

“DONNE MIGRANTI TRA PRODUZIONE E RIPRODUZIONE: INFLUENZA DEL PREGIUDIZIO SULLA SALUTE”

Giuseppe Piccirillo, Serena Battilomo

*Ministero della Salute – Direzione generale della prevenzione
sanitaria*

Il fenomeno migratorio contemporaneo ha assunto ormai dimensioni globali, ma rispetto ai movimenti transnazionali di persone dello scorso secolo presenta caratteristiche molto diverse ed è ricco di implicazioni in parte nuove di natura politica, sociale, e soprattutto economica.

Una delle caratteristiche evidenti è l'emergere di una componente femminile “in movimento” sempre più numerosa e protagonista, che in Italia è rappresentata, secondo i dati Istat al 1° Gennaio 2016, da una presenza pari a poco più del 52% su una popolazione di circa 5 milioni di stranieri regolarmente residenti.

La ripartizione di genere denota una sostanziale differenza tra le varie nazionalità, le cui ragioni sono da ricercarsi essenzialmente nella specificità del progetto migratorio femminile, che può essere distinto in due grandi gruppi con diverse tipologie anagrafiche, provenienze geografiche e sociali, diverse collocazioni e aspettative nella società ospitante:

- *donne sole con un progetto autonomo che si situano in un momento di rottura e di forte cambiamento sociale e personale (75-85% di donne sole e divorziate sul totale delle immigrate), caratterizzate in prevalenza da filippine, capoverdiane, etiopi, eritree, somale, brasiliane, peruviane e gran parte delle europee orientali;*
- *donne che, arrivando per ricongiungimento al marito o ai figli, appartengono al progetto migratorio dell'uomo. Fanno quindi parte di un'ondata più antica che è in via di stabilizzazione e provengono principalmente dal Nord-Africa, dal Senegal e dal Maghreb oppure dal Medioriente e dalla Cina.*

Altri aspetti delle migrazioni al femminile, non meno importanti perché vedono le donne in condizioni di particolare vulnerabilità ed esclusione sociale, come il traffico e lo sfruttamento sessuale nei paesi di destinazione, rappresentano questioni ancora poco affrontate dalla ricerca, anche in ragione della scarsità (o mancanza) di informazioni di fonte ufficiale.

L'immigrazione femminile si differenzia da quella maschile per numerosi aspetti, fra cui la sua scarsa visibilità, essendo la figura della donna poco considerata o, se oggetto di studi, spesso esaminata come una semplice appendice dell'immigrazione maschile. L'immagine che ci viene fornita della donna di altre culture, soprattutto dei paesi del Sud del mondo, è spesso stereotipata: poco scolarizzata, sottomessa all'uomo, madre prolifera, incapace di prendere decisioni. L'immaginario generale tende poi ad estendere spesso e volentieri tali caratteristiche alle donne immigrate, con l'aggiunta di casalinga o collaboratrice domestica se lavora, che non sa parlare l'italiano e che non si adatta alle nuove condizioni di vita e

spesso coinvolta in attività illecite tra cui, soprattutto, la prostituzione.

Tale concezione si basa su una conoscenza superficiale di questa realtà, probabilmente dovuta proprio alla condizione di “invisibilità sociale” più accentuata delle donne immigrate rispetto agli uomini. Appaiono più raramente nelle cronache sull’immigrazione, se si escludono quelle dei fatti legati alla prostituzione, e l’inserimento lavorativo come domestiche o badanti certamente non favorisce i contatti, così come il fatto di essere casalinghe non allarga la possibilità di muoversi e di usufruire dei servizi. Eppure spesso sono le donne prima degli uomini ad imparare l’italiano, integrandosi più rapidamente nelle relazioni sociali.

Infatti l’universo migratorio femminile non è un tutt’uno monolitico bensì molto diversificato e spesso, in tale contesto, le donne migranti smentiscono con forza gli stereotipi di “vittime passive” e danno conferma della loro indipendenza e capacità di intraprendere autonomamente progetti di vita complessi e impegnativi, ma i vari atteggiamenti culturali finiscono quasi sempre col condizionare la realtà in cui esse si muovono e modificare numerose variabili tra cui soprattutto i determinanti di salute.

Emigrare per una donna comporta numerosi rischi e difficoltà, in tutte le fasi del percorso. Non in tutti i casi la partenza di una donna è capita e sostenuta da una rete familiare forte: nei casi in cui l’emigrazione della donna viene in qualche modo condannata dal suo

sistema di riferimento culturale o religioso, la scelta di partire diventa ancora più impegnativa, in quanto richiede di fronteggiare situazioni di potenziale esclusione sociale e una forte esposizione al rischio di subire vessazioni o violenze, soprattutto durante il viaggio.

In uno scenario così multiforme le donne si fanno carico non solo della produzione, ma anche della riproduzione di un gruppo sociale; sul loro corpo infatti si sommano responsabilità lavorative e responsabilità familiari in misura maggiore di quanto accada per la popolazione maschile e per questo i differenziali di salute della popolazione femminile non si riferiscono solo allo stato di benessere delle donne, ma della stessa popolazione immigrata e del suo benessere futuro.

Nonostante i dati evidenzino una crescita dell'occupazione femminile straniera, questa è dovuta non tanto a un numero maggiore di assunzioni, quanto soprattutto alla regolarizzazione dei contratti di badanti e colf, e malgrado nel comparto si sia verificato un significativo processo di emersione, rimane molto diffuso il lavoro sommerso: il 62% delle lavoratrici presta la propria attività in nero.

La presenza delle lavoratrici immigrate non è omogenea rispetto ai comparti produttivi, ma si concentra nei settori ad alta intensità di lavoro, con orari lunghi e ripetuti nella settimana e contratti precari. L'ambito lavorativo prevalente è il settore dei servizi alle persone e alle famiglie come badanti e assistenti alla persona, ma una discreta presenza si riscontra anche in quello ristorativo e alberghiero, oltre

che nell'industria, soprattutto per quanto riguarda l'assemblaggio e il tessile.

È fondamentale sottolineare che la stragrande maggioranza dei settori lavorativi in cui sono inserite le donne straniere sono in genere poco appetibili per le donne italiane, data la bassa retribuzione, l'impossibilità di crescita professionale, la gravosità e la pesantezza delle mansioni, oltre alla scarsa considerazione a livello sociale. Tale fenomeno può essere descritto come segmentazione razziale del mercato del lavoro che vede i migranti inseriti nei settori rappresentati dalle cosiddette tre D (*dirty, dangerous and demanding*, ovvero sporche, pericolose e faticose) e comporta, oltre all'occupazione nelle mansioni più faticose ed usuranti per la salute fisica e psichica, anche contesti di lavoro tra i più nocivi ed insalubri, con maggiore possibilità di eventi infortunistici, malattie professionali, patologie allergiche ed irritative, malattie infettive, disordini muscolo-scheletrici, senza contare la notevole diffusione di disturbi di tipo depressivo, causati da varie situazioni di solitudine, isolamento sociale e relazionale.

La donna migrante riassume in sé le caratteristiche per esser vittima di una doppia esclusione: essa è prima di tutto una donna, e per questo discriminata in una società maschilista ed in aggiunta è una straniera portatrice di un bagaglio culturale sconosciuto e percepita come altro, come differente, spesso costretta a vivere una situazione psicologica frustrante per la pressoché totale non considerazione nei confronti di titoli di studio, bagaglio culturale e professionalità. Se

ancora oggi per alcune donne italiane la situazione è difficile, per le straniere lo scenario è ancora più problematico, per le difficoltà linguistiche e la mancata conoscenza degli strumenti disponibili nel nostro Paese per la loro tutela, in ambito lavorativo e sanitario.

Le differenze culturali si ripercuotono inevitabilmente anche sull'approccio ai problemi di salute: le abitudini sociali, morali e culturali, lo stress relativo alla situazione di immigrato, la povertà, i problemi di adattamento, l'uso non appropriato dei servizi e le peggiori condizioni di vita e di salute comportano una serie di malattie che difficilmente riescono ad essere curate, anche perché spesso le donne immigrate non sanno dove rivolgersi quando hanno necessità di una visita medica, oppure non sanno che i loro diritti di donne regolarmente immigrate sono gli stessi delle italiane.

A causa dei ritmi stressanti di lavoro cui sono sottoposte ed al loro ruolo di mogli e madri, per le donne straniere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro diventa un problema quasi insormontabile, con il risultato che la propria salute è l'ultima cosa a cui pensano. Nella maggioranza dei casi, non sanno neanche cosa sia prevenzione sanitaria e, in mancanza di permesso di soggiorno, se stanno male non vanno alla Asl o al pronto soccorso per la paura di essere riportate nel paese di origine.

Le ricerche effettuate in campo sanitario denotano poi una diversa modalità di vivere la maternità e il parto da parte delle donne migranti in Italia rispetto a quanto avviene nel paese d'origine.

Soprattutto per le donne africane, la maternità e il parto coinvolgono la famiglia allargata e tutte le donne della comunità. Nel paese di emigrazione questi eventi, invece, vengono vissuti in solitudine, come una malattia, per cui spesso durante la gestazione ed il parto si viene a creare un profondo senso di inadeguatezza provocato dalla condizione dell'essere straniera, dalla mancanza della famiglia allargata e dalle difficoltà di comprensione linguistica e culturale con gli operatori dei reparti ostetrici. Ciò può comportare l'interruzione precoce della gravidanza o il non stabilirsi dell'allattamento al seno.

Il ricorso ai servizi sanitari per le donne straniere è sempre minore rispetto alle italiane, anche per quanto riguarda gravidanza, parto e puerperio e la loro salute riproduttiva mostra nei dati una situazione peggiore rispetto a quella delle donne italiane a causa soprattutto delle condizioni di svantaggio sociale in cui esse versano: tra le donne immigrate troviamo tassi più alti di natimortalità, di mortalità neonatale precoce, di mortalità post-neonatale, di neonati colpiti da asfissia neonatale, ma anche ritardi vaccinali, scarsa informazione sulle opportunità di assistenza, un alto numero di tricotomie, episiotomie e tagli cesarei, un'assistenza pre-parto ridotta se non del tutto assente.

Un'indagine molto interessante sul percorso nascita delle donne straniere ha dimostrato significative differenze rispetto alla popolazione italiana soprattutto in merito al ricorso ai servizi, quali visite entro il primo trimestre di gravidanza, analisi, controlli presso consultori e ginecologi, corsi di accompagnamento, che confermano

una scarsa partecipazione da parte delle prime, come evidenziato dalla seguente intervista ad una donna albanese di 33 anni: “D: *Farai delle visite ginecologiche?* R: *Se c’è bisogno, ma se non ci sono problemi perché devo andare?* D: *E il bambino, lo farai visitare?* R: *Lui sì*”.

La barriera linguistico-culturale all’accesso alle visite ginecologiche e alle diagnosi prenatali è un altro fattore che influenza e favorisce questo stato di cose, insieme, ovviamente, ad una non adeguata alimentazione (sul piano quantitativo e qualitativo), a condizioni abitative insalubri e precarie e alla condizione di segregazione e solitudine cui le donne immigrate sono costrette nel nostro paese, lontane dal supporto del proprio nucleo familiare e da qualsiasi rete relazionale nel paese ospite. Questi determinanti spiegano facilmente il maggior rischio di complicazioni durante la gravidanza o il parto e anche di nati morti tra la popolazione immigrata.

La condizione di fragilità sociale in cui versano le donne immigrate è ulteriormente confermata dai dati riguardanti l’abortività volontaria tra le donne immigrate, ovvero i dati che registrano la tendenza all’interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in questo gruppo di persone.

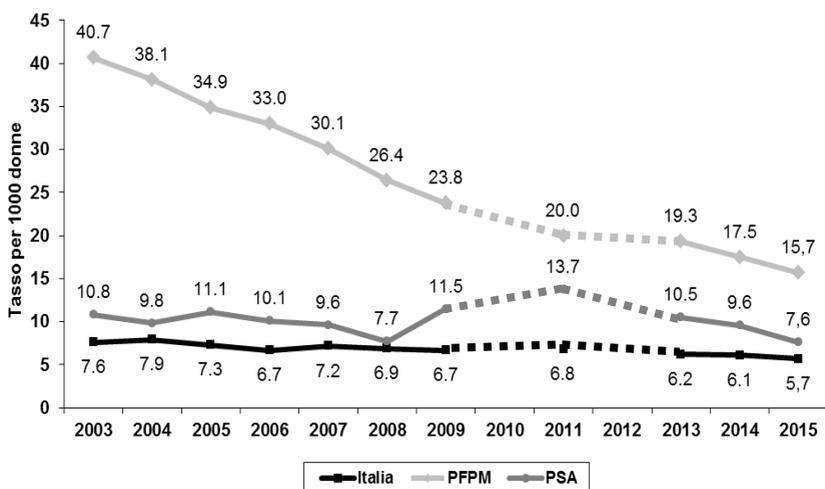
Negli ultimi anni, in Italia si è registrato in termini assoluti un incremento di IVG effettuate da donne straniere, ciò anche in relazione all’aumento del numero di donne immigrate. Tale dato non sorprende se si considerano le loro caratteristiche socio-demografiche, in quanto si tratta di donne generalmente giovani e, quindi, in età

riproduttiva, ma la loro provenienza da Paesi a economia meno sviluppata, in particolare dalla Romania e dalle ex-Repubbliche sovietiche, paesi dove l'aborto è spesso illegale ma ugualmente molto diffuso, mette in evidenza la forte influenza delle abitudini del paese d'origine anche sulle scelte riguardanti il piano procreativo.

Tuttavia considerando i tassi di abortività sia per le donne residenti straniere che italiane si registra una diminuzione, ma non in maniera omogenea. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)⁶⁰, da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana, si conferma la decrescita nel tempo dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti da aree più povere del mondo (PFPM), come illustrato nella figura seguente, anche se per queste ultime il valore risulta quasi triplo rispetto alle italiane.

⁶⁰ I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi entrati nell'UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

Figura 9 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2015



Le parole di una donna marocchina di 31 anni: “Io non avevo preso ancora la decisione ma io non parlavo ancora bene l’italiano e la mia casa è brutta e non ho il lavoro e non era il momento giusto per avere bambini, allora ho deciso di abortire” denotano come la maternità si configura spesso come un ulteriore disagio che altro non farebbe che accumularsi ai disagi già posseduti quali problemi economici, il timore di perdere il posto di lavoro, avere già dei figli, difficoltà di

coppia o relazioni instabili, per cui il ricorso all'IVG diviene metodo contraccettivo, da molte donne utilizzato al termine della dodicesima settimana in regime d'urgenza. Nell'ambito delle IVG è poi presente una disuguaglianza nella disuguaglianza, in quanto queste donne, essendo impiegate in attività precarie a bassa qualifica con ritmi e condizioni di lavoro stressanti, sottraggono tempo ai vari checkup nella conduzione della gravidanza.

Il ricorso all'IVG trova un ulteriore nesso causale nello scarso utilizzo di altri metodi contraccettivi per motivazioni di natura culturale, ma anche spesso legate alla scarsa conoscenza in materia, testimoniata dal fatto che molte non conoscono metodiche come pillola, condom o addirittura il calcolo del proprio periodo fertile, acuita peraltro dalla reticenza a chiedere e fornire informazioni tra conoscenti. Un'indagine sui metodi contraccettivi nelle donne straniere riporta un utilizzo inappropriato con un 44% di gravidanze nonostante l'uso e trova piena corrispondenza nelle parole di una donna peruviana intervistata: *“Usavo la pillola, però il mese prima avevo avuto problemi e non sono stata attenta a prenderle come si deve, mi sono accorta alla fine perché mi avanzavano delle pillole”*.

Risulta evidente la necessità di promuovere l'utilizzo della contraccezione tra le donne immigrate e di attuare specifici interventi di sanità pubblica. In particolare è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale, fornendo informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di

procreazione consapevole. È necessario inoltre riorganizzare i servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali e renderli più facilmente accessibili (apertura in orari più adatti; presenza di ginecologhe; presenza di mediatrici culturali), principalmente attraverso un nuovo modo di lavorare basato sull'offerta attiva e sull'ascolto.

Le difficoltà riscontrate nel ricorso ai servizi sono sintetizzate nelle parole di una donna albanese: “Eh, con la pediatra non è che è andato troppo bene. Per esempio per le cose quando la bambina era malata o prendeva qualcosa, tipo che se io la portavo in Pronto Soccorso, loro mi davano qualcosa, qualche medicina che io non sapeva dopo come si usava, e quando lo prendeva, telefono per spiegarmi a lei e mi diceva che non ho tempo di spiegare queste cose al telefono, leggi la foglia, anche se io non la capiva la foglia, allora per questo la telefonava”, ma un progetto di ricerca su interventi di assistenza domiciliare post-partum per le donne immigrate ha dimostrato che una visita domiciliare a 7-10 giorni dal parto, con l'ausilio di un mediatore culturale, per la valutazione delle condizioni di salute di madre e figlio e la distribuzione di materiale informativo sui servizi territoriali di assistenza con indicazioni su cura del bambino, allattamento, vaccinazioni ed altro è risultata efficace nel migliorare il benessere psicologico ed i comportamenti favorenti una buona salute.

Nonostante quindi il nostro ordinamento nazionale disponga di un insieme di leggi che tutelano il diritto alle cure sanitarie per le

persone, indipendentemente dal loro status giuridico e dal loro status socio-economico, permangono ancora oggi in Italia diverse barriere che rendono difficoltoso di fatto l'accesso ai servizi socio-assistenziali e quindi alla loro fruibilità.

Il principio universalistico ispiratore del diritto alla salute non riesce, sempre, a calarsi nella quotidianità dei servizi sanitari, i quali finiscono col dedicarsi prevalentemente alle utenti autoctone, ignorando così qualsiasi principio di equità e producendo disuguaglianze nell'accesso al mondo dei servizi, con il risultato di creare uno strappo tra il diritto sancito e le prassi operative, già di per sé varie e difformi sul territorio, costruendo esclusioni e barriere di diversa origine. Pensiamo, per esempio, ai pregiudizi razzisti o derivanti da credenze politico-culturali, sempre più frequenti nella società attuale dove, a causa di insicurezze economiche e relazionali sempre più precarie, si sente il bisogno di colpevolizzare una data categoria di persone cui addossare le responsabilità della tensione sociale e della crisi, non a caso i più poveri, i più fragili e gli ultimi arrivati, sottolineandone così l'illegittimità ad avanzare richieste di qualsiasi tipo.

Sappiamo anche che i pregiudizi xenofobi non sempre agiscono scopertamente, anzi, molte volte si inseriscono silenziosi nel tessuto delle convinzioni personali da molto tempo senza dare possibilità di accorgersene e fanno capolino di fronte a ciò che è altro da noi, all'ignoto, all'incomprensibile, quasi tentando di dare la risposta più immediata possibile ad un senso di inadeguatezza e confusione. È

quasi come se mancassero improvvisamente i soliti riferimenti e ci affrettassimo a trovarne qualcuno: ecco allora che i primi a portata di mano sono proprio quei pregiudizi che sono stati mediati da anni di trasmissioni e discorsi mediatici, racconti riportati, strumentalizzazioni politiche.

Tali comportamenti pregiudicano notevolmente il possibile successo della relazione di cura o di aiuto e determina la mancanza di sostegno sociale, il quale dovrebbe essere il motivo primo di aiuto incondizionato, astenuto da ogni giudizio, nel curare e “prendersi cura”.

Bibliografia

- Del Re, A. (2012), Questioni di genere: alcune riflessioni sul rapporto produzione/riproduzione nella definizione del comune, in «AG. AboutGender», Vol. 1, N° 1
- Lombardi L. (2008), Disuguaglianze di genere e salute riproduttiva: uno sguardo su alcuni paesi del Mediterraneo, in Tognetti Bordogna M. (a cura di), Disuguaglianze di salute e immigrazione, FrancoAngeli, Milano, pp. 99-134
- Lombardi, L. (2004), Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali, Working Papers del Dipartimento di studi sociali e politici 15/12/ 2004 www.sociol.unimi.it/ricerca_publicazioni.php

- Ministero della Salute (2017), Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Dati definitivi 2016. Trasmessa al Parlamento in data 29 dicembre 2017. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf
- Morrone, A., Sannella, A. (2008), Contrasto all'IVG nelle donne immigrate: esperienza pilota, in Politiche per un contrasto all'interruzione volontaria della gravidanza nelle donne a rischio. Atti della conferenza, Roma, 9 giugno 2008, <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Lettere-scientifiche/CONTRASTO-ALL-IVG-NELLE-DONNE-IMMIGRATE-ESPERIENZE-PILOTA>
- Sciarba, A. (2013), Doppia assenti per prestare "cura". Donne migranti nel mercato del lavoro familiare in Italia, in Grasso M., Razzismi, discriminazioni, confinamenti, Roma, Ediesse
- UNFPA (2017), Lo stato della popolazione nel mondo 2017. Mondi a parte: Salute e diritti riproduttivi nell'epoca della disuguaglianza
- Viapiana S. (2011), Donne e madri nella migrazione. Antrocom Online Journal of Anthropology 2011, vol. 7. Suppl. al n. 1 83-91