

## Chi si prende cura delle migranti

di Cristina Giudici e Eleonora Trappolini

Per lungo tempo assimilata ai ricongiungimenti familiari, la mobilità femminile ha silenziosamente accompagnato lo sviluppo delle migrazioni internazionali in Europa e nel mondo. Spesso relegate a ruoli interni alla famiglia, le donne hanno seguito le prime migrazioni maschili scarsamente qualificate, in condizioni di vita difficili, con una carente conoscenza della lingua del paese di destinazione ed una bassa scolarizzazione, spesso poco consapevoli dei propri diritti. È solo a partire dagli anni Novanta che la migrazione femminile ha assunto maggiore visibilità, con donne che sempre più spesso si spostano lasciando il proprio coniuge nel paese di origine; o che più recentemente scelgono di migrare da sole per sfuggire a regimi dittatoriali o a discriminazioni sociali. Questa inversione di ruolo rispetto al passato è legata soprattutto alla crescente scolarizzazione della popolazione femminile, che consente ad un numero sempre maggiore di donne di accedere ad un mercato del lavoro qualificato nel paese di destinazione. Frequente è anche il collocamento in nicchie specifiche, quale la cura dei bambini o degli anziani, il lavoro domestico, l'impiego nel settore sanitario, delle confezioni o del commercio. L'evoluzione demografica e sociale dei paesi di destinazione, con il progressivo invecchiamento della popolazione e la ricerca di nuove figure professionali ad esso connesse, è da annoverare tra le determinanti di questo nuovo panorama, in particolare in Italia. Qui la crescente quota di anziani genera un incremento della domanda di lavoro femminile nel settore terziario, incluso quello dei servizi alle persone e alle famiglie. In questo settore le regioni italiane vedono una presenza importante di donne provenienti dai paesi dell'Est, che vivono nella mobilità, favorita dallo sviluppo dei trasporti a basso costo, i quali contribuiscono ad accorciare la distanza dalla famiglia di origine. Nel tempo la presenza delle donne migranti si è consolidata sul territorio italiano, dove vanno ricoprendo un ruolo prezioso di collegamento tra culture, di mediazione tra i poteri pubblici e le comunità di appartenenza. Meno visibili rispetto agli uomini, le donne rappresentano oggi in media circa la metà della popolazione immigrata, seppur con dinamiche territoriali fortemente differenziate e con una grande eterogeneità in base al paese di provenienza: la quota di presenze femminili passa da valori inferiori al 30% tra gli immigrati provenienti dal Bangladesh o dall'Egitto fino ad oltre il 78% nel caso dell'immigrazione ucraina.

È quanto emerge dall'ultima edizione dell'"*Osservatorio Romano sulle Migrazioni*", recentemente pubblicata a cura del Centro Studi e Ricerche Idos in collaborazione con l'Istituto di Studi Politici "S. Pio V". In questa tredicesima edizione l'*Osservatorio* è tornato a raccontare il Lazio, le sue province e Roma attraverso le migrazioni, dando voce alle tante iniziative sviluppate in quest'ambito dall'associazionismo, dal terzo settore e dal volontariato, ma anche da numerosi Enti locali; ed

offrendo l'opportunità di riflettere su alcuni nodi problematici nell'ambito dell'accesso delle donne immigrate ai servizi di prevenzione e di cura.

Generalmente in buone condizioni di salute al momento dell'arrivo, i protagonisti della migrazione si palesano esposti, con il passare del tempo, ad un maggiore rischio di insorgenza di situazioni patologiche, conseguente ad un mancato o inadeguato accesso ai servizi socio-sanitari, determinato da una molteplicità di fattori socio-economici e culturali. L'incontro con il sistema sanitario da parte degli immigrati avviene generalmente attraverso il pronto soccorso, la guardia medica o, per le donne, i consultori. Le quote più elevate di ricorso al servizio di pronto soccorso si registrano tra gli stranieri non comunitari, in particolare tunisini e marocchini, con significative differenze di genere che vedono tra i maggiori utilizzatori gli uomini tunisini (130.7 per mille) e le donne marocchine (100.8 per mille).

Uno degli elementi più critici in questo contesto consiste nella discrepanza tra la possibilità teorica di accesso e l'effettiva fruibilità del servizio. La normativa vigente garantisce infatti la gratuità delle prestazioni a tutti i cittadini stranieri, compresi gli irregolari, così come sono garantite le prestazioni preventive per la tutela della maternità e della gravidanza. La legge 40 del 1998 "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", prevede infatti la gratuità delle prestazioni in tema della maternità, compresa l'interruzione di gravidanza, ed inoltre concede alle cittadine straniere non regolari un permesso di soggiorno se in gravidanza, che durerà fino ai sei mesi dopo la nascita del bambino. Tuttavia sono diversi gli aspetti critici del percorso di maternità delle donne immigrate, legati proprio alle difficoltà di accesso ai servizi di cura e prevenzione. Difficoltà in parte dovute, come detto, al fatto che l'offerta di servizi può risultare inadeguata rispetto ad una domanda particolarmente articolata, e a volte collidente con barriere giuridico-legali, economiche, burocratico-amministrative, organizzative; tali contingenze possono essere complicate da eventuali resistenze culturali e sociali delle donne stesse, da una scarsa consapevolezza del funzionamento del sistema sanitario vigente nel nuovo contesto di destinazione, dei propri diritti e di conseguenza di come esercitarli nonché dalla difficoltà ad esprimersi in italiano.

Con particolare riferimento al percorso di maternità, il minore accesso ai servizi di cura perinatale da parte delle donne immigrate rispetto alle native appare soprattutto legato principalmente a barriere di natura linguistica e culturale. La difficoltà nell'espone al medico i propri disturbi di salute riguarda circa il 14,9% della popolazione immigrata, ma risulta accentuata nelle donne (15,6%), sia per quanto riguarda l'espressione che la comprensione, ed aumenta con l'età<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Istat, Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità ai servizi sanitari, Roma 2013.

Dei 46mila ricoveri di pazienti con cittadinanza estera dovuti a patologie acute registrati nel Lazio nel 2015, la maggior parte (94%) sono costituiti da cittadini provenienti da paesi a forte pressione migratoria<sup>2</sup>; con una netta prevalenza di donne (oltre il 70%). Una presenza che si rivela legata soprattutto a complicazioni del parto, della gravidanza e del puerperio<sup>3</sup>.

Una ricerca retrospettiva in uno dei principali ospedali del Lazio, il Fatebenefratelli di Roma, lascia emergere in quest'ambito correlazioni significative tra le caratteristiche socio-demografiche della madre e diversi indicatori di salute riproduttiva. Primo fra tutti il più basso peso alla nascita dei neonati figli di donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria. Le mamme straniere originarie di questi paesi risultano essere inoltre in media più giovani rispetto alle native, con una più elevata percentuale di aborti (spontanei o volontari) in gravidanze precedenti ed una maggiore incidenza di parti pre-termine.

Il quadro proposto dall'Osservatorio trova conferma in quanto rilevato a livello nazionale: le donne straniere in gravidanza effettuano tardivamente la prima visita nell'11,3% dei casi, contro il 4,5% delle italiane e presentano un rischio di aborto più elevato<sup>4</sup>. Quest'ultimo dovuto soprattutto da un lato al maggior numero di figli già nati e dall'altro al più basso status socio-economico della popolazione immigrata.

Ne consegue la necessità di riflettere sull'opportuna complessità della risposta del sistema sanitario rispetto ai bisogni di salute delle donne straniere. Nella misura in cui lo status socio economico si rivela una determinante fondamentale della salute riproduttiva, l'investimento in formazione ed occupazione rivolto alla popolazione femminile nel suo insieme dovrebbe essere percepito come prioritario. È inoltre auspicabile che questa ineludibile presa di coscienza sia accompagnata dalla predisposizione e dall'adozione di misure idonee a fornire un corretto riscontro alle criticità sopra esposte, attraverso l'adeguamento dei servizi, la semplificazione degli accessi e, laddove possibile, il ricorso sistematico allo strumento della mediazione culturale.

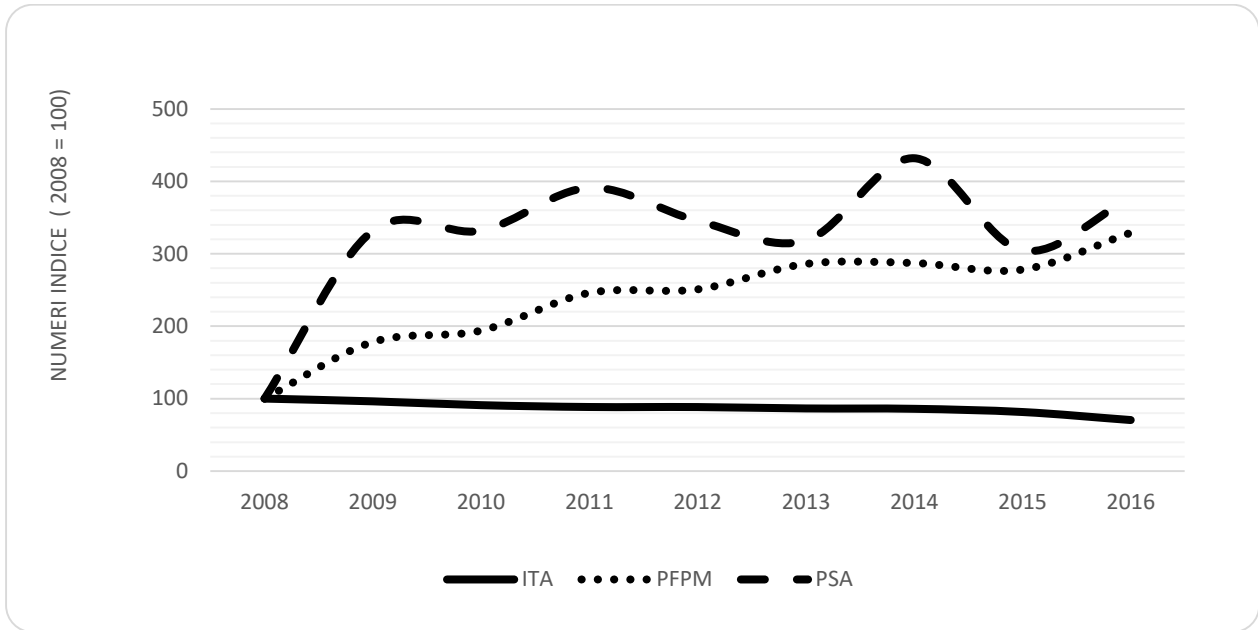
---

<sup>2</sup> Europa Centrale e Orientale (compresa Polonia e Romania), Africa del Nord, Africa Sub-Sahariana, Asia (ad eccezione di Israele e del Giappone), America centrale e Sud America.

<sup>3</sup> "Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Tredicesima edizione", a cura del Centro Studi e Ricerche Idos in collaborazione con l'Istituto di Studi Politici "S. Pio V", Roma 2018.

<sup>4</sup> Istat, La salute riproduttiva della donna, Roma 2017.

**Andamento delle nascite per area di origine, nel tempo dal 2008 al 2016**



*FONTE: CeDAP, Fatebenefratelli*