di mantenere il segreto sulla gravidanza, narrando invece una forte partecipazione esterna in ogni momento, dalla scoperta della gravidanza alla nascita del bambino. Il pericolo per la madre e per il bambino è sempre presente però è visto in altri modi e non nelle persone. In alcuni casi avviene anzi l’attuazione di una strategia opposta alle precedenti poiché la vicinanza e

l'attenzione delle altre persone invece di costituire una forma di pericolo difendono la donna e la proteggono dagli spiriti.

“Là sempre è una cosa che viene comunicata, perché è una gioia, per cui di solito non si vede l'ora di dirlo a tutta la famiglia, soprattutto la famiglia del marito. Sembra che non aspettano niente se non questa cosa! E lì fa valere la donna e raggiunge il suo “apice” diciamo, proprio quando mette al mondo un figlio, se no in certi casi non è niente la donna.”

[Therese, Costa d'Avorio]

“Sì invece lì è di tutti, la tua gravidanza è di tutti, amici, parenti, e ti dicono “perché non mi hai chiamato? L'ho saputo dalla zia, dalla cugina, da tizio caio...” E quindi qui è stata una festa.”

[Edna, Somalia]

“No è una notizia da dare subito, anche perché in Africa spesso anche prima che lo dici, tante donne capiscono che sei incinta, anche se tu hai aspettato non sei ancora andata a fare gli esami, non sei ancora sicura, loro se ne accorgono. Per esempio per me, mia nonna, mi diceva “Emilia ma tu stai bene?” Erano ancora le prime settimane quindi io aspettavo che mi arrivavano le mestruazioni, stavo aspettando non avevo fatto ancora un controllo ma lei guardandomi già aveva capito che ero incinta, guardandomi mi ha detto Emilia tu sei incinta, poi sono andata a fare il test di gravidanza ed era vero. Io non so come fanno, però loro ti guardano e capiscono tutto di...Quindi poi dopo i parenti, vengono a saperlo anche gli amici senza problema.”

[Emilia, Angola]

La causa del pericolo viene pensata in tre modi differenti: la presenza di spiriti maligni, che possono prendere o fare del male al bambino durante la gravidanza; le cattive intenzioni delle persone e l'uso della stregoneria contro la futura madre o contro il bambino appena nato, per invidia, gelosia o per questioni familiari o dispute avvenute precedentemente alla gravidanza; la malattia fisica, di origine biologica. Essa in alcuni casi è dipinta come l'effetto della maggiore debolezza del corpo, altre volte invece essa è interpretata come la manifestazione del malessere provocato dagli spiriti o dalla

stregoneria. Tali fonti di pericolo si intersecano e si sovrappongono, e le cause di cattiva salute e i rimedi utilizzati costituiscono sistemi coerenti che mescolano varie concezioni del corpo e del suo legame con la mente e lo spirito. Questo mostra, quindi, quanto modelli di riferimento e concezioni diverse di salute e malattia si siano intersecate e convivano nei paesi di origine delle donne intervistate.

Colpisce, inoltre, il continuo emergere, nelle parole delle intervistate, di riferimenti alla morte di madri e bambini che mostra come il pericolo e il rischio siano sentiti davvero in maniera reale, più di quanto non si sia abituati in Italia.

In generale la fase percepita come la più pericolosa è proprio quella della gravidanza, forse perché è anche la più carica di ansie e aspettative. Un altro momento molto importante è il periodo che segue la nascita del bambino, che è contraddistinto dalla reclusione della mamma e del neonato fino al momento del reinserimento nella società (aggregazione). Nella maggior parte delle esperienze di nascita vissute dalle intervistate questo passaggio comporta la celebrazione di un festeggiamento del nuovo nato e l'imposizione del nome.

Il periodo di reclusione dopo la nascita, poiché quest'ultima si è svolta per tutte le donne in ospedale anche nei paesi di provenienza, non avviene nello stesso luogo del parto. C'è dunque un doppio passaggio: il primo è quello dell'uscita dall'ospedale e dell'entrata nella casa (a seconda dei casi la casa della donna o di sua madre), che avviene in tempi variabili, a seconda degli usi degli ospedali e della salute della coppia madre-figlio; il secondo passaggio porta la mamma a reinserirsi nella comunità di appartenenza, spesso con un riconoscimento anche cerimoniale del suo nuovo status di madre e il bambino ad essere presentato al suo gruppo familiare e, in certi casi, ad un gruppo anche più ampio tramite l'imposizione del nome.

Nelle interviste emerge che il periodo di reclusione varia da un minimo di otto giorni, normalmente seguito da chi, tra le donne intervistate, si dichiara di religione musulmana, fino anche a tre mesi. Molte delle intervistate hanno parlato di una durata intermedia di quaranta giorni. Durante questo periodo oltre a dover stare in casa la madre è soggetta ad altre interdizioni: per esempio, l'obbligo di non dormire con il

marito e di non avere rapporti sessuali. La neomamma, inoltre, non si occupa di nulla se non di nutrire il bambino, tutti gli altri compiti vengono svolti da altre persone.

“No, ma da noi in Somalia per quaranta giorni non esci di casa, dormi in una stanza da sola, non con tuo marito, e essendo un fatto femminile, il parto eccetera, allora il marito è un po’ escluso, mentre per quaranta giorni la mamma è coccolata.”

[Edna, Somalia]

“Quando il bambino nasce o la mamma col bambino si trasferisce a casa della mamma oppure se abitano nella stessa casa viene sempre, la mamma viene da te o se no una sorella, qualcuno arriva e poi camere separate e tu stai da sola con il tuo bambino, nella tua camera, dove il bambino va curato, massaggiato, e gli vengono date delle cose tradizionali, come degli olii degli unguenti. E anche alla madre vengono fatti massaggi e preparati cibi, si hanno più attenzioni, la si cura di più.”

[Faduma, Somalia]

Dall'inizio della gravidanza fino al momento in cui la madre e il bambino non rientrano a tutti gli effetti nella vita della società, riprendendo le normali attività quotidiane, la donna si trova in uno stato di impurità (Van Gennep, 1969). Secondo la classificazione di Van Gennep essa si trova, infatti, fino a quel momento in uno stato marginale, uno stato cioè anormale perché non precisamente determinato, nel passaggio da una condizione all'altra.

Ogni stato anormale, secondo Mary Douglas (1993), è connesso ad uno stato di impurità e di rischio, per proteggersi dal quale vengono attuate delle strategie di difesa e di controllo dell'ordine che comprendono l'utilizzo di una dieta particolare, di pratiche religiose e di pratiche e cure del corpo, che possono essere indistintamente legate alla medicina tradizionale o a quella occidentale.

4.2 L'ALIMENTAZIONE

Uno dei fattori che mostrano il cambiamento e il passaggio è la trasformazione delle

abitudini alimentari, che devono adeguarsi allo stato transizionale della persona e aiutarla, in un modo che varia da società a società, a superare il momento di pericolo.

Durante la gravidanza, in particolare, la duplicità, ossia il fatto che due individui si trovino in uno solo, è un elemento di anomalia molto forte perché si tratta, come si è detto, di una fase liminale, che si risolverà con la separazione dei due individui (normalmente tramite il taglio del cordone ombelicale) e il loro reinserimento nella società. L'anormalità della duplicità, e la conseguente regolazione e il controllo cui è sottoposta, sono elementi fondamentali che, come ha mostrato lo studio di Ranisio (1996), si ritrovano anche nella tradizione italiana. Questo stato anomalo è sottoposto a prescrizioni di vario genere, tra cui alcune di tipo alimentare. Si è visto, infatti, come la maternità sia, in tutti i gruppi umani, un evento da gestire e controllare collettivamente; le prescrizioni alimentari sono una modalità forte di controllo sul corpo individuale, tramite cui si può influenzare il comportamento altrui e richiamarlo ad un ordine prestabilito.

Durante la gravidanza, in particolare, esiste la convinzione che ci sia un legame tra il corpo e il comportamento della madre e il destino del bambino. Tale credenza è rintracciabile anche nella tradizione italiana e fa parte di un insieme di tradizioni che erano molto diffuse prima della medicalizzazione del parto e che sono rimaste anche parallelamente ad essa perdendo, con il tempo, la loro forza (Ranisio, 1996). Proprio per questo il comportamento materno deve essere controllato affinché non influisca in modo negativo sul futuro membro della famiglia.

Nelle interviste, riguardo all'alimentazione da seguire durante la gravidanza, molte persone hanno fatto riferimento a particolari dettami alimentari, volti, nella maggior parte dei casi, a permettere il buon procedimento della gestazione.

Alcuni alimenti sono interdetti perché possono, in un modo o nell'altro, fare male alla madre. Esistono tuttavia anche alimenti o bevande che possono rimediare ai danni provocati da altri alimenti. Spesso poi il pericolo non è dettato dall'assunzione di un determinato alimento bensì dal suo consumo eccessivo. Molte persone hanno messo in evidenza, per esempio, la pericolosità di mangiare troppo sale che, per alcuni, agisce

negativamente sulla circolazione sanguigna materna e per altri provoca un eccessivo gonfiore del bambino che non gli permette di uscire al momento giusto:

“Qualche volta che hai troppo sale nel sangue, quello fa male, ti dicono di non mangiare tanto sale e lì puoi prendere delle tisane che fanno bene, per depurarti, così diminuisce il sale.”

[Marie, Senegal]

“Anche se la mamma sta bene non ha nessun problema dicono di non mangiare troppo sale, perché gonfia e crea dei problemi, allora per prudenza ti dicono gli ultimi mesi se puoi diminuire il sale. Però queste cose non all'ospedale, diciamo come un consiglio della nonna, cioè non come i moderni che ci sono i medici, la maternità, sono le cure tradizionali. Un altro è di prendere delle erbe, delle foglie o delle radici che ti danno che tu quando sei incinta bevi queste infusioni che ti danno, e queste ti fanno scendere il sale, allora ogni mattina dopo colazione le bevi, dopo il pranzo le bevi, dopo la cena le bevi, se ti va quando hai sete le bevi, perché comunque non fa male perché sono degli infusi.”

[Tuti, Senegal]

“Sempre e soprattutto la mamma non deve consumare tanto sale perché in Africa quando tu mangi troppo sale fa crescere, e allora dopo c'è problema, il bambino diventa troppo grosso, sì sì. E' perché abbiamo un tempo caldo non è freddo come qua, e mangiare sale fa male e dopo è la principale accusa se il bambino non nasce. Anche non devi bere alcool. In Africa non fumano, quindi non c'è problema. E basta.”

[marito di Dedé, Togo]

Altre persone hanno parlato, invece, di alimenti che possono agire direttamente sul bambino quando si trova nel ventre materno, mettendo in stretta relazione il comportamento materno con il corpo del bambino. Alcuni cibi, infatti, potrebbero agire sul bambino provocando delle modificazioni del suo aspetto fisico. Si tratta di una credenza che si manifesta anche nella tradizione italiana tramite l'idea che il desiderio (voglia) insoddisfatto di un particolare alimento da parte della madre lasci un segno sul corpo del bambino.

“Non mangiare sì, perché certi cibi, tipo il peperoncino verde, quello non come il vostro, il nostro è più forte, rischia magari di provocare dei problemi di pelle al bambino quando nasce. Magari avrà facilmente l’eczema, se tu mangi il peperoncino. Certi cibi, ma non tanti e poi dipende dalle famiglie, se le famiglie hanno certe credenze, ma le altre no...dipende dalla mentalità di ognuno.”

[Sidone, Rep. del Congo]

“E poi alcuni cibi non può più mangiarlo; ci sono alcuni cibi da noi che quando una donna è incinta non può più mangiare per non causare danni a lei e ad esempio c’è, non so come posso spiegare, c’è un tipo di... sai lumache? Voi qua avete lumache piccoline invece nostre lumache sono proprio grosse.. E ma io qui non ho mai visto quelli grossi, solo quelli piccoli, eh; ad esempio le lumache una donna incinta cercano di mangiarne di meno, perché così quando partorisci il bimbo non comincia a sbavare (risata). Ecco, tanto per dire, queste sono la cosa tradizionali, però oggi come oggi ormai le mamme moderne non è che le seguono proprio, rimane sempre la tradizione, specialmente quando si è a casa con i genitori.”

[Stella, Nigeria]

Altri alimenti, invece, possono influire anche sul futuro carattere del bambino:

“(...) per esempio non dobbiamo mangiare tanto peperoncino, perché se no tuo figlio va' a essere un po' così di carattere, che piange sempre. Infatti se tuo figlio fa tanti capricci, piange tanto tanto, e dicono che tu durante la gravidanza hai mangiato troppo peperoncino. Però la donna normalmente vuole mangiare queste cose, cose un po' piccanti, però ti dicono di non mangiarne tanto.”

[Maritou, Senegal]

Tutte le donne hanno comunque sottolineato che si tratta di usanze tradizionali, che non sempre sono, secondo loro, dettate da ragioni reali, ma più da credenze ormai non tanto seguite. Sono comunque regole a cui, soprattutto se la gravidanza è vissuta nel contesto familiare, si continua a sottostare “perché non si sa mai.” [Absatou, Senegal]

Per il resto ci sono cibi e bevande che, al contrario, aiutano la gravidanza e possono fare bene sia alla madre che al feto e che dipendono molto dalle abitudini alimentari del

gruppo familiare, e, come qualcuna ha sottolineato, dalle possibilità economiche della famiglia.

“No, da noi quando uno è incinta può mangiare tutto quello che vuole. Però ci sono bevande che vengono date alla donna che dicono che facilita il movimento del bambino, anche quando deve nascere. Sono delle tisane. Poi c'è anche proprio il cibo, del mangiare che è fatto apposta, che adesso abbiamo anche qui dei negozi che vendono queste cose. Poi ad esempio anche la farina del miglio viene data alla mamma e anche l'olio di palma, che dicono che aiuta a far scendere, perché si dice che quando una deve partorire ha il sangue che deve scendere, allora questa cosa si dice che faccia bene. Ma sono un sacco di cose.”

[Absatou, Senegal]

Un altro periodo in cui l'alimentazione è molto importante è quello dell'allattamento: tutte le donne intervistate hanno allattato i loro bambini e molte anche per periodi lunghi, un anno o anche più. Il bambino è ancora legato profondamente alla madre e il cattivo sapore o la mancanza di latte materno possono condizionare negativamente il suo sviluppo. Ci sono dunque cibi che vengono esclusi dalla dieta per evitare che diano cattivo sapore al latte:

“Sicuramente il peperoncino non si mangia, anche tanto aceto, tutte le cose che cambiano il gusto del latte, se no il bambino poi non lo mangia quando lo allatti.”

[Maritou, Senegal]

“Anche la fanta cambia il sapore del latte, invece la coca cola dicono che fa venire latte.”

[Evelyne, Rep. Dem. del Congo]

“(…) e poi il cibo cambia, la donna non deve mangiare cose piccanti, ha delle cose particolari che deve mangiare, almeno per i primi sei mesi. Ci sono quelli che poi non rispettano queste cose, però normalmente è regolato. [Perché ci sono dei cibi che fanno bene o male?] Sì, perché il nostro cibo normalmente è abbastanza pesante, e può fare male al bambino, dicono che gli fa venire la diarrea, che non devi mangiare olio di palma, non devi mangiare il fritto, queste cose.”

[Absatou, Senegal]

“Ad esempio una donna che ha appena partorito c’è un tipo di zuppa, non puoi mangiare la zuppa che si fila, abbiamo questo tipo di zuppa e si fila, è come una colla, e lì non si può perché gli da fastidio al bimbo e devi evitare.”

[Stella, Nigeria]

“C’è tanto, ma più che altro sono delle credenze, non tanto perché succede davvero, perché si dice non bere quella cosa lì perché va nel latte anche se il latte non è una cosa che è lì così è un liquido che viene prodotto. Per esempio diceva ma se mangi questo il bambino ha prurito in bocca se mangi questo il bambino ha la diarrea, ci sono tante cose tante tribù dove addirittura la donna può morire anche di fame perché questo non puoi mangiarlo quest’altro nemmeno. Invece nella mia famiglia visto che siamo molto praticanti cattolici in certe cose non abbiamo mai creduto.”

[Sima, Cameroun]

Esistono poi vari rimedi naturali alla mancanza di latte o che semplicemente servono a farne aumentare la quantità. Si tratta, nello specifico, sempre di liquidi, spesso caldi e ricchi di elementi nutritivi, o naturalmente, come il brodo di carne, o per la composizione che si fa, come è il caso delle zuppe.

“Durante l’allattamento si diceva sempre di dare del brodo alla mamma da mangiare, brodo di carne di manzo, per aumentare il latte. Quello l’ho fatto anche qua, tanto brodo.”

[Emilia, Eritrea]

“Sì queste cose ci sono ma i nostri cibi sono così diversi dai vostri...ci sono delle foglie di una pianta che se si fa l’infuso e lo si beve fa molto bene e fa venire tanto latte.”

[Scherita, Togo]

“Mangi tante verdure e frutta e poi c’è una zuppa, che, mamma mia, ti mettono tutto dentro e tu continui a bere quello. E poi c’è anche questa pappa che si fa con la farina di miglio. E’ come, sembra budino, poi si mette lo zucchero, il latte lo yogurt e l’olio di palma sempre dappertutto.”

[Absatou, Senegal]

“No, la mamma può mangiare tutto, solo quando vede che non ha il latte, allora mangia delle arachidi e così le viene il latte. Proprio le noccioline americane, oppure il miglio, con questo fa una pasta, lo cuoci con lo zucchero e il latte e poi lo bevi e il giorno dopo hai tutto il latte che hai bisogno. Mentre per il bambino se si vede che il latte della mamma non basta e che ha ancora fame, si prende la farina di miglio, si fa in polvere, si fa una pappa e gliela dai e poi se si hanno i soldi si mette anche il burro, altrimenti niente ma anche così il bambino cresce sano e robusto.”

[Tuti, Senegal]

Questi racconti mostrano dunque come la gravidanza e il puerperio siano periodi considerati molto delicati, durante i quali tutte le funzioni corporee devono essere attentamente regolate e controllate, anche se in modi diversi a seconda dei contesti. Come si può dedurre dai brani precedenti la percezione di ciò che fa male o bene alla mamma e al bambino spesso varia molto a seconda dei contesti e delle persone. Si ritrovano comunque sempre modelli di pluralismo terapeutico per cui l'attribuzione di effetti benefici ad un alimento può derivare, a seconda dei casi, dalla tradizione familiare, da concezioni religiose, da cognizioni di medicina tradizionale locale e di medicina occidentale e da nozioni di equilibrio dietetico.

Un altro aspetto che emerge è il fatto che ciò che è messo in evidenza non è tanto la composizione di un cibo o gli effetti di un infuso, quanto il fatto che essi siano preparati da altre persone per la madre. Mary Douglas (1985) nel suo studio sul cibo come sistema di comunicazione, ha sottolineato che

“(…) il cibo viene qui considerato come il mezzo attraverso il quale si esprime un sistema di rapporti all'interno della famiglia: il cibo è tanto una questione sociale quanto una parte dei provvedimenti per la cura del corpo.” (Douglas, 1985, p. 198)

Esaminando quanto è stato fino ad ora esposto alla luce di questa osservazione notiamo che il fatto che in determinati momenti, cruciali per la vita dell'individuo e per quella della comunità, esista un'alimentazione particolare non ha soltanto un valore biologico ma anche e soprattutto un valore simbolico. Le persone che conoscono quali sono i

giusti alimenti (in questo caso le donne della famiglia che già hanno avuto figli) assumono un ruolo di guida e di controllo del benessere della donna, preparando per lei i cibi e le bevande più adatti. La protezione della donna (come poi avverrà per i bambini) avviene simbolicamente attraverso la preparazione del cibo, un atto che mostra la partecipazione e la vicinanza della famiglia alla persona che si trova in un momento di rischio e pericolo. In questo modo i ruoli familiari si rendono evidenti, ruoli che anche nella preparazione del cibo variano da società a società ed esprimono simbolicamente gli equilibri e i ruoli di potere all'interno della famiglia (Douglas, 1985).

Come si vedrà nel prossimo capitolo questa valenza simbolica del cibo diviene ancora più evidente nella lontananza dettata dalla migrazione: ciò che è venuto a mancare alle donne intervistate durante la gravidanza e l'allattamento in Italia non è stato tanto un particolare tipo di cibo, presto sostituito da altri alimenti, quanto il valore affettivo e simbolico di partecipazione altrui all'evento ad esso legato.

4.3 LA CURA DEL CORPO

La protezione e la cura della madre e del bambino durante la gravidanza e dopo la nascita si manifestano, oltre che attraverso una particolare attenzione all'alimentazione, tramite la cura dei loro corpi.

Il corpo della madre durante la gravidanza, trattandosi di un periodo molto pericoloso, è, in alcuni casi, protetto tramite amuleti e particolari oggetti che servono ad allontanare gli spiriti maligni. Molte delle persone intervistate hanno fatto riferimento all'uso di questo tipo di protezione, anche se esso riguardava più le loro madri o parenti più anziane che loro stesse in prima persona. L'utilizzo di queste pratiche presuppone delle credenze in spiriti o persone dotate di stregoneria che costituiscono una fonte di pericolo; buona parte delle persone da me intervistate, invece, si è dichiarata cristiana o musulmana, proprio sottolineando il distacco (suo e della sua famiglia) da questo tipo di pratiche. In realtà, come si vedrà più avanti, forse alcune di queste credenze sono

rimaste ben radicate anche in chi si proferisce cristiano o musulmano e sono state semplicemente trasposte su altri piani nel mescolamento delle credenze.

Le parole delle intervistate suggeriscono che gli anni di vita trascorsi da queste donne in Italia da una parte possano avere evidenziato alcuni aspetti della “tradizione” per un’esigenza affettiva, dall’altra avere avviato un processo di negazione di essa per l’esigenza di uniformarsi il più possibile al contesto di vita attuale.

“Ad esempio mi ricordo che la mia mamma aveva sempre un'unghia di tigre per riparare, per la gravidanza. Perché magari un'altra donna che è invidiosa può farti delle maledizioni e farti perdere il bambino, allora si fanno delle riparazioni per proteggersi. Contro questo il rimedio è appunto prendere delle unghie di tigre e appenderle al collo.”

[Emilia, Eritrea]

“Sì prima di tutto ad esempio quando una è incinta cominciano a dargli dei gris-gris, non so come si dice qui, degli antimalocchio ad esempio c'è un filo che si mette qua, alla spalla che passa sopra la pancia e serve per protezione per te e per il bambino e poi usano burro di *karité* per fare massaggi alla donna, e fanno così ogni sera e ti mettono dentro il bagno un po' caldo ogni sera.

[Chi ti fa queste cose?] La mamma o la sorella maggiore oppure la mamma del tuo marito, perché di solito si vive con la suocera. Ci sono tante cose da fare e la donna viene seguita da quando si sa fino alla nascita del bambino. Sì tutte le cose vengono fatte per la protezione, perché la donna deve stare bene, stare attenta a tutte le persone che fanno male.

[Vai da una persona particolare a farti fare i gris gris?] Sì ci sono persone adatte per farli, i marabutti, sono loro che danno le protezioni per te e per il bambino.

[Poi ci sono altre cure sul corpo da fare?] Sì i massaggi, con il burro di *karité*, te la fanno o tua mamma o tua sorella, o tua cognata o suocera. Una vicina a te, perché deve essere un parente stretto, vicino a te, perché gli altri non possono farlo perché non si fidano, perché la gente ha paura. Perché magari c'è un detto che quella famiglia non va bene, allora tutti hanno paura di queste persone. Poi magari può essere che non è un tuo parente, però è una persona che vi conoscete da anni, di cui sei proprio sicura. Quindi ti spalmano l'olio di *karité* dalla testa ai piedi e poi ti fanno un bagno caldo, prima di andare a dormire.

Lo fanno a te e poi lo faranno anche al bambino, a tutti e due, tutti i giorni.”

[Absatou, Senegal]

Come si vede, anche in questo caso come per l'alimentazione, ciò che davvero conta non sono tanto gli oggetti utilizzati o le pratiche svolte, quanto i legami affettivi che esse sottolineano nel delinearsi dei ruoli svolti da ognuno.

Alcune persone hanno mostrato come l'utilizzo di questo tipo di cure del corpo possa sostituire completamente la medicina occidentale e le cure che vengono svolte negli ospedali:

“C'era sempre mia nonna, per fortuna, e lei non si fida della medicina occidentale, usiamo quella tradizionale. Quindi per qualsiasi problema lei anche senza con la erba fa qualcosa e va avanti così, ma io grazie a Dio non ho avuto tanto problema.

[Ma tua nonna era in particolare una guaritrice oppure tutti, o almeno tanti, sanno queste cose e sanno usare la medicina tradizionale?] Tanti le sanno queste cose, quasi tutti, anche perché noi, per quando una è incinta abbiamo tante cose.”

[Emilia, Angola]

“Poi ci sono i massaggi, che però durante la gravidanza, se ti vedono che c'è qualcosa che non va, c'è una signora che aiuta la gente a partorire e lavora nel villaggio, la levatrice, che se il bambino è posizionato male lei capisce e ti aiuta con questi massaggi, fatti con il burro di *karité*.”

[Tuti, Senegal]

Infine, vorrei mostrare due atteggiamenti diversi, di cui espongo solo due esempi ma che sono emersi in varie interviste, riguardo al rapporto tra cure tradizionali e religione praticata³⁸ (quasi tutte le donne si sono dichiarate cristiane, cattoliche o protestanti, o musulmane). Alcune persone, proprio in base alla loro appartenenza religiosa hanno espresso un totale rifiuto delle pratiche tradizionali, più durante la gravidanza che

³⁸ La questione del sincretismo religioso in Africa è un elemento fondamentale per studiare e capire l'ibridazione tra culture e tra pratiche culturali. Si tratta però di un argomento che non mi è possibile affrontare per esteso.

durante il puerperio, perché nel primo caso esse sono spesso interpretate esclusivamente come protezione dagli spiriti maligni:

“Direi come ho già detto prima tra noi dell’Africa centrale e loro dell’Africa occidentale c’è una grande differenza, perché loro hanno conservato le tradizioni, noi abbiamo cambiato. Quando sono arrivati i bianchi proprio abbiamo cancellato quasi tutto e non abbiamo conservato niente. Però forse certe persone ancora lo fanno ma nella mia famiglia no, non facciamo gris-gris. Dipende dall’educazione che si è ricevuta. Nella mia famiglia siamo cattolici.”

[Sidone, Rep. del Congo]

Altre persone invece, come Stella, hanno ritrovato nella loro appartenenza religiosa (in questo caso il protestantesimo) lo stesso tipo di sicurezza e protezione che altre persone intorno a loro trovano nelle pratiche tradizionali. La differenza che emerge è che mentre le pratiche tradizionali coinvolgono fisicamente il corpo della persona in pericolo, l'appartenenza alla religione cristiana porta all'utilizzo di altri metodi, non corporei, che hanno però lo stesso scopo di difesa; ciò che cambia è la forma, ma non la sostanza:

“Sì, vengono fatti apposta per quella persona lì, quelli che non credono in Dio che sono i pagani, i genitori, sicuramente la mamma, la suocera se è sposata (...) tutti e due parti di genitori devono mantenere i contatti, di proteggere la madre e il feto dagli spiriti maligni, dagli aborti prematuri, oppure da tutte queste cose..

[E questo avviene con erbe, con massaggi?] Con le erbe con massaggi, vanno a casa di guaritori, ci sono le donne proprio come le ostetriche che abbiamo qua e questi sono tradizionali, questo è il loro lavoro e ne sanno, uno può andare lì una volta, due volte alla settimana, gli preparano tutte le medicine, quelli che bisogna bere, però fanno tutto con le erbe, ecco gli prepara la mamma.

E poi ci sono anche quelle che sono credenti in Dio vanno in chiesa, quando è incinta la ragazza va in chiesa che va a pregare che va a chiedere aiuto di Dio, di aiutarla, perché noi, la cultura africana è una cultura che crede molto nella superstizione e questa cosa “fattura”, si dice così. Ecco, quindi una società così, cosa bisogna fare quando uno è incinta così, o prendi la strada che vanno i pagani, che vanno a casa di guaritori dello sciamano una roba del genere, oppure quelli che sono credenti come i cattolici o i protestanti, come noi, andiamo in chiesa,

facciamo nostre preghiere, facciamo tutto così al buon fine di partorire bene, di non avere problemi di, di non perdere la vita oppure quella del bambino.”

[Stella, Nigeria]

Quasi tutte le persone intervistate hanno descritto particolari cure corporee che sono fatte alla madre e al bambino dopo la nascita. Queste pratiche, che più facilmente delle precedenti, come si vedrà, si ritrovano anche nelle loro esperienze di maternità in Italia, assumono non solo un significato rituale di protezione, ma anche di attenzione al modo di crescita del bambino.

Alcune di queste pratiche servono, infatti, propriamente a formare il corpo del bambino in un certo modo, che è quello ritenuto migliore dal gruppo sociale in cui egli sta per entrare. Si tratta di modi di interazione specifici, che sono legati alle rappresentazioni del bambino e del suo sviluppo ed hanno molteplici funzioni: contribuiscono allo sviluppo corporeo, alla formazione del carattere e alla costituzione dell'identità sessuale del bambino. Secondo Isabelle Real (1995a) questi sono metodi di umanizzazione del bambino, atti cioè che lo separano definitivamente dal suo stato precedente la nascita e lo portano ad entrare appieno nella comunità umana.

Alcune pratiche assolvono alla necessità di proteggere il neonato dagli attacchi del mondo degli spiriti. Il bambino, infatti, fino al momento in cui inizia a camminare e a parlare è ancora fragile perché ancora in uno stato di transizione, non è ancora del tutto umanizzato (Real, 1995a).

“Da noi quando è molto piccolo, visto che ci sono spesso persone che vengono a vedere il bambino la moglie di mio padre ha preso una cordicella e l’ha legata alla pancia del bambino così lei dice che se arrivano delle donne che fanno delle stregonerie, così il bambino comunque è protetto. (...) Da noi si dice che se una donna che ha le mestruazioni viene a vedere il bambino e lo tocca, con questo può fargli del male. Se tocca la pelle del bambino può fargli male. E quindi per questo per proteggere il bambino si mette la corda.”

[Evelyne, Rep. Dem. del Congo]

“Al momento della nascita, lo lavavano, poi gli tagliavano il cordone ombelicale e lo massaggiavano con il burro, il pezzo che rimane al bambino, serve per farlo cicatrizzare bene. Prendevano il burro fresco proprio fresco fresco appena fatto e lo spalmavano sull'ombelico del bambino finché non si staccava.

[E poi il bambino restava direttamente lì con la mamma?] Sì, poi gli si dava una sorta di acqua e zucchero sì, prima di fargli prendere il latte, poi gli mettevano la protezione, anche alla mamma e al bambino fin dal primo giorno.

[Cioè che cosa?] Sono delle erbe tritate avvolte in un pezzo di stoffa, da legare al polso. Per proteggerli.

[Chi faceva questo?] La levatrice, proprio subito dopo il parto.”

[Emilia, Eritrea]

L'appartenenza religiosa svolge, in alcuni casi, un ruolo discriminante riguardo all'uso di cure corporee, e ancora una volta i riti religiosi possono sostituire nella forma altri riti di protezione:

“[E per il bambino ci sono altre cose da fare per proteggerlo, oltre al battesimo?] Allora ci sono alcune famiglie che praticano molto queste cose, ci sono dei bagni che fanno al bambino per lavarlo, ci sono tante pratiche, però nella mia famiglia no, con il battesimo siamo posto. Noi pregavamo tantissimo, perché a casa mia si pregava mattina e sera e si facevano delle penitenze durante l'avvento o durante la quaresima.”

[Sima, Cameroun]

“Sì sì, amuleti li mettono al collo più che altro o in mano così o più che altro li mettono al collo, oppure gli fanno delle incisioni, se vedi(due incisioni lungo le guance). Il mio è vero, era quello, perché quando ero piccola, in Africa, si usa anche oggi, abbiamo convulsioni, perché viene dopo malaria, però dietro queste convulsioni ci sono sempre gli spiriti maligni, ecco sono sempre loro. Cosa fanno i genitori? Li portano a casa di guaritore, e il guaritore fa loro delle incisioni con una lametta, e dopodiché loro preparano le erbe, preparano il loro tipo di polveri speciali, che con sacrifici, con parte di animali, parte di erbe, usano tutte quelle cose lì, e dopo le incisioni gli mettono addosso questi. (...) Sì sono sempre quelle cose che gli fa, gli fa incisioni,

così quando arrivano gli spiriti maligni e vedono questa bambina scappano loro, e non riescono a colpire.

[Ma questo solo quelli che non sono credenti?] Sì, solo quelli che non sono credenti, quelli che sono credenti invece, come noi, vanno sempre in chiesa, anche noi abbiamo la nostra cura, si fanno benedizioni, abbiamo le croci, che le usiamo.”

[Stella, Nigeria]

Altre pratiche invece, come quelle narrate da Eunice o da Sidone, servono per pulire a fondo il bambino, con metodi che possono sembrare a noi fin troppo energici; si tratta però di procedimenti che, oltre ad avere una funzione igienica, mirano a purificare il bambino dopo il distacco dalla madre, e dunque a proteggerlo. Altre attenzioni sono date al fatto che il bambino si formi in un determinato modo. Si tratta di "atti rituali" (Real, 1995b) perché si inscrivono nelle rappresentazioni che ogni gruppo culturale possiede riguardo alla natura del bambino e al suo sviluppo. La crescita del bambino nel modo sbagliato non permetterebbe dunque la sua completa umanizzazione e questo provocherebbe sofferenza.

“E poi benissimo, c'è una cosa che io no piace qui, non pulire bambini bene. Dopo nascita in Nigeria, con spazzola, se nasce bambino in ospedale in Nigeria, con spazzola africana, è dura, prima metti l'olio, tu capelli tutti, su tutto il bambino, lo spazzoli, fregghi tutto, e poi l'olio dei vestiti. Quando tu porta bambini, a casa da ospedale, e mamma vecchia mamma, tua mamma, viene, o se no c'è mamma, una signora che è vicino a casa tua aiuta preparare tutto, mette acqua su fuoco, allora metti l'olio ancora spazzoli, pulire bene tutto il bambino, anche capelli tutto, fare ginnastica, così, anche bocca con acqua oppure c'è una cosa che è *alo*, non c'è qui; c'è un'altra cosa, medicina in farmacia che si chiama *grecilene*, e due, uno per pulire pelle, e uno per bocca per bambini, metti con cotone e pulire tutta la bocca, perché bambini mangia in pancia di mamma, quando bambini ha avuto puzza, bocca, pelle e capelli. Qui, l'ombelico, pulire bene, anche con spirito, e quando qui si stacca (il cordone ombelicale) metti stoffa, con aglio, allora fai così, fai un nodo con la stoffa, con dentro aglio e il cordone ombelicale, poi lo sleghi vicino al ferro caldo (o a una lampada calda, o al gas appena spento), lo avvicini, e poi

metti così sulla tua pelle, vedi se è troppo caldo, quando è normale, allora quando tu lavi qui, metti spirito e poi metti questo, appoggi lì.

[E come mai si fa questo?]Così viene normale, non chiuso che è brutto. Se tu no fai così, che è buono, così, dopo tre mesi, cinque mesi, o un anno, fa male qui e si opera. Se qui dove c'è ombelico non va a posto bene dopo qualche mese o domani, si fa male. Anche aglio difende, e poi dopo metti cose africane, come olii, per massaggi, e così bambini, tutti i giorni, mattino e sera, faccio bagno per i bambini, e poi massaggi con, non con olio, ma con asciuga, acqua caldo, e poi tamponi, così per i bambini, testa, naso, se c'è una cosa come, sai che quando bambini è nato, quando bambini bevono l'acqua si fa così (gli si picchia piano sulla schiena), se tu fai dei massaggi bene tutta l'acqua che bambini ha bevuto dentro, va giù, si fa raffreddore, ma non è raffreddore, è l'acqua che i bambini hanno dentro e esce da naso. Tutto qui si apre così, e fanno bene a fare ginnastica così, e anche adesso dopo bagno metti crema, fai ancora massaggi, mattina, e anche la notte, fino ai tre mesi. Con tutti i bambini.”

[Eunice, Nigeria]

“Allora il bambino comunque deve essere lavato un pochino da tua madre e un pochino da tua suocera, perché se viene soltanto la madre lei si lamenta, e se viene soltanto la suocera la madre si lamenta quindi un po' e un po'. E poi dopo lo massaggiano con l'olio di palma, è un olio rosso, qua c'è nei negozi esotici. Lo massaggiano così si rilassa. Se è un maschio entro un mese devono fare la fimosi, perché è più piccolo e non sente niente, se è una femmina devono fare i buchi alle orecchie, perché è piccola e non si accorge di niente. E poi mettono uno spago alla vita, è perciò che noi abbiamo la vita ben disegnata, e il sedere che sporge, perché mettono già questo da quando è piccolo, così prende la forma, notate che noi africani abbiamo una forma disegnata, è per questo. Uno spaghetti ma piccolo piccolo, non stringe ma deve reggere, e crescendo gli viene cambiato.

[E per quanto tempo gli viene lasciato?] Fino a quando non si forma bene, e poi verso il quarto mese il bambino tende a perdere i capelli qua dietro e si forma come una riga e si mette una conchiglia legata ai capelli così non li perde.”

[Sidone, Rep. del Congo]

Come si vede in questo tipo di pratiche il ruolo del gruppo familiare è molto importante affinché le prescrizioni tradizionali si svolgano nel modo migliore. La ritualizzazione

dei gesti e il mantenimento di ruoli specifici da parte di tutti i membri (femminili) della famiglia permette di orientare il rapporto madre figlio e di stimolare la preoccupazione materna.

Mary Douglas (1985), infatti, aveva notato come le considerazioni da lei fatte riguardo al significato simbolico della preparazione del cibo in un sistema familiare valessero anche per ciò che concerne la cura del corpo.

“Con il mio primo gli hanno fatto i bagni dal primo giorno in cui è nato (...) lui aveva tre persone che si occupavano di lui. Mia mamma quando siamo usciti dall'ospedale è andata via per comprare alcune cose che le servivano e poi è tornata per fare tutto, i bagni, i massaggi...è tornata la sera verso le sette e io avevo cominciato a fargli il bagno e lei mi ha detto “no, non farlo più.””

[Mariuna, Togo]

Infine, un'altra pratica molto usata per modellare il corpo del bambino sono i massaggi che spesso vengono fatti con olii o unguenti particolari. Questi massaggi, come hanno osservato Rabain-Jamain e Wornham (1990), sono molto diffusi soprattutto in Africa occidentale e si mantengono normalmente durante il percorso migratorio. Essi consistono nel portare il bambino a compiere movimenti particolari che stimolino le sue capacità motorie. Oltre ad un'azione sulla costituzione ossea, muscolare e articolare del bambino, questo tipo di massaggio sembra avere anche una funzione nella formazione del carattere. Il bambino viene infatti sottoposto a degli esercizi di sospensione che gli insegnano a controllare le sue reazioni, capacità che gli resterà nonostante la apprenda a pochi giorni di vita (Rabain- Jamain, Wornham, 1990).

“I massaggi vengono fatti per rimedio oppure per prevenire, dipende anche nella durata, c'è chi li fa per un mese, chi per sei mesi, dipende. Non servono proprio per farlo crescere, servono di più per le cadute, così quando cade non si fa male. È come fare la ginnastica, perché rafforza tutti i muscoli e tutte le articolazioni e così se cade e mette giù magari una mano male o qualcosa non si fa niente. E poi così si muovono le braccia in modo da fargli arrivare dappertutto anche lungo la schiena, così magari quando uno si fa la doccia non ha bisogno di

qualcuno che l'aiuti perché arriva dappertutto da solo. È proprio come fare ginnastica e per farli si usa il burro di *karité* oppure dell'olio. Quando è la prima volta che fai un bambino, a questo bambino i massaggi sono fatti da qualcun altro, così tu puoi imparare a farli bene. Se sei fortunata c'è la nonna oppure la mamma e te li fanno loro, ogni mattina lo prendono, lo lavano e gli fanno i massaggi, poi te lo danno che gli dai il latte e questo dorme fino a mezzogiorno. Perché dopo questi massaggi il bambino è molto stanco, è come se avesse fatto ginnastica per mezz'ora un'ora, quindi dorme tranquillo, e tu così stai tranquilla. Per fortuna, guarda, che ci sono le nonne, la nostra fortuna è quella.”

[Tuti, Senegal]

Altri tipi di cure del corpo vengono invece fatti alla neomadre durante un periodo variabile da qualche giorno a qualche mese dalla nascita del bambino. Se lo scopo delle cure date ai bambini è quello di fare sì che si formino in un modo specifico, lo scopo delle cure per le madri è di fare sì che tornino ad essere fisicamente come prima della gravidanza:

“La mamma praticamente non esce mai, così recupera, e diventa più bella, perché deve tornare come prima. Una cosa che non ho detto, da noi, anzi parlo di me. Vedi come sono scura, ecco dopo il parto sono ancora più scura, e la pancia è più grossa, quindi vengono magari o mia mamma o mia suocera, mi prepara l'acqua calda, ma deve essere bollente, non quella che esce dallo scaldabagno perché non è abbastanza calda. La fanno bollire e alla mattina alle sei, quando esco, trovo che già la suocera è pronta e aveva preparato l'acqua calda e mi lava con quella acqua calda e io urlo, perché mi lava con l'acqua bollente dalla testa ai piedi e mi schiaccia la pancia, mi massaggia e così io torno come prima. Ma dopo un mese io sono di nuovo giovane e bella, come prima.”

[Sidone, Rep. del Congo]

“Sì anche la mamma, anche perché da noi si fanno degli impacchi, abbiamo dei pentoloni grandi così, fanno bollire l'acqua e te la buttano addosso, sai cosa vuol dire acqua che bolle? Perché ti dico è acqua bollente, ma quella roba ti tira su nel giro di una settimana, perché dopo il parto sei distrutta. Ci sono delle piccole scope, molto più voluminose in maniera da rendere più ancora forte il getto e poi con la mano ti butta addosso l'acqua calda.

[E non ci si ustiona?] Ma è proprio questo il miracolo di questa cosa, e dopo due giorni il tuo corpo non sembra neanche più quello di prima, è proprio un mistero, nessuno si è mai scottato. Non si è mai capito, perché a vedere bollire l'acqua in quel modo... e poi te la buttano addosso e non succede niente dopo ti asciughi e stai bene.”

[Sima, Cameroun]

“Sì sì, quando la donna partorisce deve bere dell'acqua fino almeno a tre mesi, acqua calda, perché dicono che quando partorisce nel corpo ci sono delle ferite perché c'era il bambino, lì dove era, e quindi devi bere quest'acqua per lavarti con l'acqua calda. Anche con l'acqua calda, quando ribolle, te la mettono addosso e ti fanno dei massaggi dalla testa fino in giù. Che male! Ti brucia, ti scotta...”

[E dicono che faccia bene?] Dicono così che ti tiene proprio forte se no perdi tonicità, o il marito ti tradisce perché va a trovare un'altra donna che più bella e fresca di te. Quindi è proprio una cura di bellezza per tenere in forma, loro dicono così. Funziona però che dolore! Mamma mia per tre mesi non sentì più sapore perché l'acqua calda, berla tutti i giorni, scotta la lingua.”

[Ortensia, Rep. del Congo]

“E poi giù quando torni dall'ospedale, allora: arrivi, mamma che bello, ci sono tutti, e io avevo una zia particolare che aveva tutte le erbe, e lei bolle tante cose insieme, e allora ti spalmano tutta con il burro di *karité* e poi ti mettono sdraiata, ti fanno i massaggi e massaggi e ti spalmano di erbe e fanno delle frizioni e ti alzi che sembri un'altra. Che bello!”

[Absatou, Senegal]

C'è anche chi è stata infastidita da questa gestione altrui del proprio corpo ed ha quindi rifiutato questo tipo di attenzioni ritenendole nocive per la sua salute; eccone un esempio:

“Sì sì per la mamma, per esempio da noi, dopo che hai partorito, ti devi lavare spesso con dell'acqua calda, ti prendono e ti spruzzano questa acqua calda dappertutto e tu non sei un bambino...a causa del caldo si perde molto sangue e questo fa ammalare ancora delle persone dopo il parto, dunque io non mi sono lasciata farmi fare la doccia, faccio la doccia da sola.”

[Mariuna, Togo]

Due persone hanno poi parlato della placenta³⁹, che in un caso viene fatta uscire dal ventre materno in casa anche se si è partorito in ospedale, e nell'altro viene comunque recuperata per essere seppellita da un familiare:

“Quando tu vieni a casa è diverso, perché qui si fa tutto quando tu arrivi a casa sei a posto invece in Angola la placenta non la fanno uscire subito dalla pancia, quindi quando tu vai a casa qualcuno ti deve aiutare la mamma, la nonna o qualcuno, con l'acqua calda che aiuta a far uscire questa. Non so perché non lo fanno in ospedale.”

[Maria, Angola]

“Dopo il parto, c'è anche la placenta che viene sotterrata, e questo è un familiare che lo deve fare, deve fare la richiesta..

[Quindi anche se partorisci in ospedale poi la prendi e...] Sì sì, viene recuperata, e viene seppellita.

[Ma con quale significato?] Eh non so fammici pensare perché non mi ricordo bene. Però so che mia mamma l'ha sempre fatto per le mie sorelle, però so che viene seppellita. Eh, non so, pensa che non ho mai chiesto, ma potevo chiedere... Perché poi io per esempio quando partorivano le mie sorelle, notavo quando arrivava a casa mia madre per esempio, “come sta? E' andato tutto bene ? La placenta l'avete seppellita?” E tutti ci tenevano a sapere se era stato fatto questo.”

[Therese, Costa d'Avorio]

4.4 L'IMPOSIZIONE DEL NOME

La fase liminale che, come si è visto, è stata vissuta dalla mamma e dal bambino durante tutta la gravidanza, durante il parto e durante i primi giorni di vita, si conclude

³⁹ Gianfranca Ranisio (1996) ha notato nelle pratiche e nei rituali tradizionali del parto dell'Italia meridionale la particolare importanza che era data alla placenta, che era ritenuta essere da una parte un elemento fondamentale, insieme al cordone ombelicale, di tramite con il feto, dall'altra un elemento pericoloso dopo il parto, che doveva essere allontanato perché non recasse danno a madre e figlio. Si trattava dunque di un elemento fortemente simbolico, quasi magico, dei rituali del parto.

con il rito di aggregazione. Questo momento ha coinciso, per tutte le donne intervistate, con l'imposizione del nome al bambino che viene fatta, normalmente, in un tempo variabile da otto giorni a tre mesi dalla nascita.

I bambini sono stati quasi tutti battezzati secondo rito cristiano (cattolico o protestante) o musulmano; ci sono dunque due schemi a cui, anche se con molte varianti, tutti si sono rifatti. Alcuni bambini non sono stati battezzati per scelta oppure per impossibilità di tempo soprattutto in situazioni di fuga dalla guerra. Tuttavia per tutti c'è stato un riconoscimento, magari anche ristretto a pochi familiari, con una festa.

Il battesimo, secondo quanto le donne raccontano, sembra rispondere a due esigenze fondamentali: porre il bambino sotto la protezione divina, e dunque liberarlo dal momento più rischioso, e presentarlo e manifestare il suo ingresso definitivo nella comunità familiare.

Per ciò che riguarda la prima esigenza, essa è strettamente legata a quanto si è detto fino a qui: il bambino è fragile e dunque in stato di pericolo; affidarlo a Dio significa proteggerlo dagli spiriti e dalle cattive intenzioni delle altre persone. In nessun caso è stata espressa la percezione di un contrasto tra i dettami della religione praticata (sempre monoteista) e l'esistenza di spiriti maligni e stregoneria; in alcuni casi, infatti, come nei brani seguenti, è messo in evidenza dalle intervistate un parallelismo e una sovrapposizione di alcuni gesti protettivi della tradizione con gesti, come il battesimo, legati al rito protestante. Questo è il segno del sincretismo religioso che caratterizza le credenze di alcune donne intervistate.

“Sì, sì, allora se uno è credente cristiano, qualsiasi giorno entro una settimana devi portare bambino in chiesa, i cattolici usano di fare il battesimo entro un mese, ecco; altri usi, per esempio i protestanti come noi, entro otto mesi portiamo il bimbo in chiesa e il prete gli mette le mani, gli fa preghiere, gli fa unto con olio e con la bibbia fa qualsiasi, poi la benedizione farà; invece quelli che non sono credenti, loro vanno a fare sacrifici ancora dopo il parto, a fare tanti tipo di offerte ai loro idoli, a chiedere mano di questi idoli, di proteggere questa bimba, di far crescere bene, di toglier via il male di malocchio, con varie cose.”

[Stella, Nigeria]

“(…) da noi il battesimo si fa subito, se nasce venerdì, sabato sei già in chiesa perché è secondo la religione cristiana il battesimo è quella cosa che scaccia i demoni, quindi per preservare il bambino bisogna battezzarlo il prima possibile.”

[Sima, Cameroun]

Il momento dell'imposizione del nome è anche il momento in cui, dopo un tempo più o meno lungo, il bambino e sua madre escono di casa. E' il primo atto di socializzazione del bambino, che viene così presentato e accolto dalla sua famiglia (Thomas, Luneau, 2001).

Secondo Van Gennep (1969) in questo momento, tramite l'imposizione del nome, egli è individualizzato e aggregato alla società, sia essa una società generale che comprende tutto il quartiere o villaggio, sia la società ristretta dei familiari. Tra il momento di separazione tra madre e figlio, con la nascita e poi con il taglio del cordone ombelicale, e il momento di aggregazione trascorre un certo lasso di tempo durante il quale il bambino è lavato e purificato; questo gli permette di entrare nella sua comunità familiare insieme a sua madre.

“Il rientro a casa è una gran festa, specialmente quando è maschio, soprattutto il maschio e poi il primo figlio, il primo maschio, è il primo nipote, è un grande onore, è una grande festa per la famiglia. (...)Sì, è dopo l'ottavo giorno, perché qua, come non gli diamo i nomi prima, non abbiamo questa usanza che io do il nome del suocero o il nome della mamma, no no, il nome viene scelto alla successione che uno sta vivendo in sua vita normale. Così il nome viene scelto dopo otto giorni nella festa, la grande festa, dove sono presenti amici, parenti, facciamo festa, facciamo da bere, da mangiare, facciamo balli, canti, canto di tutti i tipi, ognuno fa il suo, e ognuno presenta un regalo, anche soldi, è più che altro i soldi, per fare dare il nome uno può presentare dieci euro, “io con dieci euro chiamo questa bambina Sara”, però alla fine il nome viene scelto dai genitori, da tutti e due i genitori. Quindi io ho problemi, non puoi dare il nome prima ad un bimbo, come facciamo qua, no, no, anche perché io non so cos'è, se maschio o femmina. E quindi quello è riservato solo per i genitori, o per i nonni.”

[Stella, Nigeria]

L'arrivo del bambino deve essere manifestato chiaramente a tutti, anche al di fuori della cerchia familiare, così che possa essere festeggiato adeguatamente:

“Sai che lì quando partoriamo, quando c'è nuovo membro della famiglia abbiamo un tipo di simbolo che usiamo lì, usiamo un tipo di polvere bianca, tradizionale, con cui io lo lascio fuori, all'entrata di casa, qualsiasi persona che entra vengono a mettere un simbolo, come indiani che mettono simbolo sulla fronte, sì simbolo bianco, si fanno come gesso, viene mescolato con l'acqua e lo lascio fuori, almeno per una settimana, due settimane, chiunque entra nella casa, per visitare e per dire che io sono felice con questa bimba o bimbo che è entrata nella famiglia, che festeggia anche lui con te, sa che c'è un'altra bambina che è appena nata qua.”

[Stella, Nigeria]

“Poi c'è il battesimo che è bellissimo. Lo fanno l'ottavo giorno, e danno il nome al bambino, perché da noi non è come qua che danno subito il nome (...) Il padre dice il nome al marabutto che lo dice nell'orecchio del bambino e poi fa una preghiera, gli dice il nome, e questo momento è la mattina, poi si fa un piatto dolce per tutti, poi si mette un montone per il nome, e poi il pranzo per tutti, perché siccome è per strada, chiunque passa si ferma e può mangiare, si balla la musica, tutto per strada, poi la donna si veste tre volte diverse nella giornata, poi c'è la manicure, la parrucchiera. E' troppo bello. Fino all'ottavo giorno tutte le attenzioni sono per te. Bellissimo, ti senti una regina in quel giorno lì. Poi diventi ricca quel giorno, tutti i tuoi amici e i tuoi parenti ti danno i soldi. Anche tuo marito e i suoi amici ti danno i soldi, per contribuire, così magari se avevi preso un po' di debiti per fare la festa puoi restituirli. Poi si fanno dei regali alla famiglia del marito, perché quando ci si sposa l'uomo porta soldi a casa tua, e tu quando partorisci tua mamma aveva già distribuito un po' di soldi ai tuoi parenti e così si da un euro a ognuno e ognuno da dieci euro, e così si restituisce alla famiglia del marito.”

[Absatou, Senegal]

“Sì, noi siamo musulmani e i musulmani fanno una festa dopo una settimana dalla nascita del bambino e quello è il momento in cui dare il nome al bambino. È proprio un battesimo come qua. Quando tu vai a casa tutti vengono a vedere e a vedere il bambino e ti danno il sapone, la candeggina, i profumi per il bambino, dei vestiti, insomma dei regali, ti dicono auguri e dopo

una settimana si fa una grande festa si dà il nome al bambino e la gente viene e ti danno soldi, regali, tutto. Fai una grande festa, prepari il riso nella tua casa e c'è la gente che viene a mangiare tutto e a festeggiare con te, dura solo un giorno.”

[Maritou, Senegal]

“[Raccontatemi la festa, quella dell'ottavo giorno, cosa si fa, chi viene, chi partecipa e cosa succede] D: Eh questo... viene tutte persone, soprattutto le due famiglie, gli amici, i vicini di casa, gli amici del lavoro, oppure gli amici della chiesa, portano regalo per bambini.

M: Facciamo grossa festa, con il montone, grande festa, beviamo, cantiamo, tutta la giornata.

[E gli viene dato anche il nome o gli viene dato anche prima?]D: Sì sì nome, no, questo giorno.

M: Prima no, dopo quando facciamo la festa gli mettiamo il nome. Lui si chiama così. Allora laviamo il bambino, lo vestiamo bene.

[C'è anche un vestito particolare?] D: Eh sì eh.

M: Mettiamo dentro la culla, e tutti dare soldi o regali, prende foto, è così. Ma prima, prima, la mattina solo la famiglia piccola, io con mia madre, mio padre e lei con sua famiglia, facciamo prima prima, verso le cinque o sei quando nasce il sole, facciamo uscire il bambino, mettiamo acqua sul bambino, così quando piove tu non c'è problema. Facciamo uscire bambino senza vestiti e mettiamo acqua che scende sul bambino. Prima. Non c'è amici, non c'è vicini. Per dire al bambino che tu sei arrivato qua e tu devi essere contento di essere povero oppure di essere ricco, che sei arrivato qui in questa famiglia, c'è la povertà, c'è la ricchezza, è normale, è la vita, tu devi accettare tutto che ti succederà, tu devi accettare, è così la vita, è così. Facciamo questo e dopo arrivano gli altri e facciamo la festa. Ma è diverso dei musulmani, è diverso da altre etnie.

[E poi voi fate il battesimo?] M: Sì, e come noi siamo cattolici, quando facciamo battesimo c'è una cosa per dire che noi abbiamo dimenticato tutte le nostre preoccupazioni, siamo da Dio e da Gesù Cristo. E' un'altra cosa. E' ancora molto un grande festa, siamo cattolici e una grande festa.”

[Dédé e marito, Togo]

Si vede dunque che in alcuni di questi riti si ritrova il legame forte che è sentito tra la nascita della vita individuale, il corso della vita sociale e quello del mondo naturale. Il neonato non deve essere aggregato solamente alle persone, alla realtà sociale in cui si

trova per la prima volta, ma anche al mondo e ai suoi elementi principali, come l'acqua e il sole.

“Viene fatta una festa per il bambino dopo una settimana dalla nascita. Sì perché siamo musulmani e devi dare il nome. E' il marito che sceglie il nome del marito e viene scelto anche con la moglie, magari quello della suocera.

[Viene dato il nome di un parente?] Sì, oppure magari viene guardato nel Corano. Il nome del Profeta.

[Il suo nome per esempio, chi l'ha deciso?] Io, anche con mio marito però, è il nome di mio zio quello, che era cattolico, e poi ha un altro nome di mio fratello. Ha due nomi.

[Cosa succede in questa festa?] Si aspetta una settimana per dargli il nome, una settimana dopo che è nato, e si chiama l'Imam che legge il Corano, si mangia la cola che è un frutto amaro che mangiamo lì e si offre da mangiare a tutti gli invitati, insomma una festa.”

[Marie, Senegal]

Il giorno dell'uscita non è solamente il giorno dedicato al bambino; è allo stesso tempo il giorno in cui la donna viene onorata e festeggiata come madre. In contesti in cui una donna senza figli non è considerata davvero una donna⁴⁰, l'avvenuta nascita di un figlio la porta ad assumere un altro status sociale, che deve essere riconosciuto e festeggiato dalla comunità familiare. E' il momento in cui la donna rientra nella società dopo un periodo di margine e deve rientrarvi nel pieno della sua bellezza e femminilità. Simbolicamente avviene così una sovrapposizione tra il materno e il femminile che permette alle donne di pensarsi tali solo in quanto madri.

“Sì da noi per un po' non si esce, si riceve delle visite a casa perché ti devi... Ma non esci perché non devi farti vedere sciupata, perché una donna che ha appena partorito è tutta distrutta e questa cosa nessuno la deve vedere, perché non è così la maternità. E' un momento di gioia e di felicità, e la felicità...devi essere splendente. E' per quello che ti fanno stare a casa, tu non puoi uscire, ti danno da mangiare, ti curano la pelle, tutto.

⁴⁰ Si veda cap. 3 § 3 e 4.

[Ma per esempio come? Ti fanno dei massaggi?] Sì con il burro di *karité* e poi c'è un tipo di argilla che si chiama *kaolé*, che è bianca e questo si mette sul corpo, poi ci sono dei profumi. Quindi ti curano e devi ingrassare perché in Africa la donna grassa è quella...E credo che la donna può uscire dopo tre o quattro mesi, dipende, e l'uscita è un evento, infatti ti vestono con vestiti particolari, vestita proprio bene, anche con i collier, e tu esci e la gente ti dà anche dei soldi, per farti i complimenti.

[Quindi ti vesti in un modo particolare?] Sì, si vede subito che sei diventata mamma, perché in quel modo si vestono soltanto le donne che hanno partorito e infatti la gente ti vengono incontro, ti fanno le felicitazioni, ti danno anche dei soldi. E questa cosa è una cosa importante anche per la famiglia, perché l'orgoglio della famiglia, no? Vedere la loro figlia uscita splendente, che tutti dicono "Ah quella è la figlia di..." E siccome per esempio nella capitale questa cosa non avviene perché ci sono tante culture, per cui molte donne cosa fanno? Quando partoriscono vanno nei villaggi per poter fare questa uscita. So di tante donne che lavorano negli uffici e tutto che si prendono anche sei mesi di ferie, per poter fare questa cosa. Poi vengono con le foto, che fanno vedere com'è andata la festa."

[Therese, Costa d'Avorio]

Questo brano è particolarmente significativo perché illustra la situazione di mescolamento delle tradizioni e dei modi di vita che si percepisce, in questi racconti, tanto nei paesi di origine quanto in Italia. Esso mette in luce, infatti, un punto fondamentale emerso anche in altre interviste: il "salto culturale" che, nei paesi africani, separa la vita nelle zone rurali dalla vita urbana. Si tratta di un passaggio molto importante perché, come si vede, non comporta necessariamente una scelta definitiva tra due stili di vita e di pensiero, ma un continuo rimando da uno all'altro. Questo è il contesto, estremamente dinamico e in continua trasformazione, da cui nascono le esigenze e i desideri di migrazione.

"Sì, si fa una festa, viene sacrificata una pecora o un montone, il dodicesimo giorno dal parto la donna esce per la prima volta a vedere il sole. Si porta fuori anche il bambino e quel giorno lì vengono tutte le donne del vicinato a lavare, perché lì non ci sono le lavatrici, lavano tutte le cose che hanno sporcato durante il parto, tutte le cose anche della famiglia, perché siccome lei è

ancora debole tutte queste donne vengono e lavano tutto per lei. Intanto si prepara da mangiare e si fa festa mentre si lavora, è bellissimo. È una piccola festa di donne, con la bevanda, il caffè, le bevande tradizionali. Lavorano, perché lavano questi vestiti e le lenzuola della donna e della famiglia, però visto che sono in tante non gli pesa, e poi l'aria che si respira lì è un'aria di festa. Preparano da mangiare, da bere di stare attenti alla famiglia intera, e anche al bambino.

[Gli viene dato il nome in questo momento?] No, gli viene dato dopo quaranta giorni, quando viene battezzato il bambino.

(...) E poi sempre il giorno del battesimo si sacrifica un montone, si beve la bevanda tradizionale ed è la festa più grande che si fa. Quella del dodicesimo giorno è ristretta solo per le donne. È molto bella perché quel giorno la donna è al centro dell'attenzione di tutti e tutte le donne vengono le mettono la crema, fanno attenzione alla cura della donna, anche al bambino mettono con delle erbe aromatiche, fanno dell'olio e lo massaggiano e lo mettono al sole con la parte della schiena tutto nudo e fanno prendere il sole, il primo sole. Poi gli mettono anche una sorta di matita intorno agli occhi, non è una matita, ma qualcosa di simile. È argilla, e il suo colore è quello della matita che si usa a scuola. Il bambino viene tutto truccato e la mamma anche, alla mamma viene fatta una pettinatura nuova, le tolgono la vecchia treccia e ne viene fatta una nuova, nuovi vestiti...

[Quindi anche vestiti indicano il fatto che lei ha avuto un bambino, che è diventata madre?] Sì, così tutti si prendono cura di lei.”

[Emilia, Eritrea]

Come si vede in questo racconto in alcuni casi l'uscita in pubblico della madre e quella del bambino si svolgono in momenti e in contesti diversi. Ciò mostra quanto può essere importante, a livello simbolico, ma anche da un punto di vista pratico, il momento di festeggiamento della donna. La separazione della prima uscita pubblica della madre dal momento di imposizione del nome al bambino può essere spiegata secondo due diverse interpretazioni.

La prima è una necessità pratica: le donne della famiglia o del vicinato si sostituiscono alla neomadre nella cura della casa e della famiglia a cui la donna non può dedicarsi a causa del parto recente. Così, pur tramite un momento di festa, tutti i bisogni del

neonato, e di altri bambini se ci sono, e la cura della casa, sono presi in carico dal resto della comunità.

La seconda interpretazione ha una valenza simbolica: l'aggregazione materna avviene non all'interno della famiglia o della società generale, ma all'interno della "società sessuale" (Van Gennep, 1969, p. 64), quindi una società momentaneamente composta da sole donne. Questo rafforza i legami tra donne, e la cura con cui la donna è vestita, truccata e pettinata dalle altre donne per essere presentata esclusivamente ad altre donne stringe ancor più il legame maternità-femminilità di cui si è detto sopra.

Un'altra questione che è stata sottolineata da tutte le intervistate è stata quella della scelta del nome per il bambino. In tutte le società essa è considerata un momento fondamentale, perché

“Il nome situa direttamente il soggetto che lo porta nello spazio-tempo socializzato del gruppo. In un certo senso dare il nome costituisce un rituale di identificazione: si tratta di sapere da dove viene il bambino, chi l'ha mandato, quale antenato reincarna ontologicamente o simbolicamente.” (Thomas, Luneau, 2001, pp. 213)

Le scelte dei nomi per i bambini sono state fatte da quasi tutte le persone intervistate tra i nomi di parenti o persone con cui comunque avevano un legame affettivo molto forte, normalmente ancora in vita. In questo modo allo stesso tempo si dà al bambino un nome che gli porterà bene nella vita e si rende onore ad una persona a cui si è legati. In certi casi, come mostra il brano seguente, la scelta della persona a cui riferirsi per il nome è fatta per interesse. Nominare un bambino con il nome di una persona significa dedicarglielo, fare in modo che sia un poco anche figlio suo, e per questo si può dare alla propria figlia il nome di qualcuno che non ha potuto avere figli suoi.

“Dare il nome vuol dire per tutta la vita, quindi non si deve dare il nome tanto per dare, bisogna stare molto attenti a questo fattore, perché si guarda anche il carattere della persona a cui si deve dare questo nome e poi per quella persona è un onore. Sai cosa vuol dire che quell'essere lì è nato e dicono che danno il tuo nome, è un'importanza incredibile. (...) Ma, in genere si dà anche di persone in vita, però per esempio se un nonno è già morto o cose così

allora si può anche dare. Anche perché se siamo in sei e do io il nome del nonno, gli altri devono sceglierne altri. Sul nome si sa che non bisogna litigare, perché il nome deve portarlo il bambino quindi se già litigano per sceglierlo questo non porta bene al bambino. Bisogna cominciare a discuterne molto prima. Poi magari tanti danno il nome per interesse, perché magari quello è il figlio di un ministro oppure uno con molti soldi e allora magari un domani gli studi li pagherà lui al suo omonimo.

Io per esempio porto il nome della zia, la sorella del papà, alle mie figlie, alla più grande ho dato il nome della mia sorella che non ha avuto figli, si è sposata, è ostetrica, ma lei non riesce a partorire non si è mai capito come mai. Ha fatto delle visite, è venuta anche in Italia, perché lei ha studiato alla Mangiagalli. E non aveva niente eppure non è riuscita ad avere figli.

Allora la mia mamma quando ho avuto la mia bambina, la mamma è venuta e mi ha detto cosa pensavo e io ho detto non so e allora lei mi ha suggerito di dare il nome di questa sorella perché poverina non ha avuto figli. Infatti la mia figlia grande porta il nome di questa sorella, quella piccola porta il nome della mia mamma.”

[Sima, Cameroun]

“(…)viene scelto dalla mamma e dal papà, e normalmente si sceglie il nome di qualcuno della famiglia. Per esempio la mia prima figlia ha il nome di mia cognata, il mio secondo il nome di mio cognato, si chiama Pedro, il terzo si chiama Emanuel ed è nome di mio fratello. Quindi sono tutti i nomi di parenti stretti.”

[Maria, Angola]

Oltre alla questione di quale nome scegliere altre due aspetti importanti sono il momento della scelta e la persona che deve sceglierlo. Per alcuni si tratta di un compito del padre del bambino e, al limite, dei nonni paterni. Per altre persone invece questo aspetto non è importante ed il nome è concordato tra madre e padre.

Il momento della scelta può rivelarsi per alcune persone molto importante, perché scegliere il nome troppo presto equivarrebbe a fare come se il bambino fosse già nato quando in realtà non lo è ancora, e questo può portare male; si tratta tuttavia di credenze che, per la maggior parte, hanno perso forza e significato:

“(...)però il nome, una volta il nome non si sceglieva prima perché portava jella. Dovevi aspettare di vederlo e poi davi il nome, se non lo vedi come fai a dargli il nome. Ma ora non è più così.”

[Sidone, Rep. del Congo]

Anche riguardo alla scelta del nome per il bambino tra i nomi dei parenti, si nota che per alcune persone si tratta di un’usanza passata e ormai abbandonata, anche se la motivazione che si tratterebbe di un’usanza fuori moda non è l’unica...

“(Si sceglie)Insieme. Nel mio paese come qua, appena prima di nascere hai un’idea, per esempio i nostri hanno già dei nome, la femmina Wanda e il maschio ... Altri aspettano prima che nascono e poi scelgono i nomi.

[Ma sono nomi che vengono scelti tra quelli dei parenti, oppure...] Questa è una cosa che era così un po’ di tempo fa, però adesso è molto fuori moda. Questi per esempio non sono nomi di nessuno, anche perché si dice che se tu scegli il nome di una persona che è cattiva anche il tuo bambino diventa cattivo. Perché se tu prendi il suo nome prendi anche qualcosa di lui. Allora adesso nessuno vuole fare più questa cosa.”

[Emilia, Angola]

4.5 IL RUOLO DELLA FAMIGLIA

“Sì, in questo periodo la donna...tutti si prendono cura di lei in modo che lei possa prendersi cura del bambino; il suo ruolo qual’è? E’ nutrire il bambino, perché nessun’altro lo può fare. Le altre cose, per esempio anche lavare il bambino, lo fa la mamma, o la nonna. Lei osserva, perché deve imparare comunque, ma non è che impara per sé, per i suoi figli. Impara per il futuro, per gli altri, i suoi nipoti, oppure anche una sorella, se capita che non c’è la mamma, se tu hai dei figli devi essere capace a farlo, anche se tu non hai mai lavato i tuoi figli quando erano piccoli, però devi essere capace. Per cui ti insegnano, loro lo fanno e ti fanno vedere come fare, però è una cosa che serve a farlo anche per gli altri.”

[Therese, Costa d’Avorio]

“E poi anche a casa, cosa facevo? Dormire, svegliare, faccio quel poco che riesco a fare...non ce la facevo più, ma lì ci sono le sorelle che ti aiutano e che ti fanno tutto, mi aiutavano tutti. Anche mio marito delle volte andava a fare la spesa, mia mamma veniva, quindi non è che io abbia fatto una gravidanza difficile, ognuno che arrivava faceva quello che poteva fare, io me ne stavo lì aspettavo e intanto riuscivo a riposarmi, ascoltavo i consigli e tutte le raccomandazioni.”

[Ortensia, Rep. del Congo]

Come si è già mostrato tramite l'analisi dei brani, tutto ciò che accade ad una donna dal momento in cui annuncia la gravidanza fino al suo ritorno alla normalità è, tranne in casi molto particolari, contornato di parenti e persone conosciute. La presenza materna, presenza che non credo sia specifica di alcuni luoghi o di alcuni contesti ma comune a tutti, è fondamentale. E' necessario sottolineare che dicendo “mia mamma” non necessariamente le donne intervistate hanno inteso parlare esclusivamente della propria madre biologica. Spesso, infatti, il termine “mamma” è utilizzato per indicare anche altre figure, per esempio una zia o un'altra parente più anziana, o addirittura anche una donna più anziana a cui non si è legati da un rapporto di parentela ma da un forte legame affettivo.

“Io infatti una volta mi sono resa conto che nel mio dialetto, sai che la parola "zia" non esiste. Non esiste perché la zia, la sorella di mia mamma, non è mia zia ma è la mia mamma. Non la chiamo zia ma mamma. C'è il nome *hunty*, che però deriva dall'inglese, ma proprio un termine nostro non c'è, è una figura che non esiste, la zia è la tua mamma e basta. Infatti io mia zia quando la chiamo mamma sento che è molto felice, più di quando la chiamo zia. Però io non avevo mai fatto questa scoperta.”

[Therese, Costa d'Avorio]

Tuttavia anche tutti gli altri componenti della famiglia sembrano ricoprire ruoli ben precisi e determinati. Le donne coinvolte nella cura (termine che comprende tutte le attenzioni e i controlli al decorso della gravidanza, del parto e del puerperio) hanno tutte già avuto almeno un'esperienza di maternità e per questo hanno autorità e competenza in materia. Gli uomini coinvolti direttamente, cioè il padre del bambino e, in qualche

caso, i nonni, hanno qualche potere decisionale (per esempio riguardo al nome) ma per il resto non hanno la competenza necessaria per avere autorità.

Si sarà notato che in questo capitolo il momento vero e proprio del parto non è mai stato preso in considerazione. Non si tratta di una scelta di analisi ma di una necessità dettata dal fatto che in tutte le interviste, benché siano state poste domande al riguardo, del momento del parto si è parlato molto poco. Il parto è stato, infatti, per tutte, il momento del distacco dalla famiglia e della permanenza nell'istituzione ospedaliera. Il controllo e la gestione degli eventi all'interno dell'ospedale non è svolta da persone affettivamente importanti, ma, per lo più, da sconosciuti e questo trasmette la sensazione di impotenza sull'evento del parto.

Non voglio qui trattare della validità o meno del parto ospedalizzato, ma sottolineare quanta importanza ha il fatto che la gestione della gravidanza e dei momenti immediatamente successivi la nascita avvenga in un ambito familiare. Ciò è inoltre evidenziato dal fatto che i ricordi e i racconti siano avvenuti in una situazione di distacco dagli affetti e soprattutto dalla figura materna.

Come si è visto nel terzo capitolo l'avvenimento biologico della nascita è sempre e comunque socialmente controllato per fare in modo che si svolga entro determinati schemi. Differente è però se il controllo e la gestione sono svolti da istituzioni o persone che ricoprono ruoli istituzionali e che si occupano esclusivamente del parto come avvenimento biologico (come l'ospedale che gestisce il momento del parto) oppure se sono svolti da persone con un ruolo più ampio, che comprende anche la cura e l'attenzione verso la vita intera, gli affetti, il ruolo sociale e le relazioni della donna.

Nelle interviste ho riscontrato una netta divisione e un diverso approccio nel raccontare ciò che è avvenuto dentro gli ospedali e ciò che è avvenuto al di fuori, che si tratti di eventi svoltisi in Italia o nei paesi di origine. Sicuramente non è da sottovalutare il potere della lontananza dagli affetti, soprattutto dalla figura materna, e da un contesto sociale a cui si è molto legati.

Tuttavia da una parte credo che l'assunzione di questo ruolo di cura da parte di figure familiari abbia spinto le intervistate a considerare la maternità come un evento decisamente sociale, sottolineando continuamente il legame tra corpo individuale e

società. Dall'altra il fatto che una donna, una volta divenuta madre, assuma autorità riguardo alla gestione della maternità, rende le conoscenze riguardo ad essa accessibili a tutte le donne. Il momento di diventare madre corrisponde al momento in cui sono trasmesse ad una donna le conoscenze necessarie a gestire la propria e l'altrui maternità. Tale diffusione delle conoscenze adatte a gestire la gravidanza, il parto e il puerperio rende la maternità qualcosa di naturale, controllabile e riguardo a cui le donne stesse possono prendere delle decisioni.

Come si vedrà nel prossimo capitolo nel modello di nascita vigente nella società italiana la conoscenza femminile della nascita è raramente presa in considerazione come fonte di sapere esperto; per le donne intervistate, invece, il sapere femminile si mescola con quello medico senza perdere il suo valore. Si vedrà dunque a cosa ha portato il confronto tra questi modi diversi di pensare il sapere riguardo alla maternità.

4.6 LOGICHE METICCE⁴¹

Si è voluto con questo capitolo mostrare, per quanto possibile, le dinamiche e i modelli di pensiero che hanno guidato le donne intervistate nei loro percorsi di maternità nei paesi di origine. Ciò che ne emerge andrà confrontato nel prossimo capitolo con le esperienze vissute in Italia e, allo stesso tempo, mette in guardia da possibili generalizzazioni e dicotomizzazioni tra “il là” e “il qua”.

L'ibridazione tra culture che si sta verificando nella società italiana non è causata semplicemente dall'incontro e dalla vicendevole influenza e trasformazione di due universi culturali statici che, a causa dello spostamento di una parte della popolazione, si incontrano. Si tratta di un processo più globale e secolare, perché

“I meticciati operano dunque solo su prodotti risultanti da meticciati precedenti, rimandando quindi all'infinito l'idea di una purezza originale” (Amselle, 1999, p.33)

⁴¹ Il titolo del paragrafo è tratto da Amselle, 1999.

Esattamente in questo senso credo sia necessario guardare ai vissuti delle persone intervistate come a prodotti di un'interazione e di un *métissage* continui e ripetuti nel tempo che non permettono di ricostruire e risalire ad una tradizione o a un sistema di credenze originari. Sia la pratica della vita quotidiana sia le concettualizzazioni che emergono riguardo ad essa sembrano essere contraddistinte dalla fusione di elementi religiosi e culturali di vario genere e provenienza. Nelle parole delle donne non è però possibile distinguerli gli uni dagli altri, perché tutti sono inseriti in sistemi e modelli di comportamento assolutamente coerenti al loro interno.

Ugualmente i loro percorsi e vissuti di maternità non si possono semplicemente distinguere tra affidamento alle cure mediche e alle pratiche e alle istituzioni di tipo tradizionale locali e utilizzo della medicina e delle istituzioni mediche di modello occidentale. Nei loro percorsi di cura si intrecciano diverse concezioni del rapporto tra salute e malattia e tra cause, sintomi e rimedi al malessere corporeo. Esse danno origine tuttavia a sistemi di cura non contraddittori che si manifestano tramite pratiche corporee ben determinate. Il fatto che la cultura sia data da continue "connessioni" (Amselle, 2001) tra risultati di precedenti ibridazioni non significa, tuttavia, che ci sia una mancanza di punti di riferimento e di modelli culturali: ogni comportamento e, soprattutto, ogni analisi di comportamento svolta dalle persone intervistate, per quanto possa apparire d'acchito stranamente costruita, segue una logica ferrea che non è una semplice costruzione individuale. Non credo, infatti, che si tratti, se non in minima parte, di ricostruzioni dei contesti di origine modificate dai vissuti personali dell'esperienza migratoria, ma di grandi trasformazioni che sono avvenute e ancora si stanno verificando a livello collettivo.

Non si ritrova, in queste interviste, un mondo tradizionale africano, bensì un mondo in continuo movimento perché in continuo contatto con l'esterno e con l'altro. Le colonizzazioni europee e la ancora attuale presenza di *élites* europee in vari paesi africani sono spesso portati dalle intervistate come giustificazioni di determinati comportamenti o delle loro modificazioni. Si è trattato, infatti, non di un semplice contatto ma di una radicale imposizione di nuove forme culturali (Obenga, 2001). Come si vede, tuttavia, sebbene si sia trattato di un rapporto impari fondato sulla costrizione,

sullo sfruttamento e sull'uso della forza, questo non ha comunque portato alla cancellazione di un mondo culturale ma ad una ibridazione tra due (e spesso, in realtà, molto più numerose) culture.

Un'altra forma di contatto importante è costituita proprio dai movimenti migratori che mettono in gioco non solo l'identità individuale del migrante, ma anche le identità collettive dei contesti di origine e della società di accoglienza, in particolar modo quando i percorsi migratori sono compiuti da soggetti femminili⁴².

Si capisce dunque che nello studio delle esperienze di maternità che queste donne hanno vissuto in Italia non ci si trova ad esaminare situazioni di vita e modelli di comportamento originariamente "puri" e modificati dal percorso migratorio. Anche nel vivere la maternità, un fenomeno culturalmente e socialmente determinato, non esiste e non è possibile cercare un'"autenticità" originaria che si confronti (e si scontri) con il modello di maternità italiano. Come si vedrà nel prossimo capitolo tale rapporto e confronto tra differenti modelli di comportamento e di pensiero riguardo alla maternità è sfumato e variabile, perché non si tratta di due modelli culturali monolitici posti l'uno di fronte all'altro, ma di modelli ibridi che si intersecano l'uno nell'altro. Probabilmente è proprio questa predisposizione delle culture, e dei comportamenti da esse condizionati (come quelli legati alla maternità), al *métissage* che permette effettivamente la buona riuscita di tanti percorsi migratori. Vivere in un contesto "altro" non significa, infatti, rinunciare alle proprie specificità e a forme di comportamento conosciute, ma mescolarle con altre creandone di nuove.

Come tenterò di mostrare nel prossimo capitolo, infatti, nessuna delle donne intervistate si è trovata a dover abbandonare *in toto* i propri modelli culturali. La diffusione nei paesi di origine di modelli culturali europei⁴³ e le continue "connessioni" hanno permesso loro di far sopravvivere i propri modelli di riferimento nelle pratiche quotidiane della vita in Italia dando loro nuove forme.

⁴² Si veda cap. 2 §1.

⁴³ Per approfondimenti riguardo al tema dell'"occidentalizzazione del mondo" rimando allo studio di Latouche, 1992.

CAPITOLO 5

ANALISI DELLE INTERVISTE:

VIVERE LA MATERNITÀ IN SITUAZIONE DI MIGRAZIONE

5.1 IL PARTO IN ITALIA COME COSTRUZIONE CULTURALE

L'idea e la rappresentazione di maternità diffuse in Italia derivano da alcuni presupposti culturali e al tempo stesso determina fortemente il modo di affrontare e vivere la gravidanza e il parto delle donne italiane. Come si è precedentemente affermato proprio perché il parto è un evento bio-sociale e dunque le componenti sociali lo definiscono tanto quelle biologiche,

“Ogni organizzazione sociale attiva un determinato sistema di parto, con determinate regole. Regole che, anche implicitamente, tendono a stabilire quali sono i soggetti interagenti, i luoghi deputati, le azioni necessarie e i comportamenti ammessi, per rendere reale l'evento stesso.

(...)La posizione del corpo, l'agio di concedersi ed esprimere sentimenti, nonché il luogo in cui si trova la donna, le persone che agiscono su di lei o che rappresentano il contatto emotivo con gli altri suoi luoghi, le azioni che si susseguono, i tempi che scandiscono il procedere, sono determinati da un'organizzazione data che risponde all'esigenza del mantenimento di un determinato sistema di parto.” (Colombo, 1992 pp. 163-164)

La regolazione della nascita non riguarda dunque solo fattori biologici, ma anche e soprattutto fattori sociali. Esistono delle procedure e dei ruoli precisi che compongono il sistema del parto. Nella nostra società le procedure legittimate sono quelle mediche, il nostro sistema di parto è definito scientifico e le uniche persone considerate esperte e capaci di gestire la nascita sono i professionisti della medicina.

Come mostrano vari studi⁴⁴ il fatto che l'intera esperienza della maternità, a partire dalla gravidanza fino ad arrivare al puerperio, sia medicalizzata ha due importanti conseguenze: la prima è la considerazione primaria o addirittura esclusiva del suo aspetto biologico e puramente fisico; la seconda è l'esclusione dell'esperienza vissuta in prima persona dalle donne che partoriscono. Dal momento che l'unico sapere legittimato è quello scientifico il fatto di avere vissuto l'evento non è di per sé sufficiente per parlarne con autorevolezza.

Si è detto precedentemente⁴⁵ come ogni gruppo sociale cerchi e crei dei meccanismi che permettano di controllare e gestire in un modo preciso e regolato la nascita di un nuovo membro. Nella nostra società tale controllo avviene tramite la medicina e, in particolare, gli ospedali, che costituiscono un luogo estraneo allo scorrere della normale vita quotidiana della società; un luogo adibito esclusivamente alla gestione di quei “fatti sociali primari” di cui ha parlato Augé (1986): nascita, morte e malattia.

Ma perché nella nostra società si è sentita la necessità di allontanare e dividere gli eventi biologici principali della vita degli individui dal loro aspetto sociale?

La separazione tra corpo e spirito, che vengono pensati e vissuti separatamente e gestiti e controllati da autorità differenti è un elemento fondamentale del pensiero filosofico occidentale; la nostra percezione del corpo, della salute e della malattia si fonda su di esso (Dal Verme, Parolari, Sacchetti, 2001). Si tratta però di un elemento che, invece, non si trova in altri sistemi di pensiero ed in particolare nella maggior parte delle tradizioni africane, dove cura del corpo e cura dell’“anima” sono strettamente correlate.

In occidente, come sottolinea Franca Balsamo (1997), si nega per la maggioranza dei disturbi, tranne alcune eccezioni, che un intervento esterno al corpo di un individuo possa avere degli effetti su di esso. Un elemento di contatto ammesso dal sapere medico è quello dell'*effetto placebo*, cioè di un sostanziale miglioramento delle condizioni di salute di un paziente dato dalla fiducia nella cura e nelle possibilità di guarigione. Sottolineo però come l'elemento fondamentale resti comunque la cura di tipo fisico-

⁴⁴ Colombo, Pizzini, Regalia, 1985; Jordan, 1985a; Jordan, 1985; Martin, 1989; Oackley, 1985; Ranisio, 1996; Romito, Chatelanat, 1985.

⁴⁵ Si veda il cap. 4.

medico che può solamente essere migliorata da una determinata condizione psicologica del paziente.

Per ciò che riguarda l'esclusione delle donne protagoniste del parto dalla conoscenza, e dalla trasmissione di essa, riguardo al parto, si può notare come nella nostra società il campo medico abbia conquistato il potere simbolico e politico del controllo sulla salute e sul corpo femminile solo in tempi recenti (Cacciari, Pizzini, 1985).

Le cure alle donne durante la gravidanza e il parto, infatti, sono rimaste estranee alla medicina fino alla fine del XVII secolo. Si trattava di questioni gestite all'interno del solo ambito femminile. Esisteva un sapere riguardo al parto diffuso tra le donne che escludeva del tutto la parte maschile della società. Pur tentando di appropriarsi di un potere decisivo sul corpo femminile e sulle sue capacità riproduttive, tramite il tentativo di diagnosi e cura delle patologie perinatali, il sapere medico e le tecniche ostetriche non potevano dimostrare una superiorità sulle tecniche tradizionali. Il solo modo possibile per controllare questo tipo di pratiche era quello di riuscire ad imporre una visione della gravidanza e del parto come eventi medici di cui solo i medici (allora esclusivamente uomini) e non le donne fossero considerati gli esperti. Si è verificata così una sottrazione di sapere e di potere dal mondo femminile a vantaggio del mondo maschile fino a far divenire, come si verifica oggi, il sapere medico l'unico sapere legittimo riguardo all'evento della nascita (Romito, Chatelanat, 1985).

Tale presa di potere è avvenuta tramite la costruzione di una procedura ospedaliera precisa, applicata non tanto, o almeno non sempre, per ragioni scientifiche, ma più per rituali culturali che assicurano al medico il controllo e il potere sulla situazione che si viene a creare. Si tratta di procedure che sono applicate indistintamente in casi di situazioni patologiche o di svolgimento normale del corso della gravidanza e del parto. Il parto è considerato in ogni caso un evento a rischio, che deve essere preventivamente curato (Schmid, 1992). Ugualmente alle donne che partoriscono è richiesta l'assunzione di un determinato ruolo e di determinati comportamenti che sono adeguati rispetto ad un copione socialmente legittimato (Colombo, 1992).

Lo studio di Colombo, Pizzini e Regalia (1985) si è occupato proprio di esaminare l'ospedalizzazione del parto e le conseguenze che essa ha sulla modalità di pensare e poi

vivere la maternità nella società italiana. Le autrici mostrano così come il fatto di ospedalizzare la donna in procinto di partorire abbia la funzione di allontanare dai luoghi della vita quotidiana il dolore e le espressioni più “sporche” e “scomposte” del corpo; di separare la donna dai suoi luoghi abituali e di inserirla in un contesto estraneo e di farla sentire, ad ogni costo, una paziente bisognosa di cure. In questo modo si riuscirà ad intervenire con maggiore rapidità e precisione nei casi patologici, diminuendo fortemente i tassi di mortalità materno infantile ma, allo stesso tempo, si omologheranno tutte le esperienze di parto e di nascita ad un modello unico. E' questo, secondo le tre ricercatrici, il modo in cui, nella nostra società, si ricrea continuamente il senso di inadeguatezza delle donne a divenire madri senza l'aiuto della medicina, che si pone come indispensabile protagonista della scena del parto. Sono così negati alle donne il controllo diretto e la competenza sulla maternità: le donne si sentono sicure e tranquille riguardo alla loro maternità solo nel momento in cui essa è presa in carico dalla medicina (Oakley, 1985).

Questo è stato dunque il modo in cui, nella società italiana, si è risposto alla necessità di controllo e di protezione di un momento fondamentale per la sopravvivenza della società e allo stesso tempo molto rischioso.

“Il parto quindi è considerato in ogni caso un evento a rischio, pieno di insidie e inafferrabile nella sua essenza. La sua forza misteriosa, l'intensa sessualità ed emotività, la sua vicinanza alla morte (simbolica e reale) richiamano da parte dell'istituzione un forte bisogno di controllarlo, di renderlo asettico, di razionalizzarlo.” (Schmid, 1992, p. 118)

Gli studi svolti in questo campo, per la maggior parte effettuati almeno un decennio fa, hanno influenzato il modello di gestione del parto in Italia. Esso, infatti, sta mutando proprio in questi anni: la direzione intrapresa è quella di “umanizzazione” del parto cioè di permettere, all'interno del contesto medico, maggiore controllo sulla situazione e maggiori possibilità di decisione da parte della partoriente.⁴⁶

⁴⁶ Alcuni esempi di questi tentativi sono la creazione, in numerosi ospedali, del *rooming in*, la diffusione di una scuola di pensiero che renda la donna maggiormente libera di scegliere i tempi e le posizioni del

In Italia il parto è fortemente condizionato sia dalla separazione tra mente (spirito) e corpo, sia dalla onnipresenza nella gestione e nella cura (intesa come presa in carico) del corpo da parte della medicina.

Argomento di questo capitolo sarà il tentativo di capire, tramite l'analisi delle interviste, se le donne intervistate abbiano vissuto, nella loro esperienza di maternità in Italia, delle differenze importanti rispetto ai loro paesi di origine. Osservare, inoltre, quali usi e tradizioni (visti al precedente capitolo) riguardo all'esperienza della maternità siano stati mantenuti, trasformati o abbandonati durante il percorso migratorio e come le donne abbiano interpretato tali scelte.

Non si pensi tuttavia all'incontro-scontro tra due modalità opposte di vivere e pensare la maternità: sebbene il condizionamento culturale in entrambi i contesti sia innegabile, esso non deriva da due universi culturali chiusi e separati, mai venuti in contatto l'uno con l'altro. Come si è mostrata l'influenza occidentale sui metodi di cura africani, allo stesso modo è bene considerare quanta importanza e popolarità stiano assumendo in Italia i cosiddetti “metodi di cura alternativi”, tratti per lo più da tecniche mediche tradizionali di altri luoghi.

5.2 IL RAPPORTO TRA LA BIO-MEDICINA E I SAPERI TRADIZIONALI

Come si è visto nel precedente paragrafo è impossibile parlare di parto e maternità in Italia senza prendere in considerazione la medicina, i medici e soprattutto l'istituzione ospedaliera. L'approccio medico alla nascita non ha comunque rappresentato, se non per una piccola minoranza delle intervistate, una grande novità. La maggior parte di esse ha infatti narrato di aver partorito (o visto partorire altre donne) in ospedale anche nel paese di origine, seguita da medici e sottoposta ad esami e visite simili a quelli d'uso in Italia.

Escludendo momentaneamente dal discorso le persone provenienti da contesti in cui il parto non è necessariamente ospedalizzato, riguardo alle cui esperienze verrà fatta

suo travaglio (eliminazione della posizione litotomica) e il tentativo da parte di alcune associazioni di ostetriche di rendere possibile, in condizioni di sicurezza, il parto in casa.

un'analisi a parte più avanti, si nota che non è stata percepita dalle intervistate una forte differenza nella gestione del parto. La medicina e l'ambiente ospedaliero rappresentano anzi un elemento di tramite tra l'esperienza nel paese di origine e l'esperienza in Italia, proprio perché il momento precedente e quello seguente al parto non sono sentiti come passibili di essere messi a confronto a causa della differenza dei contesti.

La medicina e la scienza invece costituiscono, come ha suggerito Emily Martin (1993), un vero e proprio sistema culturale che si fonda su determinate rappresentazioni del corpo, in particolare del corpo femminile, che l'occidente ha esportato in quasi tutto il mondo. Esso, là dove è stato trapiantato, non necessariamente ha portato all'eliminazione di altri sistemi medici preesistenti; spesso, anzi, si è integrato con essi entrando strettamente a far parte del sistema culturale locale. Questo è il caso di molti paesi africani, nei quali le strutture ospedaliere sono state diffuse durante il periodo coloniale e post-coloniale.

Al momento della gravidanza in Italia, dunque, per le persone provenienti da tali paesi è stato normale e naturale rivolgersi ai medici ed essere seguite da istituzioni mediche, quali i consultori e gli ospedali durante il parto e, anche se in minor misura, durante i mesi della gravidanza. Questa facilità di approccio con la medicina è spiegata anche dalla provenienza di tutte le persone intervistate da situazioni abbastanza agiate. Nel narrare il ruolo della medicina nei paesi di origine, infatti, tutte hanno sottolineato le differenze esistenti tra i vari strati di popolazione e, soprattutto, tra la popolazione urbana e quella rurale che hanno sia differenti possibilità di accesso alle cure mediche, sia un diverso grado di accettazione e utilizzo di esse. Le persone intervistate si sono poste, all'interno di queste distinzioni, sempre tra le fasce di popolazione che maggiormente utilizzano e hanno accesso alle cure mediche.

“Facciamo dei controlli, attenzione eh, anche se noi andiamo a casa di guaritori o andiamo in chiesa, i controlli facciamo sempre anche in ospedale sì, perché lì facciamo l'esame del sangue sì, perché lì si chiama pvc, per calcolare i volumi di sangue, perché prima di partorire loro deve

sapere quale quantità di sangue, se è anemica, se ha bisogno di trasfusioni, quindi lì ci sono i medici, i controlli li facciamo, però non ci sono ecografie.”

[Stella, Nigeria]

“Sì, dove sono stata seguita io sì, perché è l'ospedale dove va la nostra amministrazione, e gli esami li ho fatti uguali a qui, perché è anche dove fanno gli esami anche i francesi. Invece ci sono persone che magari non hanno queste possibilità, nei villaggi, oppure non hanno il marito che lavora nel governo, allora ci sono i *dispensaires*, come i consultori italiani.

[E lì vengono seguite le gravidanze?] Sì sì, le seguono bene, quello che manca è il materiale, perché non hanno tanto a disposizione. La gente che sta lì è gente che ha studiato, che è brava, però mancano i macchinari. E poi la gente non ce la fa a pagare tutto.”

[Absatou, Senegal]

“[Per quanto riguarda invece gli esami medici che si fanno là sono uguali a quelli che hai fatto qui o sono diversi?] Sì, gli esami del sangue è tutto uguale, non trovo differenza in questo. (...)No, più o meno ho trovato tutto uguale non ho avuto difficoltà. Comunque quando nascono i bambini non è uguale se una persona si trova in città oppure in campagna, nei villaggi. Perché spesso non c'è neanche l'ospedale.”

[Evelyne, Rep. Dem. del Congo]

“Perché è la modernità. La modernità esiste anche in Africa e tu partorisci nello stesso modo che in Europa però le pratiche che si fanno per curare la mamma prima e dopo aver partorito, questo cambia. Da noi esistono queste cose però qua non lo so.”

[Maritou, Senegal]

La differenza sostanziale che è stata notata da tutte le persone intervistate riguarda l'impossibilità, nei paesi di origine, di fare un'ecografia e, più in generale, i costi molto elevati di qualsiasi trattamento medico. Da ciò che emerge dalle interviste non esistono, infatti, sistemi sanitari che permettano un accesso uguale e gratuito alle cure mediche a tutta la popolazione e tanto meno strumenti come l'ecografia per monitorare l'andamento della gravidanza. La medicalizzazione della gravidanza e del parto in Italia non è stata vissuta dunque come un'intrusione in un processo naturale, ma come il completamento e

il miglioramento di un modo di gestire tali momenti già vissuto e interiorizzato. La possibilità di essere assistite gratuitamente e di avere diritto a svariate ecografie durante la gravidanza costituisce un elemento assolutamente positivo per tutte le donne intervistate:

“Sì sì c’è una differenza perché le cure non sono uguali, ti curano di più qua che là, se vai in una clinica e paghi è un conto, ma gli ospedali... Qui in ospedale ti curano, ma là invece dipende dagli ospedali, per esempio in tanti ospedali non ti danno da mangiare, te lo devono portare i parenti.”

[Marie, Senegal]

“Invece dal punto di vista dell’assistenza, riconosco che qua c’è più tecnologia, sei più assistita e quindi puoi fare tutti gli esami, perché qua c’è tutto tutto.

[Ma riguardo a questo, durante la gravidanza, gli esami che hai fatto, ecografie, esami del sangue, sono gli stessi che hai fatto in Congo, oppure lì è diverso?] Ne ho fatti meno, però il controllo si faceva di più, perché qua si fa praticamente una volta al mese, invece là si faceva più spesso. L’ecografia c’è, però direi che nella mia città, Brazzaville, c’erano due macchine per ecografia, quindi si faceva nei centri privati, all’ospedale non c’era. Quindi se tu proprio magari hai bisogno di un intervento veloce, rapido, magari non ce l’avrai, arriverà più tardi, che tu già sei morta forse. E questo cambia.

[Quindi l’ecografia è usata solo se ci sono problemi durante la gravidanza?] Sì se ci sono problemi oppure per controllare, se sei ricco. E poi devo dire che noi abbiamo una tecnologia obsoleta, perciò le cose che non si usano più qui, che non si possono buttare, vengono mandate nei paesi poveri, quindi abbiamo questo problema. E poi certe tecniche avanzate non sono ancora arrivate da noi, quindi certe donne, quelle più ricche, preferiscono anche venire qua a fare le cure della gravidanza, e poi tornare giù e poi venire qua per partorire, però non è dato a tutti, quindi... E’ peccato perché non è dato a tutti.”

[Sidone, Rep. del Congo]

“Lì è una questione di possibilità. Chi ha la possibilità, è istruito e tutto, si fa curare come qua, anche perché ha la possibilità anche di pagare che vuole vivere come nel mondo occidentale. Invece chi non ha la possibilità non sempre riesce.

[Non esiste un sistema sanitario?] Esiste, ma purtroppo ci sono stati tanti tanti problemi, quasi in tutta l'Africa, per cui questi servizi sono diventati come delle cose private, quindi se tu vuoi andare all'ospedale devi pagare, devi avere i soldi. Se non hai i soldi non puoi andare in ospedale.”

[Therese, Costa d'Avorio]

“Un'altra differenza è che qui ogni mese c'è un'ecografia da fare, ma in Africa non c'è questo, non si fa. (...) Tu fai tutti gli esami, quelli del sangue per esempio. Poi, se tu vuoi vedere dentro il bambino, se tu hai voglia, se tu hai i soldi, allora chiedi alla dottoressa di farla. Ma solo se hai dei soldi, perché la devi pagare tu stessa.”

[Mariuna, Togo]

“No no, qui tutto bene solo è mancata tanto la mia famiglia, io ero molto sola qui e allora tante cose non sapevo cosa fare, cosa andava bene e cosa no, e non si può sempre telefonare in Africa, allora sì c'è mio marito ma anche lui tante cose non sa cosa fare... però anche esami e medici tutto va bene non ci sono stati problemi. Solo difficile capire cosa bisogna fare, perché bisogna fare questo e poi tanti tanti esami del sangue, perché così tanti? Per me un po' troppo, però così ero tranquilla, perché facevo gli esami e poi il dottore diceva che va tutto bene e così sei sicura che non ci sono problemi. Sì forse per questo più tranquilla qui però a casa mia, con mia mamma anche senza tanti esami ero tranquilla, perché lei sapeva dire cosa va bene e cosa va male come un dottore italiano.”

[Marem, Nigeria]

Il sistema medico italiano, dunque, per quanto riguarda l'assistenza alla maternità, sembra essere apprezzato soprattutto grazie ai bassi costi per l'utenza e alla sua accessibilità a tutte le donne, a prescindere dalla loro condizione economica e dal possesso del permesso di soggiorno.

Altre intervistate, tuttavia, hanno fatto più fatica ad accettare questo tipo di gestione della gravidanza e del parto, perché provengono da contesti nei quali questi eventi non sono medicalizzati. In particolare si tratta di persone provenienti da zone dell'Africa

orientale e dall'Angola, dunque da paesi meno occidentalizzati, stremati da situazioni di estrema povertà e da guerre decennali.

Per queste persone diventare madri in Italia ha significato confrontarsi con modalità completamente diverse di pensare e gestire la maternità rispetto a quelle a cui erano abituate. Per alcune il cambiamento è stato positivo: i controlli medici e gli esami eseguiti hanno dato loro maggiore sicurezza, tranquillità e serenità.

“[Quindi non ti pesa il fatto di fare tanti esami?] A me no, forse perché è la prima volta e quindi mi piace, mi sento più sicura, più tranquilla, perché prima non avevo fatto. Poi dipende perché ci sono delle persone che quando sono incinta è come se sono malate, hanno il vomito o cose così...io no niente, non ho mai avuto voglia di vomitare, l'unica cosa sono i piedi che mi si gonfiano. Ma mi piace fare gli esami, perché sono più tranquilla, perché vedo veramente che va tutto bene.”

[Emilia, Angola]

“Quando ero in Angola ed ero incinta della mia prima figlia non ho fatto nessun tipo di visita, né di esami, né di ecografia. Là è troppo difficile, perché quando hai i soldi puoi, ma se non hai i soldi è troppo difficile. Ci sono molte persone che non vanno all'ospedale.

[Dunque, durante tutta la gravidanza non sei mai stata all'ospedale, non ti ha mai visto medico?] Tutti si stupiscono, ma è così. E in ogni caso andato tutto bene, ho fatto tutto da sola.

[E quando sei arrivata qui, tutti hanno cominciato a farti fare esami, prelievi del sangue, e ecografie... come ti sei trovata?] Quando sono arrivata qui, sono arrivata con la gravidanza, il mio bambino era di sette mesi, e prima non avevo fatto nessun esame in Angola, ma qua ho fatto tutto. I medici hanno detto "sei fortunata, perché anche se non hai fatto tutti gli esami il tuo bambino sta bene". Allora ho fatto gli esami del sangue, tutto. Anche l'ecografia...

[Non avevi mai fatto l'ecografia] No, una cosa nuova, è stato molto bello. I medici hanno detto proprio che era una cosa strana, mi chiedevano perché non avevo fatto esami, ma è diverso, anche le condizioni di vita sono diverse. Qua, se hai soldi o non hai soldi puoi sempre farlo, ma di là è troppo difficile.

[E come ti sei trovata con i medici, a fare gli esami?] Mi sono trovata bene bene, non ci sono stati problemi, anche se è un po' diverso.”

[Maria, Angola]

Come si può vedere in questo brano in Italia il fatto che durante la gravidanza debbano essere svolti esami e controlli medici è assolutamente dato per scontato. I medici a cui si è rivolta Maria non hanno nemmeno preso in considerazione la possibilità che possano esistere altri metodi (differenti da quelli utilizzati in Italia) per assicurarsi che la gravidanza stia procedendo bene. Si parla quindi degli esami durante la gravidanza come di un dovere di tutte le donne. Per Maria questo approccio non sembra aver costituito un problema, perché le è sembrato giusto e positivo per la salute del bambino il fatto di sottoporsi agli esami. Altre persone invece hanno sofferto maggiormente l'intrusione della medicina che a loro è sembrata togliere ogni naturalità e fisiologicità alla gravidanza e al parto:

“(Gli esami)Mi sembravano troppi, prima di tutto non sai nemmeno di cosa si tratta, perché loro ti guardano e vedono che tutto è normale, però non sai bene cosa stanno facendo. Poi il fatto è che io vengo da un paese in cui per abitudine non si fa neanche un esame, la gravidanza è una cosa naturale, questo mi sembrava troppo.”

[Emilia, Eritrea]

“[Non ci sono degli esami o delle visite considerati necessari o obbligatori?] No, non c'è una cosa che devi fare, devi fare dei controlli o non so, se è una che sta spesso male, oppure se sta particolarmente male in quel periodo o se ha malesseri particolari allora si va a controllare se no invece non ci va. Comunque nelle grandi città ci sono anche delle strutture tipo l'ospedale che ti può dire se è maschio o femmina, fare l'ecografia, anche se non è molto diffusa, però come cultura come tradizioni, non c'è questa cosa di fare i controlli ogni tre mesi gli esami del sangue per vedere se i valori sono alterati. (...)Infatti qui secondo me è troppo artificiale, la mia esperienza è che paura di tutto, per esempio la toxoplasmosi, per cui bisogna lavare bene la verdura...lavo, però non così, oppure i gatti, che non ti devi avvicinare...guarda non c'è, non c'è questa... non è male, non sto criticando, perché io sono sicura che se una società ha deciso una cosa, per te sarà sbagliato, ma una ragione c'è. E' meglio che ti dicono le cose come stanno però è meglio anche non esagerare, no? E gli esami, questi prelievi, questi...”

[Faduma, Somalia]

“Sicuramente più semplice. Da noi la gravidanza è un fatto naturale, è un fatto, che ne so, una cosa come bere un bicchiere d’acqua, non è come qua che la gravidanza viene vista una cosa grande, da seguire, da curare... da noi in Somalia non è così. In Somalia una persona rimane incinta, fa i suoi lavori, i mestieri, fa il lavoro pesante, nei campi, nella terra, fa tutti i lavori pesanti, senza stare lì a dire “no, il bambino” di qua, “no il bambino” di là, perché non esiste, continua a fare la sua vita, essendo, come fosse una cosa naturale. Rimanere incinta e partorire è semplice, non è come qua che, che c’è un contorno tutto in giro, questa è la cosa più diversa che ho visto. Io non sono rimasta incinta in Somalia, però le persone che vedevo tutte e nella mia gravidanza qui in Italia vedo che è diverso. Questa è la prima diversità che ho visto.”

[Edna, Somalia]

Nonostante questa diversità di vedute queste stesse persone hanno mostrato di apprezzare ugualmente, o forse anche più di altre, la possibilità di fare ecografie. Forse questo accade perché le ecografie sono percepite come qualcosa di diverso dagli esami e dai controlli medici, perché è un momento in cui la donna stessa si sente protagonista, insieme al suo bambino.

“Le ecografie che ho fatto erano due, mi sono accontentata, ma non ho sentito l’invasione, anche perché volevo sapere il sesso, avevo sentito in giro di questa cosa che c’era un computer che vedeva dentro. Ero contenta perché in Eritrea questa cosa non esiste.

[Perché ti è piaciuto farla?] Mi è piaciuto perché volevo sapere il sesso. E’ stato bello anche che mi abbiano fatto sentire il cuore che batteva ed è stata una scoperta. La possibilità di vedere il bambino dentro la pancia è davvero fantastica.”

[Emilia, Eritrea]

“Guarda per me l’ecografia è un bene enorme, mi dispiace per tutti i Somali, tutte le mamme somale, che stanno in Somalia non possano farla, perché è bellissimo, veramente, vedere il bambino e sentire il rumore del battito, del cuore del bambino che in Somalia non si sente, non si vede, non...”

[Sì, magari l’ecografia la fai solo se stai male...] La fai se stai male se no non la fai, anche perché poi sono anche, da un certo punto di vista, soldi buttati via per un’ecografia di cui magari

non c'è bisogno...li bisogna vedere anche economicamente come sta una persona, prima di dirle "vai a fare un'ecografia" se uno sta male...però è una cosa bellissima, una cosa che manca."

[Edna, Somalia]

Si capisce dunque, da questi brani, come l'aspetto medico della maternità vissuta in Italia non abbia costituito, se non per qualcuno, un ostacolo o una difficoltà. La gestione medica di questi eventi fa parte della normalità e anzi il passaggio dal sistema sanitario del paese di origine a quello italiano è stato per tutte positivo, proprio perché quest'ultimo è caratterizzato, come si è visto, sia dal libero accesso, sia da un recente tentativo di "umanizzazione" dei servizi⁴⁷.

In nessun caso è stato fatto un confronto o una comparazione tra la medicina ospedaliera e l'utilizzo delle cure tradizionali impiegate dai familiari nel paese di origine. Pare infatti, da questi racconti, che le due tipologie di cura convivano spesso senza mai incontrarsi: al momento del parto quasi tutte le donne intervistate si sono affidate esclusivamente alla bio-medicina e ai medici, all'interno di un ospedale; durante la gravidanza e il puerperio, invece, i medici sembrano non aver avuto un ruolo fondamentale. Questo è stato affidato, come si è visto nel precedente capitolo, alle donne della famiglia che, sulla base dell'esperienza e di credenze tramandate da generazioni, gestiscono la salute psico-fisica della mamma e del bambino.

Questa grande differenza si nota anche nella diversa propensione che le donne intervistate hanno avuto a raccontare ciò che si è svolto (in Italia e nei paesi di origine) in ambito familiare e ciò che si è svolto in ambito ospedaliero. Forse proprio a causa della lontananza della famiglia e delle persone più care, per tutte loro è stato molto più semplice narrare fatti e avvenimenti che avessero un legame con queste stesse persone piuttosto che fatti vissuti come prettamente fisici perché svoltisi all'interno dell'istituzione ospedaliera, a contatto con persone sconosciute.

Marina Sbisà (1992) in una ricerca da lei condotta riguardante la narrazione della propria maternità da parte di un campione di donne durante la gravidanza, subito dopo il parto e a qualche mese di distanza da esso, ha notato che spesso esse manifestavano la

⁴⁷ Si veda la nota 46.

tendenza a considerare prevalentemente gli aspetti socio-relazionali e affettivi della maternità, più di quelli riguardanti le funzioni corporee e gli aspetti biologici. Anche quando spinte a parlare di questi ultimi aspetti esse tralasciavano gli interventi di routine e tutti gli avvenimenti considerati normali, per considerare solamente fatti specifici e, per lo più, patologici. Probabilmente lo svolgimento del parto è considerato poco interessante perché conforme ad un unico modello, non individualizzato e non dipendente dalla propria volontà.

Le stesse considerazioni valgono per le interviste da me svolte: le uniche persone che si sono dilungate sul momento vero e proprio del parto sono state quelle che hanno avuto dei grossi problemi durante il travaglio, risolti per lo più tramite taglio cesareo. Dai loro racconti emerge la preoccupazione di capire e di specificare ogni passaggio della nascita dei bambini. Per le altre persone, invece, il momento del parto è quasi una parentesi, e pare essersi svolto al di fuori del loro controllo, senza che avessero possibilità decisionali in proposito. L'unica cosa importante è che i bambini siano nati in salute e in una situazione sicura e protetta.

I racconti allora si focalizzano sugli ambiti e i momenti in cui i protagonisti sono la donna stessa o le sue parenti più strette. Il fatto di evocare momenti vissuti con persone affettivamente importanti e, al momento dell'intervista, lontane, può certamente avere un effetto di distorsione rispetto allo svolgimento reale dei fatti. Ritengo tuttavia che le interviste da me condotte mostrino come parlare di maternità significhi, oltre che parlare di corpo e medicina, raccontare ruoli, situazioni e relazioni sociali.

5.3 GLI USI E LE PRATICHE

Le abitudini alimentari e le pratiche corporee utilizzate nei paesi di origine sembrano essere state abbandonate quasi completamente dalla maggior parte delle persone. Ognuna delle persone intervistate ha spiegato questa scelta adducendo motivazioni e interpretazioni differenti, che variano a seconda della situazione familiare e del contesto di origine.

Prima di tutto è bene considerare, rimettendo anche in discussione ciò che è stato esposto nel precedente capitolo, il forte potere distorsivo che il metodo stesso dell'intervista possiede. In risposta ad una domanda diretta, riguardo all'utilizzo di pratiche "tradizionali", è possibile che alcune persone non abbiano attinto dalla loro esperienza o da quella di parenti stretti ma abbiano riportato informazioni di cui avevano semplicemente sentito dire. Questi racconti potrebbero essere stati traslati su un piano personale per semplificazione o per immedesimazione, sebbene nella realtà non si sia trattato di esperienze dirette. In tal caso, necessariamente, non essendoci stato un ricorso personale a tali pratiche prima dell'emigrazione, non ci si può attendere che le stesse pratiche e gli stessi usi quotidiani siano adottati in un contesto estraneo.

Dalle interviste emergono tre principali motivazioni dell'abbandono di riti e pratiche corporee: la prima consiste nella lontananza dalle persone che, nel contesto di origine, promuovevano la loro messa in atto mantenendo vivo il legame con credenze di tipo religioso; un'altra motivazione è legata all'inserimento delle persone in nuovi circuiti relazionali, che spesso non permettono il mantenimento delle tradizioni; infine, la terza consiste nell'impossibilità di reperire gli ingredienti necessari, nella mancanza di tempo per la preparazione e, in alcuni casi, nella mancanza di spazi adatti.

Per ciò che riguarda il primo aspetto, il passaggio generazionale e, soprattutto, lo spostamento da un paese ad un altro, hanno fatto perdere a molti di questi usi (come le protezioni per la donna durante la gravidanza, una particolare dieta alimentare e cure corporee volte a migliorare il decorso della gravidanza) gran parte del loro significato. Spesso con la migrazione sono venute a mancare le persone che avevano il ruolo di guida, come la madre della donna, la suocera o altre persone; lentamente, di conseguenza, il loro utilizzo è andato attenuandosi e in molti casi è completamente scomparso.

Si è visto precedentemente quanto le abitudini legate all'alimentazione e alla cura del corpo siano spesso uno strumento tramite cui si esprimono e si ridefiniscono legami, relazioni e ruoli. Nel momento in cui ci si allontana dal contesto familiare essi perdono questa utilità e, di conseguenza, la loro importanza. Ciò che viene a mancare è l'esistenza del proprio contesto sociale di appartenenza e quindi un intero sistema di

credenze e interpretazioni del corso della vita individuale, sociale e naturale che determina un preciso ordine sociale.

Una frase di una delle donne che ho intervistato, Evelyne, esprime bene la sensazione di trovarsi in un contesto completamente diverso, in cui difficilmente determinate credenze possono persistere:

“Però questi spiriti non ci sono da voi, gli spiriti sono in Africa.”

[Evelyne, Rep. Dem. del Congo]

Allo stesso modo, inevitabilmente, le modalità con cui è vissuta la gravidanza sono differenti, e dunque ciò che è valido in un contesto non necessariamente lo è anche nell'altro:

“[Tu hai usato qualcosa per proteggerti durante la gravidanza come quelle che usava tua madre?] Non ho fatto niente, anche perché se dovevo proteggermi solo il fatto di stare così tanto tempo con altre donne che aspettavano bambini, altre mamme, durante i corsi di preparazione al parto, mi avrebbe fatto malissimo.

[Perché sono le altre donne incinte che possono farti male?] E' che portano anche loro le protezioni e se tu in quel momento non sei protetta, il bambino può stare male, perché le altre donne possono darti qualche ombra e quell'ombra può fare male al bambino. Quindi se dovevo proteggermi avevo bisogno di tantissime protezioni e qui non è possibile.”

[Emilia, Eritrea]

“[Tu queste cose le hai mantenute, quando hai avuto la bambina qua in Italia?] Un po' sì, però non così regolarmente, perché qui prima di tutto non c'erano le possibilità, e poi non c'erano le persone, perché la gente qui non ha tempo.”

[Absatou, Senegal]

In altri casi il problema nasce dalla mancanza della persona che in famiglia si occupava di preparare e praticare determinate cure:

“[Dei rimedi e delle cure che ti dava tua nonna ne hai tenuta qualcuna qui, per esempio l'utilizzo delle erbe...] No, qui niente, qui non c'è mia nonna, qui mangio solo le cose normali. Anche la bevanda di mais volevo farla, ma è un lavoro un po' troppo faticoso. Anche trovare il mais così...”

[Emilia, Angola]

La lontananza dal contesto familiare permette anche di abbandonare alcuni usi particolarmente dolorosi per la neomadre. Non essendoci più la pressione esterna ad un determinato comportamento quando esso è considerato eccessivamente doloroso o pericoloso è abbandonato.

“Allora, l'acqua calda ho continuata a berla, però per due mesi, e non per tre, visto che non c'era nessuno che mi controllava, lì c'era la mamma che mi controllava, ma qui non... tutte le cose sono cose che fanno male, per esempio anche la panciera, come un cordone lungo che serve per tenere stretto, voi mettete la panciera, invece noi non lo usiamo, usiamo questo cordone da stringere stretto stretto dalla mattina fino alla sera, mamma che male, e qualche volta ti vengono le ferite anche qui, stretto, con il caldo, c'è da morire... invece qui me ne stavo bella tranquilla, andavo a fare i miei esami...”

[Ortensia, Rep. del Congo]

Tale analisi non potrebbe essere estesa a tutte le testimonianze raccolte; in alcuni casi sembra sia accaduto esattamente il contrario. L'utilizzo di alcune pratiche, per esempio di strumenti di protezione o anche semplicemente di un particolare alimento o metodo di massaggio, è stato conservato non tanto per la fiducia in una sua effettiva utilità quanto per il suo significato simbolico, per il fatto che richiama ad un'appartenenza culturale e, soprattutto, affettiva.

E' noto che in Italia esistano confraternite religiose senegalesi. I capi religiosi e i marabutti raccolgono intorno a sé i fedeli e mantengono vive le pratiche religiose, tra cui l'uso dei gris-gris e di altri tipi di protezioni (Schmidt di Friedberg, 1994). Tuttavia, le donne senegalesi da me intervistate hanno utilizzato preferibilmente amuleti inviati loro dalla madre; in questo modo, al valore religioso si sommava il valore affettivo.

“Mia mamma mi ha mandato qualcosa, perché prima di venire qua dalla Francia sono tornata in Senegal ancora con la bambina nella pancia e così ho preso qualche cosa che serviva per proteggerci. Poi qualcos'altro l'ha mandato mia mamma.

[Non ci sono marabutti qui in Italia?] Sì qualcuno c'è. Ma tra le persone che conosco, i senegalesi che vivono in Europa fanno queste cose, quando sono incinta la loro mamma manda delle cose che possa proteggere, così non stanno male e non hanno la malattia tutti giorni. Perché anche qualcuno della tua famiglia che non ti vuole bene può andare a fare di questa sorta di stregoneria e queste cose ti proteggono.”

[Maritou, Senegal]

“Sì un po' di cose me le ha mandate mia mamma. E poi anche qui abbiamo dei marabutti. E poi mi hanno dato, quando nasce il bambino noi abbiamo delle cose tipo così, tipo queste, vedi?(mostra amuleti e collane) Questa si mette sopra alla testa del bambino insieme a un legno, quello che si usa per pulire per terra, con un coltello, lo legghi insieme con un filo e lo metti sopra alla testa del bambino.

[Cosa viene scritto dentro?] Sì, dei versi del Corano.

[Ma quindi anche qui una persona può andare da un marabutto e farsi dare dei gris-gris?] Sì ci sono anche qua, sono pochi ma ci sono. Quindi uno volendo può continuare...Questo per esempio me l'ha dato mia mamma e io lo metto qui, tanto non è che può fare male...io conservo tutte le cose che mi ha dato.”

[Absatou, Senegal]

Differente è il discorso per ciò che riguarda i mesi successivi alla nascita del bambino: generalmente la cura del bambino viene svolta mantenendo gli schemi e i modi di agire appresi nel contesto di origine. Probabilmente con l'arrivo di un nuovo membro della famiglia si sente maggiormente la necessità di evidenziare e trasmettere, fin dai primi gesti di cura, un'appartenenza che rischia di andare perduta (Favaro, 2002). Non si è trattato per tutte di una cosa semplice da realizzare: sono state avvantaggiate le persone che potevano contare anche qui sulla presenza della propria madre o di un'altra parente con maggiore esperienza.

"Li abbiamo fatti, glieli ha fatti mia mamma. Prendi il burro di *karité* e gli fai i massaggi a tutte le articolazioni, tutto il corpo devi massaggiare. Lui piange però così almeno...Perché se tu non gli fai i massaggi dopo crescendo lui corre un pochino e cade se non li hai fatti si fa male perché le ossa non sono ancora forti. Con i massaggi invece si rinforza tutto, anche perché gli fai fare tutti i movimenti, gli giri le braccia e diventa molto snodabile. Arrivi a fare tutti i movimenti. Poi oltre alle braccia gli massaggi tutta la faccia, il naso se è un pochino piatto glielo massaggi, le dita. Per cinque mesi, tutti i giorni. Là te lo fanno le nonne e qui ugualmente a lui li ha fatti mia mamma."

[Marie, Senegal]

Anche alcune donne che già avevano avuto figli prima di venire in Italia hanno ammesso di essersi trovate in difficoltà proprio perché i loro bambini erano stati curati e accuditi dalle loro madri o dalle loro suocere. Non è stato facile, dunque, ripetere gesti e modi di cura solamente osservati.

Inevitabilmente queste abitudini si trasformano, soprattutto venendo a contatto con i differenti modi di cura consigliati dai pediatri e dai neonatologi italiani. Alcune abitudini sembrano persistere proprio come reazione a tali indicazioni: un esempio è l'insofferenza che molte donne hanno mostrato verso l'estrema regolazione degli orari dei pasti e del sonno del neonato suggeriti come giusto metodo di puericoltura, a cui esse non hanno voluto adeguarsi. A parte questo particolare caso quasi tutte le persone intervistate sono riuscite a trovare un compromesso e una mediazione tra le abitudini di cura che erano state trasmesse loro dalla famiglia e le indicazioni e i consigli dei medici, riuscendo così a mantenere, magari modificandole, determinate usanze e, allo stesso tempo, a rapportarsi con i medici e i servizi italiani.

"Io avevo già esperienza, si però mia esperienza non ero io, perché tutte le cose col mio bimbo le ha fatte mia mamma, mia nonna, però io lo vedevo tutte le cose che facevano loro, quindi con la bambina ho dovuto usare un po' mia esperienza che ho avuto in Nigeria e mi sono basata su quello e quindi quando loro mi dicevano "non dargli questo o quello", non è che seguo

100%, lo seguo un po' e poi mi metto in mia fantasia, cioè dire, però direi che crescono bene, perché sono tutto il mondo, Africani e Italiani, quindi io li fa 50 e 50.”

[Stella, Nigeria]

“Sì forse qualcosa, magari sulle cose che dovevo dare al bambino, loro dicevano di dare il latte solo fino a sei mesi ma io gli ho detto no sei mesi è troppo poco non va bene! Oppure che dovevo dare il latte sempre alle stesse ore, no, io quando lui voleva glielo davo come facevo per sua sorella, uguale...”

[Marem, Nigeria]

“[Hai trovato delle differenze, quando hai avuto la bambina, tra quello a cui eri abituata e quello che dicevano i medici?] No, devo dire di no, perché non è mai stato troppo problematico, forse sono io tranquilla, non so, ma io non ho trovato nessuna contraddizione tra noi e loro. Anzi io volevo prendere tutto qua, perché volevo fare un misto, prendere un po' delle mie cose e un po' delle vostre, perché per esempio qui l'igiene è una cosa che mi piace, perché c'è l'igiene quella vera...”

[Absatou, Senegal]

“(...) per esempio il medico dice che i bambini devono mangiare a delle ore precise, mentre noi siamo abituati che quando il bambino piange gli dai da mangiare, mentre qui anche se il bambino piange deve aspettare. Ma io ho fatto quello che diceva mia mamma che la sentivo per telefono e lei mi diceva se piange devi dare da mangiare, non puoi farlo aspettare.”

[Maria, Angola]

“(...) ci dicevano soltanto, qua, di non mangiare piccante però le nostre mamme hanno sempre mangiato piccante e sono sempre state bene. Io dico forse gli italiani non sono tanto abituati a mangiare piccante, noi mangiavamo piccante quand'eravamo già nella pancia della mamma e abbiamo continuato a mangiare piccante. Perché se no dovresti convincere tutte le donne dell'Eritrea non mangiare più piccante.

[Hai trovato altre cose che hanno detto i medici su cui tu non eri d'accordo?] Sì, il mio bambino lo allattavo a richiesta e non guardando le ore.”

[Emilia, Eritrea]

“E poi qua io ho visto che ti dicono che devi aspettare tre ore prima di dargli il latte, io non l’ho fatto. Glielo davo quando lo voleva, non aspettavo. Anche il medico diceva quando mangia, dopo anche se piange non gli devi dare niente, invece io glielo davo ogni volta che aveva fame. Ho sempre fatto così.”

[Marie, Senegal]

“Metà e metà. Alcune cose dalla mia mamma, altre cose, ad esempio quello dell’allattamento, loro mi hanno detto: “ogni quattro ore...” sai che ti lasciano “ogni quattro ore faccia questo, pesarla ogni giorno.” E mia mamma: “vuoi un consiglio? ogni volta che piange vai e attaccalo, e basta e poi, più attacchi - diceva mia mamma - più il latte aumenta.”

[Quindi ogni volta che lui ne faceva richiesta?] Aumenta il flusso di latte, la montata latte, perché le ghiandole si formano e poi anche quando vai in giro, quando viene il suo orario di mangiare, senti che si gonfia qua, solo la ultima mia, poverina è l'unica che ho smesso di allattare a otto mesi, perché venivo a lavorare, e quindi anche io prendevo il tiralatte, andavo in bagno e tiravo, perché se no fa troppo male.

Quindi le scelte le ho tutte fatte metà e metà, ma anche l'educazione adesso è così.”

[Faduma, Somalia]

La differenza sostanziale tra i due modelli di comportamento nell’allattamento illustra due diversi modelli di riferimento nella puericoltura definiti ad “alto e basso contatto” (Balsamo E., 2002). Il modello ad “alto contatto” è quello che ha caratterizzato la maggior parte della storia dell’uomo e ancora oggi caratterizza buona parte delle società umane. Esso è caratterizzato da uno stretto ed intenso rapporto fisico tra mamma e bambino che inizia dalla nascita e prosegue per i primi anni di vita. Tale rapporto fisico comprende l’uso di limitare il più possibile i momenti in cui il bambino sta lontano dalla madre, l’allattamento a richiesta e per periodi prolungati, la condivisione del letto con la madre o con entrambi i genitori per un lungo periodo.

Il modello a “basso contatto” invece, invenzione delle società industrializzate, è basato su una relazione mamma-bambino fondata prevalentemente sullo sguardo e sulla espressione verbale. Comprende dunque l’educazione all’indipendenza del bambino già

nei primi mesi di vita e dunque la creazione di spazi appositi dove possa restare da solo (box, seggioloni...), un allattamento più breve e molto regolato, la separazione del bambino dalla madre durante la notte.

“Ogni modello di puericultura è appropriato al contesto in cui è inserito ed è finalizzato all’obiettivo che si propone di raggiungere nell’educazione della prole.” (Balsamo E., 2002, p. 99)

In una situazione di migrazione il mantenimento di questi comportamenti o, al limite, la mediazione tra essi e i modelli del contesto di arrivo, concorre a preservare una determinata idea della persona e della relazione che si teme vada perduta.

5.4 RUOLI E RETICOLI SOCIALI

Dalle interviste si nota che, nella maggior parte dei casi, laddove le pratiche permangono anche in Italia, esse si trasformano, a volte in maniera notevole, per adattarsi al nuovo contesto. Ciò che sembra modificarsi maggiormente sono soprattutto i ruoli delle persone, proprio perché, come si è detto, i compiti normalmente affidati a persone rimaste al paese d’origine devono essere svolti da altri.

La persona che, più di tutte, sembra modificare il proprio ruolo è il marito della donna che, da un quasi completo disinteresse verso l’andamento della gravidanza e del parto, in Italia si sostituisce prontamente alle donne della famiglia per stare accanto alla moglie e assisterla nei suoi bisogni.

“E in sala operatoria c’era sempre lui era sempre lì accanto ma non è una cosa... cioè è diverso, ma qua devi, sei costretti a prendere un ruolo diverso. Vedi, anche portare a vaccinare la bimba, quando io non posso che lui può ci alterniamo e è così, invece là no, il ruolo del maschio è totalmente quello di andare a lavorare, portare i soldi, ed essere trattato come...non è neanche concesso che lui venga in cucina a cucinare, non c’è l’elasticità così.”

[Faduma, Somalia]

Un'altra situazione che provoca modificazioni enormi nel comportamento abituale è il caso particolare del matrimonio con un uomo italiano. Tra le donne intervistate tre sono sposate con uomini italiani e questo, in certe situazioni, può far nascere problemi e, allo stesso tempo, mettere in discussione in modo radicale determinati assunti culturali:

“Io quando dovevo partorire la bambina, questa qui, che dovevamo andare in ospedale, che io comincia a sentire le doglie, mio marito è andato a prendere la borsa “dove vai con la borsa? Ah no no no no, io non vado!” Mi fa “che stai dicendo ?” Ho detto “Meh, io non voglio che tutti mi vedano!”

[Non volevi che qualcuno ti vedesse andare all'ospedale?] No, alla fine , ti giuro “se vieni con me non vado.”

[Quindi alla fine sei andata da sola?] No, no, siamo andati insieme, senza la borsa, ti giuro. Mi fa “oh, Stella!” ho detto “no! Da noi porta sfiga, no puoi venire con la borsa, così tutti mi vedono, va a partorire, no, no, lascia la borsa”, perché in Africa così facciamo, quando la donna va, ti dicono prepara tutti, prima la mamma va in ospedale, dopo i parenti portano tutto quello che occorre eh, non è che lei va con tutto. Quindi quando dovevo andare gli ho detto “no, non porta la borsa”, abbiamo litigato mezz’ora, perché “io non vado, io non mi interessa, io partorisco qua, non vieni con me con la borsa”, mi fa “cosa c’è? Cioè chi se ne frega, non ti conoscono”, “mi hanno visto con la pancia, adesso se tu vieni con me con la borsa, se qualcosa va male, cosa mi...” no io mi sono rifiutata, mezz’ora eravamo lì, alla fine che lui “ok, la lasciamo, andiamo”. Poi siamo andati al San Carlo, dopodiché, mezz’ora lui è tornato a casa ha preso la borsa, è una cosa psicologicamente, è un’abitudine, è una cultura che credono in queste cose, perché speriamo che le cose va bene, però se va male dicono che io ho litigato, diciamo con la signora A. e mi ha fatto il malocchio, mi ha fatto per il bimbo, o perché ha saputo che io devo andare a partorire e mi ha fatto malocchio, quindi questa cosa che qua non esiste quindi è una società che vive ancora in un mondo suo. Al momento, per sicurezza non devi andare, però dopo che arriva bimbo è una gran gioia.”

[Stella, Nigeria]

Un evento importante che resta pur modificandosi è il momento di festeggiamento per la nascita del bambino. Non si tratta più di presentare il bambino alle famiglie, perché, nella maggior parte dei casi, le famiglie non si trovano in Italia al momento del parto.

La festa viene fatta con altre persone, per lo più gli amici, soprattutto connazionali, o i membri della comunità religiosa, cioè gli appartenenti al reticolo sociale di inserimento⁴⁸, che diventano in tale modo la comunità che accoglie il bambino. La festa, inoltre, assume una forma diversa, spesso a causa dell'eliminazione di alcuni momenti che, al di fuori del contesto di origine, perdono significato. Essa si deve inoltre adattare a nuovi spazi, non essendo sempre possibile l'utilizzo di spazi aperti, che in tutti i paesi africani sono più liberamente accessibili che a Milano. La costrizione in spazi privati, e spesso molto piccoli, determina necessariamente la nuova forma assunta da queste celebrazioni, dalle quali è, per esempio, eliminata la macellazione di un animale o la libera partecipazione di tutti i membri del villaggio o quartiere (Breviglieri, Cologna, 1999).

“[E tua sorella qui ha fatto una festa?] Sì abbiamo fatto questo.

[E chi è che ha partecipato?] Tutti i nostri amici, anche c'è loro amici che sono italiani e sono venuti, anche noi e i Togolesi che ci sono, sono andati lì. Beh non è come l'Africa, abbiamo fatto non proprio uguale ma simile.”

[Dedé, Togo]

“Sì sì una festa, beh, non così come era là, perché l'ho fatto qui a casa, anche se c'era poca gente. Per il battesimo è venuto un marabutto, perché io ho anche dei parenti che sono marabutti. Mio cugino che vive qui.

[Quindi sei riuscita a fare tutto qui?] Sì, io ho fatto tutto nel piccolo. Io cerco sempre di riportare, io ci provo.”

[Absatou, Senegal]

“No no, per loro non ho fatto la festa, invece cosa gli ho fatto, dopo il parto, dopo 40 giorni li ho portati in chiesa, perché da noi dopo 40 giorni, prima si fa a otto giorni, prima festa, si porta il bimbo in chiesa, prima festa, e poi la seconda dopo 40 giorni io li presento in chiesa a fare una gran festa, a far la preghiera, hai capito? E quindi quella cosa si usa molto anche da noi.

⁴⁸ Si veda cap. 2 § 3.

[Ma tu qui alla chiesa hai anche tutto un gruppo di amici, di persone..] Sì, sì in chiesa ci sono tanti gruppi di amici, io posso invitare chiunque, anche se non fa parte di mia chiesa. Io ho amici cattolici, io li invito e anche loro quando hanno qualcosa alla loro chiesa mi invitano e io vado, non facciamo la distinzione. Sai che in Nigeria, non solo mia cultura, viviamo tutti, ad esempio voi siete tutti, sì più o meno come qua, che ci sono napoletani, ci sono friulani, ci sono quelli che vengono da..., anche lì ci sono differenze di cultura e usanze, però quando c'è bimbo, che è appena nato bimbo, sono tutti presenti, e la gioia è comune, indifferente di tua credenza, a meno che non sei musulmano, i musulmani sono al nord del paese. Anche i musulmani, quando c'è festa così, loro presenziano lo stesso, anche da noi, loro ci invitano a loro festa e noi presenziamo lo stesso, perché questo non cambia mia opinione, io non posso diventare musulmana per quello e lei non può diventare cristiana per quello.

[Però si partecipa...] Sì si partecipa della gioia che è arrivato un nuovo membro della famiglia, perché lì è una società che crede molto nella famiglia.”

[Stella, Nigeria]

Emerge dalle interviste una distinzione forte tra le persone che hanno mantenuto questo genere di celebrazioni collettive e quelle che, al contrario, le hanno abbandonate. Laddove vi è inserimento in un gruppo di riferimento (appartenenza religiosa, gruppo di connazionali, ecc) le cerimonie e le feste collettive persistono anche a Milano.

Il momento della festa o della cerimonia è un momento in cui, come notava Tognetti Bordogna (1991b), da una parte si ricreano situazioni e gesti che richiamano alla memoria il paese di origine, dall'altra si rafforzano i legami e le relazioni all'interno del nuovo gruppo (o reticolo), così da sostenere il singolo o la famiglia in un momento in cui la lontananza dal paese di origine si sente maggiormente.

Come emerge dai brani precedentemente citati il reticolo di inserimento non è necessariamente costituito esclusivamente da connazionali, anche se essi restano comunque una presenza importante perché permettono la costruzione di spazi e contesti di mediazione e dunque di costruzione di nuove forme culturali che non presuppongono un radicale abbandono delle precedenti.

Dove tali reticoli (che possono essere costituiti anche da poche persone, parenti e amici) vengono a mancare, quando, cioè, una donna è sola, queste forme celebrative si

perdono, rendendo ancora più grave e difficile da gestire la condizione di isolamento e solitudine della donna. Priva delle situazioni sociali che sarebbe stata in grado di gestire, la donna si sente inadatta alla vita nella società italiana.

“[E tu hai fatto qualcosa per festeggiarlo quando è nato lui?] No, qui non ho fatto niente. Nel mio paese avrei fatto la festa. Normalmente il bambino esce dopo otto giorni, prima non può uscire, e all’ottavo giorno si fa una festa. E poi là la mamma non fa niente, almeno per un mese deve solo riposare, mentre qui sono io che faccio tutto. E’ molto faticoso.”

[Scherita, Togo]

In questi casi, spesso, è la famiglia, al paese, che supplisce alla mancanza di una comunità di appoggio in Italia, festeggiando la nascita del bambino come se fosse avvenuta là. Il bambino è in questo modo introdotto simbolicamente all'interno della comunità familiare, anche se nessuno dei suoi parenti più stretti lo ha mai visto.

“[Tu per lei è fatto una festa qui in Italia?] Sì però piccola io, mio marito, suo cugino che era venuto per dare il nome alla bambina. Però la festa vera era nel mio paese, hanno fatto una grande festa di là, perché era nata un'altra bambina nella famiglia. Poi quando loro hanno dato il nome di là, hanno avvisato mio marito e così suo cugino gli ha dato lo stesso nome.

[Quindi lì è successo tutto come se voi foste stati là con loro?] Sì sì, uguale. E noi abbiamo fatto anche una piccola festa, siamo andati al ristorante per festeggiare.”

[Maritou, Senegal]

“[Ma è stata festeggiata questa bambina?] Sì, eccome abbiamo organizzato un pranzo, una festa, proprio per festeggiarla, insomma ecco una festa come da voi, è tipo un battesimo, non so se il battesimo è dare il nome del bambino perché da noi quando dai il nome al bambino festeggiamo, e quindi noi abbiamo festeggiato qui e in Somalia hanno festeggiato, la mia famiglia e quella di mio marito che stanno in due parti diverse del paese.”

[Edna, Somalia]

“[E quando hai detto che era nato ai tuoi parenti in Eritrea, loro hanno festeggiato?] Sì, hanno festeggiato più di qua. Hanno preparato da mangiare, le bevande in porzioni proprio esagerate,

hanno chiamato tutti i vicini, hanno fatto proprio come se io fossi stata giù. Anche se non ero presente si ricordano che quando ha partorito l'Emilia in Italia hanno fatto proprio una grande festa. Quando sono andata mi hanno detto "guarda che i tuoi genitori hanno preparato tutto, hanno chiamato tutte le donne per festeggiare il tuo bambino". Per la verità io volevo andare lì a partorire, però tutti mi hanno detto "ma è più sicuro fare bambini in Italia, perché vieni qui dove non ci sono le cure mediche?" Poi per fortuna ho trovato anche tante altre donne dell'Eritrea che facevano il corso pre-parto con me."

[Emilia, Eritrea]

Un elemento discriminante nel giudizio positivo o negativo che le donne hanno dato della loro esperienza di maternità è costituito dalla presenza o meno di altre donne della famiglia (la madre, una sorella, una zia) nella stessa città. Si tratta di una presenza che rende meno radicale il distacco e più fluido il passaggio a nuove forme di comportamento. Il fatto di fare scelte diverse da quelle che potrebbero essere normali nel paese di origine è stato vissuto da molte persone come un tradimento verso la madre lontana. La possibilità invece di averla accanto rende queste scelte meno drastiche perché permette un confronto continuo e reale. Così l'appropriazione di nuovi modi di agire avviene quasi collettivamente, senza traumi.

"Però qui i corsi di preparazione per il parto, lo psicologo con cui devi parlare, la cultura che devi parlare con il bambino...erano delle cose fantastiche per me. Arrivare lì e sentirmi dire tutte queste cose nuove... (risata) mi veniva da ridere anche perché come cultura da noi non esiste io tornavo a casa e raccontavo quello che facevo al corso e mia mamma e mia zia mi prendevano in giro "ma va', si fa sempre i figli e non esiste tutta questa cavolata qua, (risata) siamo sempre stati capaci di farli!" Questa è la cosa più diversa che c'è qui perché uno deve abituarsi a prendere la cosa in un'altra maniera. (...)

[Ma durante la gravidanza, il medico dà tanti consigli, magari dall'altra parte tua mamma o tua zia ne davano altri qualche volta discordanti...] E io la mia risposta era quando qualcuno mi diceva qualcosa tornavo a casa e "allora al corso pre-parto mi hanno detto - che ne so - di rilassarmi, fare ginnastica, trasmettere al bambino... mia mamma e mia zia mi dicevano "tu sei fuori di testa", in Somalia non esiste queste cose qua. E allora io gli dicevo "mi dispiace se voi

avete avuto dei figli trent'anni, quarant'anni fa sotto un albero, io vivo in Italia dove c'è la tecnologia" (risata) cioè ci prendevamo un po' in giro, era un fatto bellissimo, io andavo lì, tornavo a casa e raccontavo tutto e loro mi dicevano "ma no, ma da quando in qua si è fatta una cosa del genere? Ma da quando in qua si rilassa che il bambino sente? Ma da quando in qua...?", e dico "ma voi siete rimaste nel 1800, la tecnologia è avanzata, (ridendo) viviamo in Europa, non in Africa". Sì è stato bello in gravidanza, perché c'era questa cosa qua, che io ogni cosa che facevo fuori tornavo a casa e la raccontavo, e allora loro mi dicevano "bah bah bah".

[Sì, che magari è più facile di una che magari la mamma è in Somalia e...] Sì, ma se io chiamo in Somalia e dico che vado a un corso per parlare con il mio bambino, mi dicono "è impazzita" sicuramente, ma non esiste che parli con il bambino, ma da quando in qua si è visto. Però sono cose che fanno tutti qua adesso e è una scienza che per noi tante cose sono nuove però non entrano nella nostra cultura."

[Edna, Somalia]

Altre persone, invece, sono riuscite a creare delle situazioni di confronto e di reciproca assistenza con altre donne, per lo più provenienti dallo stesso luogo di origine o comunque con alle spalle un'esperienza migratoria. Questo è stato di grande aiuto sia ad un livello pratico, quello della cura dei bambini, sia ad un livello simbolico: ha permesso loro di sentirsi attorniate da persone che sono in grado di ricostruire un contesto e una tipologia di relazione conosciute. Questo è proprio ciò che i teorici delle migrazioni chiamano "rete di supporto femminile"⁴⁹, un insieme di relazioni che dovrebbe sostituire la rete familiare fornendo mutuo aiuto e reciproca assistenza. Alcune persone intervistate hanno raccontato di essere state assistite durante la gravidanza e dopo il parto da un'amica o da una vicina di casa, sia con aiuti pratici sia con consigli di vario genere. Tuttavia questo tipo di assistenza e di legami non possono sostituirsi davvero a quelli familiari. Ciò che manca non sono semplicemente delle altre donne intorno a sé, ma le persone affettivamente più importanti.

"Ecco, sì, ti mancano i tuoi, non sai, è brutta la solitudine veramente. Anche perché le persone con cui ci si confida per queste cose normalmente sono i tuoi, o delle amiche, per

⁴⁹ Si veda cap. 2 § 3.

esempio io sono stata fortunata perché in quel periodo eravamo quasi quattro o cinque amiche e tutte e quattro un mese dopo l'altro abbiamo fatto i bambini. Però eravamo sempre insieme “e tu cosa fai col bambino?” “e tu?””

[Faduma, Somalia]

“[Durante la gravidanza qui avevi qualcuno che ti aiutava?] Sì mio marito e poi avevo un'amica delle Seychelles, una mia cara amica, che mi veniva ad aiutare, fare pulizia, andiamo insieme a fare la spesa. Sempre, finché ho partorito, poi è venuta un'altra amica da Parigi e mi ha aiutato e quindi ho fatto una bella gravidanza.”

[Ortensia, Rep. del Congo]

“Guarda io mi reputavo molto fortunata perché qui c'era la mia migliore amica e mi è servito tanto ed è venuta a casa mia a stare con me. Quindi io ero già molto fortunata perché non ero sola, però io nonostante tutto mi sentivo sola. Sì perché giù c'è proprio un altro ambiente, sei coccolata, e poi un sacco di persone stanno con te, tutti sono intorno a te.”

[Absatou, Senegal]

“Per il mangiare invece ci sono delle cose per esempio, non lo so, in italiano non lo so, delle cose che si dice facciano molto bene. È una crema fatta con un'erba che si batte tanto e poi lo si beve. A me per esempio l'ha portato una signora che abita qui vicino a me quando aspettavo il bambino. Perché io qui non l'avevo, allora un'altra signora dell'Eritrea me l'ha portato. Questo per il primo bambino, per il secondo me l'ha mandato mia mamma dall'Eritrea.”

[Emilia, Eritrea]

“Per l'alimentazione invece avevo un'amica, una vicina sempre, un po' più anziana, che mi dava certi consigli, di non mangiare, per esempio il salame, perché è troppo grasso poi mi sento male...però ah brutto brutto, perché dovevo fare tutto io, anche quando stavo male, anche quando ero veramente fuori, dovevo farlo per forza. E questo mi ha fatto stare malissimo e pensavo al Congo e dicevo, no ma cosa faccio qua io me ne vado. E sono ancora qui.”

[Sidone, Rep. del Congo]

La solitudine è un elemento comune a tutti i racconti; anche se in certi casi essa è alleviata dalla presenza di qualche amica o conoscente, da quella del marito o di altre persone, essa rimane la causa maggiore di rimpianto del proprio paese. Sembra infatti che per quanto una persona possa ricrearsi in Italia, come effettivamente per alcune persone è avvenuto, una rete di relazioni molto estesa, essa non potrà mai sopperire a quella lasciata nel paese di origine.

Come si è visto nel secondo capitolo la società italiana, e dunque tutte le relazioni sociali che si sviluppano al suo interno, è regolata secondo tempi, spazi e modalità di relazionarsi differenti dalle società di provenienza delle donne intervistate. Si tratta di una regolazione che influisce forzatamente anche sulle relazioni che si vengono a creare tra persone provenienti dallo stesso paese: i ritmi di lavoro, le modalità abitative, il diverso utilizzo degli spazi urbani provocano la necessità di riadattare i propri modelli relazionali al nuovo contesto (Breviglieri, Cologna, 1999).

Nel corso delle interviste ho riscontrato quanto notava Zehraoui (1994)⁵⁰ riguardo alla forma che la famiglia immigrata è costretta a prendere, per ragioni legislative, nel paese di immigrazione europeo. Per la maggior parte di queste donne avere con sé in Italia il marito e i propri figli non significa affatto avere intorno a sé la propria famiglia, perché per loro la famiglia nucleare non rappresenta l'istituzione familiare. La mancanza di quella che possiamo chiamare la “vera famiglia” per le donne immigrate comporta una redistribuzione dei ruoli e dei tempi di vita che non è immediata e che, soprattutto in momenti delicati per l'equilibrio psico-fisico dei suoi membri, avviene raramente senza sofferenza.

Oltre alla mancanza affettiva viene così a mancare, nel periodo della gravidanza e durante la prima infanzia del bambino, l'appoggio pratico nella cura e nella gestione della casa. Nel momento in cui le abitazioni sono separate per famiglie mononucleari e gli uomini lavorano fuori casa, le donne si sentono sole e abbandonate a loro stesse.

“Invece per le donne in gravidanza qua vedo tanta paura, perché si sentono sole, non hanno la nonna o la mamma vicino che gli da i consigli, si chiedono se si comportano bene con i bambini

⁵⁰ Si veda cap. 2 § 1.

che portano, si fanno tante tante domande, e, quando io ero al consultorio, quasi tutte le donne che venivano al consultorio avevano l'intenzione di tornare a casa per partorire, e stare un po' là. Avevano tutte questo desiderio qua, che magari non andavano però durante la gravidanza c'era questa idea.”

[Therese, Costa d'Avorio]

“(..) invece qua ho sofferto e sto ancora soffrendo, sì coi bambini perché qua non c'è aiuto, invece lì in Nigeria c'è sempre aiuto, c'è sempre amici, parenti, ad esempio di notte, marito dorme cosa le interessa, loro dormono, c'è sempre la mamma, la suocera che fa tutto.”

[Stella, Nigeria]

5.5 IL RAPPORTO CON I SERVIZI

I servizi materno-infantili milanesi sono stati, in generale, valutati molto positivamente dalle donne intervistate. Le gravidanze sono state seguite nei consultori familiari e negli ospedali più prossimi ai luoghi di domicilio. Solo due persone si sono rivolte a servizi creati espressamente per fornire assistenza sanitaria a persone straniere. Queste strutture (Naga e Centro di salute e ascolto dell'ospedale San Carlo) le hanno poi indirizzate ai consultori e agli ospedali, dove hanno concluso il loro iter con il parto.

Nessuna ha mostrato di avere avuto problemi ad orientarsi all'interno del sistema sanitario italiano e, anzi, quasi tutte sono state soddisfatte dell'assistenza che è stata loro fornita. Si consideri, infatti, che grazie all'assistenza medica ricevuta in Italia le donne intervistate hanno spesso trovato una modalità di vivere il rapporto con la medicina molto più umano e di valorizzazione della persona che non nei loro paesi di origine. Un particolare, che è stato sottolineato da molte, è la possibilità di avere una persona accanto durante il travaglio, possibilità che non viene contemplata in nessuno dei paesi di provenienza.

“[Nel momento del parto c'è qualcosa di diverso tra qui e lì, come funziona?] Sì, ci sono delle differenze, ad esempio qui il marito va dentro, e tutte le infermiere qui sono gentili e sono pazienti, cercano di farti stare bene e di fare nascere il bambino nel modo più adatto, quindi mi

piace il parto qui. Se potessi combaciare il momento del parto qui e la gravidanza e dopo il parto lì sarebbe perfetto, ma non si può avere tutto. Giù invece, anche se vai nei grandi ospedali, la gente non è così attenta, se tu sei brava sono gentili, ma se tu fai i capricci cominciano...Quindi l'igiene, la gentilezza, le macchine qui sono migliori. E qui sei più tranquilla.”

[Absatou, Senegal]

“[Dove sei seguita qui a Milano per la gravidanza?] Gli esami li faccio qui all'ospedale a fianco, tutti gli esami, poi per le ecografie vado al Buzzi e per le visite ginecologiche al consultorio.

[E come ti trovi?] Con la ginecologa bene, lei è tranquilla, è brava, poi anche per il resto non ci sono problemi.

[Il problema della lingua?] Non ho avuto problemi perché i primi tempi mi accompagnavano le persone qui della comunità (di accoglienza). Poi magari c'è qualche problema però loro fanno tutto il possibile per riuscire a capire quello che vuoi dire. Quindi poi me la sono cavata da sola.”

[Mariuna, Togo]

“[Per quanto riguarda invece proprio il momento del parto, hai trovato delle differenze tra l'Angola e l'Italia oppure più o meno tutto si è svolto ugualmente?] Mi sono trovata bene bene, non ci sono stati problemi, anche se è un po' diverso. Si è diverso, perché quando è nata la mia prima bambina in ospedale quando urlavo troppo le infermiere sono cattive, ti sgridano, ti picchiano. E poi c'è una differenza perché quando è nato Emanuel mi hanno fatto un taglio, perché era un po' grande... Ecco, una differenza è nel taglio che mi hanno fatto in Angola e qui. Qui è stata molto facile, in poco tempo, in due settimane, un mese è passato tutto, mentre di là devi fare molta attenzione, perché poi quel filo per troppo tempo se rimane lì fa infezione. Questo fa molto male.

[Ma in Angola può entrare qualcuno in sala parto con te oppure no?] No, devi entrare da sola con le infermiere, e poi rimani in ospedale uguale a qui, per un po' di giorni.

[Quando arrivi in ospedale per la nascita ti fanno qualche controllo, qualche esame oppure niente?] Quando arrivi loro vengono e guardano se è tardi ti mandano subito partorire, altrimenti ti fanno aspettare in un'altra stanza. Però non c'è nessuno che fa un controllo del battito del cuore del bambino o queste cose che sono fatte qui. Non esiste.

[Ti sei trovata meglio a partorire qui o in Angola?] Qui, per queste differenze, perché qui ti danno più attenzione, e spiegano quello che fanno. Mi hanno confortata, perché io sono venuta avevo tanti problemi, mio marito non era qua, era rimasto in Angola, ora è arrivato però quando è nato Emanuel non c'era. I medici sono stati gentili anche le infermiere. Per me è stato molto difficile, perché non conoscevo nessuno, soltanto Fiorenzo e Erica ma ero molto sola.”

[Maria, Angola]

“[Dove sei stata seguita durante la gravidanza?] Prima sono andata a un centro dell'ospedale San Carlo perché non parlavo bene l'italiano, allora c'era una mediatrice e mi hanno spiegato tutto, come fare, cosa ho bisogno per fare esami...poi mi hanno detto di andare a un consultorio vicino a casa mia.

[Come ti sei trovata al centro del San Carlo?] Bene, molto bene, solo tanta tanta gente che aspetta allora bisogna avere molto tempo e però tutti sono gentili e spiegano bene cosa fare e dove devi andare. Io volevo stare lì anche per tutta la gravidanza ma poi hanno detto meglio il consultorio, anche più vicino e così...

[E al consultorio come ti sei trovata?] Molto bene anche lì, la dottoressa sempre disponibile, sempre gentile con me, poi la gravidanza andava bene e allora non c'era problemi.”

[Marem, Nigeria]

Un'altra caratteristica del sistema sanitario italiano che colpisce positivamente è l'accesso libero e gratuito durante tutto il decorso della gravidanza anche a persone prive del permesso di soggiorno. Per legge la maternità darebbe diritto anche ad un permesso di soggiorno per madre e figlio fino al compimento del sesto mese del bambino anche se non sempre questo è possibile a causa di altri problemi, per lo più legati all'abitazione. Spesso le case sono sovraffollate, oppure affittate senza un contratto legale e le donne hanno paura a dichiarare in questura il proprio domicilio che è necessario per l'ottenimento del permesso di soggiorno.

“[E la tua gravidanza qui come è?] Qui è diversissimo io sono veramente, ho visto che la cosa più comune, prima io sono andata all'ospedale San Carlo a fare il test di gravidanza. Io sono andata lì perché non avevo il permesso di soggiorno e quando sono andata a fare il test e ho

visto che era positivo sono andata qua al consultorio di via Cherasco, e una ragazza che lavora lì mi ha detto cosa devo fare se voglio tenere il bambino.

[Beh ma ti hanno detto che tu adesso potevi fare il permesso di soggiorno per maternità, che dura fino ai sei mesi del bambino?] Sì però io questo permesso non l'ho fatto perché questa casa ce l'ha affittata senza contratto di affitto, ha detto che non si poteva fare. Comunque la mia dottoressa ha detto che questo non è un problema, non lo so se sarà dopo per i bambini...

Comunque al consultorio mi hanno spiegato tutto, mi hanno visitata, la medicina è gratuita, tutto è gratuito, un cambio dal mio paese.”

[Emilia, Angola]

Solo tre persone hanno frequentato i corsi pre-parto e ne sono state entusiaste perché si è trattato di un momento di confronto con altre donne in gravidanza e con ostetriche che ha permesso di vivere con maggiore serenità la lontananza dalle figure familiari. Anche se inizialmente il fatto di confrontarsi su questioni molto personali con persone sconosciute ha creato imbarazzo, il corso si è rivelato comunque un buon strumento per avvicinarsi e capire l'idea e le modalità di gestione della maternità in Italia. Purtroppo la maggior parte delle altre persone non era nemmeno a conoscenza dell'esistenza di questo tipo di corsi, anche perché in molti ospedali e consultori è richiesta, per la frequenza, una buona padronanza della lingua italiana, caratteristica che sfortunatamente toglie a molte donne questa opportunità.

“Quindi qua in ospedale mi sono trovata bene bene e l'unica cosa che posso dire che qua quando dicono che se comincia naturale non possono più cambiare disposizione per partorire, perché con la bambina, come lei era tanto grossa, pesava 4 chili e 40, io ho sofferto, anche se era per tre ore doglie però mi ha fatto soffrire perché no usciva, non voleva uscire e avevo chiesto a mio dottore di farmi cesareo ma era troppo tardi, perché abbiamo cominciato naturale non possiamo, quindi abbiamo sofferto, ma alla fine grazie a Dio e anche l'esperienza mi ha aiutato a spingere a mettere piedi e poi il dottore ha fatto qualche manovra, e alla fine è uscita la bambina.

[Ma qua è venuto tuo marito dentro con te?] Sì sì mio marito era presente per tutti e due, quindi per me è stata grande soddisfazione e ho scoperto tanti cosa che giù in Nigeria, ad esempio corso di pre-parto in Nigeria non li facciamo corso di pre-parto.

[Qui l'hai fatto?] Sì, qui l'ho fatto per tutti e due, quindi quella cosa lì mi piace molto, anche mi piace le preparazioni che facciamo anche qua, che andiamo nei negozi, comincia a vedere vestitini, a scegliere quelle cose lì, perché lì si usano di portare sempre i vestiti.”

[Stella, Nigeria]

“Per la prima alla Mangiagalli, poi un consultorio familiare qui vicino.

[Come ti sei trovata?] Bene, per la prima ho sofferto un po' il fatto che i medici continuavano a cambiare, ed ero un po' imbarazzata alla presenza di un medico maschio, all'ospedale. Poi cambiava la faccia ogni volta che si andava a fare una visita, non è il tuo medico e questo è un po' difficile. Invece in consultorio ho trovato la dottoressa molto brava, che mi ha parlato anche dei corsi di preparazione al parto...

[E l'hai fatto?] Sì sì, l'ho fatto, mi è piaciuto molto. Almeno lì si parlava della gravidanza, e di tutti i problemi legati alla gravidanza e tutte le donne che c'erano lì parlavano dei fastidi che ci sono. Però per me, anche se eravamo tutte donne nello stesso stato era un po'... Non so, sono cose che non dici normalmente a nessuno. Essere lì a parlare di queste cose con delle sconosciute era un po' imbarazzante. Però il fatto che ci fossero lì altre persone che parlavano di queste cose aiutava anche perché c'era un'ostetrica con noi che diceva che era tutto normale, il male, i fastidi, e questo tranquillizza.”

[Emilia, Eritrea]

Alcune persone hanno partorito con parto cesareo a causa di complicazioni che rendevano rischioso il parto vaginale. Il parto cesareo non sempre è considerato dello stesso valore del parto vaginale, proprio perché si tratta di un procedimento che esclude la donna come protagonista e può sembrare sminuente delle sue capacità (Parolari, Sacchetti, 2001). In uno dei due casi la famiglia della donna ha fatto resistenza all'idea di un parto cesareo programmato, anche se, inevitabilmente, ha poi dovuto accettarlo.

“[Tu dove hai partorito?] Ho partorito a Niguarda.

[E come ti sei trovata con il personale dell'ospedale?] Mi sono trovata molto bene, perché io prima seguivo al consultorio, quando hanno saputo che io avevo una facciata pericentrale mi hanno subito mandato all'ospedale perché dovevano seguirmi per vedere come va il decorso della gravidanza, perché la placenta si staccava facilmente e se si stacca sanguinamenti, morte del bambino più facile, problemi per me, e tutte queste cose qua e allora mi hanno mandata a Niguarda e mi hanno mandato da un medico che lavora a Niguarda che si chiama xxx e io non ho parole per descriverlo, umanamente, professionalmente, e allora mi sono affidata a lui. (...) E poi ho fatto un cesareo programmato, anche questo cesareo qua per la mia famiglia è stato un dramma, perché dicevano “no, vedi, perché in Europa subito il cesareo, puoi aspettare, puoi provare a fare un parto, magari nasce il tuo bambino, ma da quando in qua si corre per questo cesareo...” non l'hanno presa bene insomma, però io cercavo di spiegare il problema che io ho avuto “guarda che io non ho la placenta normale, guarda che la bambina è podalica, devo per forza fare il cesareo” finché mia mamma finalmente mi diceva “no, quale cesareo” invece io mi sono convinta e hanno programmato il cesareo.”

[Edna, Somalia]

“[Quando tu hai partorito qui tuo marito è entrato con te?] No, perché mi hanno fatto il cesareo, quindi non si poteva.

[Come mai ti hanno fatto il cesareo?] Perché il bambino non scendeva e anche aspettando non sarebbe sceso. Infatti ho fatto due notti lì con le doglie, sono entrata mercoledì, poi giovedì sono rimasta lì tutta la notte in piedi, non potevo sedermi, non potevo dormire e fino alle sette della mattina sono rimasta lì in piedi, un dolore... ma non potevo fare niente non riuscivo nemmeno a sedermi o sdraiarmi. Allora fino alle sette della mattina avevo un dolore che guarda, anche a stare in piedi dritta non ce la facevo proprio, camminavo piegata da una parte all'altra della stanza. Fino alle sette ho fatto così avanti e indietro e poi alle sette sono andata in sala parto con il monitoraggio e lì hanno deciso, anche perché non si erano neanche rotte le acque, mi hanno bucato loro, e non c'era niente da fare perché non riusciva a scendere, e quindi hanno deciso di fare il cesareo.

[Ti è dispiaciuto fare il cesareo?] Eh che stavo male veramente, quando mi hanno fatto l'anestesia volevano farmi l'anestesia locale, ma non sono riusciti perché stavo proprio male, quindi mi hanno fatto quella totale. Ho dormito guarda, che bello, e poi quando mi sono

svegliata ho sentito che mi mettevano una benda. Mi sono svegliata che faceva ancora male. Sì perché ho trovato delle persone che sono riuscite lo stesso a farmi male.”

[Marie, Senegal]

Una delle persone intervistate, Therese, ha lavorato come mediatrice nei servizi materno infantili come membro dell'associazione Crinali, svolgendo il suo lavoro contemporaneamente presso un consultorio e presso il Centro di salute e ascolto per donne straniere dell'ospedale San Carlo di Milano⁵¹. Avendo dunque lavorato per lungo tempo come tramite tra i servizi e le donne africane è stata in grado di fare un'analisi attenta e precisa delle problematiche e degli spunti positivi che caratterizzano questo rapporto.

“Però una cosa molto bella che mi era capitata durante il tirocinio e poi anche quando ho incominciato a lavorare, che alcuni consultori facevano delle visite a domicilio, a trovare le donne che partoriscono, dopo il parto. Perché comunque erano da sole, magari solo con il marito che poi va a lavorare e loro rimangono da sole, e ho notato che queste visite erano molto apprezzate da queste donne. Per cui arrivavamo lì ci accoglievano, ci offrivano anche il caffè. E' una cosa che mi era proprio... perché è vero che uno non si può immaginare come si può sentire una persona a casa da sola, e soprattutto poi magari è il primo, per cui magari non sa. Ti insegnano un po' di cose, però una volta che sei a casa sei da sola e per cui queste visite non è che risolvevano il problema, però loro erano felici di riceverci ed era una cosa molto bella. (...)

[E con le procedure mediche avevano difficoltà o si trovavano a loro agio?] Io credo che le donne africane, dell'Africa nera, quando si tratta di fare le visite per questo non si fanno troppi problemi. Forse è quando gli si preleva il sangue, perché se non gli viene spiegato bene, pensano che gli si preleva il sangue per qualcos'altro, e invece è per fare l'esame. Quello in alcune persone avevo notato questa cosa.

[Ma perché pensano che...] Che il sangue viene usato per qualcos'altro, perché non è possibile che una ogni mese deve andare a fare il prelievo del sangue. Un po' lì, però per le visite, anche per l'ecografia non ci sono mai problemi, anzi certe volte chiedono anche se la possono fare prima dei trenta giorni. Per cui io non credo che ci sia questo problema...l'unico problema

⁵¹ Per maggiori informazioni riguardo alla figura della mediatrice e al centro dell'ospedale San Carlo vedere cap. 6 § 4.

veramente è la solitudine e si sentono sole e anzi si attaccano molto ai servizi per trovare qualcuno, chiedono molto, vogliono sapere se il bambino sta bene, cosa devono mangiare. (...)

[Secondo te i servizi per la maternità in Italia, sono adeguati anche alle esigenze delle donne che arrivano qui dall'Africa oppure no?] No, magari una volta c'era anche un problema di lingua, di comunicazione, invece adesso ci sono i mediatori, cambiano un po' di cose e migliorano anche un po' di cose. Però questa cosa cambia delle donne straniere che fanno fatica, quando vanno ad un servizio fuori dell'ospedale, fanno fatica a dire il motivo per cui sono andate in quel centro, magari si inventano delle cose e molte volte poi si è scoperto che avevano solo voglia di parlare con qualcuno e magari non avevano nessun problema, oppure avevano un problema grave però si vergognavano a parlare di quel problema lì. E questo è un problema che noi abbiamo dovuto affrontare tante volte, perché quando si è dentro con la ginecologa, oppure alle domande rispondevano “tutto bene, tutto a posto” poi quando si usciva, noi avevamo l'abitudine di accompagnarle anche fuori, ti tenevano lì e ti raccontavano altre cose, a volte chiedendo di non dire niente al ginecologo oppure al dottore.

[Secondo te accade perché non c'è un rapporto con la figura del medico?] Sicuramente sì, perché manca un rapporto di fiducia comunque, e forse hanno anche molta paura di essere giudicate per certe cose che sono normalissime, che succede a tutti, che magari possono pensare che succede solo a loro. Allora magari una si vergogna per qualcosa che è successo, che magari si è comportata male oppure...ci sono tante cose che fa sì che non riesce a...invece trovando davanti una del suo paese scendono queste barriere. Infatti spesso molte iniziano così: “tu sei mia sorella mi puoi capire...” e tu gli dici “no, ma queste cose le devi dire al medico.” Allora loro dicono “eh, ma non mi può capire, magari.2 Lì allora devi fare un lavoro per far capire che il medico non le giudica. E' che è un problema quando succedono queste cose, tu non puoi, non hai il tempo, di poter rientrare e parlare. Manca il tempo. Quando lavoravo io al San Carlo andavo due volte alla settimana, per cui come riuscivo io a stare dietro a tutti e riuscire a instaurare un rapporto.”

[Therese, Costa d'Avorio]

Sebbene si tratti di una figura professionale che si sta diffondendo sempre di più la presenza di mediatrici linguistico-culturali è stata raramente segnalata. Alcune delle persone intervistate hanno invece narrato qualche episodio di incomprensione con i medici o il personale ospedaliero, sia per motivi linguistici sia per abitudini differenti in

campo medico. Anche se non si è trattato di incomprensioni che hanno compromesso il rapporto medico-paziente o che hanno portato ad una considerazione negativa del servizio, probabilmente la presenza di una mediatrice avrebbe potuto prevenirle.

“[E tu durante la gravidanza dove sei stata seguita, all’ospedale o in un consultorio?] All’ospedale che c’è qui vicino, perché abitavo già qui.

[E ti sei trovata bene, oppure hai trovato qualche problema?] A parte il problema della lingua mi sono trovata bene, solo il fatto che nel mio paese se tu stai male, per esempio se hai male di testa, anche durante la gravidanza ti danno delle medicine, invece qui non ti danno niente, perché dicono che fanno male ai bambini.”

[Scherita, Togo]

“[Qui invece dove sei stata seguita in gravidanza?] Prima al Naga, perché io quando ero incinta ero clandestina, ero arrivata da poco e non accettavano il mio matrimonio qua, con mio marito. Perché io ero già qua, ma avrei dovuto tornare là e poi essere chiamata con il ricongiungimento. Ero clandestina, allora sono andata al Naga, e quando sono andata lì mi hanno mandata qui, perché c’è una dottoressa che lavora là e anche qui all’ospedale di Monza.

[E come ti sei trovata al Naga?] Bene, anche se un po’ era sporco, e però la gente che lavora dentro è molto brava e disponibile, e ti trattano ugualmente come se fossero pagati. Però l’ambiente non è bello. Poi sono venuta qui all’ospedale di Monza, e mi hanno seguita qui e ho anche partorito qui.

[E come ti sei trovata all’ospedale di Monza?] Sì, bene, solo che non mi hanno, ad esempio io in quel momento non parlavo l’italiano, però loro non si sono preoccupati a cercare un interprete, oppure cercare qualcuno che parlava francese.

[Non c'erano mediatori?] No, non c'erano. Io una volta l'ho detto a una dottoressa e lei mi ha detto 'tu sei qui in Italia e tocca a te imparare l'italiano.'”

[Absatou, Senegal]

Un altro genere di problemi è stato vissuto invece da quelle persone che, come si è visto precedentemente, provenivano da contesti in cui la medicalizzazione e l’ospedalizzazione del parto non sono considerate la normalità. In questi casi l’ambiente ospedaliero ed alcune caratteristiche del parto in ospedale (come per esempio la

posizione litotomica durante il parto o l'impossibilità di stringere relazioni con il personale medico) sono state vissute come un'imposizione forte in contrasto con la naturalità del parto.

"[Per quanto riguarda il parto in ospedale, per la tua esperienza personale, come ti sei trovata con i medici, gli operatori dell'ospedale? Avevi pensato che sarebbe andata diversamente per un qualche motivo?] Sinceramente non so, non ho pensato se andava diversamente se stavo là o qua ma ho avuto un po' di difficoltà, perché la relazione è più fredda, è fredda, più fredda... [Per il fatto che sono persone che non ti hanno mai visto?] Sì e si aggiunge anche il fatto che io durante la gravidanza non sono andata dal medico specialista o mi sono fatta seguire da un ginecologo apposta, no mi sono fatta seguire da un medico di base e oltre al medico di base le analisi, gli esami le visite eh, andavo all'ospedale, alla clinica San Giuseppe in via San Vittore e dove nessuno mi conosceva e poi ritornavo comunque al consultorio, chi arriva ti guarda e per cui non si riesce a creare nessun rapporto, ecco, e per quanto riguarda invece la sala parto, mio marito mi ha seguito anche perché non c'era nessun altro, sì, sì, per tutti e tre è sempre stato con me."

[Faduma, Somalia]

“[E per quanto riguarda il parto?] Non mi sono trovata molto bene, perché stare lì, con le gambe divaricate sdraiata sul lettino, poi i dottori arrivavano una volta ogni tanto perché c'erano altri parti e io stavo lì, meno male che c'era mio marito, e mi sono sentita da sola, mentre quello che io mi ricordo dei parti di mia madre era tutto un'altra cosa. Prima di partorire avvisava la mia nonna, cioè la sua mamma che andava a chiamare la levatrice e poi arrivavano altre donne, solo donne, non era ammesso il maschio. Queste donne arrivavano a casa, le facevano dei massaggi, e con i massaggi la aiutavano a partorire. E poi il parto lo faceva accovacciata, nelle posizioni in cui stava bene, come era più comoda, e intanto le altre donne pregavano, e la aiutavano e la facevano sentire bene. Mi ricordo che facevano scendere il materasso dal letto, in maniera che potesse stare per terra comoda e accovacciata con dei cuscini sotto, niente a che vedere con il lettino dell'ospedale.

[In ospedale invece non ti hanno fatto stare come eri più comoda ?] No, mi hanno fatto stare sul lettino e basta, non mi hanno neanche chiesto se ero comoda.(...)

[E i tuoi bambini invece dopo il parto sono rimasti con te oppure li hanno portati in un'altra stanza?] Subito l'hanno lasciato per un attimino, poi mancava ancora che uscisse la placenta, quindi l'hanno preso e l'hanno portato in un'altra stanza, però mio marito ha potuto andare con lui. Ho sentito un po' di, non so, era appena nato, perché me lo dovevano portare via? È bello, sei così contenta di vedere quel bambino, tenero, finalmente il tuo bambino, e te lo tolgono subito, mi mancava già. Solo che mancava la placenta da tirare fuori...(...)

Per il secondo invece ho chiesto il *rooming-in*. Ho cambiato ospedale, sono andata al San Paolo, sono stata seguita sempre in consultorio poi per partorire sono andata e al San Paolo. E mi sono trovata meglio che alla Mangiagalli.

[Strano perché la Mangiagalli dovrebbe essere proprio specializzata nella maternità.]

Sì, però hanno tanti parti e non riescono a dare tanta assistenza. Già ero da sola poi mi hanno lasciato lì con il monitoraggio collegato, ed è lungo il travaglio, poi io non sapevo niente, avevo solo tanti dolori e nessuno mi diceva niente...

Magari io mi sono trovata male perché mi aspettavo un altro parto. Io avevo assistito ad altri tipi di parto, e non so, ti manca l'aria di casa tua, che arriva qualcuno ad annunciare se è maschio o femmina, sempre lì a casa tua, con i tuoi familiari attorno. Invece io ero lì, c'era mio marito, e la signora di cui ho parlato prima che è venuta ad accompagnarmi, però non mi sono sentita tanto... mi sono mancate tante cose.”

[Emilia, Eritrea]

“Tra qui e lì? Sì. C'è differenze. Quello che ho detto adesso, che il marito doveva essere dentro, sì suo marito è entrato dentro con lei, ma mio marito è stato con bimbi a casa. Eh, dopo la nascita bambino ha avuto problemi e hanno portato bambino altra parte, e la mamma altro reparto.

[Sì perché in molti ospedali è così, perché tutti i neonati stanno in una stanza e le mamme stanno nelle loro camere e glieli portano per allattare...] Anche da noi ci sono ma una persona della famiglia con bambino.

[Ah, non viene lasciato da solo.] No da solo no, mai mai. Una persona della famiglia sempre con la bambina e non la mamma, che si deve riposare. Ma qui lascia la mamma, la mamma va a casa e bambino sta qui, no. Da noi no. Quando la mamma sta bene vicino al bambino quando bambino è malato, sempre all'ospedale. Esempio lei ha fatto due mesi a casa prima di bambino.

[Perché il bambino era in incubatrice?] Sì, questo veramente...da noi no, sta vicino al bambino.

[E lei si è trovata male per questo?] Lei per questo sempre tutto il giorno piange. Perché lei ha avuto bambino a sette mesi, e adesso qui bambino all'ospedale e lei a casa, male, molto male.”

[Dedé, Togo]

Nonostante questi problemi legati, come si è visto, ad un differente modo di intendere e vivere la maternità, l'opinione delle persone intervistate riguardo ai consultori e agli ospedali italiani è, in generale, abbastanza positiva. Alcune persone, nell'ipotetica possibilità di scelta tra avere un altro figlio in Italia o nel loro paese, hanno immaginato un mescolamento tra i due paesi:

“Vorrei averlo qua con tutti i miei parenti, oppure trasportare l'ospedale lì nel mio paese. Portare l'ospedale di Monza e tutti quelli che mi hanno seguito, portarli tutti giù.”

[Absatou, Senegal]

Altre invece, per quanto riconoscano che un parto in Italia è, da un punto di vista fisiologico, più sicuro preferirebbero comunque il loro paese d'origine. Esse dimostrano così come il fatto di avere un parto sicuro, rapido e ben assistito non sia sempre, o almeno non per tutte le donne, l'aspetto più importante del divenire madre.

“In Angola sicuramente per avere vicino tutta la mia famiglia.”

[Maria, Angola]

“Sicuramente in Nigeria, con mia mamma e tutti vicini e una grande festa, è più bello. Però mi piacerebbe anche avere lì tutte le cose che ci sono qui, perché la medicina è migliore e le persone più gentili, e anche che posso fare l'ecografia, così posso essere due volte tranquilla: perché c'è mia mamma che mi cura prima e dopo e i medici e l'ospedale italiano durante il parto.”

[Marem, Nigeria]

“Preferirei l'Eritrea, così come si fa la cerimonia con un montone, infatti anche si fa sempre di stare fino al nono mese con tuo marito e poi per l'ultimo mese di gravidanza andare da tua mamma e partorire lì con lei e restare lì ancora quaranta giorni, fino al battesimo e poi tornare da tuo marito. Poi il marito porta un montone e chiama tutti gli amici e conoscenti, tutti sono invitati è una grande festa. Tutti i vicini vengono a trovarti anche se sono lontani e ti portano un litro di latte, oppure dello zucchero, dei regali che possono essergli utili. Anche qui si usa così.”

[Emilia, Eritrea]

In conclusione le esperienze di maternità in Italia delle donne intervistate sembrano essere contraddistinte dalle seguenti caratteristiche:

- non è stato vissuto un distacco netto con la vita precedente la migrazione perché forme culturali occidentali sono diffuse in tutti i paesi di origine. Si tratta di forme già conosciute e, in parte, già sperimentate prima della partenza. L'impatto con la realtà italiana è stato dunque solo in parte straniante, soprattutto perché si tratta di persone che, nei paesi di origine, appartenevano per lo più a fasce di popolazione agiate e con più familiarità con stili di vita e sistemi di cura simili a quelli europei.

Questo non credo sia una casualità: l'emigrazione viene pensata e realizzata da persone che hanno buone probabilità di riuscita, sia da un punto di vista fisico (effetto migrante sano⁵²) sia da un punto di vista sociale e culturale, di adattabilità e intraprendenza⁵³.

L'ibridazione tra culture è un processo che inizia nei paesi di origine e che prosegue in quelli di immigrazione. Certamente si tratta di un processo differente perché i rapporti di forza si invertono: qui necessariamente le persone immigrate devono fare propri modelli di comportamento estranei. Da quanto emerge dalle interviste sembra che tale processo avvenga in modo fluido, soprattutto quando viene gestito collettivamente da una rete di persone. Nel percorso migratorio il reticolo sociale ha, effettivamente, una funzione di appoggio fondamentale.

⁵² Con ciò si intende l'autoselezione che avviene nei paesi di origine: la possibilità di riuscita del progetto migratorio dipende strettamente dall'integrità fisica, perciò chi parte gode solitamente di ottima salute (Geraci, Martinelli, 2002).

⁵³ Si veda il cap. 2.

- il rapporto tra maternità e medicina, e il conseguente accesso ai servizi, è risultato quasi per tutte poco problematico e, anzi, spesso molto positivo generando soddisfazione per i servizi fruiti. Mentre la convivenza della bio-medicina con altre tipologie di cura sembra essere assolutamente normale nei paesi di origine, in Italia questi saperi si perdono a vantaggio di una omologazione al modello vigente. Bisognerebbe chiedersi, però (ed è impossibile stabilirlo da queste interviste), quanto questa lenta scomparsa sia da attribuire alla migrazione e quanto invece sia una prerogativa del salto generazionale e dello spostamento dalle zone rurali a quelle urbane.

Certamente la migrazione e la lontananza limitano le possibilità di trasmissione dei saperi e delle tradizioni da una generazione alla successiva, portando alla loro perdita o ad una loro trasformazione. Non va dimenticato che molte tradizioni, una volta trasformatesi, verranno trasmesse alle successive generazioni dando luogo a nuove forme culturali.

- l'aspetto determinante per la maggior parte delle donne è lo scarso adattamento a forme relazionali e sociali differenti da quelle vissute nel proprio paese. A tutte le donne intervistate ciò che più è mancato nel vivere la maternità è stata la presenza di un contesto familiare e sociale intenso e sempre presente. Si tratta di forme di socialità che queste persone stanno tentando di ricreare nel luogo dove hanno deciso di vivere anche se non sempre il contesto locale (leggi, spazi, tempi di vita) lo permette.

Queste nuove forme relazionali, se trasmesse alle generazioni successive, potrebbero entrare a far parte di una nuova società italiana.

CAPITOLO 6

CENTRI DI ASSISTENZA SANITARIA

RIVOLTI A UTENTI DI ORIGINE STRANIERA

SUL TERRITORIO MILANESE

6.1 INTRODUZIONE

Si è visto nel precedente capitolo che le donne intervistate hanno avuto, da un punto di vista generale, un'opinione positiva dei servizi di assistenza medica milanesi. Alcuni problemi, tuttavia, sono stati riscontrati in ogni caso, primo fra tutti quello linguistico, ma anche, come si è visto, problemi legati a diverse visioni della nascita e della maternità. Nasce così il desiderio di capire, anche se con una indagine molto limitata, se i servizi materno-infantili che forniscono assistenza medica alla maternità possano davvero assumere un approccio interculturale. Questo significherebbe permettere a tutti una pari possibilità di accesso a tali servizi, non solo in termini pratici ed economici ma anche da un punto di vista simbolico e culturale.

Cosa significa fornire un'assistenza interculturale? Come ho mostrato precedentemente la medicina costituisce un sistema culturale; essa è entrata a far parte dei sistemi di nascita dei paesi di emigrazione coniugandosi con la medicina tradizionale, permettendo una forte diminuzione della mortalità perinatale materna e infantile. Nonostante l'innegabile positività della diffusione della bio-medicina, essa ha portato con sé anche l'imposizione di un modello di gravidanza e di parto considerato l'unico davvero valido. Allo stesso tempo però le condizioni di igiene e di sicurezza per la salute del bambino assicurate da essa sono opportunità a cui nessuna donna vuole rinunciare.

L'idea di un'assistenza interculturale presuppone la possibilità di non prendere in considerazione per la gestione e la cura della gravidanza e del parto un unico modello, nel (caso italiano quello bio-medico), ma di integrare tra loro molteplici modalità di

curare e di vivere la maternità. Presuppone quindi che sia data pari dignità e importanza a metodi di cura diversi da quelli normalmente utilizzati e ad un modo di pensare la gravidanza e il parto che non li ponga sullo stesso piano di una malattia, ma attribuisca a questi eventi una valenza differente. L'assistenza interculturale comporta una valorizzazione di conoscenze e saperi sulla maternità che non provengono dal sistema culturale medico scientifico occidentale, ma da altri sistemi culturali che, pur essendo meno formalizzati e istituzionalizzati di quest'ultimo, sono ugualmente validi. L'idea di interculturalità prevede la coesistenza di più modelli e sistemi di pensiero e di cura integrati tra loro. Dalle interviste è emerso che nessuna donna rifiuterebbe a priori la medicina occidentale e la possibilità, se necessario, di utilizzare tecnologie avanzate nella gestione della gravidanza e del parto. La sicurezza e la riuscita ottimale del parto sono però le uniche necessità a cui il sistema bio-medico può rispondere, ma, come si è visto nei precedenti capitoli, l'esperienza di maternità dipende anche da altre variabili che tengano conto dell'equilibrio psico-fisico della donna e del bambino. Il sistema medico scientifico può quindi essere integrato con altri sistemi che rispondano maggiormente ad esigenze diverse.

Perché si possa fornire un'assistenza alla nascita "interculturale" sono necessari due elementi: il primo riguarda l'istituzione che eroga i servizi. Questa deve aprirsi a nuove forme organizzative, all'introduzione di nuove figure professionali, fornire percorsi formativi per chi già vi lavora e sperimentare nuove strategie di lavoro tramite lo studio delle problematiche e delle caratteristiche dell'utenza.

Il secondo elemento è costituito dagli operatori dei servizi. La relazione di cura è nel sistema medico occidentale sempre strutturata come una relazione a due con un forte accentramento di potere nelle mani del medico che detiene le conoscenze e gli strumenti per identificare il problema e risolverlo. Il paziente, al contrario, è in una condizione di quasi totale dipendenza. In una ipotetica modalità di assistenza "interculturale" però il medico (o infermiera o ostetrica...) dovrebbe perdere almeno in parte la posizione di potere dovuta al fatto di essere l'unico a possedere delle conoscenze indiscutibili. Dare validità ad altre forme di conoscenza riguardo alla maternità significherebbe, infatti, prendere in considerazione, nella gestione e nella cura della gravidanza e del parto

l'esperienza della paziente e le sue conoscenze al riguardo ed abbandonare l'idea che le proprie conoscenze siano le uniche giuste e valide.⁵⁴

Una modificazione in questo senso della relazione tra operatore sanitario e utente presuppone inoltre da parte degli operatori la volontà e la capacità di decostruire i propri condizionamenti culturali per aprirsi ad altri modi di pensare il corpo, la maternità e la relazione tra salute e malattia. L'interrogativo maggiore che sorge è se sia possibile, soprattutto in un campo così determinato e formalizzato come è quello medico, riuscire a cogliere e successivamente ad eliminare il condizionamento culturale che permea il nostro modo di vivere, di lavorare e di relazionarsi con l'altro.

L'idea che un mutamento nelle modalità di erogare assistenza sanitaria sia necessario affinché essa possa essere efficace e utile alla popolazione immigrata soprattutto in forma preventiva, si evince anche da documenti ufficiali quale il *Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000* (approvato con D.P.R. del 23 luglio 1998), il primo documento in cui la salute degli stranieri immigrati è stata riconosciuta tra le priorità del Servizio sanitario nazionale.

Gli interventi programmati in tale triennio erano:

“- lo sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;

- formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;

- organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati.”⁵⁵

⁵⁴ Un'esperienza di questo tipo è in atto al centro di clinica transculturale di Bobigny (Parigi) dove si è tentato di trovare un metodo di psicoterapia che eliminasse la relazione medico paziente per crearne invece una di più persone che si confrontano riguardo ad un problema. Sull'argomento si veda Moro, 2002.

⁵⁵ Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998 “Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”.

Per il triennio 2002-2004 (nel 2001-2002 il Piano non è stato fatto) sono programmate altre azioni prioritarie:

“- migliorare l’assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle IVG;

- ridurre l’incidenza dell’HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e della tubercolosi tramite interventi mirati a questa fascia di popolazione;

- raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;

- ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani”.⁵⁶

Tra i due piani sanitari c’è uno scarto evidente: il primo si prefigge, nell’affrontare la questione dell’erogazione di assistenza sanitaria alle persone straniere, di considerare i loro bisogni di salute e la compatibilità degli interventi con le loro varie identità culturali. Il secondo piano, invece, si limita a programmare degli interventi precisi e mirati alla risoluzione di problemi particolari. Non si considerano quindi le problematiche “culturali” che condizionano l’accesso delle persone straniere ai servizi. Forse questo accade perché si assume che la programmazione del piano precedente sia già in fase di attuazione e il tentativo è quello di puntualizzare ed indirizzare meglio il lavoro su problemi specifici. In caso contrario la differenza tra i due piani mostra che la direzione intrapresa punta a risolvere necessità momentanee senza voler considerare la problematica nel suo complesso.

Dalle priorità fissate nei piani sanitari emerge, in ogni caso, l’idea che il miglioramento dei servizi erogati e delle possibilità di accesso da parte delle persone straniere dipende sia da un lavoro di monitoraggio delle caratteristiche e delle richieste dell’utenza, sia dalla formazione degli operatori sanitari ad un approccio interculturale al tema della salute.

⁵⁶ Decreto del Presidente della Repubblica 30 marzo 2001 “Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell’immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell’art.3 della L. 6 Marzo 1998, n°40.

In questo capitolo, basandomi sull'osservazione di cinque centri che operano nel territorio milanese fornendo assistenza sanitaria a persone di origine straniera, vorrei descrivere alcune modificazioni che sono state attuate sia nell'organizzazione del lavoro all'interno di queste istituzioni sia nelle modalità lavorative e relazionali tra operatori e utenti. Sono stati scelti luoghi ed esperienze che in modo particolare hanno riscontrato nel loro lavoro la difficoltà di successo di interventi mirati alla popolazione straniera e pianificati secondo metodi tradizionali. Questi centri hanno quindi tentato di realizzare nuove forme di organizzazione del lavoro e di sperimentare nuovi approcci alle tematiche della maternità e della salute per rispondere alle nuove esigenze mostrate dall'utenza.

Questa panoramica, seppure limitata, può mostrare quale sia la direzione di lavoro intrapresa da questi enti e quali siano le problematiche culturali legate all'assistenza medica alla maternità che gli operatori hanno riscontrato nelle loro esperienze di lavoro.

Per questa osservazione sono stati scelti cinque centri:

- Opera San Francesco per i poveri: un ambulatorio parte di un centro di assistenza molto grande nel centro di Milano. E' legato (e sostenuto da) al volontariato di impronta cattolica, che gioca un ruolo fondamentale nel mondo del volontariato milanese.
- Naga: Associazione volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi. L'associazione si è costituita nel 1987 con lo scopo non solo di fornire assistenza sanitaria a chi non l'ha, ma di promuovere il diritto alla salute per tutti.
- I Centri di salute e ascolto per donne immigrate, presso gli ospedali San Paolo e San Carlo. Si tratta di un'esperienza iniziata nel 2000, grazie alla collaborazione tra le Aziende Ospedaliere e l'associazione Crinali, in rete con i consultori familiari e pediatrici milanesi. Entrambi i Centri sono nati esclusivamente per dare risposta ai bisogni e alle esigenze di donne e bambini stranieri.
- Il consultorio pediatrico di via Baroni come esempio dell'esperienza e delle strategie attuate dai servizi consultoriali milanesi in risposta alla rapida crescita della popolazione immigrata.

Si tratta di esperienze ed organizzazioni differenti: i primi due centri, pur nascendo da radici diverse, si basano quasi esclusivamente sul lavoro volontario e su finanziamenti e fondi di privati, enti pubblici, fondazioni religiose, ecc. Si tratta di forme di privato sociale, che hanno svolto e svolgono tuttora un lavoro fondamentale nella promozione del diritto alla salute.

Gli altri, invece, sono enti istituzionali, parte delle strutture sanitarie pubbliche che hanno però preso una netta posizione riguardo alla salvaguardia della salute e alla prevenzione presso una fascia della popolazione che più difficilmente ha accesso alle normali strutture pubbliche.

Tramite una giornata di osservazione del lavoro all'interno dell'ente, conversazioni con gli operatori sanitari e con gli utenti ho tentato di far emergere alcuni episodi e situazioni che hanno mostrato la necessità di essere letti ed interpretati, da parte degli operatori, da un punto di vista culturale. Per ogni ente è stato scelto un ambito di assistenza particolare così da mostrare le varie fasi del percorso della nascita: la visita ginecologica in gravidanza, gli incontri di informazione riguardo alla contraccezione e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, il corso di preparazione alla nascita e la visita pediatrica dei primi mesi del bambino.

6.2 OPERA SAN FRANCESCO PER I POVERI

Opera S. Francesco per i poveri nasce a Milano circa 50 anni fa, per opera dei Frati Cappuccini che lentamente istituzionalizzano una pratica da loro sempre svolta, l'aiuto e l'assistenza ai poveri e ai bisognosi.

OSF si trova nel pieno centro di Milano, in via Nino Bixio, nei dintorni di Porta Venezia. Il centro non si rivolge esclusivamente agli stranieri ma, più in generale, a tutti i poveri della città, nel tentativo di rispondere ai loro bisogni primari.

I servizi erogati da OSF comprendono la mensa, le docce e un servizio di segretariato sociale che svolge un'attività di ascolto e orientamento riguardo all'alloggio e al lavoro, oltre che il servizio di assistenza medica.

L'analisi dei tesserati nel 2002 mostra che la quasi totalità degli utenti di OSF è di nazionalità straniera (97%), in prevalenza extracomunitaria. Le due aree geografiche di origine maggiormente rappresentate sono Europa dell'Est e Sud America. Si conferma la predominanza maschile già presente negli anni precedenti poiché gli uomini costituiscono il 68% dell'utenza e le donne il 32%.

La suddivisione per età dei nuovi tesserati mostra che il 63% degli utenti ha meno di 35 anni, il 24% ha tra i 35 e i 44 anni e solo il 13% ha più di 45 anni⁵⁷.

L'ambulatorio medico di OSF è molto grande e ben strutturato: con la tessera si può accedere liberamente, senza appuntamento, ad una visita medica generale e solo successivamente, se ritenuto necessario dal medico, è possibile fissare un appuntamento per una visita specialistica. All'interno della struttura sono presenti diversi ambulatori, alcuni utilizzati esclusivamente da medici generici, presenti quotidianamente, e altri in cui si alternano i medici specialisti.

L'accesso senza appuntamento alla prima visita caratterizza, come si vedrà, tutte le strutture che si rivolgono a persone straniere. Si tratta di una strategia organizzativa che mira a incoraggiare gli utenti a rivolgersi al servizio, così da creare il primo contatto semplificando il più possibile le condizioni di accesso. Prendere un appuntamento telefonicamente, ad esempio, limita le possibilità di accesso alle persone che si sentono in grado di sostenere una conversazione telefonica in italiano e che sanno spiegare ed esplicitare le loro necessità. Non sempre è così, anche perché, come si è visto nei precedenti capitoli, non necessariamente ci si rivolge ad un servizio medico a causa di un problema di salute. Il centro può essere un luogo di riferimento per risolvere altre esigenze. La struttura di OSF è costruita in modo tale da riuscire a rispondere contemporaneamente a diverse necessità, di tipo sanitario, abitativo, occupazionale, alimentare, ecc.

Il libero accesso alla prima visita rende l'organizzazione dell'ambulatorio molto complessa. Per ridurre al minimo gli utenti e inviare presso le strutture territoriali tutte le persone che hanno diritto all'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale, viene svolto

⁵⁷ Dati tratti da OSF, 2003.

dagli operatori un continuo lavoro di informazione e di orientamento all'uso dei servizi. Vengono esplicitate le procedure burocratiche necessarie per ottenere il libretto sanitario oppure per ottenere determinate prestazioni tramite il modello STP. In questo modo l'utenza viene limitata alle persone prive di permesso di soggiorno che non necessitano di cure urgenti. Nell'ambulatorio sono disponibili, inoltre, vari documenti informativi, che servono soprattutto per orientare gli utenti all'interno di altri servizi (consultori, ospedali). Un elemento estremamente importante è che gli operatori siano costantemente informati riguardo a cambiamenti di procedure, orari, indirizzi, modulistica, ecc. I documenti informativi non sono tradotti in altre lingue.

All'interno dell'ambulatorio di OSF lavorano 106 medici, tutti volontari, una segretaria e due infermiere assunte da OSF e 16 volontari all'accettazione.

I dati mostrano che nel 2002 sono state offerte 35.488 prestazioni mediche gratuite, di cui il 63,7% di medicina di base, prestazione per cui i medici sono presenti cinque giorni alla settimana. Le prestazioni specialistiche che prevalgono sono odontoiatria (12,7%), ginecologia (5%), oculistica (3,2%), chirurgia generale (3,2%) e dermatologia (3%). Nel 2002 sono stati registrati 7.871 nuovi utenti, a cui si aggiungono 2.664 nuovi utenti di odontoiatria.

Il libero accesso e l'orientamento ad altre strutture non sono che un minimo aspetto del lavoro di ripensamento e riorganizzazione dei servizi di assistenza medica necessario per lavorare esclusivamente con persone straniere. Certamente le questioni organizzative, come queste, sono molto importanti ma ancor più lo sono gli aspetti culturali e simbolici dell'assistenza medica.

Nell'ambulatorio non sono utilizzati mediatori linguistico culturali, e le visite avvengono con la presenza della paziente, del medico e di un'infermiera. Durante le dodici visite a cui ho assistito all'ambulatorio ho potuto notare che l'incomprensione linguistica si è rivelata in più di un caso un grosso ostacolo all'instaurarsi di una buona relazione tra medico e paziente. Con due pazienti, in particolare, è stato necessario ricorrere all'intervento di altri utenti dell'ambulatorio come interpreti.

Mentre, in alcuni casi, la relazione tra il medico e la paziente è stata chiara e semplice, in altri essa era mediata dall'infermiera, che aveva il compito di esplicitare alla paziente

le parole e i termini utilizzati dal medico. Si tratta di un ruolo che, nei casi in cui l'infermiera e la paziente non parlino una lingua comune, deve essere ulteriormente mediato da un interprete. E' chiaro però che attraverso questi continui passaggi, il messaggio del medico rischia di arrivare alla paziente carico di altri significati.

La critica mossa alla figura del mediatore linguistico culturale è quella di sottrarre al medico la responsabilità del rapporto con la paziente, lasciandola al mediatore. Capita, tuttavia, che questo ruolo sia assunto da un'infermiera. In alcuni casi questa figura dispone di maggiori informazioni riguardo alle pratiche burocratiche da seguire, agli uffici a cui rivolgersi, ecc. I mediatori linguistico culturali hanno invece la funzione precisa (e la formazione ad essa propedeutica) di risolvere non solo problemi linguistici, di semplice interpretariato, ma anche e soprattutto le questioni legate ad una diversa interpretazione della malattia o, come nel nostro caso, della gravidanza e della nascita.

Nel caso di una delle due pazienti sopra citate, per esempio, l'incomprensione tra medico e paziente non è stata solamente linguistica: la donna, proveniente dall'America latina, si è infatti presentata per svolgere la sua prima visita di controllo alla trentatreesima settimana di gravidanza. Quando il medico e l'infermiera si sono resi conto della situazione, intorno alla donna si è creata molta confusione, perché troppe sembravano le cose da fare: indicarle gli esami a cui sottoporsi, svolgere subito un'ecografia, capire i motivi per cui non si era rivolta prima a una struttura medica.

La donna, benché fosse la protagonista della situazione, non è stata interpellata e non si capacitava di tanta agitazione: durante tutta la gravidanza era stata sempre bene e non aveva mai sentito la necessità di rivolgersi ad un medico. Inizialmente, l'unica spiegazione che riusciva a darsi del perché così tante persone si occupassero e fossero preoccupate per lei era che il medico, visitandola, avesse riscontrato dei problemi nell'andamento della gravidanza. L'agitazione del medico, dell'infermiera e dei volontari invece non era legata all'aver riscontrato che qualcosa andava male, ma dal fatto di non essere sicuri che tutto andasse bene. Si tratta di una differenza enorme che è difficile spiegare sia in termini linguistici sia in termini "culturali". Quello citato è un ottimo esempio di come il comportamento del personale medico sia orientato culturalmente in un senso che non necessariamente è lo stesso della paziente. In un caso

come questo la presenza di una mediatrice avrebbe probabilmente aiutato entrambe le parti a gestire meglio la situazione, evitando ansie e paure inutili.

Il ginecologo alle cui visite ho assistito, nel suo lavoro volontario all'ambulatorio di OSF si è trovato spesso a lavorare con pazienti che non seguono e non rispettano i tempi "normali" di visite ed esami in gravidanza. Questa inadempienza dipende in parte da un fattore burocratico: alcune donne non sanno, o scoprono tardi, di avere diritto a tutte le cure e gli esami anche se prive di permesso di soggiorno. Il fatto di recarsi in questura, dove è rilasciato un certificato che attesta lo stato di gravidanza e quindi un permesso che dura fino al sesto mese dalla nascita del bambino, crea paure e disagi.

La seconda causa è invece "culturale": per alcune donne (per esempio la donna di cui sopra) non esiste un nesso necessario tra il fatto di essere in gravidanza e il fatto di sottoporsi a tutti gli esami che in Italia sono considerati basilari. Se una donna sta bene, non ha problemi, soprattutto se è al secondo o terzo figlio, non sente la necessità di rivolgersi al medico se non molto avanti nella gravidanza.

La prima causa è dunque abbastanza facilmente risolvibile: il problema è la semplice mancanza di informazione. La seconda causa è invece più complessa. Quale delle due parti si deve abituare, forzatamente, all'altra? Saranno le donne a doversi sforzare di sentirsi delle pazienti anche se non hanno disturbi e tutto sembra andare bene, o saranno i medici, ad abituarsi ad avere a che fare con ansie e paure diverse da quelle delle pazienti italiane, che determinano comportamenti differenti?

Per rispondere efficacemente a casi come questo sarebbe necessario che l'operatore sanitario e allo stesso tempo la struttura organizzativa in cui lavora avessero maggiore elasticità di azione in modo da poter fornire assistenza prima di tutto sulla base delle esigenze della paziente. Ciò comporta una maggiore fiducia nell'esperienza pratica della donna, che vive la gravidanza nel suo corpo e che, fino a quel momento, non ha sentito la necessità di rivolgersi ad un medico.

Nel corso della conversazione che abbiamo avuto il medico ha sottolineato quanto sarebbe importante di considerare la storia di vita, personale e "culturale", del paziente in maniera più ampia e completa, ed avere gli strumenti e le informazioni necessarie per farlo. Ha inoltre espresso il desiderio che venga effettuata all'interno del centro una

raccolta di dati generali sul vissuto e le condizioni di vita degli utenti, informazioni che i tempi brevissimi della visita non consentono di raccogliere. Questo per poter considerare nella diagnosi anche elementi non prettamente medici che influiscono notevolmente sullo stato di salute(per esempio la situazione abitativa, occupazionale...). Per ciò che riguarda l'utenza, le persone a cui ho domandato di esprimere un giudizio riguardo ai servizi erogati sembrano molto soddisfatte; l'assistenza è completamente gratuita ed accessibile a tutti e la struttura non ha niente da invidiare agli ospedali migliori e più moderni. L'unico vero problema che alcuni hanno sottolineato è la mancanza di interpreti che, in certi casi, può portare le persone a sentirsi respinte e non adatte ad entrare in rapporto con i servizi.

E' chiaro però che in condizioni di vita problematiche, come possono essere quelle di persone che vivono in Italia illegalmente, le problematiche "culturali" da me sollevate assumono una posizione di secondo piano rispetto alle possibilità di cura e di assistenza che sono comunque garantite da OSF. Credo però che esse siano utili soprattutto nella prospettiva di un inserimento sempre maggiore delle persone straniere in servizi dedicati non esclusivamente a loro.

6.3 ILGRUPPO DONNE DEL NAGA

Il Naga (Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi-ONLUS) è nato a Milano nel 1987 come organizzazione laica e apartitica con lo scopo di garantire assistenza sanitaria gratuita ad immigrati e nomadi senza permesso di soggiorno. Agli immigrati irregolari, privi dunque di ogni assistenza, il Naga ha cominciato a fornire prestazioni mediche gratuite, portando avanti allo stesso tempo battaglie politiche e concrete proposte legislative per il diritto alla salute di tutti. La Carta dei Servizi del Naga, un foglio distribuito in diverse lingue all'interno del centro, chiarisce di cosa esso si occupi e in quali casi ci si possa rivolgere ad esso:

“- Hai problemi di salute e non hai il permesso di soggiorno? Al Naga puoi trovare un ambulatorio attrezzato per la medicina generale e specialistica (...)

- Assistenza ai rifugiati politici. Sei scappato dal tuo paese perché hai subito persecuzioni, discriminazioni o torture a causa delle tue idee politiche, della tua religione, della tua razza? Per aiutarti a documentare la tua storia anche con certificati sanitari di torture subite o conoscere i tuoi diritti (...) puoi rivolgerti al centro Naga-Har.

- Sei una donna incinta e non sai come occuparti della gravidanza? Hai bisogno di un medico che ti assista che ti possa dare informazioni? Non sei in grado di portare a termine la gravidanza e vuoi indicazioni sulla possibilità che la legge italiana ti offre per interromperla? Vuoi sapere come fare per non rimanere incinta o come difenderti dalle malattie sessualmente trasmesse? Vuoi informazioni su dove fare controlli al seno, dove fare il pap-test o controlli per la menopausa? Se devi fare dei controlli...al Naga puoi chiedere tutte queste informazioni, essere seguita e stai tranquilla che la tua privacy verrà rispettata.

- Abiti in una ex-fabbrica? Abiti in un campo, in una roulotte? Il Naga può raggiungerti con un camper e i medici possono visitare te e anche tutti quelli che abitano con te.

- S.O.S. Espulsioni. Sei stato fermato dalla polizia e ti hanno dato una espulsione (foglio di via)? Qualcuno che conosci è stato portato nel centro di via Corelli? Al Naga opera S.O.S. espulsioni dove puoi trovare degli avvocati che ti aiuteranno a difenderti.

- Informazioni sui servizi. Al Naga puoi avere informazioni su come fare ad avere vestiti, dove andare a dormire, dove fare una doccia, dove mangiare.

- Informazioni sulle leggi sanitarie. Ti verrà spiegato come andare in ospedale, quali sono i tuoi diritti, come avere le cure anche se non hai documenti e non puoi pagare.

- il Naga non può darti un posto di lavoro, una casa, vestiti e cose da mangiare.”

Attualmente al Naga lavorano circa 270 volontari, oltre alle attività sopra citate esistono al suo interno il Gruppo Carcere, il Gruppo di Etnopsichiatria e un Centro di Documentazione.

La principale attività del Naga resta comunque quella ambulatoriale: circa 70 medici volontari, generici e specialisti, visitano settimanalmente più di 300 pazienti, con il supporto di una cinquantina di persone che costituiscono la cosiddetta “accoglienza”, primo contatto degli utenti con l'associazione. Nell'accoglienza si cerca di comprendere il bisogno che ha portato l'utente a rivolgersi al centro, indirizzarlo a strutture esterne se

possibile, renderlo consapevole dei propri diritti e delle possibilità di cui può usufruire (Cravero, 2000).

Il Centro Naga si trova in viale Bligny, nel centro di Milano, in un appartamento all'interno di un vecchio edificio. Gli spazi sono abbastanza grandi ma sono molte le persone che vi lavorano e quelle che vi giungono come utenti. Subito all'ingresso si trova una grande sala d'aspetto da cui, tramite un corridoio, si accede ai cinque ambulatori e alla segreteria, mentre una libreria e un tavolo separano e circoscrivono uno spazio dedicato all'accoglienza degli utenti.

L'organizzazione dell'accoglienza è fondamentale: se l'utente si presenta al Naga per la prima volta un volontario dell'accoglienza svolgerà con lui un breve colloquio durante il quale proverà a ricostruire il suo percorso migratorio, la sua situazione abitativa, occupazionale e familiare e i motivi che l'hanno spinto a rivolgersi al Naga. Tali dati vengono utilizzati in parte dal medico che li tiene in considerazione per la sua diagnosi e in parte per l'analisi dell'utenza del Naga e delle sue trasformazioni nel corso del tempo.

Quasi tutte le persone sono inviate da un medico generico che successivamente, se necessario, prescrive una visita specialistica. All'interno dell'ambulatorio sono sempre presenti medici generici, mentre quelli specialistici si alternano e per accedervi è necessario prendere un appuntamento.

La politica attuata dal Naga è quella di non sostituirsi in nessun caso al Servizio Sanitario Nazionale, dunque di non lavorare al posto delle strutture pubbliche, ma sopperire ad esse solo laddove l'assistenza non sia garantita: a tutti i pazienti che possono essere inviati ai servizi territoriali o ai medici di base vengono fornite le informazioni necessarie per rivolgersi al luogo più idoneo a rispondere ai loro bisogni. Uno degli esempi più frequenti è quello delle donne che, inconsapevoli del loro diritto all'assistenza medica gratuita, si presentano al Naga in stato di gravidanza, per essere seguite da un medico oppure per ottenere il certificato per l'interruzione volontaria di gravidanza.

Per tutte le questioni legate alla salute femminile è stato creato, all'interno del Naga, il Gruppo Donne, ossia un gruppo di volontarie che si alternano per essere presenti in tutti i turni di accoglienza all'ambulatorio⁵⁸.

"Il Gruppo Donne da anni si propone di creare un canale di comunicazione privilegiato con l'utenza femminile cercando di cogliere le domande e i problemi, molto spesso non espressi. Il tentativo è quello, nei limiti dello spazio del tempo che ci sono consentiti, di raggiungere tutte le ragazze e le donne che vengono da noi per affrontare questioni specifiche quali la contraccezione, la menopausa, la gravidanza, ecc. Sono tutte questioni che non vengono affrontate direttamente al Naga ma, conformemente alla politica che il Naga persegue da anni, è importante far conoscere le strutture che esistono a Milano e nella provincia. Quello che interessa è soprattutto informare riguardo alle strutture che operano sul territorio, in particolare i consultori, ma anche le sedi della Lega Prevenzione dei Tumori e gli ospedali cui tutte le donne, anche se prive di permesso di soggiorno hanno diritto di accedere."⁵⁹

Il Naga ha riscontrato che le donne straniere spesso non sono a conoscenza delle possibilità e dei diritti di cui godono per ciò che riguarda l'assistenza medica. Così ogni giorno in ambulatorio è presente una volontaria con una specifica formazione su questi temi che provvede a:

- fornire informazioni di carattere pratico (indirizzi di consultori, di ospedali attrezzati con servizi per donne straniere),
- facilitare il contatto con i servizi sociali,
- documentare gli invii che vengono effettuati ai consultori.

Il ruolo del Gruppo Donne è dunque quello di smistare le utenti verso gli altri servizi, in particolare verso i consultori familiari o gli ospedali. Nei consultori infatti qualsiasi consultazione che riguardi gravidanza, IVG, problemi legati alla menopausa e alla contraccezione è liberamente accessibile anche alle donne prive di permesso di soggiorno; viene unicamente richiesto il pagamento del ticket. Per ogni altro problema

⁵⁸ Io stessa ho svolto l'attività di volontaria al Naga per circa due anni tra il 1998 e il 2000.

⁵⁹ Tratto dal bollettino informativo dei servizi del Naga.

di tipo ginecologico sono presenti alcuni specialisti che prestano servizio al Naga e con cui si può prendere un appuntamento.

Il colloquio con una componente del Gruppo Donne viene proposto a tutte le utenti dell'ambulatorio, anche se arrivate con una richiesta del tutto diversa.

Si è pensato, infatti, che l'ambulatorio del Naga fosse un'ottima possibilità per raggiungere un buon numero di donne straniere che vivono a Milano e provincia senza permesso di soggiorno, donne che spesso e volentieri non hanno le informazioni sufficienti per accostarsi ai servizi. Le operatrici del Naga hanno inoltre notato che lo sportello di consulenza e di orientamento, istituito per affrontare i temi della prevenzione e della contraccezione, e segnalato tra i servizi erogati dal Naga, non veniva sufficientemente utilizzato. Erano pochissime le donne che ne facevano richiesta esplicita. Hanno allora pensato di proporre esplicitamente a tutte le utenti dell'ambulatorio un colloquio e di non offrire necessariamente colloqui individuali, ma anche colloqui di gruppo, a cui le donne potessero partecipare con amiche o parenti. Si è notato così che le donne erano interessate ai temi trattati nei colloqui e spesso facevano richiesta di altri incontri. Il problema fondamentale che precedentemente limitava l'accesso era la necessità di prender l'iniziativa e di presentarsi autonomamente con determinate richieste. Si è riusciti così a creare un luogo informale di scambio di informazioni che permette alle donne, se lo desiderano, di creare situazioni di gruppo in cui si sentano più a loro agio.

Il colloquio proposto verte sul tema della contraccezione: viene utilizzato e distribuito materiale informativo ed esplicativo sull'utilizzo di alcuni anticoncezionali e sulle malattie sessualmente trasmesse tradotto in varie lingue. La questione contraccettiva è un tema fondamentale per la salute femminile e, allo stesso tempo, si tratta di un argomento difficilmente trattabile facendo astrazione dai propri condizionamenti culturali. Come si è visto precedentemente scegliere di non avere figli, seppure per un breve periodo della propria vita, non è una scelta facile per molte donne, anche perché presupporrebbe la modificazione e l'interruzione di processi fisiologici e naturali.

Alcune donne immigrate temono che con l'uso di anticoncezionali potrebbero perdere la capacità di avere dei figli, e dunque la propria fertilità: modificare tramite una medicina

i propri ritmi fisiologici e interrompere la propria capacità di procreare può trasmettere l'idea di averla perduta per sempre. In alcuni casi perdere la propria fertilità equivale a perdere ogni propria ricchezza ed è un rischio che non si può correre. Il fatto che alcune donne si rifiutino, per esempio, anche in casi di condizioni di estremo disagio, di assumere la pillola anticoncezionale per limitare il numero di figli, può derivare da convinzioni che il semplice foglietto illustrativo del medicinale non può smentire. Bisogna allora cercare con loro delle possibilità alternative, che siano adeguate al loro modo di sentire e vivere il rapporto con il corpo e la sessualità.

Questo spiega perché una campagna di prevenzione e di diffusione di metodi anticoncezionali non può essere rivolta nello stesso modo a tutte le donne. Affinché essa riesca e raggiunga il suo scopo è necessario prendere in considerazione non soltanto il fatto che le persone possano permettersi di pagare la confezione mensile, ma anche le motivazioni profonde per cui non hanno utilizzato questi metodi fino a quel momento. Questa è l'idea che guida la campagna attuata dal Naga anche se problemi di tempo, di forze disponibili e di organizzazione non permettono sempre di considerare per ogni donna tutti i fattori necessari a scegliere la migliore strategia di assistenza.

L'obiettivo di questa campagna è infatti quello di prevenire le malattie e di far calare per quanto possibile il numero di richieste di IVG da parte delle donne straniere.

Dai dati di alcune ricerche sembra infatti che nella Regione Lombardia siano state effettuate, nel 2001, 6.700 IVG su donne di provenienza extracomunitaria, cioè il 31% del totale di IVG effettuate in Lombardia (Sacchetti, Gregori, Santini, Buscaglia, Hassibi, 2003).

Le richieste di interruzione volontaria di gravidanza da parte di donne straniere e la loro ripetitività sono molto frequenti nei primi mesi di trasferimento in Italia. Il ricorso all'IVG normalmente diminuisce con il tempo di permanenza e con l'avvio alla stabilizzazione (Lombardi, 2003).

Dopo il primo colloquio le donne sono normalmente inviate ad un consultorio, il più vicino al loro domicilio o quello in cui è presente una mediatrice della stessa nazionalità per proseguire il percorso di prevenzione. Proprio con i consultori dovrebbe poi avvenire un riscontro tra invii da parte del Naga e arrivi nei consultori, riscontro che

però è raramente attuato, per mancanza di tempo, di personale disponibile e di organizzazione.

La responsabile del Gruppo Donne ha messo in evidenza come il problema maggiore sia proprio la poca organicità degli interventi dei vari centri e associazioni che affrontano queste questioni e dei consultori.

Il Gruppo Donne ha cominciato con l'attuazione di una campagna informativa; qualche riscontro c'è stato, anche al Naga, tuttavia, il numero di donne che si presenta richiedendo il certificato di IVG è ancora molto elevato.

Per questo le persone che vi lavorano sentono la necessità di creare una rete solida tra tutte le realtà che permetta una ricerca approfondita sulla questione e degli interventi mirati per tentare di risolverla.

Il vero punto critico che emerge osservando l'attività del Naga è la poca organizzazione e il mancato scambio di informazioni tra le parti. Se questo è piuttosto normale in un'organizzazione composta esclusivamente da volontari, il rischio è quello di non riuscire a fornire servizi in modo ottimale, proprio a causa della cattiva organizzazione.

Al Naga non è utilizzato il servizio di mediazione linguistico-culturale soprattutto per mancanza di fondi ma anche per la convinzione che la loro presenza tolga i medici dalla responsabilità del rapporto con i pazienti. In questo modo invece i medici sono obbligati ad occuparsi del paziente come persona, tentando di capire le sue motivazione e le sue necessità. A volte, tuttavia, si rende in questo modo necessario l'utilizzo di mediatori di fortuna, che spesso e volentieri sono i figli, che parlano l'italiano meglio dei genitori. Questo però, soprattutto in caso si trattino temi delicati come quelli legati alla salute riproduttiva, può costituire un ostacolo non da poco.

Per ciò che riguarda l'approccio interculturale degli operatori al tema della salute, esso sembra dipendere molto dalla soggettività e dall'esperienza di ogni volontario. Un corso di formazione di tre giorni all'inizio dell'attività di volontariato è obbligatorio, ma esso si occupa più che altro di fornire elementi organizzativi e pratici sulla struttura del Naga. Così è soprattutto l'esperienza di vari anni di lavoro che aiuta a cogliere i diversi condizionamenti culturali che intervengono nei comportamenti legati alla cura del corpo.

6.4 I CENTRI DI SALUTE E ASCOLTO PER LE DONNE IMMIGRATE E I LORO BAMBINI

Dal Gennaio 2000 sono stati aperti, presso gli ospedali San Paolo e San Carlo di Milano due Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini.

Lo scopo è di favorire l'accesso delle donne straniere e delle loro famiglie ai servizi materno-infantili dell'ospedale tentando di abbattere gli ostacoli linguistico-culturali che rendono spesso difficile l'assistenza. Per questo i due centri hanno sperimentato una metodologia di mediazione linguistico-culturale che potrà essere presto utilizzata anche in altre strutture ospedaliere.

Il progetto nasce da una collaborazione tra le due aziende ospedaliere e la "Cooperativa Crinali", che si occupa di formazione, ricerca e cooperazione tra donne, che coordina e gestisce la relazione tra i due ospedali e con i consultori familiari e pediatrici.

I centri sono nati grazie al finanziamento dell'Assessorato alla famiglia e alle politiche sociali della Regione Lombardia, con i fondi della legge 40/98 sull'immigrazione.

L'organizzazione è la medesima per i due ospedali. I centri sono aperti tre mezzogiornate alla settimana, sono ad accesso libero e vi lavorano contemporaneamente diverse operatrici: una ginecologa, un'ostetrica, una pediatra, un'assistente sociale, una psicologa e un gruppo di mediatrici linguistico culturali.

I due centri presentano alcuni aspetti molto innovativi:

- la facilità nell'accesso al servizio: l'accesso è libero. Con tutte le donne che si presentano viene fatto un breve colloquio psico-sociale, in cui si tenta di comprendere quali siano la condizione di vita e di salute e le necessità. A ciò segue, se possibile al momento, la prima visita, altrimenti viene preso un appuntamento a breve termine.
- il lavoro interdisciplinare: la compresenza di diverse operatrici permette di seguire le donne a vari livelli, spesso tra loro interrelati. Per questo, in alcuni casi, vi sono momenti di lavoro comune di dottoresse e psicologa e/o assistente sociale con una stessa paziente. Si tenta così di dare una risposta globale alle necessità e ai problemi posti dalle utenti.

- la disponibilità del servizio di mediazione culturale: nei Centri si alternano le mediatrici araba, ecuadoriana, peruviana, cilena, filippina, albanese e rumena. Le mediatrici fanno tutte parte della cooperativa Crinali, e hanno seguito un corso di formazione finalizzato al lavoro in area sanitaria. Le mediatrici fiancheggiano le altre operatrici durante le visite e i colloqui. Questo modo di procedere serve da una parte a facilitare la comunicazione tra utente e operatrice evitando l'utilizzo di interpreti "di fortuna" (il marito, i figli, altre utenti...), dall'altra a chiarire anche alle stesse operatrici gli aspetti culturali di determinati comportamenti.
- la continuità di assistenza prima e dopo il parto: l'idea che sostiene il progetto è non di dare un'assistenza di emergenza, ma di creare una relazione duratura tra le utenti e i servizi sanitari. Per questo le donne sono invitate a tornare anche dopo il parto, con i loro bambini, oppure ad avvicinarsi alle strutture territoriali dei consultori familiari.

Tra i centri e i consultori è stata infatti creata una rete di collaborazione, chiamata "spazi di integrazione", nel tentativo di inviare le pazienti da una struttura all'altra, senza che questo comporti l'abbandono delle visite da parte della paziente (Sacchetti A., 2001). Le mediatrici spesso lavorano contemporaneamente al centro e in un consultorio familiare; le donne possono quindi trovare la stessa figura di riferimento pur cambiando struttura e questa possibilità spesso aiuta il passaggio dal centro al consultorio.

Le prestazioni che nella pratica i due centri offrono sono le seguenti:

- accoglienza e individuazione della domanda
- servizio di mediazione linguistico culturale
- visite ostetriche in gravidanza e in puerperio, visite ginecologiche
- ecografie di primo livello
- visite e certificazioni per l'interruzione volontaria di gravidanza
- visite neonatologiche e pediatriche
- colloqui psicologici individuali o di gruppo
- colloqui sociali
- gruppi di preparazione alla nascita

- invio ed eventuale accompagnamento ad altri servizi dell'ospedale o ai servizi territoriali
- traduzione di materiale informativo

Ogni quindici giorni tutto il personale coinvolto nella gestione dei centri si riunisce per discutere problemi organizzativi e problemi clinici e per aggiornamento.

Una volta ogni due mesi le operatrici fanno una riunione di supervisione con un'esperta, la responsabile del Centro di assistenza alle donne e ai bambini stranieri di Bologna. La formazione delle operatrici è realizzata inoltre dall'équipe del Centro di Clinica Transculturale di Marie Rose Moro presso l'Università Paris XIII, alla cui metodologia di lavoro i centri sono ispirati (Sacchetti G., Gregori, Santini, Buscaglia, Hassibi, 2003). Entrambi gli ospedali si trovano nelle periferie di Milano e rappresentano due delle maggiori strutture ospedaliere della città. I due centri si assomigliano molto nell'aspetto: nel corridoio di passaggio sono sistemate delle sedie, così che venga usato come sala d'aspetto. All'interno, lo spazio ricavato per l'attività del centro è molto limitato, tenuto conto della quantità di persone (operatori, utenti, parenti di utenti, mediatrici...) che deve ospitare. Una stanza abbastanza grande, quella di ingresso, funziona simultaneamente da segreteria, da luogo dove sono svolti i colloqui di accoglienza e da spazio di raccolta e archiviazione delle schede delle pazienti e del materiale informativo.

Le stanze hanno una seconda porta che dà su un ambulatorio medico, nel quale si svolgono le visite. Nel resto dell'ospedale ci sono altri ambulatori e altre sale a disposizione che sono in comune con gli altri servizi dell'ospedale. Questa disposizione deriva sia dalla necessità di disporre di vari ambulatori contemporaneamente così che si possano svolgere più visite, sia dalla convinzione che non sia giusto chiudere le donne straniere in uno spazio riservato solo a loro e che sia meglio, invece, far prendere loro contatto con tutta la struttura ospedaliera. In questo modo il passaggio all'uso delle normali prestazioni ospedaliere verrà agevolato. Il centro del San Carlo ha inoltre tentato di creare uno spazio di attesa che fosse allo stesso tempo un piacevole luogo di incontro e socializzazione. Nella sala di attesa arredata con divani, quadri alle pareti e

giochi per bambini, ci sono in effetti vari gruppi di donne che conversano tra loro e bambini che giocano.

Le operatrici passano dalla segreteria alla sala di aspetto segnando i nomi delle donne separando chi ha un appuntamento da chi invece arriva per la prima volta, e con cui dovrà dunque essere svolto un breve colloquio. La gestione di questa parte di accoglienza sembra la più complessa da un punto di vista organizzativo ma, come si è visto anche per gli altri centri, facilita le condizioni di accesso per le utenti.

I colloqui di accoglienza si svolgono normalmente con la presenza dell'operatrice e della mediatrice e in alcuni casi le utenti giungono accompagnate dal marito o da altri parenti che insistono per assistere al colloquio e, spesso, per parlare a nome dell'interessata. La presenza della mediatrice permette di creare un contatto diretto tra l'operatrice addetta all'accoglienza e l'utente, senza dovere dipendere dalla mediazione del marito. Le operatrici notano infatti che in molti casi c'è una grande differenza tra ciò che una donna rivela di se stessa e dei propri problemi quando è sola e ciò che emerge invece quando è con il marito. La presenza del marito è accettata senza problemi, a condizione però che non ricopra a tutti i costi il ruolo di interprete o di portavoce della donna.

Le informazioni richieste durante il colloquio servono a ricostruire, in linea generale, le condizioni di vita dell'utente. Si chiede dunque di ricostruire il percorso migratorio e la situazione di vita in Italia, da un punto di vista abitativo, occupazionale, familiare. Oltre a ciò si aggiungono i problemi (medici ma non solo) che l'hanno spinto a rivolgersi al Centro. Tale raccolta di informazioni ha un duplice scopo: da una parte rende possibile cogliere, anche se in piccola parte, il vissuto della donna, fattore che può rendere più semplice il lavoro di assistenza medica, dall'altra la raccolta dei dati permette di capire quale tipologia di utenza si rivolga al centro e con quali richieste essa si presenti.

Per quanto riguarda il Centro di salute dell'Ospedale San Paolo i dati da gennaio 2000 al 31 dicembre 2002 sono i seguenti: sono state erogate 4.589 prestazioni, per un totale di 1.673 donne e 307 neonati. Il 41% di tali prestazioni sono state visite ostetriche, il 35% colloqui psicologici e sociali, il 10% certificazioni per IVG, il 9% visite ginecologiche e il 5% ecografie. La provenienza delle pazienti del Centro è così

distribuita: il 47,6% proviene dall'America centrale e meridionale, il 17% dall'Africa settentrionale, il 15,8% dalla Cina, il 6,8% dall'Europa dell'Est, il 5% dalle Filippine, il 2,9% dall'Africa centrale e meridionale, il 2,6% dall'ex Unione Sovietica, e il 2% dal resto dell'Asia (Sacchetti, Gregori, Santini, Buscaglia, Hassibi, 2003).

Per quanto riguarda invece il Centro del San Carlo da Gennaio 2000 al 31 Dicembre 2001 sono state erogate in tutto 3.917 prestazioni, per un totale di 1.361 pazienti donne e 234 neonati. Di tali prestazioni: il 49,8% sono visite ostetriche, il 4,6% visite ginecologiche, l'11,8% certificazioni per IVG, il 27,4% colloqui psicologici e sociali e il 6,2% ecografie.

Le pazienti del Centro provengono per il 27,8% dall'America centro-meridionale, per il 26% dal Nord Africa, per il 24% dall'Europa dell'Est per il 12,9% dall'Asia (Sacchetti, Gregori, Santini, Buscaglia, Hassibi, 2003).

Il momento dell'accettazione e del primo colloquio determina uno smistamento delle richieste ed è dunque un lavoro fondamentale per l'organizzazione generale: molte donne arrivano al centro perché ne hanno sentito parlare, ma con problemi che non sono né ginecologici né ostetrici; in tale caso vengono inviate al Naga oppure all'Opera San Francesco per i poveri. In caso invece si presentino donne che necessitano controlli ginecologici normali, pap-test, colloqui per contraccezione, ecc., esse sono direttamente inviate al consultorio più vicino al loro domicilio, con l'attenzione anche alla presenza della mediatrice.

Sostanzialmente nei due centri vengono seguite solo le gravidanze e le IVG e a ciò si aggiungono dei controlli post-parto e post-IVG.

Il compito di smistamento è affidato all'assistente sociale che si occupa di fornire informazioni sia riguardo ai servizi presenti sul territorio sia riguardo ai documenti e alle procedure burocratiche utili per ottenere l'assistenza sanitaria o il permesso di soggiorno. Per fare ciò si serve di materiali informativi disponibili in varie lingue che aiutano l'utente ad orientarsi meglio nei servizi.

Accade inoltre che alcune donne si presentino al centro senza nessuna richiesta di assistenza di tipo medico ma per avere attenzione riguardo a problemi di altro genere. Il Centro di salute e ascolto costituisce dunque un punto di riferimento per le donne

immigrate tentando, dove possibile, di rispondere ai bisogni delle utenti o di orientarle verso il luogo più adatto per rispondere alle loro esigenze.

Un esempio di ciò sono i casi di gravidanza in condizioni di forte disagio abitativo, che ostacolano lo svolgimento della gravidanza e dove non ci sono le condizioni igienico-sanitarie necessarie per la crescita di un neonato. In questi casi, ove vi sia richiesta della paziente, l'assistente sociale e la psicologa lavorano congiuntamente per trovare una sistemazione per la futura mamma e per il bambino in una comunità di accoglienza che sia idonea alle esigenze della donna.

Si nota dunque l'importanza e l'attenzione che sono date a considerare come fonte di salute e di benessere materno-infantile non la pura e semplice assenza di malattia o di disturbi fisici, ma una più generale condizione di vita che permetta tranquillità e serenità nell'affrontare il momento del parto e lo svezzamento. L'assistenza alla nascita non si percepisce come mera assistenza medica allo svolgimento fisiologico della gravidanza ma come un dispiegamento di forze e di competenze diverse per creare per la donna ed il bambino che deve nascere una situazione abitativa, familiare e psicologica positiva, nonostante la lontananza dal proprio ambiente familiare.

Un esempio interessante dell'attività dei centri che illustra bene il tentativo di coniugare l'assistenza medica con l'orientamento all'utilizzo dei servizi e con una considerazione del parto come un evento non distinguibile dalle condizioni di vita della donna, è il corso di accompagnamento alla nascita.

I gruppi di preparazione alla nascita sono costituiti da donne di provenienza, o almeno di appartenenza linguistica, omogenea. Questo permette la presenza di una mediatrice a fianco dell'ostetrica che conduce il gruppo, e una maggiore interazione tra le varie partecipanti. D'altra parte questa ripartizione in gruppi omogenei impedisce l'instaurarsi di relazioni tra donne di altri paesi e con donne italiane che, in fondo, vivono lo stesso evento.

L'organizzazione di questi gruppi si basa sull'idea che ogni donna abbia delle conoscenze e delle abitudini nella gestione della gravidanza e del parto che non necessariamente devono essere nascoste o cancellate. Si tenta così di valorizzare il gruppo sfruttando al meglio la possibilità di scambio e confronto tra donne che vivono

la stessa esperienza e facendo in modo che ognuna esprima le sue necessità e paure ma allo stesso tempo esalti tutto ciò che, nel corso della vita, ha appreso dalla propria madre o da altre donne. Così, per esempio, avviene uno scambio di metodi di massaggio, di erbe e di alimenti che possano facilitare la gravidanza.

Allo stesso tempo ad ogni donna viene proposto di creare, durante questo periodo, un libro del bambino, tentando di ricostruire quale sia stato il percorso che lo ha portato a nascere proprio in Italia; questo permette di ripercorrere insieme alle donne dei momenti molto importanti della loro vita.

Le si invita inoltre a proseguire la loro partecipazione al gruppo anche dopo il parto, con il loro bambino, così da evitare la solitudine dei primi mesi e avere un punto di riferimento per qualsiasi perplessità legata alla propria salute e alla crescita del bambino. In questo modo si ottiene anche un effetto positivo per le donne che ancora non hanno affrontato il parto che possono così confrontarsi con chi ha già compiuto questo passo.

Il tentativo, dunque, è quello di creare un gruppo di donne che vivano insieme la fase precedente e successiva alla nascita, avendo uno spazio e tempi per confrontarsi e ricreare delle situazioni simili a quelle conosciute nel paese di origine.

Tutto questo avviene in presenza di un'ostetrica che da una parte facilita il contatto delle donne in gravidanza con gli spazi, il personale e i tempi dell'ospedale, dall'altra tenta di risolvere i problemi e le preoccupazioni tipici dell'attesa. La mediatrice che affianca l'ostetrica nei gruppi ha un doppio ruolo: aiutare l'ostetrica a condurre il gruppo e a capire quali siano le esigenze delle donne e quale sia il modo migliore per gestire il gruppo, e dall'altra parte, aiutare il gruppo a ricreare una situazione conosciuta, in cui le donne si sentano libere di esprimere le proprie necessità e a fare in modo che queste modalità di confronto e di accompagnamento alla nascita riescano a entrare in contatto con la realtà più strutturata dell'ospedale.

In questo modo avviene una continua traduzione di culture che si manifestano nella praticità dei gesti e nella loro interpretazione. Si crea così una situazione "a metà" che permette un buon rapporto tra servizi italiani e utenti straniere.

Questi centri sembrano essere un fattore di forte innovazione all'interno del contesto milanese, perché nascono dal tentativo di affrontare il tema della salute riproduttiva in maniera globale, prendendo in considerazione tutti i fattori che ad essa sono legati e che spesso non sono presi in considerazione dai servizi medici.

Inoltre qui le operatrici sono formate a guardare alla gravidanza e al parto come ad eventi non solo fisiologici, ma sociali, ai quali sono legate delle costruzioni simboliche da cui non si può prescindere nell'assistenza alle persone. Credo che anche il solo utilizzo di mediatrici, se non pensato come solo mezzo di interpretariato, possa contribuire a raggiungere questo obiettivo.

Strutture di questo tipo sono inoltre molto utili per un'educazione all'utilizzo dei servizi e fanno diminuire il numero di persone che per qualsiasi problema si rivolgono al pronto soccorso e indirizzandole al servizio più adatto.

Nell'organizzazione di questi centri le stesse operatrici e, più in generale, la Cooperativa Crinali hanno messo in luce alcuni punti critici:

- il primo e più importante è la precarietà dei progetti, a causa della mancanza di fondi certi per una durata superiore a uno o due anni.
- strutture come queste rischiano, se non adeguatamente messe in rete con altri servizi sul territorio, di chiudere le utenti straniere in uno spazio riservato esclusivamente a loro. Indubbiamente ci sono necessità e questioni strettamente legate alla condizione di immigrazione, ma esse dovrebbero presentarsi solo per un breve periodo di tempo al momento dell'arrivo. Soprattutto nel campo della salute riproduttiva è necessario che tutte le donne si accostino ai servizi, in vista della cura del bambino. Il progetto "spazi di integrazione" con i consultori andrebbe valorizzato maggiormente per permettere l'utilizzo a donne straniere e italiane di spazi di cura comuni e per sollevare i centri dall'enorme quantità di lavoro.
- la poca segnalazione dei centri. Per lo più essa avviene informalmente, tramite passa parola oppure da parte di altre strutture di accoglienza che inviano qui le loro utenti. Un servizio di questo tipo è molto utile soprattutto nei primi mesi dall'arrivo, quando la conoscenza della lingua, la capacità di orientarsi e la rete

sociale di conoscenza e di assistenza nel nuovo mondo sono scarse. L'esistenza di questi luoghi andrebbe di conseguenza segnalata con maggiore efficacia in modo da raggiungere questa fascia di popolazione, tramite *dépliants* o affissioni.

- il punto precedente è realizzabile solo se aumentano le forze che lavorano a questo progetto. Le grosse difficoltà delle operatrici, a causa delle troppe utenti che si rivolgono ai centri, dipendono soprattutto dal tentativo di mantenere il libero accesso senza appuntamento, una qualità che si ritiene non debba essere eliminata in nessun caso. Per fornire un servizio davvero ottimale i centri dovrebbero aprire tutti i giorni della settimana con un maggior numero di operatrici e soprattutto con spazi più adeguati a tutte le esigenze.

6.5 I SERVIZI CONSULTORIALI

La rete dei consultori milanesi dipende dal Dipartimento Assi, Servizio Famiglia, Infanzia, Età Evolutiva e dal Dipartimento Servizi Sanitari di Base, Servizio Pediatria Libera Scelta e Consultori Pediatrici della ASL città di Milano.

A differenza dei centri esaminati precedentemente i servizi consultoriali non sono indirizzati esclusivamente ad utenti di origine straniera. Essi fanno parte, infatti, dei servizi territoriali della ASL. Tuttavia ho scelto di inserirli nella ricerca per due motivi: innanzitutto perché le donne intervistate si sono rivolte, durante la gravidanza, soprattutto ai consultori familiari; inoltre, i consultori milanesi sono stati al centro, negli ultimi anni, di alcuni progetti sperimentali nel campo dell'assistenza socio-sanitaria alle donne immigrate e alle loro famiglie finanziati dalla Regione Lombardia.

E' stato creato nel 1998 un programma, chiamato "Spazi di integrazione", i cui obiettivi erano:

“- migliorare la capacità di fornire risposte adeguate di fronte al mutare dei bisogni della società multietnica da parte dei servizi dell'area materno-infantile

- superare i modelli di intervento solo di tipo emergenziale e frammentario

- migliorare la comunicazione fra operatori e utenti anche con la presenza di mediatrici linguistiche e culturali
- attivare salde connessioni tra differenti ma contigue istituzioni per fornire risposte più adeguate e capaci di considerare in modo globale il bisogno espresso
- stendere protocolli che individuino percorsi facilitanti per famiglie immigrate nei servizi dell'area materno-infantile
- promuovere momenti di confronto interculturale
- promuovere momenti di formazione comune per operatori ASL e per operatori degli enti partner
- diffondere tra gli immigrati la conoscenza delle opportunità dei servizi di salute date dai servizi sociosanitari.”⁶⁰

La scelta di “Spazi di Integrazione” è stata una scelta culturale: l'idea che guida il progetto è infatti quella di non creare dei servizi esclusivamente dedicati alle persone straniere, ma di fare in modo che le utenti italiane e le utenti straniere possano accedere al medesimo servizio. Il lavoro coordinato con i Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e per i loro bambini degli ospedali San Carlo e San Paolo ha determinato una differenziazione dell'utenza a cui i servizi sono rivolti. I consultori trattano temi legati a scelte che tengono in considerazione la persona e la famiglia in una prospettiva di lungo periodo: essi tendono, quindi, a seguire prevalentemente una popolazione stabile che ha già punti di riferimento e che ha già preso contatto con la realtà dei servizi italiani.

I Centri, invece, poiché si trovano all'interno degli ospedali, tendono a rispondere a situazioni di emergenza. L'utenza a cui si rivolgono è spesso meno capace di muoversi all'interno dei servizi e si rivolge all'ospedale per ogni tipo di richiesta sanitaria.

Nei consultori familiari milanesi l'utenza straniera nell'anno 2000 ha rappresentato il 18% dell'utenza totale, di cui il 43,6% proveniente dall'America centrale e meridionale,

⁶⁰ Tratto dall'intervento della Dott.ssa Madoni al Convegno “Donne e famiglie immigrate. Integrazione e nuovi modelli di assistenza.”

il 20,4% dall'Asia e dall'Oceania, il 17,9% dal continente africano, l'11,7% dall'Europa Orientale⁶¹.

Tra i servizi di assistenza erogati dai consultori, oltre all'assistenza ginecologica, ci sono i corsi di preparazione al parto, i servizi di orientamento alla prevenzione e alla contraccezione, i servizi di assistenza psicologica e di sostegno alla genitorialità. Oltre a questo il Dipartimento ASSI propone sul territorio di Milano alcune iniziative rivolte ai genitori di bambini in età compresa tra 0 e 6 anni. Lo "Sportello mamma e papà" e la "Scuola genitori" sono due servizi psicologici, in forma singola o di gruppo, che possono aiutare i genitori ad affrontare le difficoltà che si possono incontrare nel crescere il proprio bambino. "Coccole e giochi" è invece uno spazio di incontro settimanale per bambini tra 0 e 12 mesi e le loro mamme con una psicologa, un'educatrice e una psicomotricista. Si tratta di un luogo in cui non soltanto queste figure possono aiutare i genitori a osservare e ascoltare il proprio bambino, ma dove i genitori possono confrontarsi tra di loro e scambiare opinioni riguardo alla crescita e all'educazione dei bambini. I servizi "Coccole e giochi" (ne esiste uno per ogni distretto) cominciano ad essere usufruiti anche da donne straniere con i loro bambini, che, in questo modo, vengono a contatto e si confrontano con metodi educativi e con modalità di stimolazione della crescita del bambino differenti da quelli a cui sono abituate. Spazi come questo, se ben pubblicizzati e gestiti in modo tale da garantire a tutti pari possibilità di accesso (per esempio anche senza la conoscenza della lingua italiana) hanno quindi l'opportunità di diventare luoghi di aggregazione per le mamme e i bambini e di scambio di diverse esperienze e modalità di cura dell'infanzia.

Per quanto riguarda l'assistenza medica dopo la nascita del bambino, essa è fornita dai consultori pediatrici, che, come si è visto, appartengono ad un altro Dipartimento (Dipartimento Servizi Sanitari di Base, Servizio Pediatria Libera Scelta e Consultori Pediatrici) della Asl di Milano rispetto ai consultori familiari.

⁶¹ Dati tratti dall'intervento della Dott.ssa Sacchetti al Convegno "Donne e famiglie immigrate. Integrazione e nuovi modelli di assistenza."

Per la mia osservazione ho visitato il Consultorio Pediatrico di via Baroni, all'estrema periferia sud di Milano. Esso si trova all'interno di un grande poliambulatorio che fornisce varie tipologie di assistenza medica. I consultori pediatrici si trovano nella maggioranza dei casi all'interno della medesima struttura del consultorio familiare di zona. Nel caso del consultorio di via Baroni non è così: il consultorio familiare si trova in via Boifava, all'interno di un'altra struttura. I due consultori svolgono comunque un lavoro coordinato e sono in contatto soprattutto per l'invio degli utenti da una struttura all'altra.

All'interno di un consultorio pediatrico lavorano tre figure:

- l'assistente sanitaria: si occupa di contattare tutti i genitori dei neonati del bacino d'utenza per presentare il servizio fornito dal consultorio pediatrico. Originariamente si trattava di un servizio a domicilio, per cui l'assistente sanitaria visitava tutti i neonati; oggi questo stesso lavoro viene svolto telefonicamente oppure sono presi degli appuntamenti al consultorio con i genitori dei bambini. La stessa assistente sanitaria nota l'importanza di questo servizio soprattutto per le famiglie straniere. Si crea infatti un primo momento di contatto tra i genitori del bambino e il consultorio, in cui c'è la possibilità di presentare i servizi e di rispondere ad eventuali perplessità.
- la pediatra
- le infermiere pediatriche

Il servizio fondamentale erogato dai consultori pediatrici è costituito dalle vaccinazioni ai bambini fino ai tre anni. Fino ad alcuni anni fa i servizi erano anche altri ma successivamente è stato istituito l'obbligo del pediatra di base a partire dai sei mesi del bambino e così i compiti del consultorio pediatrico si sono notevolmente ridotti.

Tuttavia, oltre alle vaccinazioni, viene effettuata una visita dopo la nascita a tutti i bambini e, durante le visite per le vaccinazioni, un controllo sulla crescita e sullo svezzamento, mantenendo sempre il contatto con il consultorio familiare e inviandovi i pazienti quando necessario.

La pediatra, inoltre, si occupa di gestire, insieme alla ginecologa e all'ostetrica del consultorio familiare, i corsi di preparazione alla nascita. In questo modo durante il corso

le donne incontrano tutte le figure mediche con cui dovranno rapportarsi nell'utilizzo dei servizi. I corsi di preparazione al parto costituiscono, infatti, un luogo privilegiato per iniziare un percorso di prevenzione e presentazione dei servizi sia per la mamma che per il bambino.

I problemi che si sono presentati durante la mia permanenza al consultorio per quanto riguarda le visite a bambini figli di genitori stranieri sono simili a quelli visti precedentemente negli altri centri. Il primo è l'incomprensione linguistica: nei consultori pediatrici non è utilizzato il servizio di mediazione linguistico culturale. La prima visita a cui ho assistito era svolta ad un bambino accompagnato dal padre, di origine cingalese. L'uomo non parlava italiano e la pediatra e l'infermiera hanno tentato, come meglio potevano, di spiegare ciò che era necessario fare al bambino dopo la vaccinazione (medicazione, evitare il contatto con l'acqua, quando ripresentarsi per la successiva...). Oltre a questo gli sono stati dati alcuni fogli informativi, tradotti in cingalese, riguardo alle dosi delle pappe e alle cure più basilari da dare ad un neonato.

Le operatrici del consultorio notano che il problema dell'incomprensione linguistica, sebbene siano rari i casi di persone con cui è impossibile comunicare, è molto grave nel rapporto tra operatore e utente. Sarebbe necessario avere la possibilità di fissare gli appuntamenti di queste persone in giorni specifici in cui è presente una mediatrice. Il Dipartimento Servizi Sanitari di Base non ha però contatti e contratti di collaborazione con mediatrici linguistico-culturali.

Il problema si fa sentire maggiormente nei casi in cui le persone giungano al consultorio con richieste che devono essere inoltrate ai consultori familiari o al pediatra di base. In questo caso è molto complesso, per le operatrici, riuscire ad inviare gli utenti nel posto giusto e non è mai possibile avere un riscontro del passaggio avvenuto da un servizio all'altro.

Per quanto riguarda le visite si tenta di sorpassare il problema linguistico tramite l'utilizzo di materiale informativo in varie lingue, sia da distribuire, sia da utilizzare durante il colloquio anamnestico. La ASL di Milano ha prodotto un volume, chiamato "Pappe e consigli igienico-sanitari per i bambini da 0 a 3 anni" tradotto in diverse lingue con il testo italiano a fronte, così da permettere ai genitori dei bambini di conoscere le

abitudini italiane nella cura del bambino e di arricchire il proprio vocabolario italiano. Gli argomenti trattati all'interno sono: le misure igienico-sanitarie del neonato; l'alimentazione e la conservazione dei cibi; la febbre; gli incidenti in casa; le vaccinazioni. Oltre ad esso all'interno del consultorio sono utilizzati altri materiali tradotti in varie lingue, alcuni prodotti da case farmaceutiche, altri scritti dalle stesse operatrici e fatti tradurre da alcune utenti. In questo modo si cerca di sopperire alla mancanza di mediatori e di accompagnare i genitori nella crescita del bambino anche al di fuori del momento della visita. Il problema che sorge dall'utilizzo di questi materiali, come notano le operatrici del consultorio, è che essi sono creati traducendo letteralmente usi e abitudini italiane riguardo alla cura dei bambini senza prendere in considerazione altre possibilità di cura e di alimentazione. Può quindi sembrare che questo tipo di materiale informativo abbia lo scopo di educare i genitori stranieri alla giusta educazione del bambino e a far loro acquisire le abitudini locali. Non si può negare, tuttavia, che materiali come questo possano essere utili ai genitori per rapportarsi con i medici italiani. Le operatrici notano, però, la necessità di un servizio di mediazione oppure di incontri di gruppo, con la presenza dei mediatori, durante i quali presentare i servizi dei consultori e facilitare così l'approccio ai servizi da parte delle donne immigrate.

Il problema maggiore, secondo le operatrici, resta, infatti, quello della mancanza di sportelli informativi riguardo ai servizi sul territorio, che permettano di orientare meglio gli utenti al servizio più idoneo a rispondere alle loro esigenze. Questo permetterebbe all'utenza straniera di accedere con maggiore facilità ai servizi e agli operatori di lavorare con maggiore tranquillità e di concentrare le proprie energie sul miglioramento dei servizi erogati.

CONCLUSIONE

L'analisi delle interviste svolte e l'osservazione dei centri che forniscono assistenza medica alle donne straniere e ai loro bambini hanno permesso di individuare alcune caratteristiche comuni a tutte le esperienze di maternità delle donne intervistate sia per ciò che concerne i vissuti personali sia nel rapporto con i servizi italiani.

In generale, infatti, nel raccontare il loro vissuto di maternità, le donne intervistate hanno differenziato due aspetti che si intrecciano e si sovrappongono ma per cui valgono considerazioni differenti: l'aspetto medico e quello che concerne la sfera familiare e relazionale.

La medicalizzazione della maternità, ovvero il controllo e la gestione della nascita da parte delle strutture mediche e ospedaliere non ha costituito un ostacolo per le donne intervistate, poiché esse avevano già vissuto esperienze simili nei paesi di origine. L'ospedalizzazione del parto, in particolare, ha costituito un punto di raccordo tra l'esperienza nei paesi di origine e in Italia.

Certamente è necessario fare delle distinzioni: innanzitutto vorrei ricordare le differenze che sono emerse tra le esperienze di donne provenienti da paesi fortemente occidentalizzati e quelle di donne provenienti da paesi in cui l'utilizzo della biomedicina e delle istituzioni ad essa legate è meno diffuso. Bisogna inoltre ricordare che la maggior parte delle donne intervistate proviene da fasce di popolazione agiata che, nei paesi di provenienza, ha avuto maggiore accesso sia a livello economico sia culturale ad istituzioni educative e mediche improntate sul modello occidentale.

Non bisogna quindi pensare, se non per alcune persone (per esempio quelle provenienti dall'Eritrea e dalla Somalia), che l'esperienza della maternità vissuta in Italia abbia comportato lo scontro con un sistema di nascita completamente nuovo e radicalmente differente da quello conosciuto nel proprio paese. L'utilizzo concomitante della biomedicina e della medicina tradizionale, e la conseguente distinzione degli ambiti di cura, non è interamente ascrivibile alla migrazione ma è un fenomeno iniziato nei paesi

di origine, che faceva quindi parte del patrimonio di conoscenze e di pratiche quotidiane di queste donne già prima di intraprendere il percorso migratorio.

Probabilmente è questo il motivo per cui, in linea generale, le donne intervistate hanno giudicato positivo l'impatto con il sistema medico italiano. Soprattutto in una situazione in cui gli abituali punti di appoggio e di riferimento vengono a mancare, l'assistenza medica gratuita ed accessibile a tutte costituisce un fattore di sicurezza e di tranquillità per la nascita del proprio bambino. Come si è visto nel quinto capitolo le donne che hanno vissuto la nascita di un figlio in Italia difficilmente rinuncerebbero alle condizioni di igiene e alla qualità del servizio, anche da un punto di vista umano, caratteristiche degli ospedali italiani, nel caso dovessero avere un altro figlio.

Le rappresentazioni del corpo, della nascita e della crescita sono, come si è visto, strettamente correlate al contesto ambientale e sociale e al sistema culturale in cui si vive. Tali sistemi costituiscono mondi in continua trasformazione che si articolano secondo un'amplessissima gamma di variazioni. Non si può quindi cercare nelle strategie di adattamento e nel vissuto della maternità in Italia un modello culturale originario che la situazione di migrazione ha trasformato. Comportamenti e modelli di pensiero ibridi e contaminati da modelli occidentali erano già propri di queste persone prima che esse emigrassero dal loro paese verso l'Italia.

Molto più sfumata e varia è l'esperienza dei periodi precedenti e susseguenti il parto. Si tratta di ambiti che, secondo i racconti delle donne intervistate, nei paesi di origine sono relativamente estranei alla medicina occidentale e alle istituzioni mediche; essi sono invece legati a forme di cura e di assistenza informale effettuate all'interno del gruppo familiare. In Italia, al contrario, la medicina, i medici e gli ospedali assumono un ruolo centrale in tutte le fasi della maternità, con il risultato che non solo il momento del parto, ma anche la gravidanza e, seppure in minor misura, il puerperio, sono eventi medicalizzati.

Il problema della distanza dal proprio ambiente sociale e familiare è stato quello maggiormente messo in evidenza dalle persone intervistate. Il passaggio dalla famiglia allargata alla famiglia nucleare crea disagi e solitudini. Le reti sociali di appoggio in Italia, che molte delle donne intervistate hanno mostrato di avere, sebbene costituiscano

un punto di riferimento molto importante, non sembrano essere sufficientemente articolate ed idonee a sostituire la famiglia allargata. La nuova organizzazione familiare, in forma ristretta, presuppone, inevitabilmente, una trasformazione delle relazioni di cura e dei rapporti di genere.

Si è visto infatti quanto le pratiche legate alla maternità siano strettamente connesse ad un ordine culturalmente definito e quanto la loro attuazione dipenda da ruoli e relazioni sociali. Il cambiamento di ambiente e l'abbandono della famiglia porta alla necessità di un riassetto di questi ruoli e l'apprendimento da parte della neo-madre anche di quelle forme di cura del bambino che nel proprio paese sarebbero state compito di altre persone.

Questo cambiamento coinvolge anche la relazione tra madre e padre. L'uomo, normalmente escluso dalle questioni legate alla cura della madre e del bambino, che sono gestite dalle donne del gruppo familiare, deve imparare a supplire alla loro assenza. Questo implica un riassetto delle relazioni tra marito e moglie e dei rispettivi ruoli. Il processo di riassetto identitario, comunque necessario per la buona riuscita di un percorso migratorio, diviene fondamentale nel momento in cui si vive un'esperienza di maternità e di paternità.

Il ruolo di appoggio alla donna durante la gravidanza e dopo il parto, che nei paesi di origine viene svolto dalle nonne del bambino o da altre parenti, in Italia viene demandato per lo più ai servizi. Questi rappresentano, spesso, gli unici punti di riferimento in grado di dare un senso di tranquillità analogo a quello ricevuto dalla propria madre o dalle proprie familiari. Mentre la fiducia in queste ultime dipendeva dalla loro esperienza e dal legame affettivo, i servizi trasmettono serenità grazie all'utilizzo della medicina e ai continui controlli ed esami atti a verificare il benessere del bambino. Nell'esaminare il rapporto tra donne straniere e servizi di assistenza medica nell'area materno-infantile, alcune delle donne intervistate hanno infatti notato l'instaurarsi di questa particolare relazione.

Come la maternità, anche le idee e le pratiche dell'assistenza alla maternità sono culturalmente condizionate. Le utenti possono attendere da un centro di assistenza prestazioni diverse da quelle che in realtà esso fornisce e, allo stesso modo, un centro

può fornire una tipologia di assistenza che non è quella di cui effettivamente le utenti hanno necessità.

L'assistenza medica italiana si sta aprendo a queste nuove problematiche, grazie soprattutto all'iniziativa di chi lavora quasi esclusivamente con persone di origine straniera. Si stanno sperimentando nuove strategie di lavoro e di assistenza medica; la direzione intrapresa è, in linea generale, quella di superare gli ostacoli linguistici e di riuscire a fornire una tipologia di assistenza che riesca a prendere in considerazione non solamente gli aspetti meramente fisiologici della maternità, ma anche più globalmente la sfera relazionale ed emotiva ad essa legata.

L'interrogativo maggiore, che rimane aperto nella conclusione di questa ricerca, è se sia effettivamente possibile riuscire a valorizzare sistemi di pensiero e di pratiche riguardo alla maternità "altri", facendoli interagire con quelli della tradizione italiana e andando così a creare una nuova cultura della maternità.

Se, come ho sostenuto fino a qui, ogni sistema culturale è sempre un sistema culturale ibrido, il *métissage* è già in atto nelle nuove forme di lavoro e di ricerca che gli operatori dei centri e dei servizi stanno attuando e nei modi di vivere e di aprirsi all'altro che le donne intervistate hanno scelto per se stesse e per i loro bambini.

APPENDICE:

SCHEMA PER INTERVISTE

1a AREA- BACKGROUND FAMILIARE

- Età
- Nazionalità
- Da quanto tempo è in Italia?
- E' venuta da sola o con qualcuno?
- Con chi viveva e dove nel suo paese?
- Con chi vive adesso?

2a AREA – RAPPORTO TRA FEMMINILITA' E MATERNITA'

- Secondo lei per una donna ... e per una donna italiana è ugualmente importante avere dei figli?
- Per lei essere donna significa anche essere madre?
- Cosa pensa delle donne che non possono avere figli?
- E delle donne che scelgono di non avere figli?
- Come sarebbe vivere qui senza avere figli?
- Come sarebbe vivere nel suo paese senza avere figli?

3a AREA-GRAVIDANZA

La madre

- La gravidanza è un periodo speciale per tutte le donne, lei come l'ha vissuta? Sarebbe stato molto diverso se tutto fosse successo nel suo paese? Perché?
- C'è qualcuno che le è stato vicino durante la gravidanza?

- Ha cambiato alcune delle sue abitudini durante la gravidanza? P.es. il lavoro, i lavori di casa, il modo di vestire, uscire, fare la spesa...
- Nel suo paese il periodo della gravidanza è considerato un periodo particolare? Ad esso sono legate delle pratiche particolari (cura del corpo, alimentazione, cure di bellezza, compiti o doveri speciali..)? Come vengono insegnate alle ragazze? C'è una persona che ha il compito di insegnargliele oppure le imparano osservando gli altri?
- Lei ha mantenuto queste usanze qui in Italia, magari anche solo in parte? Le avrebbe mantenute maggiormente se un membro femminile della sua famiglia fosse stato qui con lei?
- Ha trovato usanze simili qui in Italia?

Il bambino

- A che mese ha fatto la prima visita ginecologica? Dove? Come ha saputo di questo posto (se non è un ospedale)? E' stata accompagnata da qualcuno?
- E' riuscita a farsi capire dal medico e a capire tutto (a seconda del tempo trascorso dall'arrivo)?
- Era un uomo o una donna? Si sarebbe fatta visitare da un medico uomo?
- Le ha prescritto molti esami?
- Cosa pensa di tutti gli esami a cui viene sottoposta una donna gravida in Italia? Nel suo paese si fanno esami dello stesso tipo? Nella stessa quantità?
- Ha voluto sapere il sesso del bambino prima della nascita? Nel suo paese si usa fare le ecografie?

Il gruppo familiare

- Chi è la prima persona che ha saputo che lei aspettava un bambino? Sarebbe stata qualcun altro se fosse stata nel suo paese?
- Quando e come ha annunciato la futura nascita a suo marito? Avrebbe fatto nello stesso modo al suo paese?

- Cosa succede nel suo paese quando una ragazza annuncia alla sua famiglia e a quella del marito che aspetta un bambino? A che punto della gravidanza glielo dice ? Viene organizzata una festa o qualcosa di simile?
- Cambia in qualche modo il suo ruolo nella famiglia? Cambiano le sue abitudini (lavoro, lavori di casa, abbigliamento)? Comincia a portare ornamenti o abiti particolari? E' considerata diversamente da prima? Come e perché?
- Da qui lei ha dato la notizia alla sua famiglia, come hanno reagito? Le hanno chiesto di tornare? Sua madre o qualche sorella le ha dato consigli particolari?
- Si è sentita sola?
- Qual è stato il ruolo di suo marito (se c'è) in tutto questo periodo?
- Qui ha delle amiche o parenti con cui parlare di qualche problema o perplessità? Se no con chi ne parla?
- Durante la gravidanza ha seguito i consigli del medico su quello che doveva fare, oppure i consigli di sua madre o di sua suocera, o i suoi ricordi di quando viveva lì?

4a AREA – IL PARTO

La madre

- Dove ha partorito?
- Che tipo di controlli le hanno fatto prima del parto?
- C'è qualcosa che avrebbe desiderato fosse andato diversamente? Perché?
- Se avesse partorito nel suo paese ci sarebbe stato qualcosa di diverso?
- Se una sua connazionale le chiedesse consiglio se partorire in Italia o nel suo paese, cosa consiglierebbe? Perché?
- Durante il parto è avvenuto tutto naturalmente oppure la nascita è stata anticipata o posticipata artificialmente? Pensa che sarebbe stato diverso?
- Può ricordare qualche paura o angoscia che aveva prima di partorire?

- Crede che lo spazio del parto, cioè la sala dell'ospedale sia adeguata o dovrebbe essere in qualche modo modificata?
- Se dovesse partorire di nuovo, come desidererebbe avvenisse il parto?

Il bambino

- Appena dopo la nascita del bambino cosa è successo?
- Tranne che in qualche caso negli ospedali italiani i bambini vengono tolti quasi subito alla mamma e le vengono riportati dopo un po' di tempo, per l'allattamento, ma per tutta la durata della degenza in ospedale vengono tenuti in un'altra stanza. Per lei è stato così? Le è sembrato giusto oppure avrebbe desiderato diversamente?
- Nel suo paese la mamma e il neonato vengono separati così o il modo di procedere è in qualche modo diverso?
- Qualcuno le ha mostrato come allattare, cambiare il bambino, oppure sapeva già tutto?
- E' riuscita a comunicare bene con gli operatori dell'ospedale?

Il gruppo familiare

- Qualcuno ha assistito al parto? Avrebbe assistito anche nel suo paese, o ci sarebbe stato qualcun altro ad assistere?
- Avrebbe desiderato che ci fosse qualcun altro con lei?
- Il padre del bambino è stato con lei nei giorni seguenti, in ospedale?
- Quando ha parlato per la prima volta dopo la nascita con la sua famiglia?

5a AREA – PRIMI MESI DEL BAMBINO

La madre

- Come è stato il rientro a casa? Aveva qualche timore ancora riguardo al bambino?
Se sì, con chi ne ha parlato?
- Se ha allattato il bambino, per quanti mesi?
- Ha seguito una dieta particolare durante l'allattamento? Perché?
- Dopo quanto tempo ha ripreso a svolgere le attività abituali?
- Crede che sarebbe stato diverso questo primo periodo dopo la nascita, nel suo paese?
- Dopo quanto tempo siete usciti di casa (lei e il bambino)?
- Aveva qualcuno a cui lasciarlo in caso di necessità?
- C'è qualcosa del suo paese che le è mancata in particolare in questo periodo?
- In caso di problemi o semplici perplessità, a chi si è rivolta?

Il bambino

- Qui è necessario dare il nome al bambino al momento della nascita; altrimenti gli sarebbe stato dato in un altro momento? Perché?
- Durante i primi mesi il bambino ha avuto cure particolari? Oltre al latte, cosa gli dava da mangiare e a partire da che mese?
- Il bambino aveva un suo posto all'interno della casa durante i primi 40-60 giorni?
Dormiva con lei o da solo?
- Secondo lei è meglio se il bambino impara da subito a stare alcuni momenti da solo oppure se sta più tempo possibile attaccato alla mamma?
- L'allattamento avveniva seguendo le richieste del bambino oppure ad orari precisi?
- Durante lo svezzamento, ha seguito in modo particolare i consigli di qualcuno?
- Avrebbe fatto diversamente nel suo paese?

- C'è un qualche uso particolare che serve a proteggere i bambini nel suo paese, che lei ha utilizzato anche qui? P.es. vestirlo in un modo particolare o usare degli ornamenti particolari...
- Per la cura del bambino ha seguito i consigli dei medici oppure quelli di sua mamma (o altre parenti)?

Il gruppo familiare

- C'è stata una qualche festa o cerimonia particolare (p.es. cerimonie religiose), per la nascita del bambino? Se sì, chi vi ha partecipato? Come si è svolta?
- Cosa avviene nel suo paese quando nasce un bambino?
- Crede che la sua famiglia e la famiglia di suo marito abbiano festeggiato, pur non vedendo il bambino?
- Il padre del bambino ha partecipato allo svezzamento?
- Conosceva qualche altra donna che aveva bambini piccoli, che potesse consigliarla, o solo per passare il tempo insieme con i bambini?
- E' mai tornata nel suo paese con il bambino? Se sì, è stato festeggiato dai suoi parenti? Se no, vorrebbe portarlo là, prima o poi?
- Cosa pensa la sua famiglia della sua vita qui?
- Crede che ci siano differenze molto forti nel modo di vivere la gravidanza e il parto, tra una donna... e una donna italiana? Perché? C'è qualche cosa che lei vorrebbe insegnare a una mamma italiana?
- Se potesse scegliere e se dovesse avere un altro bambino, preferirebbe trovarsi qui o nel suo paese?

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano, 1985

AAVV, *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, L'Harmattan, Paris, 1991

ADRI (a cura di), *L'intégration locale des immigrés en Europe*, Publications de l'ADRI, Paris, 1992,

Alimenti A., "La cerimonialità: spazio di identità culturale per l'emigrato", in Di Carlo A. e Di Carlo S., *I luoghi dell'identità. Dinamiche culturali nell'esperienza di emigrazione*, Franco Angeli, Milano, 1986, pp. 125-138

Ambrosini M., "L'inserimento economico degli immigrati in Italia" in Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2000, pp. 131-144

Amselle J.L., *Connessioni. Antropologia dell'universalità delle culture*, Bollati Boringhieri, Torino, 2001

Amselle J.L., *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999

Anderson B., *Imagined communities: Reflections on the origin and spread of nationalism*, Verso, London, 1983

Andezian e Streiff, *Les réseaux sociaux des femmes maghrébines immigrées en Provence-Côte d'Azur*, Tesi di dottorato, 3° ciclo, Università di Nizza, 1981

Atti del Convegno "Diventare madre: culture etniche a confronto", Cuneo, 24 ottobre 1998

Atti del Convegno “Donne e famiglie immigrate: integrazione e nuovi modelli di assistenza”, Milano, 30 Maggio 2001

Augé M., “Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell’avvenimento” in Augé M., Herzlich C., *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, il Saggiatore, Milano, 1986, pp. 33-86

Augé M., Herzlich C., *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, il Saggiatore, Milano, 1986

Bailey K.D., *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1995

Balsamo E., “Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via dell’etnopediatria”, in Balsamo E., Favaro G., Giacalone F., Pavesi A., Samaniego M., *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, F. Angeli, Milano, 2002, pp. 99-160

Balsamo E., Favaro G., Giacalone F., Pavesi A., Samaniego M., *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, F. Angeli, Milano, 2002

Balsamo F., *Da una sponda all’altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità*, L’Harmattan, Torino, 1997

Basso P., “Dalle periferie al centro, ieri e oggi” in Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2000, pp.25-62

Basso P., Perocco F., *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2000

Belarbi A., “Evolución y perspectivas de la emigración femenina”, in Roque M., a cura di, *Mujer y migración en el Mediterráneo occidental*, Icaria e Institut Català de la Mediterrània, Barcelona, 2000, pp. 27-46

Bernardi U., *L’insalatiera etnica. Società multiculturale e relazioni interetniche*, Neri Pozza Editore, Vicenza, 1992

Blangiardo G., a cura di, *L'immigrazione straniera in Lombardia. La prima indagine regionale. Rapporto 2001*, Milano, 2002

Breveglieri L., Cologna D., “La famiglia le donne e i bambini”, in Breveglieri L., Cologna D., Granata E., Novak C., *Africa a Milano. Famiglie , ambienti e lavori delle popolazioni africane a Milano*, AIM e Abitare Segesta Cataloghi, Milano, 1999, pp. 73-88

Breveglieri L., Cologna D., Granata E., Novak C., *Africa a Milano. Famiglie , ambienti e lavori delle popolazioni africane a Milano*, AIM e Abitare Segesta Cataloghi, Milano, 1999

Cacciari C., Pizzini F., “Presentazione” in Cacciari C., Pizzini F., *La donna paziente. Modelli di interazione in ostetricia e ginecologia*, ed. Unicopli, Milano, 1985, pp. 5-10

Cacciari C., Pizzini F., *La donna paziente. Modelli di interazione in ostetricia e ginecologia*, ed. Unicopli, Milano, 1985

Campani G., “La condition des femmes immigrées” in ADRI (a cura di), *L'intégration locale des immigrés en Europe*, Publications de l'ADRI, Paris, 1992, pp. 81-101

Campani G., *Genere, etnia e classe. Migrazioni al femminile tra esclusione e identità*, Edizioni ETS, Pisa, 2000

Caritas di Roma, *Immigrazione. Dossier statistico 2000*, Anterem, Roma, 2001

Caritas di Roma, *Immigrazione. Dossier statistico 2001*, Anterem, Roma, 2002

Caritas di Roma, *Immigrazione. Dossier statistico 2002*, Anterem, Roma, 2003

Chinosi L., *Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera*, F. Angeli, Milano, 2002

Cipolla L., Rigano S., Ferrazzi E., “Caratteristiche epidemiologiche ed esiti perinatali in una popolazione di gravide immigrate: analisi retrospettiva dei parti dell’azienda ospedaliera Luigi Sacco”, in Pasini N., Pullini A. (a cura di), *Immigrazione e salute in Lombardia. Una riflessione interdisciplinare.*, Fondazione ISMU, Milano, 2003, pp. 129-132

Colombo G., “Uno sguardo sociale sul parto” in Sbisà M., *Come sapere il parto. Storia, scenari, linguaggi*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1992, pp. 163-184

Colombo G., Pizzini F., Regalia A., *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Franco Angeli, Milano, 1985

Costa-Lascoux J., “Assimiler, insérer, intégrer” in *Projet n° 227*, 1991, pp. 7-15

Costantini W., Bulfoni G., Lombardi L., “Analisi dei ricoveri ostetrico-ginecologici di donne straniere: realtà della clinica Mangiagalli”, in Pasini N., Pullini A. (a cura di), *Immigrazione e salute in Lombardia. Una riflessione interdisciplinare.*, Fondazione ISMU, Milano, 2003, pp. 81-96

Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Ed. Colibrì, Paderno Dugnano, 1996

Cravero A., *Il rapporto tra medico italiano e paziente straniero*, L’Harmattan Italia, Torino, 2000

Crinali (a cura di), *Professione mediatrice culturale. Un’esperienza di formazione nel settore materno infantile*, Franco Angeli, 2001

Dal Lago A., “Nonpersone. Il limbo degli stranieri” in *Aut aut n°275*, 1996, pp.43-70

Dal Lago A., *Non-persone. L’esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano, 1999

Dal Verme S., Parolari L., Sacchetti G., “La biologia non è esterna alla cultura: la formazione nell’area sanitaria” in Crinali (a cura di), *Professione mediatrice culturale. Un’esperienza di formazione nel settore materno infantile*, Franco Angeli, 2001, pp. 11-42

De Luca P., Panareo L., Perrone M., “Le nuove regole” in Vicarelli G. (a cura di), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse Edizioni, Roma, 1994, pp. 148-176

Decreto del Presidente della Repubblica 30 marzo 2001, *Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell’immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell’art.3 della L. 6 Marzo 1998, n°40.*

Decreto del Presidente della Repubblica del 23 luglio 1998, *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.*

Delle Donne, Melotti, Petilli, *Immigrazione in Europa, solidarietà e conflitto*, Dipartimento di Sociologia Università di Roma “La Sapienza”- CEDISS, Roma, 1993

Di Carlo A. e Di Carlo S., *I luoghi dell’identità. Dinamiche culturali nell’esperienza di emigrazione*, Franco Angeli, Milano, 1986

Douglas M., *Antropologia e simbolismo*, Il Mulino, Bologna, 1985

Douglas M., *Purezza e pericolo*, Il Mulino, Bologna, 1993

Fabietti U., *L’identità etnica*, Carocci, Roma, 1995

Fabietti U., Malighetti R., Matera V., *Dal tribale al globale. Introduzione all’antropologia*, ed. Mondatori, Milano, 2000

Farfan M., *L’immigrazione in Italia: aspetti legislativi*, Carocci editore, Roma, 2001

Favaro G., “Le donne immigrate: progetti, vissuti e strategie d’inserimento”, in Favaro G., Tognetti Bordogna M., *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*, Edizioni Angelo Guerini Associati, Milano, 1991, pp. 67-96

Favaro G., “Diventare madri nella migrazione”, in *Marginalità e società* n°28, Milano, 1994, pp. 87-110

Favaro G., “Le pratiche e i gesti: infanzia immigrata e modalità di cura” in Balsamo E., Favaro G., Giacalone F., Pavesi A., Samaniego M., *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, F. Angeli, Milano, 2002, pp. 56-84

Favaro G., Tognetti Bordogna M., *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*, Edizioni Angelo Guerini Associati, Milano, 1991,

Favaro G., Tognetti Bordogna M., *La salute degli immigrati*, Unicopli, Milano, 1988

Gellner E., *Naciones y nazionalismo*, Alianza Editoriali, Madrid, 1988

Geraci S., Martinelli B., *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*, Quaderni di InformaArea, n°2, luglio 2002, Ed. Anterem, Roma, 2002

Giacomini M., “Partorire a Milano: racconti di donne egiziane”, in *Marginalità e società* n°28, Milano, 1994, pp. 111-147

Grasso M., *Donne senza confini*, L’Harmattan Italia, Torino, 1994

Grillo R., *Pluralism and the politics of difference. State, culture and ethnicity in comparative perspective*, Calendon Press, Oxford, 1998

Hannerz U., *La complessità culturale. L’organizzazione sociale del significato*, Il Mulino, Bologna, 1998

Héritier F., *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Editori Laterza, Bari, 1997

ISTAT, *La presenza straniera in Italia negli anni '90. Informazioni 61*, Roma: ISTAT, 1998

Jordan B., "L'autodiagnosi precoce in gravidanza: un'indagine sulla competenza non professionale" in Cacciari C., Pizzini F., *La donna paziente. Modelli di interazione in ostetricia e ginecologia*, ed. Unicopli, Milano, 1985a pp. 175-208

Jordan B., "Sistemi natali ed etno-ostetricia: frammenti di una ricerca transculturale" in AA.VV., *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano, 1985b , pp. 73-84

Jordan B., *La nascita in quattro culture: atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*, Emme Edizioni, Milano, 1984

Journet Odile, "Un rituel de préservation de la descendance, le Kanyaleen Joola" in AAVV, *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, L'Harmattan, Paris, 1991, pp. 19-40

Katuszevski J., Ogien R., *Réseaux d'immigrés. Ethnographie de nulle part*. Les éditions ouvrières, Paris, 1981

Landuzzi C., Tarozzi A., Treossi A., *Tra luoghi e generazioni. Migrazioni africane in Italia e in Francia*, L'Harmattan Italia, Torino, 1994

Latouche S., *L'occidentalisation du monde*, ed. La Découverte, Paris, 1992

Leghissa G., "Orientarsi nelle retoriche del multiculturalismo" *Aut aut* n° 312, 2002, pp. 19-45

Lombardi L., "Donne immigrate e salute riproduttiva: una interpretazione sociologica", in Pasini N., Pullini A. (a cura di), *Immigrazione e salute in Lombardia. Una riflessione interdisciplinare.*, Fondazione ISMU, Milano, 2003 pp.133-165

Lombardi Satriani L., “Per l’identità” in Delle Donne, Melotti, Petilli, *Immigrazione in Europa, solidarietà e conflitto*, Dipartimento di Sociologia Università di Roma “La Sapienza”- CEDISS, Roma, 1993 pp. 534-542

Madoni P., “Nuova utenza immigrata: un’occasione per ripensare i rapporto tra Consultorio Familiare e territorio”, intervento al Convegno *Donne e famiglie immigrate, integrazione e nuovi modelli di assistenza*, Milano, 30 maggio 2001

Martin E., *The woman in the Body*, Open University Press, Buckingham, 1993

Merton R.K., Fiske M., Kendall P.L., *The focused interview*, Free Press, Glencoe, 1956

Miles R., *Migration and the process of nation-building*, paper presented at the conference *Transitions*, Science Center for the Social Research, Berlin, May 13-14 1991 citato in Campani, 2000, p.18

Moro M.R., *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002

Nash M., “Construcción social de la mujer extranjera”, in Roque M., a cura di, *Mujer y migración en el Mediterráneo occidental*, Icaria e Institut Català de la Mediterrània, Barcelona, 2000, pp. 275-290

Nicollet A., *Femmes d’Afrique noire en France. La vie partagée*, L’Harmattan, Paris, 1992

Oakley A., “Il parto: un evento biosociale” in AA.VV., *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano, 1985, pp. 3-12

Obenga T., *Le sens de la lutte contre l’africanisme eurocentriste*, L’Harmattan, Paris, 2001

Opera San Francesco per i poveri, *Relazione sull’attività – anno 2002*, Milano, 2003

Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità – Fondazione Cariplo ISMU, *L'immigrazione straniera nell'area milanese, Rapporto statistico provincia di Milano, 2000.*

Parolari L., Sacchetti G., *Donne immigrate: gravidanza e maternità*, Carocci, Roma, 2001

Pasini N., Pullini A. (a cura di), *Immigrazione e salute in Lombardia. Una riflessione interdisciplinare.*, Fondazione ISMU, Milano, 2003

Perotti A., "Préface" in Nicollet A., *Femmes d'Afrique noire en France. La vie partagée*, L'Harmattan, Paris, 1992, pp. 7-11

Pollini G., Scidà G., *La sociologia delle migrazioni*, Franco Angeli, Milano, 1998

Rabain-Jamain J., Wornham W.L., "Transformation des conduites de maternage et des pratique de soin chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest", *Psychiatrie de l'enfant*, n° 33, 1990, pp. 287-319

Ramírez Á., "Las fronteras del Mediterráneo: las mujeres marroquíes, las migraciones y el matrimonio", in Roque M., a cura di, *Mujer y migracion en el Mediterráneo occidental*, Icaria e Institut Català de la Mediterrània, Barcelona, 2000, pp. 181-198

Ranisio G., *Venire al mondo. Credenze, pratiche e rituali del parto*, Meltemi Editore, Roma, 1996

Real I., "Massage traditionnel des nourissons et migration" , *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n° 2, pp. 112-116, 1995a

Real I., "Soigner les enfants de migrants. Une étrange mémoire culturelle", *Champ psychosomatique*, ed. La Pensée sauvage, n°2/3, pp. 57-66, 1995b

Romito P., Chatelanat G., “Conoscenza e controllo durante la gravidanza e il parto: come (non) si negozia il potere” in Cacciari C., Pizzini F., *La donna paziente. Modelli di interazione in ostetricia e ginecologia*, ed. Unicopli, Milano, 1985 pp. 141-174

Roque M., “Mujer y migración, una doble mirada en el Mediterráneo occidental”, in Roque M., a cura di, *Mujer y migración en el Mediterráneo occidental*, Icaria e Institut Català de la Mediterrània, Barcelona, 2000 pp. 13-26

Roque M., a cura di, *Mujer y migración en el Mediterráneo occidental*, Icaria e Institut Català de la Mediterrània, Barcelona, 2000

Rubin H.J., Rubin I.S., *Qualitative interviewing. The art of hearing data*, Sage Publications, Thousands Oaks, 1995

Sacchetti A., “Risultati raggiunti e prospettive della sperimentazione in atto nei servizi milanesi”, intervento al Convegno *Donne e famiglie immigrate, integrazione e nuovi modelli di assistenza*, Milano, 30 maggio 2001

Sacchetti G., Gregori C., Santini F., Buscaglia M., Hassibi P., “Donne straniere in Lombardia. Esperienza dei Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini delle aziende ospedaliere San Paolo e San Carlo”, in Pasini N., Pullini A. (a cura di), *Immigrazione e salute in Lombardia. Una riflessione interdisciplinare.*, Fondazione ISMU, Milano, 2003, pp.107-120

Sayad A., “La doppia pena del migrante. Riflessioni sul “pensiero di stato”, *Aut aut*, 275, 1996

Sbisà M., “Parlando di parto. Vissuti e saperi nei discorsi delle donne”, in Sbisà M., *Come sapere il parto. Storia, scenari, linguaggi*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1992, pp. 185-237

Sbisà M., *Come sapere il parto. Storia, scenari, linguaggi*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1992

Schmidt di Friedberg O., *Islam, solidarietà e lavoro. I muridi senegalesi in Italia*, Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 1994

Scidà G., “Le prospettive di analisi” in Pollini G., Scidà G., *La sociologia delle migrazioni*, Franco Angeli, Milano, 1998, pp. 91-136

Shmid V., “Figura e compiti dell’ostetrica: problemi aperti e possibilità di evoluzione”, in Sbisà M., *Come sapere il parto. Storia, scenari, linguaggi*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1992, pp. 117-138

Spinelli A., “Immigrazione: Aspetti epidemiologici e impatto clinico”, Atti del Convegno SIGO, Perugia 11-13 Novembre 2002

Spinelli A., Baglio G., Donati S., Grandolfo M., Andreozzi S., Geraci S., Baljozovic V., Scassellati G., Ciminelli P., Pollastrini L., Marzano P., “Gravidanza, parto, puerperio: una ricerca su donne immigrate.” in Atti del convegno *Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi* 26-27 novembre 1998, Milano

Tarozzi A., “Introduzione”, Landuzzi C., Tarozzi A., Treossi A., *Tra luoghi e generazioni. Migrazioni africane in Italia e in Francia*, L’Harmattan Italia, Torino, 1994

Terranova Cecchini R., Tognetti Bordogna M., *Migrare. Guida per gli operatori dei servizi sociali, sanitari, culturali e di accoglienza*, F. Angeli, Milano, 1993

Thomas L.V., Luneau R., *La terre africaine et ses religions*, L’Harmattan, Paris, 2001

Tognetti Bordogna M., “I reticoli della migrazione”, in Favaro G., Tognetti Bordogna M., *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*, Edizioni Angelo Guerini Associati, Milano, 1991b, 137-148

Tognetti Bordogna M., “Il colore della salute: l’uso dei consultori familiari da parte delle donne straniere”, in *Marginalità e società* n° 28, Milano, 1994a, pp. 56-86

Tognetti Bordogna M., “La famiglia che cambia”, in Vicarelli G. (a cura di), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse Edizioni, Roma, 1994b , pp. 114-133

Tognetti Bordogna, “Lo stato delle donne nella migrazione” in Favaro G., Tognetti Bordogna M., *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*, Edizioni Angelo Guerini Associati, Milano, 1991a, pp. 97-116

Van Gennep A., *Les rites de passage*, Maison des Sciences de l’Homme, Paris, 1969

Vicarelli G. (a cura di), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse Edizioni, Roma, 1994

Zehraoui A., “Il lavoratore straniero celibe”, in Landuzzi C., Tarozzi A., Treossi A., *Tra luoghi e generazioni. Migrazioni africane in Italia e in Francia*, L’Harmattan Italia, Torino, 1995a

Zehraoui A., “La migrazione di popolamento”, in Landuzzi, Tarozzi, Treossi, *Tra luoghi e generazioni. Migrazioni africane in Italia e in Francia*, L’Harmattan Italia, Torino, 1995b

Zehraoui A., *L’immigration de l’homme seul à la famille*, L’Harmattan, Paris, 1994

Zoletto D., “Gli equivoci del multiculturalismo” in *Aut aut* n° 312, 2002, pp. 6-18