Operare nello scarto. Un contributo antropologico alla realizzazione di itinerari di inclusione socio-sanitaria con richiedenti asilo nigeriane

Michela Marchetti

Riassunto

Lo spazio sanitario è spazio di relazioni e di potere tra persone che occupano posizioni sociali differenti ed è contrassegnato da una molteplicità di scarti, intesi come distanze tra prospettive, bisogni, codici relazionali e comunicativi. È in queste distanze che si dischiudono interessanti e complesse opportunità operative per l'antropologia. In questo articolo cerco di dar conto degli scarti incontrati nel corso della mia collaborazione con il consultorio familiare di Arezzo, dei modi individuati per affrontarli, aggiungendo alcune riflessioni sui limiti e sulle potenzialità dell'antropologia impiegata a fini trasformativi e impegnata nella ricerca di nuove pratiche di inclusione e relazione. Il lavoro che descrivo inizia a ottobre 2016 per rispondere alla percezione degli operatori socio-sanitari in termini di "nuova utenza problematica" riferita alle richiedenti asilo e rifugiate nigeriane. Le «tematiche forti» di cui sono portatrici queste donne mettono in crisi gli operatori e in generale l'impianto e le conoscenze dei servizi, interrogando l'adeguatezza dei consolidati modelli di risposta. Le criticità emergenti hanno a che fare innanzitutto con poliedrici livelli di non conoscenza – sia da parte degli operatori che delle utenti -, con difficoltà relazionali e comunicative che ostacolano un'efficace presa in carico, con l'inadeguatezza degli itinerari terapeutici e di educazione alla salute a rispondere alle esigenze emergenti. Il lavoro che ho svolto in consultorio si configura come percorso: dall'approfondimento di conoscenze alla realizzazione di successivi itinerari operativi.

Parole chiave: scarto, servizi socio-sanitari, richiedenti asilo nigeriane, strategie operative.

L'Uomo, vol. IX (2019), n. 2, pp. 41-60

Michela Marchetti

Working in the gaps. An anthropological contribution to the implementation of social and health inclusion procedures with Nigerian women asylum seekers.

The public health care system is a space where relationships and power dynamics are played among actors that occupy different social positions and is characterised by a multiplicity of "gaps", herein understood as distances between perspectives, needs, and relational and communicative codes. In these very interesting and complex operational gaps many opportunities arise for the anthropologist. In this article I try to describe the fractures I met in the course of my collaboration with the Consultorio Familiare (Family Health Unit), the ways I found to cope with them, and some thoughts on the limits and the potentials to use anthropology with a transformative aim in the research of new forms of inclusion. The work I present began in October 2016 to answer the uneasiness social and health professionals experienced in dealing with what they perceived as new trouble-making group of patients, namely Nigerian women asylum seekers. The «strong issues» these women carried with them and revealed, troubled the Family Health Unit and more generally the Health Services' set up and know-how, by questioning standard responses to medical and social issues. Emerging critical aspects were caused first and foremost by relational and communicative difficulties that hindered effective ways to take care of women's problems, resulting in the ineffectiveness of therapeutic and health education processes and of the ways emergencies were dealt with. The kind of work I conducted in the Family Health Unit should be seen as a process: moving from a learning stance to the construction of productive actions.

Key words: Gaps, Social and Health Public System, Nigerian women asylum seekers, operational strategies.

Introduzione

Il ruolo pratico dell'antropologo in ambito socio-sanitario va progressivamente tratteggiandosi come possibile professione[1] «tra le effimere nicchie lavorative italiane dell'antropologia» (Castaldo 2014: 265). Ancora alla ricerca di un necessario rigore metodologico condiviso, l'azione dell'antropologia professionale si compie in affiancamento a operatori socio-sanitari, in équipe multidisciplinari, in accompagnamenti clinici, in supervisioni,

[1] In tal senso, all'interno dell'Associazione nazionale professionale di antropologia (ANPIA), si è costituita nel 2017 una commissione tematica specificamente dedicata (Commissione servizi socio-sanitari).

in formazioni, nella costruzione di percorsi specificamente dedicati, volti a contribuire alla trasformazione di fatti e comportamenti ritenuti problematici dalla committenza. Generalmente i servizi socio-sanitari interpellano l'antropologo per questioni inerenti la relazione di cura e presa in carico dell'utenza migrante, talvolta con richieste culturaliste (Aime 2004; Quaranta & Ricca 2012; Castaldo 2014) che tendono ad appiattire le differenze tra persone, stereotipare comportamenti, semplificare esperienze e vissuti.

In questo articolo descrivo un'esperienza di antropologia professionale in un consultorio della Toscana, condotta nel 2016 e 2017. Malgrado la discontinuità temporale, il lavoro svolto traccia un itinerario: dall'approfondimento di conoscenze alla costruzione di successivi itinerari operativi. Esso è stato realizzato attraverso risorse derivanti da differenti linee di finanziamento, che hanno permesso di attivare tre progetti, che chiamerò "fasi" in ragione della loro continuità. Nella prima ho condotto un ciclo di focus group; nella seconda è stato realizzato un percorso di insegnamento della lingua italiana contestualizzata all'ambito della salute riproduttiva e la sperimentazione di un ciclo di incontri di educazione sanitaria. La terza fase ha consentito di costruire e sperimentare un corso di accompagnamento alla nascita (CAN) per richiedenti asilo e rifugiate nigeriane.

Il mio rapporto con il consultorio in questione è prevalentemente legato a finanziamenti esterni derivanti da specifici progetti, soprattutto operativi e formativi. Accenno alla tipologia di collaborazione poiché la discontinuità ha un peso, sia sul vissuto del professionista che la sperimenta, sia sulla qualità del suo contributo, sulle attività che riesce a realizzare, sulla metodologia impiegata (che si presenta talvolta come scelta obbligata da capitolati tecnici: obiettivi, tempi, risorse), sulla riflessione, elaborazione e restituzione del lavoro svolto. Inoltre, i progetti, non sempre includono l'antropologa/o a partire dalle primissime fasi di rilevazione, analisi dei bisogni e costruzione del progetto e questo costituisce senz'altro un limite.

Dove si nasconde la domanda: le richieste dell'istituzione e il bisogno di "calibrazione culturale"

La mia collaborazione con il consultorio familiare di Arezzo nasce da quella con OXFAM Italia[2] e inizia a ottobre 2016, quando le richiedenti asilo e

[2] OXFAM (Oxford Committee for Famine Relief) nasce in Gran Bretagna nel 1942

rifugiate nigeriane sono percepite dagli operatori socio-sanitari nei termini di "nuova utenza problematica". Le «tematiche forti» (ostetrica) di cui sono portatrici queste donne mettono in crisi gli operatori e in generale l'impianto e le conoscenze dei servizi, interrogando l'adeguatezza dei modelli di risposta "tradizionali" (Seppilli 1996: 10-12; 2000: 35-58).

Dal primo incontro svolto con alcuni operatori del consultorio, emerge innanzitutto il bisogno di acquisire conoscenze e informazioni sulle richiedenti asilo e rifugiate nigeriane, ma anche di capire come ottenerle:

> La mia esigenza è quella di avere informazioni perché io non riesco proprio a capire. A parte la difficoltà con la lingua […] ma una volta che c'è la traduzione, anche difficoltà ad acquisire informazioni perché queste donne non parlano. Sarebbe utile acquisire informazioni, ma come si acquisiscono? (assistente sociale).

Il problema principale è di ordine relazionale: «Queste donne non alzano nemmeno la testa, quindi è difficile instaurare non una relazione orale, ma anche un rapporto visivo, non ti guardano nemmeno!» (ostetrica). Le utenti in questione vengono accompagnate agli appuntamenti in consultorio dagli operatori dei centri di accoglienza straordinaria (CAS), come se fossero «dei sacchi vuoti» (ostetrica), rimangono a testa bassa, in silenzio per tutto il tempo della visita[3] e «appena possono tolgono le scarpe e stendono le gambe» (ostetrica).

Come le rifugiate cambogiane raccontate da Aihwa Ong, le donne nigeriane presenti nel territorio aretino sono considerate dagli operatori una categoria di utenti «particolarmente "difficili"», descritte come «passive, silenziose» (Ong 2005: 123) e poco rispettose. Il silenzio, la testa bassa e gli atteggiamenti sono interpretati come una non disponibilità a collaborare, come una deliberata volontà di chiusura e presa di distanza, in alcuni casi intenzionalmente provocatoria in risposta ai tentativi di comprensione da

---

per portare cibo a donne e bambini greci estenuati dalla fame. In Italia scaturisce dall'esperienza di UCODEP (Arezzo), organizzazione non governativa attiva da oltre 30 anni. Nel 2010 UCODEP aderisce alla confederazione internazionale OXFAM.

[3] Le visite ambulatoriali si svolgono con la donna, in presenza di una operatrice del CAS che quasi sempre comprende e parla *pidgin English*, a cui è assegnato il compito di facilitare la comunicazione e la presa in carico della donna da parte dei servizi, ma accade che ad interloquire tra loro siano gli operatori socio-sanitari e gli operatori dell'accoglienza.

parte dei servizi, giudicati, al dire degli stessi operatori, come intrusivi da parte delle donne.

Questi atteggiamenti, talvolta, generano stizza negli operatori del consultorio: «Ieri, alla quarta donna nigeriana che si è presentata io, al suo "mh, mh" non ce la facevo più e ho fatto proprio così [schiocca le dita, facendo chiaramente capire di averle schioccate davanti al viso della donna], m'aveva proprio suscitato irritazione» (assistente sociale).

Tuttavia, è possibile avanzare altre letture del silenzio delle donne. Le utenti in questione giungono in Italia attraverso la rotta del Canale di Sicilia dopo lunghi ed estenuanti viaggi in cui l'esposizione a ripetute violenze e abusi è concreta, costante e sovente in continuità con sopraffazioni, ingiustizie e violenze vissute nel paese di provenienza (Pinelli 2017: 171, 177; Quagliariello 2019: 202). Occorre interrogarsi sulla possibile correlazione tra violenza e silenzio (Ong 2005: 123-124), sofferenza estrema e silenzio (Napier et al. 2014: 1629), educazione, formale e informale, ricevuta dalle donne nel contesto di origine e silenzio. E ancora, possiamo ipotizzare un timore di fondo ad aprirsi, parlare e dare informazioni senza sapere come poi vengano usate, o una forma di resistenza agita per sottrarsi a svariate modalità di controllo e intrusione da parte di istituzioni e agenzie umanitarie.

Per gli operatori si pone anche una questione di ordine "emotivo". Riuscire a far fronte, senza troppo "scombinarsi", non solo alla "stizza", ma anche alle «tematiche forti» portate dalle donne all'interno dei servizi (violenza, modificazioni dei genitali femminili, malattie infettive talvolta contratte a seguito di violenza sessuale, ecc.), alla sofferenza umana, alle volte estrema. Ad esempio, ragionando su alcune storie particolarmente violente, l'assistente sociale mi dice: «Mi dai dei rimandi che mi fanno sentire male, io non ce la faccio più a sentire 'sta roba».

Le donne in questione provengono perlopiù dallo Stato federale di Edo, situato a sud della Nigeria, nell'area del delta del fiume Niger[4]. Alcune arrivano da grandi città, altre da piccoli villaggi. Si collocano in una fascia d'età che va dai 18 ai 40 anni, i loro nomi sono: Blessing, Faith, Precious, Favourite, Gift, ecc. Parlano *broken english*, oltre alle lingue proprie dei principali gruppi linguistici presenti in quella parte di Nigeria (yoruba e igbo). Quasi tutte hanno frequentato unicamente la scuola elementare.

---

[4] L'area comprende gli stati di Abia, Akwa Ibom, Bayelsa, Cross River, Delta, Edo, Imo, Ondo e Rivers.

Alcune hanno uno o più figli al paese di origine, affidati a madri, zie, amiche, vicini di casa. Tutte dichiarano di essere cristiane evangeliche.

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 (2017), evidenziano che il 50% delle persone costrette a fuggire dal proprio paese a causa di gravi violazioni dei diritti umani è costituito da donne e ragazze. Alcune donne coinvolte nel percorso sono vittime del traffico per sfruttamento sessuale, altre hanno preferito la migrazione alla miseria, attratte da un Occidente che continua a essere visto come foriero di opportunità economiche e lavorative (Jourdan 2010: 32) o per sfuggire a polimorfe violenze contro le donne. Ciò che le accomuna, oltre al genere e alla provenienza, è l'esperienza violenta del viaggio e le condizioni di accoglienza e di vita nel paese ospite, dove vengono considerate soggetti vulnerabili.

Vulnerabilità fabbricata da un groviglio di fattori: povertà, devastazione ambientale dovuta per buona parte all'estrazione di petrolio, ingiustizia sociale e corruzione nel paese di origine, esperienze violente subite durante il viaggio[5], sopraffazione, marginalità e incertezza causata dal lungo tempo trascorso in attesa di ottenere una qualche forma di protezione internazionale nel paese di approdo, in un *continuum* di violenza temporale e geografico (Pinelli 2017; Quagliariello 2019).

La principale ragione di accesso di queste donne ai servizi socio-sanitari è la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza. Il ricorso a questa tipologia di intervento è giudicato troppo frequente dagli operatori socio-sanitari, che si pongono tre ordini di problemi: a) uno prettamente sanitario, riguardante gli effetti dell'aborto sulla salute, soprattutto quando questo viene più volte ripetuto dalla medesima donna; b) uno inerente ai costi. Gli operatori hanno più volte sottolineato che ogni aborto costa al sistema sanitario 1.000 euro; c) l'ultimo riguarda l'adeguatezza dei percorsi di prevenzione delle gravidanze indesiderate, giacché né quelli in essere al con-

---

[5] Tutte hanno compiuto il viaggio dalla Nigeria meridionale, attraversato il Niger e la Libia, dove si sono imbarcate per la traversata del Canale di Sicilia, chiamato *river* da alcune di loro. Nel corso del viaggio hanno sostato in città come Agadez, in case di collocamento soffocanti e sovraffollate, dove alcune sono state obbligate a prostituirsi per mangiare e continuare il viaggio. Alcune sono state violentate, altre brutalmente torturate perché hanno rifiutato di prostituirsi.

sultorio familiare, né gli incontri volti all'educazione sessuale promossi di tanto in tanto nei CAS, sembrano sortire i risultati auspicati. Negli operatori socio-sanitari prevale la consapevolezza di non disporre di adeguate conoscenze e di opportuni strumenti per stabilire una relazione di presa in carico e predisporre efficaci itinerari di educazione sanitaria: «Ho paura che siamo insufficienti e anche mentalmente impreparati. Noi siamo un consultorio familiare!» (psicologa). Talvolta pare prevalgano negli operatori frustrazione, scoramento e il sentimento di sentirsi «in trincea disarmati»; manifestano tuttavia una forte volontà di capire e agire, anche integrando competenze non previste nell'équipe multidisciplinare presente nei consultori familiari, composta prevalentemente da ostetriche, infermiere, assistenti sociali e psicologi. Tale équipe viene definita negli anni Settanta[6] ed è pensata per far fronte ai bisogni di un'utenza perlopiù omogenea per nazionalità, mentre la composizione della utenza contemporanea presenta plurime eterogeneità e muta talvolta rapidamente, a seconda delle geo-politiche planetarie, dei conflitti, della povertà. Di conseguenza ostacoli linguistici, sociali, culturali, relazionali, sono destinati a non risolversi una volta per tutte e in modo definitivo e «la risposta standard» fornita dai servizi risulta spesso inadeguata e poco efficace. Seppilli parla di calibrazione culturale dei servizi come «una delle più complesse e urgenti "questioni critiche"» (Seppilli 1996: 12) che devono affrontare i servizi socio-sanitari dei Paesi occidentali. Potrebbe sembrare che la «calibrazione culturale dei servizi» vada ad avallare richieste di semplificazione su base culturale fatte talvolta da dirigenti e operatori e rafforzare di conseguenza l'equivoco che, al fine di integrare il livello culturale in ambito sanitario, sia necessario disporre di una sorta di "bigino" delle culture del mondo, ignorando le differenze presenti all'interno dei gruppi; non considerando le soggettività e la possibilità che ciascun individuo ha di prendere le distanze e rapportarsi criticamente al pensiero e ai comportamenti egemoni (Quaranta & Ricca 2012: 29). La calibrazione culturale apre invece all'opportunità, da parte dei servizi, di disporre di conoscenze, metodi e competenze disciplinari per affrontare operativamente le tante questioni date da una progressiva e sempre più diffusa multiculturalità: «Quando si vogliano tenere in debita considerazione le variabili culturali in modo operativo, non ci si deve dotare di un sapere enciclopedico, che schiaccerebbe

---

6 I consultori familiari sono stati istituiti nel 1975 con la legge n. 405 del 29 luglio. Sono servizi socio-sanitari di base che includono varie competenze multidisciplinari e sono prevalentemente orientati alla prevenzione, all'informazione e all'educazione sanitaria.

comunque l'esperienza del paziente su un modello idealtipico assolutamente fuorviante, ma di un metodo» (Quaranta & Ricca 2012: 136).

Riflessioni su potenziali e limiti dell'antropologia nei servizi socio-sanitari.

Lo spazio sanitario è spazio di relazioni e di potere tra persone che occupano posizioni sociali differenti ed è contrassegnato da una molteplicità di *scarti*, intesi come distanza tra punti di vista – «vista presa a partire da un punto» (Bourdieu 1995: 61) – bisogni, codici relazionali e comunicativi. Il filosofo francese Jullien (2018: 29-30) propone «uno spostamento concettuale» suggerendo di affrontare il tema della differenza culturale in termini di *scarto*, poiché la «differenza opera nell'ambito della *distinzione*, mentre lo scarto in quello della distanza». In altri termini, la differenza classifica, identifica, distingue, separa e induce al ripiegamento su se stessi, mentre lo *scarto* si presenta come «figura esplorativa», «avventurosa» che «scruta – sonda – fino a che punto sia possibile aprire nuove strade» e in cui due o più termini, seppur distanti, restino in costante confronto, «quindi in tensione e promuovano tra loro un *comune*» (*ivi*: 2), inteso nella sua dimensione politica di ciò che si condivide e non di ciò che è simile. Ed è proprio nella distanza tra termini che emerge il «*tra*», in cui si fonda la possibilità di far accadere qualcosa: «Lo scarto, aprendosi, fa uscire allo scoperto un altro possibile: rivela altre risorse che prima non vedevamo e neppure sospettavamo» (*ivi*: 35). Ed è in questo «tra» che si dischiudono interessanti ma complesse opportunità operative per l'antropologia.

Nelle righe che seguono cercherò di dar conto degli *scarti* incontrati durante il lavoro in consultorio e dei modi individuati per affrontarli, presentando alcune riflessioni sui limiti e le potenzialità dell'antropologia impiegata a fini trasformativi e impegnata nella ricerca di nuove prassi di inclusione e relazione tra prospettive talvolta radicalmente distanti.

La richiesta iniziale dei servizi riguardava la necessità di comprendere un fenomeno – l'alto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza da parte delle richiedenti asilo nigeriane –, individuando modalità relazionali e strategie operative volte alla prevenzione e all'educazione sanitaria. Come generalmente accade, i problemi rappresentano il movente al coinvolgimento dell'antropologo. Tuttavia questa richiesta conoscitiva presenta almeno tre ordini di problemi.

Il primo ha a che fare con gli immaginari e le conoscenze dell'antropologo (e va da sé, dell'antropologia) che hanno operatori e dirigenti. Chi è e concretamente cosa fa (e cosa può fare) l'antropologo nello spazio socio-sanitario? Le rappresentazioni che ne escono spaziano dall'immagine esotica dell'«antropologo col cappellino» (operatore sanitario), passano per «l'antropologo esperto di rituali magici» (operatore CAS) e approdano all'antropologo conoscitore delle culture del mondo, capace di spiegare ad esempio perché le donne del Bangladesh non allattano volentieri, perché tra le romene e le cinesi si riscontrano alte percentuali di aborti e perché le nigeriane si ostinano a non voler mettere la spirale gratuitamente offerta dai servizi. Si ritorna al "bigino" delle culture del mondo. Di fondo, c'è una confusa conoscenza del concetto di cultura – concetto che necessita di essere disambiguato nel corso di ogni formazione e ogni qual volta si presenta l'opportunità di spiegarlo attraverso pratiche – o meglio attraverso lo scarto di significati tra ciò che gli antropologi chiamano cultura e come essa sia intesa non solo dagli operatori, ma da tutti quelli che se ne sono fatti un'idea prevalentemente attraverso il suo impiego mass-mediatico e la sua strumentalizzazione politica.

Del resto, le parole utilizzate in antropologia per definire concetti e approcci rischiano di essere considerate vuote e prive di significato se gli operatori socio-sanitari (gli "altri-da-noi") non ne colgono il potenziale applicativo: se il linguaggio appare settoriale, quindi poco comprensibile, con restituzioni complesse trascritte in lunghi report che rischiano di essere dimenticati in un cassetto.

Il secondo problema è strettamente connesso al primo. La rappresentazione dell'antropologo come esperto delle culture del mondo implica altre incomprensioni connesse alle aspettative di operatori e dirigenti che l'antropologo fornisca rapidamente adeguate strategie di intervento. Gli strumenti (metodi e tecniche) di cui dispone l'antropologo per comprendere e spiegare fatti sociali, fenomeni, atteggiamenti e comportamenti, necessitano di tempi "lunghi", in stridente contrasto con la necessità degli operatori socio-sanitari di rispondere tempestivamente ai problemi che si presentano nelle loro quotidiane «trincee» (ostetrica); senza disporre di adeguati tempi di conoscenza l'azione antropologica impiegata a fini trasformativi diventa una questione spinosa e difficile da affrontare. Questo scarto temporale richiede una riflessione su quali siano gli aggiustamenti negoziabili affinché la fase conoscitiva non ne risulti troppo penalizzata.

Quando ho iniziato il lavoro in consultorio conoscevo ben poco della migrazione di donne dal sud della Nigeria; come gli operatori, anche io avevo bisogno di capire. Così ho proposto di avviare delle attività con finalità conoscitive. Dopo una serie di motivazioni – fornite alla Referente per la Salute dei Migranti della Azienda USL Toscana sud est e alla responsabile di consultorio – volte a spiegare il bisogno di approfondire le conoscenze sul tema, la proposta è stata accolta. Tuttavia i tempi e le risorse a disposizione non consentivano di adottare una metodologia che permettesse un'analisi in profondità. Si trattava dunque di optare per una tecnica in grado di far emergere conoscenze (mai esaustive), idee e problemi, includendo quanti più soggetti possibili.

Condurre un breve ciclo di focus group con finalità esplorative (prima fase) ha rappresentato in quel momento l'unico aggiustamento possibile per operare in quello scarto tra il bisogno di conoscere prima di agire e i tempi stretti a disposizione. Ho svolto un focus group con gli operatori socio-sanitari e un altro con gli operatori dei centri di accoglienza. Questi due focus group sono stati in parte esplorativi, per far emergere i principali nodi critici; e in parte strumentali, per elaborare la traccia di un temario semistrutturato da utilizzare nel corso dei successivi focus group rivolti alle donne nigeriane.

Queste ultime sono state suddivise in tre gruppi sulla base dell'ente deputato alla loro accoglienza. Con ogni gruppo (composto all'incirca da una decina di persone) ho condotto un incontro avvalendomi del supporto della mediatrice linguistico-culturale. Ogni focus group è stato audio-registrato e successivamente trascritto. Il senso dell'audio-registrazione non è stato immediatamente compreso dalle donne nigeriane che guardavano con sospetto il mio registratore. Non si fidavano. Come avrei utilizzato le informazioni e i loro racconti? Il sospetto, il silenzio, il rifuggire l'incrocio di sguardi, il continuo chiedere conferme alla mediatrice sulle domande che ponevo o su quello che loro pensavano di dirmi, ha contrassegnato il mio primo contatto con loro. La mediatrice ha svolto un ruolo cruciale nel facilitare la mia relazione con le donne. Il rapporto di fiducia tra me e la mediatrice ha facilitato la mia relazione con il gruppo di donne che progressivamente hanno iniziato ad aprirsi e concedermi a loro volta fiducia. Questa è stata la chiave di volta che ha indotto le donne a una frequenza costante e una partecipazione positiva. E in virtù della fiducia reciprocamente stabilita, durante e dopo la conclusione del percorso qui descritto, le donne hanno iniziato a rivolgersi autonomamente agli ope-

ratori del consultorio[7], senza ricorrere alla mediazione delle operatrici dei CAS. La Lancet Commission su *Cultura e salute* individua 12 risultati che costituiscono i punti cruciali della ricerca su cultura e salute. Uno di questi riguarda la necessità di assegnare massima priorità alla costruzione di una relazione terapeutico-assistenziale basata sulla fiducia (Napier et al. 2014: 1635). Per le singole biografie delle richiedenti asilo nigeriane, segnate da menzogne, false promesse e attese tradite, la costruzione di una relazione basata sulla fiducia sembra essere particolarmente faticosa e lenta, tuttavia indispensabile per il buon esito delle attività.

Il focus group rappresenta tanto una tecnica finalizzata alla raccolta di informazioni, quanto uno strumento operativo che offre immediatamente la possibilità di costruire reti, attivare competenze, condividere difficoltà, risorse e pratiche. In generale, i metodi e le tecniche ampiamente utilizzati dagli antropologi implicano una funzione applicativa. In tal senso, nel quadro di questioni etiche e metodologiche che interpellano la ricerca e le modalità dell'azione antropologica (Pinelli 2011: 57; Levy 2012: 71), sarebbe interessante approfondire la riflessione sul potenziale operativo dell'intervista etnografica in profondità (che non ho svolto nel corso del lavoro che presento).

Per coloro che raccontano, l'intervista rappresenta un'opportunità per ricomporre la propria storia di vita, di viaggio e di migrazione – e forse assegnare nuovi significati alle esperienze vissute – testimoniare accadimenti e sofferenze custodite dentro e mai dette. Inoltre, in una prospettiva di maggior reciprocità impegnata a bilanciare lo squilibrio tra l'antropologo che pone domande e la persona che risponde, l'intervista può riconfigurarsi come scambio; ad esempio, in ambito sanitario può essere utile al fine di spiegare un servizio, o chiarire il significato di una parola, di un concetto o la funzione di una particolare figura terapeutica.

---

7 Una mattina dello scorso luglio ricevo di buon'ora una fotografia da parte della ostetrica referente di consultorio che ritrae una delle donne coinvolte nel percorso con il suo bambino intento a smanettare con il computer nell'ufficio della referente. Sotto la foto una didascalia: «Buongiorno da noi!». A fine mattinata la referente mi chiama e mi racconta che la donna si era recata al consultorio familiare poiché costipata da giorni, con acuti dolori all'addome. Dopo la visita l'ostetrica le aveva riferito che in questi casi è opportuno recarsi all'ambulatorio del medico di medicina generale. Ma la donna non conosce il medico di medicina generale assegnatole e non sa dove sia il suo ambulatorio. Così l'ostetrica prende l'iniziativa, risale al medico di base, spiega la situazione, negozia e ottiene che il medico di medicina generale la visiti in consultorio, che è diventato un primo tramite verso una *compliance sostenibile*.

Per quanto riguarda il terzo scarto, l'incontro tra antropologia e servizi socio-sanitari non è di facile attuazione. Attraverso un impianto metodologico volto alla comprensione e all'inclusione di molteplici punti di vista, l'antropologia tende a una lettura dei processi, dei fatti e degli spazi sociali nella loro articolata configurazione. Per contro, i servizi hanno l'esigenza di semplificare e la tendenza a omologare persone, uniformare pratiche e percorsi terapeutici attraverso l'adozione di numerosi protocolli.

Alla distanza tra le rappresentazioni dell'antropologo fornite dagli operatori e la possibile applicazione del suo sapere, si aggiunge lo *scarto* tra la concretezza delle persone in carne e ossa, con il loro carico di esperienze e bagaglio di idee e le rappresentazioni che ne hanno gli operatori. Tale scarto potrebbe portare gli operatori a dare valutazioni fuorvianti ed etnocentriche che potrebbero avere un peso anche nel processo diagnostico (Good 2006: 33). I «tempi della visita sono tempi veloci» (ostetrica) e non consentono nessun approfondimento o avvicinamento alla soggettività del paziente.

Dopo l'elaborazione delle informazioni e dei problemi emersi durante i focus group, ho presentato gli esiti attraverso una restituzione a tutte le persone coinvolte. La mediatrice è stata presente anche in questa occasione per tradurre i contenuti. Nel corso di questo incontro le donne hanno continuato a commentare e dibattere tra loro con interesse e vivacità. L'incontro collettivo ha reso possibile il palesarsi dello scarto tra la rappresentazione delle donne inizialmente fornita dagli operatori – «passive», «silenziose», apatiche, non disposte a relazionarsi e collaborare – e le donne "corporee", capaci di presenza attiva, di relazione, di esprimere idee e formulare domande. Tali domande corrispondevano a bisogni concreti che riguardavano tanto la necessità di approfondire la conoscenza dei servizi socio-sanitari quanto la salute (riproduttiva, ma non solo), la salute dei bambini (alcune di loro avevano figli) e le norme sociali e giuridiche vigenti nel paese di approdo nei riguardi della tutela dei minori. Questo ultimo punto ha confermato la necessità di attivare itinerari di prevenzione sociale per evitare che comportamenti diffusi, socialmente condivisi e non perseguibili per legge nel paese di origine si trasformino in percorsi socialmente patogeni in Italia, ove politiche della cura e politiche socio-educative faticano a riconoscere e integrare il livello culturale (Taliani 2015: 22). Piuttosto che attivare percorsi di supporto alle famiglie o alle donne in condizioni di disagio, centrati sull'educazione sanitaria e sulla co-costruzione e condivisione di «*un'area di cultura pubblica comune*» (Seppilli 2000: 41), lo Stato fa sovente ricorso agli strumenti di cui dispone – affi-

damento eterofamiliare e adozione del minore – là dove una pluralità di prospettive (giuridiche, medico-psicologiche e socio-educative) esprimano valutazioni negative sulla genitorialità e sul supposto interesse del minore (Taliani 2015: 18-19). L'intrusione nelle sfere intime e familiari, volta al controllo delle persone e della loro morale, è ad alto rischio di violazione; tuttavia, violazione non è solo l'interventismo, ma anche la noncuranza, l'abbandono a memorie traumatiche (Pinelli 2017: 159), a molteplici disagi e sofferenze, alle tante difficoltà a comprendere e interagire con il tessuto sociale e con le – talvolta labirintiche – prassi delle pubbliche istituzioni. Impegnare pensiero e risorse nella costruzione di «*un'area di cultura pubblica comune*» significa problematizzare i modelli consolidati e non sempre efficaci di tutti i gruppi coinvolti, lasciando spazio a forme perlopiù inedite ed emergenti – una sfida quanto mai urgente e necessaria.

Prendo in considerazione ora un quarto scarto, quello tra i bisogni degli operatori socio-sanitari e quelli delle richiedenti asilo nigeriane. I primi riguardavano la necessità di approfondire le conoscenze su un particolare fenomeno con l'obiettivo di gestirlo e contenerlo. I bisogni delle donne avevano a che fare innanzitutto con l'urgenza di fuoriuscire dal limbo di incertezza, precarietà, sospensione ed esclusione che contraddistingue la condizione di vita dei richiedenti asilo (Lazzarino 2014: 59; Pinelli 2014: 73, 2017: 177). Preponderanti per loro erano due fattori: a) l'ottenimento di una qualche forma di protezione umanitaria; b) il conseguimento di una posizione lavorativa. Posizione giuridica e lavoro rappresentano per le richiedenti asilo le premesse indispensabili per ripensarsi, collocarsi e interagire attivamente con il nuovo contesto. In sintesi, solo in parte i bisogni di chi commissiona il lavoro coincidono con quelli degli utenti dei servizi ai quali il lavoro dovrebbe rivolgersi; soggetti a cui vengono richiesti adesione e coinvolgimento attivo nei percorsi. Nel corso del primo incontro emerge la consapevolezza di questo scarto da parte degli operatori:

> La contraccezione per le nigeriane, ma di che parliamo? Il pensare nostro, rispetto a loro, com'è? Ma come pensiamo noi, la contraccezione per le Nigeriane? Se la loro soluzione è l'asilo politico, prima di tutto c'è quello. Il loro bisogno è quello, a noi che abbiamo la puzza sotto il naso, ci tocca digerire il loro aborto, ci tocca digerire la nostra incompetenza, ci tocca digerire che i nostri strumenti di risposta non sono sufficienti a lenire un dolore così enorme. Se pensiamo a quello che queste persone hanno subito, l'aborto è il male

> minore per loro, per noi è una roba disastrosa. Ed è molto condizionata da questo mondo di stigmatizzazione, di non umanizzazione di queste persone. Non so, le umanizziamo dandogli la pillola? (psicologa).

Seppur si presenti una sorta di "egemonia di bisogni", dove quelli dell'istituzione appaiono prioritari, per alcuni problemi i bisogni coincidono. Il *bisogno di comprendere* (per gli operatori ha una declinazione, per le donne un'altra: i primi manifestano un bisogno conoscitivo al fine di stabilire un'adeguata relazione terapeutica e itinerari di presa in carico sempre più efficaci; le seconde hanno necessità di comprendere il funzionamento delle pubbliche istituzioni nel paese di accoglienza), *di capire* e *farsi capire*, quello di *tutelare la salute* propria e quella dei figli, sono necessità per entrambi i poli della relazione terapeutica.

Le conoscenze approfondite attraverso i focus group e il processo di coinvolgimento attivo innescatosi nella prima fase hanno permesso di individuare e realizzare le strategie operative concretizzate nelle due fasi successive.

La seconda fase, attivata con il supporto di OXFAM Italia, era finalizzata all'insegnamento della lingua italiana orale, fruibile in ambito sanitario, per poter raccontare il corpo, descriverne i sintomi, comprendere una diagnosi e una prescrizione medica e alla sperimentazione di un ciclo di incontri di educazione sanitaria. L'imperfetta conoscenza della lingua italiana continua a rappresentare un considerevole ostacolo all'accesso e all'interazione in ambito sanitario. Ovunque, nel territorio nazionale, sono presenti corsi di lingua italiana come seconda lingua (L2). Tuttavia, anche laddove un migrante conosca la lingua di contesto a un livello più o meno sufficiente per interagire con il nuovo ambiente, la lingua connessa a uno specifico ambito, in questo caso quello socio-sanitario, resta più difficile da comprendere, acquisire e impiegare a livello pragmatico. Ricca (2012: 14 e sgg.) ne parla in termini di «mal di parole»: incomprensioni derivanti dai diversi modi di attribuire significati ai sintomi, ai simboli e alla loro collocazione fisica che possono portare a una morte per «sincope interculturale». Nel progetto *Percorso sperimentale di educazione sanitaria e apprendimento "situato" della lingua italiana rivolto a richiedenti asilo nigeriane* (seconda fase) gli incontri dedicati all'insegnamento della lingua italiana erano strettamente connessi a quelli di educazione sanitaria. I primi erano propedeutici (premesse linguistiche, socio-culturali e socio-sanitarie) ai secondi. Oltre agli operatori socio-sanitari ho incluso in questo percorso anche il pediatra di libera scelta. Quest'ultimo non fa parte dell'équipe dei consultori familiari, ove si pre-

vede la figura del puericultore/puericultrice, ma non del pediatra. Tuttavia, a fronte delle questioni emerse dai focus group e dell'urgenza di affrontare temi inerenti la cura del minore, l'inclusione del pediatra di libera scelta nell'ambito di itinerari volti all'educazione sanitaria e alla prevenzione sociale si impone, a mio avviso, come prassi indispensabile. Inoltre era emersa la difficoltà da parte delle donne a comprendere ruolo e funzioni tanto del medico di medicina generale quanto del pediatra di libera scelta e a stabilire una relazione terapeutica con queste figure, criticità peraltro sperimentata in entrambi i poli della relazione terapeutica (presa in carico da parte dei servizi; sentirsi curati per gli utenti).

Le donne nigeriane hanno vissuto gli incontri di educazione sanitaria come un'opportunità per porre domande agli operatori socio-sanitari. In tal senso ho strutturato alcuni incontri evitando specifici temi preconfezionati dagli operatori, lasciando che fossero le donne, con le loro domande, a orientare e dare forma agli incontri. Gli atteggiamenti di iniziale e mutua chiusura, sospetto e disorientamento sono andati progressivamente attenuandosi; l'autonomia e la scioltezza con cui le donne si relazionavano ai servizi e agli operatori socio-sanitari sono via via aumentate, lasciando spazio a maggiore apertura e disponibilità a una comprensione reciproca. Le donne hanno iniziato a partecipare attivamente, ponendo numerose domande, raccontando esperienze e difficoltà, commentando tra loro i contenuti degli incontri. Senz'altro alcuni fattori di continuità hanno contribuito a modificare in positivo la relazione tra operatori e utenti: a) il consultorio come luogo in cui svolgere l'intero percorso ha rappresentato, per le donne, l'opportunità di familiarizzare con esso e con gli operatori; viceversa, per questi ultimi, la costante presenza delle donne ha rappresentato un'opportunità per avviare processi di formazione spontanea innescati dalla semplice frequentazione di una specifica utenza e attraverso la costruzione di occasioni di incontro oltre i tempi veloci degli appuntamenti medici; b) l'inclusione dei medesimi operatori socio-sanitari nell'intero processo – in tal senso sono state figure di riferimento ostetrica e assistente sociale – la presenza costante della mediatrice linguistico-culturale e dell'antropologa sono stati elementi di continuità tanto per le utenti quanto per gli operatori.

La terza e ultima fase di questo percorso ha preso la forma di un *Corso sperimentale di accompagnamento alla nascita rivolto a donne nigeriane richiedenti asilo e/o rifugiate*. In generale, la partecipazione di donne immigrate ai corsi di accompagnamento alla nascita, organizzati dal consultorio e gestiti

dalle ostetriche è limitata alle autoctone e a utenti per lo più provenienti da Paesi europei. Più difficile è raggiungere e includere donne africane, indiane, cinesi, ecc. Senz'altro la scarsa conoscenza della lingua italiana continua a rappresentare un ostacolo all'accesso delle donne ai corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e ad altri itinerari proposti, tuttavia possiamo ipotizzare che ciò interagisca con altri fattori, quali ad esempio le distanze socio-culturali relative a gravidanza, parto e puerperio (si veda ad esempio Marchetti & Polcri 2013), la reale comprensione e la valutazione dell'utilità, da parte delle donne, dei contenuti proposti nei corsi, l'organizzazione logistica connessa a orari e trasporti pubblici e, come scrive Ricca, il peso dell'«autosegregazione psicologica» (Ricca 2012: 16) e sociale e della timidezza che costituiscono concreti impedimenti alla partecipazione.

La costruzione e sperimentazione di un Corso di accompagnamento alla nascita dedicato si realizzava nell'ambito di un progetto in cui la formazione convergeva con l'operatività, con il coinvolgimento attivo degli operatori socio-sanitari (quattro ostetriche, due assistenti sociali, due psicologhe), dell'antropologa, della mediatrice linguistico-culturale, del pediatra di libera scelta (lo stesso già coinvolto negli incontri di educazione sanitaria) e delle gestanti nigeriane. La metodologia adottata per questa specifica formazione era improntata alla partecipazione di tutti i soggetti coinvolti, al confronto e al reciproco trasferimento di conoscenze. A ogni incontro, gli operatori socio-sanitari preparavano i temi e i materiali da discutere e validare collettivamente. La scelta dei temi da trattare è avvenuta sulla base di esigenze ed elementi emersi durante lo svolgimento delle due fasi del percorso precedentemente descritte.

Gli operatori elaboravano di volta in volta i contenuti sanitari da presentare durante gli incontri, le donne ascoltavano con il ruolo di soggetti valutatori dell'efficacia dei contenuti forniti e delle modalità impiegate dagli operatori per veicolarli. Il confronto permetteva di calibrare strada facendo ciò che le donne ritenevano incomprensibile e inefficace. La formazione procedeva in modo circolare: gli operatori realizzavano interventi di promozione della salute in gravidanza e di prevenzione sociale co-costruiti con le donne e queste ultime formavano a loro volta gli operatori ponendo questioni e fornendo le loro valutazioni. Il percorso di formazione-azione rappresentava una strategia operativa volta a ripensare i luoghi del consultorio come spazi di costruzione democratica di processi formativi, di reciproca conoscenza e inclusione, offrendo un contributo operativo alla riconfigurazione delle pratiche mediche. Esito di questo lavoro collettivo è stato anche

la realizzazione di un "canovaccio"[8], al quale gli operatori di consultorio che non partecipavano alla formazione potessero far riferimento e riprodurre autonomamente – e creativamente – nei loro luoghi di lavoro.

Conclusioni

Questo specifico e dettagliato resoconto di un'esperienza condotta in uno spazio pubblico fornisce un quadro delle potenzialità e dei limiti dell'antropologia professionale, impegnata a fini trasformativi. Gli *scarti*, ovvero le distanze di prospettive, di idee, di modalità per affrontare problemi talvolta simili (ad esempio quelli comunicativi e relazionali) rappresentano un'arena per ripensare il ruolo pratico dell'antropologo.

In questi *scarti* e spazi sociali di potere ho sperimentato spesso un'inquieta solitudine, mi è capitato di sentirmi inadeguata a rispondere alle tante richieste di operatori e utenti, incerta nell'affrontare le sfide e cogliere le opportunità che progressivamente si dischiudevano in quel *tra;* ho sentito la mancanza di un confronto aperto con i colleghi, di una metodologia rigorosa e condivisa, la necessità di tenere insieme teoria e prassi, il rischio concreto di rimanere incagliata in «ragnatele di potere» (Ong 2005: 108) che strutturano e confermano l'egemonia della medicina occidentale su "saperi altri" inerenti il corpo e i processi di salute e malattia. Tullio Seppilli ribadiva costantemente l'opportunità della presenza degli antropologi nei servizi. Ne sono convinta anch'io, malgrado la posizione sia tutt'altro che comoda e la professionalità ancora da definire.

Il contributo e l'azione antropologica hanno consentito di superare l'iniziale nodo critico, di ordine relazionale e comunicativo, focalizzando l'intervento sulla costruzione di una relazione terapeutico-assistenziale basata sulla fiducia, essendo quest'ultima l'indispensabile premessa alla concretizzazione di sempre più efficaci itinerari terapeutici. Consolidati modi di procedere sono stati ri-orientati, promuovendo un processo di revisione delle prassi (Pinelli 2011: 45) nel quadro di una più ampia strategia di co-costruzione (Laplantine 2012: 58) volta a sostenere spazi di partecipazione democratica e reciproca conoscenza.

---

[8] Ho scelto di chiamare "canovaccio" il documento prodotto come esito del corso di accompagnamento alla nascita co-costruito con tutti i soggetti coinvolti nel processo. Esso propone una possibile articolazione di itinerari pre-parto specificamente dedicati, costruiti a partire dai temi emersi durante il percorso.

Bibliografia

Aime, M. 2004. *Eccessi di culture*. Torino: Einaudi.

Bourdieu, P. 1995 (1994). *Ragioni pratiche*. Bologna: il Mulino.

Castaldo, M. 2014. Tra frammentazioni, ruoli e politiche di cura: l'antropologo "medico" nel sistema sanitario pubblico e nei dispositivi di salute mentale. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica,* 38: 265-282.

Good, B. 2006 (1977). Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran, in *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. 31-74. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Jourdan, L. 2010. *Generazione Kalashnikov. Un antropologo dentro la guerra in Congo*. Roma: Editori Laterza.

Jullien, F. 2018 (2016). *L'identità culturale non esiste*. Torino: Giulio Einaudi Editore.

Laplantine, F. 2012 (2011). Conoscenza reciproca, in *Per un'antropologia non egemonica. Il Manifesto di Losanna*, a cura di F. Saillant, Kilani M. & F. Graezer Bidau, pp. 58-60. Milano: elèuthera.

Lazzarino, E. 2014. Rifugiati, in *Antropologia e migrazioni,* a cura di B. Riccio, pp. 59-67. Roma: CISU.

Levy, J. 2012 (2011). Decolonialismo metodologico, in *Per un'antropologia non egemonica. Il Manifesto di Losanna*, a cura di F. Saillant, Kilani M. & F. Graezer Bidau, pp. 71-72. Milano: elèuthera.

Marchetti M. & C. Polcri 2013. Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione dei servizi socio-sanitari. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 35-36: 247-278.

Ministero della Salute 2017. *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*. Roma.

Napier, D., Clyde Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., Volkmann, A., Walker, T., Watson, J., C. de C. Williams, A., Willott, C., Wilson, J. & K. Woolf, Zafer Smith, S. 2014. Culture and Health. *The Lancet*, 384: 1607-1639.

Ong, A. 2005 (2003). *Da rifugiati a cittadini. Pratiche di governo nella nuova America*. Milano: Raffaello Cortina.

Pinelli B. 2011. *Donne come le altre. Soggettività, relazioni e vita quotidiana nelle migrazioni delle donne verso l'Italia*. Firenze: editpress.

Pinelli B. 2014. Campi di accoglienza per richiedenti asilo, in *Antropologia e migrazioni,* a cura di B. Riccio, pp. 69-79. Roma: CISU.

Pinelli, B. 2017. Salvare le rifugiate: gerarchie di razza e di genere nel controllo umanitario delle sfere di intimità, in *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricom-*

posizioni della procreazione e della genitorialità in Italia, a cura di C. Mattalucci, pp. 155-186. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Quagliariello, C. 2019. Salute riproduttiva, genere e migrazioni. Il continuum di violenze nei vissuti di donne e madri "dalla pelle nera". *Mondi Migranti*, 1: 195-216.

Quaranta I. & M. Ricca (a cura di) 2012. *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ricca, M. 2012. Introduzione. Immigrazione e "mal di parole", in Quaranta I. & M. Ricca. *Malati fuori luogo. Medicina interculturale,* pp. 9-22. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Seppilli, T. 1996. Antropologia Medica: fondamenti per una strategia. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2: 7-22.

Seppilli, T. 2000. Le nuove immigrazioni e problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 9-10: 35-58.

Taliani, S. 2015. Antropologie dell'infanzia e della famiglia immigrata. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 39-40: 17-70.