Percorso sperimentale di educazione alla salute e apprendimento "situato" della lingua italiana rivolto a richiedenti asilo nigeriane.

Michela Marchetti

1. Donne (quasi) come le altre[1].

Incentrato su *Richiedenti asilo, Lingua e Salute*, il percorso svoltosi al Consultorio familiare di Arezzo nei mesi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2017, era rivolto a richiedenti asilo e rifugiate nigeriane, ospiti dei Centri di Accoglienza Straordinaria (gestiti in questo caso da Fraternita dei Laici e Pronto donna) e del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (gestito da Oxfam Italia), presenti nel territorio della Provincia di Arezzo.

Le donne coinvolte in questo percorso si collocano in una fascia di età che va dai diciotto anni ai trentotto e provengono dagli stati di Edo e Delta[2], situati a sud della Nigeria, nella zona del delta del fiume Niger[3]. Esse costituivano un gruppo omogeneo dal punto di vista religioso - sono cristiane come la stragrande maggioranza dei nigeriani provenienti dalle regioni meridionali - eterogeneo per provenienza interna - alcune provengono infatti dalla città, altre da piccoli villaggi di campagna, in un contesto in cui città e campagna presentano marcate differenze soprattutto per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi - per livello di scolarizzazione e appartenenza linguistico-culturale (alcune sono Yoruba, altre Ibo, in ogni caso provenienti dai principali gruppi presenti a sud)[4].

Come evidenziano le *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, del Ministero della Salute (Roma, 22 marzo 2017), il 50% delle persone costrette a fuggire dal proprio paese a causa di gravi violazioni dei diritti umani (tratta, matrimoni forzati, violenza domestica, violenza sessuale, stupro, mutilazioni genitali femminili, minaccia di delitti d'onore) è costituito da donne e ragazze. Alcune donne nigeriane sono vittime del traffico per sfruttamento sessuale. La prostituzione, anche se generalmente intrapresa per un periodo limitato, comporta alti costi psico-sociali e si inserisce in un progetto migratorio più ampio che si pone gli obiettivi di migliorare le condizioni di vita individuali e sostenere la rete familiare rimasta in Nigeria (SALSI 2014: 158).

Dopo aver attraversato la Nigeria, il Niger e la Libia, si sono imbarcate per la traversata di quel braccio di mare divenuto oramai tristemente noto come la "fossa comune del Mediterraneo", chiamata *river*[5] da alcune di loro.

I vissuti soggettivi di queste donne sono intessuti di violenze sperimentate nei paesi di origine, in quelli di transito e, talvolta, le esperienze violente continuano il loro drammatico decorso nel paese di approdo (si veda anche PINELLI 2013: 97) dove prendono forma nello sfruttamento sessuale, nelle relazioni violente che a volte intrattengono con i loro connazionali, in alcune forme di «*dolce violenza*» (SAYAD 2002: 304) che si annida, silente e nascosta, nelle pratiche e nelle politiche di governo dei corpi e della morale. Come osserva Pinelli, gli studi e le ricerche sulle migrazioni forzate hanno messo in luce come i rifugiati siano oggetto di cura e di controllo dell'intervento

[1] Il titolo di questo paragrafo fa esplicito riferimento al saggio di PINELLI, *Donne come le altre*, pubblicato nel 2011.

[2] Per maggiori informazioni sull'area di provenienza di buona parte delle ragazze nigeriane in Italia, si veda l'articolo di TAUB Ben ("The New Yorker", Stati Uniti), *La tratta delle ragazze nigeriane in Italia*, "Internazionale" n° 1221, Anno 24, 8 – 14 settembre 2017.

[3] Questa vasta regione della Nigeria è particolarmente ricca di petrolio e gas naturali, ma la loro estrazione ed esportazione continua a danneggiare gravemente l'ambiente e la salute delle persone che vi abitano.

[4] La popolazione nigeriana è costituita da numerosi gruppi. I principali sono Hausa e Fulani a nord, a prevalenza musulmana; Yoruba a sud-ovest e Ibo a sud-est. Yoruba e Ibo sono a prevalenza cristiana. Vanno poi considerate numerose minoranze (Edo, Efik, Ibibio, ecc.).

[5] Il fatto che alcune donne chiamino *river* il Mar Mediterraneo è sintomo delle menzogne raccontate loro dai trafficanti e dalle *madame*. Queste ultime sono le donne nigeriane che incentivano, gestiscono e fanno affari con lo sfruttamento sessuale di giovani donne.

umanitario e delle politiche nazionali e sovranazionali (PINELLI 2013: 86) e come queste abbiano un peso nelle traiettorie di vita di queste persone.
Da questo scenario è emersa la necessità, e una forte determinazione da parte delle donne nigeriane che hanno frequentato gli incontri, di lavorare sul tema della violenza attraverso specifiche attività.
Durante questo percorso sono spontaneamente emersi altri temi e bisogni. Questi hanno a che fare, innanzitutto, con la necessità di fuoriuscire dal limbo di incertezze e precarietà in cui si trovano in quanto richiedenti asilo e che sono principalmente connessi a: *a*) ottenimento dello status di rifugiato o altre forme di protezione umanitaria; *b*) conseguimento di una posizione lavorativa.
Permane a mio avviso uno *scarto*, difficile da colmare, tra i "nostri" bisogni e progetti e i "loro". Quando scrivo "nostri" faccio riferimento alle istituzioni e agli enti locali e nazionali, ai governi nazionali ed europei, il cui bisogno fondamentale è quello di controllare e gestire i migranti in generale, soprattutto coloro non immediatamente collocabili nella categoria di "migranti economici".

2. Bilancio degli obiettivi: punti di forza e criticità.
Il percorso in oggetto, finalizzato all'insegnamento della lingua italiana parlata, fruibile in ambito medico e alla educazione alla salute, era volto a fornire alle donne conoscenze: *a*) *linguistiche*, connesse al corpo, alla possibilità di raccontarlo, alla salute, alla malattia e alla descrizione dei suoi sintomi, all'opportunità di comprendere una diagnosi e una prescrizione medica; *b*) *socio-linguistiche*, tenendo conto di figure professionali e categorie del sistema sanitario italiano che non esistono in altri paesi (si veda ad esempio il saggio di MARCHETTI Michela e POLCRI Chiara del 2013); *c*) *socio-culturali*, indispensabili per comprendere il funzionamento dei servizi e muoversi autonomamente all'interno degli stessi; d) *socio-sanitarie*. L'insieme di queste conoscenze rappresenta un bagaglio indispensabile all'interazione, al processo di socializzazione e alla comprensione del funzionamento di una serie di meccanismi, luoghi e itinerari connessi ai processi di salute e malattia e alla sua prevenzione.
L'autonomia e la scioltezza con cui le donne si approcciavano ai servizi e agli operatori socio-sanitari è progressivamente aumentata durante il percorso. Gli atteggiamenti di iniziale e reciproca chiusura, di sospetto e disorientamento - dettati da una profonda mancanza di conoscenza e da una tendenza a omologare osservata tanto negli operatori in generale, quanto nelle donne nigeriane - si sono via via modificati in positivo, lasciando spazio a modalità relazionali e comunicative di maggiore apertura e disponibilità alla reciproca comprensione.
Il luogo che ha accolto il percorso (il Consultorio familiare), deputato alla prevenzione e alla tutela della salute materno-infantile, ha senz'altro rappresentato un punto di forza[6]. Per le donne, la più o meno costante frequenza dello spazio consultoriale ha rappresentato l'opportunità di familiarizzare con esso e con le persone che ivi lavorano; vice-versa, per queste ultime, la costante presenza delle donne ha contribuito a "normalizzarla" - rendendola un po' meno "nuova" - e a offrire l'opportunità di avviare processi di "formazione spontanea", semplicemente a partire dalla maggiore frequentazione di una specifica utenza, considerata particolarmente problematica prima dell'avvio del percorso.
Nondimeno, nello svolgersi dello stesso, sono emerse alcune criticità, di cui cercherò di rendere conto al fine di programmare interventi sempre più efficaci.
La prima da segnalare riguarda senz'altro la carenza di materiali didattici specificamente dedicati alle interconnessioni tra lingua, cultura, corpo ed educazione alla salute. Un prezioso supporto resta tuttora il testo di Graziella Favaro e Nella Papa, *La storia di Naima*, forse unico nel suo genere. La storia di Naima, giunta in Italia dal Marocco a seguito di ricongiungimento familiare, diventa il pretesto per presentare ambienti, figure e situazioni, come ad esempio l'ambulatorio ginecologico, il

[6] Colgo l'occasione per ringraziare la responsabile del Consultorio familiare di Arezzo, dottoressa Alessandra Mori, le ostetriche e l'assistente sociale dello stesso consultorio, il pediatra, dottor Poggini. Ringrazio tutte e tutti per la disponibilità e le competenze messe a disposizione durante il percorso.

ginecologo e la visita ginecologica, insegnare la lingua italiana e impartire informazioni utili per capire come funziona nel nuovo paese.

3. Questioni di fiducia, motivazione e percezione dell'utilità di un percorso: il punto sulla frequenza

Una riflessione sull'adesione e la frequenza delle beneficiarie ai percorsi progettati per loro (e purtroppo, solo sporadicamente progettati con loro), presuppone di avere una certa "contezza" di bisogni, temi impellenti, motivazioni, interessi e progetti di vita delle persone per cui si intende giustappunto promuovere e attivare specifici percorsi operativi.

Un cruciale "punto di attenzione"[7] riguarda la questione della *fiducia*. È noto da tempo che la fiducia sta alla base di qualsiasi relazione o itinerario terapeutico. «La confidenza del buon medico sana l'infermo», scriveva Avicenna[8] più di mille anni fa. Se, in qualità di operatori, non riusciamo a stabilire concretamente una relazione di reciproca fiducia, è altamente probabile che i percorsi progettati per questo specifico target (e anche per altri), non abbiano un riscontro positivo in termini di adesione e frequenza. Forse per le singole biografie, spesso segnate da menzogne, false promesse e attese tradite, la costruzione di una relazione basata sulla fiducia con le richiedenti asilo nigeriane, sembra essere particolarmente faticosa e lenta, tuttavia indispensabile per il buon esito delle attività.

Prima che il percorso iniziasse, si tenne un incontro alla Casa delle Culture di Arezzo, rivolto alle beneficiare e finalizzato alla descrizione delle attività e dei contenuti che sarebbero stati oggetto degli incontri in consultorio. Tuttavia, credo che alcune donne, abbiano concretamente compreso il significato degli incontri solo dopo averli frequentati.

Inoltre, dovremmo interrogarci e al tempo stesso tentare di avviare delle riflessioni comuni, insieme alle beneficiare, sul loro reale interesse a partecipare, in relazione alla loro percezione dell'utilità o inutilità di specifici percorsi, frequentati per acquisire informazioni e conoscenze al fine di cavarsela un po' meglio nel nuovo ambiente.

Durante il percorso sono inoltre emerse delle criticità sul piano logistico-organizzativo che non hanno facilitato la partecipazione delle donne: *a*) sovrapposizioni con altre attività rivolte a richiedenti asilo, come ad esempio lezioni di italiano, percorsi di orientamento al lavoro e attività di volontariato; *b*) in certi casi, alcuni operatori hanno impiegato modalità comunicative non efficaci a trasmettere informazioni – ad esempio, in un appartamento il calendario degli appuntamenti in consultorio era stato semplicemente fotocopiato e attaccato in cucina - Queste modalità di informare non presuppongono uno scambio verbale - come gli opuscoli informativi anche quando sono tradotti nelle differenti lingue madri. In tal modo non garantiscono la corretta acquisizione dei contenuti che si intende trasmettere (si veda a riguardo MARCHETTI - POLCRI, 2013: 262); *c*) problemi di distanza dal Consultorio familiare. Alcune donne vivono in appartamenti situati a Ponticino e Civitella, con scarsi mezzi di trasporto a disposizione per giungere in tempi utili nel luogo dell'incontro.

Nonostante le criticità evidenziate, la partecipazione delle donne è stata numericamente molto buona. Su una ventina di donne iscritte, ad ogni incontro si contavano mediamente una decina di presenze. Inoltre, la frequenza delle donne è stata positiva dal punto di vista della partecipazione attiva. Esse si sono poste in modo propositivo, ponendo questioni, cercando di capire i contenuti proposti e spiegando altresì i loro modi di vedere le cose.

4. Il percorso

Questo percorso sperimentale, progettato a partire da un bagaglio di conoscenze antropologiche, si situa al crocevia tra insegnamento della lingua italiana orale fruibile in ambito sanitario ed educazione alla salute (si veda il paragrafo *2. Bilancio degli obiettivi: punti di forza e criticità*).

---

[7] "Punto di attenzione" è il nome suggerito dall'amica e collega Elisa Carboni per questa specifica questione.

[8] Conosciuto in Occidente con il nome di Avicenna, Ibn Sina fu medico e filosofo, vissuto in Persia nel X secolo dopo Cristo.

Gli incontri di insegnamento della lingua italiana sono stati pensati come propedeutici, volti quindi a fornire competenze socio-linguistiche e culturali di base, necessarie a comprendere i contenuti insegnati durante le lezioni di educazione alla salute. Ad esempio, se l'incontro con l'ostetrica esponeva l'apparato genitale femminile, le lezioni di italiano che lo precedevano, si concentravano sulle parole - e i concetti - che consentono di nominare e descrivere le parti che lo compongono. L'ausilio di immagini - molte delle quali fornite dagli operatori di consultorio – ha rappresentato un supporto indispensabile.
Ad ogni argomento trattato, attraverso il costante confronto e il continuo dialogo con le donne, ho cercato di esplorare le conoscenze consolidate e le loro idee in merito al corpo femminile, alla fertilità, alla gravidanza, al parto, al puerperio, alle figure e / o strutture preposte alla gestione di questi eventi nel paese di origine. Questo livello del percorso, maggiormente volto ad acquisire informazioni, andrebbe a mio avviso potenziato per agire in modo sempre più efficace. Come buona prassi in generale, prima di agire è indispensabile uno sforzo finalizzato a conoscere e comprendere i fenomeni sui quali si intende operare (si vedano a riguardo gli scritti di Tullio SEPPILLI, curati da Massimiliano MINELLI e Cristina PAPA nel 2008) o potenziare progetti nel quadro della ricerca-azione.
Gli incontri di educazione alla salute sono stati condotti da professionisti che operano in ambito socio-sanitario (ostetrica, assistente sociale e pediatra), a partire da una prospettiva che valorizza lo scambio e la reciproca conoscenza come momento altamente formativo e trasformativo, tanto per le donne, quanto per gli operatori e per la sottoscritta. Come accennato, questi incontri hanno coinvolto in modo attivo le donne che hanno sentito di trovarsi in uno spazio sufficientemente libero da poter esplicitare dubbi e porre domande. Tutto questo ha fatto sì che emergessero una serie di temi sui quali avviare un confronto. Ad esempio, le pratiche di modificazioni dei genitali femminili - che tutte le donne coinvolte nel percorso, tranne una, difendono e giustificano con una serie di spiegazioni - emergono come tema cruciale, insieme alle questioni connesse all'educazione del bambino. Tuttavia, tutte ignorano le conseguenze, in particolare sul piano giuridico, di pratiche e modi di educare i bambini considerate non accettabili dalla legge e dall'etica egemone nel paese ospite. Entro tale quadro, l'intervento dell'assistente sociale, mirato a informare su diritti e doveri nel paese di approdo si colloca nell'ambito di una quanto mai necessaria prevenzione sociale, volta a evitare che pratiche e modi condivisi, comunemente accettati nel paese di origine si trasformino in percorsi "patologici" nel paese ospite.
I contenuti dei singoli incontri, programmati *ab origine,* si sono rivelati eccessivamente ambiziosi, di conseguenza sono stati rivisti e ricalibrati in itinere.
Il percorso è stato progettato in continuità con un precedente progetto, il Progetto PASSI (Percorsi e Azioni di Sostegno Sociale e Integrazione, finanziato dalla Regione Toscana, capofila del progetto Oxfam Italia). Quest'ultimo era nato dall'esigenza degli operatori socio-sanitari di approfondire le conoscenze sulle donne richiedenti asilo provenienti dalla Nigeria, soprattutto in merito al fenomeno dell'alto ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza e dell'alto numero di recidive. A seguito del progetto, era aumentato il numero di donne nigeriane afferenti ai percorsi di prevenzione delle gravidanze indesiderate e, parallelamente, era diminuito il numero di accessi per interruzioni volontarie di gravidanza. Questi esiti, hanno positivamente incoraggiato istituzioni ed enti a dare continuità al lavoro svolto, orientando le attività in termini di prevenzione.
Il lavoro sul concetto di *prevenzione* (delle gravidanze indesiderate, delle malattie sessualmente trasmissibili, delle malattie infettive ecc.) non è di semplice messa in opera. Innanzitutto esso presuppone un impegno specifico, approfondito e continuativo volto a trasmettere alle beneficiarie il senso di fare una serie di azioni per impedire che qualcosa di presumibile e non certo, possa accadere in futuro; inoltre, al fine di considerare quelle memorie violente citate nel primo paragrafo (per un approfondimento delle questioni legate a violenza simbolica, *governamentalità* e pratiche di cittadinanza si vedano SAYAD 2002 e ONG 2005), è quanto mai necessario adottare un approccio che tenga conto dei differenti bisogni - del già menzionato scarto tra bisogni - dei differenti

orizzonti di senso e valori e che promuova itinerari incentrati sul dialogo, la reciproca conoscenza, la partecipazione e la negoziazione di significati.
Inoltre, in merito alla genesi del percorso, è fondamentale accennare alle oramai note difficoltà di accesso e adeguata fruizione dei servizi, determinate innanzitutto da scarse conoscenze linguistiche e culturali, sia da parte degli utenti che degli operatori socio-sanitari in generale.
La conoscenza di una lingua non è di per sé sufficiente a garantire che i significati culturali attribuiti alle parole da migranti e autoctoni si equivalgano. Leggendo il saggio scritto a quattro mani da Ivo Quaranta e Mario Ricca trovo un'espressione che spiega in modo sintetico ed efficace le motivazioni all'origine di questo e di altri percorsi simili svolti nel tempo in luoghi diversi: il "Mal di parole". Questa espressione fa riferimento proprio a quello scarto tra significati diversi attribuiti a medesime parole, a quella "diffrazione" in cui «si annida il pericolo dell'errore diagnostico» (RICCA 2012: 12).
Difficoltà linguistiche, socio-linguistiche, culturali, relazionali, ecc. sono destinate a non risolversi in modo definitivo. Esse sono inevitabilmente connesse ai continui mutamenti che investono da una parte i flussi migratori, dall'altra, i servizi e gli operatori. Per questo, a mio avviso, è indispensabile disporre di strumenti e metodi, anche fluidi e creativi, ancor più che di saperi enciclopedici.

Bibliografia

AKITUNDE KILA Anthony (1997), *Yoruba. Stato moderno e fattore etnico. Il caso Nigeria*, ali&no editrice, Assisi (Perugia).
FAVARO Graziella - PAPA Nella (1997), *La storia di Naima*, Oltre (per i testi) - In dialogo Cooperativa Culturale (per il volume), Milano.
MARCHETTI Michela - POLCRI Chiara, *Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione dei servizi socio-sanitari*, "A.M. Rivista della Società italiana di antropologia medica" n. 35-36, gennaio 2013.
MINISTERO DELLA SALUTE, *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, 2017.
ONG Aihwa (2005), *Da rifugiati a cittadini. Pratiche di governo nella nuova America*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig. *Buddha is Hiding: Refugees, Citizenship, the New America,* University of California Press, 2003].
PINELLI Barbara (2011), *Donne come le altre. Soggettività, relazioni e vita quotidiana nelle migrazioni delle donne verso l'Italia*, ed.it, Firenze.
PINELLI Barbara (Curatrice) (2013), "Antropologia. Annuario diretto da Ugo Fabietti", n.15, anno XIII.
QUARANTA Ivo – RICCA Mario (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
SALSI Federico (2014), *Prostituzioni*, in RICCIO Bruno (curatore) (2014), *Antropologia e migrazioni*, CISU, Roma.
SAYAD Abdelmalek (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato,* Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig. *La double absence,* Seuil, Paris, 1999].
TAUB Ben ("The New Yorker", Stati Uniti), *La tratta delle ragazze nigeriane in Italia*, "Internazionale" n° 1221, Anno 24, 8 – 14 settembre 2017.