

a cura di Stefano Simoni

“I diritti delle donne e la salute globale per lo sviluppo”

Nascere tra nord e sud del pianeta

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha definito la salute come “la realizzazione per le donne e gli uomini di tutte le proprie potenzialità fisiche, psichiche e culturali”. I crescenti flussi migratori ci spingono a riconsiderare in tale concetto di salute anche la diversità culturale, le peculiarità di genere e le problematiche specifiche dei migranti. Il mondo è diventato realmente più piccolo e la sfida resta quella di una completa integrazione sociale per quel che riguarda il bene salute, garantendo a tutti una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Si tratta di pensare ad un'organizzazione adeguata, ad una capacità comunicativa efficiente ed inclusiva, ad una compatibilità culturale dei servizi per la salute, alla formazione specifica del personale.

Perché è vero che l'immigrazione è un fenomeno complesso, ma la complessità è legata alla nostra conoscenza ed è dunque possibile analizzarla e trovare forme di governo. Le semplificazioni, viceversa, spesso sono frutto di ignoranza e atteggiamenti ideologizzati.

Il convegno si è posto come momento di riflessione e di approfondimento sul tema dei diritti delle donne in Italia e nel mondo come condizione necessaria per la promozione dei diritti di tutti. La salute delle donne, come diritto fondamentale e motore di trasformazioni degli assetti economico-sociali, culturali e quindi capace di promuovere lo sviluppo economico e umano.

Durante i due giorni si è cercato di creare e rinforzare sinergie affinché l'impegno della società civile, delle istituzioni e delle associazioni possa garantire una sempre migliore efficacia delle azioni. Ecco dunque che gli interventi hanno provato a fornire una panoramica sulla salute delle donne e sui suoi determinanti evidenziando come lo strumento dell'“empowerment del-

“Gli obiettivi per lo sviluppo del millennio, particolarmente l'eliminazione della povertà estrema e della fame, non possono essere raggiunti se i problemi relativi della popolazione e della salute riproduttiva non sono correttamente affrontati. Ciò significa un forte impegno per promuovere i diritti delle donne e maggiori investimenti nell'istruzione e nella salute, compresa la salute riproduttiva e la pianificazione familiare”. Queste parole, del settimo Segretario Generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan, il cui mandato è scaduto il 31 dicembre 2006, hanno fatto da sfondo alla due giorni dedicata ai “Diritti delle donne e la salute globale per lo sviluppo” che si sono svolte a Roma nella sede dell'Istituto superiore di sanità il 9 e 10 marzo, organizzate dall'Iss, dall'Istituto nazionale salute popolazioni migranti per il contrasto alle malattie della povertà, da Lazio-sanità - Asp e dall'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

Nel corso dei lavori è stato evidenziato come la presenza di numerose donne e di intere fa-

miglie ha cambiato notevolmente lo scenario migratorio nel nostro Paese. Forse, questo è lo spunto che è emerso con maggior forza, si sarebbe dovuto modificare anche il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro Servizio sanitario, ma così non è stato. Si è preferito offrire agli stranieri quegli stessi servizi che spesso non erano più attenti alle persone, ma solo alle malattie, invece di accettare la presenza di persone provenienti da culture altre, e rimodellare una offerta di servizi socio-sanitari diversificati, elastici e soprattutto a misura umana.

La salute è il motore delle trasformazioni economiche e sociali perché se è vero che occorre agire sui determinanti di salute, promuovere la salute significa riconoscere tutti gli altri diritti e quindi intervenire sull'organizzazione del lavoro, sull'apparato riproduttivo, sul welfare. Alla fine la domanda resta appesa: quanto siamo lontani dallo sviluppo di una medicina attenta alle problematiche delle persone rispettandone le diverse dignità e culture?

Potenziare la “segnalica sociale”

A questo proposito secondo Aldo Morrone, dell'Istituto nazionale salute popolazioni migranti e per il contrasto alle malattie della povertà (Inmp): “la presenza nel nostro Paese di numerose donne e di intere famiglie ha cambiato notevolmente lo scenario migratorio. Di conseguenza, si sarebbe dovuto modificare anche il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro Ssn. Eppure, così non è stato. Invece di accettare la presenza, di persone provenienti da altre culture e rimodellare un'offerta di servizi socio-sanitari diversificati, elastici e soprattutto a misura umana, si è preferito cercare di rivolgere agli stranieri quegli stessi servizi che spesso non erano più attenti alle persone, ma solo alle malattie”. Dunque secondo Morrone la presenza di immigrati po-

le donne” (ovvero maggior potere per la valorizzazione della donna) è costantemente ribadito da tutte le convenzioni internazionali. Si è parlato naturalmente di diritti sessuali e riproduttivi ponendo l'accento anche sulle politiche di genere nella cooperazione sanitaria e sulle disuguaglianze presenti nella salute e nella sua cura. Approfondire il tema dell'equità e dell'appropriatezza nel sistema sanitario, in una visione prospettica poiché si è visto come la segnalica sociale (ovvero quell'insieme di norme che fanno capo al welfare largamente inteso) non funziona, gli immigrati regolari non sanno quali sono i loro diritti in tema di salute. È dunque necessario intervenire sulle cause che creano vulnerabilità: dare informazioni, promuovere strategie di prevenzione appropriate anche per i migranti, intervenire per modificare comportamenti errati, migliorare le strategie governative.



teva rappresentare un'occasione di rilancio per il nostro Ssn. In Italia vi sono ormai più di due milioni e mezzo di immigrati e al loro interno si osserva un continuo aumento della presenza di donne, di famiglie e di bambini. “Secondo la nostra casistica - ha spiegato ancora Aldo Morrone - l'intervallo di benessere “effetto migrante sano” tra la data di arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza medica si è ormai ridotto a circa 30 giorni. La mancanza del permesso di soggiorno si associa ad uno stato di precarietà economica e di disadattamento che, insieme alla distanza dai consueti circuiti dell'informazione e al ridotto accesso ai servizi socio-sanitari, mina sempre più rapidamente il già precario stato di salute degli immigrati”. Sebbene, dopo il 1994, il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza nell'area materno infantile sia stato esteso anche alla componente irregolare e nonostante i servizi, specie nelle grandi città, dichiarino un continuo incremento della domanda da parte delle donne straniere, persistono ancora notevoli e ingiustificate differenze sia sul piano della qualità dell'assistenza sia su quello dell'informazione e prevenzione. “Tali carenze informative - secondo Morrone - assumono partico-

lare rilevanza sul piano epidemiologico perché condizionano scelte e comportamenti in grado di modificare l'andamento della gravidanza e del parto e di influire sulla salute del bambino nel puerperio. Infatti, la percentuale di nati pretermine, importante fattore di rischio per la mortalità perinatale, risulta essere quasi doppia rispetto al valore riscontrato tra le madri italiane”.

Questi problemi sembrano essere maggiormente presenti tra le donne che provengono dall'Europa dell'Est, tra quelle che sono presenti in Italia da un minor tempo, tra quelle con livelli più bassi di istruzione e tra quelle meno integrate.

Salute della donna e diritti riproduttivi

La salute, o meglio la sua declinazione in negativo, da intendersi come mancanza, è dunque un indicatore di disuguaglianza. In alcune aree del mondo la salute riproduttiva è causa di morte. Più di 300 milioni di donne nel mondo non vorrebbero altri figli ma sono costrette. La migrazione perciò porta ad avere

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-



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-

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.



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

► Segue da pagina 19

to. Per quanto riguarda le cause ostetriche indirette, che riguardano un terzo delle morti, sono delle patologie preesistenti alla gravidanza, o insorgenti in corso di gravidanza e aggravate dai suoi effetti fisiologici, esempi sono malaria, anemia, Hiv/aids e le malattie cardiovascolari. La mortalità materna è un evento che interessa non solo la donna, ma anche la sua famiglia e l'intera comunità. Il rischio che un bambi-

rametri che servono a valutare il solo benessere infantile (tasso di mortalità sotto i cinque anni; tasso di iscrizione alla scuola materna; tasso di iscrizione alla scuola superiore), l'Italia si posiziona al primo posto, seguita da Germania, Francia e Svezia. In particolare, nel nostro Paese, nel 2006 la mortalità infantile ha registrato uno dei valori più in basso in assolu-

no muoia aumenta significativamente con la morte della madre. La morte di una donna in età riproduttiva comporta anche un significativo danno economico. Per cui non solo si ammalano le donne e le infezioni possono essere trasmesse ai bambini, ma ci sono anche milioni di orfani in conseguenza dei decessi delle madri in questi Paesi". Secondo i dati pubblicati nel Rapporto annuale di "Save the Children" sullo stato delle madri nel mondo (2008) le nazioni che possono vantare parametri d'eccellenza attinenti alla salute, l'educazione e la condizione economica di madri e bambini sono i paesi scandinavi, con la Svezia al primo posto, seguita da Norvegia e Islanda. Quelli in cui le madri stanno peggio sono le nazioni dell'Africa subsahariana, con il Niger all'ultimo posto, che si conferma come il luogo peggiore dove una mamma possa vivere.

L'Italia e il benessere infantile

Per quanto riguarda il nostro Paese, considerando i tre pa-

rametri, 4 morti su 1000 nati, mentre il tasso di iscrizione alla materna e alla scuola superiore si attestavano, rispettivamente, al 104% e al 99%. Rispetto allo scorso anno in cui l'Italia deteneva la vetta della classifica, gli indici si sono mantenuti stabili, con un lieve miglioramento per quanto riguarda il tasso d'iscrizione alla scuola materna, passato dal 103% al 104%. All'interno dell'indice delle madri, invece l'Italia è al 19° posto. Analiz-

La segnaletica sociale non funziona: gli immigrati regolari non sanno quali sono i loro diritti in tema di salute

zando i parametri relativi alla salute e benessere delle mamme, alla parità di genere e alla tutela della maternità emergono differenze e distanza fra l'Italia e i paesi che guidano la classifica. In particolare, confrontando la condizione delle mamme e donne italiane con quella del-

Il fenomeno migratorio in Italia

Il fenomeno migratorio rappresenta una realtà planetaria, dovuto ad una serie impressionante di fattori di varia natura: politici, economici, sociali e culturali. Secondo l'Istat i cittadini stranieri residenti in Italia, dopo un aumento annuale di circa mezzo milione di unità, all'inizio del 2008 sono 3.433.000, inclusi i comunitari: il 62,5% nel Nord (più di due milioni), il 25% nel Centro (poco meno di un milione) e il 12,5% nel Mezzogiorno (quasi mezzo milione).

Le Regioni con una maggiore presenza di immigrati sono la

italiani e stranieri, per stimolare nella stessa comunità civile la comprensione e la valorizzazione della loro identità in un clima di pacifica convivenza rispettosa dei diritti della persona umana) accreditano un numero superiore d'immigrati regolarmente presenti, che oscilla tra i 3.800.000 e i 4.000.000, su una popolazione complessiva di 59.619.290 persone, con un'incidenza del 6,7% (leggermente sopra la media dell'Unione europea che è stata del 6% nel 2006). Nel 2006 i bambini nati da genitori stranieri sono stati 57.765 (+11,1% rispetto all'anno precedente), dato che corrisponde al 10,3% del totale dei nati in Italia. Nel complesso l'aumento della popolazione straniera contribuisce alla crescita della popolazione residente in Italia, che nel corso del 2006 è passata da 58.751.711 a 59.131.287 unità, per circa il 70,7%. L'incidenza percentuale degli stranieri sulla popolazione complessiva, che all'inizio del 2006 era del 4,5%, raggiunge così alla fine dello stesso anno quota 5%. Per quanto riguarda la distribuzione per territorio, l'insediamento della popolazione straniera nel nostro Paese è localizzato prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord; nel Mezzogiorno risiede soltanto l'11,6% della popolazione straniera, la parte restante è suddivisa tra il Nord-Ovest (36,3%), il Nord-Est (27,3%) e il Centro (24,8%). Un quarto degli stranieri residenti in Italia (il 24,8%) è in Lombardia e - in particolare - nella provincia di Milano dove si concentra il 10,8% del totale degli stranieri residenti in Italia. Lavoro e famiglia, considerate insieme, "rappresentano ormai il 90% dei motivi di presenza" in Italia degli stranieri. Il dato emerge attraverso la lettura dei dati sui permessi di soggiorno al 1° gennaio 2007, elaborati dall'Istat sulle informazioni fornite dal ministero dell'Interno. Il lavoro è la causa prevalente

(1.463.058 permessi), soprattutto tra gli uomini (circa il 78%) mentre per le donne la quota scende al 44%. Negli ultimi anni cresce il numero dei permessi per motivi familiari (763.744). Il rapporto tra i sessi, all'inizio del 2008, "appare equilibrato" (circa 102 uomini per 100 donne) anche se permangono, e in alcuni casi si accentuano rispetto al passato, significative differenze tra le diverse comunità: i cittadini provenienti dall'Ucraina, dalla Polonia, dall'Ecuador e dal Perù mostrano un rapporto decisamente favorevole alle donne (rispettivamente 22 e 39 maschi mentre tra i residenti africani e asiatici il rapporto volge a favore degli uomini (rispettivamente 160 e 120 maschi per 100 femmine). Per quanto riguarda la natalità, la ripresa osservata negli ultimi anni è andata di pari passo con l'incremento delle nascite della componente straniera della popolazione residente, incremento che si è fatto sempre più rilevante ed evidente.

Albanesi, marocchini e rumeni, che a livello nazionale rappresentano le prime tre comunità straniere, sono presenti in modo significativo in quasi tutte le aree del Paese, seppure con intensità maggiore in alcune regioni. Gli albanesi sono maggiormente presenti in Lombardia (circa 76mila unità, il 20,3% dei circa 376mila residenti in Italia), Toscana (13,7%), Emilia Romagna (11,8%), Piemonte (9,6%). I marocchini sono maggiormente presenti in Lombardia (circa 84mila individui, 24,4% dei 343mila residenti in Italia), Emilia Romagna (15,6%), Piemonte (14,6%) e Veneto (13,6%). I rumeni risiedono prevalentemente nel Lazio (circa 76mila, 22,2% dei 342mila presenti in Italia), in Piemonte (17,4%), in Lombardia (16,5%), in Veneto (14,1%).

Lombardia (815.000 residenti e circa 910.000 presenze regolari) e il Lazio (391.000 residenti e circa 423.000 presenze regolari). Caritas e Migrantes (fondazione costituita dalla Conferenza Episcopale Italiana per assicurare assistenza religiosa ai migranti,

le mamme e donne svedesi, le distanze maggiori si registrano rispetto alla salute, al ricorso alla contraccezione, alla partecipazione al Governo nazionale, alle differenze di reddito con l'uomo. In Italia è il 39% delle donne che fa uso di contraccettivi a fronte del 72% delle donne svedesi. Le donne italiane percepiscono uno stipendio pari al 47% rispetto a quello del-

l'uomo mentre le svedesi hanno un salario di poco inferiore (pari all'81%) a quello maschile. Per quanto riguarda i benefici per la maternità, una donna italiana in maternità prende l'80% del suo stipendio ordinario mentre una svedese percepisce lo stipendio pieno. Nel

2008 la partecipazione delle donne italiane al governo del paese è del 17% (questa la percentuale di posti occupati da donne) contro il 47% in Svezia. L'evidenza che emerge analizzando i dati relativi all'Italia è che nel nostro Paese esiste una buona tutela per la salute e l'istruzione infantile, ma altrettanto nettamente affiora una sostanziale disparità di genere.

Complicanze della gravidanza

Un esempio frequente di complicanze della gravidanza è l'infezione della cervice uterina da N. gonorrhoeae e/o C. trachomatis, che nel 70% circa dei casi decorre in maniera asintomatica. Nei paesi sviluppati, fin dagli anni '40, la mortalità ma-

terna è divenuta un evento raro, tanto che il rischio di morirne per cause legate alla gravidanza e al parto è pari a 1 su 3000 donne. Lo stesso non è avvenuto per i Pvs dove in Africa 1 donna su 19 muore per cause legate alla gravidanza e al parto. Nei Pvs, le donne povere partoriscono quasi sempre senza l'assistenza di personale qualificato in grado affrontare eventuali complicanze. Ogni anno circa 60 milioni di nascite avvengono in condizioni in cui la madre è aiutata nel parto da un membro della famiglia, o da un membro scelto dalla comunità come responsabile delle nascite, senza aver ricevuto alcuna formazione, oppure partorisce da sola. L'Oms ha stabilito che per assicurare alla madre e al bambino un livello minimo d'assistenza, il



FOCUS ON
 Diritti
 delle donne e
 salute globale

cosiddetto Pacchetto madre-baby (Mother-baby package), nei Pvs, per ogni persona si spenderebbero 3 dollari l'anno. Inoltre il tasso di fecondità è più alto tra i poveri e una percentuale maggiore delle gravidanze è indesiderata. Il divario raggiunge il suo picco massimo e ha le peggiori conseguenze quando si considerano le gravidanze precoci: moltissime ragazze non sanno quasi nulla della pianificazione familiare o delle possibilità di scelta che hanno a disposizione. Per questo il rischio di una gravidanza indesiderata o di contrarre una malattia a trasmissione sessuale, compreso l'Aids, si ripresenta ad ogni rapporto sessuale. Le infezioni da malattie sessualmente trasmissibili durante la gravidanza espongono la donna e il nascituro a complicanze gravi e potenzialmente fatali. La siero prevalenza della sifilide in donne gravide presenta ancora valori estremamente elevati in numerosi paesi del sud del mondo.

Maternità e immigrazione

Salvatore Geraci, Società italiana di medicina delle migrazioni (**Simm**), ha parlato del rapporto tra maternità e immigrazione affermando come "anche tra gli immigrati provenienti dai paesi ad economia meno avanzata, i fattori di rischio dovuti alla povertà e all'emarginazione sociale si associano ad un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante. Se si considerano la giovane età, la multiparità, l'alta prevalenza di anemie, di infezioni dell'apparato genito-urinario, il disagio interculturale e le condizioni socio-economiche precarie, si traccia il profilo di una popolazione altamente esposta alle malattie e alle complicanze". La presenza di donne straniere, provenienti in particolare da aree povere del mondo, rappresenta ormai una realtà del nostro Paese, in particolare delle grandi città del Nord e Centro Italia. In se-

guito ai ricongiungimenti familiari, pari al 31,2% sul totale dei permessi di soggiorno rilasciati al 31 dicembre 2007, è dunque aumentata la popolazione immigrata femminile, rendendo maggiormente equilibrata per genere la realtà dell'immigrazione.

Oggi le donne in Italia sono in media il 46,7% della presenza immigrata totale.

A livello nazionale il numero di parti da madri di cittadinanza non italiana è il 10,2%. Il fenomeno è più diffuso al centro-nord, in particolare in Lombardia, dove il 16,1% delle nascite interessa donne non italiane. Nell'ambito dei parti da donne straniere le aree geografiche di provenienza più rappresentate sono l'Europa dell'est (36%) e l'Africa (26%). Le madri provenienti dall'America Latina e dall'Asia del Sud rappresentano rispettivamente il 10 e il 18%.

I dati disponibili sulla realtà del nostro paese confermano la presenza di maggior esiti negativi alla nascita e di difficoltà nell'assistenza ricevuta dalle donne straniere in gravidanza. Da un'analisi dei dati nazionali, l'Istat ha calcolato per il 1994 un tasso di nati-mortalità pari al 6,6 per 1000 per le coppie straniere a fronte del 4,9 per 1000 per le coppie padre italiano/madre straniera e 4,1 per le coppie italiane.

Gravidanza, Ivg e maternità della donna straniera in Italia

Per quanto riguarda la salute della donna straniera - ha ricordato ancora Aldo Morrone - i temi emergenti sono l'alto tasso di abortività, la scarsa informazione, con conseguente ridotta domanda di assistenza alla gravidanza, la presenza di mutilazioni genitali femminili. In questo contesto le donne straniere meritano particolare attenzione anche in relazione alle diversità di condizione di vita, di

cultura e di costumi". Poi Morrone ha fatto riferimento ad un'indagine dell'Iss che ha: "evidenziato che le interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) effettuate da donne straniere sono passate da 4.500 nel 1980 a 20.500 nel 1998, con un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle in età più avanzate. Sulla base dei dati disponibili, il valore assoluto di Ivg per il 2005 è pari a 129.272 interventi, con un decremento al 2001 (132.234 casi) che è pari al 44,3% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'Ivg (234.801 casi)".

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'Ivg ha permesso di accertare che l'evoluzione del fenomeno non è stata omogenea e ha confermato come il ricorso all'aborto non è una scelta di elezione ma un'ultima ratio conseguente al fallimento o all'uso scorretto dei metodi per la



procreazione responsabile. La riduzione del ricorso all'aborto è stata maggiore per le donne in condizioni di stabilità di rapporto e con maggiore opportunità di conoscenze e di relazioni comunitarie. "L'Istat - ha concluso Morrone - per il 1998 ha stimato, per le donne straniere residenti in Italia, di età compresa tra 18 e 49 anni, un tasso di abortività tre volte superiore a quello delle cittadine italiane apparte-

menti alla stessa fascia d'età. Questo perché, molte delle donne straniere nel nostro Paese, vivono spesso in situazioni disagiate e provengono da aree in cui l'abortività legale e/o clandestina è più alta che in Italia. L'analisi delle caratteristiche delle Ivg, effettuato da donne con cittadinanza estera, riferita al 2006, conferma che il fenomeno è cresciuto raggiungendo il 31,6% del totale delle Ivg, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. Per gli aborti clandestini, la stima del ministero della Salute aggiornata al 2005 parla di 15.000 aborti effettuati al di fuori della legge 194, correggen-

covero siano quelle legate alle patologie della gravidanza (15,8% dei ricoveri ordinari nelle straniere contro il 2,9% del valore nazionale), ai traumi intracranici e superficiali (10,1% negli stranieri contro il 2,2% del valore nazionale), agli aborti indotti (3,8% nelle straniere, 0,5 come valore nazionale), confermando ancora una volta non solo la scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi da parte delle donne immigrate, ma anche il profondo disagio sociale in cui sono costrette a vivere (assenza di nucleo familiare stabile, precarietà socio-economica, lavorativa e alloggiativa, mancanza di figure di riferimento e supporto, prostituzione). In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio è diminuita la percentuale di donne che fanno la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero medio di ecografie è quello raccomandato dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media il terzo, come tra le italiane. Tuttavia ancora un 4% non ha avuto alcuna assistenza in gravidanza e il 17% ha dichiarato di aver avuto difficoltà ad essere assistita. Anche gli esiti alla nascita continuano ad essere peggiori rispetto alle italiane, 8,8% di parti pretermine tra le immigrate rispetto al 4,6% tra le italiane. Per quanto riguarda i livelli di conoscenze, si evidenzia un miglioramento rispetto ai dati delle immigrate rilevati nel 1995-96, ma risultano ancora inferiori rispetto a quelli osservati tra le italiane. La gran maggioranza delle donne ha dichiarato di non essere a conoscenza delle informazioni fornite o solo di alcune.

SCENARIO GLOBALE

Assistenza al parto solo il 6% delle nascite sono assistite in Etiopia e il 15% in Ciad e Afghanistan, percentuale che sale al 94% e 96% rispettivamente in Botswana e Sri Lanka



Mortalità materna 1 donna su 7 muore di parto in Niger, 1 su 8 in Afghanistan e Sierra Leone. In Irlanda, la proporzione è di 1 su 47 mila

L'accesso ai servizi sanitari di base 200 milioni di bambini sono senza cure. Quest'anno il rapporto sullo stato delle madri nel mondo ha come focus l'accesso per i bambini alle cure

di base, intendendo per queste ultime l'assistenza prenatale, quella durante il parto, le vaccinazioni e le cure per diarrea e polmonite. Attualmente, 200 milioni di bambini non hanno accesso ad alcuna cura di base e 26.000 bambini con meno di cinque anni muoiono ogni giorno, per un totale di quasi 10 milioni l'anno.

Aspettative di vita una donna vive in media 30 anni in Swaziland, 34 in Lesotho, 40 nella Repubblica Centro-Africana, in Zambia e Zimbabwe, contro gli 86 medi di una donna giapponese



Foto di Corrado Marago

Utilizzo della contraccezione meno del 5% delle donne utilizza la moderna contraccezione in Afghanistan, Angola, Ciad, Repubblica democratica del Congo, Guinea, Guinea-Bissau, Niger, Rwanda e Sierra Leone, contro l'80% delle donne inglesi e cinesi

Mortalità infantile in Afghanistan, Angola, Niger e Sierra Leone, 1 bambino su 4 muore prima del suo quinto compleanno, mentre in Svezia e Islanda questo accade solo ad 1 bambino su 333



Malnutrizione circa il 40% dei bambini con meno di 5 anni soffre di forme più o meno gravi di malnutrizione in India, Madagascar, Niger, Sudan, Timor-Est e Yemen, percentuale che sale al 50% in Bangladesh

Rapporto tra guadagni medi maschili e femminili in Egitto, Marocco, Oman, Qatar, Sudan ed Emirati Arabi

Uniti, una donna guadagna al massimo il 25% rispetto ad un uomo; in Arabia Saudita la percentuale scende al 16% mentre due paesi diversi come Kenia e Svezia hanno la stessa percentuale pari all'80%