



Università degli studi di Milano
Dipartimento di studi sociali e politici

Working Papers
del Dipartimento di studi sociali e politici

15 / 12 / 2004

**Donne immigrate e salute
riproduttiva tra modelli culturali e
condizioni sociali**

Lia Lombardi

www.sociol.unimi.it/ricerca_publicazioni.php

Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali

Lia Lombardi

1. L'immigrazione femminile in Italia: progetti solitari e ricongiungimenti familiari

2. Salute e procreazione

- ***Gravidanza e parto***
 - Milano e Lombardia
 - La Clinica Mangiagalli
- ***Interruzione di gravidanza e contraccezione***
 - Milano e Lombardia
 - La Clinica Mangiagalli

Conclusioni e prospettive

Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali

Lia Lombardi

Questo lavoro si inserisce in un decennale percorso di ricerca sulla salute riproduttiva delle donne (controllo delle nascite, gravidanza, parto, procreazione medica assistita, menopausa) e sulle politiche sociali a questa connesse, con attenzione ai confronti internazionali e alle differenze tra culture (Lombardi in Pizzini, 1992; Pizzini, Lombardi, 1994; Lombardi in Pizzini, 1999; Lombardi, Pizzini, 2001).

Ad integrazione, quindi di precedenti ricerche e pubblicazioni e alla luce della portata attuale del processo migratorio nel nostro paese, qui si cerca di tracciare un profilo della salute riproduttiva delle donne immigrate in Italia, quale indicatore delle loro condizioni sociali, delle culture di origine, dei processi di transizione e di adattamento.

Si prende in considerazione la salute riproduttiva per almeno due ordini di ragioni: in primo luogo perché, come già riconosciuto da vari organismi internazionali (ONU; OMS; UNFPA, PAI, ecc.) questa è un indicatore di salute e di sviluppo della popolazione.

In secondo luogo è più facile, ad oggi, fare analisi e riflessioni sulla salute riproduttiva delle donne immigrate che sulla salute in generale di tutti gli immigrati, perché per ragioni fisiologiche come gravidanza, parto, cura dei figli, ecc. le donne accedono molto di più ai servizi di quanto facciano gli uomini, che vi si rivolgono solo per malattia grave o ritenuta tale.

Bisogna anche aggiungere che in base alle leggi di tutela della maternità, le donne immigrate, come le italiane, hanno maggiori garanzie rispetto agli uomini, nonostante contraddizioni e difficoltà che saranno rilevate nel testo. Pertanto, possiamo affermare che, per le suddette ragioni, le donne sono più visibili, interloquiscono ed interagiscono con i servizi e gli operatori sociali e sanitari, compreso il mondo della scuola in cui inseriscono i propri figli.

Si osserveranno quindi alcuni dati generali relativi alla migrazione femminile in Italia e più in dettaglio si faranno delle analisi su alcuni indicatori di salute riproduttiva (gravidanze, parti, interruzioni volontarie di gravidanza, contraccezione, accesso ai servizi socio-sanitari), messi a confronto con quelli della popolazione femminile italiana. Saranno anche rilevati comportamenti e modelli culturali diversi, correlati ad eventi della vita così determinanti per la costruzione dell'identità sociale ed individuale.

In particolare la ricerca si soffermerà sulla situazione a Milano e in Lombardia perché, come è noto, questa regione, con il suo capoluogo, mantiene il primato sulle altre regioni italiane, rispetto al numero di stranieri soggiornanti, sia perché è il punto di riferimento nazionale per la salute riproduttiva, soprattutto in tema di ostetricia e neonatologia. In questo ambito sarà preso in considerazione il caso della clinica Mangiagalli, l'ospedale pubblico di maternità più grande della Lombardia con i suoi oltre 5.000 parti l'anno, e dove le utenti straniere raggiungono il 20% del totale.

1. L'immigrazione femminile in Italia: progetti solitari e ricongiungimenti familiari

Lo scenario migratorio nazionale registra per il 2003 una presenza straniera regolare pari a 2.598.223 unità (4,5% della popolazione totale), raddoppiatasi rispetto al 2000 (Caritas, 2004).

Quanto alle classi di età, la presenza dei minori riguarda il 15,6% degli immigrati; la fascia di età tra i 19 e i 40 anni (1,5 milioni di persone) incide per il 58,5% sul totale, quella tra i 41 e i 60 anni riguarda il 21,1%; gli ultrasessantenni incidono solo per il 4,8% tranne nella città di Roma dove raggiungono il 10%.

I coniugati sono circa la metà (49,9%) con una flessione di 2 punti rispetto all'anno precedente cui ha corrisposto un aumento di 4 punti di nubili/celibati, passati al 46%¹.

L'attuale presenza straniera in Italia è prevalentemente europea (47,9%) seguita dall'Africa (23,5%), dall'Asia (16,8%) e dalle Americhe (11,5%). Nei primi 5 gruppi nazionali presenti troviamo:

Tab. 1 - Italia. Immigrati: prime 5 nazionalità - 2003

Paesi	Soggiornanti	% sul totale
Romania	239.426	10,9%
Albania	233.616	10,6
Marocco	227.940	10,4
Ucraina	112.802	5,1
Cina Popolare	100.109	4,6

Fonte: Caritas, Dossier, 2004

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, possiamo dividere l'Italia in 3 grandi aree:

1. Nord – 60% della popolazione immigrata (circa la metà in Lombardia)
2. Centro – 30% (oltre la metà nel Lazio con la massima concentrazione nella capitale)
3. Sud – 10% (prima regione la Campania)

Le ragioni per cui queste popolazioni si sono trasferite nel nostro paese sono prevalentemente due: il 66% per motivi di lavoro e il 24,3% per ricongiungimento familiare. Questi due motivi, che rappresentano il 90% dei casi, indicano una forte tendenza all'**inserimento stabile**. Tanto è vero che ormai il 60% della popolazione immigrata soggiorna in Italia da almeno 5 anni mentre un terzo vi soggiorna da almeno 10.

Un altro indice di stabilità è dato dalla presenza dei minori e dal loro inserimento nelle scuole: nell'a.s. 2003-04 gli studenti stranieri iscritti sono stati 282.683, con un aumento di 50.000 rispetto all'anno precedente.

In definitiva, il panorama della migrazione in Italia ci indica una popolazione giovane e in età riproduttiva, una sostenuta presenza femminile che è di poco inferiore a quella maschile, una buona presenza di nuovi nati e minori figli di immigrati, che ci fa pensare ad una popolazione immigrata stabile e/o tendente alla stabilità.

Questo è un fattore importante che deve farci prendere seriamente in considerazione la presenza di queste persone in tutti gli ambiti della vita sociale (lavoro, scuola, salute, diritti, cittadinanza, ecc.), le loro esigenze e le loro richieste nonché i cambiamenti che l'incontro tra popolazioni, culture, abitudini diverse apportano sia per le comunità migranti che per quelle ospitanti.

Per ciò che concerne la ripartizione di *genere*, la presenza femminile riguarda il 48,4% della popolazione straniera con un incremento del 1,4% rispetto al 2002. Vi è però una sostanziale differenza tra le varie nazionalità: per esempio tra gli immigrati nordafricani la presenza è fortemente maschile (74%) mentre è prevalentemente femminile tra i cubani e i capoverdiani (80%) e i sudamericani in genere, il gruppo filippino tende ad equipararsi a causa dei molti ricongiungimenti familiari degli ultimi anni (intorno al 60% di donne).

Le donne immigrate si concentrano attorno alle grandi città del Nord (Milano e Torino) e in determinate regioni come la Campania, il Molise, l'Umbria, il Lazio, l'Abruzzo e la Sardegna).

La concentrazione femminile di alcune nazionalità è strettamente legata al progetto e alla tipologia migratoria, che può essere distinta in 3 grandi ondate (Melchiori, 2000):

1. negli anni '70 si registra un'entrata proveniente principalmente da alcuni paesi dell'America Latina, da Capo Verde, dall'Eritrea e dall'Etiopia. Le prime ad

¹E' probabile che in questo aumento rientrino giovani di recente immigrazione, non ancora stabilizzati.

arrivare sono state le domestiche degli italiani che tornavano dall'Eritrea, a queste hanno fatto seguito le operaie delle fabbriche tessili distrutte durante l'invasione etiopica. Queste donne erano prevalentemente divorziate, separate, abbandonate, con o senza figli.

L'arrivo delle donne somale è stato caratterizzato dalla fuga dal conflitto bellico.

2. negli anni '80 invece, l'immigrazione si manifesta con una forte prevalenza maschile proveniente dal Nord-Africa e dall'area sahariana, a cui ha fatto seguito l'arrivo di mogli e figli per ricongiungimento familiare²², che hanno dato un'impronta di stabilità a questo tipo di migrazione.
3. gli anni '90 poi sono stati caratterizzati dalla stabilizzazione e leggera diminuzione dell'immigrazione africana e da un sostenuto aumento di quella proveniente dall'Est Europeo, che ha portato con sé una sostanziale prevalenza di donne giovani, sole e con un livello di istruzione medio-alto. Molte di loro hanno figli lasciati nel paese di origine.

Anche il progetto migratorio delle donne presenta delle specificità e può essere distinto in due grandi gruppi che danno vita a diverse tipologie anagrafiche, provenienze geografiche e sociali, a diverse collocazioni e aspettative nella società ospitante (ibidem), troviamo quindi:

1. 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), a questo gruppo appartengono in prevalenza le filippine, le capoverdiane, le etiopi, le eritree, le somale, le brasiliane, le peruviane e gran parte delle europee orientali;
2. donne che arrivano per ricongiungimento al marito o ai figli. Appartengono al progetto migratorio dell'uomo e fanno parte di un'ondata più antica che è in via di stabilizzazione. Provengono principalmente dal Nord-Africa, dal Senegal e dal Maghreb oppure dal Medioriente e dalla Cina.

Gli arrivi per ricongiungimento familiare hanno avuto una forte crescita (anche in concomitanza di leggi emanate a tale proposito) e i visti d'ingresso rilasciati per questo motivo, sono passati da 4.500 nel 1988 a 65.816 nel 2003 (Caritas, 2004).

Oggi si stimano tra le 10 e 20 mila famiglie straniere presenti in Italia, con una media di 2 figli per nucleo familiare. Spesso però queste famiglie sono divise: cioè alcuni dei membri vivono nel paese di origine in attesa di potersi ricongiungere. La famiglia rappresenta per gli immigrati e per la società di arrivo, un istituto di stabilizzazione: cambia il progetto migratorio trovando la strada della stabilità e della permanenza; la presenza dei figli che "crescono qui ed ora" sposta sempre più gli investimenti simbolici, affettivi ed economici dal paese di origine a quello di accoglienza. In ogni caso la famiglia è il luogo nel quale si riorganizza in modo nuovo la solidarietà interna e vengono ridefinite le priorità in ordine alle risorse disponibili" (Tognetti, 2004).

Il tipo di occupazione delle donne immigrate è il lavoro domestico nell'80% dei casi. Spesso questa sistemazione risolve anche il problema del vitto, dell'alloggio e della regolarizzazione, almeno per i primi anni, ma rimane comunque una sistemazione vissuta in termini di temporaneità e con la speranza di poter trovare presto un altro tipo di lavoro, avere una casa propria e poter costruire indipendenza e stabilità.

²² Si veda: legge sul ricongiungimento familiare del 1986 e legge Martelli del 1990.

2. Salute e procreazione

Come è ormai noto, gli immigrati non sono portatori di malattie, i dati del Ministero della Sanità relativi ai ricoveri ospedalieri e al ricorso al pronto soccorso, indicano una popolazione immigrata prevalentemente in buona salute (solo il 2% rispetto al totale dei ricoveri), accade invece che si ammalino in Italia a causa delle condizioni difficili in cui vivono.

La salute delle donne immigrate, pur presentando un quadro simile a quello degli immigrati maschi (Perocco, 2000; Caritas, 2001), contiene delle specificità legate sia alla *tipologia migratoria*, come rilevato nel paragrafo precedente, sia alla *specificità di genere*. Infatti, le cause maggiori di ricovero sono da attribuire a ragioni prettamente fisiologiche come la gravidanza e il parto e quindi il prevalere di un ricorso alle strutture sanitarie da parte delle donne immigrate (60%).

Le difficoltà date dalla migrazione si ripercuotono sulla maternità, sviluppando spesso un rapporto con questa problematico e conflittuale. Da qui il frequente ricorso all'aborto, la difficoltà a gestire la propria sessualità e capacità riproduttiva, il rimandare a tempo indeterminato la realizzazione del desiderio di figli, situazioni che possono provocare, in molte donne, profonde lacerazioni sul tessuto della propria identità (Saint-Blancat 2000; Caritas, 2000; Kouider, 2002).

Vi sono altri casi (diffusi tra le donne sudamericane, europee orientali e cinesi) in cui la maternità sembra entrare in una sorta di sospensione: le donne lasciano i propri figli nei paesi di origine, affidandoli ad altri, in attesa di poter tornare a casa o farsi raggiungere da loro³.

Gravidanza e parto

Nell'analisi di ambiti legati alla maternità e all'infanzia si evidenziano aspetti critici connessi in prevalenza con la difficoltà di accedere ai servizi di cura e prevenzione: una difficoltà data sia dall'offerta non adeguata alla diversificata domanda della popolazione femminile immigrata, sia dalle resistenze culturali e sociali delle donne stesse (Donati, Grandolfo e al., 2001).

Uno dei primi problemi che le donne incontrano rispetto alla gravidanza, al parto e alla cura dei figli, è il profondo senso di isolamento: sradicate dal loro *entourage* familiare e amicale, dai loro riferimenti culturali relativi alla maternità, si trovano a partorire in ospedali asettici tra operatori che hanno difficoltà a comprenderle, sole o alla presenza del marito o di un'amica proveniente dallo stesso paese.

A ciò si aggiungono le dure *condizioni di lavoro*, gli *ambienti abitativi* piccoli, inadeguati e spesso in condivisione con altre famiglie o altri immigrati, il difficile accesso e fruibilità dei *servizi socio-sanitari*, tutte ragioni che sono alla base dei problemi di salute e di salute riproduttiva delle donne, rilevati da varie indagini condotte in Italia (Caritas, 2000; Donati, Grandolfo e al., 2001; Castiglioni, 2001; Crinali, 2001). Ci si trova così di fronte a *gravidanze ravvicinate*, *nascite pre-termine*, basso peso alla nascita, *IVG*, *pratiche contraccettive* non conosciute e non capite (Castiglioni, 2001).

Una ricerca retrospettiva negli ospedali romani condotta dall'Osservatorio epidemiologico laziale, conferma queste problematiche (Caritas 2000) e i punti salienti della ricerca risultano essere:

³ In una indagine Caritas (2000) a campione, su 100 donne afferite all'ambulatorio Caritas, aventi complessivamente 215 figli (132 tra 1 e 12 anni), il 58% di essi è rimasto nel paese di origine o ci è tornato dopo la nascita, il 37% dei bambini vive lontano dalla madre da almeno 2 anni, il 57% in età tra i 2 e i 5 anni vive lontano dalla madre; solo 26 su 100 sono nuclei familiari intatti.

- la più giovane età delle madri straniere rispetto alle residenti (il 28,5% di madri di età inferiore ai 20 anni tra le nomadi, il 5,8% tra le europee e lo 0,8% tra le romane);
- un maggior numero di donne con più di 3 figli (14,6% contro 2,6% delle residenti);
- maggiore l'incidenza di basso peso alla nascita (sotto i 2.500 gr.) in tutti i gruppi etnici con punte più elevate tra le nomadi (19,5%), tra le donne provenienti dall'Estremo Oriente (11,8%) e dall'Africa Centrale (10,7%); tra le residenti l'incidenza è del 5,2%.
- Anche la mortalità nel primo anno di vita è più alta tra i bambini figli di donne straniere rispetto alle donne romane: 21,9 su 1000 nati vivi per i figli di donne provenienti dall'Africa centrale, 20,8 per i neonati di madre nomade, 19,7 per il Nord Africa e Medio Oriente. Il tasso relativo ai figli delle residenti è di 8,3.

Un'indagine più ampia e più recente (2000-01) condotta dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità) in 5 ospedali romani in cui 318 donne straniere che avevano partorito avevano risposto ai questionari, evidenzia dei risultati significativi rispetto all'indagine precedente, mostrando sia i cambiamenti socio-demografici delle donne straniere, sia quelli relativi agli atteggiamenti e ai comportamenti rispetto a gravidanza e parto.

Le donne intervistate nei 5 ospedali provengono da 54 Paesi diversi: 138 (43,4%) dall'Europa dell'Est, 80 (25,2%) dall'Asia, 53 (16,7%) dall'America Centro-Sud e 47 (14,8%) dall'Africa (Tab. 2).

Tab. 2 – Aree geografiche e paesi di origine delle intervistate

Area / Paese	n.	%
Europa dell'Est (14 paesi)	138	43,4
Albania	17	5,3
Iugoslavia (Serbia-Montenegro)	18	5,7
Polonia	24	7,5
Romania	52	16,4
Altri	27	18,5
Asia (14 paesi)	80	25,2
Bangladesh	9	2,8
Sri Lanka	9	2,8
Cina	11	3,5
Filippine	32	10,1
Altri	19	6,0
Africa (16 paesi)	47	14,8
Egitto	11	3,5
Marocco	9	2,9
Altri	27	8,4
America Centro-Sud (10 paesi)	53	16,7
Perù	26	8,2
Altri	27	8,5
Totale (54 paesi)	318	100

Nella Tabella 3 sono presentate le distribuzioni percentuali relative alle caratteristiche socio-demografiche delle intervistate. I dati sono stati suddivisi per area di provenienza delle donne per poterne osservare le differenze.

Tabella 3. Caratteristiche socio-demografiche delle intervistate (in percentuale)

Caratteristica	Provenienza				Totale
	Europa dell'Est	Asia	Africa	Centro-Sud America	
Età					
15-19	2,9	0,0	4,3	3,8	2,5
20-24	32,6	17,5	12,8	18,9	23,6
25-29	32,6	27,5	27,7	34,0	30,8
30-34	24,6	32,5	23,4	26,4	26,7
35-39	5,1	17,5	29,8	11,3	13,0
40-44	2,2	5,0	2,1	5,7	3,5
Stato civile					
Coniugata	72,5	86,1	87,2	54,7	75,1
Nubile/convivente	26,1	11,4	12,8	43,4	23,3
Altro	1,5	2,5	0,0	1,9	1,6
Anni istruzione					
≤8	31,4	15,2	36,2	17,0	25,6
>8	68,6	84,8	63,8	83,0	74,4
Attività lavorative in Italia					
Casalinga	49,3	41,2	57,4	41,5	47,2
Disoccupata	12,3	5,0	8,5	5,7	8,8
Operaia	5,8	7,5	2,1	5,7	5,7
Colf/baby sitter	23,2	40,0	15,0	39,6	28,9
Altro	9,4	6,2	17,0	7,5	9,4
Numero figli					
0	60,9	45,0	44,7	66,0	55,3
1	26,8	37,5	44,7	24,5	31,8
2	4,3	15,0	8,5	7,5	8,2
≥3	8,0	2,2	2,1	1,9	4,7

La maggior parte delle donne si colloca nella fascia 20-34 anni (81,1% del totale).

Le donne provenienti dai Paesi dell'Europa dell'Est sono più giovani rispetto alle altre (35,5% con meno di 25 anni tra le europee rispetto a 17,5% tra le asiatiche).

Anche la distribuzione per stato civile presenta delle notevoli differenze. Se tra le africane l'87,2% è coniugata, tra le donne provenienti dall'America Centro-Sud questa percentuale è pari al 54,7%.

Sul totale delle intervistate il 74,4% aveva frequentato la scuola per più di 8 anni a conferma del fatto che gli immigrati sono generalmente persone con livelli alti di istruzione. Le donne provenienti dall'Asia e dall'America Centro-Sud risultano avere un'istruzione più elevata.

Generalmente queste donne in Italia sono casalinghe (47,2%) o svolgono attività come colf o baby sitter (28,9), particolarmente le asiatiche e le latino americane.

Il 55,3% delle donne è al primo figlio e solo il 4,7% ne ha già tre o più. La percentuale di donne con figli è più elevata tra le asiatiche; di queste il 17,2% ha già due o più figli.

Rispetto all'inserimento nella società italiana, 83,3% delle donne dichiara di avere il permesso di soggiorno; il 52,7% dichiara di essere in Italia da più di 3 anni; tra le donne dell'Europa orientale più della metà è in Italia da meno di 3 anni.

Molto interessanti sono poi i dati relativi all'assistenza a gravidanza e parto e al grado di soddisfazione delle donne stesse: queste mostrano un miglioramento rispetto all'indagine del '96: per esempio è diminuita la percentuale di donne che effettua la prima visita dopo il 3° mese di gravidanza (da 25 a 16%), quasi tutte effettuano le ecografie previste dai protocolli di assistenza nazionali, il 15% segue corsi pre-parto (29% è il dato relativo alle italiane), è aumentata la possibilità e la capacità di accedere alle strutture e ai servizi.

Per quanto riguarda il parto l'8,8% delle intervistate ha partorito prima della 37° settimana di gestazione. Questo valore è inferiore a quello trovato tra le immigrate nel 1995-1996 (12,2%), ma superiore a quello osservato tra le italiane (4,6%).

La settimana di gestazione alla nascita, insieme al peso del neonato, sono fattori di rischio per la mortalità perinatale e l'insorgenza di complicanze neonatali.

Per quanto riguarda la soddisfazione nell'assistenza al parto, il 77,2 % delle donne dichiara un giudizio positivo sull'assistenza ricevuta, nonostante vi sia un 6,8% che denuncia un mancato rispetto della propria cultura e un 11,4% la mancanza del coinvolgimento della famiglia.

Va ricordato che le donne immigrate sono le maggiori fruitrici dei servizi pubblici (consultorio familiare e ospedali): più dell'80% dei casi rispetto alla popolazione italiana che li utilizza solo al 33%, almeno per i controlli e le visite in gravidanza.

Le situazioni più problematiche rimangono per le donne provenienti dall'Europa orientale e per quelle di recente immigrazione, ciò sta a dimostrare che i processi di adattamento e di stabilizzazione sono decisivi per la formulazione di altri modelli comportamentali, per venire a conoscenza dei servizi a disposizione e della loro fruibilità, per prendersi cura della propria salute e di quella della famiglia.

Milano e Lombardia

La Regione Lombardia e il suo capoluogo sono molto significativi in tema di salute e di immigrazione, sia perché mantengono il primato sulle altre regioni italiane, rispetto al numero di stranieri soggiornanti, sia perché sono il punto di riferimento nazionale per la salute riproduttiva, soprattutto in tema di ostetricia e neonatologia.

Nel 2003 gli stranieri registrati su territorio regionale sono stati 502.610 (il 22,9% di tutti gli stranieri soggiornanti sul territorio nazionale). La maggiore concentrazione si registra nella città di Milano dove i regolari sono stati 108.266 (il 8,7% degli stranieri residenti in Italia). La provincia di Milano registra 246.362 stranieri, cioè il 11,2% degli immigrati.

I paesi maggiormente rappresentati in regione Lombardia sono il Marocco, l'Albania, l'Egitto, le Filippine, la Cina e il Perù, diversamente distribuiti sul territorio regionale, provinciale e urbano della città di Milano (Tab. 4).

Tab. 4 - Primi 5 paesi di provenienza

Regione Lombardia	Provincia di Milano	Comune di Milano
Marocco	Egitto	Filippine
Albania	Filippine	Egitto
Romania	Ecuador	Cina popolare
Egitto	Perù	Perù
Filippine	Marocco	Sri Lanka

Fonte: Caritas Ambrosiana, 2004

Nel capoluogo si conferma la prevalenza della popolazione asiatica (38,9%), diversamente da quanto accade sul resto del territorio regionale e provinciale.

La ripartizione per *genere* residente nella città di Milano indica il 50,5% di presenza femminile, dato superiore alla media nazionale, regionale e provinciale, con nazionalità a forte connotazione femminile come quella ucraina (84,1%), ecuadoriana (63,8%), peruviana (62,3%) e filippina (57,7%). Dal lato opposto vi sono popolazioni marcatamente maschili come i senegalesi (93,9%), gli algerini (75,7%), gli egiziani (72,1%), i marocchini (63,3%).⁴

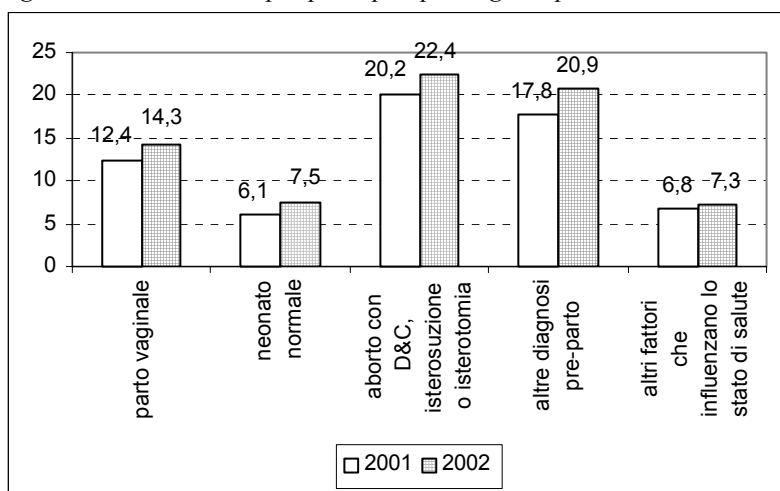
⁴ Il 23,3% degli stranieri residenti a Milano non supera i 20 anni di età e provengono principalmente dal gruppo asiatico e da quello africano, il 49,7% è nella fascia compresa tra i 21 e i 40 anni, il 23,8% si colloca tra i 41 e i 60 anni.

Una tale presenza di donne straniere sia a livello regionale che milanese fa sì che esse siano numerose e visibili presso i servizi sanitari e sociali, legati alla sfera riproduttiva e della cura ed educazione dei figli.

Dei ricoveri ostetrici i più rilevanti, come ci si poteva aspettare, sono quelli relativi a parto e aborto. Nel corso del 2002 i principali motivi di ricovero in degenza ordinaria (Ndo) tra i cittadini stranieri sono riferibili alla sfera riproduttiva: l'interruzione di gravidanza (il 22,4% delle straniere rispetto al 20,2% del 2001), le altre diagnosi pre-parto (20,9% rispetto al 17,8% del 2001), i parti vaginali (14,3% rispetto al 12,4% del 2001). (Pasini, Pullini, Gusmeroli, 2004)

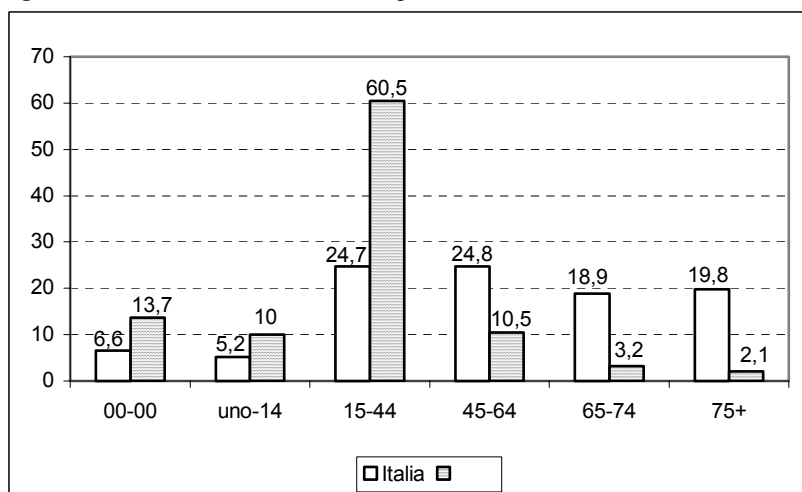
La crescita delle varie tipologie di ricovero indicano l'aumento della presenza di donne straniere in regione Lombardia (Fig. 1).

Fig. 1 – anno 2002: Ndo per principali patologie di pazienti straniere



Il confronto delle distribuzioni di Ndo del 2002 secondo le classi di età conferma la diversa situazione anagrafica tra italiani e stranieri (Fig. 2). Come già rilevato nel 2001 la maggioranza assoluta (60,5% rispetto al 61,9% del 2001) degli Ndo di pazienti stranieri si concentra nella classe di età 15-44 anni, l'84,2% (84,5% nel 2001) degli Ndo riguarda soggetti di età inferiore ai 45 anni, rispetto al 36,5% degli italiani (37,2% nel 2001). (ibidem)

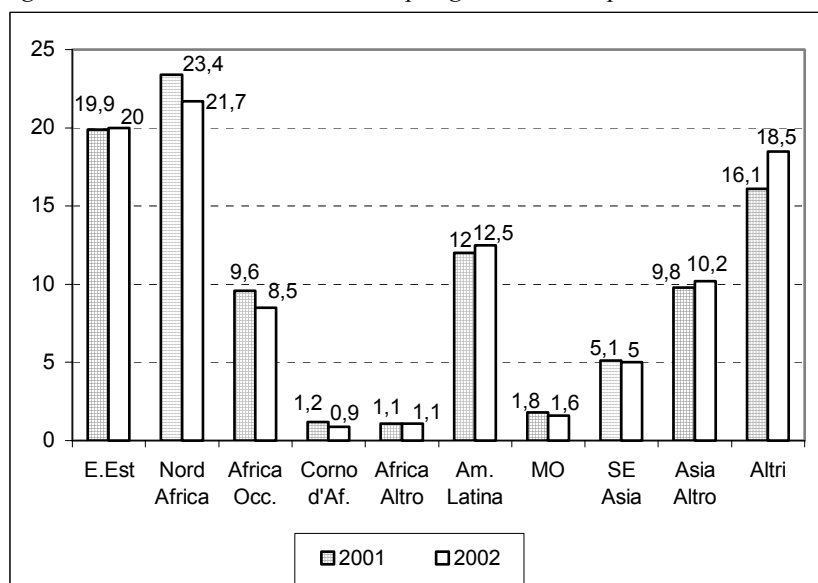
Fig. 2- Anno 2002: suddivisione Ndo per classi d'età



Suddividendo l'ammontare delle degenze ospedaliere degli stranieri secondo le grandi aree di provenienza (Fig. 3) risulta confermata la prevalenza relativa di nordafricani che però cedono un 1,7% rispetto al 2001, e dell'Est Europa che invece rimangono stabili al 20%. In leggera crescita

sono invece gli Ndo di pazienti sudamericani, +0,5% rispetto al 2001, e dell'area altri Asia, +0,4% rispetto al 2001, mentre in calo sono gli Ndo di pazienti dell'Africa Occidentale, -1,1% rispetto al 2001 (ibidem).

Fig. 3 - Anno 2002: suddivisione Ndo per grandi aree di provenienza



Alla situazione delle donne immigrate e al loro accesso ai servizi per la salute sono strettamente connessi gli esiti dei parti, nonché la salute dei neonati e dei bambini.

I neonati stranieri ricoverati presso le strutture ospedaliere della Lombardia sono in costante aumento. Nel 2002 (anno di riferimento) il totale di neonati stranieri è risultato essere di 7.080 casi, di cui 3.589 maschi e 3.491 femmine. I neonati figli di genitori italiani sono stati 80.749, mentre nel 2000 erano 80.918.

La quota di dimissioni di neonati da genitori stranieri da istituti ospedalieri (pubblici e privati) della Regione Lombardia è pari all'8% sul totale dei neonati dimessi, rispetto al 6,7% del 2001 e al 6,2% del 2000. La crescita dei neonati dimessi stranieri è, nel triennio 2000-2002, del 31,5%, a fronte di un calo dello 0,2% dei neonati italiani (Pullini, 2004).

La distribuzione dei dati relativi ai neonati stranieri secondo le aree di provenienza continua, come già nel 2000 e nel 2001, a vedere una predominanza relativa di figli di nordafricani (25,8%), seguiti da quelli di genitori est-europei (21,3%), da quelli di provenienza asiatica, in particolare da Cina, India e Pakistan (altri asiatici 16,8%) e dall'America Latina (12,2%). Nel corso del triennio 2000-2002 tre di queste quattro popolazioni hanno conosciuto un analogo trend di crescita: Est Europa (+3,2), altri Asia (+3,1%), America Latina (+3,1%), mentre i neonati figli di magrebini dopo un'iniziale crescita dell'1,1% nel biennio 2000-2001, hanno perso due punti percentuali nel corso del 2002 (Tab.5).

Tab. 5 - Neonati figli di stranieri in Lombardia. Anno 2002

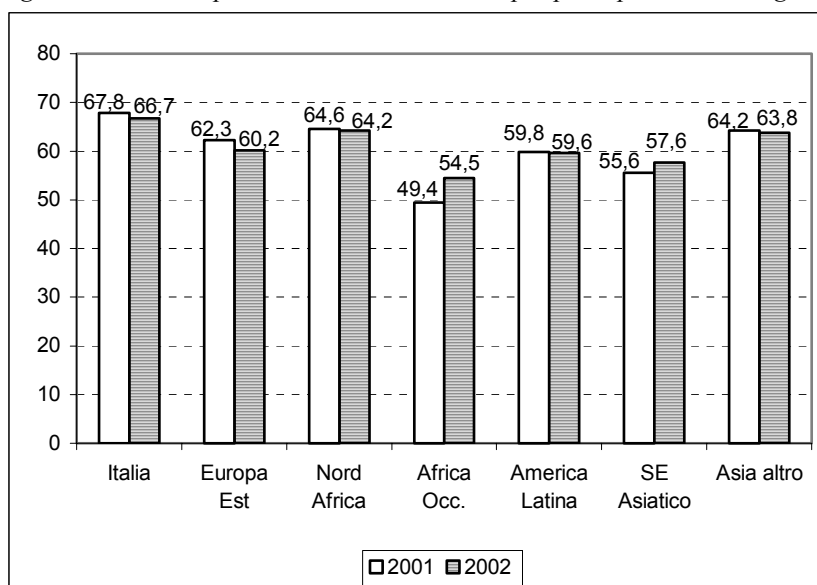
Area geografica di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa Est	748	759	1.507
Nord Africa	949	880	1.829
Africa Occidentale	266	281	547
Corno d'Africa	19	16	35
Africa altro	41	39	80
America Latina	396	469	865
Medio Oriente	64	64	128
Sud Est Asiatico	342	323	665
Estremo Oriente	11	8	19
Asia altro	636	552	1.188
Europa Ovest	69	48	117
America Nord	4	6	10

Oceania	1	1	2
Ex Urss	42	42	84
Apolidi	1	3	4
N. D. (non conteggiati tra gli stranieri)	26	25	51
Totale	3.615	3.516	7.131

Nel corso del 2002 la percentuale di **nati sani** tra i neonati figli di immigrati è pari al 60,5% (60,6% nel 2001) rispetto al 66,7% degli italiani (67,8% nel 2001).

La suddivisione dei valori secondo l'area di provenienza dei genitori, riportata nella figura 4, pone in evidenza come le quote di nati sani si collochino al di sopra della media (60,5%) nell'area del Nord Africa (64,6% rispetto al 64,2% del 2001) e altri Asia (63,8% rispetto al 64,2% del 2001). Progressivamente decrescenti sono i dati relativi ai neonati sani di origine est-europea (60,2% rispetto al 62,3% del 2001), sudamericana (59,6% rispetto al 59,8% del 2001), sudest-asiatica (57,6% rispetto al 55,6% del 2001), sino a quelli dell'Africa Occidentale (54,5% rispetto al 49,4% del 2001).

Fig. 4 - Anno 2002: percentuale di neonati sani per principali aree d'origine nel biennio 2001-2002



Gli esiti alla nascita di questi bambini risultano svantaggiati rispetto ai neonati italiani, seppur in misura ridotta. Maggiormente a carico degli stranieri si contano le immaturità gravi o sindrome da *distress* respiratorio: 1,5% dei neonati stranieri contro lo 0,8 degli italiani. Tra gli stranieri però si evidenzia un picco massimo per la popolazione dell'Africa Sub-Sahariana (3,8%) e uno minimo per il Nord Africa (0,8%).

Le prematurità (con affezioni maggiori e non) riguardano il 5,2% dei neonati stranieri contro il 4,3% degli italiani, ma anche in questo caso vi sono delle sostanziali differenze tra le popolazioni (Pullini, 2003).

Per capire le ragioni di tali differenze tra le popolazioni immigrate in Italia, avremmo bisogno di studi più approfonditi e di analisi qualitative. Sullo stato di benessere della donna e del neonato influiscono certamente le condizioni socio-economiche, le abitudini, le culture di riferimento, la precarietà e la stabilità nei paesi di arrivo.

I consultori familiari

Rispetto alla salute riproduttiva, non si può non tener conto dei servizi di attenzione primaria e territoriali come i consultori familiari, spazi di cui usufruiscono ampiamente le

donne straniere, soprattutto in seguito a programmi adeguati all'accoglienza, all'informazione e alla formazione⁵..

I motivi per cui gli stranieri (meglio dire le straniere) accedono ai consultori sono in grande prevalenza tre: gravidanza, IVG, contraccezione.

Pertanto anche nei consultori regionali e milanesi l'utenza straniera ha fatto il suo ingresso, rappresentando il 9,1% di tutta l'utenza (31.12.2001). Vi sono però alcune realtà dove questa percentuale è molto più elevata (Tab. 3).

Tab. 6 – utenza straniera in alcune ASL lombarde

ASL	Utenza Straniera su Utenza Totale	Utenza straniera su Utenza Straniera Regione
Varese	36,2%	23,6%
Cremona	22,2%	2,8%
Città di Milano	20,1%	26,2%
Pavia	14,1%	6,6%

Fonte: Regione Lombardia – Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale - 2002

L'utenza straniera dei consultori lombardi è maggiormente rappresentata dalle provenienze dal Centro e Sud America (27,4%), dall'Africa (25,7%), dall'Europa dell'Est (20,4%), da altri paesi europei (13,0%), dall'Asia Oceanica (10,9%).

Nei consultori della Città di Milano la presenza di utenti stranieri ha riguardato il 25% del totale nell'anno 2002, rilevando un costante aumento negli anni. L'utenza centro-sudamericana è nettamente prevalente (48,7%), seguita a buona distanza, e quasi a pari merito, dagli asiatici (17,9%), dagli africani (15,8%) e dagli europei dell'Est (14,2%) (Venturelli, Martino, Di Blasio, 2003).

Il consultorio familiare è un servizio versatile, territoriale e di base dove si riscontra un'utenza straniera con richiesta di contraccezione nel 34% dei casi, nel 27% di IVG, nel 19% per controlli in gravidanza, nel 20% per altre ragioni. Per tutte le etnie la richiesta di contraccezione prevale sulle altre, tranne per le europee dell'est che si distinguono per l'IVG e difficilmente tornano per un consulto sulla contraccezione. La popolazione asiatica, comprese le cinesi, si rivolgono al consultorio prevalentemente per contraccezione e gravidanza (Lombardi, 2004).

Va poi sottolineato che in 15 dei 19 consultori milanesi sono presenti le figure dei mediatori linguistici e culturali e questo è un potente mezzo per avvicinare l'utenza straniera ai servizi, anche se i mediatori non appartengono alla propria origine linguistica e culturale.

La Clinica Mangiagalli

La Clinica Ostetrica e Ginecologica "Mangiagalli" dell'Università degli Studi di Milano, è l'ospedale di maternità con il numero maggiore di parti della città di Milano e della Lombardia. Pertanto essa è un osservatorio significativo sia per l'andamento ostetrico-ginecologico in generale che per quello relativo alle donne straniere e ai loro figli.

Nel 2003 i ricoveri ostetrici e ginecologici in clinica Mangiagalli sono stati 15.016 di cui 3.110 di donne straniere (20,71%). Rispetto al 2002 (14.880 di cui 2.956 di donne straniere equivalente al 19,9%), si registra un lieve aumento percentuale di donne straniere, pari allo 0,81%, su un incremento numerico totale di 154 ricoveri. Essendo diminuiti di 18 unità i ricoveri delle donne italiane, nello stesso periodo, (da 11.924 a 11.906) possiamo affermare

⁵ Ne è un esempio il progetto "Spazi di integrazione" iniziato nel 1998 e promosso dal Dipartimento ASSI, ASL Città di Milano (A.Sacchetti, 2001, 2003)

che l'aumento dei ricoveri ostetrico-ginecologici tra il 2002 ed il 2003 è da attribuirsi interamente alle donne straniere (Costantini, Bulfoni, Lombardi, 2003)⁶.

Maggiormente rappresentati in questo ospedale sono i ricoveri di donne ecuadoriane (17,2% dei ricoveri ostetrici e ginecologici delle straniere), peruviane (13,3%), filippine (11,2%), nord-africane (8,9%). Il dettaglio per grandi aree ci dà una presenza centro-sud americana pari al 39% circa, seguita da quella asiatica pari al 23%, africana pari al 16% e dall'Est Europeo che rappresenta il 15%.

La suddivisione poi di questi ricoveri rispetto ai parti e alle IVG, ci mostra che alcune popolazioni sono più rappresentative per il parto e altre per l'IVG. Così abbiamo che il 15,1% dei ricoveri di donne filippine è dovuto al parto e il 8,2% all'IVG, il 10,5% dei parti riguarda le nord-africane che sono invece interessate all'IVG solo nel 3,6% dei casi; mentre le ecuadoriane sono presenti per il 16,7% per il parto e per il 22,7% per l'IVG.

In definitiva, l'osservazione per grandi aree mostra ancora una volta una prevalenza di ricoveri per ragioni di parto attribuibili a popolazioni (filippine e nord-africane) stabili e tendenti alla stabilità, presenti in nuclei familiari costituiti, mentre si evidenziano percentuali alte di ricoveri per IVG tra le donne di recente immigrazione, prevalentemente sole o con famiglie disgregate, con progetto migratorio ancora incerto e condizioni sociali instabili, come le latino-americane e parte delle europee.

Tab. 7 – ricoveri ostetrico ginecologici di donne straniere

Area geografica di provenienza	% ricoveri ostetrico-ginecol.	% ricoveri per parto.	% ricoveri per IVG.
Est Europa	15,1	11,2	19,5
Asia	22,8	29,1	15,6
Nord Africa	8,9	10,5	3,6
Centro-sud America	38,5	35,1	53,6
n. ricoveri straniere	3110	1341	759

Fonte: Clinica Mangiagalli, 2003

Per quanto riguarda i parti, i ricoveri in Mangiagalli sono stati 6.462 per l'anno 2003 di cui 1.341 hanno riguardato le donne straniere cioè il 20,7%, dato significativo e in costante aumento, anche rispetto all'anno precedente in cui si contavano 1.119 parti di straniere su 5.755, pari al 19,4%.

Osservando il tipo di parto, vaginale e cesareo, le percentuali sono molto simili a quelle delle italiane: nel 2001 i cesarei delle straniere erano stati del 32% e quelli delle italiane del 34,3%; nel 2002 si riscontra un aumento su tutte e due le popolazioni e maggiormente per le straniere, rispettivamente 34,9 e 36,2%.

L'aumento dei tagli cesarei non dovrebbe far pensare ad un rialzo delle patologia, quanto piuttosto ad un incremento di questa propensione da parte degli operatori e delle strutture in generale, che riguarda peraltro tutto il territorio nazionale (35,9% nel 2001 contro il 26,1% del 1995). Un altro motivo di una percentuale di cesarei così alta, anche tra le straniere, è legato al fatto che la Mangiagalli è per Milano, e per la Lombardia, la clinica universitaria maggiormente attrezzata per la patologia, quindi è pur vero che vi è una maggior concentrazione di casi problematici o ritenuti tali.

I neonati stranieri nella clinica Mangiagalli sono stati 1230 nel 2002 (+ 111 rispetto al 2001), questi hanno avuto un decorso neonatale normale nel 94,8% dei casi, il 5,2% ha avuto bisogno di ricovero in Unità Operativa Intensiva Neonatale e in Patologia Neonatale, il 3% è nato prematuro e l'1,6% ha rivelato immaturità grave.

⁶ Non è da sottovalutare anche il dato relativo alla riproduzione assistita, 160 ricoveri su 1314 pari al 12,2% del totale, percentuale relativa 5,4 vs 9,7 delle coppie italiane).ciò può significare che l'assenza di prole è un problema primario trasversale a diverse culture e società: le strategie che le coppie utilizzano per affrontare il problema sono dettate dalle risorse a disposizione.

Per le nascite sotto-peso (1500-2500 gr.) risulta significativa la prevalenza dei sud-americani (47%), asiatici (14%), indiani (11%), ma se per questi ultimi ed i primi può valere l'influenza di una condizione sociale e migratoria instabile e disagiata, per i filippini si tratterebbe più di fattori costituzionali di struttura ossea e corporea esile (Ferraris in Rapporto Ismu, 2004).

Nel tentativo di approfondire alcune situazioni socio-culturali legate ai disagi delle gravide e delle partorienti, si sottolinea che oltre al problema della solitudine con cui le donne migranti si trovano ad affrontare la maternità, vi sono modelli culturali e abitudini che esse portano con sé e che non trovano alcun riscontro nella nostra società.

Per molte di loro la maternità è un momento decisivo e determinante della costruzione dell'identità femminile, del riconoscimento sociale dell'essere donna e dell'essere madre. Nei paesi di origine la gravidanza e il parto sono spesso accompagnati da una serie di ritualità e atteggiamenti protettivi, da parte della rete familiare e amicale che conferisce alla donna partoriente un forte riconoscimento sociale (Dal Verme, Parolari, Sacchetti, 2001).

Il momento più difficile per le immigrate è proprio quello del parto e il ritorno a casa: il nostro sistema di assistenza alla nascita, medicalizzato e ospedalizzato, non prevede aiuto, accoglienza, assistenza dopo l'ospedale, e questo vale anche per le italiane. Ma se per queste ultime esiste una rete relazionale di supporto, che si attiva nelle cure alla puerpera e al nuovo nato, per ovvie ragioni viene a mancare per le donne immigrate.

Il supporto alla puerpera è un dato fondamentale riconosciuto da tutte le società, seppur agito in maniera diversa, infatti in molti paesi di provenienza delle donne immigrate vige l'abitudine dei "giorni di quarantena" in cui la puerpera è accudita e curata e il suo unico compito è quello di riposare, per poter allattare e recuperare le forze⁷.

Interruzione di Gravidanza e contraccezione

Nell'ambito della salute riproduttiva non si può non considerare l'andamento dell'abortività e le politiche ad essa connesse. L'Italia ha registrato un calo dell'abortività di oltre il 40% a partire dal 1983, anno in cui si è raggiunto il picco massimo e il tasso di abortività attuale è pari a 9,3 aborti ogni 1000 donne in età feconda (15-49 anni) e si colloca tra i più bassi d'Europa, mentre il rapporto di abortività si attesta su 244.0 ogni 1000 nati (Relazione attuazione Legge 194/78, Ministero della salute, 2003).

Negli ultimi decenni però è emerso un ricorso all'IVG, piuttosto consistente, da parte delle donne straniere, che va osservato con una certa attenzione e il suo andamento sembra influenzare il tasso di abortività nazionale nel suo complesso.

Le cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia sono aumentate costantemente fino a giungere a 25.094 interventi nel corso del 2001, cifra che rappresenta il 19,1% del totale delle IVG (Tab. 6). Le aree geografiche di provenienza sono prevalentemente l'Europa dell'est, l'Africa e il Centro-Sud America (Relazione Ministro Salute, 2003 – Tab. 7).

⁷ Questa "cura della puerpera" vige in Italia fino a non molti decenni fa, quando i parti non erano ancora completamente medicalizzati e ospedalizzati e l'ostetrica condotta visitava e accudiva la puerpera tutti i giorni per almeno 8 dopo la nascita.

Tab. 6 – Interruzioni volontarie della gravidanza per cittadinanza in Italia, 1995-01

Anno	Cittadinanza	
	Italiana	Straniera
1995	130.747	8.802
1996	130.546	9.852
1997	128.739	11.786
1998	123.728	13.832
1999	120.407	18.806
2000	113.932	21.201
2001	107.140	25.094

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Tab. 7 – n. IVG italiane e straniere – 2001. Distribuzione per aree regionali

Cittadinanza italiana	Cittadinanza straniera										
	Italiane	Europa dell'Est	Altri paesi Europa	Africa	America del nord	America centro-sud	Asia	Oceania	Totale straniere N.	Totale straniere %	Totale
Italia settentrionale	42246	6038	375	3944	42	3621	1822	33	15875	27.3	58311
Italia centrale	20928	3666	263	949	34	1175	786	8	6881	24.7	28370
Italia meridionale	32078	1319	48	211	29	89	114	2	1812	5.3	34056
Italia insulare	10914	168	35	168	15	34	105	1	526	4.6	11497
Italia	106166	11191	721	5272	120	4919	2827	44	25094	19.1	132234
Regione Lombardia	15145	1917	153	1426	8	2158	945	1	6608	30,4	21889

Fonte: Ministero della salute, 2003

E' interessante osservare anche i tassi di abortività delle cittadine straniere rispetto alle italiane: per le prime rileviamo un dato pari a 53,7 IVG su 1000 donne in età feconda (15-49 anni), mentre per le seconde il tasso è del 7,3 per mille, una situazione analoga si riscontra in regione Lombardia ma con un tasso di abortività delle donne straniere ancora più elevato. Va comunque rimarcato che le cittadine straniere in età feconda rappresentano il 69,3% dell'intera popolazione femminile, residente in Italia, mentre le cittadine italiane della stessa fascia di età, rappresentano il 46,7% della popolazione femminile relativa (Tab.8).

Tab. 8 – popolazione femminile residente italiana e straniera in età feconda (15-49 anni) e tassi di abortività - 2001

ITALIA			
	Cittadinanza italiana	Cittadinanza straniera	totale
Popolazione femminile 15-49 anni	13.278.169	466.892	13.745.061
n. Ivg	106.166	25.094	132.234
Tasso di abortività n.Ivg/1000 donne 15-49 anni	7,9	53,7	9,6
LOMBARDIA			
Popolazione femminile 15-49 anni	2.059.197	107.165	2.166.362
n. Ivg	15.146	6.608	21.889
Tasso di abortività n.Ivg/1000 donne 15-49 anni	7,3	61,6	10,1

Fonte: Istat, Relazione Ministero Salute attuazione 194/78, 2003

E' evidente che questi dati sono connessi alla maggiore presenza di una popolazione rispetto ad un'altra (abbiamo già visto in precedenza che gli immigrati dai paesi dell'Est Europeo hanno il primato di presenze sul territorio nazionale), così come sono connessi alle

popolazioni a prevalenza femminile⁸ e tutta in età feconda, ma è anche vero che le ragioni di una maggiore abortività risiedono sia negli atteggiamenti culturali che nelle condizioni sociali specifiche vissute dalle donne immigrate. Così come sono correlati ad una variabilità regionale, poiché la maggiore frequenza del ricorso all'IVG è riscontrabile nelle province del Nord e del Centro Italia, laddove cioè è più numerosa la presenza straniera e i servizi sono più efficienti e meglio distribuiti sul territorio.

Milano e Lombardia

In Regione Lombardia, nel 2001, le IVG di donne straniere sono state 6608 su un totale di 15145, rappresentando il 30,4% del totale e superando la media nazionale di 3,1 punto percentuale.

Per la città di Milano, i dati relativi al 2001 danno un tasso di abortività delle straniere che oscilla tra il 55 e il 60 per mille mentre quello delle italiane si attesta sul 12,3 per mille (Santini, 2003).

Una ricerca condotta dall'Università degli Studi di Milano-Bicocca, curata da Patrizia Farina e Laura Terzera (2000), rileva che per l'anno 2000 i ricoveri in Lombardia, nei reparti di ostetricia e ginecologia che hanno riguardato le donne extracomunitarie, sono attribuibili per il 29.1% a ragioni di parto, per il 29.2% a IVG e per il 32% a complicanze dirette e indirette.

L'analisi più attenta di questi dati mostra che il 51,1% dei ricoveri delle donne latino-americane e il 40.1% di quelli delle africane sub-sahariane sono da riferirsi alle interruzioni volontarie di gravidanza. Nei due casi vi è una netta prevalenza di donne nubili che si dichiarano disoccupate o con mansioni di basso livello e tra le latino-americane vi è anche una quota rilevante di donne di età inferiore ai 21 anni (28.3%) (Farina, Terzera, 2000) (Tab. 9). Inoltre non è da trascurare la quota di aborti spontanei o "per altre ragioni", sempre riferibili in maggior misura a sud-americane e sub-sahariane⁹, dentro cui si celano aborti illegali e clandestini (Farina, Terzera, 1999).

Tab. 9 – Distribuzione percentuale motivi di ricovero rispetto all'area di provenienza – Regione Lombardia, 2000

	Est Europa	Nord Africa	Altre aree Africa	America Latina	Asia	Totale
Aborto legale	32,0	10,1	40,1	51,1	19,6	29,2
Complicazioni ostetriche	29,4	42,7	32,2	20,7	35,5	32,0
Parto	30,3	35,7	13,2	19,0	37,1	29,1
Aborto spontaneo	3,3	3,9	4,8	4,4	3,7	3,8
Infezioni	0,5	3,0	4,1	1,4	-	1,5
Controlli gravidanza	0,8	1,0	-	0,2	0,7	0,7
Misure procreative + ricerche prenatali	0,2	0,3	-	0,4	0,7	0,3
Totale	100	100	100	100	100	100
Numerosità	1827	1242	484	982	760	5295

I ricoveri per il parto presentano invece caratteristiche diverse: sono maggiormente riferibili a donne provenienti dal Nordafrica (Maghreb), dall'Asia (Filippine e Cina) e dalla ex Jugoslavia. Si tratta quindi di un'immigrazione più strutturata, di più vecchia data e

⁸ Nel 2000 le percentuali di donne immigrate rispetto ai maschi risultava così ripartita tra le comunità maggiormente rappresentate: Filippine 66.2%, Perù 68%, Polonia 70.5%, Cina, Romania, ex Jugoslavia circa 50% (Fonte ISTAT e Ministero dell'Interno).

⁹ Si tratta sempre di donne nubili, al di sotto dei 21 anni (38% tra le africane e 35.7% tra le sud-americane) che si dichiarano casalinghe.

quindi stabile o in via di stabilizzazione. Infatti la maggior parte di queste donne sono coniugate e di età compresa tra i 23 e i 30 anni.

Pertanto è possibile affermare che tra le caratteristiche delle donne immigrate che ricorrono all'IVG vi è la giovane età, l'essere nubili o senza la famiglia, cioè con figli e marito rimasti nel paese di origine, la cui area di provenienza riguarda prevalentemente l'America Latina e l'Est Europeo.

La Clinica Mangiagalli

Per quanto concerne i ricoveri per Interruzione volontaria di gravidanza, la Mangiagalli rispecchia la realtà milanese e regionale, sia per le straniere che per le italiane, evidenziando alcune caratteristiche riguardanti la distribuzione per luoghi di provenienze e le fasce di età.

Come già enunciato prima, ciò che caratterizza l'IVG delle donne straniere è il rapporto con in parti (rapporto di abortività – IVG/100 parti), che si attesta intorno al 59,0% (-0,5% rispetto al 2002) per le straniere e al 18,6% (-4,7% rispetto al 2002) per le italiane. (Tab.10).

Tab. 10 - Rapporto di abortività – IVG/100 parti – Clinica Mangiagalli, 2003

Nazionalità significative e area geografica	Numero IVG/parti	Rapporto di abortività n. IVG/100 parti
Romania	68/51	133,3
Europa Est	155/151	102,6
Filippine	65/203	32,0
Asia	124/391	31,7
Nord Africa	29/141	20,5
Africa Altro	59/50	118
Ecuador	178/225	79,1
Perù	171/144	118,7
Centro e Sud America	407/473	86,0
<i>Tot. Straniere Mangiagalli</i>	<i>792/1341</i>	<i>59,0</i>
<i>Tot. Italiane Mangiagalli</i>	<i>953/5121</i>	<i>18,6</i>

L'osservazione della provenienza delle donne che accedono all'IVG, ci indica una forte prevalenza di popolazioni sud-americane (Ecuador e Perù), europee orientali e dell'Africa sub-sahariana, che peraltro non sono le più numerose sul territorio milanese e lombardo (tab 11).

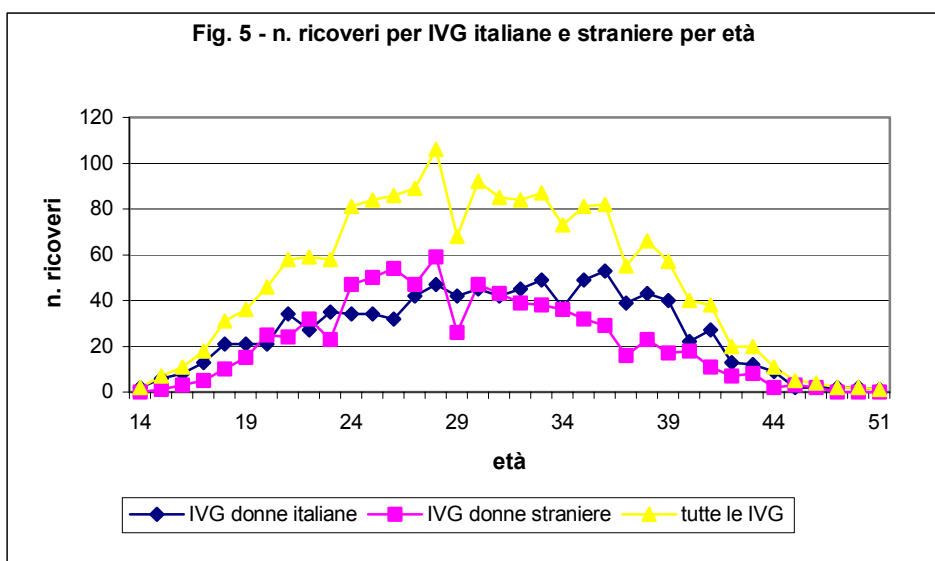
Tab. 11 - Ricoveri per IVG distribuiti per provenienza

Area geografica	Paese	n. ricoveri	% IVG sul totale
AFRICA	Egitto	4	0,23%
	Marocco	21	1,20%
	Tunisia	4	0,23%
Nord Africa		29	1,66%
Resto dell'Africa		59	3,38%
Totale Africa		88	5,04%
AMERICA	Ecuador	178	10,20%
	Peru'	171	9,80%
Centro Sud America		349	20,00%
Altri Paesi Centro Sud America		58	3,32%
Nord America		1	0,06%
Totale Americhe		408	23,38%
ASIA	Cina popolare	18	1,03%
	Filippine	65	3,72%
	Sri Lanka (Ceylon)	29	1,66%
Estremo Oriente		112	6,42%
Altri Paesi dell'Asia		12	0,69%
Totale Asia		124	7,11%
EUROPA	Albania	17	0,97%
	Bulgaria	15	0,86%
	Romania	68	3,90%
	Ucraina	27	1,55%
Europa Orientale		127	7,28%
Altri Paesi Europa Orientale		28	1,60%
Totale Europa Orientale		155	8,88%
Europa Occidentale		16	0,92%
Totale Europa		171	9,80%
OCEANIA	Figi	1	0,06%
ITALIANE		953	54,61%
STRANIERE		792	45,39%
Totale ricoveri per IVG		1745	100,00%

La distribuzione delle IVG per fasce di età mostra, al contrario di quanto normalmente si possa pensare, un comportamento molto simile tra italiane e straniere. I ricoveri si distribuiscono abbastanza uniformemente in tutte le fasce di età. L'analisi delle percentuali mostra tassi più alti tra le italiane più giovani e più adulte (13-17 anni e 41-43 anni), per le straniere è ovviamente l'inverso.

Diversamente quindi da quanto accade per i parti, in cui è evidente una più giovane età tra le donne straniere rispetto alle italiane, per le IVG questo dato non è particolarmente significativo.

Una spiegazione del fenomeno potrebbe risiedere nei diversi comportamenti riproduttivi: le straniere tendono ad avere figli in giovane età mentre le italiane tendono a controllare e rimandare questo evento mediamente verso i 30 anni. L'IVG, invece, essendo connessa all'attività sessuale, che potrebbe non mostrare differenze in rapporto all'età delle due popolazioni, e agli "errori" contraccettivi, esperienziali e comportamentali, evidenzia una uniformità di comportamenti.



L'osservazione dei dati (nazionali, regionali e locali) ci induce ad interrogarci su quali siano le ragioni di un così frequente ricorso alla pratica abortiva da parte delle donne straniere, soprattutto extracomunitarie e provenienti dai paesi poveri¹⁰.

La letteratura esistente non ci permette di esprimere certezze sull'argomento, ma è possibile tentare alcune analisi e riflessioni.

1. Innanzitutto va rilevato che l'abortività è alta già nei paesi di origine delle nostre immigrate (spesso effettuata clandestinamente e in modo insicuro), e questa è strettamente correlata alle condizioni socio-economiche: cioè alla povertà, alla bassa istruzione, alle gravidanze precoci, alle disuguaglianze di genere, all'incapacità e/o impossibilità di gestire la capacità riproduttiva da parte delle donne (Lombardi, 2001).

A queste stesse condizioni sono connessi anche l'alto tasso di natalità, di mortalità materna, neonatale e infantile (come si può desumere dalla Tab. 12) (Lombardi, Pizzini, 2001).

¹⁰ Per non fare confusione, è bene ricordare che in Italia vi sono molte cittadine straniere di paesi comunitari ed extracomunitari come gli USA, i cui comportamenti e condizioni sociali però sono più assimilabili ai nostri.

Tab. 12 – Indicatori di salute riproduttiva nei paesi di provenienza

Paesi di provenienza	Mortalità infantile (su 1000 nati vivi entro il I anno di vita)	Mortalità materna (decessi materni su 100.000 nati vivi)	Nascite per 1000 donne di età 15-19 anni	Diffusione contraccettivi (qualsiasi metodo)	Diffusione contraccettivi (metodi moderni)	Numero medio di figli per donna (2000-2005)
Albania	25	31	16	58	15	2,27
Yugoslavia	13	15	25	58	33	1,55
Romania	22	60	37	64	30	1,32
Cina	37	60	5	84	83	1,80
Filippine	29	240	33	47	28	3,24
India	65	440	44	48	43	2,97
Egitto	40	170	34	56	54	2,88
Marocco	42	390	28	50	42	3,03
Nigeria	79	1.100	104	15	9	5,42
Senegal	57	1.200	100	13	8	5,11
Tunisia	26	70	17	60	51	2,10
Ecuador	41	210	66	66	50	2,76
Perù	37	240	53	69	50	2,64
<i>Italia</i>	<i>5</i>	<i>11</i>	<i>6</i>	<i>60</i>	<i>39</i>	<i>1,20</i>
Totale mondiale	55	400	50	61	54	2,68
Regioni sviluppate	8	21	27	69	56	1,50
Regioni in via di sviluppo	59	440	54	59	4	2,92
Paesi meno avanzati	92	1.000	127	-	-	5,24

Fonte: UNFPA – Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2002

Bisogna comunque tener conto che le ragioni che risiedono in una scelta abortiva sono molto variabili tra i vari paesi, tra le condizioni sociali e culturali e tra gli stessi individui¹¹. L'induzione dell'aborto non sicuro, soprattutto in quei paesi dove la pratica è illegale, contribuisce in maniera considerevole alla morbilità e mortalità materna.

A causa dell'illegalità dell'aborto, ancora vigente in molti paesi del mondo, non è possibile quantificare gli interventi, si possono solo avanzare delle stime che dimostrano una netta prevalenza dell'abortività nei paesi meno sviluppati: si calcolano circa 30 milioni di aborti non sicuri all'anno di cui 3.4 milioni in Africa, 11.9 milioni nell'Est Asiatico; tra i 5.2 e 12.5 milioni in Sud e Sud-Est asiatico; tra i 4.4 e i 6.2 milioni in America Latina. Almeno 100.000 di queste interruzioni di gravidanza terminano in un decesso materno. (Lombardi, 2001)

2. In secondo luogo, il processo migratorio, la fase di adattamento, le difficoltà sociali (occupazione, abitazione, ecc.), civili (regolarizzazione, permessi di soggiorno) e relazionali (lingua, amicizie, affetti) spesso accentuano il problema delle gravidanze indesiderate e il successivo ricorso all'aborto.

Per esempio, alcune ricerche dimostrano che il ricorso all'aborto (per molte donne la ripetitività è piuttosto elevata e riguarda il 29% di tutte le IVG) è molto frequente nei primi mesi di trasferimento in Italia, quando le donne sono più frastornate, più fragili e con maggiori incertezze. Di solito il ricorso all'IVG diminuisce con il tempo di permanenza e con l'avvio di una stabilizzazione.

3. Una terza questione è quella della contraccezione e del controllo della fecondità. Le donne immigrate non sono disinformate in materia di contraccezione e di metodi

¹¹ E' stato stimato che il 25% di tutti gli aborti illegali e non sicuri si effettuano in America Latina, il 25% nella ex URSS, il 13% in India e il 10% nell'Africa Sub-Sahariana.

contraccettivi, spesso hanno già partecipato a programmi di pianificazione familiare nei paesi di origine: ma la conoscenza e l'uso della contraccezione non sempre vanno di pari passo (Lombardi, Pizzini, 2001).

La condizione di migrante complica certi processi di acquisizione dei modelli contraccettivi, perché le donne si scontrano con comportamenti riproduttivi differenti, con l'eccesso di medicalizzazione (prescrizione della pillola o inserimento dispositivo intrauterino), con l'occasionalità e la precarietà dei rapporti affettivi.

Ma, come già in altri studi è stato evidenziato (Lombardi, 2001, 2002; Lombardi, Pizzini, 2001) la conoscenza e l'accesso alla contraccezione non sono sufficienti ad evitare gravidanze non desiderate e aborti. La gestione della propria sessualità e il controllo della capacità riproduttiva sono strettamente connessi alle problematiche di genere, ad uno stato sociale di sottomissione e debolezza, alla possibilità e capacità, da parte delle donne, di negoziare col partner l'utilizzo di un metodo contraccettivo, nonché sono dipendenti da fattori demografici e sociali come l'età, il livello di istruzione, la condizione lavorativa e professionale, le aspettative e i progetti per il futuro, i modelli culturali di riferimento rispetto alla maternità, al ruolo femminile nella famiglia e nella società (ibidem).

Il controllo della capacità riproduttiva fa parte, almeno per le donne, di un lungo percorso, di una conquista che passa attraverso un serie di mutamenti sociali e di cambiamenti culturali. E, comunque, questo processo non giunge mai al suo pieno completamento poiché, come la realtà troppo spesso ci mostra, anche nei paesi ad alta "emancipazione" femminile, ad alto grado di "civilizzazione" e a forte parità tra uomo e donna, le gravidanze indesiderate e le interruzioni di gravidanza persistono.

Il margine di errore è sicuramente un dato umano e a maggior ragione quando trattiamo di argomenti legati alla sessualità, alle relazioni, al desiderio di genitorialità, gli spazi della razionalità non sono sempre così ampi, ma molto giocano le circostanze, i momenti, i bisogni e le emozioni.

Conclusioni e prospettive

In conclusione, vale la pena dare uno sguardo su ciò che concerne l'accesso ai servizi per l'IVG e della salute riproduttiva più in generale. Già il decreto Dini del 18.11.1995 "per la tutela sociale della maternità responsabile come prevista dalle norme applicabili alle cittadine italiane", garantisce la gratuità delle prestazioni a tutte le cittadine straniere, comprese le 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", ribadisce la gratuità delle prestazioni in tema di tutela della maternità, compresa l'interruzione di gravidanza, e in più concede alle cittadine straniere non regolari un permesso di soggiorno se sono gravide, che durerà fino a sei mesi dopo la nascita del bambino.

A leggerle in questi termini le norme appaiono tutelatici e garantiste ma, come spesso accade, si scontrano con la realtà dei fatti. Per esempio, per dimostrare di essere in gravidanza e avere il permesso di soggiorno, bisogna essere muniti di certificato medico e per averlo bisogna avere un domicilio dichiarato. Spesso però le cittadine straniere irregolari non hanno un domicilio proprio, vivono presso parenti o altri connazionali che non possono dichiarare di aver "dato rifugio ad un clandestino". Uscire da questi circoli viziosi è "terribilmente complicato" e non sempre si trova la soluzione.

Alle straniere è garantito l'accesso al Consultorio e infatti l'utenza di riferimento di questi è molto ampia, essendo servizi a bassa soglia di accesso. Ma anche qui non fila tutto liscio. I consultori non sono ben distribuiti su tutto il territorio nazionale (Lombardi, 2001 e 2002),

quindi molte zone ne sono sprovviste; inoltre la presenza qualitativa e promozionale dei consultori sul territorio è disomogenea, cioè non sempre focalizzano la loro attività sulla salute riproduttiva e sessuale e non sempre sono radicati e ben conosciuti. Ecco che per un'utenza straniera, già svantaggiata in partenza rispetto alle conoscenze e all'accessibilità, questa disomogeneità e diversità quantitativa e qualitativa dell'offerta consultoriale è sicuramente un ulteriore ostacolo.

Per quanto riguarda poi l'IVG, rimane il problema che molte di queste donne, soprattutto le irregolari, non sono a conoscenza sia della presenza che della possibilità di accedere ai servizi, o per ragioni personali e culturali non ne fanno uso: ne deriva un frequente ricorso ad operatori non qualificati, oppure la nascita di bambini non desiderati e non accettati, con una serie di ricadute su sé stesse e sui loro figli.

La strada da percorrere per il miglioramento della salute riproduttiva delle donne immigrate è ancora lunga, sebbene vi siano già esempi efficaci di intervento come la presenza sempre maggiore di mediatrici e mediatori culturali in vari ambiti della vita sociale e nei servizi¹². Tra gli interventi futuri se ne possono individuare alcuni di una certa importanza:

- Innanzitutto andrebbe introdotta all'interno del Servizio Sanitario Nazionale una maggiore attenzione alle problematiche di genere (Ruspini, 2001), sia legate alla malattia in senso più lato che nello specifico della salute riproduttiva, in quell'ambito in cui, come abbiamo rilevato, molto si gioca in termini di salute, di rapporti, di benessere delle persone immigrate presenti e delle generazioni future che a pieno titolo entreranno a far parte della nostra società.
- In secondo luogo bisognerebbe istituire degli osservatori, a livello regionale e locale, in grado di monitorare costantemente l'andamento della salute riproduttiva e la dimensione di genere a questa connessa, per individuare tempestivamente le aree di intervento. Già in studi precedenti abbiamo rilevato e dimostrato la correlazione tra modelli culturali, condizioni sociali e disuguaglianze di genere e come queste si ripercuotono sulla salute (Lombardi, Pizzini, 2001).
- Andrebbe riproposta la questione dell'accessibilità dei servizi come nodo centrale delle strategie di prevenzione e di promozione della salute pubblica, nonché come spazio per l'esercizio dei diritti di cittadinanza. In quest'ottica occorrerà ripensare i servizi sanitari e sociali di base in funzione di un'utenza etnicamente eterogenea e prevedendo sempre di più la presenza di mediatori culturali.
- Andrebbero promosse strategie e programmi di ricerca in tema di salute e malattia delle popolazioni immigrate con un particolare rilievo alla salute riproduttiva e alla dimensione di genere, a partire dagli stessi modelli interpretativi della ricerca sociale "fin dalla fase di progettazione delle rilevazioni e, in particolare, della produzione quantitativa e qualitativa di statistiche e indicatori" (Bimbi, 2003).

¹² Centri di salute e ascolto presso Ospedale S. Carlo e S. Paolo di Milano.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baglio S., Spinelli A. e Al., *La gravidanza in Italia tra le donne immigrate*, in Atti del convegno “Nascere stranieri a Milano”, 1998
- Balsamo F., (a cura di), *da una sponda all'altra del mediterraneo. Donne immigrate e maternità*, L'Harmattan Italia, Torino, 1997
- Basso P. e perocco F., (a cura di), *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2000
- Bimbi F. (a cura di), *Differenze e disuguaglianze. Prospettive per gli studi di genere in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2003
- Bocuzzo G., *l'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Evoluzione e tendenze recenti*, Statistiche in breve del 6 marzo, sito internet www.istat.it, 2000
- CARITAS Ambrosiana, *Dossier Statistico immigrazione – scheda su Lombardia e area milanese, 2002*, Milano, 2003, 2004
- CARITAS, Dossier di ricerca 2000, *Migrazioni e salute in Italia*, Vol. II, Caritas, Roma, 2001
- CARITAS, *Dossier Statistico immigrazione*, XI Rapporto Caritas sull'immigrazione, 2001, Roma, 2002
- CARITAS, *Dossier Statistico immigrazione*, 2002, Roma, 2003, 2004
- Castiglioni M. (a cura di), *Percorsi di cura delle donne immigrate*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Colombo G., Pizzini F., Regalia A., *Mettere al mondo*, F. Angeli, Milano, 1987
- CRINALI – Associazione di ricerca, cooperazione e formazione interculturale tra donne, *Professione mediatrice culturale. Un'esperienza di formazione nel settore materno infantile*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Dal Verme S., Parolari L., Sacchetti G., *La biologia non è esterna alla cultura: la formazione nell'area sanitaria*, in CRINALI, *Professione mediatrice culturale. Un'esperienza di formazione nel settore materno infantile*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Dall'Ara P., *L'assistenza ostetrica alla luce delle modificazioni etniche e sociali della fine del secondo millennio*, in Atti del convegno U.I.C.E.M.P., *Immigrati e salute sessuale e riproduttiva: le risposte dei servizi*, 1998
- Donati S., Grandolfo M. E Al., *Analisi epidemiologica dell'evento nascita e valutazione dell'assistenza a gravidanza, parto e puerperio*, in todros T. e Vanara F. (a cura di), *Nascere nel 2000*, Il Mulino, Bologna, 2001
- Farina P., Terzera L., *Maternità e abortività nell'esperienza delle donne immigrate a Milano*, in “Studi Emigrazione”, n. 135, 1999
- Farina P., Terzera L., *Comportamenti sessuali e riproduttivi dei giovani cittadini stranieri in Italia. L'inizio di una riflessione*, Università degli studi di Milano – Bicocca, 2000
- Favaro G., Giacomini M., Tognetti M., (a cura di), *Identità cangianti, nascite, luoghi femminili e legami familiari nella migrazione*, in “Marginalità e società”, n. 28, 1994
- Favaro G., Tognetti M., *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*, Guerrini, Milano, 1991.
- Kouider S., *Donne immigrate musulmane: realtà e stereotipi*, in *Donne, migrazioni, diversità*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra Uomo e Donna, Istituto poligrafico e zecca dello stato, Roma, 2002
- Lazzarato M., Paganelli A., Borsari S. et Al. (a cura di), *I consultori familiari nell'attuale organizzazione distrettuale*, Regione Emilia Romagna, Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, 2002
- Lombardi L., *Aborto, l'Italia e gli altri: un primo bilancio della legge*, in “Qualità/Equità. Scienza, Etica e informazione”, n. 23/24, 2001

Lombardi L., *Una valutazione sociologica dell'IVG*, in "Prospettive sociali e sanitarie", anno XXXII, n. 5, 15 marzo, 2002

Lombardi L., Pizzini F., *Condizioni sociali, modelli culturali, e salute delle donne. Una lettura di genere su alcuni paesi del mondo*, in Facchini C., Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze di genere. Una nuova dimensione della cittadinanza della donna*, Franco Angeli, Milano, 2001

Lombardi L., *Servizi per la salute delle donne straniere: il caso di un Consultorio Familiare a Milano*, in M. Tognetti Bordogna (a cura di), *I colori del welfare*, Angeli, Milano, 2004

Melchiori P., *Alcuni dati di contesto: dell'invisibilità delle donne migranti*, in Melchiori P. (a cura di), *Donne del Mediterraneo: identità, convivenze, mediazioni*, "Mediterraneo convivenza e mediazioni", AICOS, 2000

Mozzana C., Pennati C., *Indagine sul rapporto tra donne immigrate senza permesso di soggiorno e sanità a Milano*, Tesina di Sociologia delle comunità locali, Prof. Zajczyk F., Università degli studi di Milano-Bicocca, 2000

Pasini N., *I neonati figli di immigrati in Regione Lombardia per area geografica e cittadinanza*, in Pasini N., Pullini A., *Nascere da stranieri. I punti nascita in Lombardia*, Rapporto 2001, Regione Lombardia e ISMU, 2002

Perocco F., *Patologie sociali, immigrazione, lavoro sociale*, in Basso P. E Perocco F., (a cura di), *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2000

Pizzini F., *Corpi differenti e incontro tra culture*, in Cella G.P. (a cura di), *Disuguaglianze e differenze*, Guerini e Associati, Milano, 1999a

Pizzini F., *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Franco Angeli, Milano, 1999b

Pizzini F., *Mutamenti nella riproduzione umana e nell'ostetricia: una riflessione sociologica*, in Todros T. E Vanara F. (a cura di), *Nascere nel 2000*, Il Mulino, Bologna, 2001a

Pizzini F., *La costruzione sociale della gravidanza e del parto*, in Bucchi M., Neresini F. (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma, 2001b

Pullini A., Pasini N., *Analisi critica delle diagnosi di dimissione ospedaliera dei neonati in Regione Lombardia*, in Pasini N., Pullini A., *Nascere da stranieri. I punti nascita in Lombardia*, Rapporto 2001, Regione Lombardia e ISMU, 2002

REGIONE LOMBARDIA, ISMU, *Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Rapporto 2001, 2002*

RELAZIONE del Ministro della Sanità, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78): dati preliminari 2000, dati definitivi 1999, (www.sanita.it), 2001, 2003

Ruspini E., *Donne tra malattia e povertà. L'interazione tra stato di salute e deprivazione economica*, in Facchini C., Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze di genere. Una nuova dimensione della cittadinanza della donna*, Franco Angeli, Milano, 2001

Sacchetti A., *Intervento*, in Seminario "L'esperienza dei centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini", A.O. San Paolo, Milano, marzo 2003

Sacchetti A., *Risultati raggiunti e prospettive della sperimentazione in atto nei servizi milanesi*, in Atti del convegno "Donne e famiglie immigrate, integrazione e nuovi modelli di assistenza", Milano, maggio 2001

Sacchetti G., Bulfoni G., Sacchi C. Et al., *Assistenza nel campo materno-infantile e pediatrico*, in Atti del convegno "Nuove povertà e vecchie malattie. Aspetti sanitari dell'immigrazione", Milano, Febbraio 2002

Saint-Blancat C., *L'immigrazione femminile maghrebina: nuove identità di genere e mediazione tra culture*, in Basso P. E Perocco F., (a cura di), *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2000

Santini F., *Intervento*, in Atti del convegno "Donne e famiglie immigrate, integrazione e nuovi modelli di assistenza, Milano, maggio, 2001

Spinelli A., *Gravidanza, parto, puerperio. Dati di una ricerca su donne immigrate*, in Atti del convegno U.I.C.E.M.P., *Immigrati e salute sessuale e riproduttiva: le risposte dei servizi*, 1998

Terzera L., *La famiglia*, in Blanciardo G.C. (a cura di), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La prima indagine regionale*, Rapporto 2001, Regione Lombardia e ISMU, 2002

Tognetti M. (a cura di), *Ricongiungere la famiglia altrove*, Angeli, Milano, 2004

UNFPA, *Lo stato della popolazione nel mondo*, Edizione italiana a cura di AIDOS, Roma, 2002, 2003

WHO, World Health Organization, *Unsafe Abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*, Division of Reproductive Health, Geneve, 1998