

conseguenze molto forti sulla salute riproduttiva. Da questo punto di vista l'Hiv, l'interruzione volontaria di gravidanza e le mutilazioni genitali sono tra le maggiori problematiche legate alle migrazioni.

L'Oms, parlando di salute dei migranti, afferma la necessità di accesso ai servizi sanitari attraverso politiche sensibili a garantire il diritto alla salute delle popolazioni migranti, attraverso il dialogo con i Paesi d'origine e la formazione specifica per il personale sanitario sui bisogni di salute dei migranti.

“Il tema della salute della donna – sono state le parole di **Daniela Colombo**, Associazione donne italiane per lo sviluppo (Aidos) – è entrato tra gli interessi primari

informazioni necessarie a fare ciò, e il diritto di tutti/e di prendere decisioni in materia di riproduzione liberi/e da discriminazione, coercizione e violenza, come esplicitato nei documenti in materia di diritti umani”. E ancora “i diritti fondamentali delle donne includono il controllo e la libertà di scegliere responsabilmente circa la propria sessualità, inclusa la salute sessuale e riproduttiva, senza coercizione, discriminazione e violenza”.

## Partorire e nascere nel sud del mondo

Secondo **Michela Martini**, dell'International organization for Migration (**Iom**): “Nei paesi in via di sviluppo (Pvs) i progressi riguardo al rapporto fra la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono estremamente variabili. Diverse analisi indicano che le differenze riguardanti l'accesso alle informazioni o ai servizi che promuovono la salute riproduttiva o la prevenzione sessuale, in particolare, la pianificazione familiare, l'assistenza prenatale e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, sono maggiormente determinate dai livelli socio-economici-culturali”.

Negli ultimi 12 anni, nonostante i progressi compiuti sull'assistenza prenatale e la promozione della sicurezza della madre, il rischio per una donna, nel corso della sua vita di morire in gravidanza o al momento del parto, rimane ancora troppo elevato, interessando 1 donna su 160. Gravidanza e parto sono una causa di morte ancora troppo presente per la donna. “La quasi totalità di queste morti (98%) – ha spiegato la Martini – avviene nei Pvs e occorre constatare che la gran parte di queste morti potrebbe essere prevenuta. Per ogni donna che muore altre, il cui numero è compreso tra 15 e 30, soffrono di malattie croniche o gravi problematiche conseguenti alla gravidanza. Circa il 55% di tutte le gravidanze può essere considerato a rischio. La maggior parte delle complicazioni avviene casualmente, cosicché ogni gravidanza ha un rischio indeterminato. “Per mortalità materna – ha continuato sempre la Martini – si intende la morte di una donna nel corso della gravidanza o entro i 42 giorni che seguono alla fine della gravidanza. Le morti sono suddivise in cause ostetriche dirette e indirette. Le cause ostetriche dirette rendono conto di circa due terzi delle morti, e sono condizioni nelle quali la morte della donna può essere attribuita all'insorgenza di complicazioni ostetriche in corso di gravidanza, al momento del travaglio, o nel postpartum. Le 5 più frequenti cause sono: emorragia, sepsi, eclampsia, travaglio prolungato o interrotto, complicazioni legate ad un abor-

Intervista a **Maura Cossutta**, Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

## La salute delle donne paradigmatica per la salute del mondo

**Onorevole Cossutta, lei è stata l'animatrice del Convegno dedicato ai diritti delle donne e alla salute globale per lo sviluppo. Qual'è il filo che ha unito le due giornate?**

Le due giornate hanno avuto come filo conduttore la promozione dei diritti delle donne in quanto l'affermazione di questo concetto significa garantire i diritti di tutte le persone. In particolare il diritto alla salute è il primo a produrre questi effetti. In generale i diritti umani delle donne sono i diritti di tutti perché i due terzi dei poveri sono donne, i tre quarti degli analfabeti sono donne e solo l'un per cento del credito agricolo è garantito alle donne.

Manca una coerenza di fondo. Da anni sono stati individuati alcuni obiettivi fondamentali per la salute delle donne ma il problema è che queste strategie non sono state portate avanti in modo coerente. Non solo per quanto riguarda le risorse ma anche per le strategie e le modalità di esecuzione di queste.

**In questo senso, l'approccio di genere può essere la chiave di volta?**

Le differenze, le disuguaglianze delle donne rispetto alla salute sono sempre stati letti come disuguaglianze di tipo sociale. Ma tra queste disuguaglianze si sono inserite quelle di genere. Cioè il genere è uno dei determinanti della salute, insieme all'istruzione, al reddito, al lavoro. Il genere non è il sesso, non sono le differenze biologiche, sono quelle differenze legate ai ruoli sociali, quelli sessuali prestabiliti che sono all'interno della famiglia e della comunità e che per esempio fanno sì che i quattro quinti delle nuove infezioni da Hiv siano all'interno del matrimonio perché le donne non possono contrattare la loro sessualità. Per questo sono importanti i diritti sessuali riproduttivi perché c'è lì un approccio sessuale di genere.

La salute della donna è paradigmatica e fondamentale per gli obiettivi di salute dell'intera popolazione. Kofi Annan diceva a proposito degli obiettivi del millennio che l'empowerment delle donne e i diritti sessuali riproduttivi sono la chiave di volta per ogni programma di sviluppo. Per esem-

pio, i programmi di prevenzione e lotta all'Aids devono tener conto di politiche integrate rispetto alla salute sessuale riproduttiva della donna.

**Tema del Convegno è stata la salute globale e le donne migranti. Approccio dunque internazionale. Da questo punto di vista, qual'è lo scenario globale?**

L'Oms aveva stimato che per il raggiungimento degli obiettivi di salute materna e riduzione della mortalità neonatale sarebbero serviti 53 miliardi di dollari che i Paesi non hanno stanziato. Per l'altro obiettivo, l'accesso universale alle cure sanitarie, la cifra stimata è di 28 miliardi di dollari l'anno, attualmente i fondi destinati alla cooperazione sanitaria sono 12 miliardi quindi neanche la metà. Oltre ad un problema di risorse però c'è anche un problema di strategie. C'è un aumento dei partenariati pub-

natore piuttosto incoerente. Perché da un lato mettiamo soldi per il fondo globale, anche se non quelli che avevamo promesso, lo 0,19% del Pil contro lo 0,70, e dall'altro continuiamo a tagliare i fondi alla cooperazione. Sotto il secondo aspetto il Ssn ha garantito risultati straordinari. Ma all'interno di questi risultati ci sono comunque delle criticità perché stanno crescendo le disuguaglianze rispetto alla salute. Anche in Italia si sta evidenziando il nesso tra politiche sanitarie e non: per esempio sull'immigrazione. Non possiamo parlare di salute se poi le normative o le leggi, non direttamente in relazione alla salute, provocano degli arretramenti. **È noto come la presenza di numerose donne e di intere famiglie ha cambiato lo scenario migratorio. Durante il Convegno si è detto che questo avrebbe potuto rappresentare un'opportunità per modificare il modello di assistenza proposto dal nostro Ssn, ma così non è stato: si è preferito cercare di rivolgere agli stranieri servizi attenti alle malattie e non alle persone. Siamo dunque ancora lontani dallo sviluppo di una medicina attenta alle problematiche delle persone rispettandone le diverse dignità e culture?**

Penso di sì. Partire dalle donne migranti può anche voler dire migliorare il Ssn per tutti. E quindi la salute delle donne migrate può rappresentare una sfida ma anche un'occasione per la qualità del nostro Ssn in termini di equità ed appropriatezza. In questo senso mi fa piacere sottolineare che non servono solo le risorse, le politiche e i servizi ma anche le modalità con cui mettere in piedi tutto questo, l'approccio. Insomma ci vuole un modello direttivo, l'offerta attiva, ci vuole una certa professionalità e quindi la formazione delle mediatri culturali. Sicuramente il fenomeno migratorio, in questo senso, può rappresentare un'occasione per riorientare il servizio e migliorare per tutti la qualità ed equità del sistema.

Le donne non sono soltanto portatrici di bisogni ma sono anche agenti di cambiamento, finiamola di dire “poverette”. Lasciate lavorare le donne che si riscattano e vanno avanti.



**Maura Cossutta**

blico-privato con fondazioni tipo quella di Bill Gates, e una diminuzione dell'aiuto pubblico allo sviluppo. Aumentano i cosiddetti aiuti legati che vincolano i Pvs ad acquistare i beni e servizi dei paesi occidentali. In particolare per l'Aids, fino alle dichiarazioni di impegno del presidente degli Stati Uniti, Barack Obama, dobbiamo ricordare che i fondi stanziati da quel governo erano finalizzati alla prevenzione intesa come astinenza sessuale.

**E per quanto riguarda il nostro Paese?**

Dobbiamo distinguere il lato economico fatto di aiuti, da quello socio-sanitario. Sotto il primo profilo l'Italia è un do-



Foto di Corrado Marago

dei Governi da quando a Pechino nel 1995, nel corso della IV Conferenza mondiale delle donne, si è svolto un ampio dibattito su quest'aspetto della condizione femminile, considerato a livello mondiale una delle aree nevralgiche più scoperte, che esigono da parte dei Governi una molteplicità di interventi per garantire alle donne il godimento dei più alti livelli qualitativi di salute durante l'intera durata della loro vita, alla pari con gli uomini. Le donne vivono più a lungo, ma il loro stato di salute sembra essere peggiore non solo in termini di percezione soggettiva e di qualità della vita in conseguenza delle diverse patologie legate all'età, ma anche per l'evidente svantaggio sociale derivante dal maggior carico di lavoro di cura e dalle minori risorse culturali ed economiche che sono loro offerte. Il programma d'azione della Conferenza internazionale del Cairo del 1994, ha stabilito il contesto e il contenuto dei diritti riproduttivi: “I diritti riproduttivi comprendono alcuni diritti umani già riconosciuti da leggi nazionali e internazionali. È un diritto basilare di tutte le coppie e individui di decidere liberamente e responsabilmente il numero, il momento e l'intervallo di tempo delle nascite dei propri figli, di avere le

► Segue a pagina 20