



UNIVERSITÀ DI PARMA

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA

CICLO XXXV

Donne, Salute e Migrazione: dalle determinanti psicosociali di salute alla progettazione di servizi d'integrazione socio – sanitaria, per la promozione di nuovi spazi di partecipazione.

Coordinatore:

Chiar.ma Prof. ssa Molinari Luisa

Tutor:

Chiar.ma Prof. ssa Mancini Tiziana

Tutor Aziendale

Dott. Rossi Michele

Dottoranda: Vesco Silvia

Anni Accademici 2019/2020 – 2022/2023

<b>Indice</b>	
<b>Introduzione.....</b>	<b>4</b>
<b>Capitolo I Genere, Salute e Immigrazione, analisi della salute percepita attraverso i dati dell'European Social Survey e del Migration Integration Policy Index .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1) Obiettivi e ipotesi .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2) Metodologia .....</b>	<b>20</b>
<i>1.2.1) Criteri di inclusione e di esclusione.....</i>	<i>20</i>
<i>1.2.2) Partecipanti.....</i>	<i>21</i>
<i>1.2.3) Determinanti di salute.....</i>	<i>21</i>
<i>1.2.4) Indicatori di salute (benessere psico-sociale) .....</i>	<i>22</i>
<b>1.3) Analisi dei dati.....</b>	<b>23</b>
<b>1.4) Risultati.....</b>	<b>23</b>
<i>1.4.1) Statistiche descrittive .....</i>	<i>23</i>
<i>1.4.2) Analisi delle determinanti di salute (HLM) .....</i>	<i>24</i>
<b>1.5) Discussione.....</b>	<b>25</b>
<b>1.6) Conclusioni .....</b>	<b>27</b>
<b>1.7) Tabelle.....</b>	<b>28</b>
<b>Capitolo 2 – Determinanti di salute e definizioni partecipate di benessere .....</b>	<b>34</b>
<b>2.1) Introduzione .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2) Metodologia .....</b>	<b>35</b>
<i>2.2.1) Le partecipanti e le modalità di reclutamento .....</i>	<i>35</i>
<i>2.2.2) La struttura dei Focus Groups e la loro conduzione .....</i>	<i>38</i>
<i>2.2.3) Approccio all'analisi dei focus groups e sistemi di codifica .....</i>	<i>42</i>
<b>2.3) Analisi dei dati.....</b>	<b>43</b>
<b>2.4) Le definizioni di salute.....</b>	<b>46</b>
<b>2.5) Le determinanti psicosociali di salute .....</b>	<b>50</b>
<b>2.6) Strategie di coping.....</b>	<b>70</b>
<b>2.7) Semantic Network.....</b>	<b>81</b>
<b>2.8) Conclusioni .....</b>	<b>83</b>
<b>2.9) Criticità .....</b>	<b>87</b>
<b>Capitolo 3 - Gendered racism e benessere psicofisico.....</b>	<b>88</b>
<b>3.1) Introduzione .....</b>	<b>88</b>
<i>3.1.1) Gendered racism.....</i>	<i>88</i>
<i>3.1.2) Le strategie di coping.....</i>	<i>91</i>
<i>3.1.3) Il supporto sociale.....</i>	<i>92</i>
<i>3.1.4) La salute psicofisica.....</i>	<i>93</i>
<b>3.2) Obiettivi e ipotesi .....</b>	<b>94</b>
<b>3.3) Metodologia .....</b>	<b>94</b>

3.3.1) <i>Il questionario</i> .....	94
3.3.2) <i>Comitato etico</i> .....	98
3.3.3) <i>Partecipanti</i> .....	98
<b>3.4) Analisi dei dati</b> .....	<b>99</b>
3.4.1) <i>Statistiche descrittive</i> .....	99
3.4.2) <i>Cluster Analysis</i> .....	102
3.4.3) <i>Analisi di Regressione</i> .....	103
3.4.4) <i>Analisi di mediazione</i> .....	105
<b>3.5) Discussione</b> .....	<b>107</b>
<b>Capitolo 4 – Conclusioni e Risvolti applicativi</b> .....	<b>113</b>
<b>4.1) Principali risultati per una progettazione dei servizi per la salute</b> .....	<b>113</b>
<b>4.2) Il ruolo dei servizi territoriali e l'attività dell'associazione Ciac Onlus</b> .....	<b>115</b>
<b>4.3) Il consultorio Transculturale di comunità</b> .....	<b>120</b>
4.3.1) <i>Approccio gender sensitive</i> .....	120
4.3.2) <i>Approccio intersezionale</i> .....	120
4.3.3) <i>Spazio consultoriale</i> .....	121
4.3.4) <i>Spazio di partecipazione e di comunità</i> .....	122
4.3.5) <i>I Servizi offerti</i> .....	124
4.3.6) <i>Sfide e criticità</i> .....	126
<b>4.4) Riflessioni conclusive</b> .....	<b>126</b>

## Introduzione

Il presente progetto di ricerca di dottorato industriale si pone come obiettivo quello di approfondire il tema della salute delle donne migranti, in particolare attraverso il coinvolgimento di un gruppo di donne presenti sul territorio di Parma.

Salute e migrazione sono diventati negli ultimi anni termini sovrautilizzati nel linguaggio quotidiano, molto spesso legati alla cronaca o oggetto di confronto tra contrapposizioni politiche o a livello legislativo. Il rischio è che questo tipo di dibattito porti ad una banalizzazione del fenomeno (Rinaldi et al., 2013), che in realtà negli ultimi vent'anni ha visto una vera e propria evoluzione. In particolare, l'evoluzione del discorso sulla salute migrante ha presentato in tempi diversi focus differenti, rispecchiando come è cambiata la percezione dei fenomeni migratori nel tempo e come il loro racconto nel dibattito pubblico.

Agli inizi degli anni 90 il dibattito sulla salute migrante, si collocava principalmente nell'area dell'infettivologia, nel tentativo di sfatare la visione del migrante come portatore di malattie infettive, malattie arcaiche, da tempo non più presenti sul nostro territorio (Geraci S., 2005). Con lo sviluppo delle migrazioni forzate, invece, il focus è divenuto il concetto di trauma premigratorio (Sinnerbrink et al., 1997). Verso l'inizio degli anni 2000 è stato invece coniata l'espressione "l'effetto migrante sano", legata alla convinzione che i migranti presenti in Europa godono generalmente di un buono stato di salute, poiché la migrazione stessa ha una funzione di selezione: chi parte deve godere di buona salute, in modo che possa massimizzare le sue possibilità di successo del suo progetto migratorio (Abrafdo-Lanza et al., 1999). Solo negli ultimi anni, invece, le riflessioni si sono concentrate su quanto la migrazione stessa abbia un'importante ricaduta sul livello di benessere psicosociale della persona. L'effetto migrante sano, cede il passo all' "*exhausted migrant effect*" (Guidi & Petretto, 2019). Con questo termine si riconosce come i viaggi delle migrazioni, in particolari delle migrazioni forzate, siano sempre più rischiosi e logoranti e che l'arrivo in un nuovo contesto, può esso stesso essere un fattore che incide negativamente sullo stato di salute. Il contesto ospitante può essere caratterizzato da una forte incertezza, dalla difficoltà nell'ottenere un riconoscimento giuridico, dalla mancanza di salute e di reddito, dall'impiego in professioni lavorative non tutelate, dall'assenza della propria rete di supporto sociale. Al contesto e i fenomeni sociali che lo attraversano viene così riconosciuto un ruolo rilevante nella definizione dei profili di salute (Tognetti Bordogna, 2013).

Nonostante **giuridicamente** in Italia dal 1998 è riconosciuto il diritto all'assistenza sanitaria non solo agli stranieri regolarmente soggiornanti, ma anche agli stranieri non titolari di un regolare permesso di soggiorno, a salvaguardia della tutela della salute individuale e collettiva<sup>1</sup>, il tema

---

<sup>1</sup> Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (decreto legislativo n. 286, pubblicato sul Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Serie generale) e il suo Regolamento di attuazione (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999).

dell'esigibilità del diritto alla salute è ancora un tema aperto (Geraci S., 2005). Questo, come si osserverà nei risultati del primo studio di questo progetto di ricerca, avviene anche nei paesi che da tempo sono impegnati in politiche di integrazione nell'implementazione dei servizi. Come osservato da studiosi come de Freitas e collaboratori (2018), per spiegare questo risultato è necessario considerare la differenza tra quelle che sono le politiche e quella che è la loro implementazione, ovvero bisogna considerare tutte quelle barriere che le persone migranti devono quotidianamente affrontare

È infatti osservabile come, con il passare del tempo, la popolazione migrante entri a far parte della stratificazione sociale della comunità in cui è arrivata, condividendo il profilo di salute della disuguaglianza (Geraci S., 2005). L'aspetto più sorprendente delle disuguaglianze nella salute è come riproducono una regolarità nella scala sociale. A qualsiasi livello della scala ci si trova, chi si trova nei livelli inferiori avrà un profilo epidemiologico più negativo di quello che si trova in una posizione anche di poco superiore (Costa et al., 1998; Tognetti Bordogna, 2013). Il contesto e i fenomeni psicosociali che lo attraversano, diventano quindi un importante punto di riferimento nell'analisi della salute delle persone migranti. Partendo da questo presupposto, questo progetto di ricerca dottorale ha voluto indagare le determinanti psicosociali di salute delle donne migranti, intersecando e coniugando il tema della salute con quello della giustizia sociale e dei diritti umani.

## Le determinanti psicosociali di salute

La consapevolezza che la salute sia influenzata anche dai fenomeni sociali, non è consapevolezza del nostro periodo storico, ma risale già all'800, quando i precursori di quella che oggi è la Sanità Pubblica consideravano la posizione sociale o le condizioni di vita come elementi che influenzano la salute degli individui.

Nel 1946 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) nel suo atto costitutivo definisce salute *“uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità”*, riconoscendo il possesso del migliore stato di salute che una persona possa raggiungere come *“uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale”* (Oms 1946). Fin dalla sua costituzione l'Oms ha quindi non solo riconosciuto la rilevanza delle cause sociali, ma si è anche assunta l'impegno di migliorare le condizioni abitative, economiche, igienico ambientali.

Da allora ad oggi si è sviluppato un acceso dibattito tra chi promuove un paradigma biomedico di salute, principalmente interessato alla tecnica, e chi, invece, rilegge la salute come fenomeno sociale, inserendola quindi in riflessioni più ampie sulla giustizia sociale (World Health Organization, 2010).

Negli anni 60/70 l'approccio biomedico si rivela sempre più insufficiente a rispondere ai bisogni della popolazione; inoltre, emerge la necessità di coinvolgere la comunità nelle scelte sulla salute comunitaria, ricollegando il diritto alla salute ai diritti umani. Nel 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata<sup>2</sup>, la salute viene riconosciuta come un diritto umano fondamentale, dove la salute non è solo l'assenza di malattia, non fa solo riferimento all'ambito sanitario, ma si estende ad una molteplicità di dimensioni: fisica, psicologica e sociale.

Il dibattito si apre così ad una dimensione più soggettiva della persona, in riferimento alla sua possibilità di autodeterminarsi, di scegliere per sé, possibilità influenzata da una molteplicità di determinanti: biologici, psicologici, di natura soggettiva, di natura sociale, culturale, economici, politici e di genere (WHO, 2010a).

Nel Maggio del 2004, il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità annunciò l'intenzione di dare vita ad una Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) (WHO, 2010a). La Commissione è stata istituita ufficialmente nel 2005 al fine di: studiare e sviluppare le migliori evidenze sui determinanti sociali della salute, sollecitare i governi, le istituzioni locali e la società civile a promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute (Rinaldi & Marceca, 2017). La commissione ha continuato nel tempo il suo operato e nel rapporto *“Salute 2020”* (Who 2020), ha posto il proprio focus sulle

---

<sup>2</sup> Dichiarazione di Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, URSS, 6-12 settembre 1978.

determinanti di salute ponendo due obiettivi strategici: migliorare la salute per tutti e ridurre le disuguaglianze di salute, attraverso una leadership e una governance per la salute partecipativa.

Il modello a cui la CSDH fa riferimento è stato elaborato nel 2001 da tre epidemiologi sociali: Diderichsen, Evans e Whitehead (Diderichsen et al., 2009). Il modello evidenzia come il contesto socio – politico porti alla stratificazione sociale. Più l'individuo risiede in una posizione inferiore della scala sociale, più avrà una maggiore esposizione a:

- fattori di rischio: fattori psicosociali; stili di vita insalubri; fattori di rischio ambientali e condizioni di fragilità clinica;
- vulnerabilità: possibilità di sviluppare malattie o esiti di salute peggiori all'esposizione al rischio;
- conseguenze sociali della malattia: lo stato di salute della persona retroagisce negativamente sulla sua posizione sociale, in un circolo vizioso tra malattia e impoverimento.

Sulla base di questo approccio, il progetto di ricerca qui presentato ha utilizzato la cornice delle determinanti psicosociali come strumento di approfondimento della salute delle donne migranti, con la consapevolezza che le determinanti permettono di mantenere la complessità che contribuisce a definire la salute migrante. Queste si suddividono in determinanti strutturali e determinanti intermedie. Le prime comprendono aspetti e fenomeni sociali quali il contesto e la posizione socio – economica. Le altre invece comprendono:

- le caratteristiche psicosociali (stress, mancanza di supporto sociale, il trauma);
- le caratteristiche biologiche e comportamentali (sesso, età, genere e stili di vita) (Rinaldi & Marceca, 2017).

All'interno di questo quadro, la migrazione stessa è stata definita determinante di salute, poiché sottopone i migranti a rischi specifici, rendendoli particolarmente vulnerabili anche nei paesi di accoglienza (Im & Yang, 2006).

Aspetti che è necessario sottolineare in questo quadro teorico sono anche il ruolo della coesione sociale e del capitale sociale. Diversi studi hanno dimostrato il legame tra capitale sociale e salute (Llácer et al., 2007a). In particolare questi si concretizzano in due elementi, che ritroveremo nel percorso di ricerca: il supporto sociale, elemento di protezione dagli eventi stressanti e la partecipazione sociale, poiché aumentando il senso di appartenenza comunitaria, vi sono esiti di salute migliori (Rinaldi & Marceca, 2017).

Infine, la lettura della salute in chiavi di determinanti, porta ad aprire su un'altra importante dimensione, emersa durante il percorso di ricerca: la dimensione del potere. Se si adotta una prospettiva sulla salute che tiene conto non solo delle “differenze in salute”, ma anche delle “disuguaglianze in salute”, il tema della distribuzione del potere e delle risorse diviene rilevante (Rinaldi & Marceca, 2017). Il tema del *disempowerment*, ossia dell'impossibilità di controllare le proprie vite a causa della propria posizione sociale, diviene essenziale in una riflessione su come promuovere la salute delle popolazioni marginalizzate (Marmot 2016).

Questa condizione è associata a tre dimensioni, emerse anche durante l'attività di ricerca, in particolare nei focus groups, come importanti fattori che influenzano la percezione che le donne hanno del proprio benessere personale:

- Le condizioni materiali: la possibilità e la necessità di accesso ai beni materiali per soddisfare i propri bisogni, per vivere una vita dignitosa;
- Le condizioni psicosociali: il possedere il controllo sulla propria vita, la possibilità di scegliere per sé;
- Le condizioni politiche: la possibilità di presentare le proprie richieste e di poter accedere ai propri diritti (Rinaldi & Marceca, 2017).

All'interno di questa analisi si è quindi cercato di dare spazio a queste dimensioni non solo sul piano della ricerca, ma anche su quello della pratica, in particolare nella parte di progettazione di nuovi servizi per la salute che non si limitassero ad interventi in ambito sanitario. Per questo motivo la progettazione del percorso di ricerca si è caratterizzato sin dall'inizio come un percorso di ricerca-azione partecipata.

All'interno di questo progetto di ricerca-intervento partecipata, le determinanti di salute a cui si farà riferimento sono principalmente quelle legate alla psicologia sociale. Si cercherà infatti di approfondire le condizioni psicosociali e quanto queste influiscono sul benessere individuale, approfondendo la rappresentazione e la percezione del contesto sociale delle partecipanti

### **Acculturazione e approccio intersezionale**

Affermare che la migrazione è una determinante di salute (Im & Yang, 2006), porta a individuare come determinanti rilevanti aspetti strettamente legati al processo di acculturazione, come ad esempio lo stress (Rechel et al., 2013) o la discriminazione percepita. Autori come Schwartz et al., 2010 osservano come la discriminazione produca effetti negativi sui livelli di autostima e benessere, aumentando stress, depressione, ansia, sino a correlarsi con l'abuso di sostanze (D. F. de Freitas et al., 2018). Le condizioni sociali di chi vive un'esperienza migratoria, come l'isolamento, i conflitti tra diverse prospettive culturali, sono elementi che concretamente contribuiscono allo sviluppo nei migranti di problematiche fisiche e psicologiche.

Con il termine **acculturazione** si intendono i processi di cambiamento a livello intra-individuale ed inter-personale, come l'apprendimento di una nuova lingua, l'adozione di nuovi valori, la rinegoziazione delle proprie identità culturali o la ricostituzione di una rete sociale nel nuovo paese (Berry, 1997). Il modello proposto da Berry (1997) si caratterizza per essere un modello bidimensionale, in cui le strategie di acculturazione adottate sono il risultato del posizionamento del migrante sia verso la cultura del paese di arrivo, sia verso la propria cultura di provenienza. Entrambi gli orientamenti vengono descritti come indipendenti l'uno dall'altro (Benkirane & Doucerain, 2022) e possono dare luogo a quattro diverse strategie di acculturazione –



l'assimilazione, l'integrazione, la separazione e la marginalità – da cui derivano gli esiti acculturativi in termini di adattamento socio-culturale e benessere psicologico.

A partire dagli inizi degli anni 2000, l'approccio dicotomico dell'acculturazione è stato criticato perché proponeva una visione eccessivamente “*one fit for all*” nella comprensione dell'esperienza della migrazione (Rudmin, 2003; Nazroo & Karlsen, 2001). La pluralità delle esperienze, nell'esperienza dell'acculturazione, rischiava di non emergere e di non essere ricompresa. Questo tipo di approccio andava di pari passo con gli approcci essenzialisti alla salute, che non solo prescindevano, ad esempio, dalla dimensione del genere, ma omettevano anche altri processi causali interattivi tra il genere e altri stratificatori sociali, come l'età, la classe sociale, l'etnia o l'orientamento sessuale (Sen, Östlin, & George, 2007; Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017). Un'altra criticità dell'approccio bi – dimensionale dell'acculturazione è assumere che la persona migrante possa, in maniera autonoma, decidere il proprio coinvolgimento o nella cultura del paese di arrivo o nella cultura tradizionale della propria comunità di appartenenza, ovvero che gli esiti del processo di acculturazione possano riflettere una scelta esplicita operata dall'individuo (Schwartz et al., 2010). Se da una parte è vero che l'individuo può controllare certi aspetti del processo di acculturazione, dall'altra, questo approccio, non tiene conto della complessità delle interazioni tra gruppi, e quanto l'esterno può strutturare le interazioni individuali, attraverso il contesto sociale e culturale. Ricordando anche le dinamiche di disempowerment già precedentemente citate, è possibile ricordare fenomeni come il **razzismo sistemico**<sup>3</sup>, per meglio comprendere il potere del contesto sociale e quale effetto esso può avere su chi possiede multiple identità marginalizzate, ad esempio chi è donna, migrante e nera (Benkirane & Doucerain, 2022). Chi fa esperienza di queste identità in un sistema razzializzato, ha conseguenze concrete sui propri esiti di salute (Spitzer, 2016).

Gli esseri umani appartengono a diversi gruppi e strutture che implicano diverse transizioni sociali, storiche, politiche e psicologiche, e portano con sé identità multiple. Per poter analizzare queste identità multiple e affrontare le disuguaglianze di salute a queste collegate è necessario fare riferimento al quadro teorico dell'intersezionalità. L'intersezionalità può essere utilizzata per studiare e comprendere i modi in cui le categorie di analisi come sesso, genere, etnia, status giuridico e migrazione si intersecano, e come queste intersezioni plasmano i bisogni e le esperienze di salute dei migranti (Brabete, 2017). L'intersezionalità consente di leggere l'esperienza del migrante nel paese di arrivo come un'esperienza unica che prende forma dall'intersezione di una moltitudine di fattori sociali, psicologici ed ecologici (Benkirane & Doucerain, 2022).

---

<sup>3</sup> “Il razzismo sistemico comprende la complessa serie di pratiche anti-nere, il potere politico-economico ingiustamente acquisito dai bianchi, le continue disuguaglianze economiche e di altre risorse lungo le linee razziali e le ideologie e gli atteggiamenti razzisti dei bianchi creati per mantenere e razionalizzare il privilegio e il potere dei bianchi. Sistemico qui significa che le realtà razziste fondamentali si manifestano in ogni parte importante della società [...] ogni parte importante della società statunitense - economia, politica, istruzione, religione, famiglia - riflette la realtà fondamentale del razzismo sistemico” (Feagin J., 2019)

Per approfondire la salute delle persone migranti nei percorsi di acculturazione, questo progetto di ricerca-intervento partecipata farà quindi riferimento ad un approccio **intersezionale**.

Il termine intersezionale è stato coniato nel 1989 dalla giurista e attivista statunitense Crenshaw. Il termine indica un quadro concettuale e analitico per comprendere come gli aspetti delle identità sociali e politiche di un individuo si combinino tra loro, creando diverse modalità di discriminazione e privilegio. Con il suo lavoro la Crenshaw ha evidenziato l'interconnessione delle categorizzazioni sociali come l'età, il genere, l'etnia, la lingua, la classe sociale e l'orientamento sessuale (Seng et al., 2012).

Sapere approcciarsi alla salute secondo un approccio intersezionale permette di osservare come individui che portano con sé diverse identità marginalizzate sperimentano livelli di discriminazione molto più elevati e una qualità della vita inferiore (Lavaysse et al., 2018), rispetto ad individui con meno identità marginalizzate. Considerare questa molteplicità, non solo permette di superare una lettura biomedica della salute, in linea con la teoria delle determinanti, ma mette anche al riparo dal rischio di un approccio **culturalista** (Stoesslé, 2022). Quando si confrontano modelli e comportamenti di salute di persone che provengono da paesi diversi, vi è il rischio di soffermarsi principalmente sul tema della cultura etnica, che diventa la spiegazione prevalente degli svantaggi di salute: in questo modo non si approfondiscono i temi legati al contesto in cui i migranti vivono, la loro posizione sociale o le barriere più materiali, come i problemi legati ai trasporti, all'istruzione e alla lingua (Hunt et al., 2004).

L'intersezionalità è un approccio che non deve essere pensato come additivo. Non basta pensare che per una donna razzializzata sia due volte più difficile che per un uomo razzializzato, ma piuttosto bisogna pensare che le intersezioni hanno una modalità complessa di interazione. Ad esempio, uno studio ha rilevato che gli uomini omosessuali neri siano valutati più positivamente dalla comunità ospitante, rispetto agli uomini eterosessuali neri. Questo perché gli aspetti "femminili" degli stereotipi omosessuali sono ritenuti più innocui, al confronto con gli aspetti ipermascolini e aggressivi degli stereotipi neri (Benkirane & Doucerain, 2022).

Sebbene negli ultimi anni si sia tornato a parlare di intersezionalità in ambito accademico, l'intersezionalità, soprattutto con una lente di giustizia sociale, è stata essenzialmente assente nella psicologia culturale (Benkirane & Doucerain, 2022). Ciò è sorprendente se si considera che questo campo si concentra sulla comprensione delle somiglianze e delle differenze tra individui provenienti da contesti culturali diversi (Berry, 2013).

## La salute delle donne migranti

Il lavoro di ricerca-intervento partecipata, qui presentato, ha cercato di tenere conto di questi diversi livelli di analisi, definendo come focus la salute delle donne migranti.

Da tempo la letteratura ha approfondito il tema della progressiva femminilizzazione dei movimenti migratori. La percentuale di donne tra i migranti internazionali è oggi del 47,9% (J. Black, 2021). Ciò ha suscitato un crescente interesse nella letteratura scientifica sulla migrazione femminile; ne è la riprova il moltiplicarsi degli studi su genere e migrazione degli ultimi anni. Tuttavia, solo recentemente si è sviluppata una letteratura che si è occupata specificamente del benessere soggettivo delle donne migranti e che si interroga, quindi, sulla possibilità che le determinanti per uomini o donne siano differenti e che differente possa essere la loro percezione della loro condizioni di vita dopo la migrazione (Panzeri, 2019).

Osservando gli indici di mortalità e morbilità, appare chiara la differenza di salute tra uomini e donne, in particolare nei paesi industrializzati. La maggiore mortalità e morbilità delle donne rispetto agli uomini varia al variare dei diversi gruppi sociali, ma in generale è possibile osservare che la vita delle donne è meno salutare rispetto a quella degli uomini (Lombardi, 2016). Una differenza significativa è osservabile anche nei livelli di salute auto percepita nei paesi occidentali, dove si registrano livelli di salute molto più bassi nelle donne rispetto gli uomini<sup>4</sup>.

Ciò viene spiegato guardando alla complessa relazione tra fattori biologici e sociali che determinano la salute delle persone (Vinay, 2004). Le donne sono, infatti, esposte a fattori di stress cumulativi e continui durante la loro vita, come la discriminazione di genere, la violenza domestica, la conciliazione casa-lavoro, il fardello del lavoro di cura (Brabete, 2017). Questo fenomeno è stato definito *gender paradox*: le donne vivono più a lungo degli uomini, ma riportano livelli più alti di morbilità (Takahashi et al., 2020). I fattori cumulativi aumentano nel caso delle donne migranti che si trovano a far fronte ai vincoli della cultura di origine e a quelli del paese di arrivo (Lombardi 2009).

Tra le determinanti di salute anche alla **diseguaglianza di genere** è riconosciuta una certa rilevanza (Marmot et al., 2008) e si è diffusa la necessità di integrare maggiormente il genere sia negli ambiti di ricerca, sia nelle politiche. Ciononostante permangono notevoli divari tra quanto avviene su un piano politico e quello pratico, divario che è stato osservato anche nel primo studio di questa ricerca (Vesco et al., 2021). Quindi, per affrontare le questioni di genere nella salute non è sufficiente garantire alle donne un migliore accesso ai servizi e alle risorse del settore sanitario (Gideon et al., 2016). Quello che sembra necessario, anche da quanto emerge dai risultati del primo studio condotto, è adottare un approccio che sappia tener conto di come la discriminazione, le diseguaglianze di genere, le politiche di integrazione, ma anche alcuni fattori individuali (educazione, reddito, età, ed altri) strutturano nel caso delle donne migranti quelle asimmetrie che

---

<sup>4</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self\\_perceived\\_health\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self_perceived_health_statistics)

riproducono le disuguaglianze di salute tra uomini e donne migranti (Brabete, 2017). Non si tratta, quindi, di limitarsi ad adottare un approccio interculturale all'interno dei servizi, ma a partire dalle determinanti di salute psicosociale, di interrogarsi sul tema dell'intersezionalità delle disuguaglianze e in questa chiave dare una rilettura dei servizi.

Il genere, ovviamente, non è una sola variabile, ma apre a molte altre domande, ad altri fattori e metodi che devono essere integrati nella ricerca sulla salute. Come determinante psicosociale di salute, il genere ha un ruolo sia in quanto determinante a sé, sia in quanto determinante che interagisce con le altre determinanti. Le determinanti possono influenzare i rischi, le possibilità, i comportamenti e gli output di salute e malattia nel corso della vita di una persona (Greaves, 2011; Johnson, Greaves, & Repta, 2007). Questa influenza può variare al variare del sesso e del genere dell'individuo. È risaputo che il sesso può portare a differenti esiti di salute: una patologia può influenzare diversamente un uomo e una donna (ad esempio il fumo può portare a rischio di cancro al seno per le donne). Lo stesso può avvenire anche per il genere. Ad esempio, prendiamo il caso delle malattie respiratorie causate dalla cattiva combustione dei materiali di cottura, che sono più comuni tra le donne perché, a causa del tradizionale ruolo femminile, le donne normalmente trascorrono più tempo a cucinare (Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017).

Il genere, sempre secondo l'OMS (2011a), si riferisce alle caratteristiche delle donne e degli uomini, che variano da società a società e che sono costruite storicamente e culturalmente. Mentre il sesso è una differenza biologica, il genere è usato per definire le modalità di costruzione sociale in relazione alla natura femminile o maschile del comportamento considerato normale per ciascuno dei sessi. A differenza del sesso, quindi, il genere è una categoria mutevole e dinamica che varia a seconda delle società, delle culture e dei periodi storici (Simonds & Brush, 2004). Il termine genere, quindi, implica un riferimento a ruoli, relazioni, tratti di personalità, atteggiamenti, comportamenti, valori, influenze e relazioni di potere che sono culturalmente costruiti e che una data società attribuisce in modo differenziato a uno o all'altro sesso (Lovaas, 2005). Affrontare la migrazione da una prospettiva di genere contribuisce quindi ad una visione più accurata della realtà, poiché il genere attraversa strutturalmente i processi decisionali, le rotte scelte e le conseguenze della migrazione (ad esempio, la decisione della destinazione della migrazione), nonostante le politiche migratorie lo ignorino.

Quando si introduce la prospettiva di genere, la ricerca sulla salute dei migranti mostra che esistono differenze tra donne e uomini migranti a causa delle **disuguaglianze di genere** (Llácer et al., 2007; Malmusi et al., 2010). Le donne possono sperimentare disuguaglianze di genere sia nel Paese di origine, sia in quello di accoglienza. Ad esempio, nel Paese ospitante le donne sono più vulnerabili a causa della povertà, della disoccupazione e della mancanza di sostegno sociale (Llácer et al., 2007a). Sebbene il gruppo dei migranti sia più vulnerabile a causa dell'etnostratificazione dei loro impieghi nel mercato del lavoro, le donne sono più colpite perché di solito lavorano in servizi non qualificati e in attività economiche informali come il settore dei servizi domestici (Domínguez-Mujica et al., 2012). Sebbene le donne possano avere anche livelli

di istruzione più elevati, hanno infatti meno probabilità di essere impiegate in lavori in linea con i loro studi (Chui, 2011). Le donne migranti che lavorano nei servizi domestici sono altamente istruite, ma preferiscono lavorare in questo settore per guadagnare un salario più alto rispetto a quello dei loro Paesi d'origine. In questo settore sono talvolta maltrattate verbalmente dai loro datori di lavoro (Etiler & Lordoglu, 2012). Lo stress vissuto dalle donne migranti è continuo. Oltre allo stress lavorativo e familiare, se ne aggiunge un altro durante il processo di rinegoziazione dei ruoli di genere. Le donne migranti che mantengono le usanze tradizionali del Paese d'origine sono più coerenti con i ruoli di genere tradizionali (Brabete, 2016). L'osservazione dei cambiamenti che si verificano a livello individuale mostra che il contatto con una nuova cultura può, quindi, produrre tre diversi risultati: (1) ci sono donne che mantengono i loro ruoli di genere; (2) alcune donne sfidano il modello tradizionale del loro Paese e avviano un processo di cambiamento, in cui mantengono i loro vecchi ruoli di genere ma introducono anche nuovi cambiamenti e (3) ci sono anche donne che cambiano i loro ruoli di genere, incorporando il nuovo e abbandonando il vecchio (Alcalde, Garcia, Moreno, & Ramirez, 2002). Il fatto è che percepire norme di genere diverse nel Paese ospitante, durante il processo di rinegoziazione dei ruoli di genere, aumenta i livelli di stress acculturativo per le donne migranti. La stessa relazione tra norme di genere e stress acculturativo non è stata riscontrata per gli uomini migranti (Brabete, 2016).

### **Ricerca Partecipata**

Fin dalle sue prime fasi il progetto di ricerca si è interrogato su come dare spazio alla voce delle donne coinvolte nella ricerca. Una voce da coinvolgere fin nelle prime fasi di progettazione della ricerca e che non fosse solo un token<sup>5</sup>, un simbolo di inclusività. La maggior parte della ricerca accademica finora pubblicata nel campo della salute dei migranti rappresenta principalmente le prospettive dei Paesi di destinazione ad alto reddito e si concentra sulle malattie specifiche dei migranti, con particolare attenzione, come abbiamo visto precedentemente, alle malattie trasmissibili e alla salute mentale dei rifugiati (Roura et al., 2021). Questo ha portato spesso a trattare il tema secondo la contrapposizione migranti e popolazione autoctona, trascurato i problemi più comuni sulla salute migrante, che spesso sono simili a quella della popolazione della comunità ospitante (WHO Europe, 2010).

Sebbene a livello internazionale sia riconosciuta l'importanza di promuovere la salute della popolazione migrante, basti pensare al report della WHO (2019) dal titolo esemplificativo “*No public health without refugee and migrant health- Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*”, ad oggi la partecipazione a progetti di ricerca di rifugiati e

---

<sup>5</sup> Pratica che rappresenta uno sforzo superficiale o simbolico di fare qualche cosa di inclusivo, reclutando un piccolo numero di persone da gruppi sottorappresentati, al fine di dare l'impressione di uguaglianza ad esempio di genere o razziale VEDI [tokenism noun - Definition, pictures, pronunciation and usage notes | Oxford Advanced Learner's Dictionary at OxfordLearnersDictionaries.com](https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/tokenism)

migranti è ancora molto limitata (Burns et al., 2021). Allo stesso tempo le politiche internazionali riconoscono come essenziale il coinvolgimento dei pazienti nei percorsi di ricerca e progettazione sulla salute, per generare conoscenze capaci di informare le politiche e le pratiche (van den Muijsenbergh et al., 2016), ma questo processo ancora esclude la popolazione migrante e rifugiata, così come altri gruppi marginalizzati (C. de Freitas & Martin, 2015). Ad oggi la maggior parte dei progetti di ricerca sono guidati dagli interessi del mondo accademico, dai politici o dai clinici (WHO Europe, 2010).

Per promuovere una maggiore partecipazione delle donne migranti nel processo di ricerca, il lavoro qui presentato si è ispirato al paradigma della Participatory Health Research (PHR). L'obiettivo della PHR è "massimizzare la partecipazione di coloro la cui vita o il cui lavoro sono oggetto della ricerca in tutte le fasi del processo di ricerca, compresa la selezione di metodi appropriati per la raccolta e l'analisi dei dati, l'attuazione della ricerca, l'interpretazione dei risultati e la diffusione dei risultati" (Brito et al., 2013, p. 6).

La PHR è particolarmente utile quando si parla di migrazione perché si propone di:

- Identificare argomenti di ricerca tempestivi e rilevanti. Il PHR coinvolge le comunità di migranti già in fase di definizione delle agende di ricerca, promuovendo una ricerca meno astratta e scollegata dalle urgenze sentite dalla comunità.
- La PHR inizia con la costruzione di relazioni. Il coinvolgimento dei migranti come partner e co-ricercatori durante l'intero processo di ricerca può migliorare significativamente la credibilità, la validità e la rilevanza della ricerca e a sua volta facilita il reclutamento dei partecipanti.
- Genera conoscenze approfondite, cerca di superare i pregiudizi della ricerca. Nella ricerca tradizionale, le domande, la ricerca e i metodi riflettono i pregiudizi dei ricercatori accademici che stabiliscono l'agenda; ad esempio, adottando un modello deficitario della salute dei migranti o promuovendone una visione di persone che si caratterizzano per la loro vulnerabilità.

La PHR può superare queste limitazioni "disponendo di un insieme più ampio di prospettive a cui attingere" e basandosi sui racconti delle persone stesse, su ciò che accade nella loro vita quotidiana.

In questo modo, la PHR offre un'opportunità unica di co-creare nuove e inaspettate conoscenze "che non possono essere acquisite dai ricercatori accademici che spesso difficilmente hanno esperienza delle vite che stanno studiando" (WHO, 2022a p.7).

- Migliorare i servizi sanitari, ampliare le prospettive, aprire strade a nuove progettazioni di servizi, più capaci di rispondere ai bisogni vissuti da tutta la popolazione. Grazie al suo approccio flessibile e collaborativo, la PHR genera una base di conoscenze più completa che porta a politiche e servizi sanitari più rispondenti [e] a una migliore progettazione di interventi di salute pubblica che hanno maggiori possibilità di essere attuati.
- Favorire l'empowerment degli individui e delle comunità. Riducendo l'isolamento sociale, contrastando gli effetti dello stigma sociale e della discriminazione, sviluppando le competenze,

incrementando le reti sociali e il capitale sociale e migliorando l'alfabetizzazione sanitaria (WHO, 2022a).

La PHR può contribuire ad affrontare i determinanti sociali della salute e a mitigare gli effetti della disuguaglianza e dell'inequità (Roura et al., 2021).

Sulla base di questi assunti, all'intero di questo progetto di ricerca si è cercato di operare delle scelte metodologiche specifiche:

- Focalizzare il lavoro di ricerca non solo su le vulnerabilità legata alla salute, ma anche sulle risorse e sui meccanismi di coping. La tendenza principale porta a ritrarre le persone migranti come portatori di malattie, utenti difficili per l'assistenza sanitaria, ma anche un peso per il sistema sanitario in generale (Roura et al., 2021). A questo si associa che, come abbiamo osservato precedentemente, il contesto, le determinanti sociali di salute possono contribuire a strutturare una condizione di vulnerabilità (Gideon Jasmine, 2016). La PHR permette di aprire spazi su quelle che invece possono essere le risorse psicosociali che le persone migranti attivano nella società ospitante (Roura et al., 2021). Ne è una riprova quanto emerso nel secondo studio di questa ricerca, nell'attività di focus group, che ha permesso l'emersione di diverse strategie di coping e di confermare elementi, come il supporto sociale, come importanti risorse per la promozione del proprio benessere.
- La PHR riconosce l'importanza delle fonti di conoscenza basati sull'esperienza e sulle pratiche. Per questo approccio è interessante la prospettiva di chi è coinvolto direttamente nel fenomeno, persone che possono essere esperte grazie alla loro esperienza. L'utilizzo dello strumento del focus group, nella fase centrale della ricerca, ha avuto come obiettivo proprio di mettere al centro i vissuti e le visioni delle donne coinvolte nella ricerca. Questo studio ha permesso di far emergere maggiormente la loro definizione di salute e degli elementi che contribuiscono ad influenzarla, coinvolgendo le donne non solo nell'individuare quali gli aspetti più rilevanti rispetto alla propria salute, ma anche il linguaggio e gli immaginari a questo ricollegato. Si è cercato, infatti, di operare una traduzione degli strumenti di ricerca che non fosse solo di tipo linguistico, ma che portasse a verificare il significato culturale, l'adeguatezza e la pertinenza di quanto discusso. Questo nel tentativo di costruire una narrazione che si differenzia dalle narrazioni prevalenti e permette di decolonizzare le pratiche di ricerca (Tuhiwai 2012) evitando processi di razializzazione (Zuberi & Bonilla-Silva, 2008).

Seguire il paradigma della PHR permette quindi di tenere conto della natura soggettiva, dinamica, sfaccettata e contestuale degli indicatori comunemente utilizzati nella ricerca sulla salute, ampliando e approfondendo la nostra comprensione di come misurare concetti sfaccettati nella ricerca epidemiologica, attraverso un processo di collaborazione che permette di garantire un'adeguata progettazione e l'utilizzo degli strumenti di monitoraggio (Roura et al., 2021).

Per fare questo è stato importante adottare metodologicamente un approccio *mixed-methods*, ritenuto particolarmente efficace in questo tipo di ricerca, perché capace di tenere insieme sia un percorso di analisi deduttiva, ma anche induttiva, dando spazio a quanto dal confronto con le

partecipanti potesse emergere (WHO, 2022b). Con questa analisi si è cercato di ampliare la conoscenza rispetto ai fattori che influenzano maggiormente il benessere personale e sociale delle donne migranti, cercando di aprire spazi in cui le donne stesse potessero portare il proprio contributo.

### **Obiettivi e fasi del progetto di ricerca**

Le domande che hanno guidato l'intero percorso di ricerca-intervento partecipata hanno cercato di indagare:

- Quanto fosse ampio lo svantaggio in termini di salute per le donne migranti e come questo svantaggio variasse al variare delle politiche che promuovono l'equità di genere e i percorsi di integrazione nei diversi paesi europei. Per rispondere a questo interrogativo è stato condotto uno studio basato su dati di archivio. Nello specifico sono stati analizzati alcuni dati dell'European Health Interview Survey 2014 (EHIS wave 2)<sup>6</sup> del database europeo Eurostat, per raccogliere i dati sulla salute percepita delle donne migranti. Questi sono stati messi in relazione con il *Migration and Integration Policies Index* (MIPEX), che misura le politiche di integrazione in tutti i paesi europei e con l'*European Gender Equality Index* (GEI), che invece misura il progresso dell'equità di genere a livello europeo, con l'obiettivo di osservare la loro correlazione. Tra gli indicatori contestuali presi in considerazione vi è anche la discriminazione, rilevata attraverso i dati dell'Eurobarometro 437. Infine si è inserita in analisi, come covariata il GDP pro-capite<sup>7</sup>, per osservare quanto la ricchezza del paese di accoglienza avesse influenza sulla salute dei migranti.
- Come le donne migranti definiscono la loro salute psico-fisica e quali determinanti psicosociali sono indicate come maggiormente rilevanti nella definizione dei loro percorsi di salute. Per rispondere a questo interrogativo è stata utilizzata la metodologia del focus group, con l'obiettivo di favorire la partecipazione delle donne nel definire le determinanti salienti su cui condurre i successivi approfondimenti. In particolare sono stati condotti 9 focus group sul tema della salute, con 25 partecipanti di diverse nazionalità e con diverse storie migratorie, accolte in 3 diversi programmi di accoglienza.
- Quanto alcune delle determinanti psicosociali, e le strategie adottate per farvi fronte avessero una correlazione diretta con la propria percezione di salute psico – fisica e quali fossero le differenze tra i diversi percorsi migratori. È stato quindi condotto un terzo studio. A partire dai risultati emersi nei focus group è stato elaborato un questionario per approfondire questi aspetti. Novanta donne migranti, di diversa provenienza sono state coinvolte nella somministrazione.

Infine, è importante precisare che all'interno di questo progetto **la definizione adottata di migrante** è quella fornita dell'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (OIM, 2019), ossia

---

<sup>6</sup> Questo studio si basa su dati provenienti da dati Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS) 2015 -2019; EU 28. La responsabilità di tutte le conclusioni tratte dai dati spetta interamente agli autori. Research Project Proposal (RPP) - RPP 99/2020-EHIS

<sup>7</sup> GDP - Gross Domestic Product (PIL - Prodotto Interno Lordo)



un termine “ombrello” per indicare chi si muove dal proprio paese di origine o dalla propria residenza abituale, sia all’interno che all’esterno dei confini nazionali, per stabilirsi temporaneamente o definitivamente in un altro luogo per diverse ragioni. Questa definizione comprende molte esperienze migratorie diverse e persone provenienti da contesti diversi: una persona che fugge dalla guerra; un coniuge che viene a vivere con il proprio partner in un nuovo Paese; una persona trafficata attraverso le frontiere da un gruppo di criminalità organizzata per lo sfruttamento della propria manodopera; o qualcuno che si trasferisce in un altro Paese semplicemente perché è nel suo progetto di vita (WHO, 2022b). Durante il percorso di ricerca si cercherà di dare informazioni sulle diverse condizioni sociali che caratterizzano l’esperienza delle diverse partecipanti, focalizzandoci principalmente sulla loro relazione con il contesto, piuttosto che su categorizzazioni di migrante economico o rifugiato. Le ragioni degli spostamenti sono complesse, spesso si sovrappongono e utilizzare categorizzazioni può portare alla creazione di stereotipi non utili, che rafforzano ipotesi discriminatorie su quali aspetti il migrante debba avere (Robertson, 2019). Ciò in linea con il focus sulle determinanti psicosociali di salute a cui questo lavoro fa riferimento.

Nel primo capitolo verrà illustrato il primo studio: l’analisi dei dati di archivio sulla salute auto-percepita delle donne migranti a livello europeo. Questo permetterà di approfondire come alcuni aspetti del contesto di accoglienza, a livello europeo, incidono, sulla salute auto percepita delle donne migranti.

Nel secondo capitolo verrà illustrato il secondo studio. Verrà presentata l’attività dei focus group e i principali risultati emersi, illustrando come questi hanno contribuito a strutturare il percorso di ricerca.

Il terzo capitolo presenterà il terzo studio. Verranno descritti gli elementi che compongono il questionario sulle determinanti di salute e sul benessere psicofisico percepito, e verranno esposti i principali risultati emersi.

Il quarto capitolo avrà come oggetto il progetto d’implementazione di un servizio dell’associazione Ciac Onlus, dedicato alla salute delle donne migranti. Verranno descritti alcuni importanti risvolti applicativi, che vogliono promuovere una trasformazione dell’operatività, a partire dai risultati più significativi emersi nel percorso di ricerca.

I risvolti applicativi di questo lavoro sono rilevanti, in quanto la ricerca si colloca all’interno di un dottorato industriale, grazie alla collaborazione dell’università di Parma, con l’associazione Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione di Parma (Ciac Onlus)<sup>8</sup>.

L’esperienza ha costituito un’importante occasione di crescita personale e professionale poiché ha permesso di coniugare l’attività accademica di studio e ricerca, con l’attività professionale, come operatrice, nei percorsi di accoglienza e di promozione della salute delle donne migranti. Chi

---

<sup>8</sup> L’associazione nata alla fine degli anni 90, opera sul territorio di Parma e Provincia come ente di tutela per la popolazione migrante e rifugiata. VEDI [CIAAC. VENT'ANNI DI DIRITTI PER TUTTE E TUTTI \(ciaconlus.org\)](http://CIAAC.VENT'ANNI DI DIRITTI PER TUTTE E TUTTI (ciaconlus.org))

svolge un ruolo operativo nel lavoro sociale, è consapevole del privilegio di questa prospettiva tra teoria e pratica.

Il lavoro operativo nei servizi alla persona è generalmente caratterizzato da contingenze ed urgenze, pochi sono gli spazi di riflessività sul proprio operato o sulle trasformazioni in atto. D'altro canto la realtà è in continua evoluzione e continue sono le sollecitazioni che arrivano ai servizi. Basti pensare che dall'inizio di questo lavoro di ricerca nel 2019, si è assistita ad una pandemia mondiale, all'emergenza Afghanistan a luglio del 2021, fino ad arrivare alla guerra in Ucraina a marzo 2022. Questi eventi hanno rappresentato nuove sfide per i servizi di accoglienza e tutela delle persone migranti, sia a livello nazionale che a livello locale, e spesso piuttosto che far emergere nuove soluzioni, promuovere processi trasformativi, ha messo in luce le contraddizioni e temi irrisolti del sistema accoglienza<sup>9</sup>. L'occasione di poter unire spazi di studio e ricerca al lavoro operativo è quindi un'occasione preziosa.

Da molto tempo l'associazione Ciac Onlus, opera in sinergia con università e centri di ricerca per favorire percorsi di riflessione e sviluppo del proprio lavoro. L'associazione promuove un'interpretazione del lavoro sociale attraverso attività di ricerca continua, per progettare servizi che tengano conto delle trasformazioni della realtà in cui viviamo e promuovere il benessere dell'intera società. La possibilità di svolgere un dottorato industriale rappresenta un passo in questa direzione, permettendo al ricercatore/operatore di acquisire strumenti qualificanti di analisi della realtà e progettazione.

Attraverso la ricerca è stato infatti possibile, da una parte, approfondire le cornici teoriche e i modelli di riferimento, dall'altra aprire spazi di confronto con le donne che hanno partecipato allo studio, favorendo l'apertura a nuove prospettive.

Il tema della partecipazione della popolazione migrante, del decentramento dall'ottica dell'operatore, è un tema che da tempo interroga l'operato dell'associazione. Se, come è stato precedentemente osservato, aspetti come la salute sono collegati a percorsi di empowerment e di protagonismo della popolazione migrante, il tema della partecipazione diviene ancora più cruciale.

La metodologia utilizzata è stata quindi un'importante occasione di acquisizione e sperimentazione di strumenti scientifici, che vogliono favorire i processi partecipati e di co-costruzione della conoscenza.

In primis, il focus group, si è dimostrato uno strumento di confronto efficace, capace di creare uno spazio per l'emersione dei punti di vista e dei temi ritenuti rilevanti per i diretti interessati, favorendo processi di innovazione. Questa esperienza permette di promuovere l'adozione di questo strumento anche in un contesto diverso da quello accademico e di ricerca, candidandolo ad essere inserito nella cassetta degli attrezzi degli operatori dei servizi.

---

<sup>9</sup> Fondazione Migrantes (2022) Report Migrantes "Il diritto d'asilo 2022. Costruire il futuro con i migranti e i rifugiati" (Tau Editrice)

## **Capitolo I Genere, Salute e Immigrazione, analisi della salute percepita attraverso i dati dell'European Social Survey e del Migration Integration Policy Index<sup>10</sup>**

### **1.1) Obiettivi e ipotesi**

Il primo studio si pone come obiettivo di approfondire le determinanti di salute delle donne migranti a livello Europeo. In particolare si vuole indagare quanto elementi contestuali come le politiche sull'integrazione, il livello di discriminazione o il livello di equità di genere, possono incidere sugli output di salute.

Facendo riferimento alla cornice teorica sugli studi sull'acculturazione, le determinanti sono state analizzate sia a livello individuale che in relazione al contesto.

In questo studio con il termine salute, si fa riferimento al benessere psicosociale come costruito parte dei concetti chiave del modello di acculturazione (Sam & Berry, 2010). Lo stato di benessere psicosociale delle donne migranti è stato quindi analizzato facendo riferimento ai due outcomes previsti dal modello bi-dimensionale sull'acculturazione (Berry, 1997): il benessere psicologico e l'adattamento socio-culturale.

Il benessere psicologico, principalmente studiato nella tradizione degli studi sullo stress e sulle strategie coping, si relaziona in letteratura ad indicatori di salute mentale e di soddisfazione generale per la propria vita nell'ambiente ospitante. L'adattamento socioculturale, invece, studiato nella tradizione degli studi sull'apprendimento culturale, è stato principalmente legato al senso di efficacia nella partecipazione alla società ospitante (Sam & Berry, 2010).

L'analisi delle determinanti di benessere si è mossa nello studio su due diversi livelli: quello contestuale riferito ad indicatori dei paesi europei che accolgono i migranti, e quello individuale, riferito ai fattori individuali che influiscono sulla salute dei migranti.

Sulle base delle evidenze della letteratura riportate nel capitolo introduttivo, si è ipotizzato che:

- Ipotesi 1: Il benessere psicologico e l'adattamento socio-culturale delle donne migranti fossero inferiori a quelli degli uomini migranti;
- Ipotesi 2: Maggiore è il livello di integrazione rilevato nel paese di residenza, maggiore sarebbe stato il benessere e l'adattamento socio-culturale osservato nei migranti indipendentemente da genere;
- Ipotesi 3: Maggiore è il livello di equità di genere rilevato nel paese di residenza, maggiore il benessere e l'adattamento socio-culturale osservato nei migranti;
- Ipotesi 4: Maggiore il livello di discriminazione rilevato nel paese di residenza, più negativi sarebbero stati i livelli di salute e di adattamento socio-culturale dei migranti;

---

<sup>10</sup> Articolo pubblicato in Vesco, S., Mancini, T., & Rossi, M. (2021). Genere, salute e migrazione: analisi delle determinanti sociali di salute e del benessere autopercepito delle donne migranti, attraverso i dati dell'European Social Survey e del Migration Integration Policy Index. *PSICOLOGIA DELLA SALUTE*.

- Ipotesi 5: Al diminuire del livello di scolarizzazione sarebbe diminuito il benessere psicologico e l'adattamento socio-culturale dei migranti;
  - Ipotesi 6: L'essere occupato avrebbe avuto un'influenza positiva sul benessere e l'adattamento socio-culturale della popolazione migrante;
- Ipotesi 7: Maggiore è il reddito, maggiore sarebbe stato il benessere e l'adattamento socio-culturale dei migranti;
- Ipotesi 8: Il benessere e l'adattamento socio-culturale sarebbero stati peggiori per i migranti di recente immigrazione;
- Ipotesi 9: All'aumentare dell'età si sarebbe osservato un peggioramento del benessere psicologico e dell'adattamento socio-culturale dei migranti.

Inoltre, in linea con gli studi che hanno evidenziato l'esistenza per le donne migranti di fattori di stress cumulativi e continui, questo studio ha voluto verificare se le determinanti contestuali ed individuali di salute interagissero con il genere nel produrre peggiori esiti di benessere e adattamento socio-culturale nelle donne rispetto agli uomini.

## **1.2) Metodologia**

### *1.2.1) Criteri di inclusione e di esclusione*

I dati utilizzati fanno riferimento ai microdati dell'European Health Interview Survey 2014 (EHIS wave 2)<sup>11</sup>, una rilevazione condotta da Eurostat su campioni rappresentativi della popolazione in 30 paesi europei. Dopo avere escluso i rispondenti residenti in Islanda e in Norvegia, sono stati selezionati soltanto i partecipanti presumibilmente migranti. Il criterio di inclusione nel campione si è basato sulle risposte fornite in EHIS, Wave 2 rispetto al luogo di nascita e alla cittadinanza. Nello specifico, sono stati inclusi nel campione tutti i partecipanti che hanno dichiarato di:

- non essere nati in Europa e di non avere cittadinanza europea, considerati come proxy ai migranti di recente immigrazione;
- di essere nati in un paese europeo ma di non avere la cittadinanza europea o, viceversa, di non essere nati in un paese europeo ma di avere la cittadinanza europea, considerati come proxy ai migranti naturalizzati.

Il campione selezionato non comprende:

- a) i partecipanti residenti a Malta in quanto in questo paese l'indagine EHIS sia rispetto al paese di nascita, sia rispetto alla cittadinanza ha accorpato le categorie di risposta altro paese EU e paese

---

<sup>11</sup> Questo studio si basa su dati provenienti da dati Eurostat, European Health Interview Survey (EHIS) 2015 - 2019; EU30. La responsabilità di tutte le conclusioni tratte dai dati spetta interamente agli autori. Research Project Proposal (RPP) - RPP 99/2020-EHIS

non EU non rendendo di fatto possibile la selezione dei migranti; b) i migranti residenti in Bulgaria, Romania e Slovacchia perché avendo una numerosità inferiore a 20 casi ciascuno, non avrebbero garantito il rispetto della policy di Eurostat sulle garanzie di anonimato del campione.

### *1.2.2) Partecipanti*

L'analisi dei dati si è basata su un campione di 15.244 persone migranti di cui 8579 di genere femminile (56.4%) e 6.629 di genere maschile (43.6%) in età dai 16 in avanti (Età media della classe = 46.90, DS = 16.47) appartenenti a 24 paesi europei.

### *1.2.3) Determinanti di salute*

La tabella 1.1 presenta le caratteristiche socio-anagrafiche dei partecipanti nei 24 paesi europei considerati nelle analisi, nonché le statistiche descrittive degli indicatori considerati determinanti di salute sia a livello individuale (livello 1), sia a livello contestuale (livello 2).

Il *genere* (1 = femmine) è stato considerato come la più importante determinante di salute su cui lo studio si è voluto concentrare in linea con i suoi obiettivi.

Indicatori a livello contestuale. Gli indicatori determinanti di salute considerati in riferimento al paese ospitante sono stati:

*Migration and Integration Policies Index (MIPEX)*. Il Mipex è stato considerato nel suo punteggio globale misurato nel 2014. Esso rileva quanto i diritti e l'equità vengano rispettati e responsabilità e opportunità garantite a tutti i residenti, a prescindere dal proprio background migratorio.

*European Gender Equality Index (GEI)*. Per rilevare il ruolo sulla salute delle donne migranti giocato dalla disuguaglianza di genere nel paese di residenza è stato utilizzato il GEI Global riferito al 2015. L'indice GEI si prefigge di misurare il progresso dell'equità di genere in Europa. *EUROBAROMETRO 437*. La percezione della discriminazione è considerata un importante determinante di salute (de Freitas et al., 2018). Lo studio ha quindi considerato i dati dell'Eurobarometro sulla percezione della discriminazione su base etnica in Europa riferiti al 2014.

*GDP procapite*. Tale misura è stata inserita nelle analisi come covariata al fine di controllare gli effetti che la ricchezza del paese di residenza ha sulla salute dei migranti e delle donne migranti in particolare (Backers, Hadjar 2013).

*Percentuale di migranti sul totale della popolazione al 1-01-2015*. Anche tale misura ricavata dai dati Eurostat riferiti al 2014<sup>12</sup> è stata inserita come variabile di controllo nelle analisi.

---

<sup>12</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr\\_imm8/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr_imm8/default/table?lang=en)

Per gli indicatori a livello individuale, oltre al genere (1 = femmine), sono stati individuati e misurati a livello individuale i seguenti indicatori:

*Età media dei partecipanti*: questa è stata ricostruita considerando l'età mediana all'interno delle diverse classi di età considerate dall'indagine EHIS wave 2.

*Livello di scolarizzazione*: sulla base delle indicazioni fornite dall'EHIS sono state identificate due livelli di scolarizzazione, il livello basso e il livello medio/ alto. Il livello basso, a cui è stato attribuito il valore di 0 nelle analisi, comprende l'educazione di base (*Early childhood development, pre-primary education - Primary education - Lower secondary education*). Il valore 1 corrisponde a tutti gli altri livelli di scolarizzazione (da *Upper secondary education fino a doctoral level o equivalent*).

*Condizione lavorativa*: facendo riferimento al *Self-declared labour status* è stato assegnato il valore di 0 per non occupato e di 1 per occupato.

*Reddito netto familiare*: nell'indagine EHIS, wave 2, 2014 è misurato in cinque quantili che sono stati utilizzati invariati nell'analisi dei dati.

#### *1.2.4) Indicatori di salute (benessere psico-sociale)*

Le variabili dipendenti considerate nel modello, cioè gli esiti sul benessere psico-sociale, sono quattro di cui due considerati come indicatori di benessere psicologico e due come indicatori di adattamento socio-culturale.

*Benessere psicologico*. E' misurato da due indicatori. Il primo fa riferimento alla percezione positiva del proprio stato di salute, attraverso la domanda: "Come percepisci il tuo stato di salute generale?". Questo viene misurato su una scala a 5 punti (da 1 = molto cattivo a 5 = Molto buono). Il secondo è un indicatore composito costruito sulla base della media ponderata delle risposte fornite a 8 item ( $\alpha=.87$ ), misurati su una scala a 4 punti (da 1 = mai a 4 = tutti i giorni). Questi rilevano quanto la persona nelle ultime due settimane: non è riuscita ad addormentarsi o ha avuto problemi con il sonno, si è sentita stanca e con poche energie, ha avuto poco o troppo appetito, si è sentita un fallimento, ha avuto problemi a concentrarsi, ha dato prova di essere irrequieta o troppo rilassata. Il punteggio globale della scala è stato ri-categorizzato in modo tale che alti valori indicassero un alto benessere psicologico.

*Adattamento socio-culturale*. Misurato da due indicatori. Il primo fa riferimento alle difficoltà riportate nell'accedere ai servizi per la salute. L'indicatore è stato costruito sommando le risposte (sì = 0, no = 1) a 6 item ( $\alpha=.81$ ) che rilevano negli ultimi 12 mesi un bisogno di accesso ai servizi per la salute rimasto insoddisfatto a causa di lunghe liste di attesa, problemi di distanza e di trasporto e problemi economici. Alti valori indicano che il bisogno di accesso ai servizi per la salute è stato soddisfatto. Il secondo indicatore fa riferimento al sostegno sociale ed è stato costruito sulla base della media ponderata di due item ( $r = .22$ ). Il primo rileva il grado di preoccupazione da parte di altre persone su quello che il partecipante sta facendo ed è misurato

con una scala a 5 punti (da 1 = nessuna preoccupazione e interesse a 5 = Molta preoccupazione e interesse); il secondo chiede quanto è facile ottenere aiuto pratico da vicini in caso di necessità ed è anche esso misurato su una scala a 5 punti (da 1 = molto difficile a 5 = molto facile). Un alto punteggio misura, quindi, un alto sostegno sociale.

### **1.3) Analisi dei dati**

Per tutte le analisi è stato utilizzato il software Statistica IBM, V. 26. Le ipotesi di ricerca sono state testate attraverso un'analisi multilivello utilizzando il modello misto HLM che ha considerato i rispondenti presenti nei diversi paesi come variabile di primo livello e i dati riferiti agli indicatori nazionali come variabili di secondo livello. L'intercetta è stata lasciata libera di variare. Al fine di effettuare dei confronti significativi sulla dimensione relativa degli effetti, tutte le variabili indipendenti (determinanti di salute) sono state centrate sulla base della ground mean o rese dummy. Il modello ha previsto la considerazione degli effetti principali di tutte le determinanti di salute e di tutti gli effetti di interazione tra il genere e tutte le determinanti di salute. Il reddito pro-capite e la percentuale di migranti sul totale della popolazione (livello 2) sono state inserite nel modello come co-variate.

### **1.4) Risultati**

#### *1.4.1) Statistiche descrittive*

Le statistiche descrittive degli indicatori di benessere psicosociale nei 24 paesi europei sono presentate nella tabella 1.2. Pur con variazioni tra i diversi paesi, mediamente i migranti percepiscono il proprio stato di salute generale come abbastanza buono ( $M = 3.76$ ,  $SD = 0.95$ ) e non riportano, se non raramente, segnali di disagio psicologico ( $M = 3.61$ ,  $SD = 0.53$ ). Sul versante dell'adattamento socio-culturale, l'accesso ai servizi per la salute è risultato soddisfacente ( $M = 5.52$ ,  $SD = 0.94$ ), così come la presenza di sostegno sociale ( $M = 3.68$ ,  $SD = 0.88$ ).

Osservando le correlazioni tra le determinanti di salute di primo livello, presentate nella tabella 1.3, si possono notare correlazioni positive apprezzabili tra livello di istruzione, reddito familiare e occupazione, ma anche correlazioni negative e deboli tra status migratorio, livello di istruzione, reddito familiare e età.

In tabella 1.4 si può osservare come la maggior parte delle determinanti di secondo livello sono positivamente e fortemente correlate tra loro, fanno eccezione la percentuale dei migranti sul totale della popolazione che non si correla né al MIPLEX, né alla percezione della discriminazione rilevata dall'Eurobarometro.

#### *1.4.2) Analisi delle determinanti di salute (HLM)*

Facendo riferimento agli indicatori di benessere psicologico (tabella 1.5), si può notare che il genere ha un impatto significativo su entrambi gli indicatori: la percezione del proprio stato di salute e il benessere psicologico diminuiscono nelle donne rispetto agli uomini; si conferma pertanto l'ipotesi 1. Inoltre, confermando le ipotesi formulate rispetto alle variabili individuali, la percezione dello stato di salute dei migranti migliora all'aumentare del livello di istruzione (H5). Inoltre entrambi gli indicatori di benessere psicologico aumentano con l'occupabilità (H6) e il reddito familiare (H7), mentre diminuiscono al crescere dell'età dei migranti (H9). Considerando le variabili di secondo livello, solo il MIPEX e il livello discriminazione su base etnica riportano valori statisticamente significativi. Contrariamente alle ipotesi formulate, la percezione di salute migliora al diminuire del valore del MIPEX (H2) e all'aumentare della percezione della discriminazione sociale (H4) nel proprio paese di residenza. Lo status migratorio (naturalizzati vs. di recente immigrazione) (H8) e il GEI (H3), non si associano significativamente né alla percezione dello stato di salute, né al benessere psicologico<sup>13</sup>.

Guardando agli effetti di interazione con il genere, la percezione dello stato di salute ha interazioni significative con il livello di istruzione e l'età: le donne percepiscono uno stato di salute peggiore degli uomini e la differenza rispetto agli uomini è maggiore quando il loro livello di istruzione è basso ( $t = 4.64, p < .001$ ) e con l'avanzare dell'età ( $t = 5.03, p < .001$ ). Rispetto all'indicatore di benessere psicologico, si riscontrano invece interazioni significative del genere con lo status migratorio, il livello di istruzione, la condizione occupazionale, l'eguaglianza di genere e la percezione della discriminazione etnica nello stato di residenza. Il benessere psicologico, più basso nelle donne rispetto agli uomini, si riduce ulteriormente tra le donne naturalizzate ( $t = 5.05, p < .001$ ), con bassi livelli di istruzione ( $t = 5.06, p < .001$ ) e soprattutto quando non occupate ( $t = 7.41, p < .001$ ). Infine, l'interazione tra genere e GEI e tra genere e percezione della discriminazione etnica evidenzia che le migranti stanno peggio dei migranti, soprattutto nei paesi più egualitari rispetto al genere e con minore discriminazione su base etnica.

Per quel che riguarda gli indicatori di adattamento socio-culturale (tabella 1.6) è possibile osservare come il genere abbia un'influenza negativa solo sull'accessibilità ai servizi: per le donne sono più alti i livelli di bisogno di accesso ai servizi a cui non è stata data risposta (H1). L'accessibilità diminuisce anche con il crescere dell'età (H9), con il diminuire del reddito (H7), per i non occupati (H6). Il sostegno sociale aumenta invece tra i migranti di recente immigrazione (H8), mentre diminuisce con il reddito familiare (H7). L'effetto del genere in interazione con le altre variabili si riscontra soltanto per l'indicatore di accesso ai servizi e solo per il MIPEX e la

---

<sup>13</sup> Né il GDP, né la % di migranti sul totale della popolazione inseriti nell'analisi come covariate hanno riportato un impatto statisticamente significativo sui due indicatori di essere (disagio) psicologico.



percezione della discriminazione nel paese di residenza: le donne dichiarino una maggiore difficoltà all'accessibilità in quei paesi dove più alto è l'indice MIPEX e più bassa la percezione della discriminazione sociale<sup>14</sup>.

## 1.5) Discussione

La variabile genere si è confermata una variabile importante nel determinare gli outcomes di salute intesa come benessere psicosociale dei migranti, sia rispetto alle dimensioni del benessere psicologico, sia rispetto a quelle dell'adattamento socio-culturale e, in particolare, rispetto alle difficoltà incontrate nell'accesso ai servizi per la salute. Si conferma quindi l'ipotesi H1 e sostanzialmente quanto osservato in letteratura, ovvero che il genere influisce sui percorsi migratori (Lacer et al., 2007) e di acculturazione (Lopez-Gonzalez et al., 2005). Questo ha dirette conseguenze sulla salute (Topa et al., 2013), sul modo con cui essa viene percepita (Takahashi et al., 2020) e sull'accesso ai servizi (Rechel et al., 2013). Come è stato evidenziato dalla letteratura, secondo l'approccio intersezionale, le donne tendono ad avere maggiori difficoltà a godere dei diritti basilari, hanno livelli più bassi di educazione, salari più bassi e in generale accedono con più difficoltà ai servizi sanitari. Inoltre, possono essere sottoposte più degli uomini alla pressione sociale e culturale dovendo rispondere a certe norme e tradizioni (Lacer, 2007). Inoltre, le famiglie, il lavoro, le aspettative culturali, possono rendere alle donne più difficile l'accedere e l'usufruire del servizio (Brabete 2017). Al di là di queste differenze, confermate dall'analisi dei dati, bisogna tuttavia anche ricordare come, in particolare per la depressione e il disagio psicologico in generale, la letteratura rilevi una sottostima delle diagnosi sugli uomini, i cui disturbi tendono ad assumere la forma della "*silent crisis*" (Sánchez-López e Limiñana-Gras, 2017) aderendo ai propri ruoli di genere: un elemento questo da considerare nella lettura dei dati. Dall'analisi dei dati riferiti ai migranti in generale si conferma quanto osservato in letteratura: con l'aumentare del reddito e la presenza di un'occupazione si riscontrano outcomes migliori rispetto la salute percepita, livelli più bassi di disagio psicologico, minori difficoltà nell'accesso ai servizi e, solo nel caso del reddito, un maggiore sostegno sociale. Sappiamo che la posizione economica influisce sulla salute non solo per la popolazione migrante (Guidi e Petretto, 2019). Guardando ai dati, né il reddito, né la condizione occupazionale interagiscono tuttavia con il genere. È interessante però osservare come nelle donne, il disagio psicologico aumenti proprio quando occupate, probabilmente a conferma delle difficoltà di conciliazione casa e lavoro, che contribuisce a produrre stress cumulativo (Brabete, 2017).

---

<sup>14</sup> Anche in questo caso, né il GDP, né la % di migranti sul totale della popolazione inseriti nell'analisi come covariate hanno riportato un impatto statisticamente significativo sui due indicatori di adattamento (disadattamento) socio-culturale.

I dati relativi all'età, sottolineano come all'aumentare dell'età aumentino sia la percezione di un cattivo stato di salute, sia il disagio psicologico, sia le difficoltà di accesso ai servizi sanitari. L'età è un fattore che inoltre interagisce con il genere facendo sì che le differenze a sfavore delle donne aumentino con l'avanzare dell'età. Questo dato è coerente con quello emerso dalla ricerca di Brabete (2017) in cui si evidenzia un peggioramento della percezione dello stato di salute con l'aumento del tempo di residenza. Il periodo più delicato nel caso delle donne migranti è quello della mezza età.

Altrettanto significativa è la relazione tra percezione della salute e livello di istruzione, confermato dalla letteratura. L'educazione ha funzione di fattore protettivo in termini di salute: chi ha livelli di scolarizzazione maggiore accede più facilmente ai servizi sanitari, partecipa ai programmi di prevenzione (Topa et al., 2013) ed ha, quindi, una salute migliore e minore è il disagio psicologico. Sia per il benessere che per l'adattamento socio-culturale, l'effetto negativo di un basso livello di istruzione sembra essere più evidente per le donne che per gli uomini migranti.

Tra le determinanti individuali, lo status migratorio gioca in questo studio un ruolo secondario, diversamente da quanto presente in letteratura (Rechel et al., 2013), dove autori come Lacer e collaboratori (2007) e Brabete (2017) ricordano che la donna che arriva in Europa attraverso un ricongiungimento familiare, ha un'esperienza della migrazione molto diversa da chi migra da sola per lavoro, con possibili altrettanto diversi outcomes di salute. Sebbene l'elemento della migrazione e delle sue differenze sia stato contemplato fin dall'inizio di questo studio, non è stato possibile reperire informazioni sulle diverse motivazioni che portano i migranti e le migranti in Europa. Incrociando il luogo di nascita e la cittadinanza è stato possibile solo distinguere i migranti di recente immigrazione e i migranti naturalizzati. Questa distinzione ha comunque fatto emergere una differenza tra donne di recente migrazione e donne naturalizzate: queste ultime, hanno riportato un disagio maggiore rispetto a quelle di prima generazione. Ciò è in linea con il paradosso dell'immigrazione, che vede un moto di deterioramento del livello di salute con l'aumentare del tempo trascorso nel paese ospitante (Schwartz et al., 2010 e Malusi et al., 2010).

Passando alle variabili di secondo livello, l'ipotesi di una correlazione positiva tra uguaglianza di genere e maggiore benessere psicologico e adattamento socio - culturale, non può essere confermata. Con l'aumento del GEI si è rilevato, infatti, un aumento della percezione negativa da parte dei migranti dello stato di salute e del disagio psicologico. Lo stesso vale per le politiche di integrazione: la salute percepita dai migranti è risultata peggiore nei paesi con un più alto indice MIPEX indipendentemente dal genere dei migranti. Come osservato da studiosi come de Freitas e collaboratori (2018), per spiegare questo apparentemente contraddittorio risultato, è necessario considerare la differenza tra quelle che sono le politiche e quella che è la loro effettiva implementazione, ovvero bisogna considerare tutte quelle barriere che le persone migranti devono quotidianamente affrontare, anche nei paesi con buon indice Mipex. Queste possono esporre i

migranti, e le donne in particolare, ad una discriminazione strutturale. Osservando i valori di discriminazione dell'Eurobarometro, emerge, inoltre, come le difficoltà di accesso ai servizi delle donne in particolare, peggiorino nei paesi con un più bassa percentuale di percezione della discriminazione su base etnica. Questa tendenza può essere spiegata sulla base di una plausibile discrepanza tra la discriminazione percepita dalla popolazione autoctona e quella percepita dalla popolazione migrante; la rilevazione dell'Eurobarometro non fa distinzione tra questi due tipi di popolazione (Borrell et al., 2015).

## **1.6) Conclusioni**

Questo studio delle determinanti di salute, con focus sul benessere psicosociale delle donne migranti, conferma lo svantaggio in termini di salute per le donne. Guardando agli outcomes del processo di acculturazione, le donne riportano dati più negativi sia rispetto al benessere psicologico, sia rispetto all'adattamento socio - culturale. Le differenze più evidenti rispetto ai migranti uomini sono riconducibili al disagio psicologico e all'accesso ai servizi sanitari. Aspetto interessante dello studio riguarda le ipotesi disattese, ovvero l'assenza di impatto o relazioni molto deboli degli indicatori di benessere psicosociale con le variabili di secondo livello, come le politiche di integrazione e gli effetti della discriminazione su base etnica. Ciò permette di sottolineare come, da una parte, gli indicatori sulle politiche di inclusione in Europa, oggi disponibili, probabilmente non siano rappresentativi delle difficoltà e delle barriere che gli uomini e le donne migranti incontrano nella quotidianità, dall'altro, come fattori individuali come essere migrante, ricoprire uno status socio – economico più svantaggiato, essere donna, hanno di fatto una maggiore incidenza sullo stato di salute dei migranti e delle donne in particolare che vivono una sorta di discriminazione multipla.

Il genere, la razza e la classe si confermano pertanto tre dimensioni alla base delle diseguaglianze di salute (Lacer et al., 2007), tre forze che si stratificano tra loro e incidono sulle possibilità di azione dell'individuo. Le differenze di salute tra uomini e donne migranti non sono pertanto imputabili alle differenze biologiche, o alle politiche degli stati accoglienti, quanto piuttosto all'effetto di forme di svantaggio multiplo a cui le migranti sono sottoposte sia nel proprio paese di provenienza che nel paese di arrivo.

La letteratura mostra, e i dati qui analizzati confermano, che le donne migranti subiscono una molteplicità di discriminazioni, sia in quanto straniere, che in quanto donne e che queste incidono sul loro benessere e sul loro adattamento socio - culturale. Se si guarda ai dati sulla salute è possibile osservare che sono soprattutto l'occupazione e la posizione sociale, oltre che il livello di istruzione e l'età, ad agire un'influenza negativa sulla salute dei migranti e ancora più delle migranti. La minore mobilità lavorativa delle donne, la femminilizzazione di quei settori lavorativi che le rilegano all'ambito domestico e di cura, contribuiscono ad alimentare una condizione di isolamento, che può peggiorare il loro adattamento socio-culturale.

In conclusione, lo studio sottolinea come l'interazione tra il genere e la migrazione sembra incrementare le disuguaglianze anche nell'ambito della salute intesa come condizione di benessere fisico, psicologico e sociale (Gideon, Online 2016).

Lo studio presentato ha alcuni limiti. Nell'analisi delle relazioni tra le diverse determinanti di salute e il benessere psicologico delle migranti non è stato infatti possibile considerare alcune determinanti importanti, come ad esempio i motivi della migrazione difficilmente estrapolabili dalle banche dati europee disponibili. Inoltre, nell'ESS wave 2 molti dati fanno riferimento alla salute fisica, meno i dati sulla salute psicologica non sempre sono rilevati con strumenti sufficientemente attendibili e sufficientemente sensibili anche alle differenze culturali. Per esempio non è stato possibile utilizzare l'item "Suffering from depression in the past 12 months", item non presente per tutti i paesi e che implica una connotazione culturalmente orientata di nozioni quali salute e malattia, che possono impedire una corretta comprensione di quanto richiesto. Inoltre il campione dell'ESS non è del tutto rappresentativo dell'eterogeneità della popolazione migrante, poiché implica che i partecipanti alla rilevazione conoscano la lingua inglese e sappiano leggere e scrivere. Prerequisiti non sempre presenti. Infine, anche i risultati ottenuti suggeriscono un atteggiamento cauto nella loro generalizzabilità. Gli effetti multipli testati potrebbero infatti avere aumentato la probabilità di osservare eventi rari.

Nonostante tali limiti, i risultati mettono in evidenza quanto sia importante e necessario nel campo degli studi sulle migrazioni rafforzare la prospettiva di genere. Il che significa non limitarsi a considerare i numeri che riguardano le donne per confrontarli con quelli degli uomini, ma interrogarsi sull'influenza dei ruoli di genere, riuscendo a comprendere, utilizzando l'approccio intersezionale, i molteplici fattori (fattori culturali, economici, sociali, politici) che possono perpetrare forme di disuguaglianza che ricadono negativamente sulla salute, in particolare sulla salute delle donne che, come sottolineato dai dati, in tutti questi elementi rivestono posizioni di svantaggio.

Sul piano operativo i risultati ottenuti suggeriscono pertanto di non limitarsi all'implementazione di servizi per rispondere a singole specificità di genere o di nazionalità, ma piuttosto di sviluppare un approccio che tenga conto della loro intersezione. È pertanto necessario sviluppare programmi di intervento capaci di agire sulle disuguaglianze multiple e di garantire l'accesso e l'efficacia a prescindere dal genere, dalla nazionalità, dall'estrazione sociale di chi vi accede.

### **1.7) Tabelle**

Seguono in questa sezione le tabelle illustrative.

Tabella 1.1 Caratteristiche socio-anagrafiche dei partecipanti nei 24 paesi europei e statistiche descrittive degli indicatori considerati determinanti di salute sia a livello individuale (livello 1), sia a livello contestuale (livello 2), N. 15244.

Paese di residenza	GDP pro capite 2014	% Migranti su popolazione	MIPEX Overall 2014	GEI Global 2015	EB 2015 Discriminazione etnica	Genere: 1 = F	Status migratorio: 1 = 1^ generazione	Età <sup>a</sup>	Livello di istruzione: 1 = medio-alto	Status occupazionale: 1 = occupato	Reddito familiare <sup>b</sup>	TOTALE
AT	44247	17.28%	48	63.3	58.00%	57.30%	29.9%	41.91	77.0%	61.7%	2.56	478
BE	41345	15.87%	70	70.5	74.00%	52.50%	41.0%	42.96	65.9%	39.9%	1.99	1138
CY	29912	20.86%	36	55.1	66.00%	67.80%	58.3%	39.73	73.1%	59.3%	2.72	432
CZ	29120	3.95%	45	53.6	52.00%	50.90%	56.6%	49.28	83.0%	58.5%	3.15	53
DE	43667	12.59%	63	65.5	60.00%	56.30%	28.6%	44.28	73.2%	58.6%	2.53	974
DK	45057	10.53%	59	76.8	78.00%	61.10%	49.1%	44.94	76.2%	46.5%	2.61	275
EE	27113	14.8%	49	56.7	41.00%	61.50%	43.1%	59.19	83.3%	42.7%	2.75	668
EL	24082	11.45%	46	50.0	70.00%	62.00%	53.9%	44.43	57.2%	35.9%	2.05	395
ES	31195	12.68%	61	68.3	63.00%	56.40%	57.5%	40.35	53.3%	51.6%	2.41	1376
FI	39018	5.75%	71	73.0	67.00%	64.80%	49.2%	42.12	81.2%	35.9%	2.26	128
FR	37576	11.85%	54	72.6	72.00%	52.60%	27.4%	50.51	55.6%	39.2%	2.36	1124
HR	20365	13.28%	44	53.1	-	51.40%	2.2%	54.84	73.2%	34.0%	2.82	535
HU	24163	4.82%	46	97.1	65.00%	56.80%	20.5%	44.41	93.0%	54.5%	3.75	44
IE	48809	16.23%	51	69.5	58.00%	58.50%	39.8%	41.92	92.3%	20.2%	3.19	342
IT	33946	9.55%	58	62.1	73.00%	53.90%	66.1%	41.29	48.7%	51.7%	2.42	1527
LT	26258	4.66%	38	56.8	29.00%	64.20%	10.0%	61.57	83.0%	36.2%	2.66	229
LU	92349	44.21%	60	69.0	50.00%	51.90%	39.2%	40.4	80.3%	54.1%	2.36	283
LV	22172	13.36%	34	57.9	32.00%	64.70%	16.4%	62.55	82.7%	34.7%	2.73	1111
NL	46238	11.81%	61	72.9	84.00%	54.30%	12.9%	46.9	64.7%	51.1%	2.85	558
PL	24355	1.61%	43	56.8	31.00%	62.00%	7.6%	67.77	59.8%	12.0%	2.97	184
PT	26024	8.34%	80	56.0	64.00%	58.60%	24.0%	45.29	57.9%	60.6%	3.13	941
SE	44214	16.44%	80	82.6	84.00%	47.80%	30.2%	38.48	66.5%	45.6%	2.52	818
SI	28410	11.52%	48	68.4	40.00%	52.40%	32.5%	47.24	69.1%	45.5%	2.52	391
UK	38419	12.96%	56	71.5	70.00%	55.20%	22.5%	49.32	79.8%	55.0%	2.85	1204

<sup>a</sup> Media ricostruita utilizzando il valore mediano delle diverse classi di età; Media ricostruita delle diverse classi di reddito misurate in quantili

Tabella 1.2. Statistiche descrittive degli indicatori di salute rilevati nei 24 paesi europei (N = 15.208)

Paese di residenza	Percezione stato di salute generale		Benessere psicologico		Soddisfazione accesso ai servizi per la salute		Presenza sostegno sociale	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
AT	4.00	0.90	3.58	0.43	5.65	0.68	3.86	0.91
BE	3.80	1.03	. <sup>a</sup>	-	6.00	0.00	3.61	0.91
CY	4.53	0.65	3.88	0.29	5.88	0.47	3.85	0.88
CZ	3.88	0.94	3.73	0.42	5.91	0.30	3.77	0.95
DE	3.76	0.88	3.38	0.58	5.42	1.01	3.46	0.85
DK	3.80	0.94	3.43	0.67	5.37	0.94	3.41	0.90
EE	3.10	0.89	3.51	0.51	5.29	1.06	3.50	0.84
EL	4.14	0.92	3.81	0.34	5.27	1.28	3.42	0.94
ES	3.92	0.81	.	-	5.48	0.88	4.01	0.75
FI	3.70	0.79	3.55	0.53	5.13	1.22	3.22	0.89
FR	3.64	0.95	3.53	0.60	5.62	0.72	3.54	0.85
HR	3.41	1.04	3.76	0.39	5.67	0.70	4.04	0.85
HU	4.07	0.87	3.69	0.48	5.75	0.53	3.93	0.78
IE	4.15	0.81	3.60	0.51	5.08	1.41	3.68	0.85
IT	4.05	0.80	3.80	0.37	5.58	0.93	3.56	0.90
LT	2.96	0.81	3.65	0.45	5.72	0.67	3.89	0.83
LU	3.91	0.92	3.43	0.63	5.39	0.96	3.56	0.89
LV	2.96	0.82	3.62	0.51	5.07	1.38	3.55	0.86
NL	3.79	0.87	.	-	5.72	0.79	3.52	0.82
PL	2.87	1.05	3.37	0.65	5.49	0.81	3.87	0.89
PT	3.70	0.84	3.64	0.51	5.28	1.07	3.73	0.76
SE	3.98	0.87	3.48	0.64	5.41	1.04	3.64	0.95
SI	3.78	0.97	3.63	0.55	5.70	0.68	3.95	0.84
UK	4.05	0.92	3.70	0.51	5.75	0.61	3.95	0.86

<sup>a</sup> dati non rilevati

Tabella 1.3. Correlazioni di Pearson tra le determinanti di salute di livello 1 (N = 15.208)

	Genere	Status migratorio	Livello di istruzione	Status occupazionale	Reddito familiare
Genere (1 = femmina)	1				
Status migratorio (1 = prima generazione)	-.019*	1			
Livello di istruzione (1 = medio-alto)	.002	-.129**	1		
Status occupazionale (1 = occupato)	-.120**	-.005	.170**	1	
Reddito familiare	-.031**	-.136**	.266**	.304**	1
Età	.023**	-.229**	.014	-.194**	.094**

\* p < .05, \*\* p < .01

Tabella 1.4. Correlazioni di Spearman tra le determinanti di salute di livello 2 (N = 24)

	GDP	MIPEX	GEI	EB 2015 Discriminazione
GDP	1			
MIPEX	.599**	1		
GEI	.598**	.534**	1	
EB 2015 Discriminazione	.415*	.576**	.520*	1
% migranti su popolazione	.772**	.249	.495*	.145

\* p < .05, \*\* p < .01

Tabella 1.5. HLM: Benessere psicologico: percezione stato di salute (N = 12.518) e benessere psicologico (N = 10.439)

	Percezione stato di salute generale				Benessere psicologico					
	b	SE	p	95%CI	b	SE	p	95%CI		
Intercetta	3.688	0.047	<.001	[3.592 3.784]	3.590	0.029	<.001	[3.532 3.649]		
Genere (1 = femmina)	-0.151	0.032	<.001	[-0.214 -0.087]	-0.115	0.023	<.001	[-0.159 -0.070]		
Status migratorio (1 = recente immigrazione)	0.042	0.024	0.076	[-0.005 0.089]	-0.004	0.017	0.826	[-0.036 0.029]		
Livello di istruzione (1 = medio-alto)	0.098	0.025	<.001	[0.050 0.147]	0.016	0.018	0.367	[-0.019 0.050]		
Status occupazionale (1 = occupato)	0.139	0.024	<.001	[0.092 0.186]	0.128	0.017	<.001	[0.095 0.160]		
Reddito familiare	0.091	0.008	<.001	[0.074 0.107]	0.041	0.006	<.001	[0.030 0.052]		
Età	-0.021	0.001	<.001	[-0.023 -0.020]	-0.002	0.001	<.001	[-0.003 -0.001]		
MIPEX	0.000	0.000	0.659	[0.000 0.000]	0.000	0.000	0.077	[0.000 0.000]		
GEI	-0.011	0.004	0.020	[-0.020 -0.002]	-0.004	0.002	0.117	[-0.009 0.001]		
EB 2015	-0.004	0.005	0.440	[-0.014 0.006]	-0.004	0.003	0.142	[-0.010 0.001]		
Discriminazione										
Genere * Status migratorio	0.016	0.003	0.000	[0.010 0.023]	0.003	0.002	0.081	[0.000 0.007]		
Genere * Livello di istruzione	0.012	0.009	0.199	[-0.007 0.030]	0.004	0.005	0.399	[-0.006 0.015]		
Genere * Status occupazionale	0.014	0.031	0.657	[-0.048 0.076]	0.050	0.022	0.023	[0.007 0.093]		
Genere * Reddito familiare	0.102	0.033	0.002	[0.037 0.166]	0.050	0.023	0.030	[0.005 0.095]		
Genere * Età	-0.012	0.031	0.699	[-0.074 0.049]	-0.062	0.022	0.005	[-0.104 -0.019]		
Genere * GEI	-0.005	0.011	0.669	[-0.026 0.017]	0.000	0.008	0.962	[-0.014 0.015]		
Genere * MIPEX	0.003	0.001	0.006	[0.001 0.005]	-0.001	0.001	0.181	[-0.002 0.000]		
<b>Genere * EB 2015</b>	<b>-0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>0.650</b>	<b>[-0.004 0.002]</b>	<b>-0.002</b>	<b>0.001</b>	<b>0.014</b>	<b>[-0.004 0.000]</b>		
<b>Discriminazione</b>										



Tabella 1.6. Adattamento socio – culturale: soddisfazione per l’accesso ai servizi per la salute (N =13.261) e percezione della presenza di sostegno sociale (N = 12.495)

	Soddisfazione accesso servizi per la salute				Presenza sostegno sociale			
	b	SE	p	95%CI	b	SE	p	95%CI
Intercetta	5.552	0.068	<.001	[5.411 5.692]	3.658	0.053	<.001	[3.550 3.766]
Genere (1 = femmina)	-	0.036	0.004	[- 0.177 0.034]	0.035	0.035	0.318	[- 0.034 0.103]
Status migratorio (1 = recente immigrazione)	0.003	0.027	0.914	[- 0.050 0.056]	-	0.026	<.001	[- 0.161 - 0.060]
Livello di istruzione (1 = basso)	-	0.028	0.677	[- 0.066 0.043]	0.044	0.027	0.101	[- 0.009 0.096]
Status occupazionale (1 = occupato)	0.059	0.027	0.028	[0.006 0.111]	0.013	0.026	0.626	[- 0.038 0.063]
Reddito familiare	0.081	0.009	<.001	[0.062 0.099]	0.050	0.009	<.001	[0.033 0.068]
Età	-	0.001	0.021	[- 0.004 0.000]	0.000	0.001	0.809	[- 0.002 0.001]
MIPEX	0.000	0.000	0.962	[0.000 0.000]	0.000	0.000	0.244	[0.000 0.000]
GEI	-	0.006	0.291	[- 0.021 0.007]	-	0.005	0.731	[- 0.012 0.008]
EB 2015	-	0.007	0.630	[- 0.018 0.011]	0.004	0.005	0.488	[- 0.007 0.015]
Discriminazione	0.003							
Genere * Status migratorio	0.004	0.005	0.449	[- 0.007 0.014]	-	0.004	0.521	[- 0.010 0.005]
Genere * Livello di istruzione	-	0.014	0.821	[- 0.032 0.025]	0.009	0.010	0.381	[- 0.012 0.030]
Genere * Status occupazionale	0.021	0.035	0.546	[- 0.048 0.090]	-	0.034	0.788	[- 0.075 0.057]
Genere * Reddito familiare	0.012	0.037	0.750	[- 0.060 0.084]	-	0.035	0.550	[- 0.090 0.048]
Genere * Età	-	0.035	0.070	[- 0.133 0.005]	-	0.034	0.796	[- 0.075 0.057]
Genere * GEI	0.016	0.012	0.198	[- 0.008 0.040]	-	0.012	0.917	[- 0.024 0.022]
Genere * MIPEX	0.001	0.001	0.577	[- 0.002 0.003]	0.000	0.001	0.755	[- 0.002 0.002]
<b>Genere * EB 2015</b>	<b>-</b>	<b>0.002</b>	<b>0.185</b>	<b>[- 0.006 0.001]</b>	<b>0.000</b>	<b>0.002</b>	<b>0.838</b>	<b>[- 0.003 0.003]</b>
<b>Discriminazione</b>								

## Capitolo 2 – Determinanti di salute e definizioni partecipate di benessere

### 2.1) Introduzione

Il secondo studio ha avuto una funzione di approfondimento preliminare sulle determinanti di salute nel progetto di ricerca. Sono stati realizzati 9 focus group, condotti con tre diversi gruppi di donne migranti ospitate in tre diversi programmi di accoglienza. La metodologia dei focus group è stata scelta per favorire uno degli aspetti cardini di questo progetto, ovvero promuovere uno spazio di parola per le donne rifugiate e migranti, ancora troppo poco coinvolte nei percorsi di ricerca. In letteratura diversi autori si sono occupati di determinanti di salute e migrazione, ma spesso questo dibattito non coinvolge i diretti interessati; il campo poi si restringe ulteriormente quanto parliamo di migrazioni femminili (Gideon Jasmine, 2016). L'attività di focus groups favorisce, invece, una dimensione di confronto con e tra le donne migranti, che generalmente non dispongono di strumenti di partecipazione e rappresentazione nella politica tradizionale, generando analisi che permettano di ridefinire le categorie esistenti in letteratura e nel dibattito politico e pubblico (Iosifides, 2018). Non è raro che i gruppi marginalizzati affrontino queste esperienze di ricerca con diffidenza, preoccupazione. Anche quando la riservatezza e la sicurezza vengono garantite da chi conduce la ricerca, può essere un pensiero diffuso che i dati raccolti seguano solo gli interessi professionali del ricercatore, con pochi benefici per la comunità invitata a partecipare (Ruppenthal et al., 2005). È importante che anche nell'utilizzo di uno strumento di ricerca partecipata, quale è il focus group, vi siano le premesse di un'indagine rispettosa e rispondente alle esigenze della comunità, per contrastare gli stereotipi sui bisogni dei migranti, a cui anche i ricercatori sono esposti e che rischiano di avere una parte nella definizione dei presupposti di ricerca (Nevid & Nelly, 1999). L'obiettivo del focus non deve essere di raggiungere il consenso del gruppo su un tema, ma un metodo efficace per fare emergere critiche costruttive della parte *disempowered* della popolazione. Inoltre, alcuni autori come Ruppenthal et al. (2005), sottolineano come queste forme di consultazione, di "voice" non si limitino a identificare i bisogni di questa popolazione, ma potenzialmente possano avere un ruolo terapeutico per i partecipanti che vivono condizioni marginalizzate (Watters, 2001). Questa, infatti, può essere un'occasione di confronto su alcuni temi rilevanti, che generalmente non emergono al di fuori della propria comunità e favorisce un processo di riconoscimento e partecipazione, promotori del benessere individuale (Niemi et al., 2019) Per questo si osserverà come questo strumento si candidi anche all'utilizzo all'interno dei servizi dedicati.

Altro aspetto cardine, rilevante per l'analisi dei determinanti di salute nella migrazione al femminile, sono gli elementi di contesto e le diverse categorie sociali a cui le donne coinvolte appartengono. Se il termine migrazione è un termine che contiene una molteplicità di vissuti ed

esperienze, la connessione con il contesto diviene un aspetto centrale (Robertson, 2019). La migrazione, come condiviso anche dalla Participatory Health Research, è da considerare come un processo dinamico, che varia nel tempo e nello spazio, un processo relazionale, interessato a comprendere i confini che si creano tra gruppi diversi e intersezionale, ovvero legato in maniera intricata con altre categorie sociali. Come precedentemente abbiamo precisato, il termine migrante è da considerarsi un termine ombrello proprio per evitare una classificazione basata sullo status giuridico, o il suo posizionamento nel mercato del lavoro. Questo non significa che gli status formali o legali non siano importanti, ma questo tipo di categorizzazione, evita di fissare la persona in una posizione statica, non considerando la continua evoluzione a cui è soggetta (Robertson, 2019). Invece, i diversi tipi di migrazione (Davies et al., 2006), la nazionalità, l'essere o meno madri, lo status socio economico, il tempo trascorso nel paese ospitante (Ingleby, 2012; Gideon, 2016; WHO, 2022) sono tutti elementi che contribuiscono a determinare diversamente il benessere delle donne. Sarà quindi necessario utilizzare un approccio intersezionale, per tenere conto di questa complessità e del ruolo del contesto. Per questo si è scelto di coinvolgere partecipanti di tre percorsi di accoglienza differenti, mantenendo una molteplicità di caratteristiche contestuali e sociali. Nel paragrafo di approfondimento delle partecipanti, verrà data una descrizione che permetta di individuare questi diversi elementi.

Il focus group è stato, quindi, progettato soprattutto con una funzione esplorativa e descrittiva, piuttosto che con una funzione analitica ed investigativa. In generale, si è tentato di raccogliere l'ampiezza delle informazioni espresse sui vari temi, piuttosto che cercare di approfondirle. Questo per tentare di restituire il più possibile la complessità rappresentata dall'insieme delle determinanti di salute (Acocella & Cataldi, 2020). I tre gruppi individuati presentano una eterogeneità sia interna che esterna, ovvero non tutti i gruppi hanno articolato la discussione intorno agli stessi aspetti del medesimo fenomeno: la salute.

## **2.2) Metodologia**

### *2.2.1) Le partecipanti e le modalità di reclutamento*

Il coinvolgimento delle partecipanti ha permesso di approfondire l'esperienza di gruppi con una stigmatizzazione multipla, in questo caso sia in quanto donne, sia in quanto donne migranti, sia in quanto donne migranti con uno status socio-economico specifico, essendo tutte ospiti all'interno di alcune strutture di accoglienza. I tre gruppi di donne condividevano da una parte l'appartenenza a queste categorie, dall'altra si differenziano per nazionalità, percorso migratorio, arrivo e percorso di accoglienza in Italia. Rispetto all'arrivo in Italia, sono state coinvolte solo donne in Italia almeno da 1 anno, tempo che riteniamo permetta di fare esperienza dei percorsi di salute nel nuovo contesto. Vista la molteplicità delle caratteristiche compresenti e il ruolo della loro intersezionalità nella definizione delle esperienze vissute, si sottolinea come un campione

maggiormente omogeneo avrebbe condotto ad un'eccessiva generalizzazione e quindi a deduzioni scientifiche errate (Else-Quest & Hyde, 2016).

Sulla base di queste considerazioni, si è ritenuto utile suddividere i gruppi per programma di accoglienza attivi sul territorio in cui i dati sono stati raccolti: una provincia emiliana.

Il **primo gruppo** è composto da 6 donne accolte in una *comunità mamma bambino*. La struttura di accoglienza è abitata da madri provenienti da diversi paesi (Nigeria, Eritrea, India, Ghana) e con diversi tempi di permanenza in Italia: da un anno (criterio minimo per essere compreso nel campione della ricerca) fino ad un massimo di 5 anni.

Nel territorio in cui i focus sono stati condotti le comunità mamme – bambini collaborano a stretto contatto con il Servizio Sociale; per autorizzare un ingresso è necessaria una presa in carico da parte dei servizi del territorio. È quindi possibile osservare come tutte le partecipanti avessero fatto esperienza e avessero una conoscenza del servizio inviante. La maggior parte di loro aveva un parente in Italia: marito, compagno o padre del proprio figlio, o i propri genitori. Guardando alla loro situazione giuridica, la permanenza in Italia era per alcune connessa ad un ricongiungimento familiare, per altre legata a motivi di lavoro o alla nascita del proprio figlio sul territorio Italiano<sup>15</sup>. Una delle partecipanti era una richiedente asilo, ovvero inserita nei percorsi di regolarizzazione della protezione internazionale.

Si tratta di donne che avevano trascorso in Italia un tempo mediamente maggiore rispetto al gruppo 2 e al gruppo 3 e che avevano una maggiore esperienza dei diversi servizi territoriali, sia sociali che sanitari. L'essere madre, infatti, aveva promosso il contatto con servizi quali il pediatra o la scuola. L'età media di questo gruppo di donne era di 34 anni. Il livello di scolarizzazione delle partecipanti era mediamente più alto rispetto al gruppo 2 e al gruppo 3, la maggior parte aveva terminato la scuola elementare nel proprio paese. Una delle partecipanti era laureata.

Il **secondo gruppo** è composto da 8 donne provenienti dalla Nigeria e si è svolto all'interno di una *struttura di protezione sociale (ex art.18)*. Questo tipo di accoglienza è riservata, principalmente, alle donne sopravvissute alla tratta di esseri umani. Il fenomeno della tratta coinvolge donne di giovane età che spesso vivono condizioni di forte marginalità nel proprio paese. A questo gruppo hanno partecipato donne con un basso livello di istruzione (3 partecipanti analfabete) e con un'età media di 22 anni. Due delle partecipanti erano ospitate con i propri figli all'interno della struttura. Per quel che riguarda il percorso giuridico, anche in questo gruppo erano presenti sia persone con il riconoscimento dello status di rifugiata, sia donne richiedenti asilo in attesa dell'audizione presso la commissione territoriale. Scarsa era la conoscenza della lingua italiana tra le partecipanti, ragione per la quale spesso è stato necessario utilizzare la lingua inglese.

---

<sup>15</sup> Art.31 d. lgs. 286/98: il Tribunale per i minorenni può autorizzare la permanenza sul territorio nazionale del genitore per salvaguardare il superiore interesse dei figli minori.

Il **terzo gruppo** ha coinvolto 11 donne, accolte all'interno di un progetto SAI (Servizio Accoglienza e Integrazione). Il progetto è rivolto a richiedenti asilo e rifugiate e il gruppo al suo interno era meno omogeneo rispetto ai precedenti. Le nazionalità delle donne coinvolte erano Somalia, Nigeria, Benin e l'età media di 25 anni. A questo gruppo hanno partecipato sia persone con un buon livello di scolarizzazione, sia persone un basso livello di scolarizzazione. Alcune di queste erano anch'esse sopravvissute alla tratta degli esseri umani. I percorsi migratori di questo gruppo di donne si caratterizzano per una migrazione recente (da un anno di presenza in Italia a due anni e mezzo), per una minore conoscenza dei servizi del territorio e della lingua italiana. I focus group si sono svolti in italiano, inglese e alcune partecipanti hanno talvolta tradotto dall'inglese al somalo o dall'italiano all'arabo, se presenti termini o concetti di difficile comprensione.

La possibilità di fare riferimento ad un campione così variegato, organizzato per percorsi di accoglienza, ha permesso di restituire parte della molteplicità dei percorsi delle donne migranti e rifugiate. La possibilità di poter suddividere i gruppi facendo riferimento a tre diverse strutture di accoglienza ha inoltre facilitato l'attività di reclutamento delle partecipanti.

Per reclutare le partecipanti sono stati organizzati alcuni incontri preliminari con le abitanti delle diverse strutture di accoglienza. Gli incontri preliminari sono stati svolti nel mese di Maggio e Giugno 2022 e sono stati organizzati insieme alle operatrici delle diverse strutture. All'interno di questi incontri è stato importante presentarsi reciprocamente e presentare l'attività del focus group e i suoi obiettivi. Ad ogni incontro è stata sottolineata l'importanza della partecipazione delle donne interessate, in quanto osservatrici privilegiate. Durante questi incontri preliminari sono stati concordati i luoghi e gli orari che meglio avrebbero facilitato la presenza delle partecipanti.

Questo momento preliminare allo svolgimento dei focus groups è stato rilevante ai fini della conduzione dei focus group stessi che altrimenti avrebbero corso il rischio di essere assimilati ad una proposta "obbligatoria" del centro di accoglienza. Lo conferma il fatto che nel terzo gruppo, dove non è stato possibile svolgerlo per difficoltà organizzative, è stato più difficile il coinvolgimento delle partecipanti. Importante è stato distinguere la partecipazione ai focus group da attività quali la scuola e il ruolo delle ricercatrici dal ruolo delle educatrici o del personale del servizio sociale.

Tutti gli incontri si sono svolti direttamente all'interno dei centri di accoglienza. La presenza delle partecipanti è stata variabile a causa delle tante evoluzioni che caratterizzano i percorsi in questo tipo di accoglienze. Da un incontro all'altro alcune partecipanti potevano non essere più presenti all'interno del centro, le nuove arrivate, incuriosite dall'attività del gruppo chiedevano di poter partecipare. Si è concordato fin dall'inizio che il gruppo avrebbe avuto una partecipazione aperta

ed inclusiva, visto l'importanza di valorizzare la partecipazione di ognuna e di creare uno spazio partecipato.

Nella condizione dei focus groups spesso è stato necessario utilizzare la lingua inglese per meglio coinvolgere tutte nella discussione, a volte dall'inglese alcune partecipanti hanno tradotto nella lingua del proprio paese, per permettere a chi non conosceva una lingua veicolare di dare il proprio contributo. Si è comunque cercato di privilegiare una atmosfera di partecipazione diffusa e di annotare alla fine di ogni focus le tematiche e i dibattiti maggiormente rilevanti.

### *2.2.2) La struttura dei Focus Groups e la loro conduzione*

I focus groups sono stati svolti tra il mese di giugno 2021 e il mese di settembre 2021.

Ad ogni partecipante, in accordo con la normativa sulla privacy<sup>16</sup>, è stato chiesto di sottoscrivere un consenso informato, per confermare la volontà di partecipare e autorizzare l'audio registrazione.

Le partecipanti sono state complessivamente 25, con in media 6 partecipanti ad incontro. Questa formazione ha subito dei cambiamenti durante i tre incontri, alcune partecipanti hanno presenziato solo ai primi incontri, altre sono arrivate successivamente al primo incontro. Nella trascrizione le partecipanti sono numerate secondo il criterio di arrivo.

Hanno partecipato ai focus due ricercatrici: una moderatrice e un'osservatrice. La moderatrice si è occupata di condurre il gruppo, proponendo le attività e stimolando l'interazione tra le partecipanti. L'osservatrice ha osservato le dinamiche relazionali del gruppo e individuato i temi che hanno ottenuto maggiore consenso o hanno stimolato maggiore dibattito. Per le difficoltà di scrittura e lettura è stato necessario, a volte, un affiancamento dell'osservatrice e della moderatrice ad alcune delle partecipanti, per supportarle nella scrittura o lettura dei propri contributi.

La strutturazione dei focus group ha previsto un primo momento di benvenuto e di ringraziamento per la disponibilità a partecipare. In questa prima fase ci si è soffermati sulle presentazioni reciproche, contribuendo a creare un clima informale e di scambio reciproco, dove ognuna potesse partecipare con il proprio contributo. Per mantenere tale clima durante gli incontri si è condiviso qualcosa da bere e mangiare, per promuovere un clima conviviale. Sempre in questo primo momento è stato ricordato l'obiettivo dell'incontro per informare alcune delle partecipanti, da poco ospiti del centro di accoglienza, che non avevano partecipato all'incontro di ingaggio nella fase preliminare. In questa fase è stato anche richiamato l'anonimato delle partecipanti, illustrando il modulo del consenso informato e dando disponibilità alle partecipanti di fare domande. In questa prima fase preliminare sono state inoltre richiamate alcune semplici regole dell'attività di gruppo (come rispettare il turno di parola, il rispetto di ogni punto di vista, la richiesta di esprimere liberamente il proprio punto di vista, visto che a queste domande non

---

<sup>16</sup> regolamento europeo sulla privacy (GDPR, 2016/679, aggiornato al 25/05/2018) e con la disposizione per la legge italiana del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196).

corrispondono risposte giuste e sbagliate). Infine è stato quindi introdotto il tema specifico della giornata.

A conclusione di ogni focus group è stato lasciato spazio ad eventuali domande che potevano essere sorte durante lo svolgimento del focus, sia rispetto alla partecipazione della ricerca che alle sue motivazioni, sia rispetto alla privacy. Alcune delle partecipanti, hanno chiesto quale fosse l'obiettivo finale della ricerca e come sarebbe stato utilizzato il loro contributo, quali le implicazioni pratiche che l'attività di ricerca avrebbe potuto avere per il miglioramento del loro benessere.

Per ogni gruppo sono stati organizzati tre incontri. L'obiettivo principale era sempre quello di approfondire il concetto di salute e le sue determinanti, ma attraverso tre diverse focalizzazioni, una per ciascuno dei 3 focus group.

**Primo incontro:** la definizione di salute nella sua accezione di benessere della persona.

*Cosa contribuisce al benessere?* Quali sono i fattori che più influenzano il benessere delle donne migranti? Questa tema è stato approfondito sia tenendo conto dell'approccio al benessere edonico (focalizzato sul concetto di felicità e piacere), sia del benessere eudemonico (focalizzato sulla realizzazione delle proprie potenzialità) (Antonelli, 2007). All'inizio dell'incontro è stato prima necessario un momento di condivisione con le partecipanti sul significato di benessere, utilizzando spesso la definizione inglese di *wellbeing*.

L'obiettivo di questo primo incontro era di individuare quali erano le definizioni di benessere/wellbeing fornite dalle partecipanti, identificando le determinanti di salute più influenti, ma anche i termini maggiormente utilizzati per definirle. Si è cercato di promuovere il confronto sulla percezione e sulle immagini del benessere/salute, mantenendo una concezione di salute ampia, non limitandosi alla salute fisica. L'incontro ha cercato di mettere al centro le definizioni delle partecipanti rispetto allo "stare bene".

Per condurre questo focus group sono state utilizzate delle domande stimolo come:

*Stare Bene è...? Quando sto bene? Cosa mi serve per stare bene? Quando è che sto bene in Italia? Quando sto male? Cosa influisce nel farmi stare male? Quando sto male in Italia?*

Attraverso l'utilizzo di post-it è stato quindi chiesto alle partecipanti di scrivere gli aspetti ritenuti rilevanti per il raggiungimento di uno stato di benessere. Si è scelta questa modalità per cercare di dare uno spazio individuale che permettesse alle singole partecipanti di riflettere alcuni minuti per compilare il proprio post-it. Le ricercatrici hanno supportato chi era più difficoltà a comprendere il mandato (a causa della barriera linguistica) o chi facesse fatica a scrivere.

Una volta che le partecipanti avevano terminato questa prima fase di compilazione, i diversi post-it sono stati raccolti, letti ad alta voce e suddivisi per temi. In questa fase si è cercato di stimolare la discussione con domande quali: "*Perché pensi questo aspetto sia così importante?*", "*Come*

*commentano le altre partecipanti l'elemento X in questa posizione?", "Il gruppo preferisce dare priorità all'elemento X o all'elemento Y?"*

Il gruppo aveva quindi il mandato di definire quali aspetti fossero essenziali nella definizione di benessere/stare bene, quali da scartare. Successivamente attraverso una attività di ranking delle determinanti, si sono definite le diverse priorità: dall'elemento che maggiormente influenza il benessere della persona a quello che ha un'influenza minore. Ciò ha permesso di concentrare l'attenzione delle partecipanti sugli aspetti emersi e di fare emergere, attraverso il confronto, gli aspetti più rilevanti per il gruppo.

**Secondo incontro:** i luoghi della salute.

Nel secondo incontro si è cercato di individuare quelli che erano, nella percezione delle partecipanti, i luoghi che potevano contribuire ad influenzare il benessere o il malessere. Gli studi sui determinanti psico – sociali di salute rilevano come il contesto (politico, sociale ed economico) sia uno dei determinanti più significativi. Questo, infatti, può essere caratterizzato da un maggior o minor accesso alle risorse per la salute (Tognetti Bordogna, 2013), ma anche come i legami con i luoghi rappresentano una variabile per lo sviluppo e il benessere dell'individuo (Rainisio, 2015). L'obiettivo è stato quindi quello di individuare i luoghi della salute (che fanno stare bene/male o che curano), facendo emergere quali le barriere e quali gli elementi facilitatori nell'accesso a questi luoghi. L'incontro aveva al centro il contesto sociale: *Dove va il mio corpo? Quali le esperienze di ostacoli alla salute fatte finora? Riguardano i servizi? La mancanza di informazioni?*

Si è chiesto alle partecipanti di pensare ai luoghi della propria quotidianità e di disegnare una mappa. Ogni partecipante doveva collocare sé stessa al centro della mappa e esplicitare attraverso il disegno o la scrittura, quali i luoghi maggiormente frequentati (rappresentati più vicini a sé), specificando il tipo di relazione che le collegava. Se la relazione era di segno positivo si chiedeva di tracciare un tratto continuo (es. \_\_\_\_\_), con delle difficoltà un tratto intermittente (-----), negativa un tratto a zig zag (^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^). Lavorare sulla mappa ha permesso di aiutare le partecipanti a focalizzare i luoghi della propria quotidianità, interrogandosi sul tipo di relazione che le lega ai diversi posti.

Terminate le mappe, le partecipanti hanno individuato i luoghi più ricorrenti, i quali sono stati inseriti su un unico cartellone. Ad ognuna delle partecipanti sono stati consegnati degli smiles (verde sorridente, blue espressione neutra, rossa espressione triste), da attribuire ai diversi luoghi elencati, definendo se fossero luoghi di benessere o malessere o neutri. L'obiettivo era di facilitare la riflessione di gruppo sui luoghi individuati, per poi commentare congiuntamente perché alcuni luoghi aveva raccolto più preferenze negative o positive rispetto ad altri.



**Terzo incontro:** ha cercato di esplorare il tema delle influenze esterne (attori/servizi) sul benessere delle donne. Gli interrogativi a cui si è cercato di rispondere sono stati: *come incidono le aspettative di altri attori sul modello di salute delle donne? Quale il ruolo delle aspettative (degli operatori, della famiglia nel paese di origine, della comunità nel paese di accoglienza)?* L'incontro ha avuto al centro: chi decide per il mio corpo, cosa pesa di più, cosa influisce. Si è cercato di fare emergere quanto la famiglia, i connazionali, gli operatori dei servizi potessero avere un ruolo sulle decisioni sul proprio benessere e sulla propria salute.

Alle partecipanti è stato chiesto chi erano le figure con cui maggiormente si confrontavano sulle decisioni di salute. Pensando non solo alla propria esperienza personale, ma anche più in generale, facendo riferimento ad esperienze di amici e conoscenti, chiedendo di individuare situazioni o temi in cui le donne non possono decidere in autonomia. Si è quindi cercato di identificare attraverso questi stimoli le figure più influenti.

Poichè i focus group sono stati realizzati con l'obiettivo di promuovere il punto di vista delle donne migranti, si è deciso di portare avanti una conduzione che favorisse il coinvolgimento, la sinergia tra le partecipanti e la loro libera espressione. Per questo è stato necessario una buona adattabilità, nella gestione dei tempi, degli spazi e dei possibili imprevisti, facendosi guidare dalle necessità e dalle caratteristiche del gruppo. La moderatrice ha cercato di aprire la discussione attraverso domande stimolo e attività che favorissero la partecipazione di tutte nonostante le diverse lingue parlate e la diversa comprensione dell'italiano o di altre lingue veicolari. Essendo i gruppi coinvolti gruppi naturali, le partecipanti coabitavano nel medesimo centro di accoglienza e tra le partecipanti vi era già modalità relazionali strutturate. La conduzione è stata più direttiva nei momenti in cui alcune partecipanti tendevano a prevalere maggiormente nella discussione o a sminuire alcuni interventi, sulla base di dinamiche di gruppo presenti precedentemente.

È stato di tanto in tanto necessario per la moderatrice riprendere quanto detto dalle partecipanti e riproporlo al gruppo, questo per limitare il rischio di difficoltà di comprensione, ma anche per chiarificare il significato che veniva attribuito a termini o temi specifici dal singolo. Sebbene le stesse domande stimolo siano state poste a tutti e tre i gruppi è stato necessario rimodularle sulle base delle caratteristiche delle diverse partecipanti.

È stato utile, in alcune occasioni, adottare la tecnica del "giro di tavolo", chiedendo ad ogni partecipante di esprimersi su un tema o una sollecitazione. Questo ha permesso anche alle partecipanti con una minore conoscenza della lingua o più in difficoltà nell'intervenire durante la discussione di gruppo, di poter esprimere la propria opinione.

## **Osservazione e sui suoi strumenti**

L'osservatrice si è occupata sia di supportare la moderatrice nell'organizzazione dei focus groups e di osservare le dinamiche relazionali all'interno del gruppo. Si è occupata di prendere nota dei temi e dei termini risultati più significativi nella discussione.

### *2.2.3) Approccio all'analisi dei focus groups e sistemi di codifica*

L'analisi dei dati è stata svolta sulla trascrizione delle registrazioni dei focus groups e utilizzando il software ATLAS.Ti. L'analisi si è svolta in cinque step (Acocella & Cataldi, 2020):

#### **1. Familiarizzare con i dati**

#### **2. Codifica**

#### **3. Griglia sui temi emersi**

#### **4. Identificazione delle relazioni tra i temi e dei macro-temi**

#### **5. Ridefinizione dei macro-temi**

**1. La familiarizzazione con i dati**, è avvenuta attraverso molteplici letture delle trascrizioni: le registrazioni dei nove focus group sono state trascritte ed inserite all'interno del programma utilizzato per l'analisi. Ad ogni partecipante è stato assegnato un codice numerico per mantenere l'anonimato. La trascrizione non è stata sempre letterale, sia per la sovrapposizione delle voci a volte presente nella discussione, sia per l'utilizzo di lingue diverse e delle traduzioni simultanee. Nella trascrizione si è cercato di tenere traccia anche di questi tipi di partecipazione e interazione. La trascrizione è stata realizzata cercando di essere il più fedele possibile alla registrazione, riportando anche i silenzi, aspetti importanti della comunicazione non verbale, segnalando le diverse lingue con cui le partecipanti si sono espresse o i termini del linguaggio parlato. È stata fatta questa scelta per cercare di riportare l'evolversi della discussione e le modalità di partecipazione delle diverse partecipanti.

**2 Codifica:** la codifica è stata condotta, in una prima fase, dalla ricercatrice che ha realizzato i focus group.

La codifica è stata guidata dalla domanda: quali determinanti di salute psico – sociale per le donne migranti sono considerati più rilevanti? Quali le definizioni di benessere date dalle partecipanti? Per la codifica è stato utilizzato un *mixed approach*, utilizzando sia un approccio deduttivo che raccoglie informazioni a partire dalle domande di ricerca, sia un approccio induttivo che individua i codici a partire dai dati raccolti. Questa scelta è motivata dalla principale funzione esplorativa e descrittiva di questo studio, finalizzato ad individuare nuove caratteristiche nella definizione di benessere psicofisico, rendendo possibili nuove categorizzazioni. Attraverso l'approccio deduttivo si è quindi cercato di individuare nel testo i determinanti che la letteratura individua come rilevanti per la definizione della salute delle donne migranti (Brabete, 2017, Vinay 2004, Takahashi et al., 2020, Llàcer et al., 2007). Attraverso l'approccio induttivo, che caratterizza la *grounded theory* (Glaser E & Strauss, 2009), si è proceduto alla codifica del testo seguendo il

principio di *Open coding* (codifica in cui i codici sono stati sviluppati e modificati attraverso il processo di analisi del testo). La codifica ha cercato di individuare in modo analitico le categorie che riassumevano informazioni rilevanti presenti nelle trascrizioni, identificandole, nominandole e classificandole.

**3. La griglia sui temi emersi:** dopo il processo di codifica open code è stato possibile organizzare il materiale raccolto. È stata elaborata una griglia per riassumere i temi principali emersi nei tre diversi incontri. Questo ha permesso di ricostruire i dibattiti intorno ai temi emergenti, raccogliendo le citazioni e comparando quanto emerso nei diversi gruppi. Attraverso la griglia sono emerse le convergenze e le divergenze sugli stessi temi e come gruppi diversi rappresentavano diversamente lo stesso fenomeno.

**4. Identificazione delle relazioni tra i temi e dei macro temi:** a partire dalle osservazioni emerse dall'utilizzo della griglia si è quindi proceduto con un'ulteriore codifica:

- *Axial coding*: l'obiettivo è stato quello di individuare le relazioni tra gli open codes, individuando le connessioni tra i diversi codici e le diverse categorie.
- *Selective coding*: sono state quindi individuati i macro temi, perno su cui costruire l'interpretazione.

**5. Ridefinizione dei macro-temi:** Per arrivare ad una definizione esaustiva dei macro temi e delle loro categorie è stato necessario procedere ad un confronto con due ricercatori non presenti al momento di raccolta dati. Si è cercato di valutare se le etichette dei temi individuati avessero un senso condiviso, se fossero esaustive rispetto al materiale raccolto e uniche, evitando di ripetere lo stesso tema in etichette diverse. Infine, si è cercato di comprendere se fossero presenti altri temi non ancora nominati. Sono stati necessari due momenti di ridefinizione dei temi per ottenere un quadro esaustivo, che ben rappresentasse i temi emersi e le correlazioni presenti tra loro. In questo quadro sono stati individuati 3 nuclei tematici, all'interno di questi sono state raccolte le diverse macro categorie. Le macro categorie a loro volta raccolgono le singole categorie individuate nella fase open code.

### **2.3) Analisi dei dati**

L'analisi dei dati ha portato ad individuare tre nuclei tematici:

1) **Le Concezioni di Salute:** la definizione di cosa è il benessere per le partecipanti. Questo tema contiene al suo interno 5 macro temi:

*CONCEZIONE  
DI SALUTE*

	Salute fisica	Comportamenti salutari	Medicina occidentale- tradizionale	Salute Mentale	Piano emotivo
--	---------------	---------------------------	--	-------------------	------------------

Tabella 2.1- Concezione di salute

2) **Le Determinanti psicosociali del benessere:** le determinanti che contribuiscono ad alimentare o ad ostacolare il benessere psicofisico. Questo nucleo tematico contiene 6 macro-temi con, a loro volta, 18 categorie.

*DETERMINANTI  
PSICOSOCIALI*

<i>Macro temi</i>	<i>Categorie</i>					
<i>CONTESTO</i>	Ambiente	Casa – Rifugio	Centro città	Natura		
<i>DISCRIMINAZIONE</i>	/					
<i>DOCUMENTI:</i>	Importanza documento	Commissione territoriale	Questura negativo			
<i>NECESSITA' CONCRETE</i>	Cibo	Lavoro	Riposare	Svago		
<i>RELAZIONI</i>	Famiglia	Amicizie	Partner			
<i>SERVIZI SOCIO SANITARI</i>	Accesso ai servizi	Lunghi tempi di attesa	Servizi Negativi	Sanitari	Servizi Sociali	

Tabella 2.2- Determinanti Psicosociali

3) **Le Strategie di Coping:** quali le azioni e le reazioni delle partecipanti per promuovere il benessere e contrastare il malessere. Qui sono presenti 4 macro-temi di cui il primo, autodeterminazione, con 4 categorie.

*STRATEGIE DI COPING*

<i>Macro temi</i>	<i>Categorie</i>						
<i>AUTODETERMINAZIONE</i>	Crescita personale	Importanza italiana	lingua	Libertà per sé	di decidere	Raggiungere propri obiettivi	i
<i>SPIRITUALE</i>	/						
<i>STRESS</i>	/						
<i>SUPPORTO SOCIALE</i>	/						

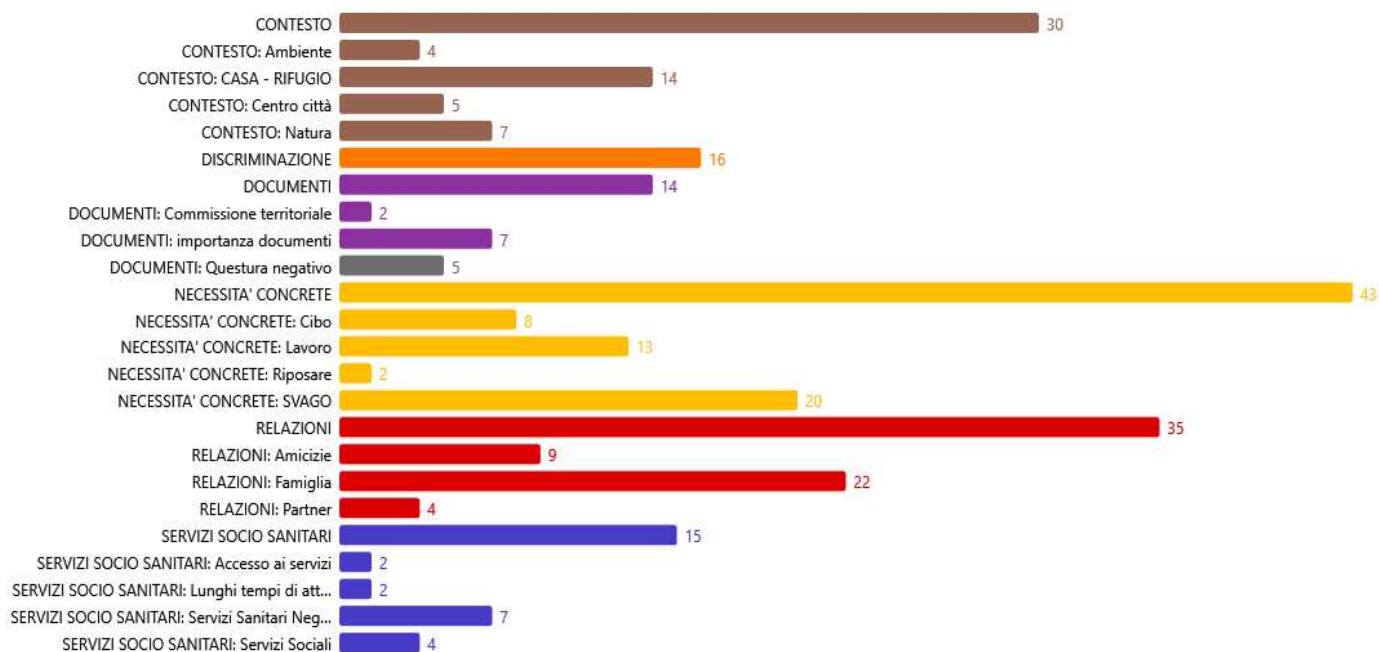
Tabella 2.3- Strategie di coping

Per la definizione di Macro temi e delle relative categorie si è fatto riferimento alla rilevanza che il gruppo riconosceva ad ogni elemento sia durante la discussione, secondo un criterio di frequenza, sia attraverso la compilazione del ranking delle determinanti di benessere, parte dell'attività del primo incontro. Non sono stati conteggiati i temi ripetuti più volte dalla stessa partecipante durante la discussione. Per procedere con l'analisi delle frequenze e la comparazione, è stata utilizzata la funzione "Normalizzazione" di Atlas.ti, che ha permesso di uniformare la densità di codifica di tutti i documenti della tabella. Si considera che ogni documento abbia lo stesso numero di citazioni, rendendoli comparabili. Attraverso Atlas.ti sono state calcolate le frequenze relative in riga, per facilitare la comparazione dei risultati tra i tre diversi gruppi. Nelle figure 2.1, 2.2 e 2.3 sono presentate le frequenze assolute dei tre nuclei tematici e dei relativi macro-temi e categorie.

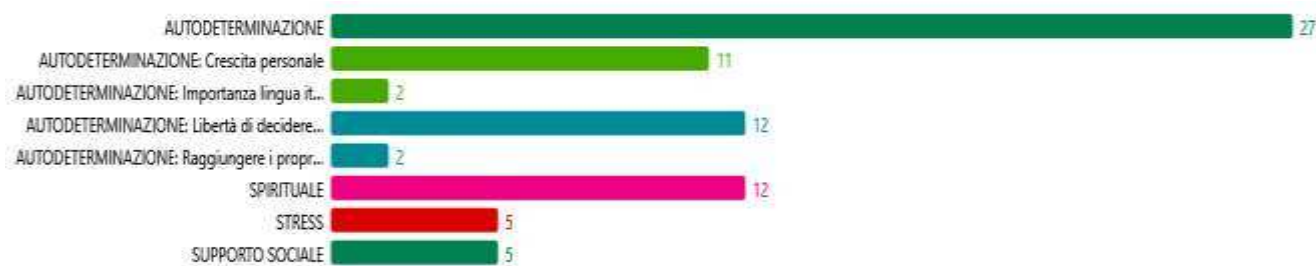
**Figura 2.1 Concezioni di salute (Frequenze assolute nuclei tematici, macro temi e categorie– Bar Chart)**



**Figura 2.2 Determinanti psicosociali (Frequenze assolute nuclei tematici, macro temi e categorie– Bar Chart)**



**Figura 2.3 Strategie di coping (Frequenze assolute nuclei tematici, macro temi e categorie– Bar Chart)**



## 2.4) Le definizioni di salute

Tutti e tre i gruppi hanno contribuito ad elaborare una definizione di salute.

In tutti e tre i gruppi l'esito dell'attività di ranking per la definizione di benessere psicosociale ha riconosciuto la salute come il tema più rilevante. La salute raccoglie una frequenza assoluta di 55 volte nei tre diversi 3 focus group dedicati. All'interno di questa sono però presenti altre cinque categorie, che definiscono gli elementi che costituiscono la salute per le partecipanti (Tabella 2.4).

		GRUPPO 1 (G1) Comunità mamma - bambino Gr=115		GRUPPO 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPPO 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
		Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative
<b>Salute</b>	<b>Fisica</b>	17	56%	12	38%	2	6%	31	100%
		Gr=17							
<b>Salute</b>	<b>Mentale</b>	6	46%	4	31%	3	24%	13	100%
		Gr=8							
<b>Comportamenti</b>	<b>salutari</b>	0	0%	0	0%	12	100%	12	100%
		Gr=12							
<b>Piano</b>	<b>Emotivo</b>	3	25%	8	67%	1	8%	12	100%
		Gr=8							
<b>Medicina:</b>	<b>occidentale- tradizionale</b>	0	0%	3	25%	8	75%	11	100%
		Gr=10							

Tabella 2.4 Nodo tematico salute: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate). Sotto ogni categoria è indicata la le Groundedness of codes (Gr), ovvero le frequenze assolute della categoria.

La categoria “Salute Fisica” vuole sottolineare l’importanza della salute del corpo, all’interno della definizione più generale di salute. Già nella prima parte dei focus la salute fisica viene individuata come caratteristica essenziale del wellness, un prerequisito che senza il quale non è possibile raggiungere i propri obiettivi, come si può vedere nelle citazioni qui sotto riportate:

*“P6: ... c’è anche la salute...anche quello se non viene prima poi come fai ad avere la famiglia, la casa...salute! penso se tu non stai bene anche se hai la famiglia trasmetterai cose negative quindi tu stesso devi stare bene” (G1).*

*“M: Sentite cosa dice P4... se tu hai documento però tuo corpo o anche tua salute non sta bene, tuo documento puoi buttare perché il tuo corpo non sta bene”.*

*“P1: Hai buttato sì, non serve...non si può trovare lavoro” (G1).*

*P3: “Wellness for me is a state to be well in all aspect, for ...number one health (nell’accezione di salute fisica), second emotional (my state of emotional)” (G2).*

*“P6: Health is the first” (G2).*

La categoria dalla salute fisica viene ricollegata ad un altro macro tema definito “Necessità Concrete” che sarà successivamente analizzato. Presente in tutti e tre i gruppi di partecipanti, esso racchiude i bisogni di prima necessità, descritti come prerequisiti per il proprio benessere, come: il cibo (mangiare cibo sano), la casa (avere un luogo in cui ripararsi), il lavoro (come strumento che permette di autosostenersi), il riposo.

Un altro collegamento con il nucleo tematico “Salute” è quello con la macro categoria “Stress”. Lo stress viene individuato come elemento che negativamente influenza il benessere personale, in particolare all’interno dei focus si fa riferimento all’avere dei pensieri o dei problemi che non permettono di rilassare la mente. Questo incide negativamente sulla propria salute

In tutti e tre i gruppi si è poi fatto esplicito riferimento alla “Salute mentale”. La definizione di benessere in tutti e tre i gruppi si caratterizza per essere un benessere psicofisico.

*P6: salute, star bene con tuo corpo, tua mente.*

*P5: sì importante questo” (G1).*

*P8: Psychological health! La testa è importante .... se testa no bene.....(G3).*

Emerge che la salute mentale è influenzata anche dalle difficoltà incontrate nel percorso di accoglienza in Italia, in particolare in riferimento allo stress. L’accesso ai servizi sanitari può essere stressante e a volte i servizi possono non fornire le risposte attese. Questo porta ai “*thinkings*” avere pensieri, preoccupazioni, mentre per il proprio benessere è importante che la propria mente sia serena.

*“M: ok but let me understand more about this solution you were speaking, because this seems to me an important point, I think, you said you get trouble and you don’t find solution, so you think*

*that if you can find solution for examples in your country, the problem is because you are in Italy or why?*

*P1: (difficile la trascrizione, molta confusione, nel proprio paese non ha avuto questo problema, non ha le soluzioni, ma pensa che ci sia bisogno di avere una mente serena e non avere stress) you need you mind settled, you are thinking when you are not right, you think too much, you get frustrated, some are thinking some kind of thinks." (G2)*

Alcune delle partecipanti approfondiscono il tema della salute mentale raccontando le proprie esperienze di percorsi psicologici. In particolare nel secondo gruppo il servizio psicologico viene identificato come luogo che influisce negativamente sul benessere percepito. Questo perché due partecipanti ritengono che non sia un servizio adatto a persone non italiane. Altre riconoscono piuttosto la difficoltà di affrontare un colloquio su tematiche personali e dolorose.

*"P3: Yes when you have to see... What they called...I don't know like I call it...These people where you go to share your problem with them, I forget what they call them...[...] lo psicologo (ride), I don't know what was this things, because I'm african, I'm not use to things like that, Going there sometimes it make me feel a little...not so good...*

*M: and you try to understand why this don't make you feel so good?*

*P3: It is Because the kind of person I'm, sharing my problem, sometimes, it don't make me feel good, I know that for someone make feel better, but for me, in general, it doesn't make me feel so good...[...] I'm emotional, I star to share my past, I start crying, always, all the time I start to repeat it. Don't come any good. People here in Italy they feel, If you go there you get some goods, you must go for you to be good, but for me is not so. I think people have different feeling. So for me it's bad for me. "(G2)*

*"P5: so, I like così così, because ok it gives advice, but oblige you to think to the past. This affects me." (G2)*

Oltre alla salute fisica e a quella psicologica, lo star bene è stato associato ai "Comportamenti salutari", cioè ai comportamenti che le persone possono adottare quotidianamente e che contribuiscono ad una vita più sana, attenta agli aspetti della prevenzione. Questa categoria emerge esclusivamente con il terzo Gruppo, dove si aggiungono alcune specifiche: svolgere esami di prevenzione come strumento importante per tutelare la propria salute, fare attività sportiva per mantenersi in forma.

*"P3: yess! So what do you think for a person is important to feel fine!*

*P7: ok, the person has to go to check regular, number 1..."*

*P1: ok...write it down!" (G3)*

*"M: why prevention explain me why!*



*P5: Because you know everything about your body, before the sports (è più importante del fare sport, per stare bene)." (G3)*

Anche il "Piano emotivo" è una dimensione rilevante per il benessere, emersa in tutti e tre i gruppi. In una definizione di benessere psico – fisico, che non comprendesse solo la salute fisica, le partecipanti nominano il piano delle emozioni come piano rilevante. Si fa così riferimento alle emozioni, al sentirsi amati. In queste descrizione il tema del benessere si lega alla felicità.

*"M: Qui noi abbiamo messo salute fisica e secondo te va bene solo salute fisica o c'è anche un altro... un altro pezzo di salute?"*

*P6: fisica, emozioni, tutto" (G1)*

*"P3: Wellness for me is a state to be well in all aspect, for ...number one health, second emotional (my state of emotional)" (G2)*

*"P4: because happiness matters the love in life...and also to have the love of your love ones..." (G2)*

In particolare il tema delle emozioni ha caratterizzato il secondo gruppo, il gruppo ha espresso la rilevanza del piano emotivo inserendolo al secondo posto del ranking delle determinanti di salute. Si è inoltre interrogato sul concetto di benessere e sul concetto di felicità, chiedendosi quanto i concetti fossero distinti e quanti ricollegabili tra loro. Il piano emotivo viene ricollegato dalle partecipanti al tema del supporto, anche questo maggiormente presente nel secondo gruppo. Emerge come il gruppo presenti una attenzione particolare al tema delle emozioni, questo si conferma anche da come le relazioni supportive siano ritenute rilevanti dal gruppo per la promozione del proprio benessere.

Altro tema emerso in relazione allo star bene e alla salute in generale è l'utilizzo della Medicina sia in riferimento alla medicina occidentale, sia in riferimento alla medicina tradizionale. Nei momenti di malessere è riconosciuta l'importanza della medicina, dell'utilizzo dei farmaci o degli esami strumentali di approfondimento della medicina occidentale. Allo stesso tempo viene menzionata anche la medicina tradizionale, anche questa indicata come strumento efficace.

*"P1: what I love more about the hospital, is that before they give you injection...in Italian hospital they don't give injection or tablet without make you test and understand what's happen for you." (G2)*

*"P5: when you are sick you have to take medicine to feel better" (G3)*

*P7: Anche native medicine va bene eh? (con un tono che cerca conferma)*

*M: Certo, nessuno aveva detto ancora native medicine*

*P3: ok....*

*O: Explain more*

*P3: explain more how?*

*P7: yes explain!*

*P3: You don't know native medicine?*

*P5: they say explain what you wanna talk!*

*P3: We nigerian native medicine is very good.... sometimes this english medicine doesn't work... but native medicine put it mmmh! (scuote un pugno per spiegare che è una cosa forte che funziona) Native medicine va bene eh?!*

*M: And why you think native medicine is good?*

*P3: Because it works very fast... ” (G3)*

In particolare il ruolo rilevante della medicina emerge nel secondo e nel terzo gruppo, che descrivono la possibilità per diverse problematiche di adottare diversi tipi di medicine. Nel primo gruppo questo dato non emerge. Si può osservare come nel primo gruppo sono emerse anche esperienze negative con i servizi sanitari ed in generale una difficoltà a relazionarsi con gli ambiti medici. Sebbene nelle discussioni si sia fatto accenno alla medicina tradizionale, nessuna delle partecipanti l'ha indicata come un aspetto rilevante.

## **2.5) Le determinanti psicosociali di salute**

Il secondo nodo tematico individuato raggruppa le diverse determinanti psicosociali di salute. Include 6 macro categorie, individuate durante l'analisi: "Necessità Concrete", "Relazioni", "Contesto", "Discriminazione", "Servizi socio-sanitari", "Documenti".

All'interno di questo gruppo la macro categoria "Necessità Concrete" ha raccolto il numero maggiore di frequenze (43) ed ha una distribuzione simile in tutti e tre i gruppi (dal 25% al 37%). Segue poi la macro categoria delle "Relazioni" con una frequenza assoluta di 35, presente in tutti e tre i gruppi, anche se in maniera meno uniforme (il 60% appartiene al primo gruppo). Il "Contesto" si trova al terzo posto per frequenze assolute (30), il cui 40% è presente nel secondo gruppo. La "Discriminazione" raccoglie una frequenza assoluta di 16, equamente distribuita tra il primo e il secondo gruppo (in entrambi al 50%), mentre è assente dal terzo gruppo. I "Servizi Socio-Sanitari" e i "Documenti", presentano rispettivamente frequenze assolute di 15 e 14. I servizi suddividono le loro frequenze tra primo e secondo gruppo, non sono nominati nel terzo. Ciò avviene anche per la macro categoria dei documenti, presente solo nel primo e nel secondo gruppo, in maniera uniforme.

## Necessità Concrete

	GRUPPO 1 (G1) Comunità mamma - bambino Gr=115		GRUPPO 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPPO 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative
<b>Svago</b> Gr=20	6	26%	9	39%	8	35%	23	100%
<b>Lavoro</b> Gr=13	6	42%	4	30%	4	28%	14	100%
<b>Cibo</b> Gr=8	4	45%	3	33%	2	22%	9	100%
<b>Riposare</b> Gr=2	0	0%	0	0%	2	75%	2	100%

Tabella 2.5 4 Macro categoria necessità concrete: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate).

Il tema che identifica un'importante determinate di salute per tutti e tre i gruppi è quello delle "Necessità concrete", bisogni concreti a cui è necessario dare risposta per il mantenimento del proprio benessere psico – fisico (Tabella 2.5). Come già è stato osservato in precedenza, il tema, suddividendosi in sottotemi si ricollega agli altri temi fino a qui elencati: salute, relazioni, con particolare riferimento alla famiglia e autodeterminazione.

La categoria che ha ottenuto maggiori preferenze all'interno di questo nucleo tematico, con frequenze simili in tutti e tre i gruppi è la dimensione dello "Svago" (tabella 2.5). Vengono descritti come importanti promotori di benessere diversi tipi di attività ricreative: il tempo trascorso con gli amici, il frequentare i centri delle città dove è possibile svolgere attività ludiche o i luoghi della socializzazione. Vengono nominate anche attività come ascoltare la musica, vedere film. Si osserva come questo tema sia correlato al tema del "Contesto" ed in particolare del "Centro città" come luoghi in cui è possibile svolgere attività ludiche e di socializzazione, per questo promotore di benessere.

*P3: if I'm sad, for example going out to fun place, for examples to the cinema, I can go there to relax myself and feel better*

*M: you don't do it or you do it, go to cinema?*

*P3.: It is something that I do, or hang out with friends in different places" (G2)*

*"M: e poi?*

*P4: Giro, go outside, but to do exercise or to look shops...to look things outside, open market... yes, looking things...*

*O: Alone or with other people?*

*P4: alone and with friends! "(G3)*

Tra le necessità concrete emerge anche l'importanza del lavoro in tutti e tre i gruppi. Il 42% delle sue frequenze si trova nel primo gruppo che ricollega il lavoro al tema del "Documento" dal quale risulta essere influenzato. L'essere in possesso o meno del documento permette o meno di poter trovare lavoro. Il primo gruppo inserisce il lavoro al terzo posto tra le principali determinanti sia salute, mentre non emerge nella classificazione degli altri due gruppi. Il secondo gruppo decide di legare il tema lavoro a quello della "Autodeterminazione":

*"P1: lavoro si!*

*P3: But this lavoro, is supposed to be inside this libertà, independent, when you are independent I think you should have a job (G2)*

*"P3: io voglio lavoro, perché tu ce l'hai la casa allora devo lavorato, così si paga tutti i bollettino per la bambini... " (G1)*

Come si può notare dall'ultima citazione, per il primo gruppo il lavoro è invece principalmente strumento per indipendenza economica, per provvedere alla propria famiglia. Da ricordare che le partecipanti del primo gruppo sono da più tempo in Italia e inserite da tempo in percorsi di accoglienza. Le partecipanti del secondo e del terzo gruppo, sono in media di età più giovane e con percorsi di accoglienza più brevi, esprimono quindi anche meno pressione nella ricerca di una propria autonomia economica.

Sempre nel primo gruppo emerge la descrizione di lavoro come strumento che promuove il benessere: la possibilità di impegnarsi, di concentrarsi su qualcosa fa stare meglio, aiuta a bilanciare un'altra importante determinante: lo "Stress".

*"P1: yea... lavoro*

*M: fa stare bene...*

*P2: non fa stare bene, però ti serve*

*P1: però se hai lavoro dopo puoi stare con la famiglia...*

*3: così la testa calma..." (G1)*

*"P5: "When I have work, it makes me ok, it makes me fine. (G1)*

Il "cibo" come categoria, rimanda sia al dare risposta ad un bisogno primario, sia al potersi permettere una buona alimentazione. È quindi ricollegabile al nucleo tematico della salute, sia per quel che riguarda la salute fisica, che quella mentale, come emerge anche dai brani sotto riportati. Anche questa categoria è presente in tutti e tre i gruppi.

*"P5: good food is important, if you not get good food, how you get good health*

*M: So you say that if you have a good health it's mean you eat good food, it linked*

*P3: together!*

*P2: insieme!" (G2)*

*"M: è [...] Qualcuno di altro ha scritto alcune delle cose che ha detto il P4?"*

*P3: Io solo ho messo mangiare" \*risata\**

*"P5: Ti piace...Make you happy*

*P2: E' importante*

*P3: Se qua pieno \*batte sulla pancia\*, qua fa bene \*indica la testa\**

*M: Se la pancia è piena, la testa funziona bene.*

*P3: Se qua è così \*mima il vuoto\*, la testa \*mima il vuoto\*" (G1)*

Tra le categorie delle necessità concrete il terzo gruppo individua anche il tema del "riposo" che non riguarda solo il dormire, ma anche il riposare come prendersi del tempo per sé, prendere una pausa.

*"P3: always take a rest, you need to rest. you don't need to work regular...you need in soso time to.....*

*M: riposare*

*P3: eh si, for everyone*

*M: Riposare. you think that take a rest, we put like someone say before with sleeping well or it something different?*

*P3: No, sleep it is different from rest, you can rest without sleeping". (G3)*

## Le relazioni

La seconda determinate che ha ottenuto una maggior frequenze all'interno di tutti e tre i gruppi è quella delle RELAZIONI interpersonali. In particolare, le frequenze dei codici inclusi nel macrotema delle relazioni interpersonali sono presentate nella tabella 2.6.

	GRUPP O 1 (G1) Comunit à mamma - bambino Gr=115		GRUPP O 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPP O 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolut e	Row- relativ e
<b>Famiglia</b> Gr=22	15	43%	8	24%	12	33%	35	100%
<b>Amicizie</b> Gr=09	2	8%	13	53%	9	39%	24	100%
<b>Partner</b> Gr=4	4	100%	0	0%	0	0%	4	100%

Tabella 2.6 4 Macro categoria Relazioni: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate).

Le relazioni sono una importante determinante della salute psicosociale, che possono influenzare sia negativamente che positivamente. All'interno troviamo principalmente 3 tipi di relazioni: quelle con i familiari, con le reti amicali (compreso anche il gruppo dei connazionali), con il proprio compagno.

La rete familiare è riconosciuta come un importante elemento che caratterizza il benessere personale. La vicinanza con le persone amate promuove il benessere per tutti e tre i gruppi, nominando anche la presenza dei figli, la cui vicinanza "fa stare bene". Si fa riferimento sia ad un supporto strumentale che ad un supporto emotivo che caratterizza questo tipo di relazione. Questa accezione di famiglia viene riconosciuta da tutti e tre i diversi gruppi.

"P5: "When I stay with my children, it makes me happy!"

P3: D'accordo...(G1)

"P4: ... have the love of your love ones, around you, especially family [...] Family, parents, everybody....

M: Famiglia, genitori... Explain me better, which meaning family makes you feel good. Give me more detail...

*P4: Umh... being with my parents, my brothers, my sisters, my son, my husband makes me feel good” (G1)*

*“P 8: Prima famiglia...*

*M: Prova a spiegarci, perché ti fa star bene famiglia?*

*Partecipante 8: Perché se tu male, tu parlare famiglia e tu bene!” (G3)*

I legami familiari sono quelli che rincuorano e danno forza alla persona per intraprendere il proprio percorso migratorio. Si migra per procurare condizioni migliori alla famiglia.

*“M: lavoro è importante, ma famiglia?*

*P2: famiglia è importante in tutto questo processo*

*P1: sì...*

*P6: in tutto questo processo è importante, perché se non fosse per la famiglia non faresti tutte queste cose (in riferimento alla migrazione)” (G1)*

La famiglia, anche se non presente in Europa, rimane il legame di riferimento nei momenti di difficoltà e che dà consigli concreti su come promuovere il proprio sviluppo e successo.

*“P1: I take care of the family*

*P2: I trust mother, every single mother will not allowed his child to do what is not good, they always give you good advice, house problem share with them, they won't disappoint you” (G1)*

Allo stesso tempo però la famiglia può avere anche un'influenza negativa. Possono esserci sentimenti contrastanti. Questa, infatti, porta con sé delle responsabilità e alimenta la dimensione dello stress.

*“M: Sei d'accordo che famiglia fa stare bene?*

*P3: io no d'accordo ma la vita è diversa per me. Io non voglio mia famiglia qua adesso perché ancora miei piedi non è così \*piedi puntati\*. Perché quando mia famiglia qui, mia responsabilità. Se tu non ce l'ha lavoro, se tu non ce l'ha la casa...*

*P5: Un attimo scusami, lei non vuole dire. Lei... No cosa lei ha scritto, quanto voglio stare con i miei familiari mi fa stare contenta. È così, lei dici. Voi siete d'accordo per lei sì o no? E basta*

*P3: No io non d'accordo con lei, io pensa per me. Io dico per me, no d'accordo con lei perché io parlo per me. Se miei piedi non è troppo fermi, io non pensa per un'altra persona perché adesso miei bimbi, anche io, mia responsabilità. Io non voglio prendere mia famiglia qua, dopo mia responsabilità per comune, per residenza. No, io adesso cosa pasa? Io non voglio niente, mia famiglia passa questa strada.*

*M: È un altro pezzo che sta aggiungendo. Lei dice, senti P4 cosa risponde... Lei dice: famiglia è importante però adesso avere la famiglia vicino non mi farebbe stare bene perché avrei troppe responsabilità.*

*P3 e 5: Adesso no...Esatto”*

Per potersi riunire con la propria famiglia è necessario che il proprio percorso in Europa sia sufficientemente consolidato. Questo per evitare anche ai famigliari, che sono lontani, le difficoltà di chi è appena arrivato in Italia. Il tema della famiglia è quindi ricollegabile al tema delle “Necessità Concrete”, determinate di salute che è stata già approfondita. Nella valutazione di quanto questa contribuisce allo stare bene, essa prevale nel primo gruppo che esprime un forte senso di responsabilità e la necessità di dare risposta ai bisogni della famiglia, che incidono negativamente. Queste donne appaiono risentire di una pressione famigliare in maniera maggiore rispetto al secondo e terzo gruppo, di migrazione più recente.

A questo si aggiunge che alcune volte la famiglia nel proprio paese di origine fatica a comprendere come si vive in Europa e quali sono le reali possibilità di chi ha intrapreso un percorso di migrazione. Questo comporta che per alcune partecipanti i famigliari fatichino ad avere un ruolo supportivo e la relazione con loro rimanga superficiale o conflittuale.

*P1: No (non è possibile confrontarsi con i propri familiari), because what we experienced in this Europe, they can't understand, We live in this Europe, we experience many things, you understand? [...] this is not Nigeria, this is Africa (succede a tutte le persone che hanno famigliari in Africa) ” (G1)*

In tutti e tre i gruppi le “relazioni amicali” vengono riconosciute come determinanti il proprio benessere. Sono relazioni importanti che hanno un’influenza. Questa può però viene espressa sia in termini positivi che in termini negativi. Tutti e tre i gruppi danno una descrizione delle relazioni con amici e connazionali anche come relazioni non supportive, che influiscono negativamente sul loro benessere, mentre solo nel terzo gruppo emerge la possibilità che queste possano essere anche positive.

*”P3: Yes... some people have something to discuss with friends... maybe the friends won't say the truth always ... (G1).*

*”P2: the last one friend, no no friends. You can have friend, but don't discuss anything because your friend has friend, your best friend has best friends, so no no... don't tell you friend your good thing because they are also jealous, I get this ah why me don't get this... friends can even kill you, destroy your life... because you are moving a head, they are not.*

*M: so if you have a trouble it's difficult to speak about the trouble with a friend...*

*P1: yess!*

*P2: don't do it” (G1)*



"P2: bad side is friend because I can see myself as an example... this Europe friend betrayed me, in this Europe very bad treat so I value my life, I will not any new (friends), they closed, for me to discuss my issue for you is not good... we can laugh, discuss, eat but for my personal issue to discuss it with you, I will not be happy, because they will betray you, they will pretend they are happy for you, they will pretend they are on your side but when they discuss something with you they will tell you, before to talk back... this is what we discuss, this is the advice I give her this is what she... they will pretend they are on your side and they give you good advice but the advice is not (good)... you understand? You discuss the advice, they go down with... before turn your ass, they become evil, why did you do like this? The same friend you discuss with they will say no,no,no,no. It's the one who betray you. Especially in this Europe, you can't have any friend

M: Why you think is different from Nigeria?

P1: Sometimes Nigeria, Africa is mostly better than this Europe, in this Europe there are betrayal, they are not good, they don't need your progress, they are jealous, they are evil. When I discuss something, it's better I keep it to myself, nobody will betray... you understand?  
(G1)

"P1: because...there are friends that advise me in a good way and there are friends that advise me in a bad way...there are friend that don't want you be happy, don't want you that progress...they don't want everything it will be good for you. They do not want you overpass them..." (G2)

Rispetto al proprio paese di origine, il rapporto con i connazionali è più ambivalente, per tutti e tre i gruppi questo avviene per le partecipanti a causa della competizione presente tra i membri della propria comunità nel paese di accoglienza. Le relazioni vengono quindi descritte come relazioni utili allo svago, a trascorrere il tempo libero, ma che non permettono di promuovere una dimensione di fiducia, perché vi è spesso il sospetto di relazioni poco sincere e competitive. La narrazione che prevale è quella di persone che sentono di non avere figure di riferimento nel momento del bisogno, vi è un senso di solitudine, da sole devono pensare a sé stesse e alla propria famiglia.

Nel terzo gruppo, a differenza dei primi due tale narrazione non è esclusivamente negativa, l'ambivalenza nella relazione con amici e connazionali viene riconosciuta, ma rimane aperta la possibilità di trovare amici a cui fare affidamento.

M: She write friends, amici (nella lista delle cose importanti per stare bene)

P5: si, si

M: Voi siete d'accordo con amici?

P3: Friends still do good sometimes...(G3)

La terza categoria del macro-tema delle relazioni è quella del “partner”. Nel primo gruppo emerge un dibattito rispetto all’uomo/compagno/marito che si deve prendere cura della propria partner e che quindi contribuisce positivamente al suo benessere. Emerge così un modello specifico suoi ruoli di genere che evidenzia la responsabilità dell’uomo nel prendersi cura della donna all’interno del nucleo familiare. Bisogna ricordare che alcune delle partecipanti in questo gruppo sono arrivate in Italia tramite ricongiungimento familiare. La figura del marito/compagno è stata per alcune ragione della propria migrazione.

*M: what do you think? Which are this difficult for the women to feel fine, to feel ok?*

*P4: for me, for women to get good husband that take care of you, a very good husband! if you get good husband taking care of you, you \*non comprensibile\*. If you get the husband, he gets good work, has your own house, residence. I am here because my husband, this is why I am saying this. So, if he gets problems, I also get problems so if he gets good work, everything good, me so I get it. For me to work, maybe for me it is only the house and taking care of the children, taking them to school and making the house clean, making the house and everything clean. For me I think that this would be the way for a woman, not too much work but if I get more work to help him I will ... [...] the life will be better, if I work, I do not have to work like a man working.*

*M: you do not have to work like a man*

*P4: yes, if I work maybe, small way so I can come home to take care of the home. The children, the house cleaning. (G1)*

Questo però non è valido per tutte le partecipanti, le quali da una parte riferiscono di trovarsi in comunità proprio a causa di relazioni poco supportive con i propri compagni, dall’altra sottolineano come non sia possibile affrontare questo tema generalizzando. Per alcune delle partecipanti emerge un vissuto doloroso su questo tema e voglia di rivendicare il proprio percorso di inserimento in Italia senza l’aiuto dei propri compagni. Questi vengono anche descritti come persone di cui non è possibile affidarsi completamente.

*"M: questo ho capito, ma lei sta dicendo una cosa un po' diversa. Lei dice che il marito aiuta, capito?"*

*Partecipante1: Ah lei marito, perché trovato!" (G1)*

*"P2: they can't give you advice on that \*non comprensibile\* husbands, you can't tell your issue..."*

*P1: I support you (ironico, ridono)*

*P1: you can not tell him everything*

*P2: you can't, husband... he can't keep your secret. Husband... \*non comprensibile\* you can talk to your husband about the future, you and you, and your children, not personal issues, something worrying me inside, I don't tell my husband that one" (G1)*

*"M: quindi marito ultimo (fase di ranking delle determinanti di salute)*

*P5: marito last last!*

*P3: per me non è importante, così l'ultimo" (G1)*

Nel gruppo 2 e nel gruppo 3, sebbene i partner vengano citati nell'ambito delle relazioni, vengono assimilati alle relazioni positive con i famigliari e i connazionali, non vengono individuati come categoria specifica, né in senso positivo, né in senso negativo.

### Contesto

Al terzo posto come determinante con più frequenze vi è la macro categoria contesto, nelle sue diverse declinazioni. Il contesto influenza il benessere sia incidendo sul piano emotivo, sia sulla qualità della vita percepita (Tognetti Bordogna, 2013; Rinaldi & Marceca, 2017). Si sottolinea infatti l'importanza di caratteristiche quali il senso di sicurezza e un ambiente con un buon livello di infrastrutture (Rainisio & Inghilleri, 2006) come caratteristiche che promuovono il benessere personale. Come si può vedere dalla tabella 2.7 il macro-tema del contesto è articolato in 4 categorie.

	GRUPPO 1 (G1) Comunità mamma - bambino Gr=115		GRUPPO 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPPO 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative
<b>Casa-Rifugio</b> Gr=4	7	38%	5	27%	6	35%	18	100%
<b>Natura</b> Gr=7	2	24%	3	31%	4	45%	9	100%
<b>Centro</b> Gr=5	<b>Città</b> 3	64%	2	36%	0	0%	5	100%
<b>Ambiente</b> Gr=4	0	0%	3	58%	2	42%	5	100%

Tabella 2.7 Macro categoria Contesto: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate)

La categoria che ha raccolto il numero di frequenze maggiori e che è presente in maniera trasversale in tutti e tre i gruppi è quella della "Casa come rifugio". È rilevante per le partecipanti

avere un luogo in cui poter sentirsi al sicuro, accogliente e in cui poter trovare tranquillità dallo stress quotidiano, prendendosi cura di sé. La Casa - Rifugio viene descritta nei suoi luoghi specifici che per le partecipanti rappresentano il benessere: il bagno, la cucina, dove è possibile svolgere attività rilassanti. Spesso la parola *shelter* viene utilizzata per indicare la casa. La casa, che in questo caso è anche centro di accoglienza, viene descritta come una base sicura che fornisce strumenti e supporto per esplorare il mondo fisico e sociale dell'esterno (Rainisio, 2015).

Il tema della casa come rifugio è anche associato a quello della famiglia. Nelle discussioni è emerso come il termine casa sia sinonimo per le partecipanti di famiglia, nel suo senso positivo di famiglia accogliente, punto di riferimento. In questi casi si è deciso di riportare questo confronto all'interno del tema "relazioni" laddove la dimensione familiare era prevalente. Questo tema si ricollega quindi ad altre dimensioni: l'ambiente, con il suo bisogno di sicurezza, ma anche al tema dei bisogni concreti.

Il primo gruppo, che dimostra una maggiore consapevolezza ed esperienza nelle questioni sociali, porta a discussione anche il tema dell'inaccessibilità della casa per tutte le persone migranti presenti in Italia.

*"P 9: house, casa! (per ribadire l'importanza della casa) altre persone dormire fuori!! (G3)*

*"P4: "Good Health and Shelter make me feel good" (G1)*

*"P1: Sì la casa...*

*P2: che fa stare bene*

*P2: entri nella tua casa e almeno sai che sei nel tuo spazio" (G1)*

Il secondo gruppo, porta invece un collegamento tra la casa e il centro di accoglienza. Per i percorsi di protezione sociale, la dimensione del rifugio è chiaramente presente. Il centro di accoglienza è per queste una dimensione curata e accogliente. In questa accezione il tema della casa è associato al tema del "Supporto" che vedremo meglio successivamente (vedi macro categoria "Supporto"). In questo caso il supporto è agito dagli operatori dell'accoglienza. La casa è un rifugio dove incontrare persone che hanno fiducia nelle tue capacità e ti incoraggiano.

*"M: and if I say House, this house (Centro di accoglienza)?*

*P3: For me this house Is "bellissima"!*

*P2: "Bellissima"! House make us very happy*

*P3: the first time I come in this house I was so happy"*

*P2: yes, you feel safe inside the house..*

*P3: every day you go out and you always think to come back." (G2)*

Al secondo posto per maggiori frequenze e presente in tutti e tre i gruppi è la categoria “Natura”. Il benessere delle partecipanti aumenta nei contesti naturali. I parchi, il mare sono luoghi che promuovono il benessere a cui ricorrere nei momenti di stress o per passare il proprio tempo libero. Allo stesso tempo però emerge come la natura presente in Italia sia molto diversa da quella presente nei propri paesi di origine. Questa differenza emerge in particolare nel secondo e nel terzo gruppo.

*"P3: for me it's number one, nature. Very important.*

*P4: Nature?*

*P3: yes, like when you are in Nigeria, when you go in the parka, outside*

*P4: but there is nature here in Italy? I don't see it (G2)*

*"M: nature?*

*P3: is very important*

*P4: I agree with nature*

*P2: why you say that you are agree with nature?*

*P4: yes I'm agree with nature, Is the one where I go in Nigeria [yes I like, maybe in the afternoon ..] you can go there, I like but I never go here (in Italia).*

*P5: it is good oh, make me feel better." (G2)*

Il centro città emerge come luogo in opposizione alle periferie o alla provincia, dove sono situati i centri di accoglienza delle intervistate del gruppo 1 e 2. Il centro città è, come precedentemente detto, collegato alla dimensione dello svago e della socializzazione. Allo stesso tempo è il luogo dove si vorrebbe abitare, viste le difficoltà logistiche di chi può raggiungere il centro solo con il trasporto pubblico. Una maggiore vicinanza semplificherebbe i ritmi di vita delle partecipanti, oltre a permettergli maggiori contatti per la ricerca lavoro. Il centro di accoglienza del gruppo 3 si trova invece in centro città, probabilmente anche per questo motivo, questa categoria non è emersa nella discussione.

*"P1: Io vado a lavoro alle cinque e non c'è il bus, sempre va in taxi.*

*M: Quindi tu dici che per stare bene, per essere felici ci serve casa in un posto dove c'è autobus...*

*P1: Comunità a Parma, io voglio Parma, perché per i ragazzi non mi piace non voglio siedere qui... "" (G1)*

*"P2: ah! I don't like to stay fuori (nel senso di fuori dal centro)*

*M: you like the city, why you like the city?*

*P2: there are car, people, if you want going to appointment is easier for me. Maybe if you are out, it takes a long time before you see bus." (G2)*

L'ambiente nel quale la persona vive la propria quotidianità si conferma una ulteriore determinante di salute. Si osserva come l'Europa e l'Italia vengano considerati ambienti in primo luogo sicuri, se paragonati ai paesi di provenienza. Anche qui, la sicurezza è un elemento che migliorare la propria qualità della vita (Ager & Strang, 2008). Inoltre il contesto italiano viene percepito come maggiormente salubre, come un contesto dove sono presenti infrastrutture e servizi efficienti. Questi aspetti emergono nel gruppo 2 e nel gruppo 3, dove vi sono partecipanti di più recente immigrazione, non emergono nel primo gruppo.

*"P4: wellness!*

*P2: wellness is doing what make you happy, and the health, the health, the health we are talking about, is when you eating good food, put good thing in your stomach, living in good environment" (G2)*

*"P4: For me I feel Nigeria don't make me feel better, because the environment...affect some how*

*M: so you think that Nigeria make you feel better than Italy?*

*P4: (dice qualche cosa, non si comprende)*

*P3: Let me explain, Nigeria don't make you feel better (rivolto a P4)*

*M: Ok, so why you feel better in Italy*

*P4: because there is light, everything is ok here, but in Nigeria...there is no good run(street), everything is bad there, I don't like, I feel better (in Italy)*

*M: so you feel better because the enviroment is better, is comfortable...*

*P3: Yeh...*

*P2: and there is a lot of security*

*M: security, in Italy. There is no security in Nigeria?*

*P4: No security, eh Nigeria, that country! (G2)*

## Discriminazione

	GRUPP O 1 (G1) Comunit à mamma - bambino Gr=115		GRUPP O 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPP O 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e
<b>Discriminazione</b> Gr=16	8	50%	8	50%	0	0%	16	100%

Tabella 2.8 4 Macro categoria Discriminazione: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate).

La quarta macro categoria rilevante da analizzare è la “Discriminazione” (tabella 2.8). La discriminazione è chiaramente una determinate del benessere psicologico della popolazione migrante (Paradies et al., 2015). All’interno del primo e secondo gruppo in particolare, le partecipanti condividono racconti di episodi di micro aggressioni razziali<sup>17</sup>. In particolare, questi episodi emergono nel secondo incontro, maggiormente focalizzato sui luoghi della città. È in questo incontro che viene descritta una quotidianità dove si percepisce di essere estranei e di non essere accettati.

*"M: we are interesting to understand the environment... I luoghi della salute..."*

*P1: Sì...*

*P2: la gente, per strada, ti guarda come se non avessero mai visto una persona" (G1)*

*"P3: this happen also with neighbours, I greet them in the morning but they don't answer. So, I stop to ansewer if someone greeting me." (G2)*

I racconti di episodi di discriminazione si svolgono in diversi luoghi o servizi: nei racconti sono i luoghi che diventano elementi negativi per il proprio benessere. Tra questi viene nominato il trasporto pubblico, l’autobus o l’ufficio postale.

*"M: so, in the end, do you have any question for us? (mormorio)*

*P4: ask question (rivolto a P2)*

<sup>17</sup> Con micro aggressioni razziali si intendono offese banali, brevi, che possono essere di natura verbale o comportamentale, sia intenzionali che non, ma anche insulti e offese razziali ostili, nei confronti delle persone razzializzate (Sue et al., 2007).

*P2: I have question, why Italian, driver, maybe see a black person that want entrance in the bus, maybe is almost the time for the bus to live, they don't wait and they go, but if is Italian they wait why?*

*M: this is what you see?*

*P2: Yes" (G2)*

*"P3: me I fellow from the bus, the driver don't say sorry, he park to the wrong place, he was his fault, I said before I don't like bus.*

*P5: don't worry soon I'll go to patente school (ridono)*

*P2: those Italian, maybe you want to seat close to them, and they put their borsa or their leg to avoid it. Whay, most are women, they are very wicked!" (G2)*

*"P3: Me, nobody bother me anymore, I don't look at them. If you treat me bad I treat you bad.*

*P1: on bus a woman come to me and said to me to stand up. She come directly to me and she was rude.*

*P5: whites....*

*P1: She want oblige me to stand, I said that I don't want, that I have biglietto. If you want that I stand you don't have to talk me so rude to me. She said that she will call polizia. The driver come to me and he say that I have to stand because the woman has a baby, I said that even me I have a baby (si tocca la pancia). I don't stand. (intervengono in molte con commenti, a molte è capitato un episodio simile, sono commenti concitati, difficile distinguere le diverse reazioni)*

*P2: si, is like they don't like black people" (G2)*

*"P3: autobus, autobus casino...sempre ti fanno problema" (G1).*

*"M: vogliamo arrivare invece all'autobus, che ha tutte gli smiles rossi (in riferimento alla richiesta di valutare i luoghi elencati) ... che problema c'ha l'autobus?*

*P1: l'autobus sempre rompi...*

*M: perché?*

*P1: stai in autobus, non stai contenta. C'è tante persone che lavorano, autista, tante volte cattivo. Autobus no...*

*M: cioè l'autista si comporta male?*

*P1: Sì, non va bene...*

*M: ok...*



*P1: anche gente, quando seduto così, loro posso passare? No, no non si può, vai avanti...  
l'autobus no, no...*

*M: quindi nell'autobus trovi delle persone che se tu chiedi di sederti, non ti fanno sedere...*

*P6: maleducati...*

*P2: appunto, che non piacciono molto...e anche incontri delle persone che se gli chiedi di sedersi, non la fanno neanche sedere*

*P1: Sì, sempre rompi...*

*M: E quindi in autobus non si trova bene...*

*P6: infatti non so la gente come fa a trovarsi bene...*

*P1: io no...*

*M: P4 tu cosa ne dici dell'autobus?*

*P4: sometimes at the stop of the bus, bus don't stop. If it stop you go inside, especially with passeggero no one give you the space for passeggero, you seat beside someone and they say no" (G1)*

*"M: allora perché l'ufficio postale?*

*P6: anche lì se spieghi e non capiscono, urlano "spiegati bene" ...prima calmati te e cerca di capire*

*P1: come quella posta vicino stazione, c'è una donna lì, è vecchia così, mamma mia*

*P6: lì stavo per picchiare uno... secondo me dovrebbero cambiare le persone che lavorano in quei posti e mettere anche un po' gente giovane, di mentalità un po' aperta...*

*P1: quella posta... mamma mia...molto casino (G1)*

*"P3: maybe this posta because you don't speak Italian, I said do you speak English and they said no, so you lost everything*

*M: very difficult to speak with them*

*P3: yes... \*risate\*they don't speak English but they pretend*

*M: they pretend they don't speak English*

*P3: yeah....I try never go to posta because for me I don't like it so much because..." (G1)*

Altro luogo identificato come luogo che ha un'influenza negativa è l'Ufficio Immigrazione della Questura. L'ufficio è il luogo dove per le partecipanti è possibile ritirare il permesso di soggiorno, spesso è un luogo che rappresenta situazioni stressanti, perché è lì che materialmente si ottiene il documento. Nel secondo gruppo in particolare questo tema porta sollecita il dibattito, sebbene sia raccontato come un luogo dove non si viene ascoltati e dove possono emergere tensioni, allo stesso tempo la questura è il luogo attraverso il quale si ottiene il documento, le partecipanti lo

ricollegano alla possibilità di regolarizzazione. Per questo la lettura che ne viene fatta non risulta totalmente negativa.

*"P3: for me is very bad, they give appointment, and when you go there they tell you "is not possible" and they ask you to come again. "mamma mia" is very bad. And sometimes when you go there and you don't understand Italian very well... There was a time when I go there, I don't understand, and I tell them "per favore, con calma" e lui fa così, "SHHH! VAI VIA! Sei qua in Italia e devi imparare l'italiano" it was very bad.*

*M: ti ha trattato male!*

*P2: depend who you meet there...*

*P3: not it depends! all of them are rude.*

*P2: depend who you meet.*

*P3: Me I never meet (qualcuno di gentile) and it is a long time that I am here.*

*P1: for me 90% of them are good and only a 10% Is nice... inside.*

*P3: so it's very red (facendo riferimento agli smile sul nome questura)*

*P5: sometimes you meet the wrong person, Me I went there, I have to give them soggiorno, but I don't have, I have only ricevuta, and they say "no! You have to come back and bring soggiorno" But when they give me the plastic I was so Happy, I feel like president, and I say grazie e them say "prego" (G2)*

In questi luoghi sono inseriti anche i servizi sanitari, dove le partecipanti esprimono difficoltà nell'essere capite e dove hanno avuto esperienza di servizi poco accoglienti.

*"P1: anche il dottore di Felino, la dottoressa... come si chiama...l'ultima volta andata e anche lei cattiva...dici spostati, spostati, spostati, non può stare vicino...ma dai...*

*M: Ti ha trattato male...*

*P1: Eh sì, c'ha appuntamento alle 5 e mezzo... però noi siamo lì alle 5 ma non aveva ancora tempo...spostati, spostati non si può...mi ha fatto anche male... qual è la differenza tra 5, 5 e mezza e 5 e un quarto? Spostati vai di là..." (G1)*

*"P1: Io non voglio esperienze di andare là ospedale, non mi piace*

*M: Perché?*

*P1: perché come... la prima secondo me loro portano là o poi qualcuno male o se poi vai di là, chiesta io io non stai bene o siccome guardare cos'è successo, l'hai capito? Loro guardare tutto e fatto bene, però lo fa qua e loro cambiato come dottoressa (in riferimento all'esempio della dottoressa), perché non prendi l'appuntamento? Perché vieni così? Anche là ospedale... E' così loro, no butta via tempo, voglio vicine da loro... no, no vai vai vai più lontano, come qualcuno...è schifo, non lo so come fa, loro fanno come qualcuno è nervoso, così non voglio andare di là, mai mai... Non voglio esperienziare quello ospedale, hai capito? (G1)*

Questo tema non emerge invece nel terzo gruppo. È da chiarire però che l'attività sui "luoghi della salute" è stata per questo gruppo di difficile realizzazione per difficoltà nel coinvolgere le partecipanti. Come anticipato nella descrizione delle composizioni del gruppo e nella modalità di ingaggio, con il terzo gruppo, per motivi organizzativi non è stato possibile svolgere l'incontro preliminare. Questo ha visto un più lento coinvolgimento delle partecipanti e non è stato possibile approfondire questo tipo di attività.

### Servizi socio – sanitari

La macro categoria dei servizi socio sanitari è invece suddivisa in 4 categorie. Come osservato la macro categoria è presente solo nei primi due gruppi. Qui è necessario fare una specificazione. Sia nella comunità mamma bambino, sia nelle strutture di Protezione Sociale (ex art.18), i servizi sociali territoriali sono enti invianti all'interno della struttura. Il percorso di accoglienza è progettato insieme ai servizi. Questo porta a presupporre una più ampia esperienza delle partecipanti nel contatto (positivo e negativo) con i servizi sociali. Il gruppo di donne accolte all'interno della struttura SAI è invece più vario e al suo interno sono presenti donne arrivate in tempi recenti. Questo porta a pensare ad una loro esperienza ridotta con i servizi, sia in ambito sociale, sia in ambito sanitario.

	<b>GRUPPO 1 (G1) Comunità mamma - bambino Gr=115</b>		<b>GRUPPO 2 (G2) Art.18 Gr=86</b>		<b>GRUPPO 3 (G3) SAI Gr=82</b>		<b>Totale</b>	
	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative
<b>Servizi Sanitari Negativi Gr=7</b>	3	21%	11	78%	0	0%	14	100%
<b>Servizio Sociale Gr=4</b>	4	100%	0	0%	0	0%	4	100%
<b>Accesso ai Servizi Gr=2</b>	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
<b>Lunghi tempi di attesa Gr=2</b>	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%

Tabella 2.9 4 Macro categoria Servizi socio – sanitari: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate)

Come si può osservare dalla tabella 2.9, nel primo gruppo la dimensione dei servizi è maggiormente presente. Per il secondo gruppo si fa riferimento solo alle esperienze negative con i servizi sanitari. Questa dimensione viene definita come influente sul proprio benessere. In particolare il primo gruppo porta riferimenti sul servizio sociale, nominandolo come luogo presente nelle loro vite, che può avere anche influenze negative sul proprio benessere, poiché non sempre si rivela capace di supportare le loro richieste.

Tornando al sottotema “servizi sanitari negativi” sono state qui raccolte le esperienze negative ricollegabili o a personale medico non accogliente, tanto che alcune esperienze sono state ricollegate alla macro categoria “Discriminazione”, o alla difficoltà di essere ascoltati e capiti dal personale sanitario, per cui i servizi vengono descritti come inefficaci.

*“P4: I think about our health is good, not only about Hospital, because most time, the most time you go to the hospital, the things you go to the hospital for keep on going on, we look something that... maybe for example for me ... I have a problem, I go to hospital (non trascrivibile, vuole affermare come si trova in difficoltà perchè non risolve il suo problema di salute andando in ospedale, nonostante le visite fatte risultava stare bene) We need solution about our health”. (G2)*

*“M: so you find doctor advise you in a bad way?*

*PI: yah, because some times when I go to the hospital...what the doctor says it is no the right way...the right talk...so I think it is not a good doctor, if he advise me in that way.*

*M: why you thought that was not the right way?*

*PI: because, the way he talks to me, you Know? And I know myself...so I thinks I don't want it, and the doctor says I should do it...so I think it is a bad doctor....*

*M: he doesn't listen at you?*

*PI: yess!” (G2)*

Per quel che riguarda la categoria “accesso ai servizi”, sono i servizi sanitarie ad essere descritti come luoghi dove può essere difficile accedere o perché non si possiede documento (vedi paragrafo “Documenti”) o perché si evita quel particolare servizio, a seguito di esperienze negative, come abbiamo visto, ricollegabili alla discriminazione (vedi paragrafo discriminazione). Infine la categoria “lunghi tempi di attesa” fa riferimento ai lunghi tempi di attesa che l’accesso ai servizi sanitari richiede per gli approfondimenti specialistici. Le partecipanti esprimono frustrazione su questo tema, per loro di difficile comprensione, perché molto diverso dalle modalità di funzionamento del proprio paese.

## Documenti

Ai documenti, alla regolarizzazione è riconosciuta un'importante influenza sul benessere psicofisico e la salute delle partecipanti. Come si può vedere dalla tabella 2.10, tre sono le categorie accorpate in questo macro-tema: importanza dei documenti, questura negativo e commissione territoriale.

	GRUPPO 1 (G1) Comunità mamma - bambino Gr=115		GRUPPO 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPPO 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative	Absolute	Row- relative
<b>Importanza documenti</b> Gr=7	7	77%	2	23%	0	0%	9	100%
<b>Questura negativo</b> Gr=5	1	25%	4	75%	0	0%	5	100%
<b>Commissione territoriale</b> Gr=2	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%

Tabella 2.10 4 Macro categoria Documento: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate)

Il primo gruppo, in particolare, dimostra di essere consapevole sull'importanza dei documenti. Questa categoria non emerge invece nel terzo gruppo, dove i percorsi di regolarizzazione sono più definiti e sicuri: la maggior parte delle partecipanti ha, infatti, un permesso di soggiorno in corso di validità. Nel primo e nel secondo gruppo invece i percorsi di regolarizzazioni sono meno lineari e alcune delle partecipanti sono in attesa di conoscere l'esito delle loro istanze per ottenere il documento.

*"P3: però c'è un altro problema: voglio dire, lo sai c'è tante donne immigrants..*

*M: sì*

*P3: Tanti non ce l'ho il documento, è troppo difficile... have access, come si dice?*

*M: fare accesso, entrare, usare*

*P3: la medicina... prima dell'arrivato documenti, è troppo difficile have access to... hai capito?*

*M: ho capito*

*P3: per esempio quando io arrivata qua non ce l'ho documento, non ce l'ho dottore o medico, anche se ce l'ho problema qua \*indica pancia\**

*M: e non sapevi come fare*

*P3: eh sì, ha capito? Molto difficile? È troppo difficile" (G1)*

*"P5: Quale secondo te è più importante, casa, documenti. Qual è importante la prima? Non è se tu...no*

*M: in generale, per tutti*

*P1: io voglio tutto, voglio lavoro, voglio la casa*

*M: quale prima cosa?*

*P1: documenti, senza documenti non fai niente (G1)*

*"P1: Sì, and the last thing I want to say...I want to say when we are here...the most of people don't have document, people have stress. I think... Maybe those people like you guys are doing, people should help us" (G2)*

All'interno di questa macro-categoria troviamo anche le riflessioni su luogo che influisce sul benessere individuale come la questura. In particolare nel secondo gruppo, la questura viene indicata come un luogo che porta con sé stress e preoccupazione, poiché si ricollega al tema del documento e della possibilità di regolarizzarsi in Italia. Come già precedentemente osservato, la presenza di queste riflessioni è nel secondo gruppo, perché le partecipanti, al tempo della rilevazione, erano in attesa di concludere la loro pratica di regolarizzazione.

Anche la commissione territoriale<sup>18</sup> viene nominata come luogo che contribuisce ad influenzare negativamente il proprio benessere. È importante osservare come, questa discussione, sia presente solo nel secondo gruppo. Le donne accolte nel percorso di protezione sociale frequentemente richiedono la protezione internazionale, un percorso di regolarizzazione che può avere lunghi tempi di attesa e che implica un'audizione presso la commissione territoriale. La commissione è un elemento molto presente nella loro quotidianità, o perché si è in attesa di conoscere il responso della propria audizione o perché ci si prepara ad essere ascoltate. Il momento dell'audizione è un momento che viene descritto come molto stressante, che si ricorda nel tempo. Lo stesso vale per l'attesa dell'audizione. All'interno della comunità mamma – bambino, le persone accolte, al momento del focus, non avevano seguito questa procedura per la loro regolarizzazione. Lo stesso avviene anche per chi era accolto nel programma del SAI.

## **2.6) Strategie di coping**

Il terzo nucleo tematico individuato riguarda le strategie di coping. Seguendo i principi della Participatory Health Research( Brito et al., 2013) si è ritenuto interessante non solo focalizzarsi sugli elementi di fragilità delle donne coinvolte, ma anche sulle risorse che nella loro vita di tutti i giorni mettono in atto per far fronte alle difficoltà incontrate (Roura et al., 2021).

---

<sup>18</sup> La Commissione territoriale per il Riconoscimento della Protezione internazionale è l'organo che ha il compito di valutare e decidere in merito alla domanda di protezione internazionale, previa audizione del richiedente. Attualmente ve ne sono 20 sul territorio nazionale. VEDI [Commissione territoriale / Open Migration](#)

L'autodeterminazione, il supporto sociale, la spiritualità e lo stress sono le macro-categorie che definiscono le strategie di coping che le partecipanti hanno individuato durante i focus group.

### L'autodeterminazione

		GRUPP O 1 (G1) Comunit à mamma - bambino Gr=115		GRUPP O 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPP O 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
		Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e
<b>Crescita</b>	<b>personale</b>	9	61%	0	0%	6	39%	15	100%
Gr=11									
<b>Libertà di decidere per</b>	<b>sè</b>	0	0%	9	71%	4	29%	13	100%
Gr=11									
<b>Importanza</b>	<b>della</b>	1	56%	0	0%	1	44%	2	100%
<b>lingua</b>									
Gr=11									
<b>Raggiungere i propri</b>	<b>obiettivi</b>	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Gr=2									

Tabella 2.11 4 Macro categoria Autodeterminazione: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate).

Se si osservano le frequenze assolute di tutti i macro temi, al terzo posto si colloca proprio l'Autodeterminazione. Con questa definizione si è voluto raccogliere alcune categorie, emerse in maniera differente nei tre diversi gruppi, in linea con il modello del benessere psicologico (Ryff, 2013) che ne individua nell'autonomia (*autonomy*) una delle dimensioni chiave. Il benessere è strettamente legato al tema della libertà di prendere delle decisioni per sé stesse e di definire il proprio progetto di vita, avendo le opportunità di raggiungere i propri obiettivi. A questo si aggiunge la possibilità di intraprendere una crescita personale (Ryff, 2013), come conoscenza che faciliti la lettura e la comprensione del contesto italiano, che presenta una quotidianità e dei funzionamenti molto diversi da quelli esperiti nel proprio paese di origine. Emerge una lettura del percorso migratorio come di un percorso di evoluzione personale. In linea con quanto definito dalla letteratura e dal modello eudemonico di benessere psicosociale (Antonelli, 2007) analizzano le diverse categorie che compongono questo nucleo tematico.

La categoria della “Crescita personale” è quella che ha ottenuto le frequenze più alte. L’apprendimento, lo studio, sono utili alla propria crescita personale che contribuisce al benessere psico – fisico. Nel primo gruppo viene usato il termine “educazione” intendendo non solo l’educazione scolastica, ma le occasioni di sviluppo personale. L’essere in un nuovo paese richiede delle conoscenze che permettano di comprendere meglio la realtà circostante e rendere più facile il percorso di radicamento in Italia. Il primo gruppo inserisce nella classifica delle determinanti di salute, al quarto posto “educazione per tutti”.

In generale il primo gruppo riconosce come apprendere, evolversi promuove il proprio benessere. Lo stesso avviene anche nel terzo gruppo, dove si sottolinea come l’essere in Europa permetta di poter studiare, investire nella propria educazione, cosa che non è realizzabile nel proprio paese di provenienza. La migrazione stessa viene associata ad un percorso di crescita e di educazione.

*"P3: no, secondo me no. Educazione!*

*M: spiega, stiamo ragionando \*sovrapposizione di voci\**

*P3: l’educazione, che però perché se tu non ce l’hai l’educazione come si integrare?*

*P6: l’integrazione?*

*P3: Sì con la comunità cioè tu adesso quando tu vai a cercare lavoro per quelli sì allora dici tu parla italiano. Sì? No? Buonanotte. Quindi educazione è molto importante anche... non solo per lavoro, per tutti, per salute*

*P1: come si fa l’educazione? Come si fa?*

*M: aspetta, aspetta un attimo però capiamo bene cosa vuol dire educazione. Cosa intendiamo con educazione? Studiare?*

*P3: studiare sì, non solo educazione, non solo studiare con libro. Questo è educazione, ha capito? (comprendendo con un segno tutto il gruppo, in riferimento all’attività che stiamo svolgendo) Questo educazione per me, per te è diverso cioè per me questo educazione. Quando tu capisci come sta Italia loro cosa mangi, cosa fai, questo come si fa in Italia? nel mio paese si può fare pipì al muro così su strada però Italia non si può. Ha capito? questo l’educazione, non è solo che l’altra (riferimento alla scuola)” (G1)*

*"P3: this is why they say travel is part of education...like you travelling you learn a lot" (G3)*

*"P5: To stay with people that have something doing, that makes me happy.*

*M: Spiegami meglio, io non ho sentito*

*P3: No d’accordo*

*P5: People that has something doing*

*P3: Like working...*

*P5: Like working yeah, people that have quality, where you discuss something, you know...*



P3: *When you working, you are talking about...*

P5: *No, I have... people that have something...*

P3: *Something like what, specify...*

P5: *"Yeah... Work, do good things, you understand? \*M annuisce\* It makes me, when we see that, like we'll discussing them, give your points, give my points, essere d'accordo, it makes me feel good. It's like when we see that chiacchierare, you understand? It makes me feel better.*

M: *Capito quello che dice P5? P5 dice che per stare bene devo stare vicino a persone, che la loro testa sempre si muove, che fanno tante cose, che sono interessate perché queste persone mi fanno crescere...*

P5: *Sì, pensare bene, pensare bene*

P2: *Chi persone?*

M: *Amici... persone che tu conosci. Lei dice a me piace stare con delle persone che hanno tanti interessi, tante cose nella testa perché così anche io*

P5: *Sì, Sì... così anche io imparare e funzioni bene" (G1)*

All'interno di queste riflessioni anche lo studio e la scuola sono riconosciuti come elementi di crescita importanti che aiutano la persona ad essere più padrona delle proprie scelte e delle proprie conoscenze.

*"P5: for me it is more important to go to school (ribadendo che senza istruzione non si trova lavoro).*

P7: *Because we don't go to school (nel proprio paese)*

P3: *yes what make you feel better! no comment. But for me it is studying!*

M: *Studying make you feel better! Why? please explain to me*

P3: *if you study you get all your mind there, to know something, like ....it make feel better for me oh! I like to put all my mind in ...to know the thing!! (G3)*

*"P10: Io sto bene studiare, e dopo lavoro. Sì, perchè io prima non capisco italiano, non capisco scrivo, adesso io sono chiara, e capisco ....ahhh (racconta come all'inizio dell'accoglienza faticava con la lingua italiana e non sapeva scrivere, da quando va a scuola ha invece migliorato le sue competenze). Io non lavoro, no soldi, ma io ora capisco." (G3)*

Per quanto riguarda la seconda categoria "libertà di decidere per sé", il termine "libertà", "freedom" viene individuato come caratteristica del proprio benessere particolarmente all'interno del secondo gruppo. Per poi essere ripreso anche nel terzo gruppo.

*"P3: Wellness for me is a state to be well in all aspect, for ...number one health, second emotional (my state of emotional)*

P3: *another one Freedom and be indipendent.*

*P1: freedom*

*P4: also for me freedom*

*P5: freedom! Freedom!*

*P2: anche io!*

*P1: very important " (G2)*

*"P2 (il benessere è) at first have the opportunity to reach my goals!: wellness is doing what make you happy, and the health, the health, the health we are talking about, is when you eating good food, put good thing in your stomach, living in good environment.*

*O: and you make an examples on what you do*

*P2:like the things is said, let me just put myself like an example. Maybe I'm a hairstylist, I want to do...I have that passion to doing hairstylist, and they stop me , not to do it, and put me in cucina, it's not what I want, what I do it make me happy... and freedom...that freedom its very very important!*

*P5: f-r-e-e-d-o-m!*

*P1: freedom is very important!*

*P3: If they can stop it, there is no freedom!*

*P1: no get freedom ah! Mamma mia! (risate)*

*M: I see.....*

*P3: for me freedom bets food! (più importante che nutrirsi)*

*M: I would like to ask you, which is your meaning of freedom*

*P4: Independent!*

*M: only independent?*

*P3: be independent it covers everything!*

*M: mm mm (assenso)*

*P3: Because when you are independent, you are free, nobody control you, you have a job that you earn money from, you pay your bills ...so it so vast...*

*P1: when you don't ask to nobody, when you don't have fear from somebody*

*M: P5 you have opinion on it?*

*P5: yeah to do the things by your own!" (G2)*

In questo estratto è possibile mettere a fuoco alcuni punti che permettono di definire meglio il sotto tema della "Libertà di decidere per sé". Emerge il tema del lavoro come strumento per raggiungere l'indipendenza. Attraverso il lavoro, si ha l'indipendenza economica e questo permette di affrancarsi da forme di controllo, non si deve chiedere più niente a nessuno ed è possibile anche non temere più nessuno. È quindi chiaro che questo sottotema si ricollega al tema

delle Necessità concrete ed in particolare a quella del lavoro, come strumento di sostentamento. Dall'altra parte la libertà può essere anche non dover essere costretti a lavorare:

*"P7: when you are independent, is it your choice to work or not.*

*P3: for me to be independent you already get a job, to be independent" (G2)*

È importante ricordare che probabilmente il tema della libertà è emerso con più forza all'interno di questo gruppo, per lo specifico percorso migratorio vissuto dalle partecipanti. Sia nel secondo gruppo che nel terzo, sono presenti persone fuoriuscite dal fenomeno della tratta degli esseri umani. La tratta si caratterizza per essere un percorso migratorio violento, che comporta l'assoggettamento e il contrarre un debito migratorio con organizzazioni criminali. Le persone coinvolte vivono quindi una dimensione di intenso controllo, in quasi tutti gli aspetti della loro vita e spesso per lunghi periodi.

Spesso anche le strutture di accoglienza che ospitano le donne che cercano protezione da queste organizzazioni di stampo mafioso, hanno a loro volta percorsi di accoglienza in case rifugio con regole rigide. Anche l'accoglienza e i percorsi di fuoriuscita possono quindi essere caratterizzati da elementi di controllo.

Da sottolineare inoltre il bisogno di fare ciò che piace, ciò che rispecchia le proprie inclinazioni. In particolare nell'estratto viene fatto riferimento all'esperienza del lavoro. I percorsi di accoglienza, spesso, offrono occasioni di formazione e di inserimento lavorativo. Per quanto il tentativo dei centri di accoglienza sia di progettare percorsi individualizzati, che possano rispondere alle inclinazioni delle persone, spesso le risorse disponibili sono limitate e precostituite. Acquista un significato rilevante la definizione di un percorso di benessere, come un percorso dove sia possibile seguire le proprie inclinazioni e le proprie aspirazioni.

Questo tema si ricollega ad un altro sotto tema: autodeterminazione come "raggiungere i propri obiettivi!"

L' "importanza della lingua italiana" è l'altra categoria dell'autodeterminazione. Dal primo e terzo gruppo vengono fatti dei riferimenti anche sull'apprendimento della lingua italiana, strumento fondamentale per inserirsi nel paese di accoglienza. Questa viene inserita tra le risorse da acquisire.

*"P5: senza parla italiano bruttissimo, casino*

*P3: anche quando tu vai assistente sociale, quale lingua tu parli? Tua lingua? Io vado assistente sociale "Ciao" \* parla la sua lingua\*quindi vedi se ti risponde...*

*M: bello però, sarebbe bellissimo se l'assistente sociale ti rispondesse*

*P3: Eh sì, c'è anche una lingua molto poche (un dialetto che parlano in pochi) e tutta africa capisci inglese, parla inglese. Hai capito?*

*M: certo ho capito*

*P3: se tu non lo sai come si dice "Ciao" e bisogno "per favore" questo basic basic italiano, non si può comunicare con nessuno qua, per me " (G1)*

*"Partecipante 8: Studiare (italiano), studiare.*

*M: Studiare it is something that make you feel better? What makes you feel better?*

*Partecipante 8: Sì, per parlare" (G3)*

Con l'ultima categoria "raggiungere i propri obiettivi", si evidenzia come le partecipanti ricolleghino il benessere ad avere delle opportunità di realizzare i propri obiettivi. La categoria emerge solo nel secondo gruppo ed è ricollegabile alla categoria precedente.

*"P1: when I want to do something, and I have the opportunity to do it. They give me the opportunity to do it." (G2)*

*"P4: Have part of the good things you want in life." (G2)*

La possibilità di poter raggiungere i propri obiettivi, avere un'opportunità, è un tema che si ricollega ai vissuti delle giovani partecipanti del secondo gruppo, che esprimono nella migrazione la possibilità di avere nuove opportunità. È anche qui interessante come questo tema emerga nel gruppo più sensibile al tema dell'autodeterminazione più generale e che proviene da esperienze di assoggettamento.

Queste possibilità di decidere per sé, di avere delle opportunità, emergono anche nel confronto con le esperienze nei propri contesti di provenienza.

*"P6: Exactly! Per esempio in Nigeria, they like to give out the girls to man, you have to marry this person*

*P3: you can't take your decision!*

*P3: but now you are in Europe, they can't come and tell me who I have to marry. If I say no to do traditional marriage..they can't write to my family (per lamentarsi)" (G3)*

## Il supporto sociale

Trasversalmente ai tre gruppi e in maniera omogenea, emerge la strategia del “Supporto sociale”.

		GRUPP O 1 (G1) Comunit à mamma -bambino Gr=115		GRUPP O 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPPO 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
		Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e
<b>Supporto</b>	<b>Sociale</b>	3	33%	3	33%	3	33%	9	100%
		Gr=5							

Tabella 2.12 Macro categoria Supporto Sociale: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate).

All'interno di questa categorizzazione si vuole inserire la necessità espressa dalle partecipanti di avere relazioni supportive come relazioni che influenzano positivamente il proprio benessere. In particolare, la descrizione data dalle partecipanti fa riferimento a relazioni che non si occupano di offrire un aiuto concreto, quanto piuttosto un sostegno emotivo, durante il loro percorso in Italia. Dai focus group emerge che questo ruolo può essere ricoperto anche dagli operatori dell'accoglienza, che vengono descritti come figure capaci di incoraggiare, confortare. Le relazioni supportive permettono alla persona di essere ascoltata, di chiedere un consiglio, qualora lo ritenga necessario. L'operatore viene quindi descritto come persona che è presente per te, piuttosto che come una figura che possiede le soluzioni per i tuoi bisogni. Questa funzione viene svolta anche dalla propria rete sociale. Uno degli esempi che emerge è il ruolo della guida spirituale, che agisce pregando per chi ne ha bisogno. Il tema del Supporto è, infatti, ricollegabile anche alla dimensione Spirituale, che verrà di seguito analizzata.

*"P1: I like when I'm doing something, I have some one it's telling me, correcting me "this is good, this is no good" "you should do it or not do it".*

*M: How can you explain this kind of person? It's a friend? It's more than a friend, give me more information.*

*P1: let's like friend...this thing that you guys (voi in quanto operatori) are doing.. it's very good..because when someone is feeling \*\*\* (non comprensibile)\*\*\*not good, in this way you can talk about yourself, how you feel and all this kind of things, so I think if you want to do something, you need someone that is supporting you, telling you this is rights, this is not right...something (from) you can benefit..." (G2)*

*"P4: [...]the person influences me is operatore...because sometimes there are decision that I have to make...and I'm thinking...I ask myself should I wait?...she says (riferimento all'operatrice) "dai ce la fai, su", "dai muoviti ce la fai!" ..." (G2)*

M: *ma che cosa succede in chiesa che fa stare bene?*

P2: *canti, balli*

P1: *cantare. Ballare...*

P2: *preghi... la parola, ti incoraggia..." (G1)*

"P3: *last but not least pastore! pastorella!* (in riferimento alla chiesa evangelica)

M: *ok, la pastora. ok e spiegami quando tu la chiami la pastora?*

P3: *I ask her to pray for me, pray for me!*

M: *quindi tu gli chiedi non tanto...let me understand...*

P3: *For example, last year I was very sick! I was in the hospital, so I call my pastor, he prays for me...yah!*

M: *So is someone you asking suggestions or is someone in support or both...*

P3: *ahhh...support...she helps me with the prayer" (G3)*

## Spirituale

Elemento di promozione del benessere è la dimensione spirituale.

	GRUPP O 1 (G1) Comunit à mamma - bambino Gr=115		GRUPP O 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPPO 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e
<b>Spirituale</b> Gr=12	7	33%	7	33%	7	33%	21	100%

Tabella 2.13 Macro categoria Spirituale: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate).

Si conferma quanto osservato in letteratura (Lee & Hwang, 2014). Il proprio credo religioso, la preghiera, per chi è credente, contribuiscono positivamente al benessere psicofisico per tutti, questo elemento viene riconosciuto da tutti e tre i gruppi. Sia con per il loro ruolo di conforto, sia perché nei momenti di malessere contribuisce al processo di guarigione. Il terzo gruppo in particolare inserisce la preghiera al secondo posto degli elementi che promuovono il benessere personale. Il primo gruppo e il secondo riconoscono un ruolo importante della preghiera e della religione, ma nessuno dei due l'ha inserita nella classificazione delle determinanti.

"M: mi spiegate perché Chiesa si sta bene?

P2: perché Dio fa stare bene

P1: bene, bene, bene...(G1)

"M: P4, invece per te moschea?

P4: tutto bene...

M: perché? Explain me, why?

P4: the speeches, they pray, I pray... \*sovrapposizione di voci, non si capisce\*...it makes you feel good...[...] it's a matter of pray" (G1)

M: Mosque, how is mosque?

P2: molto bene

M: molto bene... perchè? Why? Molto bene

P2: mosque, preaches make you understand, make you feel good. The preaches... so after praying you feel something in your body.... ohh good!" (G1)

"P3: You know, sometimes, you get a sickness, even if you take tachipirina, it can never work, maybe is prayer that work so ... When I was sick, was prayer that work so..." (G3)

## Stress

Lo stress viene individuato come elemento che influenza negativamente il benessere psicofisico.

	GRUPP O 1 (G1) Comunit à mamma - bambino Gr=115		GRUPP O 2 (G2) Art.18 Gr=86		GRUPPO 3 (G3) SAI Gr=82		Totale	
	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e	Absolute	Row- relativ e
Stress Gr=5	3	50%	3	50%	0	0%	6	100%

Tabella 2.14 Macro categoria Stress: confronto tra i tre gruppi (frequenze normalizzate).

Lo stress è correlato a molte delle esperienze raccolte nei diversi incontri. Diversi sono i problemi che si possono incontrare nel proprio percorso di inserimento in Italia. Questo elemento emerge quindi in maniera implicita in diverse delle categorie analizzate precedentemente. Se lo si osserva come elemento specifico, le frequenze registrate sono raccolte principalmente nel primo e nel secondo gruppo. Lo stress si ricollega al tema della salute mentale e all'importanza di avere "your mind settle down" (G2).

*"P2: Mi fa stare bene non avere problemi..."*

*P3: questo me d'accordo*

*M: questo vuol dire che relax*

*P2: La testa rilassata...*

*P3: eh sì, eh sì..." (G1)*

All'interno di questa dimensione sono comprese anche le frustrazioni quotidiane, anche se le partecipanti non le definiscono esplicitamente come stressanti.

*"P2: supermarket così così, it's good but sometimes you don't have enough money to get what you want.*

*M: what you want... so supermarket is also a little bit stressful...*

*P1: mmm (assenso)*

*M: because you see things that you want to buy but not possible to buy*

*P2: ...yes to buy " (G1)*

Vi è poi il collegamento con la dimensione dei servizi, dell'accesso ai servizi e delle esperienze negative vissute, a volte di discriminazione. Alcune azioni quotidiane possono diventare fonte di stress, come ad esempio recarsi ad una visita.

*"P1: yes, no stress!!!*

*M: wait one by one! try to say more, why no stress?*

*P1: (ride, si vergogna) ok I think when I have stress... When you have to do something and there is nobody that follows you, without drive you (fa riferimento agli spostamenti sul territorio, quando le operatrici non l'accompagnano) and when someone is shouting at you, some kind of maltreatment. When you have appointment, and you don't feel fine, but you have to go.*

*P4: this thing is about, bad things in life (secondo P4 Il tema dello stress non è coerente con la consegna)*

*M: let me understand if I understand well...if I have less stress in my life my wellness grow.*

*P1: si true! (P1 ripete gli esempi, per sottolineare l'importanza dello stress)*

*P6: person when is sick, why that person is stressing themselves?*

*P1: because if you have appointment you have to go, this is my experience." (G2)*

Guardando esclusivamente alla frequenza, questo tema non appare particolarmente significativa. Si è ritenuto però un elemento da inserire all'interno delle determinanti rilevanti, poiché si ricollega a diverse altre dimensioni precedentemente nominate.



Questi collegamenti sono emersi dal racconto delle partecipanti, che hanno ricollegato alcune dimensioni precedentemente descritte, a stati di malessere, di preoccupazione, di forte difficoltà che rientrano nella macro categoria dello stress.

## 2.7) Semantic Network

Uno degli aspetti rilevanti dell'analisi è il collegamento emerso tra le varie categorie, descritte in precedenza. Come è stato descritto, alcune delle categorie che compongono i nuclei tematici, si ricollegano tra loro. Il tipo di legame può variare: può trattarsi di una relazione causale o di una semplice associazione o di una relazione in cui le due categorie di controbilanciano tra loro.

Tramite Atlas.ti è possibile costruire diagrammi di testo che permettono di rappresentare ed esplorare le strutture concettuali, attraverso il disegno di una rete semantica. In questa i nodi della rete rappresentano gli oggetti o i concetti, mentre i link specificano i tipi di relazioni tra un nodo e l'altro. Questi collegamenti sono stati individuati direttamente dalla ricercatrice, la quale ha osservato durante la discussione, i rimandi espliciti ad altri temi, fatti dalle partecipanti.

Tre i nuclei semantici più significativi, per collegamenti con altre categorie. La prima, per maggiori legami semantici, è la macro categoria dello Stress.

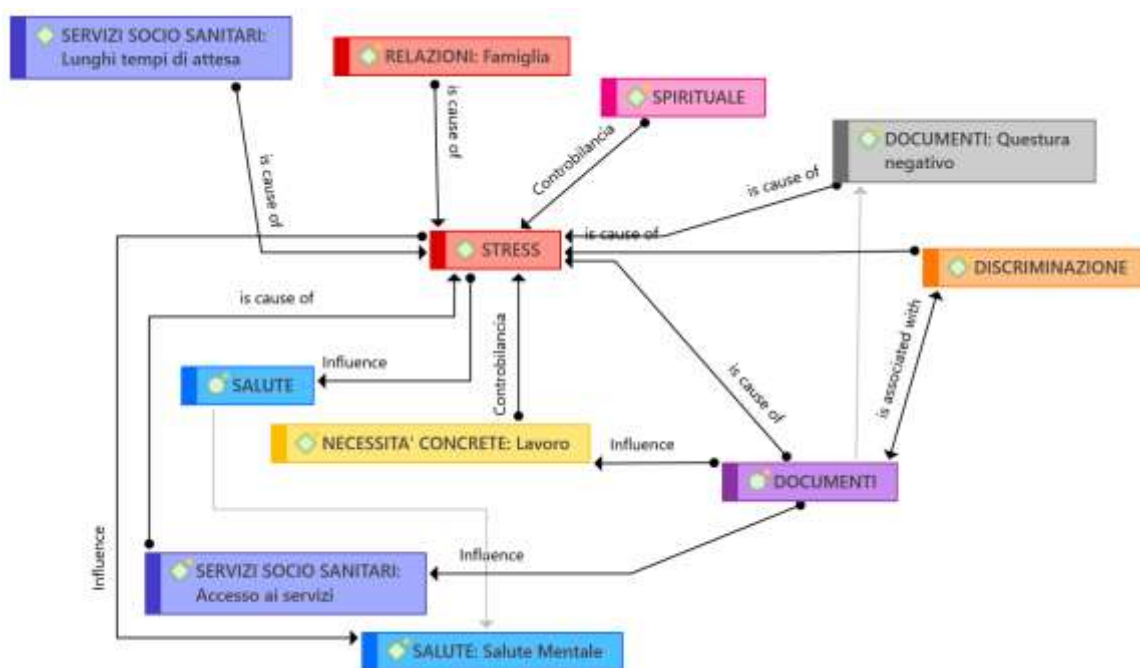


Figura 2.4 Categoria Stress – Semantic Network

Dall'analisi dei focus emerge che lo stress si ricollega a diverse dimensioni precedentemente nominate. Tra questa dimensioni possiamo notare che:

- Lo stress è riconosciuto come elemento che influenza: la salute ed in particolare la salute mentale.
- Può essere causato da categorie come quella del documento, ma anche dalle esperienze negative in questura, o dal dovere accedere ad un servizio socio – sanitario. Anche i lunghi tempi di attesa

per le cure, dei servizi socio – sanitari contribuiscono a causare lo stress. Infine anche la discriminazione contribuisce a causare lo stress.

- Alcuni elementi hanno la capacità di controbilanciare lo stress: tra questi abbiamo la categoria Spirituale; la dimensione religiosa ha effetti sul limitare lo stress, ed il lavoro, elemento positivo, anche questo capace di controbilanciare lo stress.

Successivamente è stata individuata la categoria Documenti, anche questa presenta diversi collegamenti.

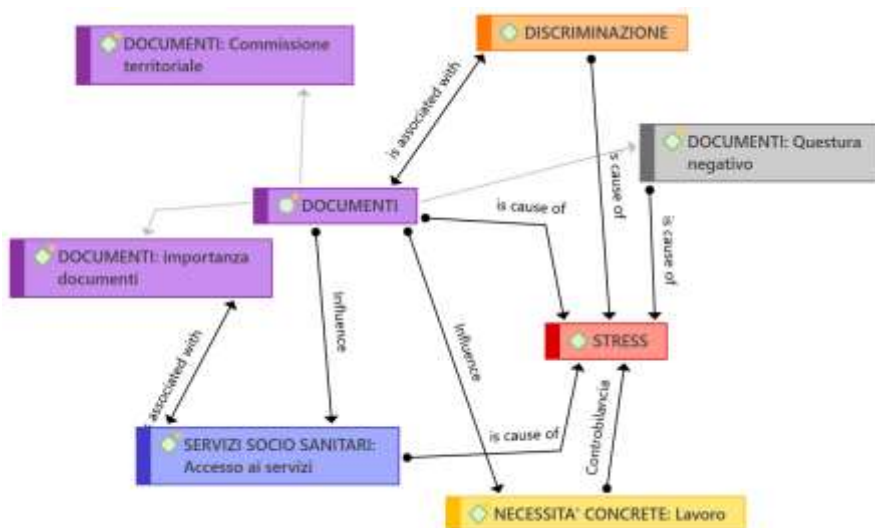


Figura 2.5 Macro categoria Documenti – Semantic Network

In particolare si conferma quanto osservato in letteratura (Garcini et al., 2022), la regolarizzazione permette l’accesso ai servizi, influenza le condizioni di stress e di instabilità, che le donne partecipanti raccontano di aver vissuto nel loro percorso di regolarizzazione

Il documento, infatti, oltre ad essere causa di stress, come osservato, è associato sia alla discriminazione, sia alla possibilità di accedere ai servizi socio – sanitari. Infine, influenza anche la possibilità di trovare lavoro.

La terza rete semantica significativa è quella della categoria “Contesto-Casa Rifugio”

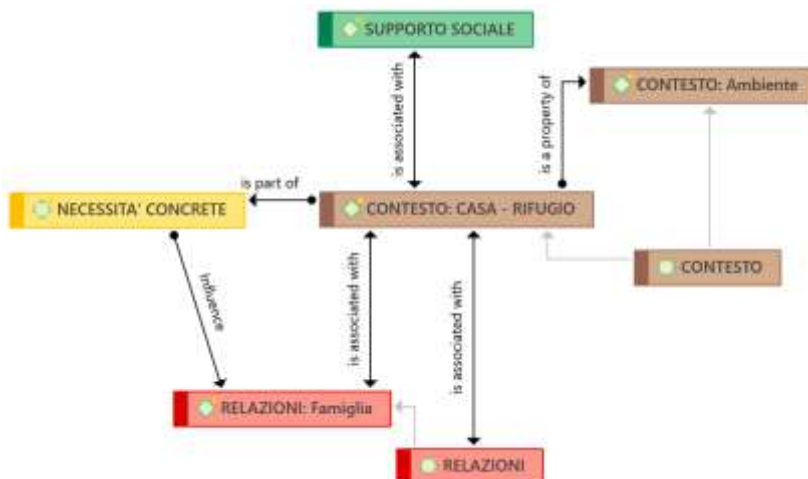


Figura 2.6 Macro categoria Casa – Rifugio – Semantic Network.

Guardando al network è possibile osservare come la casa – rifugio sia un'importante elemento del contesto ambientale, viene descritto come elemento che contribuisce a rafforzare il senso di sicurezza. Questa però è anche, chiaramente, parte delle necessità concrete e strettamente associato al tema delle relazioni, ed in particolare si specifica anche a quello della famiglia. Inoltre la casa – rifugio viene associata a i luoghi dove è possibile ritrovare il supporto sociale.

## **2.8) Conclusioni**

La realizzazione dei focus ha permesso di dare spazio alla visione delle partecipanti sia nella definizione di benessere, sia nel fare emergere le determinanti che influenzano il benessere psicofisico nella loro quotidianità. Si è cercato di individuare quali sono gli aspetti maggiormente rilevanti e quali le correlazioni tra loro, oltre a ciò che viene citato in letteratura.

Alcune di queste determinanti sono particolarmente interessanti perché non erano state considerata in fase di progettazione del focus groups o perché la descrizione che ne viene fatta ne permette un nuovo punto di vista, ampliando le prospettive della ricerca. Questo ha permesso di porre le basi sia del terzo studio, che sarà approfondito nel prossimo capitolo, sia dell'implementazione dei servizi dedicati alla salute delle donne migranti, output finale di questo percorso di dottorato industriale.

Tra queste troviamo la macro categoria “Necessità concrete” che ha raccolto il numero maggiore di frequenze. Questa riporta in primo piano la dimensione dello status socio – economico come determinante del benessere individuale. Aspetti concreti e materiali come il lavoro, buone condizioni di vita (una buona alimentazione, ritmi di vita che permettano il riposo) sono riconosciuti dalla letteratura come rilevanti per la salute fisica e mentale (Delara, 2016). Si conferma anche la visione, promossa dalla teoria delle determinanti di salute, in cui gli svantaggi di salute sono strettamente collegati alle disuguaglianze sociali.

La rilevanza numerica di questa macro categoria è tale grazie alla presenza della categoria denominata “Svago” che al suo interno raccoglie 20 delle 43 frequenze totali. I riferimenti agli aspetti legati al tempo libero, alla socializzazione, al divertimento, non erano stati individuati in fase di progettazione dei focus. È stato però necessario inserirli in una categoria specifica visto il livello di frequenza. Si è scelto di inserire la categoria “Svago” nelle necessità concrete, riconoscendo la dimensione del tempo libero, del tempo ludico, come diritto umano essenziale (Veal, 2015), come suggerito da una parte della letteratura che gli assegna un ruolo chiave nel contribuire al benessere personale. Questa viene ritenuta essenziale, poiché capace di favorire lo sviluppo di nuove competenze e l'inserimento nel nuovo ambiente (Kim et al., 2018). È possibile affermare però che, oggi, la letteratura presenta ancora un gap sull'influenza che lo svago/tempo libero ha nel modello di qualità della vita dei migranti. Questa dimensione ha infatti ancora un ruolo residuale, si riconosce la precedenza sia nell'analisi che nella progettazione ad altre

necessità concrete (cibo, rifugio) (Brajša-Žganec et al., 2011). Inserire qui questa categoria, rappresenta il tentativo di contribuire a spostare le riflessioni sullo svago, favorendo un suo riconoscimento nei bisogni primari e prioritari.

L'analisi dei focus group ha confermato la rilevanza che le "Relazioni" hanno sulla salute delle donne migranti. Le relazioni sono state indicate come un'importante determinante di salute (WHO, 2022). All'interno dei contenuti emersi dai focus sono presenti sia le relazioni familiari, presenti sia nel paese di accoglienza, che nel paese di origine, sia la rete amicale e di connazionali. Entrambe, come è stato osservato, presentano un ruolo ambivalente, perché possono sia promuovere che ostacolare il benessere personale, in accordo con quanto è già emerso in letteratura (Panchang et al., 2016) che suggerisce la necessità di riconoscere il ruolo di determinante del supporto sociale che contribuisce a promuovere il benessere psico fisico (Caplan, 1974) ma anche quella di identificare il tipo di supporto ricevuto. Le relazioni con i connazionali hanno, infatti, un'influenza diversa se comparate alle relazioni con la società di accoglienza. Questo perché i connazionali si trovano anch'essi in una situazione di svantaggio, con risorse limitate e un inferiore capitale sociale. Dall'altra parte le relazioni con la comunità autoctona permettono alla persona di sviluppare un senso di accettazione, aumentando il supporto sociale percepito (Hombrados-Mendieta et al., 2019). Vista la rilevanza e le ambivalenze anche nella definizione del loro ruolo, si ritiene pertanto necessario approfondire ulteriormente questa dimensione, per comprendere meglio lo sviluppo e il ruolo della rete di supporto.

Collegato alle relazioni, è la strategia di coping qui denominata "Supporto Sociale". Anche l'importanza di questa macro categoria trova conferma nella letteratura. Il supporto sociale ha una funzione di mediatore, promuove esperienze emotive positive, riduce gli effetti negativi dello stress e della discriminazione (Henríquez et al., 2022).

In particolare, nei risultati emersi è stato interessante osservare il ruolo di supporto degli operatori, descritto dalle partecipanti come ruolo di supporto che appare più di carattere emotivo che di stampo tecnico o organizzativo durante il loro percorso di accoglienza e inserimento in Italia. Come è stato osservato, si fa riferimento a queste figure, come persone capaci di promuovere la motivazione delle donne, rincuorarle nei momenti di sfiducia. Una descrizione diversa rispetto a quella di figura guida, o persona esperta e figura di riferimento, come gli educatori dei servizi sono soliti percepirsi. Questo appare un aspetto interessante da approfondire anche nel terzo studio, all'interno dell'analisi delle rete supportive.

I risultati ottenuti suggeriscono un approfondimento anche sulla macrocategoria "Discriminazione". La discriminazione è un elemento da tempo riconosciuto tra le principali determinanti psicosociali del benessere individuale della popolazione migrante (Paradies et al., 2015; Carter et al., 2019). La letteratura osserva come le ripercussioni della discriminazione sono

osservabili sia sulla salute mentale che sulla salute fisica (L. Black et al., 2017). Il tema della discriminazione è emerso in tutti e tre i focus group condotti, in particolare nel primo e nel secondo gruppo. Alle sollecitazioni proposte di definizione di benessere (*Stare Bene è...? Quando sto bene? Cosa mi serve per stare bene?*) o dei suoi luoghi del benessere (*Quali le esperienze con i servizi? Quali barriere?*) al di là delle singole determinanti, il gruppo condivide episodi di vita quotidiana in cui si raccontano esperienze di discriminazione. Sebbene non sia stato pronunciato il termine “discriminazione”, i racconti sono ricollegabili ad esperienze di micro aggressioni razziali, poiché si esplicita come questi episodi siano ricollegabili al loro status di donne e straniere in Italia, tanto da esplicitare che “*whites don't like black people*” (G2). Alcuni luoghi sono stati descritti come negativi per il proprio benessere perché sono i posti dove si sono vissuti episodi conflittuali, riconducibile alla discriminazione. Lo stesso avviene rispetto all'accesso ad alcuni servizi, come i servizi sanitari. In questo caso le esperienze negative disincentivano all'accesso del servizio. Le barriere all'accesso, in quest'analisi, sono ricollegabili maggiormente a questi aspetti, piuttosto che a difficoltà di comprensione del servizio o ad una mancanza di informazione (Delara, 2016).

Vista la trasversalità della discriminazione come determinante, si ritiene interessante approfondire questo aspetto all'interno del terzo studio. Sarà interessante analizzare la discriminazione in relazione al benessere personale, osservando l'intersezione di razza, genere e status sociale, che caratterizza l'esperienza specifica delle donne migranti (Lewis & Neville, 2015; Weber & Parra-Medina, 2003). L'approfondimento sulla discriminazione si ritiene utile anche in un'ottica più operativa, per una riflessione e per l'implementazione dei servizi, che ad oggi, non offrono spazi per ospitare questo tipo di confronto. Sebbene la discriminazione sia ormai da tempo riconosciuta come elemento imprescindibile nello studio del benessere delle persone migranti, nei servizi di accoglienza e di tutela sono ancora pochi gli strumenti che favoriscono l'emersione e la rielaborazione di fenomeni come le micro aggressioni razziali. I servizi dedicati si concentrano maggiormente sulla possibilità di denuncia e di intraprendere un percorso legale. Questo rimane un aspetto problematico, visto che le partecipanti non nominano esplicitamente la discriminazione. Il rischio è che questo tipo di esperienze quotidiane vengano normalizzate (Pérez Huber et al., 2021), sia da chi ne è oggetto, sia dagli operatori dei servizi.

Allo stesso tempo è interessante osservare come il gruppo abbia utilizzato lo spazio dei focus group per condividere gli episodi di discriminazione vissuti. Questo da una parte sottolinea il clima di fiducia e condivisione emerso nei gruppi, da non ritenere scontato soprattutto su un tema come la discriminazione, che mette in discussione la società ospitatane (Ruppenthal et al., 2005). Dall'altra conferma il ruolo di supporto psicologico che la discussione di gruppo può costituire per questo tipo di popolazione. Attraverso il dialogo con persone con cui si condividono caratteristiche comuni (ad esempio il genere, lo status di migrante) è possibile condividere questi

tipi di vissuti, che solitamente sono taboo al di fuori della propria comunità (Ruppenthal et al., 2005).

Altro risultato interessante emerso con l'analisi dei focus è la macro categoria, all'interno del nucleo tematico delle Strategie di Coping, definita "Autodeterminazione". L'Autodeterminazione è presente nelle sue diverse categorie in tutti e tre i gruppi. Questa macro categoria contribuisce ad una definizione del benessere, da parte delle partecipanti, più focalizzata sulla capacità di "auto-funzionamento" all'interno del contesto ospitante. Si sottolinea la possibilità di sviluppare il proprio potenziale, ma anche di possedere (o meglio riacquisire) un certo controllo sulla propria vita (categoria "libertà di decidere per sé"). Il benessere si raggiunge se si può perseguire i propri scopi e promuovere la propria crescita personale (categorie "Raggiungere i propri obiettivi" e "Crescita personale"), si ricerca la propria autonomia (Ryff & Singer, 2008). Questa lettura del benessere in linea con il modello di benessere eudemonico (Ryff, 2013) prevale rispetto al modello di benessere edonico, che prende in considerazione meno dimensioni ed è più legato ai concetti di felicità e piacere. Questo appare considerare una minor complessità, poiché si limita a considerare le soddisfazioni in ambiti specifici (ad esempio la soddisfazione per la propria vita lavorativa) e alla dimensione degli affetti (Antonelli, 2007; Diener & Ryan, 2009), non considerando la dimensione di crescita e sviluppo. Parlare di autodeterminazione è particolarmente rilevante all'interno del quadro delle determinanti psicosociali di salute perché le persone che vivono in situazioni di povertà e marginalità per Marmot (2015) vivono in una condizione di *disempowerment*, con la possibilità di avere meno controllo sulle proprie vite, proprio a causa del loro status socio – economico. Interrogarsi quindi sulla dimensione dell'empowerment diviene necessario per progettare servizi e interventi efficaci nei percorsi di salute (Rinaldi & Marceca, 2017).

I risultati di questo studio ci permettono quindi sia di confermare, sia di aggiornare i riferimenti finora disponibili sulle determinanti di salute delle donne migranti. Tramite i focus groups è stato possibile individuare alcune "vecchie" e alcune "nuove" – nel senso di non esplicitate dalla letteratura - determinanti che emergono come rilevanti e che necessitano quindi di un ulteriore approfondimento. Tale approfondimento verrà realizzato nel terzo studio in cui saranno in particolare investigate le determinanti "Relazioni" e "Discriminazione" e le strategie di "Supporto Sociale" come fattori che possono incidere sulla salute autopercepita ed oggettiva – dichiarata – delle donne migranti.

Per quel che riguarda, invece le "Necessità Concrete", tra cui ricordiamo la categoria "Svago" e la strategia di coping denominata "Autodeterminazione" i risultati emersi verranno meglio approfonditi nella parte più operativa di questo lavoro, come presupposti per una nuova progettazione dei servizi dedicati alla salute. Servizi capaci di adottare un approccio

biopsicosociale, capace di analizzare le disuguaglianze di salute e di pensare ad interventi volti all'empowerment e all'autodeterminazione personale.

## **2.9) Criticità**

Nella conduzione del secondo studio si sono rilevate alcune criticità. I gruppi sono stati condotti sia in italiano che in inglese, in alcune occasioni, sono state utilizzate traduzioni in somalo o arabo e questo ha portato ad alcune difficoltà nella trascrizione. Sebbene principalmente sia stata operata una trascrizione letterale, in alcuni momenti è stato necessario fare un riassunto di quanto condiviso. Ciò è dovuto anche alle interferenze che spesso hanno attraversato i focus svolti nei centri di accoglienza in cui interruzioni o elementi di confusione hanno inciso sulla registrazione e quindi sulla trascrizione. La molteplicità di lingue utilizzate non ha quindi permesso una analisi, attraverso Atlas.ti, sul linguaggio e sui termini maggiormente utilizzati.

Il tema del terzo incontro è risultato poco comprensibile a tutti e tre i gruppi. Individuare gli attori che influenzano il benessere delle donne è risultato un quesito troppo generale e personale. Le partecipanti hanno chiesto più volte spiegazioni e la discussione è rimasta su un piano generale. Come già precedentemente condiviso, il terzo gruppo ha visto una partecipazione più altalenante rispetto agli altri due ed è stato necessario in alcune occasioni richiamare l'attenzione delle partecipanti. Questo è in parte da ricondurre alla mancata fase di ingaggio preliminare, questo ha influito sulle dinamiche relazionali.

Nonostante i limiti evidenziati, questo studio presenta il merito di aprire a partire dall'elaborazione di idee, pensieri e sentimenti delle partecipanti ai focus, nuovi spazi per la definizione di benessere, incentrata sullo sviluppo del proprio potenziale, ma anche le determinanti individuate dalle partecipanti come rilevanti. Alcune di queste si rivelano utili punti di partenza per l'implementazione dei servizi dell'associazione Ciac, per la promozione della salute delle donne; altre invece verranno approfondite nel terzo studio, per meglio comprendere la relazione tra determinanti di salute e salute auto percepita.

## Capitolo 3 - Gendered racism e benessere psicofisico

### 3.1) Introduzione

Il terzo studio ha avuto l'obiettivo di esplorare alcune delle determinanti di salute emerse dal secondo studio per analizzarne l'impatto sul benessere psicofisico percepito dalle donne migranti. Per raggiungere questo obiettivo è stato elaborato un questionario sottoposto a novantuno donne migranti presenti sul territorio di Parma e Provincia. In particolare il questionario si è concentrato sulla discriminazione etnica e di genere vissuta dalle donne, sulle strategie di coping adottate, sul supporto sociale percepito e sulla salute psicofisica percepita.

#### 3.1.1) *Gendered racism*

Seguendo l'approccio intersezionale, adottato da questo lavoro, è stato necessario interrogarsi su come realizzare un'analisi intersezionale della discriminazione, non riducibile al solo razzismo, ma capace di trattare la discriminazione razziale nel suo intreccio con l'appartenenza di genere. Molti studi si sono soffermati sull'importanza di rilevare l'intreccio tra razzismo e sessismo, in particolare facendo riferimento all'esperienza delle donne afroamericane (Jones et al., 2022; Laster Pirtle & Wright, 2021; Spates et al., 2020; Thomas et al., 2008). Queste esperienze di ricerca hanno portato a formulare un quadro teorico interessante denominato **gendered racism**. Il termine *gendered racism* è stato coniato da Essed (1991), proprio per cogliere la complessità dell'oppressione subita dalle donne nere che vede, in determinate condizioni, intrecciare il razzismo e il sessismo in un unico fenomeno ibrido. In particolare gli studi di Essed e del *gendered racism*, fanno riferimento alla comunità delle donne Afroamericane e le ricerche sono state condotte principalmente negli Stati Uniti e nei Paesi Bassi. Dalle sue ricerche è emerso come le esperienze di razzismo quotidiano a cui le donne nere erano sottoposte, fossero causate sia dalla loro *Blackness*, sia dalla loro *Femaleness*. Le donne nere, per Essed, sperimentavano forme di razzismo, di sessismo e di classismo (Essed, 1991).

Il concetto di *gendered racism* si applica a uomini e donne di tutti i gruppi di minoranza razziale/etnica. Si manifesta attraverso le immagini stereotipate che la società ha di uomini e donne di colore (Thomas et al., 2008). Per meglio esemplificare il ruolo degli stereotipi e delle esperienze di discriminazione si può pensare a cosa può accadere ad una donna nera che cerca lavoro. A causa della sua identità marginalizzata sia come donna che come persona nera, la donna potrebbe essere percepita come meno qualificata nei processi di selezione (Williams & Lewis, 2019). Questo tipo di percezioni hanno implicazioni concrete sulla vita delle persone, basta leggere gli ultimi report sul pay gap in America per le donne nere (AAUW, 2022).



Sperimentare questo tipo di discriminazione intersezionale è rilevante per la salute psico-fisica della persona (Lewis & Neville, 2015). Le ricerche sul gendered racism lo associano ad un maggiore disagio psicologico (Szymanski & Lewis, 2016; Thomas et al., 2008), ad una maggiore cronicità e gravità di episodi depressivi (Williams & Lewis, 2019), a svantaggi per la salute sessuale e riproduttiva (Giscombe & Lobel, 2005; Rosenthal & Lobel, 2018). È da notare, tuttavia, come per molto tempo, nelle ricerche sul disagio psicologico delle donne razzializzate c'è stata la tendenza a considerare razzismo e sessismo separatamente, come processi indipendenti.

I primi tentativi di superare questa visione, verso un'unica esperienza che caratterizza l'intreccio di queste dimensioni, sono di autori come St. Jean & Feagin (1998). Questi hanno definito per le donne nere l'esistenza di un doppio rischio (*double jeopardy*), ovvero di poter essere esposte contemporaneamente sia a fenomeni di razzismo che di sessismo, dentro e fuori la propria comunità, cercando di osservarli nella loro interazione. In linea di massima, questa argomentazione avanza l'idea che quanto maggiore è il numero di categorie marginali a cui si appartiene, tanto maggiore è il numero di svantaggi che si sperimentano (Carbado, 2013). Il tentativo di mettere in relazione razzismo e sessismo per descrivere l'esperienza delle donne nere, in questo approccio si riduce però ad un focus sulle categorie di oppressione (Williams & Lewis, 2019). Più oppressi sono coloro che appartengono a più categorie marginalizzate: per razza, genere, orientamento sessuale o classe. Elaborare una gerarchia dell'oppressione implica considerare le categorie come elementi fissi ed immutabili. Nella valutazione di come l'oppressione si viene a costituire non vengono considerati gli elementi di contesto e le dinamiche di potere che contribuiscono a strutturare le identità sociali (Carbado, 2013). L'approccio *double jeopardy* ha quindi dei limiti: non distingue tra i diversi assetti in cui le aree di oppressione si possono configurare, non considera gli elementi contestuali e sociali che possono definirle tali. Non affronta il tema delle disegualianze sociali (Thomas et al., 2008).

Per questi motivi all'approccio *double jeopardy* oggi si preferisce l'approccio intersezionale, capace di superare questa lettura. La razza, la classe e il genere sono categorie di esperienza che si intrecciano tra loro, influenzano tutti gli aspetti della vita umana e strutturano simultaneamente le esperienze di tutte le persone in questa società. Con approccio intersezionale, si intende oggi un approccio più olistico (calato nel contesto, nella contingenza temporale e che tiene conto di come possono evolvere le dinamiche di potere) nella comprensione delle esperienze, capace, in questo caso, di guardare contemporaneamente alla razza e al sesso (Thomas et al., 2008).

Il gendered racism è ancora poco esplorato in letteratura, in particolare in riferimento alle donne migranti. Nonostante la crescente consapevolezza che questo costrutto intersezionale sia necessario, ancora troppo spesso i percorsi di analisi di questi fenomeni sono ridotti alla sola somma delle sue parti (razzismo+sessismo) (Jones et al., 2022). Una delle ragioni, deriva dalle difficoltà metodologiche che l'approccio gendered racism pone. Per valutare l'influenza

dell'effetto di interazione tra il razzismo e il sessismo, è sufficiente che ogni costrutto sia misurato separatamente. Se, però, interpretiamo il fenomeno come una fusione simultanea di influenze non è più possibile procedere attraverso questo tipo di confronto. Infatti, se come è stato osservato, si parla di molteplici identità sociali, un focus sulle esperienze o di razzismo o di sessismo delle donne, ad esempio nella comunità afroamericana, sarebbe incompleto e incapace di dare un rimando del fenomeno del gendered racism (Thomas et al., 2008).

Seguendo quanto suggerito da Thomas e collaboratori (2008) in questo studio si è scelto di utilizzare uno strumento che fosse capace di rilevare quantitativamente le esperienze di gendered racism nei percorsi delle donne migranti. Si è scelto nello specifico lo *Schedule of Sexist Events* (SSE) (Klonoff & Landrine, 1995). Si tratta di una scala che nasce inizialmente con l'obiettivo di indagare la percezione delle forme di sessismo subite. Nel 2008, partendo dalla cornice del gendered racism, Thomas e collaboratori (2008) hanno riadattato la scala per indagare l'esperienza delle donne nere in America. Per fare questo hanno inserito il termine "Black woman" in ogni item al posto del termine "woman" (es. *How many times you were benne treating unfairly by your teacher or professor, because you are a woman?*), includendo forme di discriminazione (insulti, molestie, mancanza di rispetto, ingiustizie subite) per le donne che erano emerse in precedenti ricerche qualitative. Sono stati inoltre individuati luoghi specifici in cui si fanno queste esperienze, quali il lavoro, i servizi educativi, ma anche i luoghi pubblici, mentre le molestie sono state declinate secondo gradi diversi, dall'essere oggetto di battute o di discorsi discriminatori, all'essere fisicamente aggredite (Thomas et al., 2008). La scelta dello strumento è stata giustificata dal fatto che molte delle dimensioni comprese all'interno della scala rispecchiano i contenuti emersi dai focus group (cfr. cap. 2) e tengono conto della necessità di indagare le esperienze di gendered racism sia nei luoghi pubblici, sia all'interno dei servizi.

Naturalmente, utilizzare la lettura del gendered racism in Europa, ha una connotazione diversa rispetto al contesto americano, nel quale, fino ad ora, vi è una ampia tradizione di ricerca su questi temi. L'immigrazione in Europa è più recente rispetto a quella degli Stati Uniti, le categorie di razza e background migratorio sono fortemente legate: i gruppi non bianchi sono principalmente o migranti di prima generazione o discendenti di persone migranti recenti (di Stasio & Larsen, 2020). Questo comporta un posizionamento diverso all'interno della comunità, dove molto spesso la presenza delle comunità razzializzate non è legittimata, e dove quotidianamente il rapporto con le istituzioni e con la comunità locale è caratterizzato da ostacoli legati al documento, alle difficoltà linguistiche ecc.

### 3.1.2) *Le strategie di coping*

Altro elemento di interesse di questo studio sono le **strategie di coping** (Jones et al., 2022; Thomas et al., 2008; Williams & Lewis, 2019). Le strategie di coping sono un aspetto rilevante nella definizione dei profili di salute delle donne. L'importanza delle strategie di coping è emersa anche dai focus group che hanno individuato nello stress e nelle relazioni sociali due importanti elementi ricollegabili al proprio benessere personale. In linea con il modello delle determinanti di salute e con la visione di salute in chiave **biopsicosociale** (Clark et al., 1999), il quadro concettuale dello studio ha individuato le strategie di coping come mediatore tra le esperienze di discriminazione subita e gli outcomes di salute. Le strategie adattive o disadattive possono infatti influenzare la misura in cui l'esperienza della discriminazione impatta sugli outcomes di salute fisici e psicologici (Clark et al., 1999). Secondo la lettura multidimensionale di Harrell (2000), lo stress provocato dal razzismo può attivare strategie di coping diverse che dipendono sia dalle caratteristiche individuali – come i processi cognitivi – sia dalle caratteristiche socioculturali – come l'identità razziale e di genere. Le strategie attivate dipendono dalla percezione che l'individuo ha dell'evento stressante. La persona può operare nello specifico due tipi di valutazione: la valutazione primaria e la valutazione secondaria. La valutazione primaria determina se la situazione è dannosa o minacciosa. Se viene stabilito che non influisce negativamente sul proprio benessere, possono non esserci ulteriori reazioni. Se invece l'evento viene riconosciuto come fattore di stress, si attiva la valutazione secondaria. Questa determina quali azioni possono essere intraprese per migliorare la relazione con l'ambiente e quali strategie di coping potrebbero funzionare (Harrell, 2013).

Per questo motivo, anche nella scala dei “*Schedule of Sexist Events*” si è scelto di inserire la versione di Klonoff e Landrine del 1997, che contiene anche una dimensione valutativa dell'episodio di discriminazione (Matterson e Morandi 2005). In particolare, se si guarda alle ricerche svolte nella comunità afroamericana, emerge come le donne nere usino una varietà di strategie di coping in risposta alle esperienze di gendered racism. Queste variano in base al contesto e a come le donne valutano lo stress legato a quell'evento, alcune strategie di coping sono più adattive di altre nella gestione della discriminazione. Ad esempio, in uno studio qualitativo, Lewis e colleghi (2013) riscontrarono che le donne nere utilizzavano una varietà di strategie attive/di resistenza (ad esempio, confrontandosi con l'autore del reato), di strategie collettive (ad esempio, cercando supporto sociale) e di strategie di autoprotezione (ad esempio, la strategia dell'evitamento) in risposta ad episodi di discriminazione (Williams & Lewis, 2019).

Il campione a cui questo studio ha fatto riferimento si caratterizza per una vasta molteplicità al suo interno. Come è stato osservato il termine donna migrante, può racchiudere esperienze di migrazione, ma anche di razzismo molto diverse. Per questo per l'analisi delle strategie di coping si è scelto di fare riferimento alla categorizzazione più comune in letteratura:

- 1) coping attivo, focalizzato sul problema o sul coinvolgimento;
- 2) coping passivo, evitante (Moody et al., 2022).

Lo strumento di rilevazione utile a guidare questa categorizzazione è stato individuato nella scala *Problem-Focused Stress Coping* (Elsouhag et al., 2015), già utilizzata su una popolazione migrante. Inoltre questa scala presenta al suo interno riferimenti anche alla dimensione spirituale, strategia di coping già emersa durante i focus group e confermata anche dalla letteratura (Williams & Lewis, 2019)

### 3.1.3) *Il supporto sociale*

Un'altra dimensione approfondita dal questionario è quella supporto sociale, considerata dalla letteratura (Hombrados-Mendieta et al., 2013; Jones et al., 2022) e confermata dall'analisi dei focus group, come mediatore tra lo stress provocato dalla discriminazione e gli esiti di salute.

Il supporto sociale è definito come la percezione di possedere relazioni di prossimità e di cura, di apprezzamento, insieme ad un senso di appartenenza e ad una rete di relazioni interpersonali disponibili (ad esempio, comunità, reti sociali, coetanei fidati) da cui ci si sente protetti e sostenuti nei momenti di bisogno (Dalmasso et al., 2018; Hashemi et al., 2020; Liu et al., 2017). Il supporto può provenire da molte fonti, come familiari, amici, colleghi, vicini di casa o altre persone importanti per la vita della persona (Zimet et al., 1988; Henríquez et al., 2022). Più è ampia la rete di sostegno, maggiori sono i benefici e il senso di soddisfazione che ne derivano (Bronder et al., 2014; Griffin et al., 2006; Jones et al., 2022).

È stato dimostrato che il supporto sociale offre diversi benefici: le risorse fornite dagli altri possono facilitare l'azione diretta e il coping efficace, possono permettere di operare una valutazione realistica delle risorse e rivedere i fattori di stress, che possono apparire anche come meno minacciosi. Inoltre, il supporto sociale favorisce lo sviluppo di strategie e di risoluzione dei problemi (Hombrados-Mendieta et al., 2013). Per la popolazione migrante, in particolare, il supporto sociale svolge un ruolo di cuscinetto contro l'effetto della discriminazione percepita sul benessere soggettivo (Hashemi et al., 2020), legato allo sviluppo di strategie di regolazione emotiva positiva (Okumura et al., 2021; Henríquez et al., 2022). Questo avviene anche per le donne migranti (Delara, 2016). Sebbene alcuni studi abbiano esaminato il supporto sociale in relazione al razzismo di genere e al disagio psicologico (ad esempio, Lewis et al., 2017; Williams & Lewis, 2019), sono comunque ancora pochi gli studi che cercando di indagare il ruolo di mediazione del supporto sociale (Jones et al., 2022). Questo studio ha cercato di portare ulteriori evidenze empiriche al riguardo.

Se guardiamo al supporto sociale per le donne migranti, è possibile osservare come le loro relazioni supportive possano essere suddivise in tre fonti principali: la famiglia, la comunità dei pari e le relazioni con persone al di fuori della comunità. La prima, la più importante, è

rappresentata dai membri della famiglia allargata; questo è il supporto sociale più cruciale, è un supporto potente e protettivo, anche per la salute psico-fisica. La comunità di appartenenza, gli insider, sono persone percepite più vicine e simili, che possono comprendere meglio i bisogni e le difficoltà. Infine, sono presenti gli outsider, la rete sociale al di fuori della famiglia e della comunità (Delara, 2016). Sulla base di questa suddivisione, all'interno di questo terzo studio, il supporto sociale è stato rilevato attraverso la *Lubben Social Network Scale* (LSNS-6). La Lubben scale permette di indagare i legami significativi come quelli con familiari e amici. Oltre a queste figure, all'interno delle relazioni con gli outsider, si è voluto aprire un focus specifico sugli operatori sociali, vista l'esperienza delle partecipanti con i servizi di accoglienza e tutela. Per questo motivo sono stati aggiunti 3 items che, sulla falsariga di quelli su famiglia e amici, vogliono indagare il legame con gli operatori sociali.

#### 3.1.4) *La salute psicofisica*

Anche questo studio ha posto al centro del suo interesse la salute psicofisica delle donne migranti. In particolare si è voluto rilevare il benessere percepito, il disagio psicologico e la percezione della propria salute fisica. Il benessere percepito è stato rilevato attraverso l'indice di benessere dell'OMS (WHO-5), il disagio psicologico attraverso la scala di *Kessler sul Psychological Distress*, utilizzata per la valutazione standardizzata della salute mentale nelle popolazioni migranti (Dallo et al., 2013). Per la rilevazione sulla salute fisica sono stati utilizzati alcuni items dell'*European Health Interview Survey Questionnaire*. L'indagine europea sulla salute (EHIS) è composta da 4 moduli sullo stato di salute, sull'uso dell'assistenza sanitaria, sui determinanti della salute e sulle variabili socio-economiche di contesto.

All'interno di questi è stato rivisto l'item sulle patologie croniche, riadattate sulla base di quelle che sono le patologie che maggiormente colpiscono le donne migranti. La letteratura riporta, infatti, alcune condizioni cliniche specifiche per la salute delle donne migranti, legate alla discriminazione, tra le principali: asma (Chol et al., 2009; McDonald et al., 2014; Mouzon et al., 2017), malattie cardiovascolari (Jung et al., 2022; Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017; Udo & Grilo, 2017; Weber & Parra-Medina, 2003), esiti avversi del parto (Akinade et al., 2022; L. Black et al., 2017), malattie oncologiche (L. Black et al., 2017; McDonald et al., 2014), importanti cambiamenti di peso (L. Black et al., 2017), importanti dolori (artrite, ulcere, mal di testa molto gravi o emicranie, e gravi problemi alla schiena) (Chol et al., 2009; McDonald et al., 2014; Mouzon et al., 2017).

### 3.2) Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo dello studio è di indagare come le determinanti di salute influiscono sulla salute psicofisica delle partecipanti. In particolare, oltre che sulle determinanti classiche, si è cercato di soffermarsi sulla *gendered discrimination* e sugli effetti che ha sul benessere e sulla salute, esplorando se le strategie di coping e il supporto sociale possano essere considerate come dei mediatori, degli effetti della discriminazione sugli esiti di salute psicofisica. Sulla base della letteratura, sopra riportata, abbiamo ipotizzato una peggiore salute psico-fisica nelle donne che:

- a) provengono da rotte spesso caratterizzate da viaggi illegali, organizzati tramite organizzazioni di trafficanti.
- b) percepiscono una maggiore discriminazione nel contesto di accoglienza
- c) utilizzano meno strategie di coping adattivo per far fronte agli eventi stressanti
- d) hanno una rete sociale più povera.

Sulla base della letteratura abbiamo inoltre ipotizzato che strategie di coping adattive (basate sul problem solving e sul supporto social) e una rete ampia potessero ridurre gli effetti negativi del gendered racism sulla salute psicofisica delle donne migranti.

### 3.3) Metodologia

#### 3.3.1) Il questionario

La prima elaborazione del questionario è stata testata su tre donne migranti che hanno partecipato volontariamente alla ricerca. In fase di compilazione è stato possibile confrontarsi sulla comprensibilità del linguaggio e sul senso dei diversi item, per verificare che lo strumento fosse efficace nell'esplorare le diverse dimensioni. Si è lavorato sulla comprensibilità delle domande e delle risposte. Alle volontarie è stato chiesto di esprimere emozioni e pensieri collegati alle domande, ma anche osservazioni o possibili criticità. A seguito del confronto il questionario è stato rivisto, sia nel linguaggio che nella forma.

Il questionario finale, somministrato ad un campione di 91 donne migranti, è composto da diverse parti.

**Determinanti di salute di livello individuale.** Nella prima parte del questionario sono state raccolte informazioni sul paese di origine e sull'età delle donne, sul livello di istruzione, sull'arrivo in Italia, sul loro status migratorio (tipo di viaggio intrapreso per arrivare in Europa, programmi di accoglienza in cui sono state ospitate, attività in Italia).

**Schedule of Sexist Events (SSE).** L'SSE (Klonoff & Landrine, 1995) è una scala di 20 item che valuta le esperienze quotidiane di sessismo nel corso della vita, ma anche quelle recenti. Si è scelta la versione di Thomas e coll. (2008) che analizza le esperienze di gendered racism. Per

adattare la scala ad un campione più ampio rispetto a quello delle donne della comunità afroamericana, è stato tuttavia sostituito il termine “black woman” con il termine “donna proveniente da...”. Ogni donna intervistata ha completato ciascuno degli item proposti inserendo la propria nazionalità.

Rispetto agli item originali della SSE sono stati fatti alcuni adattamenti: sono stati individuati alcuni nuovi item e riadattati altri, per meglio rappresentare gli ambiti e le esperienze di vita comuni in cui le donne in Italia potevano avere fatto esperienza di discriminazione. Nello specifico:

- Nel item **a.**, esperienze di discriminazione all’interno della scuola, si è fatto specificatamente riferimento ai percorsi di apprendimento della lingua italiana;
- Si è aggiunto l’item **e.** sull’esperienza nei servizi di polizia;
- Inserito l’item **f.**, riferito ai servizi di accoglienza;
- Inserito l’item **g.**, riferimento ai servizi sociali.

Alcuni item non sono stati inseriti, perché non particolarmente significativi per le donne intervistate e per snellire lo strumento. Nello specifico non è stato inserito:

- L’item n 7 della SSE, riguardante i rapporti con i vicini di casa;
- L’item n 10, relativo a vedersi negata una promozione a lavoro;
- L’item n 11 sulle discriminazioni avvenute in famiglia (tema già inserito all’interno della Lubben).

Gli item utilizzati nello studio sono presentati nella tabella 3.1.

**Quante volte da quando sei in Italia ...perché sei una donna proveniente da...**

- 
- a. sei stata trattata ingiustamente alla scuola di lingua
- 
- b. sei stata trattata ingiustamente dal tuo datore di lavoro
- 
- c. sei stata trattata ingiustamente in luoghi pubblici
- 
- d. sei stata trattata ingiustamente nei servizi sanitari
- 
- e. sei stata trattata ingiustamente dalle forze di polizia
- 
- f. sei stata trattata ingiustamente da personale dell'accoglienza
- 
- g. sei stata trattata ingiustamente dal servizio sociale
- 
- h. hai ricevuto avances inappropriate o indesiderate
- 
- i. hai sentito battute inappropriate o degradanti
- 
- l. ti hanno mancato di rispetto
- 
- m. voglia di rimproverare qualcuno per qualcosa di oppressivo che ti è stato fatto
- 
- n. ti sei arrabbiato contro qualcuno per qualcosa di oppressivo che ti è stato fatto
- 
- o. hai preso misure drastiche per affrontare qualcosa che ti è stato fatto
- 
- p. sei stata insultata
- 
- q. sei stata colpita o minacciata
- 
- r. hai avuto uno scontro a causa di qualcosa di grave che ti è stato detto o fatto
- 
- s. si stata trattata ingiustamente da un uomo importante nella tua vita
- 

Tabella 3.1 Gendered racism scale (item utilizzati nello studio)

Come si può vedere la scala è composta da 17 item di cui i primi 7 descrivono la percezione della discriminazione strutturale, ovvero nei diversi contesti sociali e nei servizi, mentre i successivi 10 item rilevano la discriminazione individuale. Rispetto alle modalità di risposta, per ogni item le partecipanti dovevano valutare due dimensioni: quante volte l'evento era accaduto (frequenza) e quanto era valutato come stressante (stressful). Anche per rilevare queste due dimensioni sono state apportate modifiche rispetto alla scala originale. Per la dimensione della frequenza non si è considerato l'arco temporale di "tutta la vita" come proposto dalla scala originale, ma piuttosto si è focalizzata l'attenzione sulle esperienze vissute in Italia, per cui l'indicazione temporale utilizzata è stata "da quando sei in Italia". Per rilevare entrambe le dimensioni è stata inoltre utilizzata una scala a 4 punti e non a 6 come la scala originale. La frequenza è stata rilevata con una scala da 1 (mai) a 4 (molte volte), mentre per la valutazione dell'evento si va da 1 (per nulla) a 4 (molto).

Nella tabella 3.2 sono riportate le proprietà psicometriche due sottoscale che risultano molto correlate tra di loro. L'indice globale di discriminazione (17 item) presenta una coerenza interna pari a .91 per la dimensione della frequenza e di .88 per la dimensione dello stress full.



Tabella 3.2 Gendered racism scale (alpha di Cronbach e correlazioni di Pearson, n 91)

Forme di discriminazione	1	2	3	4
1. STRUCTURAL Frequenza	.83			
2. STRUCTURAL Stressful	,765**	.74		
3. INDIVIDUAL Frequenza	,678**	,548**	.88	
4. INDIVIDUAL Stressful	,511**	,630**	,819**	.88

Nota: alpha di Cronbach in diagonale. \*\* p < .001

### **Lubben Social Network Scale (LSNS-9)** (Lubben et al., 2006)

Questo è uno strumento progettato e validato per valutare i legami sociali. La scala utilizzata in questo studio presenta 9 item, misurati su una scala ad intervalli che va da 0 (nessuno) a 5 (più di nove). Gli items vogliono misurare il numero e la frequenza dei contatti sociali con amici (esempio di item) e familiari (esempio di item). A questa scala sono stati aggiunti 3 items per rilevare i contatti con gli operatori sociali. Le tre dimensioni (famigliari, amici e operatori) sono state utilizzate per costruire un indicatore di sintesi, per misurare l'ampiezza della rete sociale (Alpha=.76). Un cut-off di 18 o meno indica persone che sono a rischio di isolamento sociale.

**WHO-5.** È stato utilizzato il questionario dell'OMS sullo stato di benessere (Topp et al., 2015). Esso si compone di 5 items, che esplorano l'umore positivo (buon umore, rilassamento), la vitalità (sentirsi riposati, sentirsi attivi) e gli interessi verso la propria quotidianità. I partecipanti sono invitati ad indicare se hanno fatto esperienza di ciascuna di queste sensazioni negli ultimi 14 giorni su una scala da 0 a 5 dove 0 = mai, 5= sempre. La scala presenta una buona coerenza interna (Alpha = .78).

**Self-Report Measures For Adults And Older People (K10)– Italian version (Kessler, 1997), nella versione originale a 10 item.** Si tratta di una misura del disagio psicologico, 10 domande sugli stati emotivi, ciascuna con una scala di risposta a cinque livelli. Ogni livello indica la frequenza con cui si vive un particolare stato emotivo, che può variare da “tutto il tempo” a “mai” (alpha=.78).

**Problem-Focused Stress Coping** (Elsouhag et al., 2015) Si tratta di una scala, in versione adattata, che comprende nove items misurati su una scala Likert da 1 = "Fortemente d'accordo" a 5 = "Fortemente in disaccordo". La scala è composta da tre dimensioni: le strategie focalizzate sul problema (ad esempio, "Quando provo stress, cerco di risolvere il problema che lo causa"; 3 items, alpha=.70), le strategie di supporto sociale (ad esempio, "Parlare con amici e famigliari mi aiuta a gestire lo stress" tre item, alpha=.69), le strategie di evitamento (ES non ci penso, religione 3

item,  $\alpha=.36$ ). Quest'ultimo fattore non verrà considerato nelle analisi a causa della scarsa affidabilità della misura. Punteggi più alti, sui due indicatori costruiti, indicano rispettivamente un maggiore uso di strategie di coping focalizzate sul problema e di strategie di coping basate sul supporto sociale.

**European Health Interview Survey Questionnaire**, second wave of EHIS (EHIS wave 2) vuole invece approfondire la salute fisica. In particolare da questo questionario sono stati selezionati alcuni items:

- Sullo stato di salute percepito (“Come è la tua salute in generale”, “Quanto dolore fisico hai avuto nelle ultime quattro settimane?”) misurato su una scala tipo a 5 punti da 1= molto buona a 5=pessima.
- Sulla percezione del dolore, nelle ultime 4 settimane (Quanto dolore fisico hai avuto nelle ultime 4 settimane?) misurato su una scala a sei punti da 1= nessuno a 6=molto grave
- Su possibili condizioni croniche di malattia negli ultimi 12 mesi (“Negli ultimi 12 mesi hai avuto una delle seguenti malattie o condizioni?”). Sono elencate 8 tipi di patologie possibili (asma, malattie del cuore, pressione alta, cancro, esiti del parto avversi, dolori, importanti cambiamenti di peso, malattie della pelle) ed è stato costruito un indicatore di sintesi sommando le risposte “sì” ad ognuna delle diverse tipologie.

A seguito dell'analisi fattoriale delle componenti principali svolta su queste tre variabili, si evidenzia la presenza di un unico fattore che spiega il 69,90% della varianza e che accorpa tutte e tre le dimensioni valutative considerate. Si costruisce quindi un indicatore di sintesi pensando i pesi fattoriali attraverso il metodo della regressione. Tale indicatore di malessere (disease) presenta un buon livello di coerenza interna ( $\alpha=.77$ ).

### 3.3.2) *Comitato etico*

Il questionario è stato sottoposto al comitato etico dell'università di Parma, ottenendo parere positivo (Protocollo n 184303). In linea con le richieste del comitato è stata elaborato anche il consenso informato per il trattamento dei dati in un progetto di ricerca e il consenso informato alla partecipazione alla ricerca.

### 3.3.3) *Partecipanti*

Le partecipanti allo studio sono 91 donne tra i 18 e i 63 anni. Le donne selezionate sono in Italia da almeno un anno, con almeno un'esperienza di accoglienza, o pregressa o attuale. Il 44% (40 donne) sono arrivate in Italia tra il 2020 e il 2022, il 39% (36 donne) tra il 2016 e il 2019, mentre il 14% (13 donne) sono arrivate tra il 2013 e il 2015. Due le donne arrivate prima degli anni duemila, una nel 1999, mentre l'altra nel 1991. Il campione presenta al suo interno provenienze da diversi continenti: dall'Africa 59% (Nigeria nazionalità più rappresentata, 36 donne), Europa

31% (Ucraina nazionalità più rappresentata, 24 donne), Asia-Sud America 10% (Afghanistan la nazionalità più rappresentata, 6 donne). Le altre nazionalità presenti sono: Somalia, Guinea, Gambia, Camerun, Marocco, Costa D'Avorio, Russia, Benin, Ghana, Congo, Senegal, Cina, Albania, El Salvador, Venezuela, Etiopia.

Il livello di scolarizzazione vede il 18% (16 donne) delle partecipanti non avere nessun pregresso percorso scolastico o un percorso di studi primari non concluso nel proprio paese. Il percorso di studi primari è stato portato a termine dal 19% (17 donne) mentre per gli studi secondari si arriva al 27% (24 donne). Il 39% (36 donne) del campione ha invece un percorso di studi universitari.

Per quel che riguarda i canali attraverso cui le donne hanno organizzato il viaggio per arrivare in Italia il 39% (35 donne) ha dichiarato di essere arrivata in Italia tramite organizzazioni di trafficanti, il 38% (35 donne) tramite l'aiuto di amici e parenti, l'11% (10 donne) dichiara di aver organizzato da sola il proprio viaggio, mentre 9% (8 donne) di essersi affidata a organizzazioni umanitarie. Il 3% (3 donne) dichiara di avere utilizzato altri canali.

Rispetto alle esperienze di accoglienza si osserva che il 42% (46 donne) del campione è stato accolto all'interno del Servizio di Accoglienza e Integrazione (SAI). Il 29% (32 donne) ha avuto accoglienza all'interno dei Centri di accoglienza straordinari (CAS) e il 13% (14 donne) all'interno di strutture di accoglienza di protezione sociale. Il restante 16% (18 donne) è stato ospitato in altre forme di accoglienza istituzionale.

### **3.4) Analisi dei dati**

#### *3.4.1) Statistiche descrittive*

La percezione della discriminazione è poco frequente con una media di 1.54 nel caso della discriminazione strutturale e di 1.8 per la discriminazione individuale; quando percepita la discriminazione (strutturale o individuale) viene percepita come poco frequente e con poco impatto (Tabella 3.3).

Per quanto riguarda le strategie di coping si evidenzia come le donne tendano in situazioni di stress, in misura simile, ad utilizzare sia strategie basate sul problem solving, sia strategie basate sul supporto sociale: le loro medie indicano abbastanza accordo con ciascuno degli item loro proposti.

Per quanto riguarda la rete sociale il valore medio degli indicatori di sintesi, pari a 17,90, indica una rete sociale piuttosto scarsa se consideriamo che il cut off della scala è pari a 18. Appena al di sopra della mediana teorica della scala risultano anche gli indicatori di benessere. Mentre il disagio psicologico si colloca al di sotto della mediana teorica della scala, con una media di 23.19 che lo colloca nel cut off del disagio lieve (mild disorder).

Per quanto riguarda le correlazioni, come si può notare, le due dimensioni con cui la discriminazione è stata misurata, ovvero frequenza ed impatto, risultano significativamente e positivamente associate tra di loro, a valori molto elevati. Correlazioni alte positive e significative si riscontrano anche tra le due diverse forme di discriminazione (strutturale ed individuale). La discriminazione in tutte le sue diverse forme non correla con la strategia di coping basata sul supporto sociale, mentre la discriminazione strutturale correla, inversamente e significativamente con la strategia basata sul problem solving. Le due strategie correlano inoltre positivamente tra di loro. I quattro indicatori della discriminazione correlano negativamente con l'ampiezza della rete sociale, minore è la rete più la discriminazione è percepita, e correlano positivamente con la strategia basata sul problem solving, ma non con quella basata sul supporto sociale.

Se guardiamo infine ai tre indicatori di benessere psicofisico, la discriminazione correla inversamente con tutti gli indicatori e la strategia basata sul problem solving si associa ad un maggior benessere psicofisico. Benessere, disagio psicologico e salute fisica sono significativamente correlati tra di loro.

Tabella 3.3 Statistiche descrittive (medie, deviazioni standard e correlazioni di zero ordine fra le variabili considerate)

	M	Dev. St	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Discr Strutturale (1-4)	FREQ 1.54	0.63	—	.765**	.678**	.511**	-0.024	-.330**	-.264*	-.309**	.245*	.469**
2. Discr Strutt IMP (1-4)	1.51	0.60		—	.548**	.630**	0.013	-.236*	-.248*	-.393**	0,195	.428**
3.Discr individuale (1-4)	FREQ 1.80	0.73			—	.819**	-0.076	-0.146	-.251*	-.257*	.336**	.360**
4.Discr individuale IMP(1-4)	1.88	0.82				—	-0.054	-0.093	-0.202	-.315**	.246*	.396**
5.Coping SOCIAL (1-4)	SUPP 2.74	0.79					—	.356**	.225*	0.064	-0.180	0.008
6.Coping SOLVING (1-4)	PROBL 2.88	0.80						—	0.078	.333**	-.337**	-.376**
7.Rete_Lubben (0-45)	17.90	7.60							—	0.156	-0.036	0.050
8.Benessere_WHO5 (0-25)	14.39	5.86								—	-.435**	-.436**
9.Disagio psi_K10 (1 – 50)	23.19	8.83									—	.439**
10. Salute FISICA												—

(nota: p<0.5\*; p<0.1\*\*; p<.001\*\*\*)

### 3.4.2) Cluster Analysis

Per comprendere come le variabili individuali possano essere ricondotte a diversi profili di salute, età, livello di scolarizzazione, continente di provenienza, viaggio migratorio sono state inserite in una cluster analysis a due step.

I risultati hanno evidenziato l'esistenza di due profili di partecipanti, che si distribuiscono in modo uniforme nei due cluster (tabella 3.4). Il primo cluster raggruppa donne con un'età media maggiore di 35 anni, provenienti dall'Europa/Asia/Sudamerica, che hanno raggiunto l'Italia attraverso un viaggio autorganizzato o grazie ad associazioni umanitarie e il cui livello di scolarizzazione è alto (laurea).

Il secondo cluster invece raggruppa le donne con un'età al di sotto dei 35 anni di età (media 27 anni), con provenienza dall'Africa. Queste donne sono arrivate in Italia tramite un viaggio illegale e hanno un basso livello di istruzione.

	<b>Cluster 1</b>	<b>Cluster 2</b>
<b>Casi</b>	45	45
<b>Età Media</b>	35 anni	27 anni
<b>Provenienza Africa</b>	15%	85%
<b>Provenienza Europa</b>	100%	0%
<b>Provenienza Asia/Sudamerica</b>	100%	0%
<b>Istruzione: nessuna</b>	0%	100%
<b>Istruzione: primaria</b>	6%	94%
<b>Istruzione: secondaria</b>	46%	54%
<b>Istruzione: università</b>	100%	0%

Tabella 3.4 – variabili delle persone presenti nei cluster

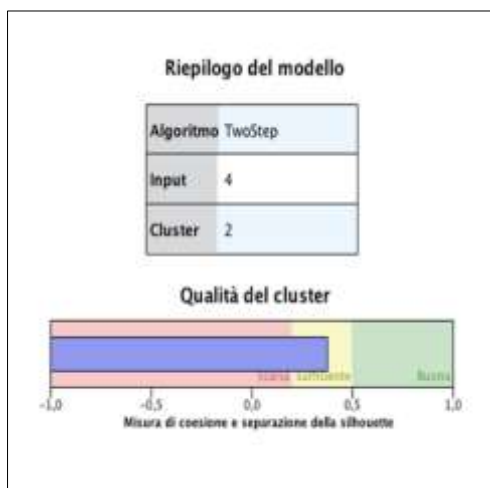


Figura 3.1 Silhouette Cluster Analysis

Per quanto riguarda la qualità della soluzione a due cluster, l'analisi evidenzia una qualità dei cluster sufficiente (Figura 3.1).

Questi cluster verranno utilizzati nell'analisi di regressione come indicatore delle determinanti "classiche" di salute. Prima di procedere in questa direzione, nella tabella 3.5 vengono descritte, attraverso il t-Student su campioni indipendenti, le differenze tra i due gruppi nelle variabili di disegno. Considerata la forte correlazione positiva esistente tra gli indicatori della discriminazione individuati, nelle analisi è stato considerato solo l'indicatore di discriminazione totale facendo riferimento alla sua dimensione valutativa.

	Cluster 1		Cluster 2		Differenze	
	M	SD	M	SD	t (gl), p	Cohen's d
Discriminazione totale (impatto)	1.64	0.76	1.78	0.56	-1.018 (88), >.05	- 0.21
Coping Social Support	2.86	0.71	2.65	0.86	1.266 (88), >.05	0.26
Coping Problem Solving	2.89	0.92	2.92	0.63	-0.178 (88), >.05	- 0.03
Rete Sociale	21.13	6.80	14.82	7.11	4.303 (88), <.001	- 0.03
Well – Being	13.68	5.06	15.40	6.25	-1.426 (88) >0.5	- 0.30
Disagio Psicologico	24.04	8.55	21.88	8.60	1.192 (88) >.05	0.25
Disease	0.27	0.96	-0.33	0.85	3.174 (88), <0.001	0.66

Tabella 3.5 – esiti t-Student

I due gruppi di donne si differenziano sulla rete sociale sulla salute fisica. Non ci sono altre differenze significative. Nello specifico sulla rete sociale sono le donne del primo gruppo risultano ad avere una rete più estesa, rispetto al secondo gruppo. Sulla salute il primo gruppo dichiara di stare meglio rispetto al secondo gruppo.

### 3.4.3) Analisi di Regressione

È stata eseguita una regressione lineare gerarchica per blocchi che introduce blocchi di variabili differenti, a diversi step, per comprendere quali variabili influenzano il disease. Nello specifico, nel primo step è stata inserita l'appartenenza ai due cluster emersi, nel secondo step è stata inserita la discriminazione, nel terzo step le strategie di coping sia nella dimensione di problem solving, sia nella dimensione di supporto sociale e la rete sociale. I risultati evidenziano che le variabili incluse nel modello spiegano al terzo step il 37% del malessere fisico (tabella 3.4).

Tabella 3.4 Prima analisi di regressione - Disease

		B	SE	t	Sign.
Primo step	Appartenenza al cluster	-0.608	0.192	-3.174	0.002
Secondo step	Appartenenza al cluster	-0.705	0.168	-4.186	0.000
	Discriminazione totale (impatto)	0.672	0.126	5.323	0.000
Terzo step	Appartenenza al cluster	-0.628	0.177	-3.559	0.001
	Discriminazione totale (impatto)	0.626	0.124	5.035	0.000
	Coping Social Supp	0.133	0.111	1.206	0.231
	Coping Problem Solving	-0.365	0.110	-3.328	0.001
	Rete Sociale	0.005	0.012	0.404	0.687

(nota: p<0.5\*; p<0.1\*\*, p<.001\*\*\*)

Nel primo step ( $F(1,88) = 10.073, p < .01$ ) l'appartenenza al cluster impatta in maniera significativa sul disease e l'R-quadrato spiega il 0.09 della varianza. Nel secondo step ( $F(1,87) = 28.33, p < .01$ ) l'appartenenza al cluster si conferma significativa, anche la discriminazione si conferma significativa. L'R-quadrato è di 0.31. Nel terzo step ( $F(3,84) = 3.77, p < .01$ ) si conferma come significativa l'appartenenza al cluster, la discriminazione, mentre solo la strategia basata sul problem solving apporta un contributo significativo. Al terzo step la R-quadrato è di 0.37. I risultati evidenziano pertanto che il disease aumenta con l'appartenenza al secondo cluster, la percezione della discriminazione e diminuisce con le strategie di problem solving.

Tabella 3.5 Seconda analisi di regressione - Well – being

		B	SE	t	Sign.
Primo step	Appartenenza al cluster	1.711	0.150	1.426	0.158
Secondo step	Appartenenza al cluster	2.175	0.191	1.936	0.056
	Discriminazione totale (impatto)	-3.224	-0.378	-3.827	0.000
Terzo step	Appartenenza al cluster	2.736	0.240	2.293	0.024
	Discriminazione totale (impatto)	-2.679	-0.314	-3.188	0.002
	Coping Social Supp	-0.461	-0.064	-0.617	0.539
	Coping Problem Solving	1.879	0.258	2.533	0.013
	Rete Sociale	0.126	0.167	1.541	0.127

(nota p<0.5\*; p<0.1\*\*, p<.001\*\*\*)

Il wellbeing viene spiegato meno dal modello con una varianza del 20% (tabella 3.5). Nel primo step ( $F(1,88) = 0.01, p < .01$ ), la sola variabile di appartenenza al cluster non incide. Nel primo step la R-quadrato è di 0.01. Questa non incide neanche nel secondo step ( $F(1,87) = 14.65, p < .01$ ), incide poco al terzo ( $F(3,84) = 2.98, p > .05$ ), ovvero quando vengono introdotte le strategie di coping e la rete sociale. Nel secondo step la R-quadrato è di 0.144, mentre nel terzo step la R-quadrato è di 0.199. Al terzo step l'appartenenza al cluster 2 aumenta il benessere, la



discriminazione incide in maniera importante riducendo il benessere, mentre il problem solving aumenta il benessere.

Tabella 3.6 Terza analisi di regressione – Disagio Psicologico

		B	SE	t	Sign.
Primo step	Appartenenza al cluster	-2.156	1.809	-1.192	0.237
Secondo step	Appartenenza al cluster	-2.613	1.772	-1.474	0.144
	Discriminazione totale (impatto)	3.180	1.329	2.393	0.019
Terzo step	Appartenenza al cluster	-2.666	1.898	-1.405	0.164
	Discriminazione totale (impatto)	2.804	1.336	2.098	0.039
	Coping Social Supp	-0.992	1.188	-0.835	0.406
	Coping Problem Solving	-2.540	1.180	-2.153	0.034
	Rete Sociale	0.004	0.130	0.033	0.974

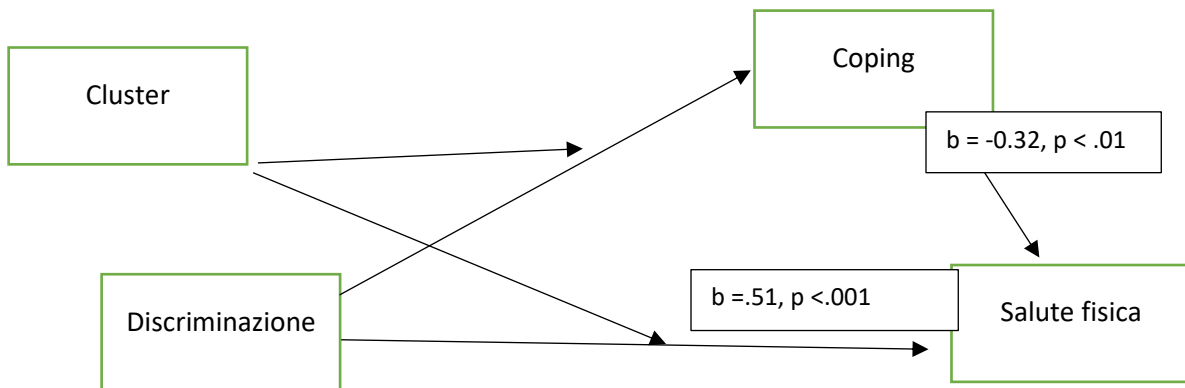
(nota  $p < 0.5^*$ ;  $p < 0.1^{**}$ ;  $p < 0.001^{***}$ )

Considerando il disagio psicologico (tabella 3.6), il modello è significativo solo per la discriminazione, ma non ci sono fattori di coping. L'appartenenza al cluster non incide al primo step ( $F(1,88) = 1.42$ ,  $p < .01$ ), con R-quadrato 0.005, non incide al secondo step ( $F(1,87) = 5.52$ ,  $p < .01$ ), con R-quadrato 0.055 e non incide al terzo step ( $F(3,84) = 2.49$ ,  $p < .01$ ), con R-quadrato 0.102. Al secondo step la discriminazione incide sul disagio psicologico. L'influenza della discriminazione si mantiene al terzo step dove subentra anche l'effetto del problem solving: maggiore è il problem solving, minore è il disagio psicologico.

#### 3.4.4) Analisi di mediazione

Per verificare se la strategia di coping basata sul problem solving media la relazione tra discriminazione e esiti di salute psicofisica nei due gruppi, sono state eseguite tre analisi della mediazione moderata utilizzando PROCESS di Hayes (Hayes, 2017) e in particolare il modello 8. Nello specifico come variabile X è stata inserita la discriminazione totale, come variabile M è stata inserita la strategia di coping problem solving, mentre come variabile Y sono stati inseriti 3 esiti di salute. Come moderatore W è stata considerata l'appartenenza ai due gruppi.

Figura 3.2. Modello 1: variabile dipendente = Salute fisica



Il modello 1 (figura 3.2) ha considerato la salute fisica come variabile dipendente. La discriminazione si associa significativamente e positivamente alla salute fisica ( $b=.51, p<.001$ ), mentre il coping negativamente ( $b=-0.32, p < .01$ ). Tuttavia il coping problem solving non media significativamente la relazione e l'interazione con le due categorie di soggetti non risulta statisticamente significativa. Per entrambi i gruppi di donne la discriminazione impatta positivamente e significativamente sul disease, anche se in maniera più forte per le donne del secondo gruppo prevalentemente provenienti dal continente africano ( $b=.81, p<.001$ ), rispetto al primo gruppo di donne prevalentemente europee rispetto alle donne ( $b=.52, p=.001$ ).

Nel Modello 2 è stata considerata come variabile dipendente il Benessere. La discriminazione si associa negativamente al benessere, cioè lo riduce ( $b = -3.14, p <.01$ ), e le strategie di coping lo aumentano ( $b = 1.77, p < 0.5$ ). Le strategie di coping non mediano la relazione tra discriminazione e benessere né c'è un'interazione significativa con l'appartenenza tra i due gruppi di donne. L'effetto condizionale dell'appartenenza ai due gruppi sugli effetti diretti evidenzia che l'effetto della discriminazione sul benessere è significativo nel caso delle donne europee ( $b = -3.14, p < .01$ ) ed è al limite della significatività sulle donne africane ( $b = -2.63, p = .06$ ).

Nel Modello 3 è stata considerata come variabile dipendente il Disagio psicologico. Ad incidere sul disagio psicologico sono soltanto le strategie di coping, un coping più attivo riduce il disagio psicologico ( $b = - 2.86, p >.05$ ). C'è un effetto di interazione rispetto all'appartenenza ai due gruppi al limite della significatività statistica ( $b = 4.97, p = .07$ ), mentre l'effetto di mediazione non è significativo. Per quanto riguarda gli effetti condizionali della discriminazione sul malessere psicologico questi effetti risultano significativi solo per il gruppo delle donne africane ( $b = -5.94, p <.01$ ).

### 3.5) Discussione

L'obiettivo di questo studio era approfondire le determinanti di salute ed in particolare come influiscono sulla salute psicofisica delle partecipanti. I risultati portano a confermare quanto osservato in letteratura sulle determinanti psicosociali classiche di salute, ma permettono anche di mettere in luce l'importante ruolo giocato dalla percezione della discriminazione sociale.

Rispetto alle determinanti classiche, l'analisi dei cluster ci ha consentito di distinguere chiaramente due gruppi con caratteristiche omogenee al loro interno. Il primo gruppo si distingue per alcune determinanti sociali che promuovono un migliore esito di salute fisica e migliori risultati sulla discriminazione. Si tratta di donne in prevalenza provenienti dall'Ucraina e dall'Afghanistan, arrivate in Italia principalmente attraverso un viaggio autorganizzato o attraverso l'aiuto di organizzazioni umanitarie. Come osservato precedentemente (Cfr. Introduzione), la migrazione è una importante determinante di salute (Castañeda et al., 2015; Rechel et al., 2013). Il tipo di viaggio affrontato (la sua lunghezza e la sua durata), il tipo di accoglienza ricevuto nella fase post-migratoria sono elementi che influenzano il benessere individuale. Se analizziamo i viaggi delle donne Ucraine e delle donne Afghane, è possibile osservare come in entrambi i casi il viaggio e l'arrivo si caratterizzino per la possibilità di utilizzare canali legali e di accedere a forme di supporto istituzionale una volta arrivate. Dall'informazione sulla data di arrivo di queste partecipanti è possibile individuare due momenti in cui si concentrano gli arrivi il 2021 per le donne Afghane e il 2022 per le donne Ucraine. Si tratta di percorsi migratori legati a due importanti emergenze umanitarie, la prima in ordine cronologico è "l'emergenza Afghanistan" del 2021, emergenza che ha portato ad un aumento della presenza di donne Afghane sul nostro territorio. Con la presa del potere dei talebani<sup>19</sup>, molte associazioni umanitarie stanziate in Afganistan si sono adoperate per facilitare la fuoriuscita dei propri collaboratori e delle proprie collaboratrici e quando possibile di cittadini e cittadine afghane, intenzionate a fuggire dal regime radicale islamico, che ha colpito in particolare i diritti e le libertà civili delle donne. L'attivazione di canali umanitari caratterizza questo tipo di migrazione e ha permesso di facilitare la prima accoglienza una volta giunte in Italia.

Le associazioni hanno fatto rete tra loro per curare le prime fasi dell'arrivo, riconoscendo l'urgenza di supportare le donne afghane. Inoltre alcune università italiane hanno promosso borse di studio e messo a disposizione gli studentati per la popolazione afghana in fuga. Si tratta, infatti, di persone coinvolte in attività di collaborazione o con il governo italiano o con associazioni, per cui è stato possibile raccogliere disponibilità dalle università per offrire percorsi di studio e facilitare il loro inserimento in Italia.

---

<sup>19</sup> [L'Afghanistan è di nuovo dei talebani - Il Post](#)

Per quel che riguarda la migrazione dall'Ucraina si osserva anche qui la disponibilità da parte dell'Italia e più in generale dell'Europa di facilitare l'ingresso nel paese. Il caso dell'Ucraina rappresenta un caso unico nella storia della migrazione in Italia, perché per la prima volta si concorda nell'applicare la Direttiva 55 del 2001, che permette di ottenere direttamente all'ingresso un permesso di soggiorno (la protezione temporanea). All'interno del secondo studio abbiamo già sottolineato come il documento sia esso stesso una determinante di salute (Garcini et al., 2022); il poter evitare lunghe procedure di riconoscimento, permette di acquisire una legittimità della propria presenza nel nuovo contesto, con effetti sulla salute anche molto concreti come il poter accedere direttamente ai servizi sanitari, scolastici e ai servizi dell'accoglienza pubblica (Fondazione Migrantes 2022). Con questi esempi è importante sottolineare quanto lo status migratorio sia, da una parte, una determinante di salute importante, e dall'altra quanto questo sia condizionato da altri fattori sociali, tra cui un razzismo istituzionale che riconosce solo alcuni conflitti, solo alcuni richiedenti asilo, provenienti da alcune nazionalità mettendo in atto un principio discriminatorio, che contribuisce a creare insicurezza e marginalità per chi non ha quella provenienza. Ecco che il razzismo istituzionale ha fin da subito un effetto sulla salute psicofisica dei neoarrivati.

Un'altra determinante considerata nell'analisi, come determinante di salute rilevante, è il livello di istruzione. Chi ha più alti livelli di scolarizzazione tenderà a partecipare a programmi di prevenzione e accede più facilmente ai servizi sanitari (Topa et al., 2013). In questo caso è possibile osservare come tutte le partecipanti con un'istruzione a livello universitario si concentrino nel primo gruppo. Questo, letto nella cornice di un tipo di migrazione prevalentemente legale, porta a ipotizzare per queste partecipanti un contesto di provenienza socio-economico medio alto. Infine è possibile osservare come il primo gruppo si caratterizzi per possedere una rete di supporto più estesa, anche la rete è un'importante determinante sociale di salute (Delara, 2016). Tramite la rete si può accedere ad un supporto sia in fase pre-migratoria che in fase post-migratoria.

Dall'osservazione delle determinanti di salute possiamo comprendere perché le partecipanti del primo gruppo abbiano livelli di salute fisica percepita migliori rispetto al secondo gruppo. Osservando le caratteristiche del secondo gruppo si osserva un ribaltamento delle determinanti di salute precedentemente citate.

Il secondo gruppo ha una prevalenza Nigeriana. La migrazione dalla Nigeria si caratterizza per essere fin dagli anni 90 una migrazione che avviene tramite i canali della tratta e del traffico di esseri umani. Questa implica un tipo di viaggio molto più lungo rispetto al primo gruppo, che vede l'attraversamento della Libia (con rischio di torture e incarceramento) e del mare. Questo tipo di viaggio porta già con sé elementi che influenzeranno il benessere individuale anche in fase

post – migratoria. Inoltre una volta arrivate in Italia i canali di regolarizzazione possono impiegare molto tempo per il riconoscimento di una protezione, inficiando sulla possibilità di accesso ai servizi e alimentando il rischio di caduta nella marginalità. I risultati di questo tipo di analisi hanno permesso pertanto di confermare l'ipotesi che più le partecipanti appartengono al secondo gruppo minore è il loro livello di salute percepita (ipotesi a). Se guardiamo le altre caratteristiche rilevanti vediamo come le donne qui comprese siano giovani e giovanissime (media 27 anni), con un basso livello di istruzione; queste caratteristiche danno informazioni sia sulle condizioni di vita prima della migrazione, ma anche, visto la rilevanza dell'istruzione come determinante di salute, una maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi socio – sanitari. L'analisi di regressione ha confermato per questo gruppo meno risorse individuali con un utilizzo minore di coping adattivo (confermando l'ipotesi c) e una minore rete sociale (confermando l'ipotesi d).

Dal raffronto tra il primo e il secondo gruppo, sebbene il campione abbia un numero limitato di casi, emerge la necessità di utilizzare la chiave delle determinanti psicosociali di salute per meglio comprendere le caratteristiche che la influenzano, utilizzando una lettura multidimensionale del fenomeno che permetta di osservare non solo le risorse o gli elementi di rischio a livello individuale, ma che tenga anche conto del contesto e di fenomeni quali il razzismo gendered based che si conferma un elemento di analisi fondamentale. Le disuguaglianze portano, infatti, ad interrogarsi su come poter agire anche all'interno del contesto sociale e politico, promuovendo un'ottica intersezionale che permetta di rendere maggiormente visibile il sistema delle disuguaglianze.

Oltre all'analisi della salute fisica, appare interessante osservare la differenza nel livello di wellbeing. Dall'analisi di regressione si osserva come la discriminazione incida sui livelli di wellbeing. Il dato interessante è che, contrariamente alle previsioni, il benessere presenta risultati migliori nel secondo gruppo rispetto al primo. Le appartenenti al secondo gruppo dichiarano livelli di benessere maggiori rispetto al primo. Soffermandosi su questo apparente anomalo risultato, è necessario ricordare che il wellbeing è stato rilevato attraverso la scala WHO-5, che indaga la percezione del benessere delle partecipanti. Una delle ipotesi che può aiutare a spiegare questo dato è quello che in letteratura viene definito come lo schema dello stereotipo della “Strong Black Woman” (Moody et al., 2022). Nelle ricerche sul benessere e le strategie di coping della donne afroamericane, si osserva come questo stereotipo favorisca la narrazione della “donna nera forte”, una donna capace di affrontare qualsiasi difficoltà, senza dover ricorrere all'aiuto di nessuno. Grazie a questa capacità la donna nera è influenzata in misura minore dalle esperienze negative, come lo stress ricollegabile alle esperienze di discriminazione.

La letteratura osserva come per molto tempo, questa visione è stata tramandata nella comunità nera, come un elemento positivo, che riconosce la forza delle donne nere e permette di renderle impermeabili alle difficoltà che incontrano. Negli ultimi anni però le ricerche quantitative hanno

sottolineato come questo tipo di narrazione possa essere svantaggiosa, fino ad inficiare negativamente il benessere individuale (Moody et al., 2022). I dati emersi ricollegano lo stereotipo della donna forte ad un maggiore livello di disagio psicologico. In particolare Moody e collaboratori (2022) hanno sottolineato come la relazione tra questa narrazione e il gendered racism possa portare a sviluppare strategie di coping di evitamento, in cui prevale il sentire di dover essere in grado di affrontare questi episodi da sole. Questo può portare all'autocolpevolizzazione, qualora non si riesca ad essere così "forti" o ad alimentare strategie di coping di distacco.

Pur sapendo, come sottolineato in precedenza, che l'esperienza delle donne afroamericane è differente rispetto all'esperienza delle donne migranti in Italia, si valuta interessante considerare questo tipo di meccanismo, considerando che la maggioranza delle appartenenti al secondo gruppo è di provenienza dall'africa subsahariana. Ciò considerando anche le ricerche degli ultimi anni, in particolare lo studio di Graham & Clarke (2021), dove le autrici analizzano gli effetti della narrazione della "Strong Black Woman" in Inghilterra, in particolare facendo riferimento alla popolazione delle donne Afro-caraibiche. Gli autori confermano come questa narrazione basata sulla forza, spesso incida negativamente sull'elaborazione di strategie di coping efficace. Per quanto riguarda gli effetti della discriminazione sulla salute fisica, sul benessere e sul disagio psicologico, possiamo affermare che tra i due gruppi non vi sono differenze sostanziali. La discriminazione ha un impatto importante per entrambi e un'influenza in particolare sia sulla salute fisica che, anche se in maniera ridotta, sul disagio psicologico. La discriminazione si conferma quindi, da una parte, un'importante determinante di salute psicofisica (Castaneda et al., 2015; Harnois & Ifatunji, 2011), dall'altra si comprova l'importanza di utilizzare un approccio intersezionale che sappia dare rimando delle diverse esperienze di cui le donne sono protagoniste, considerando le diverse identità sociali di cui sono portatrici e i diversi sistemi di disegualianze che attraversano sia come migranti che come donne.

Se guardiamo alle strategie di coping, vediamo come l'unica strategia che riporta un impatto significativo sugli esiti di salute è la strategia di **coping problem focusing (problem solving)**, la significatività è rilevante su tutti gli output di salute, contrariamente a quanto accade per la strategia di coping del supporto sociale e alla rete sociale. Il coping di problem solving è una strategia di coping attivo, in cui ci si vuole attivare per provare ad apportare un cambiamento alle circostanze. Come osservato da Noh e Kaspar (2003) le strategie di coping possono essere diverse (da strategie più attive a quelle più evitanti), la loro efficacia può essere determinata da diversi fattori: dalla natura dell'evento che lo ha provocato, dalle risorse personali, dal contesto sociale. Si ipotizza che la rilevanza di una strategia di coping focalizzata sul problema sottolinei da una parte la difficoltà di fare affidamento su una rete supportiva (elemento emerso anche nel secondo studio), mentre dall'altra sottolinei l'esigenza di uno spazio di azione individuale, dove poter con

le proprie capacità affrontare gli elementi che causano lo stress. Una meta-analisi condotta da Pascoe e Smart Richman (2009) ha rilevato che il coping attivo o problem-solving, che comporta l'affrontare direttamente i fattori di stress, sia il più efficace nel tamponare gli effetti negativi della discriminazione sulla salute. Inoltre, facendo riferimento al lavoro di Lewis & Neville (2015), si osserva come gli effetti della gendered discrimination possano essere esperienze di silenziamento e di marginalizzazione. L'invisibilità e la mancanza di ascolto caratterizza questo tipo di esperienza.

Ciò appare in linea con quanto emerge nel secondo studio, dove il benessere si ricollega ad una dimensione di attivazione delle donne, di una loro presa di parola. Le reazioni agli eventi di discriminazione possono però essere molte. Gli studi sul gendered racism hanno sottolineato come, per le donne della comunità afroamericana molte sono le tipologie di coping che possono essere attivate (Moody et al., 2022). Si ritiene quindi necessario un ulteriore approfondimento per le donne migranti che, come abbiamo visto nel caso dello stereotipo della "Strong Black Woman", possono portare narrazioni e vissuti dell'esperienza di discriminazione che necessitano di essere approfonditi.

Infine con l'analisi di mediazione moderata si è cercato di comprendere quanto il coping, ed in particolare la strategia di coping legata al problem solving, medi la relazione tra discriminazione e salute nei due gruppi delle partecipanti. Quello che emerge è che la discriminazione e il coping hanno entrambi effetti sulla salute fisica, ma non sono correlati. La stessa cosa avviene sia per il benessere che per il disagio psicologico. È possibile quindi affermare che non vi sia nessuna mediazione. La lettura suggerita da questo risultato può essere ricollegata alla gendered discrimination e all'approccio intersezionale. Il costrutto della gender discrimination sottolinea come l'esperienza di discriminazione sia un'esperienza multidimensionale che in diversi modi può avere effetti sull'individuo, e quindi difficilmente può essere ricollegabile ad un unico moderatore. Le ricerche condotte su il gendered racism, come il lavoro di Williams & Lewis (2019), sottolineano la difficoltà da una parte di dare una lettura capace di mantenere questa multidimensionalità, dall'altro una lettura che tenga conto degli specifici contesti e delle possibili strategie di coping.

Si ritiene quindi necessario condurre ulteriori ricerche sia sulle strategie di coping adottate dalle donne migranti, sia, attraverso un approccio intersezionale, sui fattori individuali e contestuali che possono aiutare a dare una lettura più chiara della relazione tra le esperienze di discriminazione e la salute.

Lo studio presenta dei limiti, primi tra tutti il numero limitato di partecipanti alla ricerca, ciò limita l'estendibilità dei risultati ottenuti. Inoltre, come precedentemente sottolineato, le scale qui utilizzate sono state validate all'interno della comunità afroamericana, ancora pochi sono gli

strumenti costruiti per questo tipo di rilevazioni all'interno della popolazione migrante residente in Italia o comunque in Europa.

Ciò da una parte rappresenta un limite di questo studio, mentre dall'altra vuole essere un'occasione per portare un contributo alle riflessioni sul contesto Italiano. I dati raccolti si prestano ad approfondire ulteriormente alcune delle determinati psicosociali della salute delle donne migranti. Inoltre si ritiene interessante approfondire quanto la lettura della strategia di coping basato sul problem solving, possa essere estendibile ad un campione più ampio. Questo tipo di approccio, in linea con un modello emancipante di promozione del benessere individuale, potrebbe tracciare nuove piste di lavoro per i servizi sociali e sanitari.



## Capitolo 4 – Conclusioni e Risvolti applicativi

Obiettivo del dottorato industriale è individuare, grazie al percorso di ricerca, nuove piste di lavoro per la progettazione e l'implementazione dei servizi dell'associazione Ciac Onlus. La ricerca è stata occasione di approfondire gli svantaggi di salute delle donne migranti, adottando strumenti che hanno permesso la partecipazione delle donne stesse, aprendo spazi di confronto. L'approccio partecipativo e la cornice teorica delle determinanti, con un approccio intersezionale e di genere, ha permesso di far emergere alcuni elementi di interesse per la progettazione di servizi.

Per prima cosa, analizzare il tema attraverso le determinanti psicosociali di salute ha messo al centro un modello di salute olistico e ha sottolineato il ruolo rilevante delle disuguaglianze di salute, in un'ottica intersezionale. Questo ha costituito un punto importante per l'implementazione del progetto di ricerca. Il tema delle disuguaglianze, sebbene riconosciuto da tempo come elemento costitutivo dei profili di salute, è ancora poco presente nelle progettazioni dei servizi (sociali e sanitari) che spesso, sul tema della salute migrante, si concentrano quasi esclusivamente sull'implementazione delle competenze culturali (prestando attenzione alle differenze linguistiche, al ruolo della religione ecc...) (García-Ramírez et al., 2011), approccio che, come è stato precedentemente osservato (Cfr. cap 1.), non è sufficiente per promuovere servizi capaci di garantire accesso ai propri diritti e promozione del benessere.

### 4.1) Principali risultati per una progettazione dei servizi per la salute

Come è stato osservato nel primo capitolo, il tema dell'esigibilità dei diritti è un tema che ha da sempre accompagnato le riflessioni sulla salute migrante e che si conferma ancora attuale, come osservato dai risultati del **primo studio**. Qui, oltre a confermare lo svantaggio in termini di salute delle donne migranti, emerge come, a livello europeo, anche in paesi impegnati nell'implementazione di policy a favore dell'integrazione della popolazione migrante e della promozione dell'equità di genere, i livelli di salute percepita non registrano significativi miglioramenti, l'impegno di un determinato paese nell'adottare politiche volte all'inclusione o all'equità di genere, non implica automaticamente un miglioramento dei livelli di benessere della popolazione. Le forme di implementazione politica adottate, non riescono ad incidere nel scardinare quegli ostacoli che quotidianamente le donne migranti incontrano e che sono il risultato dell'intersezione tra disuguaglianze di genere, di classe e di razza.

Per approfondire questo quadro si è pensato ad uno studio che potesse coinvolgere direttamente le donne migranti. Il **secondo studio** ha avuto una funzione di approfondimento ed è stato realizzato attraverso lo strumento del focus group. I focus group condotti sono stati occasioni di

confronto, in cui sono emerse alcune delle determinanti che più influiscono sul benessere e la salute individuale delle donne, sia positivamente, sia negativamente. Si ritiene che i risultati emersi sottolineino aspetti interessanti, che spesso non vengono considerati nelle progettazioni dei servizi sulla salute e il benessere. Tra questi troviamo, ad esempio, una definizione di benessere strettamente connessa con la dimensione che è stata definita di “autodeterminazione” (Ryff, 2013). Il benessere si raggiunge quando è possibile intraprendere un percorso di crescita e apprendimento, quando è possibile comprendere la società ospitante, in un confronto continuo con i propri valori, con le proprie letture. Questo permette di acquisire delle cornici di riferimento che orientano l’azione e favoriscono la partecipazione alla vita della comunità.

È emersa la richiesta di poter mettere alla prova le proprie capacità, e di considerare come elementi promotori della salute dimensioni individuali come quella dello svago e del tempo libero. Questi aspetti si ritengono rilevanti e non scontati, perché difficilmente sono oggetto di progettazione di intervento all’interno dei servizi di promozione del benessere, più orientati a trovare risposte a bisogni concreti, che diventano predominanti in fase di progettazione di intervento. Come osservato nell’analisi dei focus group, la necessità di dare risposta ai bisogni concreti (la casa, il lavoro, l’importanza di apprendere la lingua) è riconosciuta e non sottovalutata, non è però l’unica; si riconosce come altrettanto importante avere uno spazio dove potersi sperimentare e mettersi alla prova. Questo ha portato anche il gruppo di ricercatori ad interrogarsi su come i servizi riconoscono i bisogni primari e come sia importante estendere la visione sui bisogni delle donne migranti a dimensioni come quella dello svago, spesso considerato come bisogno secondario.

L’altro dato interessante emerso dal secondo studio è l’interesse nell’aver spazi di racconto, non sul proprio viaggio migratorio, ma piuttosto su ciò che avviene in Italia. Il tema della discriminazione è stato portato dalle partecipanti ai gruppi come tema su cui vi è voglia di confrontarsi. Un tipo di confronto riconosciuto anche in letteratura come particolarmente significativo, perché permettere di avere uno spazio dove mettere in discussione il sistema e aprire nuove relazioni. Ciò promuove l’attivazione delle persone e contemporaneamente assolve anche ad una funzione terapeutica, rielaborando quanto accaduto (Ruppenthal et al., 2005). È interessante come dai dati emersi non emergano richieste di supporto su specifici bisogni, pur riconoscendoli, quanto piuttosto la possibilità di partecipare ad un confronto attivo, per risignificare le proprie esperienze e co – costruire nuovi cornici di senso.

Questi risultati sono confermati anche dal **terzo studio**, attraverso le risposte raccolte tramite il questionario che rileva le esperienze di gendered racism e il benessere psicofisico. La strategia di coping legata al problem solving, si dimostra particolarmente rilevante nella definizione del benessere, sia rispetto alla strategia di coping supporto sociale, sia rispetto all’ampiezza della rete a cui la persona può fare riferimento. Il proprio benessere è influenzato dalla capacità di poter

provvedere a sé stessi, di essere capaci di poter trovare soluzioni. Il ruolo della rete non è espresso con la stessa forza. Come già osservato anche dai dati dei focus group, la rete di supporto, che si ipotizza essere principalmente composta da connazionali, porta con sé delle ambiguità (Hombrados-Mendieta et al., 2013). Queste sono identificate dalle partecipanti come le aspettative delle famiglie nei loro confronti, ma anche nella competizione che si può innescare con i connazionali una volta arrivati in Europa. Per future ricerche sarebbe interessante osservare quanto questa visione della rete sia legato ai ruoli di genere, quanto per le donne le relazioni portino con sé aspettative su ciò che si ritiene di loro competenza in quanto donne, quanto risentano della dimensione del giudizio (sia nella rete dei connazionali che in quella dei servizi).

Sempre nel terzo studio si conferma rilevante la discriminazione legata al gendered racism per il benessere psicofisico, nonché l'importanza di adottare una lettura intersezionale. I dati confermano come genere, età, razza e il tipo di migrazione, insieme al coping basato sul problem solving e insieme alla percezione della discriminazione influenzino direttamente e significativamente il benessere psicofisico delle donne migranti e come le strategie di coping non svolgano il ruolo di mediazione che ci attendevamo. Emerge, infatti, il gendered racism, lettura intersezionale della discriminazione, è un fenomeno multidimensionale, costituito da diversi fattori che agiscono simultaneamente a diversi livelli, per questo non è possibile identificare singoli mediatori, che lo influenzano significativamente. Si conferma quindi rilevante una lettura in chiave intersezionale, perché permette di mantenere un quadro di complessità, considerando l'influenza degli elementi contestuali e delle contingenze. Inoltre questo approccio favorisce il fare luce sui sistemi di potere e di disuguaglianze, permettendo così di individuare i punti chiave su cui progettare interventi e azioni per promuovere il cambiamento.

#### **4.2) Il ruolo dei servizi territoriali e l'attività dell'associazione Ciac Onlus**

Durante il percorso di ricerca lo **svantaggio in termini di salute per le donne migranti** è apparso chiaro. I dati raccolti sostengono l'ipotesi che le disuguaglianze sociali (in primis quella di genere) e il razzismo strutturale e relazionale abbiano un ruolo cruciale nella definizione dei profili di salute. Sebbene la cornice teorica delle determinanti psicosociali di salute e il ruolo delle disuguaglianze siano da tempo riconosciute, in particolare nello studio della salute migrante, **le conseguenze in termini applicativi** sono ancora difficili da osservare. Più recenti sono invece gli approfondimenti sul ruolo della dimensione di genere all'interno dello studio delle migrazioni (Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017) e i dibattiti sulla necessità di adottare un **approccio intersezionale** per approfondire la salute delle donne e delle donne migranti in particolare.

Questi temi sono ancora oggi oggetto di confronto e di approfondimento, non solo in riferimento ai servizi che operano con le donne migranti, basti pensare a come recentemente si è ampliato il

dibattito sulla medicina di genere. Nonostante l'aumento di ricerche e l'ampliarsi dei confronti anche a livello pubblico, è ancora sfidante pensare ad una loro applicabilità nel mondo dei servizi. Realizzare questo tipo di approccio richiede infatti di adottare una complessità di letture e di livelli di azioni che disorienta e sfida le logiche settoriali e specialistiche del lavoro dei servizi.

Se da una parte l'approccio intersezionale promuove una emersione e una presa di consapevolezza della correlazione tra le diseguaglianze sociali, dall'altra i servizi territoriali, sanitari e sociali, sembrano avere intrapreso una direzione opposta. Nonostante il tema dell'integrazione socio – sanitaria sia da tempo un tema rilevante, oggetto di studio e di formazioni, come la lettura della salute in chiave biopsicosociale, ancora poche sono le trasformazioni strutturali; questo anche considerando la crisi economica e sociale che il welfare si trova ad attraversare da tempo, crisi che rende difficile uscire da una logica gestionale ed emergenziale, per promuovere un'ottica trasformativa.

Nel lavoro quotidiano si osserva una tendenza di frammentazione all'interno servizi che appaiono sempre più specializzati (Batista et al., 2016); specifici sono i target di intervento: gli anziani, i minori, la disabilità. All'interno di queste organizzazioni, il bisogno multidimensionale della popolazione migrante (giuridico, psicosociale, sanitario) rischia di creare dei cortocircuiti. Promuovere una visione di integrazione socio – sanitaria rappresenta per tutti questi motivi ancora una sfida.

L'associazione Ciac Onlus, partner di questo dottorato industriale, è impegnata da più di vent'anni nell'accoglienza e nella tutela della popolazione migrante di Parma e Provincia. La sua attività si caratterizza per essere strettamente connessa al territorio in cui realizza i suoi progetti, sia coinvolgendo la comunità locale, sia in collaborazione con il servizio pubblico, sociale e sanitario. Accogliere per l'associazione ha sempre rappresentato un'azione a tutela non solo della popolazione immigrata, ma di tutta la comunità. L'accoglienza e la tutela della popolazione migrante, diviene quindi occasione di promozione dei diritti di cittadinanza e di sviluppo di una comunità più accogliente. Ciac adotta un approccio di intervento basato su alcuni principi guida tra i quali la deistituzionalizzazione dei servizi di cura (con riferimento al movimento antipsichiatrico di Basaglia), il percorso educativo come percorso di trasformazione della realtà ed emancipazione dei soggetti dallo stato di bisogno (con riferimento alla pedagogia di Freire) e più in generale la promozione di una comunità della cura (The Care Collective, 2021).

In quest'ottica anche le riflessioni sulla salute e il benessere di migranti hanno visto un'importante evoluzione nel tempo, che rispecchia in parte l'evoluzione della medicina delle migrazioni, a cui si è fatto riferimento nel primo capitolo. All'inizio degli anni 2000, primi anni di attività dell'associazione, il tema della salute riguardava principalmente la possibilità di accedere ai servizi sanitari pubblici; all'epoca i percorsi interculturali erano ancora poco conosciuti, e anche il semplice accesso ai servizi di base poteva incontrare degli ostacoli. Progressivamente, il lavoro

associativo si è impegnato nell'affrontare nuovi temi, tra questi la riabilitazione delle vittime di tortura, la presa in carico del trauma e il tema della salute mentale. Tali aspetti sono sempre stati affrontati in un'ottica di collaborazione con il servizio pubblico, costruendo nuove pratiche di intervento laddove vi era un nuovo bisogno emergente e in uno scambio continuo di saperi con i diversi professionisti dei servizi. Negli anni questo lavoro di rete e multidisciplinare ha acquisito anche importanti risultati, come il protocollo Ciac – Ausl che dal 2011 opera attraverso l'attività Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario, per la presa in carico di richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale in situazioni di vulnerabilità.

Nonostante gli importanti traguardi raggiunti, il tema della salute, in ottica biopsicosociale, di promozione del benessere dell'individuo, necessita di un percorso di riflessione e di analisi continua. È infatti possibile osservare che sebbene i principi che guidano la metodologia di lavoro siano esplicitati, la sfida di realizzarli sul piano pratico rimane alta. Sia per le urgenze e le contingenze che i fenomeni migratori portano con sé, sia per il periodo storico e politico, che stiamo vivendo.

Dal 2021 ha preso il via una riflessione all'interno dell'equipe di lavoro sul tema dei servizi di promozione alla salute all'interno dell'associazione CIAC. I percorsi di accoglienza dei migranti implementati da CIAC hanno al loro interno attività incentrate sulla salute, con l'obiettivo di sviluppare interventi di carattere sociali volti a favorire il benessere dell'individuo e a promuovere la sua *health literacy*<sup>20</sup>. I percorsi di **promozione della salute** attivati dall'associazione, sono attività laboratoriali svolte con l'obiettivo non tanto di fornire un'informativa sanitaria sui servizi per la salute in Italia. Essi non sono cioè un percorso di apprendimento frontale, ma uno spazio di confronto sul significato e il valore che la persona assegna all'esperienza di salute e malattia, uno spazio in cui si comparano i vissuti personali e si condividono le conoscenze pregresse. L'obiettivo è quello di favorire attraverso la relazione il riordino delle esperienze, di far emergere possibili difficoltà e possibili istanze. Questo nel tentativo di non soffermarsi su una interpretazione culturale della salute, ma di fornire gli strumenti necessari per permettere alla persona di adottare un atteggiamento attivo, che porta a poter prendere delle decisioni per sé.

Sebbene la letteratura promuova questo tipo di approccio (Genat, 2009) di intervento, si osserva contestualmente come questo tipo di attività sia ancora troppo sporadico all'interno dei percorsi proposti, di solito collegato all'emersione di un bisogno specifico (necessità di approfondire il tema delle vaccinazioni, il tema della salute riproduttiva); ciò depotenzia il suo effetto e lo rende poco incisivo nei percorsi di accoglienza. Nonostante i principi di ispirazione, manca quindi un approccio di promozione della salute più trasversale al percorso di accoglienza. I bisogni di salute

---

<sup>20</sup> “La health literacy rappresenta le competenze cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie in modo da promuovere e mantenere una buona salute”. WHO Health Promotion Glossary, 1999

rischiano di essere ancora ancorati principalmente ad un bisogno medico e poche sono le azioni che provano in maniera sistematica a comprendere altre dimensioni del benessere. Inoltre, anche gli interventi più legati alla salute rischiano di ridursi all'accompagnamento e all'orientamento al servizio, in un'ottica per cui l'operatore (sanitario e sociale) è la persona che detiene le informazioni "corrette", mentre alla persona viene chiesto di attenersi alle indicazioni. Quale possibilità di scelta, di definizione del bisogno, di azione rimangono per il diretto interessato? Nonostante la volontà di realizzare percorsi individualizzati ed emancipanti, il rischio è quindi quello di riproporre una relazione prescrittiva e assistenzialista, che sempre meno prova a trovare soluzioni con la persona direttamente interessata e si limita invece a dare indicazioni.

Questo tipo di posizionamento è sollecitato anche dall'esterno, dove, i servizi territoriali ingaggiano l'operatore sociale in questo ruolo di intermediazione. Questo tipo di supporto è funzionale al servizio, permette di velocizzare e rendere più efficace il passaggio di consegne o di spiegare un referto medico, in un'attività di servizio sempre concitata e portata a lavorare sull'emergenza. Questo approccio, però, non porta ad interrogarsi su quanto il servizio sia realmente accessibile per questo tipo di popolazione, né a esplorare nuove modalità di accesso, quali le possibilità reali per chi non è supportato da un operatore sociale di potervi entrare?

A questo si aggiunge la necessità per l'associazione di sviluppare un approccio di genere all'interno di queste progettazioni. L'aumento delle accoglienze femminili ha coinvolto anche l'associazione Ciac Onlus, che ha dovuto interrogarsi su quanto le attività proposte rispondessero ai bisogni specifici delle donne.

L'aumento della presenza femminile ha interrogato i servizi di accoglienza, facendo emergere come si caratterizzassero con percorsi ancora molto standardizzati e con il rischio di un approccio neutro. Ne è un esempio concreto l'attivazione di percorsi di promozione della salute, con a tema la salute riproduttiva. Per molto tempo questo tipo di attività è stata principalmente dedicata alle donne, ripeteruando uno stereotipo di genere per cui temi come la contraccezione o la salute sessuale fossero una responsabilità solo delle donne. L'adozione dell'ottica di genere si rivela importante non solo per dare risposta ai bisogni specifici portati dalle donne, ma perché rivela i costrutti di genere, facendo emergere cosa la società si aspetta dal femminile e dal maschile. Questo permette di vedere con occhi nuovi anche i percorsi maschili, notando come alcuni temi o tipi di intervento venissero ritenuti non adatti al genere maschile e per questo non affrontati. Non comprendere gli accolti uomini in questo tipo di attività preclude loro la possibilità di informarsi su aspetti rilevanti per la loro salute, riduce le loro possibilità di crescita e di confronto a priori. Ma non solo, adottare un approccio di genere significa anche prendere consapevolezza di bisogni, anche molto concreti fino ad ora sottovalutati. Ne è un esempio anche la semplice organizzazione degli spazi in cui vengono organizzati i laboratori. Accogliere delle partecipanti donne porta nuovi bisogni, come ad esempio la necessità di avere spazi stabili e personale

dedicato per la gestione dei loro bambini, per cui è necessario pensare ad una riorganizzazione e a delle strategie efficaci. Adottare un approccio di genere nei servizi per la migrazione, significa rileggere servizi e interventi non prendendo come esperienza di riferimento quella dell'uomo migrante, acquisendo consapevolezza che questa visione ha lasciato fino ad oggi importanti temi sottesi o bisogni senza risposta, perché non visti o ritenuti l'eccezione rispetto ai percorsi "normali" ovvero maschili. Sviluppare una sensibilità sul genere permette quindi di ampliare lo sguardo prestando attenzione ad esigenze e richieste fino ad ora poco considerate.

È quindi necessario un ripensamento dei servizi, che devono abbandonare l'ottica del solo bisogno sanitario e progettare interventi di prevenzione che operino per il raggiungimento del benessere. Questo significa anche mettere in secondo piano i prevalenti interventi di accompagnamento ai servizi, per interrogarsi su come realizzare interventi volti ad alimentare la consapevolezza e la presa di parola e di azione dell'individuo. Interventi capaci di considerare anche la dimensione contestuale e la multidimensionalità dei bisogni.

Alla luce dei risultati della ricerca e delle riflessioni sopra articolate, negli ultimi anni l'associazione si è interrogata su come pensare un servizio consultoriale, capace di cambiare i presupposti di confronto sul tema della salute. Il modello di servizio a cui questa sperimentazione vuole fare riferimento è quello del **consultorio familiare**. Il servizio consultoriale presenta infatti caratteristiche utili ad immaginare un servizio multiprofessionale, dove la salute (intesa come benessere) venga affrontata in una cornice sociale, e dove vi siano spazi di riflessione e di intervento sugli elementi di contesto.

I consultori nascono negli anni settanta come servizi rivoluzionari, rappresentano un importante tentativo di integrazione socio – sanitaria e mettono al centro l'attività di prevenzione. Questi sono due aspetti fondamentali per perseguire il modello di salute biopsicosociale, ma anche per favorire un modello di servizio in cui l'utente può avere un ruolo attivo. Le disposizioni a livello nazionale che hanno accompagnato la nascita del servizio hanno infatti promosso forme di partecipazione delle donne e delle associazioni della società civile nella promozione e progettazione dell'attività consultoriale.

Si tratta di un servizio che può essere definito di frontiera, non solo tra sanitario e sociale, ma anche tra istituzione e società civile (Grandolfo, 2002). Il servizio adotta una lettura della salute in un'ottica di genere, tenendo conto della soggettività della persona, della complessità sociale della salute, rifiutando l'approccio del riduzionismo biologico. Si propone così come un importante potenziale di rottura dai modelli di servizi sanitari, ma anche sociali, che lo hanno preceduto, mettendo in discussione la relazione di subordinazione tra chi è curato, ovvero il paziente, e chi cura ovvero l'operatore del servizio.

Il progetto di dottorato industriale ha permesso di focalizzare alcune dimensioni essenziali per l'implementazione di questa nuova progettazione all'interno di Ciac Onlus, in particolare facendo riferimento alla salute delle donne migranti.

#### **4.3) Il consultorio Transculturale di comunità**

L'obiettivo che si pone questo servizio è la promozione del benessere della persona e della comunità in cui è inserita. Per fare questo sono state individuate alcune linee di indirizzo che permettono di meglio definire la tipologia di servizio e la sua metodologia.

##### *4.3.1) Approccio gender sensitive*

All'interno di questo servizio verrà adottato un approccio *gender sensitive*. Questo non perché il servizio sia dedicato alle sole donne, ma perché si vuole provare ad adottare uno sguardo attento su quello che implica il costrutto del genere all'interno dei servizi. Importante considerare questo dato sia per i percorsi delle donne che per gli uomini che, come è stato osservato (cfr. Capitolo 1), possono a loro avere influenze negative sul proprio benessere a causa della costruzione del proprio ruolo di genere. Come precedentemente osservato, le recenti migrazioni femminili hanno trovato i servizi di accoglienza e i servizi territoriali non sempre preparati a dare risposta ai bisogni delle donne neo arrivate, alla specificità dei loro percorsi migratori e delle difficoltà che possono incontrare nel nuovo contesto. Dal primo studio qui condotto, emerge come il genere caratterizzi non solo il viaggio migratorio, ma anche le esperienze fatte in Italia. Le donne migranti si ritrovano a vivere in condizioni sociali, economiche e lavorative che determinano il loro percorso e il loro benessere. Adottare un'ottica di genere all'interno di un servizio che promuove benessere, porta ad interrogarsi su quanto e a quali livelli i ruoli di genere influenzino la salute della persona. Questa analisi può essere condotta a livello individuale, interrogandosi su quanto il genere influenzi certi comportamenti o decisioni, ma può essere utilizzato anche a livello macro, interrogandosi su quanto il genere influenza i sistemi in cui viviamo, l'accesso ai servizi o a determinate prestazioni. Il genere deve essere utilizzato come una determinante psicosociale di salute che permette una messa a fuoco dei bisogni emergenti.

##### *4.3.2) Approccio intersezionale*

Dai risultati degli studi condotti emerge anche l'importanza di adottare un approccio di servizio intersezionale. Oltre al genere, le altre condizioni sociali come le età, l'appartenenza etnica, lo status sociale e quello giuridico contribuiscono significativamente a determinare le condizioni di vita e di benessere della persona. Ciò porta il servizio ad ipotizzare interventi multidimensionali



che non danno una risposta ad un bisogno, ma che, operando a stretto contatto con il contesto e i servizi, esaminano diversi aspetti contemporaneamente. Come si è osservato nel terzo studio (cfr. Capitolo 3), è difficile riuscire a definire quali tra le diseguaglianze incide di più sulla definizione del benessere. Così come è difficile nel caso della *gendered discrimination* definire se l'effetto maggiore è determinato dalla discriminazione di genere o dal razzismo. Proprio per queste ragioni è necessario adottare una lettura che comprenda tutta questa complessità. L'approccio intersezionale sottolinea, infatti, come siano molti i fattori che contribuiscono a quell'esito e come essi possano variare di contesto in contesto. Riuscire ad adottare un'ottica che contemporaneamente considera diversi aspetti su diversi livelli e che non si limita alla mera somma di categorie come la razza e il genere, ha un potere esplorativo (Shannon et al., 2022) e permette di ipotizzare nuove piste di azione.

Inoltre, questo tipo di lettura favorisce l'emersione delle diseguaglianze ricollegate alle diverse categorie sociali, offrendo così la possibilità di avere un quadro di insieme per ipotizzare azioni ed interventi. È importante ricordare che la caratteristica dell'approccio intersezionale è proprio quella di poter divenire uno strumento di azione e di promozione del cambiamento sociale. La lente dell'intersezionalità non si limita ad analizzare la somma delle diseguaglianze.

#### 4.3.3) *Spazio consultoriale*

Uno degli elementi che devono caratterizzare lo spazio del servizio è la sua natura consultoriale. La promozione del benessere non passa dal fornire risposte specifiche al bisogno, ma come emerso anche durante la ricerca (cfr. Capitolo 2 in particolare), si ricollega con la possibilità di fare esperienze di crescita (Ryff 2013), di poter mettere al frutto il proprio potenziale. Lo spazio consultoriale presuppone la possibilità di uno spazio di ascolto e confronto. Il confronto può avvenire con gli operatori, ma anche con altre persone migranti. Sia attraverso spazi individuali, sia attraverso spazi gruppalì.

Questo implica per un servizio un importante cambio di postura. Il servizio (sanitario e sociale) è oggi ancora molto legato ad una funzione erogativa, in un ambito di risorse limitato. Il cambio di postura, pur non volendo sottovalutare i bisogni concreti (che rimangono bisogni rilevanti), porta ad interrogarsi non tanto su come trovare risposte specifiche, quanto piuttosto su come ampliare gli spazi di confronto e di crescita all'interno di una relazione asimmetrica tra l'operatore e la donna. La condivisione della prospettiva dell'altro non ha come solo obiettivo conoscerne l'opinione, quanto piuttosto partecipare insieme alla produzione di significato. È in questa accezione che si fa riferimento ad un percorso di crescita reciproca.

Con questi presupposti, *la relazione* diventa il principale strumento di uno spazio così connotato. Ciò implica la cura di alcuni aspetti relazionali, come *il momento dell'accoglienza e dell'ascolto*.

Anche questo aspetto non è da sottovalutare: durante i focus group alcuni servizi su cui le donne hanno riportato un'esperienza negativa erano principalmente i servizi percepiti come poco accoglienti o poco in ascolto.

Lo spazio consultoriale si caratterizza per essere un servizio di prevenzione. Ciò porta ad adottare un approccio proattivo da parte del servizio. Il servizio non può rimanere in attesa di dare informazioni, ma è importante capire come offrire le proprie attività alla comunità. La prossimità con la comunità è quindi un altro elemento indispensabile, che richiede agli operatori del servizio di non svolgere tutte le attività in sede. Sarà necessario svolgere alcune attività direttamente sul territorio, nel tentativo di intercettare quella popolazione più a rischio (*hard to reach*), che difficilmente accede ai servizi. Il servizio deve quindi adottare una postura proattiva, dove le proposte vengono attivamente offerte e non è possibile, come per la maggior parte dei servizi, limitarsi alle raccomandazioni (Grandolfo, 2002). Ciò implica anche non pretendere di determinare i comportamenti delle persone ed offrire indicazioni in maniera direttiva, ma agire per metter la persona in condizione di libera scelta, attraverso un percorso di conoscenza e di consapevolezza. Aiutare la persona ad acquisire le cornici, i significati, per poter decidere in autonomia, è uno degli obiettivi dello spazio. Rispettando quella che è la scelta dell'altro.

Lo spazio per il confronto e il consulto è pensato per poter accogliere i diversi temi che le sue partecipanti vorranno affrontare. Immaginandolo come un luogo dove poter portare anche temi legati alla propria esperienza in Italia quali la *discriminazione*. Come già osservato, il poter socializzare questi vissuti al di fuori dal proprio gruppo di appartenenza ha un forte valore terapeutico (Ruppenthal et al., 2005). Questo perché la possibilità per le comunità marginalizzate di prendere pubblicamente parola permette di acquistare visibilità, aumentando in questo modo il proprio senso di sicurezza e riacquisendo una maggiore fiducia nella comunità locale (Castaneda et al., 2015). Inoltre, permette di realizzare percorsi di promozione dei diritti per aumentare la consapevolezza delle persone.

Questo tipo di confronto promuove la riflessività ovvero la capacità di pensare a sé stessi e alla società nel suo complesso, e lo sviluppo di un pensiero critico, che porta le persone a pensare che le cose possano cambiare (García-Ramírez et al., 2011). Come sottolineato dalla psicologia della liberazione, è importante impegnarsi sulla restituzione della voce e dell'azione ai gruppi marginalizzati affinché sia possibile per loro acquisire una nuova visione del mondo, di sé stessi e del loro ruolo nella società ospitante (García-Ramírez et al., 2011).

#### 4.3.4) Spazio di partecipazione e di comunità

In linea con quanto osservato fino ad ora, il servizio consultoriale deve essere uno spazio partecipato. Dove per partecipazione si fa riferimento sia alle donne interessate ad accedere al

servizio, sia alle istituzioni, alle realtà del terzo settore, ma anche a persone della comunità locale. I diversi attori avranno diverse modalità e gradi partecipazione.

Innanzitutto, si sottolinea l'importanza della partecipazione delle donne stesse in riferimento ad un servizio *user-centred*. L'obiettivo di raggiungere le donne dovrà portare a superare le barriere comunicative, adattandosi di volta in volta alle caratteristiche del singolo o del gruppo. Questo approccio deve essere utilizzato anche in fase di progettazione degli interventi o di possibili servizi, favorendo la libertà di scelta piuttosto che riprodurre quanto fatto in passato dal servizio o sulla base di ciò che il servizio giudica più adeguato.

**La partecipazione ha un ruolo importante nella promozione del benessere individuale;** la partecipazione sociale è associata alla promozione del benessere psicosociale e alla diminuzione del disagio psicologico. Si ritiene, infatti, necessario, come riconosciuto da alcuni autori (Niemi et al., 2019), che le politiche dei servizi sostengano la partecipazione della popolazione migrante nelle varie dimensioni delle strutture sociali nelle società ospitanti. La partecipazione sociale aumenta la resilienza, ristabilisce la vita sociale e agisce come fattore protettivo contro gli esiti negativi della salute fisica e mentale (Niemi et al., 2019). Questo tipo di attivazione non deve essere pensato come uno scambio semplice e senza difficoltà. È da riconoscere come legittima la posizione della persona che esprime poca chiarezza, ambiguità o non fiducia nel servizio, anche queste sono parti del percorso di consapevolezza e di scelta e vanno riconosciute come tali.

La **partecipazione dei servizi** e il lavoro di rete diventano un ulteriore elemento necessario per garantire la multidisciplinarietà degli interventi e promuovere percorsi di cittadinanza. Come precedente osservato, in questo approccio è rilevante conoscere il contesto, osservarlo ed elaborarne delle letture. Questo permette di condividere le riflessioni tra operatori e costruire sinergie per affrontare possibili problemi o difficoltà. Il servizio si apre così ad una riflessione comune che si auspichi possa essere la prima fase di un percorso di trasformazione. Questo può essere però anche il luogo di sperimentazione di un approccio integrato tra servizi del sociale e sanitario: le attività del consultorio possono essere organizzate a partire da bisogni emersi e, qualora necessario, coinvolgere altri professionisti di altri servizi, in un'ottica di scambio delle competenze e allo stesso tempo favorendo l'incontro tra le donne migranti e i professionisti appartenenti ad altri servizi del territorio.

Secondo questo approccio partecipativo il percorso di cura non si gioca esclusivamente tra l'operatore e/o i professionisti e la beneficiaria. La possibilità di creare interventi misti dove siano presenti anche figure della **comunità locale** (i volontari, persone della comunità autoctona), si riconosce come un valore aggiunto. Questo permette di aumentare le occasioni di confronto e di ampliare la propria rete di relazione, con benefici anche per il benessere individuale (Hombrados-Mendieta et al., 2013). L'incontro con la comunità locale significa anche interrogarsi su come poter operare insieme per la comunità stessa, come fare la propria parte; questo promuove il senso

della propria utilità e di poter contribuire alla sua promozione (Martinez-Damia et al., 2023; Niemi et al., 2019).

Le possibilità di incontro e di scambio saranno all'interno del servizio anche declinate in momenti di socializzazione, promuovendo occasioni di svago. Le occasioni di svago, infatti, favoriscono da una parte la conoscenza del nuovo ambiente, dall'altra, aumentando le occasioni di confronto e di scambio con la realtà circostante, favoriscono l'acquisizione di nuove competenze (Kim et al., 2018). La partecipazione deve focalizzarsi anche sulla progettazione di azioni che faticano a diventare oggetto di ingaggio per i servizi.

Il servizio consultoriale vuole quindi **promuovere il protagonismo della persona e il suo benessere individuale**. Le ricerche rilevano che la partecipazione alla comunità è correlata al benessere soggettivo nella popolazione in generale, ma è particolarmente efficace per i gruppi che vivono condizioni di marginalità (Martinez-Damia et al., 2023; Niemi et al., 2019). A livello interpersonale, lo sviluppo di nuovi legami e riferimenti sociali aumenta la capacità e le risorse che la popolazione migrante può introdurre per rispondere alle situazioni di ingiustizia o di discriminazione, mentre per la comunità autoctona diviene occasione di conoscere nuovi punti di vista e di essere sensibilizzata ai temi della migrazione. Si auspica che attraverso questo tipo di approccio prendano il via azioni civiche per la costruzione di una comunità più equa e accogliente.

#### *4.3.5) I Servizi offerti*

Il consultorio dovrà essere allestito all'interno di uno spazio dedicato. La necessità è di pensare ad uno spazio permanente, con un allestimento curato e che faciliti una sensazione di accoglienza. Il consultorio avrà alcune attività permanenti, altre invece verranno progettate sulla base dei bisogni specifici di chi attraversa lo spazio in quel momento.

Lo spazio avrà la caratteristica di progettare i propri servizi periodicamente, coinvolgendo anche i partecipanti. Sarà importante interrogare i partecipanti sulle modalità di partecipazione e attivazione nello spazio sulle forme di attivazioni con cui abitano lo spazio: il Consultorio lavora alla costruzione di servizi partecipati in cui ognuno è partecipe e responsabile del suo andamento. Per approfondire questa complessità che cerca di dare una lettura ampia del benessere e delle diseguaglianze, sarà necessaria un'equipe multidisciplinare. Lo spazio sarà quindi in stretto contatto con gli altri servizi dell'associazione Ciac Onlus, in particolare i servizi di tutela legale, per orientare le persone ai propri diritti e promuoverne l'esigibilità. Lo spazio avrà delle giornate di apertura fisse e ad accesso libero; al suo interno ruoteranno i professionisti che garantiranno la presenza.

Si aggiungono qui alcune ipotesi di attività, da discutere e progettare con i partecipanti. Alcune si definiscono, come già ricordato sopra, come attività permanenti, altre si costruiranno sui bisogni e gli interessi dei presenti. Alcune delle attività avranno il fine di dare risposte concrete a bisogni

quali la conciliazione della gestione dei figli o la compilazione di modulistica complessa. Questo per ricordare anche la necessità di un supporto concreto su alcuni aspetti ordinari che chi vive in condizioni di socio – economico deve affrontare quotidianamente.

Le ipotesi di attività permanenti sono:

- **Gruppo donne.** Gruppo di socializzazione e di incontro tra donne. Il gruppo diviene un luogo di incontro e di ascolto che garantisce la sua presenza settimanale. Viene scandito da un calendario di attività che viene definito con le partecipanti e aggiornato trimestralmente in un incontro organizzativo con tutto il gruppo. Il gruppo è rivolto alle donne migranti presenti sul territorio, ma è possibile pensare a momenti e attività specifiche che saranno condivise con la comunità. A questi incontri possono essere coinvolti formatori esterni, o possono essere le stesse partecipanti che diventano formatrici, sulla base delle tematiche che si decide di affrontare insieme.
- **Attività di promozione della salute.** Laboratorio per la promozione del benessere. All'interno di questo spazio ci si concentra in particolare sulla ricostruzione dei significati legati alla salute. Spazio di confronto sul concetto di salute e malattia, sulle proprie esperienze di salute e di relazione con i servizi del territorio. Si tratterà la salute secondo una visione ampia, che vuole individuare anche gli elementi sociali o gli ostacoli burocratici che non permettono di arrivare a godere appieno della propria salute.
- **Attività di socializzanti e culturali.** Calendario di incontri, attività e laboratori, a cui tutti possono partecipare, per organizzare momenti di conoscenza reciproca con altre persone presenti sul territorio e realizzare attività di socializzazione.
- **Sportello informativo e di orientamento.** Lo sportello è pensato per dare informazioni su temi burocratici o amministrativi. Offre supporto per compilare le richieste di prestazioni sociali o supportare nell'iscrizione alle scuole dei propri bambini. Pensato rispetto a necessità concrete presenti per questo tipo di popolazione, si prevede un servizio a libero accesso dove è possibile rispondere e supportare chi ha difficoltà con pratiche burocratiche o amministrative: l'iscrizione dei figli a scuola, la richiesta di informazioni di ricerca casa. Questo servizio sarà in stretto contatto con gli sportelli di orientamento socio giuridico dell'associazione.
- **Luogo di comunità dove trovare risposta a bisogni concreti.** Servizio di babysitteraggio: possibilità di lasciare il proprio bambino per brevi periodi se la persona ha necessità di andare ad una visita o deve fare un colloquio di lavoro. Con l'emersione di nuove esigenze si potranno definire altri tipi di azione.
- **Attivazione di momenti di confronto e di orientamento tra donne arrivate da tempo in Italia con donne di recente arrivo.** Momento per condividere esperienze ed immaginari sulla migrazione e poter confrontarsi su chi ha nel tempo elaborato parte delle sue esperienze, per favorire la costruzione di cornici di senso, ma anche per confrontarsi sulle aspettative e le difficoltà che a diverso livello caratterizzano i percorsi migratori.

#### 4.3.6) Sfide e criticità

Sebbene si riconoscano la potenzialità di questo servizio, è utile sottolineare che questo tipo di spazio non è di facile realizzazione. Immaginare un servizio che parta da una prospettiva non altamente strutturata, ma partecipata, lasciando spazio per sperimentare, può essere inizialmente sfidante. Occorre tuttavia considerare le possibili criticità, a partire dalle difficoltà linguistiche, se tutte le partecipanti non condividono una lingua comune. Possono esserci momenti di conflittualità che caratterizzano i dispositivi relazionali. Questa possibilità è già da preventivare, perché lo scambio e la presa di parola non può avvenire sempre in condizioni facilitanti. Ciò anche perché si spera possa diventare luogo di confronto di tematiche sensibili che coinvolgono i partecipanti; in questi casi si ipotizza che la condivisione non possa essere sempre un processo ordinato. Rappresenta una sfida anche il cambio d'approccio da una prospettiva servizio centrica, ad una invece che sceglie di metter al centro le donne e che dovrà, a partire dagli aspetti organizzativi (luoghi e tempi di incontro), seguire quanto emerge nel gruppo delle partecipanti. Infine, è necessario considerare che questo tipo di confronto verrà fatto con persone che possono trovarsi in situazioni di svantaggio socio – economico, persone che possono vivere momenti di difficoltà e che ancora con difficoltà vedono il proprio percorso in Italia. Per questo l'ascolto e l'accoglienza si rilevano aspetti fondamentali. Starà al professionista e all'equipe multidisciplinare tenere conto di tutti questi aspetti e decidere quali linguaggi e strumenti adottare nelle specifiche situazioni per essere più efficace.

#### 4.4) Riflessioni conclusive

I servizi per la popolazione migrante, sebbene guidati da cornici di riferimento importanti, come osservato anche all'interno dell'associazione Ciac Onlus, corrono un altissimo rischio di passivizzazione delle persone migranti e quindi di alimentare meccanismi di razzismo istituzionalizzato. Questo perché il sistema e le istituzioni all'interno delle quali operano tendono a riprodurre le diseguaglianze e in generale a lasciare poco spazio di protagonismo ai cittadini. Se guardiamo poi ai percorsi delle donne migranti vediamo che il rischio aumenta. Per le donne migranti è ancora maggiore la tendenza di rilegarle in una condizione di vulnerabilità, in una narrazione dove non si nominano le diseguaglianze di genere, dove non emergono le difficoltà di trovare casa e lavoro in quanto madri, ma dove la vulnerabilità sembra una caratteristica intrinseca alla donna stessa. Utilizzare la cornice del genere e dell'intersezionalità acquista allora un valore importante perché *permette di operare una importante decostruzione che fa emergere il sistema delle diseguaglianze e mette in discussione la struttura di potere che la distinzione tra femminile e maschile da sempre porta con sé.*

Si è osservato come vivere in una condizione di diseguaglianze correlate tra loro ha un effetto concreto sul benessere individuale, effetto che deve essere esplorato e compreso per la progettazione di un servizio dedicato. Il presupposto è che chi vive in una condizione di marginalità, e quindi di oppressione (Martín-Baró, 1996), tenda ad interiorizzare una visione negativa di sé, a non riconoscere di avere diritto di partecipare alla comunità o di dover raggiungere la condizione migliore del proprio benessere. Per questo si ritiene che all'interno di questo servizio la relazione abbia un ruolo fondamentale, perché è proprio attraverso la relazione che si ha la possibilità di produrre senso e significato; inoltre, è attraverso questa che si esercita la riflessività. La relazione diviene quindi il cuore di un servizio come il consultorio transculturale, arrivando ad attivare operatori migranti e comunità nella trasformazione della realtà e nel tentativo di superare le barriere e promuovere il benessere di tutte e di tutti.

L'approccio proposto rispecchia i valori e il mandato che l'associazione Ciac Onlus ha adottato in questi vent'anni in quanto ente di tutela. Nella convinzione che operare per promuovere una società più inclusiva ed equa, dove siano riconosciuti i diritti anche di chi sta al margine, abbia una importante ripercussione non solo per la popolazione migrante, ma per tutta la comunità. In questo senso, il percorso in Italia, diviene un "percorso di liberazione verso la cittadinanza" (García-Ramírez et al., 2011 p.89), un percorso dove si acquisiscono diritti e responsabilità e a partire da questi si promuove l'empowerment individuale e della comunità. La popolazione migrante è chiamata a divenire attiva e a contribuire allo sviluppo della comunità. Ciò comporta anche una trasformazione della società ospitante che vede rafforzare i legami sociali e sviluppa una maggiore sensibilità ed attenzione alle ingiustizie sociali.

In questo quadro si osserva un importante cambiamento di ruolo anche dell'operatore che non è più l'intermediario della persona migrante nella società, non è più la persona che parla per lui, per agevolare i rapporti con l'esterno, ma assume *un nuovo ruolo di operatore di comunità*. La sua attività si dovrà concentrare nel creare spazi di presa di parola e di azione per chi generalmente si trova ai margini, dovrà uscire dai propri servizi per incontrare la comunità locale, coinvolgerla, con un'attenzione alle diversità e una cura dei legami sociali. All'operatore è richiesta anche una capacità di lettura critica, della realtà che circonda. Lettura che deve divenire partecipata, coinvolgendo comunità e migranti stessi e che mira a dare nome alle diseguaglianze, ai diritti negati, impegnandosi in attività di advocacy.

## Bibliografia

- AAUW. (2022). *SYSTEMIC RACISM AND THE GENDER PAY GAP*. www.aauw.org
- Abraido-Lanza, A., Dohrenwend, B., Ng-Mak, D., & Blake Turner. (1999). The Latino Mortality Paradox: A Test of the “Salmon Bias” and Healthy Migrant Hypotheses. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1543.
- Acocella, I., & Cataldi, S. (2020). *Using Focus Groups: Theory, Methodology, Practice*. SAGE Publications Ltd.
- Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166–191. <https://doi.org/10.1093/jrs/fen016>
- Akinade, T., Kheyfets, A., Piverger, N., Layne, T. M., Howell, E. A., & Janevic, T. (2022). The influence of racial-ethnic discrimination on women’s health care outcomes: A mixed methods systematic review. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114983>
- Antonelli, E. (2007). L’approccio interculturale allo studio del benessere soggettivo. *Psicologia Sociale*, 2(3), 451–484. <https://doi.org/10.1482/25538>
- Batista, T., Ricardo, F., Ceccim, B., & Cura Di, A. (2016). *PRASSI IN SALUTE GLOBALE: Azioni Condivise Tra Brasile e Italia*. <https://doi.org/10.18310/978-85-66659-73-3>
- Benkirane, S., & Doucerain, M. M. (2022). Considering intersectionality in acculturation: Bringing theory to practice. *International Journal of Intercultural Relations*, 91, 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.10.002>
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5–68. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/026999497378467>
- Black, J. (2021). *Global migration indicators 2021* (IOM). IOM. [https://publications.iom.int/system/files/pdf/Global-Migration-Indicators-2021\\_0.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/Global-Migration-Indicators-2021_0.pdf)
- Black, L., Johnson, R., & VanHoose, L. (2017). The Relationship between Perceived Racism/Discrimination and Health among Black American Women: A Review of the Literature from 2003-2013 Lora. *Physiology & Behavior*, 176(5), 139–148. <https://doi.org/10.1007/s40615-014-0043-1>.The
- Brabete, A. C. (2017). Examining Migrants’ Health From a Gender Perspective. *The Psychology of Gender and Health: Conceptual and Applied Global Concerns*, 231–250. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803864-2.00008-0>
- Brajša-Žganec, A., Merkaš, M., & Šverko, I. (2011). Quality of Life and Leisure Activities: How do Leisure Activities Contribute to Subjective Well-Being? *Social Indicators Research*, 102(1), 81–91. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9724-2>
- Brito, I., Cook, T., Harris, J., Wright, M. T., Kleba, M. E., Madsen, W., Springett, J., & Wakeford, T. (2013). *International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: Mai 2013*. Berlin. <https://www.researchgate.net/publication/282808339>
- Burns, R., Zhang, C. X., Patel, P., Eley, I., Campos-Matos, I., & Aldridge, R. W. (2021). Migration health research in the United Kingdom: A scoping review. *Journal of Migration and Health*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100061>



- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioral Publications.
- Carbado, D. W. (2013). Colorblind intersectionality. *Signs*, 38(4), 811–845. <https://doi.org/10.1086/669666>
- Carter, R. T., Johnson, V. E., Kirkinis, K., Roberson, K., Muchow, C., & Galgay, C. (2019). A Meta-Analytic Review of Racial Discrimination: Relationships to Health and Culture. *Race and Social Problems*, 11(1), 15–32. <https://doi.org/10.1007/s12552-018-9256-y>
- Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Suvisaari, J., Koskinen, S., Härkänen, T., Mannila, S., Laitinen, K., Jukarainen, P., & Jasinskaja-Lahti, I. (2015). The Association between Discrimination and Psychological and Social Well-being: A Population-based Study of Russian, Somali and Kurdish Migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies*, 27(2), 270–292. <https://doi.org/10.1177/0971333615594054>
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D. T., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. In *Annual Review of Public Health* (Vol. 36, pp. 375–392). Annual Reviews Inc. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Chol, H., Gee, G. C., & Takeuchi, D. (2009). Social Science & Medicine Discrimination and health among Asian American immigrants: Disentangling racial from language discrimination. *Social Science & Medicine*, 68(4), 726–732. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.11.013>
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R. (1999). Racism as a Stressor for African Americans A Biopsychosocial Model. *American Psychologist*, 54(10), 805–816.
- Dallo, F. J., Kindratt, T. B., & Snell, T. (2013). Serious psychological distress among non-Hispanic whites in the United States: The importance of nativity status and region of birth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(12), 1923–1930. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0703-1>
- Davies, A., Basten, A., & Frattini, C. (2006). Migration: A social Determinant of the health of Migrants. In *Assisting Migrants and Communities (AMAC) Project* (pp. 0–86). IOM - International Organization for Migration.
- de Freitas, C., & Martin, G. (2015). Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. *Social Science and Medicine*, 135, 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.019>
- de Freitas, D. F., Fernandes-Jesus, M., Ferreira, P. D., Coimbra, S., Teixeira, P. M., de Moura, A., Gato, J., Marques, S. C., & Fontaine, A. M. (2018). Psychological correlates of perceived ethnic discrimination in Europe: A meta-analysis. *Psychology of Violence*, 8(6), 712–725. <https://doi.org/10.1037/vio0000215>
- Delara, M. (2016). Social Determinants of Immigrant Women’s Mental Health. *Advances in Public Health*, 2016, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2016/9730162>
- di Stasio, V., & Larsen, E. N. (2020). The Racialized and Gendered Workplace: Applying an Intersectional Lens to a Field Experiment on Hiring Discrimination in Five European Labor Markets. *Social Psychology Quarterly*, 83(3), 229–250. <https://doi.org/10.1177/0190272520902994>
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2009). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (Eds.), *Challenging*

- Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4).
- Else-Quest, N. M., & Hyde, J. S. (2016). Intersectionality in Quantitative Psychological Research: II. Methods and Techniques. *Psychology of Women Quarterly*, 40(3), 319–336. <https://doi.org/10.1177/0361684316647953>
- Elsouhag, D., Arnetz, B., Jamil, H., Lumley, M. A., Broadbridge, C. L., & Arnetz, J. (2015). Factors Associated with Healthcare Utilization Among Arab Immigrants and Iraqi Refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1305–1312. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0119-3>
- Essed, P. (1991). Understanding everyday racism: an interdisciplinary theory. In M. R. Starika (Ed.), *Understanding Everyday Racism: An Interdisciplinary Theory* (Sage Series, Vol. 2). SAGE Publications . <https://doi.org/10.4135/9781483345239>
- García-Ramírez, M., de la Mata, M. L., Paloma, V., & Hernández-Plaza, S. (2011). A Liberation Psychology Approach to Acculturative Integration of Migrant Populations. *American Journal of Community Psychology*, 47(1), 86–97. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9372-3>
- Garcini, L. M., Nguyen, K., Lucas-Marinelli, A., Moreno, O., & Cruz, P. L. (2022). “No one left behind”: A social determinant of health lens to the wellbeing of undocumented immigrants. *Current Opinion in Psychology*, 47. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101455>
- Genat, B. (2009). Building emergent situated knowledges in participatory action research. *Action Research*, 7(1), 101–115. <https://doi.org/10.1177/1476750308099600>
- Geraci S. (2005, March). La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. *Studi Emigrazione/Migration Studies* , XLII(157).
- Gideon, J. (2016). Gender, Migration and Health. In Gideon Jasmine (Ed.), *Handbook on gender and Health: Vol. Part IV* (pp. 223–282). Edward Elgar Publishing Limited. <https://doi.org/10.4337/9781784710866>
- Gideon Jasmine. (2016). Gender, Migration and Health. In Gideon Jasmine (Ed.), *Handbook on gender and Health: Vol. Part IV* (pp. 223–282). Edward Elgar Publishing Limited. <https://doi.org/10.4337/9781784710866>
- Glaser E, B., & Strauss, A. (2009). *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa* (A. Strati, Ed.). Armando Editore. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1234.8883>
- Graham, R., & Clarke, V. (2021). Staying strong: Exploring experiences of managing emotional distress for African Caribbean women living in the UK. *Feminism and Psychology*, 31(1), 140–159. <https://doi.org/10.1177/0959353520964672>
- Grandolfo, M. (2002). *I consultori familiari: Evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione*. <https://www.epicentro.iss.it/consultori/pdf/consultori.pdf>
- Guidi, C. F., & Petretto, A. (2019). Health Care and Migration : What Data Can Tell Us of the Hard-to-Measure Impact of Migrants on the European Health Systems. In P. Dobrescu (Ed.), *Development in Turbulent Times* (Springer, Cham, pp. 153–170).

- Harnois, C. E., & Ifatunji, M. (2011). Gendered measures, gendered models: Toward an intersectional analysis of interpersonal racial discrimination. *Ethnic and Racial Studies*, 34(6), 1006–1028. <https://doi.org/10.1080/01419870.2010.516836>
- Harrell, S. P. (2000). A multidimensional conceptualization of racism-related stress: Implications for the well-being of people of color. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 42–57. <https://doi.org/10.1037/h0087722>
- Harrell, S. P. (2013). Coping with Gendered Racial Microaggressions among Black Women College Students. *Journal of African American Studies*, 17(1), 51–73. <https://doi.org/10.1007/S121>
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Publications.
- Henríquez, D., Urzúa, A., & López-López, W. (2022). Social Support as a Mediator of the Relationship between Identity Fusion and Psychological Well-Being in South—South Migrant Populations. *International Migration and Integration*, 1–23. <https://doi.org/10.1007/s12134-022-00996-5>
- Hombrados-Mendieta, I., García-Martín, M. A., & Gómez-Jacinto, L. (2013). The Relationship Between Social Support, Loneliness, and Subjective Well-Being in a Spanish Sample from a Multidimensional Perspective. *Social Indicators Research*, 114(3), 1013–1034. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0187-5>
- Hombrados-Mendieta, I., Millán-Franco, M., Gómez-Jacinto, L., Gonzalez-Castro, F., Martos-Méndez, M. J., & García-Cid, A. (2019). Positive Influences of Social Support on Sense of Community, Life Satisfaction and the Health of Immigrants in Spain. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02555>
- Hunt, L. M., Schneider, S., & Comer, B. (2004). Should “acculturation” be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. 59, 973–986. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.009>
- Im, E. O., & Yang, K. (2006). Theories on immigrant women’s health. *Health Care for Women International*, 27(8), 666–681. <https://doi.org/10.1080/07399330600817535>
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, migration and the “social determinants of health” agenda \*. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 331–341. <https://doi.org/10.5093/in2012a29>
- Jones, M. K., Leath, S., Settles, I. H., Doty, D., & Conner, K. (2022). Gendered Racism and Depression Among Black Women : Examining the Roles of Social Support and Identity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 28(1), 39–48.
- Jung, M., Joun, H.-S., Slopen, N., He, X., Thomas, S., & Lee, S. (2022). Racial Discrimination and Health-Related Quality of Life: An Examination Among Asian American Immigrants. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9, 1262–127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40615-021-01067-8>
- Kim, J., Heo, J., Dvorak, R., Ryu, J., & Han, A. (2018). Benefits of leisure activities for health and life satisfaction among Western migrants. *Annals of Leisure Research*, 21(1), 47–57. <https://doi.org/10.1080/11745398.2017.1379421>
- Laster Pirtle, W. N., & Wright, T. (2021). Structural Gendered Racism Revealed in Pandemic Times: Intersectional Approaches to Understanding Race and Gender Health Inequities in COVID-19. *Gender and Society*, 35(2), 168–179. <https://doi.org/10.1177/08912432211001302>

- Lavaysse, L. M., Probst, T. M., & Arena, D. F. (2018). Is more always merrier? Intersectionality as an antecedent of job insecurity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph15112559>
- Lee, K. H., & Hwang, M. J. (2014). Private religious practice, spiritual coping, social support, and health status among older Korean adult immigrants. *Social Work in Public Health*, *29*(5), 428–443. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.858234>
- Lewis, J. A., & Neville, H. A. (2015). Construction and initial validation of the gendered racial microaggressions scale for Black women. *Journal of Counseling Psychology*, *62*(2), 289–302. <https://doi.org/10.1037/cou0000062>
- Llácer, A., Zunzunegui, M. V., del Amo, J., Mazarrasa, L., & Bolúmar, F. (2007a). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*(SUPPL. 2), 4–10. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061770>
- Llácer, A., Zunzunegui, M. V., del Amo, J., Mazarrasa, L., & Bolúmar, F. (2007b). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061770>
- Lombardi, L. (2016). *Genere, salute e politiche sociali in Europa. La salute delle donne migranti tra diritti, accesso ai servizi, diseguaglianze*. [http://old.ismu.org/wp-content/uploads/2016/05/Lombardi\\_Genere-salute-e-pol-sociali-in-Europa\\_gen-2016.pdf](http://old.ismu.org/wp-content/uploads/2016/05/Lombardi_Genere-salute-e-pol-sociali-in-Europa_gen-2016.pdf)
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, *46*(4), 503–513.
- Malmusi, D., Borrell, C., & Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science and Medicine*, *71*(9), 1610–1619. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.043>
- Marmot, M. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. In *The Lancet* (Vol. 386, Issue 10011, pp. 2442–2444). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- Martinez-Damia, S., Paloma, V., Luesia, J. F., Marta, E., & Marzana, D. (2023). Community participation and subjective wellbeing among the immigrant population in Northern Italy: An analysis of mediators. *American Journal of Community Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12652>
- McDonald, J. A., Terry, M. B., & Tehranifar, P. (2014). Racial and gender discrimination, early life factors, and chronic physical health conditions in midlife. *Women's Health Issues*, *24*(1), e53–e59. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.09.006>
- Moody, A. T., Lewis, J. A., & Owens, G. P. (2022). Gendered Racism, Coping, and Traumatic Stress Among Black Women: The Moderating Roles of the Strong Black Woman Schema and Womanist Attitudes. *Psychology of Women Quarterly*, *0*(0), 1–16. <https://doi.org/10.1177/03616843221143752>
- Mouzon, D. M., Taylor, R. J., Woodward, A. T., & Chatters, L. M. (2017). Everyday Racial Discrimination, Everyday Non-Racial Discrimination, and Physical Health Among African-Americans. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, *26*(1–2), 68–80. <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1187103>

- Nazroo, J. Y., & Karlsen, S. (2001). *Ethnic inequalities in health: social class, racism and identity*.
- Nevid, J. S., & Nelly, N. L. (1999). Multicultural issues in qualitative research. *Psychology and Marketing*, 16(4), 305–325. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6793\(199907\)16:4<305::AID-MAR3>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6793(199907)16:4<305::AID-MAR3>3.0.CO;2-R)
- Niemi, M., Manhica, H., Gunnarsson, D., Ståhle, G., Larsson, S., & Saboonchi, F. (2019). A scoping review and conceptual model of social participation and mental health among refugees and asylum seekers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph16204027>
- Noh, S., & Kaspar, V. (2003). Perceived Discrimination and Depression: Moderating Effects of Coping, Acculturation, and Ethnic Support. *American Journal of Public Health*, 93(2).
- Panchang, S., Dowdy, H., Kimbro, R., & Gorman, B. (2016). Self-rated health, gender, and acculturative stress among immigrants in the U.S.: New roles for social support. *International Journal of Intercultural Relations*, 55, 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2016.10.001>
- Panzeri, R. (2019). Bienestar subjetivos de migrantes: la ausencia de la dimensión de género. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*, 6(2), 33–58. <https://doi.org/http://Dx.Doi.Org/1015648/Coll.2.2019.3>
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 10(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- Pérez Huber, L., Gonzalez, T., Robles, G., & Solórzano, D. G. (2021). Racial microaffirmations as a response to racial microaggressions: Exploring risk and protective factors. *New Ideas in Psychology*, 63, 100880. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2021.100880>
- Rainisio, N. (2015). These places do not understand us. Environmental Psychology of the Refugee Centers. In Giunta Elena Enrica & Rebaglio Agnese (Eds.), *Design Research on Temporary Homes. Hospitable places for Homeless, Immigrants and Refugees* (AADR, pp. 72–89). Spurbuch.
- Rainisio, N., & Inghilleri, P. (2006). Attaccamento ai luoghi, identità giovanile e benessere: una ricerca in europa e implicazioni per la comunicazione interculturale. *IKON - Forme e Processi Del Comunicare*, 53, 39–65.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1235–1245. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8)
- Rinaldi, A., Civitelli, G., Marceca, M., & Paglione, L. (2013). Le politiche per la tutela della salute dei migranti: il contesto europeo e il caso Italia. *REMHU - Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 40, 9–26.
- Rinaldi, A., & Marceca, M. (2017). I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute? *Riflessioni Sistemiche*, 16, 104–119.
- Robertson, S. (2019). Status-making: Rethinking migrant categorization. *Journal of Sociology*, 55(2), 219–233. <https://doi.org/10.1177/1440783318791761>

- Roura, M., Dias, S., & LeMaster Md, J. W. (2021). Participatory health research with migrants: Opportunities, challenges, and way forwards. *Health Expectations*, 24(2), 188–197. <https://doi.org/10.1111/hex.13201>
- Rudmin, F. W. (2003). Critical History of the Acculturation Psychology of Assimilation, Separation, Integration, and Marginalization. *Review of General Psychology*, 7(1), 3–37. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.1.3>
- Ruppenthal, L., Tuck, J., & Gagnon, A. J. (2005). Enhancing research with migrant women through focus groups. *Western Journal of Nursing Research*, 27(6), 735–754. <https://doi.org/10.1177/0193945905277157>
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Sam, D. L., & Berry, J. W. (2010). Acculturation: When individuals and groups of different cultural backgrounds meet. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 472–481. <https://doi.org/10.1177/1745691610373075>
- Sánchez-López, M. P., & Limiñana-Gras, R. M. (2017). *THE PSYCHOLOGY OF GENDER AND HEALTH CONCEPTUAL AND APPLIED GLOBAL* (Timothy Bennett, Ed.; Elsevier). Nikki Levy.
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237–251. <https://doi.org/10.1037/a0019330>
- Seng, J. S., Lopez, W. D., Sperlich, M., Hamama, L., & Reed Meldrum, C. D. (2012). Marginalized identities, discrimination burden, and mental health: Empirical exploration of an interpersonal-level approach to modeling intersectionality. *Social Science and Medicine*, 75(12), 2437–2445. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.023>
- Shannon, G., Morgan, R., Zeinali, Z., Brady, L., Thereza Couto, M., Devakumar, D., Eder, B., Karadag, O., Mukherjee, M., Fernanda Tourinho Peres, M., Ryngelblum, M., Sabharwal, N., Schonfield, A., Silwane, P., Singh, D., van Ryneveld, M., Vilakati, S., Watego, C., Whyte, E., & Muraya, K. (2022). Racism, Xenophobia, Discrimination, and Health 3 Intersectional insights into racism and health: not just a question of identity. *Lancet*, 400. [www.thelancet](http://www.thelancet).
- Spates, K., Evans, N., James, T. A., & Martinez, K. (2020). Gendered Racism in the Lives of Black Women: A Qualitative Exploration. *Journal of Black Psychology*, 46(8), 583–606. <https://doi.org/10.1177/0095798420962257>
- Spitzer, D. L. (2016). Migration and health through an intersectional lens. *Handbook of Migration and Health*, e, 75–91. <https://doi.org/10.4337/9781784714789.00014>
- st. Jean, Y., & Feagin, J. R. (1998). *Double burden: Black women and everyday racism*. Routledge.
- Stoesslé, P. (2022). “We Speak the Same Language, but They Don’t Understand Us.” Use and Abuse of Culturalism in Medical Care for Central American Migrants in Transit Through Mexico. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.880171>

- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, *62*(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Takahashi, S., Jang, S. nang, Kino, S., & Kawachi, I. (2020). Gender inequalities in poor self-rated health: Cross-national comparison of South Korea and Japan. *Social Science and Medicine*, *252*(March), 112919. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112919>
- The Care Collective. (2021). *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*. Edizioni Alegre
- Thomas, A. J., Witherspoon, K. M., & Speight, S. L. (2008). Gendered Racism, Psychological Distress, and Coping Styles of African American Women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *14*(4), 307–314. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.4.307>
- Tognetti Bordogna, M. (2013). Nuove disuguaglianze di salute : il caso degli immigrati. *Cambio*, *5*(1), 59–72. <https://doi.org/10.1400/208132>
- Topa, J., Neves, S., & Nogueira, C. (2013). Immigration and health: Women immigrants' (in)ability to access health care. *Saude e Sociedade*, *22*(2), 46–58. <https://doi.org/10.1590/sausoc.v22i2.76434>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2017). Cardiovascular disease and perceived weight, racial, and gender discrimination in U.S. adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *100*(February), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.007>
- van den Muijsenbergh, M., Teunissen, E., van Weel-Baumgarten, E., & van Weel, C. (2016). Giving voice to the voiceless: How to involve vulnerable migrants in healthcare research. *British Journal of General Practice*, *66*(647), 284–285. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685321>
- Veal, A. J. (2015). Human rights, leisure and leisure studies. *World Leisure Journal*, *57*(4), 249–272. <https://doi.org/10.1080/16078055.2015.1081271>
- Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*, *52*, 1709–1718.
- Weber, L., & Parra-Medina, D. (2003). INTERSECTIONALITY AND WOMEN'S HEALTH: CHARTING A PATH TO ELIMINATING HEALTH DISPARITIES. *Advances in Gender Research*, *7*, 181–230. [https://doi.org/10.1016/S1529-2126\(03\)07006-1](https://doi.org/10.1016/S1529-2126(03)07006-1)
- WHO. (2010a). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. World Health Organization.
- WHO. (2010b). *How Health Systems Can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity*.
- WHO. (2019). *No public health without refugee and migrant health- Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- WHO. (2022a). *Participatory health research with migrants. A country implementation guide*.  
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058469>
- WHO. (2022b). *Participatory health research with migrants: a country implementation guide*.
- WHO. (2022c). *World report on the health of refugees and migrants*.
- Williams, M. G., & Lewis, J. A. (2019). Gendered Racial Microaggressions and Depressive Symptoms Among Black Women: A Moderated Mediation Model. *Psychology of Women Quarterly*, 43(3), 368–380. <https://doi.org/10.1177/0361684319832511>
- Iosifides, T. (2018). Epistemological Issues in Qualitative Migration Research: Self-Reflexivity, Objectivity and Subjectivity. In R. Zapata-Barrero & E. Yalaz (Eds.), *Qualitative Research in European Migration Studies*. (IMISCOE, pp. 93–109). Springer Open. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-76861-8\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-76861-8_6)
- Zuberi, T., & Bonilla-Silva, E. (2008). *White logic, white methods: racism and methodology* (Zuberi Tukufu & Bonilla-Silva Eduardo, Eds.). Lanham : Rowman & Littlefield Publishers, 2008.