

Come pensano i servizi socio-sanitari? Servizi di salute riproduttiva e donne migranti: la mancata “calibrazione culturale”

GIULIANA SANÒ, PAMELA PASIAN E FRANCESCO DELLA PUPPA*

Abstract ITA

I risultati ottenuti per mezzo di una ricerca etnografica condotta nel 2018 e finalizzata a investigare la relazione tra le donne migranti e i servizi socio-sanitari dedicati alla salute riproduttiva a Verona, fungeranno da leva per l'approfondimento e la messa a fuoco di una serie di elementi (convenzioni, stereotipizzazioni, pregiudizi) che sono alla base di ciò a cui si attribuisce l'etichetta di “cultura” dei servizi. Parafrasando il lavoro di Mary Douglas, ci chiederemo: come pensano i servizi socio-sanitari? L'obiettivo è quello di rendere visibile l'azione delle istituzioni e dei servizi socio-sanitari nei processi di presa in carico dei bisogni di salute sessuale e riproduttiva di donne migranti, gli “scarti” e le “frizioni” che si determinano nella relazione tra servizi e utenza migrante e, infine, l'agency degli attori istituzionali.

Keywords: salute sessuale e riproduttiva, servizi socio-sanitari, donne migranti, costruzioni culturali, pensiero istituzionale

Abstract ENG

The results obtained through ethnographic research conducted in 2018, aimed at investigating the relationship between migrant women and socio-health services dedicated to reproductive health in Verona, will serve to deepen and focus on a series of elements (conventions, stereotypes, prejudices) that underlie what is labelled as the “culture” of services. Paraphrasing the work of Mary Douglas, we will ask ourselves: how do socio-health services think? The goal is to make visible the action of institutions and socio-health services in the processes of addressing the sexual and reproductive health needs of migrant women, the “gaps” and “frictions” that occur in the relationship between services and migrant users, and finally, the agency of institutional actors.

* gsano@unime.it; pamel.pasian@unive.it; francesco.dellapuppa@unive.it.

Questo articolo è frutto di un lavoro collettivo, congiunto e indivisibile. Tuttavia, ai fini di valutazioni individuali, è possibile attribuire a ciascun autore i seguenti paragrafi. Giuliana Sanò: Introduzione; Il discorso della “cultura”; Le narrazioni, le esperienze e le pratiche delle utenti. Pamela Pasian: I discorsi, le narrazioni e le rappresentazioni dei servizi; “Culture” in gioco; Conclusioni. Francesco Della Puppa: Il contesto della ricerca e gli strumenti di indagine.”

Keywords: Sexual and reproductive health, health and social services, migrant women, cultural constructs, institutional thinking

Introduzione

Nel dichiarare che “il trionfo del pensiero istituzionale consiste nel rendere le istituzioni completamente invisibili” (1990, p. 151), Mary Douglas ci consegna implicitamente delle chiare chiavi di lettura delle pratiche, dei saperi e dei discorsi istituzionali. Sulla base di queste indicazioni, nel presente contributo ci sforzeremo di rendere visibile l’azione delle istituzioni e dei servizi socio-sanitari nei processi di presa in carico dei bisogni di salute sessuale e riproduttiva di donne migranti, che “per il loro specifico posizionamento, permettono una lettura dei processi socioculturali sulla riproduzione” (Marabello 2023, p. 115).

Se, per un verso, ciò che ci interessa indagare include la “cultura” e i processi di costruzione culturale promossi dal sistema biomedico, per un altro, a destare il nostro interesse sono soprattutto i discorsi, le rappresentazioni, le stereotipizzazioni, i sistemi tassonomici e i meccanismi di classificazione adoperati dagli attori istituzionali. Parafrasando Douglas, ci interessa indagare come pensano i servizi socio-sanitari.

Per farlo, ci serviremo dei dati e del materiale etnografico raccolti nell’ambito di un’indagine condotta nel 2018 e finalizzata a investigare il rapporto tra servizi e donne migranti a Verona. Inquadrati all’interno di una cornice teorico-interpretativa che punta a mettere in dialogo i temi e gli interessi dell’antropologia politica con le tendenze dell’antropologia e della sociologia medica e delle migrazioni, tali dati ci aiuteranno a mettere a fuoco il carattere culturale delle istituzioni e dei servizi socio-sanitari e a osservare più da vicino le ambivalenze, gli scarti¹ (Marchetti 2019) e le frizioni (Marabello 2023) che si determinano o possono determinarsi nella relazione tra professionisti della salute, operatrici sociali e donne migranti.

Ragionando sulla relazione tra medici e pazienti con background migratorio, Seppilli (1996, p.11) ha sostenuto che essa debba assumere

il carattere di una vera e propria calibrazione culturale dei servizi e delle attività sanitarie: giacché ogni rapporto tra medico e paziente è, almeno in una certa misura, un incontro tra culture (e, per questo, anche luogo di un loro reciproco confronto).

1 Con questo termine Marchetti (2019) descrive il modo in cui all’interno dei servizi molto spesso si produce uno scarto tra la conoscenza delle professioniste e i saperi e le conoscenze delle pazienti e utenti migranti.

Poiché ripositiona il ruolo della “cultura” e la fa scivolare su entrambi i poli della relazione, la proposta di Seppilli (1996) ci sembra possa essere indicativa dell’importanza di insistere sul carattere culturale delle istituzioni e dei servizi socio-sanitari e sulle sue implicazioni nella relazione con l’utenza migrante.

Risultato di una costruzione dell’ordine sociale e istituzionale che fa principalmente leva su sistemi tassonomici e meccanismi di classificazione (Palumbo 2010), le istituzioni sono accomunate dall’essere costruzioni culturali

che mettono in opera modalità di organizzazione e di controllo della vita di milioni di persone, ridisegnando identità e appartenenze non senza incontrare resistenze, e dovendo fare i conti anche con l’agency degli attori sociali” (Minicuci, Pavanello 2010, p. 9).

Nel caso studio da noi indagato, la necessità di ridisegnare identità, appartenenze e differenze si presentava ogniqualvolta le professioniste della salute o le operatrici sociali impiegavano il concetto di “cultura” allo scopo di evidenziare la mancanza di complicità e di *compliance* delle donne prese in carico dalle strutture. Attribuendo alla dimensione culturale le ragioni della diffidenza e della resistenza mostrata dalle donne nelle fasi di accesso e nei processi di cura, le professioniste riproponevano, più o meno implicitamente, uno schema discorsivo teso alla distinzione tra un Io razionale e un’alterità culturale.

Nello specifico, tali discorsi tendevano a far apparire come razionali le pratiche e le tecniche impiegate dalle professioniste nel contesto di arrivo e, al contrario, come poco razionali o guidate esclusivamente da ragioni culturali quelle messe in campo dalle utenti straniere.

Tuttavia, in altre circostanze capitava che i professionisti e le operatrici dei servizi socio-sanitari riflettessero criticamente sul proprio operato, sottraendosi a quegli ordinamenti che danno vita alla costruzione di mondi sociali organizzati secondo le regole istituzionali e, più in generale, ai meccanismi che regolano il sistema tassonomico e classificatorio tipici della “cultura” istituzionale (Boissevain 1979, Herzfeld 1992, Bourdieu 2013, Gardini 2016).

In questi casi, le *performances* degli attori istituzionali riflettevano una grande capacità di navigazione dell’indeterminatezza (Herzfeld 1992) connaturata alle regole procedurali, facendo emergere la complessità e le sfaccettature del carattere culturale del sistema o della struttura presso cui prestano servizio.

Dopo una ricostruzione del contesto della ricerca e degli strumenti di indagine adottati, nelle pagine che seguono approfondiremo le motivazioni che ci hanno spinti, in questo contributo, a ragionare su “come pensano” i servizi socio sanitari e sui processi di costruzione culturale, e proveremo a

ridefinire il rapporto tra i servizi e le donne e madri in migrazione adattando e facendo aderire le intuizioni di Douglas (1990) ai contributi e ai contenuti dell'antropologia medica e delle migrazioni.

Nello specifico, vedremo in azione i meccanismi di classificazione e di valutazione adottati dalle professioniste della salute e delle operatrici sociali nella presa in carico; gli scarti, le frizioni e le ambivalenze provocate dalle rappresentazioni sulla "cultura" e dagli stereotipi che circolano sulla salute riproduttiva e sessuale delle donne e madri in migrazione; e, non meno importante ai fini del nostro ragionamento, la costruzione e il modellamento di un'agency individuale che è capace di mostrarsi in disaccordo con il sapere e i pensieri istituzionalizzati.

Il contesto della ricerca e gli strumenti di indagine

Condotta nel contesto socio-territoriale del Comune di Verona, la ricerca ha indagato i bisogni delle donne e madri in migrazione, nelle fasi di accesso ai servizi, presa in carico e cura. Contestualmente, l'analisi ha approfondito le pratiche e le strategie adottate dal personale che lavora nei servizi socio-sanitari e nel settore della salute sessuale e riproduttiva.

La ricerca complessivamente è durata sei mesi ed è stata condotta partecipando alle attività dei consultori e degli ambulatori per persone immigrate "irregolarizzate", prendendo parte alle riunioni e ai momenti di confronto e di scambio all'interno di centri di accoglienza straordinaria, e tramite alcune visite presso gli ospedali locali.

Dopo aver esaminato i dati quantitativi per dimensionare la presenza delle migrazioni femminili nel comune di Verona, ci siamo concentrati sulle interviste e sull'osservazione partecipante all'interno dei luoghi deputati all'accoglienza e alla salute riproduttiva. Nello specifico, sono stati realizzati 3 *focus group* con operatrici/ori dell'accoglienza, professionisti/e della salute e donne migranti; sono state raccolte 20 interviste in profondità a coordinatrici/tori e operatrici/ori e 20 a donne migranti che usufruivano di questi servizi e provenienti da: Africa Sub-Sahariana (Costa d'Avorio, Ghana, Camerun, Nigeria); Corno D'Africa (Somalia, Etiopia); Nord Africa (Marocco, Tunisia); Sud America (Perù, Ecuador); Europa orientale (Moldavia, Ucraina, Romania) e subcontinente indiano (Pakistan, Sri Lanka, Bangladesh).

I background migratori delle donne incontrate durante la ricerca risultavano quindi estremamente eterogenei, così come i contesti economici e sociali dei paesi di origine e le condizioni materiali e di esistenza nel luogo di approdo. Va da sé, che all'interno di un progetto di ricerca il cui mandato non prevedeva l'analisi delle scelte di salute di uno specifico gruppo nazionale o di una singola comunità di donne, bensì della relazione tra i servizi di

una città del Nord Italia e le donne migranti che si rivolgono a questi, l'attenzione all'organizzazione dei servizi e al modo in cui essi pensano non poteva che risultare decisiva nel processo di elaborazione dei risultati ottenuti.

Prima di procedere con l'analisi del materiale etnografico, riteniamo possa essere utile inquadrare concretamente i nostri ragionamenti all'interno della cornice normativa presente durante la nostra indagine. Il richiamo al quadro normativo giova, più in generale, a comprendere le conseguenze che si determinano sul piano della salute delle donne immigrate e sulle loro "traiettorie riproduttive".

In tal senso, occorre, per esempio, segnalare che alle donne – e alle famiglie – immigrate prive di un regolare documento di soggiorno, le cosiddette "Stp"², veniva formalmente negato il diritto a una serie di tutele in ambito sanitario. Infatti, mentre i ricoveri erogati a favore degli aventi diritto sono remunerati attraverso apposito fondo del Ministero, le spese connesse alle prestazioni ambulatoriali, ai farmaci e alle altre prestazioni restano a carico delle Regioni. Tale allocazione delle spese in capo alle Regioni, nello specifico caso della Regione Veneto, costituisce un nodo cruciale alla compromissione del diritto alla salute³.

Fra le tutele negate, va anche richiamato l'accesso allo Screening per prevenire il cancro al collo dell'utero, previsto ogni 3 anni per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Coerentemente al quadro normativo nazionale⁴, per un certo periodo di tempo questa fascia della popolazione femminile ha potuto beneficiare del Pap Test gratuitamente, al pari delle donne con cittadinanza italiana o immigrate "regolarmente" residenti. Successivamente l'Ulss locale, su indicazione della Regione, ha negato il Pap Test gratuito per le donne in possesso di "Stp", chiedendo loro il pagamento della prestazione. Ciò ha, presumibilmente, dissuaso molte utenti dal ricorrere alla prestazione, innalzando tra le donne "Stp" la possibilità di ammalarsi di tumore della cervice uterina, e incrementando, quindi, un tasso che risulta già più elevato per le donne immigrate rispetto alle autoctone (Spadea et al. 2010).

Insieme a questi elementi, vanno prese in considerazione anche alcune specificità del contesto veronese, presenti nel momento in cui abbiamo condotto la ricerca. Nel 2018, l'amministrazione cittadina era guidata dal partito politico della Lega Nord che, a livello nazionale, aveva ulteriormente inasprito le già forti prese di posizione nei confronti delle persone immigrate, attuando politiche e proponendo decreti finalizzati a una intensa restrizione dei loro diritti sociali.

2 La tessera "Stranieri temporaneamente presenti" viene rilasciata alle persone immigrate, originarie da "Paesi terzi" e prive di regolare documento di soggiorno e può essere tesserino o un foglio di iscrizione al Servizio Sanitario, a carattere temporaneo (sei mesi) e rinnovabile. *D.Lgs 286/1998*.

3 *D.Lgs 286/1998*.

4 D. Lgs. 124/ 1998; D. Lgs. 286/1998; Dpr 394/1999.

A livello locale, la giunta comunale aveva intrapreso un percorso finalizzato ad aggredire i diritti sociali e le condizioni della salute riproduttiva delle donne *tout court*, approvando una delibera che dichiarava Verona “Città a favore della vita”⁵, ma che, di fatto, mirava ad attaccare il diritto all’interruzione di gravidanza e a sostenere le associazioni cattoliche che mettono in campo iniziative contro l’Ivg.

Il Veneto, inoltre, risultava e risulta la seconda regione dell’Italia settentrionale, dopo il Trentino Alto-Adige, per crescita di medici obiettori. Nello specifico, nel contesto veronese, su 66 medici in servizio nelle unità operative di ostetricia e ginecologia, al momento della ricerca, 54 erano obiettori di coscienza. Se si stringe la prospettiva di analisi al solo Comune di Verona, l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, vedeva 21 medici dell’ostetricia-ginecologia obiettori su 27 (Ministero della Salute 2020).

I dati forniti dall’Istat relativi al 2016, registrano 1.065 Ivg nella Provincia di Verona, di cui 533 vedono protagoniste donne di cittadinanza italiana. Ciò significa che, anche nel territorio veronese, il tasso di abortività delle donne immigrate per l’anno in considerazione è sensibilmente più alto rispetto a quello delle autoctone giacché il 50% delle Ivg è richiesto da tale categoria di utenti a fronte di una presenza immigrata dell’11,4% in Provincia e del 13,9% nel Comune (Centro Studi e Ricerche Idos 2018). A fronte di una maggiore precarietà (giuridica, abitativa ed economico-sociale), i provvedimenti adottati dalla politica locale in tema di salute sessuale e riproduttiva delle donne, hanno avuto delle pesanti ricadute soprattutto tra le donne e madri in migrazione.

Il discorso della “cultura”

Pur inquadrandosi all’interno di un contesto connotato da una forte ostilità nei confronti delle persone straniere, le testimonianze e i racconti che a breve verranno analizzati mostrano, tuttavia, come le professioniste della salute e le operatrici dei servizi socio-sanitari provino a superare i limiti e i condizionamenti imposti dalle procedure istituzionali.

Egualmente a ciò che altre analisi hanno messo in evidenza (Giudici 2020, Giacomelli 2021, Pasian 2024) impiegando la nozione di *street level bureaucracy* (Lipsky 2010) allo scopo di evidenziare l’autonomia decisionale dei singoli e la discrezionalità mediante cui essi agiscono all’interno delle organizzazioni, anche nel nostro caso era evidente come gli *street-level bureaucrats* dei servizi socio-sanitari mantenessero un atteggiamento ambivalente nei confronti della propria organizzazione così come delle donne e madri migranti. Vale a dire che in alcuni casi essi trovavano il modo per trattare in

5 Mozione Comunale 434/2018.

maniera “equa, opportuna e ponderata” le donne, mentre in altri cedevano “agli stereotipi, alle convenienze e alla routinizzazione” (Lipsky 2010, p. xiv) per andare incontro ai propri scopi o a quelli del servizio.

Un’ostetrica che lavorava presso uno dei consultori del distretto 3 di Verona, durante un’intervista, ci ha raccontato che:

Io dico loro... “Guarda per venire qua devi avere la tessera...qualsiasi tessera, ma io ti devo registrare e se non ti trovo nell’anagrafe sanitaria non posso darti la prestazione” ... [ride].... Che poi l’accoglienza viene sempre fatta... l’accoglienza si fa sempre, è la prestazione che non può essere fatta... se dovessi registrare tutte le accoglienze che ho fatto e che non avevano la tessera sanitaria, ne abbiamo... la mia porta è sempre aperta... [...] io sono mancata 4 mesi per un infortunio e la porta è stata chiusa... poi le donne mi hanno chiesto... però è un grosso punto di domanda... (Ostetrica del consultorio, intervista, Verona, 28.6.2018).

Cionondimeno, la volontà di trovare delle risposte e delle soluzioni efficaci, stimolava, quasi sempre, discorsi tesi a individuare negli elementi culturali, e non già nelle condizioni materiali di esistenza, la ragione dell’assenza di relazione e di dialogo tra loro e le donne e madri in migrazione.

L’altro problema con i servizi è che, secondo me, va fatto un passaggio culturale rispetto alla contraccezione, perché quando vedo come presentano la contraccezione alla nostra utenza, la presentano esattamente come se ci andassi io. Allora va benissimo dentro una logica di pari diritti, dopodiché probabilmente non abbiamo gli stessi strumenti, a partire dagli strumenti culturali per fare questo, per cui molto spesso l’utenza rispetto a tutte le proposte che gli vengono fatte si trova disorientata, molto spesso non le capisce perché non sono contestualizzabili dentro alla loro *ratio culturale* di riferimento e quindi a volte secondo me queste non arrivano neanche di finire di ascoltare il discorso ... Io ogni tanto, quando l’assistente sanitaria dice: “tu devi sapere che con il tuo compagno devi comunque usare sempre il preservativo perché tu non sai lui con chi sta andando”, immagino che questa dopo le prime 10 battute ha chiuso la saracinesca dell’ascolto. Proprio perché, secondo me, alcuni paradigmi rispetto alla contraccezione, in particolare modo, che continua ad essere un tema ostico vanno rimessi in discussione. Ma proprio anche a partire dall’aspetto culturale che molto spesso i servizi non sono in grado di tenere in considerazione (Focus group operatori/trici Network Antitratta Regionale, Venezia, 31.07.2018).

Il ricorso alla nozione di “cultura” e la tendenza degli attori istituzionali a concentrarsi sui “tratti culturali” delle donne migranti per spiegare il venir meno della relazione hanno costituito, dunque, il pretesto per provare a invertire il nostro piano di osservazione.

Se per le istituzioni a dover essere presi sul serio sono i “tratti culturali” delle persone migranti, ci siamo chiesti: perché non provare a fare lo stesso

con le istituzioni biomediche e con i servizi socio-sanitari? Ci siamo domandati, cioè, se per comprendere le criticità, le tensioni e le ambivalenze che spesso si determinano nella relazione tra donne migranti e servizi socio-sanitari non fosse utile prestare attenzione al modo in cui questi ultimi orientano la propria azione mediante l'uso di modelli classificatori e tassonomici che a loro volta provengono e sono il risultato di costruzioni socio-culturali e, come tali, sono in ogni momento soggetti all'azione trasformativa e critica dei singoli.

In altre parole, abbiamo ipotizzato che per risalire all'origine di queste tensioni e ambivalenze fosse necessario, dapprima, rendere visibile il pensiero e l'azione delle istituzioni e dei servizi – cioè a dire il loro essere culturalmente orientati – per poi tornare a ribadire l'efficacia di una “calibrazione culturale” (Seppilli 1996), ovvero di un “incontro (e, per questo, anche luogo di un loro reciproco confronto) tra culture” (ivi, p. 11).

La mancanza di omogeneità all'interno della tradizione biomedica (Pizza 2021) non impedisce di fare luce sugli orientamenti e sul pensiero degli attori istituzionali. L'azione delle contingenze storiche, sociali, culturali e politiche nella costituzione e nella continua trasformazione di questa tradizione (Kleinman 1988, Seppilli 1996, Fadiman 1997, Martin 2001, Quaranta 2006, Pizza 2021) non riduce l'efficacia delle tassonomie e dei sistemi di classificazione nel “ridisegnare identità e appartenenze” (Minicuci, Pavanello 2010), né minimizza il ruolo delle gerarchie, dei rapporti e delle strutture di potere in campo istituzionale.

Finalizzato alla istituzionalizzazione di rapporti sociali asimmetrici e di un ordine sociale disuguale, il pensiero istituzionale risulta, infatti, essere “tagliato su misura per gli interessi della classe dominante” (Douglas 1990, p. 142).

Nell'indagare quali sono i meccanismi che danno vita ai sistemi di classificazione e di valutazione, per esempio quelli che nel nostro caso corrispondono ai criteri di una genitorialità o di una maternità conforme al pensiero istituzionale (Matalucci 2017, Giuffrè 2018), possiamo riscontrare l'utilità di “ripercorrere le modalità in cui il mondo fisico viene trasformato (dalle istituzioni) in una proiezione del mondo sociale” (Douglas 1990, p. 150).

Secondo Douglas, il sistema classificatorio impiegato dalle istituzioni origina, infatti, dalle distinzioni che convenzionalmente esse attribuiscono al mondo della natura. In quest'ottica, le classificazioni “giustificano il destino particolare assegnato alle donne nella divisione del lavoro” (ivi, p. 103) o, come nel nostro caso, all'interno della sfera riproduttiva.

La critica alla proiezione del mondo fisico su quello sociale costituisce, non a caso, il principale bersaglio teorico delle antropologhe e teoriche del femminismo, le quali hanno individuato in questo nesso lo strumento me-

dianche cui si articolano formazioni discorsive volte a legittimare la subalter-
nità delle donne⁶ e, in maniera particolare, di quelle migranti (Pinelli 2019).

Analogamente a quanto suggerito da Douglas, Colette Guillaumin (2020, p. 97), ha sostenuto che il “discorso della natura” venisse impiegato per affermare la superiorità della classe degli uomini e dei soggetti dominanti su quella delle donne e dei soggetti dominati. Secondo questa ideologia, scrive l’autrice: i soggetti dominati “sono nella Natura”, mentre i soggetti dominanti “sorgono dalla Natura”.

Nel ridisegnare identità e appartenenze (Minicuci, Pavanello 2010) culturali, i sistemi tassonomici e di classificazione adoperati dagli attori istituzionali impiegano il medesimo principio di identificazione. Il “discorso della natura” diventa il “discorso della cultura” e le disuguaglianze economiche e sociali vengono, così, legittimate da una “cultura” di appartenenza alla quale, secondo questa ideologia, risulta praticamente impossibile sottrarsi.

L’istituzione di questo parallelismo, tra “discorso della natura” e “discorso della cultura”, viene confermato anche dalle analisi che si sono concentrate sulle ambivalenze e le tensioni che si generano nell’ambito della salute sessuale riproduttiva di donne migranti.

L’ambiguità dell’aggettivo “naturale” descritta da Quagliariello (2014) – le cui indagini hanno mostrato come ciò che risulta naturale per le professioniste del parto tende puntualmente a scontrarsi con la visione di ciò che, invece, è naturale per le donne migranti – possiamo rintracciarla anche in quegli “scarti” di significati attribuiti al concetto di “cultura” (Marchetti 2019) da parte dei professionisti della salute, delle operatrici sociali e delle donne migranti.

Rendendo visibile l’ambiguità di questo concetto, gli scarti di significati mostrano come il venir meno della relazione tra attori e attrici istituzionali e donne migranti non sia unicamente riconducibile alla “cultura” di queste ultime, bensì al modo in cui i primi costruiscono modelli tassonomici e di classificazione per designare identità e appartenenze che appaiono e vengono descritte come fisse e immutabili.

I discorsi, le narrazioni e le rappresentazioni dei servizi

Se considerare l’influenza della migrazione nelle traiettorie di salute e nelle scelte riproduttive delle donne (Ong 2005; Marchetti, Polcri 2013; Marchetti 2019; Quagliariello 2019, 2021) può servire a mettere a fuoco quel processo per mezzo del quale, grazie all’esperienza migratoria, le donne “diventano altre” (Schmoll 2022), concentrarsi sulla produzione di pensieri

⁶ Si vedano tra gli altri i lavori di Strathern (1980), Ortner e Whitehead (1981), Gribaldo (2005).

stereotipati e di pregiudizi (Pinelli 2019, Taliani 2019) all'interno delle istituzioni giova, invece, a confermare il carattere culturale di queste.

All'interno di un ambulatorio per migranti di Verona a cui possono accedere persone anche prive di permesso di soggiorno, una professionista della salute attribuiva la mancanza di *compliance* delle donne migranti a una diffidenza culturalmente orientata e, nel caso delle pazienti nigeriane, alla difficoltà di introdurre l'abitudine dell'anticoncezionale nella propria vita quotidiana

Abbiamo parlato di aree del mondo completamente diverse... anche nell'ambito dell'Africa subsahariana, le donne francofone, dalla Costa D'avorio, dal Mali... oppure le eritree...c'è molta diffidenza tra le donne del Corno d'Africa, sono arrivati molti eritrei negli ultimi anni, famiglie anche con bambini, donne incinte, ma anche tra le donne somale... una diffidenza del mondo medico... probabilmente hanno anche un background, più forte loro, un'estrazione sociale diversa, mentre la grande difficoltà con la popolazione nigeriana è la *compliance* a qualunque terapia, tanto meno all'anticoncezionale orale, da assumere ogni giorno è una cosa proprio difficile da pensare. Un po' c'è un fatalismo sulla salute (professionista della salute ambulatorio per migranti, intervista, 19 settembre 2018).

L'urgenza di praticare “una calibrazione culturale” (Seppilli 1996), aperta al confronto di un diverso modo di concepire il corpo, le cure e la salute sessuale e riproduttiva, servirebbe, in tal senso, a metterci al riparo dall'uso strumentale della cultura praticato dai professionisti e dalle professioniste del campo socio-sanitari, laddove questi, come nella testimonianza appena riportata, tendono a considerare “difficili” (Ong 2005) le assistite con background migratorio e ad inscrivere tali difficoltà sul piano squisitamente culturale (Fadiman 1997).

Non solo le professioniste della salute, ma anche le operatrici dei servizi dedicati all'accoglienza di donne richiedenti asilo, durante i nostri incontri, adoperavano il concetto di “cultura” per giustificare la resistenza mostrata dalle donne migranti nell'utilizzo dei servizi territoriali.

Il tema della sessualità, il tema della maternità, sono temi che toccano la persona in ambiti molto profondi, intimi e che sono anche culturalmente molto diversi per cui, ad esempio, noi, come donne occidentali, cresciute, formate in un certo modo, ci relazioniamo con un tipo di approccio nei confronti della sessualità e nei confronti della maternità, molto diverso; e quindi trovare un equilibrio tra l'essere di sostegno a queste donne, senza entrare a gamba tesa in una loro diversità, però anche far comprendere come utilizzare tutti i servizi a disposizione sul territorio, perché molte volte c'è anche una resistenza (Focus group operatrici centro accoglienza per donne richiedenti asilo con figli, 07 settembre 2018).

Le considerazioni riportate dall'operatrice all'interno di un *focus group*, fanno eco ai ragionamenti sin qui prodotti e, in particolare, a quelle formule e a quegli schemi discorsivi adottati dagli attori istituzionali nel tentativo di produrre una prima distinzione tra gli approcci alla sessualità e alla maternità delle donne occidentali e quelli delle donne non occidentali.

Anche l'attenzione a non urtare la sensibilità delle altre donne, esplicitata dall'operatrice mediante la metafora "del non entrare a gamba tesa", non sembra, tuttavia, eludere la volontà di ricondurre l'indisponibilità a utilizzare tutti i servizi del territorio a una diversità che, stanti quelle premesse, non può che essere culturale.

La capacità di riconoscere l'ingerenza dell'apparato istituzionale e del sistema biomedico nell'approccio alla salute non va, dunque, oltre il riconoscimento del carattere meramente culturale delle differenze, escludendo a priori la possibilità di individuare altri fattori all'origine della resistenza: gli orari, le distanze, il carico di lavoro dentro e fuori l'ambito domestico, le pressioni sociali e familiari ricevute.

A confermare la tendenza degli attori istituzionali a neutralizzare l'efficacia di elementi che non hanno strettamente a che vedere con la sfera culturale delle assistite migranti, ma che egualmente agiscono nelle scelte e nelle traiettorie di salute delle donne si collocano anche quelle narrazioni e rappresentazioni infantilizzanti.

Dipinte come soggetti vulnerabili (Pinelli 2019, Taliani 2019, Shmoll 2022) e alla mercé dei connazionali uomini, le donne e madri migranti subiscono un doppio spossessamento del Sé e delle proprie scelte.

E qui c'è un altro scoglio culturale che, ne abbiamo parlato tante volte, noi facciamo, abbiamo fatto degli incontri con delle ginecologhe che sono venute a parlare della prevenzione etc., etc... però se dall'altra parte hai un'utenza maschile che non riceve lo stesso tipo di formazione, lo stesso tipo di... e c'è, per dirla in breve, l'uomo africano in generale, l'uomo nigeriano pare in particolare, sono refrattari totalmente all'uso del *condom*. Quindi noi abbiamo un bel lavoro da fare sulle malattie sessualmente trasmissibili, abbiamo fatto seminari, cose con le ragazze, abbiamo offerto molti strumenti di consapevolezza e di conoscenza, poi però loro, quando escono da qui, si trovano con dei partner che non vogliono usarli. Queste ragazze – la mia idea – sono spesso molto giovani e quindi in un contesto intimo di coppia poi sapersi far valere dire "No, allora guarda..." (Focus group operatrice centro accoglienza per donne richiedenti asilo con figli, 07 settembre 2018)

Il racconto dell'operatrice, secondo la quale le donne non saprebbero "farsi valere", chiama in causa il registro dell'"umanitarismo sessuale" (Mai 2018, Giametta et al. 2023), ossia quel dispositivo discorsivo per mezzo del quale la sessualità e il genere vengono riarticolati allo scopo di produrre

re un ordine di differenze e di gerarchie fondate sul razzismo istituzionale (Schmoll 2022).

Così come le precedenti, anche le osservazioni sulle pratiche di svezzamento dei neonati e delle neonate mettono in mostra il carattere strumentale dei discorsi sulla “cultura” e sulla nazionalità, e rimandano all’uso di rappresentazioni stereotipate, volte a dipingere le donne e madri migranti come manchevoli e deficitarie di un sapere medico razionale (Pinelli 2019, Schmoll 2022).

Sono soprattutto le pratiche e, in particolare quella dello svezzamento, a rendere visibili gli “scarti” e le “frizioni” tra gli attori e le attrici in campo.

A questo riguardo, un’ostetrica del consultorio ha raccontato a Pamela che:

Con la Nigeria, si è lavorato su temi importanti, ma di fatto hanno un atteggiamento rispetto all’allevare e all’accudimento del bambino che è molto meno ansiogeno di quello che è il nostro, per cui vanno lisce, non si pongono problemi. Certo, a volte è meglio, ma... non so come dire... adesso stiamo cercando di lavorare su un punto che sta emergendo... ossia gli svezzamenti forzati dei bambini: se un bambino, di suo, non è uno che se la gioca bene mangiando dopo i sei mesi, hanno questa modalità di tenerlo in braccio come se fosse allattato al seno, di bloccare la bocca e come un tacchino lo ingozzano, ma non va molto bene per il bambino (Focus group col personale del Consultorio, 03 settembre 2018).

Se il personale del consultorio individua in una provenienza nazionale, “la Nigeria”, le maggiori criticità rispetto ai temi dello svezzamento, un’operatrice del centro di accoglienza per donne richiedenti asilo con figli si riferisce ad un generico “loro”, “in Africa”, come vedremo nel prossimo estratto, per marcare la differenza tra pratiche culturalmente connotate

E poi un altro tema che ci occupa tanto tempo è quando il bambino è nato, c’è da svezzarlo, educarlo e questo è un tema che ci sta portando via parecchio... proprio sullo svezzamento. Perché loro hanno delle pratiche culturali che sono molto diverse dalle nostre, molto, molto diverse... Guarda, faccio un esempio: loro svezzano, appena è l’ora dello svezzamento, loro utilizzano un alimento che si chiama *Custard*, che noi non usiamo, è una specie di amido concentrato, loro lo mischiano con l’acqua, fanno questo... e magari mettono dentro anche il latte in polvere, invece di metterlo nel biberon, fanno questo pappone e svezzano solamente con quell’alimento lì. Quando invece da noi c’è un’ampia scelta di alimenti con cui svezzare un bambino. Quindi il loro unico mezzo è: sdraio il bambino così... e giù di *Custard* con il cucchiaino. Quando invece noi adesso usiamo la pratica dell’auto-svezzamento: cioè il bambino comincia ad assaggiare e a prendere i primi pezzettini nel seggiolone. Ecco per loro, quel metodo lì, è assolutamente insano perché, secondo loro, tutto il cibo va per terra e il bambino con quel sistema lì non sta mangiando assolutamente nulla. Vogliono essere sicure che nella pancia del bambino sia entrata quella cosa, anche se quello che usano loro è

un alimento molto povero. Cioè... in Africa si trova, si trova tanto e a poco prezzo, però qui hanno anche... (Focus group operatrici centro accoglienza per donne richiedenti asilo con figli, 07 settembre 2018).

Da questi stralci di interviste si evince come la preoccupazione delle professioniste e delle operatrici sia principalmente quella di insegnare alle donne migranti come si pratica lo svezzamento. Di per sé, una tale preoccupazione suggerisce immediatamente una chiara asimmetria nel rapporto tra professioniste dei servizi e donne migranti, laddove sembra darsi per scontato il fatto che le prime debbano insegnare qualcosa alle seconde (Pinelli 2019, Schmoll 2022, Pasian, Toffanin 2018).

Secondo quanto riferiscono le due intervistate, gli “svezzamenti forzati” praticati dalle donne migranti si contrapporrebbero e farebbero resistenza alle nuove pratiche di “auto-svezzamento” impiegate nel contesto in cui operano le professioniste.

Tuttavia, le testimonianze rilasciate dalle operatrici sociali e sanitarie non si limitano a individuare i termini di un possibile confronto tra tecniche, ma puntano ad attribuire, attraverso l’associazione dell’aggettivo “forzato”, un implicito giudizio negativo sul modo in cui le donne migranti praticano lo svezzamento dei propri figli.

Le spiegazioni fornite mostrano, allora, una difficoltà delle professioniste e delle operatrici nel voler includere all’interno delle proprie valutazioni elementi e pregiudizi che non siano di natura culturale: laddove un atteggiamento “meno ansiogeno” lo si fa risalire a un intero gruppo nazionale – quello delle donne nigeriane – e, viceversa, l’ansia “di riempire la pancia del bambino” la si fa coincidere a una preoccupazione di tutte le donne provenienti dall’Africa, dove l’alimento che esse adoperano lo si può trovare a poco prezzo.

Le narrazioni, le esperienze e le pratiche delle utenti⁷

Provando a mettere in dialogo le osservazioni delle professioniste della salute con i racconti di alcune donne migranti, possiamo ricavare ulteriori elementi di analisi sul venir meno dell’ascolto o su ciò che le operatrici classificano come atteggiamenti di “diffidenza” e “resistenza”. Più che la manifestazione di specifici tratti culturali o di aspetti legati alla tradizione, tali atteggiamenti risultano semmai il prodotto di una mancata attenzione dei servizi nei riguardi di desideri, di bisogni e di richieste che possono presentare un legame con la “cultura” di origine, ma che, in ultima analisi, dipendono soprattutto dall’essere donne e madri in migrazione (Fadiman 1997; Ong 2005; Marabello 2020, 2023, Pinelli 2017, 2019; Taliani 2019; Quagliariello 2019, 2021).

7 Tutti i nomi di persona sono fittizi

Miriam, una donna di origini etiopi in Italia da tre anni, ha condiviso la sua esperienza durante una visita di Giuliana presso un centro socio-ricreativo per donne migranti nel centro di Verona.

Allora, io ho girato dappertutto, mi hanno detto “vai su, vai giù”. Io andavo dappertutto, ma non conoscevo questo paese, sempre andavo dappertutto... È stato terribile. Giravo, chiedevo, sempre sui bus, un bus, due bus, tre bus. Sbagliavo autobus, andavo per niente, e così sono stata tantissimo. Poi, all’ultima ecografia, sono arrivata in ritardo di 10 minuti o mezz’ora... la dottoressa si è arrabbiata perché ero arrivata in ritardo e mi ha detto di andarmene. Io le ho chiesto tante volte di perdonarmi per il ritardo, ma lei non ha voluto dirmi niente. Mi ha detto “basta, aspetti nove mesi, poi vai in ospedale e partorisce”. Lei mi ha detto che già due volte ero andata in ritardo. Io le ho detto che mi doveva aiutare perché io ero alla prima gravidanza... non ho esperienza, se devo fare qualcosa ... gli ho detto “aiutami, perdonami” e lei proprio niente! Mi ha detto “basta, ormai stai per partorire, non possiamo fare più niente”. E così me ne sono andata con brutta figura... è stato bruttissimo! (Miriam, intervista, 27 settembre 2018).

Durante la conversazione, la donna ha ribadito più volte che da tempo avrebbe voluto raccontare a qualcuno la sua esperienza e che la nostra indagine le stava dando, finalmente, la possibilità di farlo.

Ciò che per le istituzioni biomediche equivale a un livello di competenza condiviso e dato per scontato, per esempio il sapersi orientare nel sistema del trasporto pubblico e nel sistema socio-sanitario, nell’esperienza di Miriam ha avuto l’effetto di tradursi nella mancata comprensione e complicità della ginecologa.

La frustrazione vissuta dalla donna a causa del rimprovero della ginecologa e la preoccupazione per il suo stato di gravidanza testimoniano come sia la soggettività della donna a necessitare attenzione e come questa non possa essere ricondotta unicamente alla sfera culturale. Al contrario, un piano di comunicazione condiviso e la messa in comune di pratiche e di tecniche avrebbero certamente ridotto i rischi e lo stato di angoscia provato da Miriam.

Così Lianet, una donna peruviana in Italia da oltre dieci anni, durante un’intervista all’interno dello spazio dedicato alle donne straniere del consultorio, ha messo in evidenza questa mancanza di attenzione e di complicità da parte del sistema sanitario:

Ovviamente non sai come arriverai al parto, in che condizioni arriverai al parto... scrivi un piano⁸, racconti chi sei, come sei, quali sono le tue con-

8 Il piano del parto o piano nascita, è un documento scritto e firmato dalla mamma/coppia in attesa, una sorta di “carta dei desideri”, che permette di comunicare alla struttura sanitaria quelle che sono le volontà riguardo al travaglio, al parto, alla nascita del bambino.

dizioni e le tue motivazioni per chiedere determinate cose durante il parto. Così io ho scritto da dove sono, chi sono e tutto e ho anche specificato che appartengo alle Ande del Perù ... e le Ande del Perù hanno una serie di tradizioni che sono molto speciali, soprattutto per una come me che ha avuto una nonna indigena, che ha partorito naturalmente 10 figli, che ci ha raccontato con emozione ognuno dei suoi parti, che ci ha raccontato come si faceva dopo, quali erano le sue tradizioni, che cosa faceva etc. etc. Io ignoravo che potevo fare una cosa del genere [piano del parto]. Quando ho saputo che potevo chiederlo, l'ho scritto: io vorrei che il mio parto non venga indotto, che non si rompa la membrana, che mi permetta di camminare, che mi permetta di partorire in piedi o perlomeno accovacciata... ho specificato che volevo che ci fosse mio marito, che all'uscita del parto ci fosse mia madre. Sono andata all'ospedale, mi hanno ricoverata, e hanno cominciato le induzioni. Però di tutti i tipi. Io le ho provate tutte, credo. Setaccio, il palloncino, il gel. Ogni volta che io dicevo, "io non vorrei!". La dottoressa mi diceva: "chi è più importante, tu o la bambina?" Mi ha fatto tanto male che lei mi guardasse e mi dicesse: "c'è prima la vita della bambina e dopo quello che tu vuoi" (Lianet, intervista 02 luglio 2018).

Il racconto di Lianet rimette in gioco la nozione di "cultura" e, precisamente, quell'ambiguità e quello "scarto" (Marchetti 2019) di cui si è già discusso in precedenza. Egualmente a ciò che per Quagliariello (2014) si manifestava come un doppio significato del concetto di "naturale", così nell'esperienza Lianet si presentava come una torsione del significato dell'aggettivo "culturale". Se nelle rappresentazioni delle operatrici e delle professioniste la cultura delle donne con background migratorio appare sempre come un limite o un impedimento, nel racconto di Lianet la cultura diviene la traccia di una tattica tesa a fronteggiare un'alterità che in questo caso è, però, rappresentata dal sistema sanitario italiano.

Allo stesso modo, le considerazioni emerse durante l'incontro con alcune donne ospiti di un centro di accoglienza della provincia di Verona ci aiutano a rimettere al centro della relazione con le professioniste della salute temi e necessità che non sono strettamente culturali. Quando abbiamo chiesto loro di indicarci cosa del sistema occorrerebbe migliorare, le donne presenti all'incontro si sono concentrate, soprattutto, su ciò che il sistema impone relativamente all'assunzione dell'anticoncezionale, agli esami del sangue e all'allattamento.

After two months delivering, the ginecologa gave me Asalia [la pillola], io stavo allattando, I found that with that pillola my period was not coming, so I decided to stop it. They checked me but I was not pregnant. It was four months before my period came, but I decided to not take it again (Destiny, intervista, 07 settembre 2018).

Questo documento viene generalmente discusso con la struttura ospedaliera e inserito nella cartella della partoriente.

In Italy when you are pregnant.....blood... they do the blood test 10.000 time... what they do with that? I do not know why (Mary, intervista, 07 settembre 2018).

In Nigeria ti dicono di dargli il biberon quando il bambino piange, qui in Italia, invece, insistono per farti allattare il bambino al seno (Grace, intervista, 07 settembre 2018).

Ribaltando il piano dell'osservazione e concentrandosi sulle istanze delle donne e madri migranti, si comprende come quelle che per le professioniste della salute e per le operatrici socio-sanitarie si configurano come resistenze dovute a fattori culturali siano, invece, la conseguenza di dubbi e perplessità dovute, *in primis*, alla mancanza di un piano di comunicazione sulle pratiche mediche e farmacologiche sufficientemente chiaro, condiviso e comprensibile.

“Culture” in gioco

Sebbene fin qui siano state esposte le ragioni che dal nostro punto di vista rimandano all'urgenza di quella che Seppilli (1996) ha definito una “calibrazione culturale”, tuttavia, la mancanza di omogeneità all'interno della tradizione biomedica fa sì che talvolta all'interno dei servizi prenda forma un'agency individuale in contrasto con le tassonomie e i meccanismi di classificazione tipici della “cultura” istituzionale.

Esistono figure professionali che sono estremamente consapevoli e sanno riconoscere il grado di asimmetria relazionale che si genera nel confronto tra servizi e persone migranti.

Interrogate sulla relazione tra donne migranti e servizi territoriali, due operatrici che collaborano con un centro di accoglienza per donne richiedenti asilo hanno ragionato sul proprio ruolo, sull'ingerenza dei servizi e delle attrici istituzionali e sulla necessità di considerare elementi che non siano direttamente riconducibili a limiti culturali:

Noi abbiamo un modo, magari, completamente diverso di gestire tutte le tematiche relative alla maternità e magari, in certi ambiti, pensiamo che il nostro modo sia meglio... Però dobbiamo stare molto attente, perché intanto, chi l'ha detto che il nostro modo è sempre meglio? Ci sono casi in cui è evidente che è meglio, perché ci sono poi delle problematiche che insorgono che sono innegabili, però, insomma, è anche un momento in cui se tu entri a gamba tesa dicendo: “No, tu fai così e così”, operi una violenza e perdi una relazione... dopo di che ricostruirla è difficilissimo... Per cui è un equilibrio, è un ambito molto difficile (Focus group operatrici centro accoglienza per donne richiedenti asilo con figli, 07 settembre 2018).

Diversamente da quella professionista della salute che, pur riconoscendo l'importanza di "non entrare a gamba tesa", continuava ad attribuire agli aspetti culturali l'impossibilità di un dialogo con le donne e madri migranti, in questo caso, l'operatrice del centro di accoglienza mette in discussione la superiorità del proprio sapere sulla salute e individua un elemento di violenza nell'asimmetria relazionale che si viene a creare nella relazione con donne e madri migranti.

Ci devi mettere dentro che, ovviamente, essendo madri sole, che sono qui da sole e hanno la responsabilità esclusiva della crescita del bambino, hanno un carico d'ansia su questi bambini che molto spesso, come nelle madri nostrane, si riverbera sulla nutrizione... cioè "Se più ti pompo, più sei grosso, più stai bene, più io ho fatto il mio dovere". E siccome sono sole, questa cosa è amplificata per cui molte volte sono... nel nutrimento del bambino, ci mettono dentro altre cose che non hanno niente a che vedere con quella roba lì... che sono... dei significati simbolici, assolutamente simbolici. Però intanto questi bambini mangiano tanto e in maniera poco nutriente [...] Poi, proprio perché sono sole hanno alle volte avendo in carico il bambino sempre... ce l'hai solo tu, solo tu, solo tu... non hai mai... non è presente un papà, anche la rapidità e la velocità, diciamo che fa il suo... poter avere il pasto pronto, diciamo che solleva un bel po' (Focus group operatrici centro accoglienza per donne richiedenti asilo con figli, 07 settembre 2018).

Le testimonianze riportate esprimono "una forte volontà di capire e agire" (Marchetti 2019, p. 47) del personale che opera nei servizi, ma altresì di non escludere l'esistenza di altre ragioni, per esempio di condizioni di vita o di "problematiche innegabili", tra i fattori che possono generare una presa di distanza o la mancata adesione delle donne ai consigli che vengono loro proposti, il più delle volte sotto forma di insegnamenti. Soprattutto, esse confermano l'esigenza di ri-calibrare i propri saperi e le proprie conoscenze, esplicitando l'importanza di non dare nulla per scontato nel campo delle relazioni di cura e di presa in carico.

Conclusioni

Le ambivalenze, gli scarti e le frizioni che abbiamo visto in azione all'interno della relazione tra servizi socio-sanitari e donne e madri si configurano come l'esito di una mancata calibrazione culturale, nei termini in cui questa locuzione è stata inquadrata nei lavori e praticata nella vita intellettuale di Seppilli (1996). Sulla base di questa evidenza, abbiamo provato a recuperare le possibili ragioni di una tale mancanza. Tornando a ciò che è stato detto in premessa, relativamente agli ordini sociali (Palumbo 2010) e morali (Schmoll 2022) mediante cui le istituzioni costruiscono culturalmente i propri modelli tassonomici e sistemi di classificazione, si direbbe che

l'assenza di una calibrazione culturale possa essere ricondotta a un duplice movimento del pensiero istituzionale.

Il primo di questi movimenti si iscrive in una strategia degli attori istituzionali, i quali puntano a nascondere il carattere culturale dell'istituzione presso cui lavorano e prestano servizio. Il secondo movimento procede lungo questa traiettoria e porta questa strategia alle sue estreme conseguenze. Il nascondimento e l'invisibilizzazione del carattere culturale delle istituzioni comporta un'accentuazione e un'estrema visibilizzazione dei tratti culturali, – o per meglio dire, di quegli aspetti che le istituzioni considerano tali – della controparte, interpretata in questa circostanza dalle donne e madri migranti. Tuttavia, in virtù delle caratteristiche che accomunano le istituzioni e gli attori istituzionali e a fronte della loro estrema capacità di trasformarsi e rinnovarsi, occorre ribadire che la dicotomia data dal doppio movimento di invisibilizzazione/visibilizzazione degli elementi culturali può talvolta venire meno o essere messa in discussione.

Come abbiamo visto, all'interno dei servizi e delle istituzioni biomediche possono prendere forma riflessioni e discorsi particolarmente critici, risultato di un'agency individuale che prova a smantellare quelle tecniche di “governo della riproduzione” (Matalucci 2017, Pinelli 2017), le quali agiscono “per gerarchie egemoniche di genere, razza, classe, cultura e nazionalità” e collocano “determinati soggetti in posizione di subalternità, rilevando mancanze, legittimando forme di ingerenza e richieste di adeguamento a norme culturali considerate migliori” (Matalucci 2017, p. XXXIV).

E sono proprio queste forme di agency a costituire una valida sponda per l'attivazione della “calibrazione culturale” e per il riposizionamento delle soggettività delle madri in migrazione al centro delle procedure, delle pratiche e delle tecniche volte a garantirne la salute sessuale e riproduttiva.

Bibliografia

- Boissevian, J., (1979), Network Analysis: A Reappraisal, *Current Anthropology*, 20, 2, pp. 392–94.
- Bourdieu, P., (2013), *Sullo stato: corso al Collège de France*, vol.1 (1989-90), Milano, Feltrinelli.
- Centro Studi e Ricerche Idos, (2018), *Dossier Statistico Immigrazione 2018*, Roma, Idos.
- Douglas, M., (1990), *Come pensano le istituzioni*, Bologna, Il Mulino.
- Fadiman, A., (1997), *Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*, New York, Farrar, Straus and Giroux.
- Gardini, M., (2016), Antropologia dello Stato: un'introduzione, *Antropologia*, 3, 2, pp. 7-23.

- Giacomelli, E., (2021), The Emergence of New Street-Level Bureaucracies in Italy's Asylum Reception System, *Journal of Immigrant and Refugee Studies*, 19, 3, pp. 272-286.
- Giametta, C., et al., (2023), Racialization within Antitrafficking Interventions Targeting Migrant Sex Workers: Findings from the SEXHUM Research Project in France, *Sociological Research Online*, 28, 3, pp. 793-811.
- Giudici, D., (2020), The list. On discretion and refusal in the Italian asylum system, *European Journal of Social Work*, 23,3, pp. 437-448.
- Giuffrè, M., a cura di, (2018), *Essere madri oggi tra biologia e cultura*, Pisa, Pacini.
- Gribaldo, A., (2005), *La natura scomposta. Riproduzione, genere e parentela*, Roma, Sossella.
- Guillaumin, C., (2020), *Sesso, razza e pratica del potere. L'idea di natura*, Verona, Ombre Corte.
- Herzfeld, M., (1992), *The Social Production of Indifference: Exploring the Roots of Western Bureaucracy*, Oxford, Berg.
- Kleinman A., (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, New York.
- Lipsky, M., (2010), *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individuals in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation.
- Mai, N., (2018), *Mobile Orientations: An Intimate Autoethnography of Sex Work, Migration and Humanitarian Borders*, Chicago, Chicago University Press.
- Marabello, S., (2020), Sul tempo delle madri forzate: tattiche e aspirazioni, *Studi Emigrazione*, 220, pp. 547-563.
- Marabello, S., (2023), Nascere madri in migrazione. Pratiche inaspettate di libertà?, *Antropologia*, 10, 1, pp. 113-130.
- Marchetti, M., Polcri, C., (2013), Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari, *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 15, pp.35-36.
- Marchetti, M., (2019), Operare nello scarto. Un contributo antropologico alla realizzazione di itinerari di inclusione socio-sanitaria con richiedenti asilo nigeriane, *L'Uomo*, vol. IX (2019), n. 2, pp. 41-60.
- Martin, E., (2001), *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- Mattalucci, C., a cura di, (2017), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Milano, Cortina.
- Minicuci, M., Pavanello M., a cura di, (2010), Introduzione, Antropologia delle istituzioni, *Meridiana. Rivista di Storia e Scienze Sociali*, 68, pp. 9-35.
- Ministero della Salute, (2020), *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità*

- e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78)*, Dati definitivi 2010 e dati Preliminari 2020, Roma, Ministero della Salute.
- Ong, A., (2005), *Da rifugiati a cittadini. Pratiche di governo nella nuova America*, Milano, Raffaello Cortina.
- Ortner, S.B., Whitehead, H., (1981), *Sexual Meanings. The Cultural Construction of Gender and Sexuality*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Palumbo, B., (2010), Classificare, agire, disciplinare: riflessioni critiche su alcune tendenze dell'antropologia politica contemporanea, *Illuminazioni*, pp. 36-110.
- Pasian, P., (2024), Street-Level Workers and the Temporalities of Waiting in the Italian Asylum System, *Italian Sociological Review*, 14, 9S, pp.321-340.
- Pasian, P., Toffanin, A.M., (2018), Richiedenti asilo e rifugiate nello Sprar. Contraddizioni nel sistema d'accoglienza, *Mondi Migranti* 1, pp. 127-145.
- Pinelli, B., (2017), Salvare le rifugiate: gerarchie di razza e di genere nel controllo umanitario delle sfere di intimità, in Mattalucci, C., a cura di, *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pp. 155-186.
- Pinelli, B., (2019), *Migranti e Rifugiate. Antropologia. Genere e Politica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Pizza, G., (2021), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci Editore
- Quagliariello, C., (2014), Dal Senegal migrare in Valdelsa. Modelli della nascita a confronto, in Colombo A., a cura di, *Stranieri in Italia. Figli, lavoro, vita quotidiana*, Bologna, Il Mulino, 2014, p. 117-149.
- Quagliariello, C., (2019), Salute riproduttiva, genere e migrazioni. Il continuum di violenze nei vissuti di donne e madri "dalla pelle nera", *Mondi Migranti* 1, pp. 195-216.
- Quagliariello, C., (2021), *L'isola dove non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative, genere e migrazioni*, Milano, Unicopli.
- Quaranta I., (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Schmoll, C., (2022), *Le dannate del mare. Donne e frontiere nel Mediterraneo*, Pisa, Astarte edizioni.
- Seppilli, T., (1996), Antropologia Medica: fondamenti per una strategia, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2, pp. 7-22.
- Spadea, T., Zengarini, N., Kunst, A., (2010), Cancer risk in relationship to different indicators of adult socioeconomic position in Turin, Italy, *Cancer Causes Control*, 21, 7, pp. 1117-30.

Strathern, M., (1980), *Nature, Culture and Gender*, Cambridge, Cambridge University Press.

Taliani, S., (2019), *Il tempo della disobbedienza. Per un'antropologia della parentela nella migrazione*, Verona, Ombre Corte.

