

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

International Congress

**CHANGING POPULATION: MIGRATION, REPRODUCTION AND
IDENTITY**

University of Trento June 3-5, 2014

Lia Lombardi
ISMU Foundation
University of Milan
l.lombardi@ismu.org
rosalia.lombardi@unimi.it

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

Abstract

Research shows that migrant women in European countries (about 17 million in Europe) have fertility and abortion rates significantly higher than the native women, but their access to the reproductive health services and abortion is not always guaranteed in EU countries. Usually national policies are in place but their implementation remains a challenge. The legal and policy environment needs to remove existing barriers that prevent vulnerable groups, including migrant women from using effective contraception and safe abortion services.

Notwithstanding the provisions of EU that recommends the member countries to legislate in favour of abortion and to make it accessible, very often the laws on migration and health policies of EU countries are discriminating towards migrant women on the issue of reproductive rights and freedom of choice to have an abortion. In Italy, for instance, the higher abortion rate of migrant women (26.4 per thousand compared with 6.9 of Italian women in 2012) has highlighted, once again, the controversy both from the part of conservative and Catholic movements and from the part of public policies that complain about high health care costs. In addition, according to some observers, the steady increase of conscientious objection on the part of Italian gynecologists is due, in part, to the high abortion rate of migrant women.

In other European countries the elective abortion of migrant women raises an important debate: the topics most discussed concern the high rate of abortions of migrant women (Norway, Spain, Italy); access to abortion for foreign women non-residents or irregular (Czech Republic, France) and selective abortion (Sweden and the Netherlands).

Starting from these assumptions, the article analyzes and develops three aspects of the induced abortion, in Italy and in Europe:

1. abortion rates of migrant women and the related social conditions;
2. the policies which ensure reproductive rights of migrant women and the access to abortion (in terms of law, healthcare services, free access);
3. the current debates on abortion raised by women's movements, international organisations (IPPF, European network of migrant women, Women's global network for reproductive rights, etc.) and conservative and religious organisations.

Lia Lombardi
ISMU Foundation
University of Studies of Milan
L.lombardi@ismu.org
rosalia.lombardi@unimi.it

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

1. Migranti in Europa

La dimensione dell'immigrazione nella regione europea stima attualmente una presenza straniera pari a 73 milioni di persone (di cui il 52% sono donne) che rappresentano l'8% della popolazione europea totale (WHO, 2013).

Al 1° gennaio 2013 nell'UE-27 si contano 33,5 milioni di persone nate al di fuori dell'UE-27: di questi, 17,3 milioni sono nate in uno stato membro UE, diverso da quello di residenza.

In termini assoluti, il maggior numero di cittadini stranieri residenti nell'UE al 1° gennaio 2013 vivono in Germania (7,7 milioni di persone), Spagna (5,1 milioni), Regno Unito (4,9 milioni), Italia (4,4 milioni) e Francia (4,1 milioni). I non cittadini residenti in questi cinque Stati membri dell'UE rappresentano il 77% del totale degli stranieri residenti nell'UE-27, mentre gli stessi cinque Stati membri avevano una quota del 63% della popolazione dell'UE. In termini relativi, lo Stato membro dell'UE-27 con la percentuale più alta di stranieri è il Lussemburgo con il 44% della popolazione totale. Un'alta percentuale di stranieri (10% o più della popolazione residente) è stata osservata anche a Cipro, in Lettonia, Estonia, Irlanda, Austria, Belgio e Spagna (Eurostat, 2014).

Nell'ambito dei flussi migratori recenti, si parla di “femminilizzazione della migrazione”, un concetto riferibile al fatto che la globalizzazione orienta in maniera nuova le migrazioni e che queste vanno viste in relazione alle origini, alla composizione e ai rispettivi profili dei migranti. Uno degli aspetti più importati delle migrazioni recenti riguarda la partecipazione della manodopera femminile sia nel lavoro informale sia in quello formale.

La portata attuale delle migrazioni femminili nelle tre regioni del mondo con il più alto numero di migranti, è così distribuita: Asia (50 milioni); Europa (56 milioni); Nord America (41 milioni). In tutto il mondo le donne rappresentano il 50% dei migranti con la punta più alta in Europa (52,4%) e più bassa in Nord Africa (42,8%) (Zlotnik, 2003).

Le donne, come gli uomini, hanno sempre migrato ma, se in passato la loro migrazione era maggiormente legata al ricongiungimento familiare o era dipendente dallo spostamento dell'uomo-capo famiglia, oggi la gran parte delle donne migranti sono esse stesse pioniere del progetto migratorio. Infatti, una significativa caratteristica delle migrazioni femminili attuali, a livello mondiale, è la prevalenza di donne giovani e *single*.

Il lavoro e i servizi delle donne *single* sono sempre stati un bene prezioso: nella prima migrazione trans-atlantica dal 1600 al 1800, possiamo trovare le radici del perché il lavoro delle donne, in particolare delle donne sole, è ed è diventato una “merce” apprezzata nelle attività economiche transnazionali (IOM, 2005): indipendentemente dalla società di approdo, le donne straniere sono abitualmente e prevalentemente viste come dispensatrici di beni e servizi.

Le migrazioni femminili mostrano aspetti significativamente diversi da quelle maschili relativamente ai progetti e alle ondate migratorie, ai bisogni, alle provenienze, alle aspettative e anche ai rischi. Rispetto a questi ultimi la IOM (International Organization for Migration) (2005) riscontra che le donne migranti sono più vulnerabili agli abusi fisici, sessuali e verbali; che sono facilmente preda dei trafficanti e destinate all'industria del sesso. Inoltre, è necessario introdurre prospettive di analisi di genere rispetto alla salute perché, anche in

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

questo campo, gli uomini e le donne migranti presentano caratteristiche diverse. Per esempio: le donne spesso subiscono una doppia discriminazione nel mercato del lavoro (in quanto donne e in quanto migranti); oppure, lo status di “persona a carico” spesso limita il loro accesso ai programmi per il lavoro e a quelli socio-sanitari, e la residenza può dipendere dal loro rapporto con un partner di sesso maschile occupato.

Il processo migratorio comprende varie fasi e diversi fattori che influenzano la salute delle persone migranti e contribuiscono alla loro condizione di benessere. Possiamo così distinguere:

1. i fattori legati alla fase pre-partenza;
2. le condizioni del viaggio;
3. i fattori legati al contesto e alla società di arrivo (politiche migratorie, accesso alle cure e ai servizi sociali e sanitari, diritti di cittadinanza).

A questi tre gruppi di fattori s’intersecano le variabili socio-demografiche (età, genere, istruzione, capacità e risorse, ecc.).

Le interconnessioni tra questa pluralità di fattori possono permetterci di cogliere la relazione tra migrazione, genere e salute (che comprende la salute riproduttiva e il ricorso all’aborto volontaria) e il peso delle disuguaglianze che in essa si costruiscono, e spesso si rafforzano (Lombardi, 2005, 2011).

2. Donne migranti e welfare: uno sguardo europeo.

Gli studi sul fenomeno migratorio hanno assunto, ormai da anni, una valenza descrittiva perché attraverso esso si mettono in luce aspetti che, in maniera trasversale, rilevano chiari e scuri di situazioni che riguardano i cittadini stessi.

Allo stesso modo, quindi, la parità di genere e le conseguenti politiche tese a favorire le donne se osservate dal punto di vista delle migranti, riflettono i meccanismi e i cambiamenti in atto nelle aree di policy riferite al welfare che sono quelle della sanità, assistenza sociale, mercato del lavoro, pensione integrativa. Soprattutto quando la migrazione assume una dimensione familiare bisogna tener doppiamente conto della ridefinizione culturale dei ruoli all’interno della famiglia e della condivisione del lavoro domestico, all’interno sia dei nuclei autoctoni sia di quelli migranti.

È ormai un dato acquisito che l’accesso ai servizi, che possono rendere le donne libere dalla cura diretta della prole, contribuisce al benessere economico delle famiglie. Infatti, aumenta il rischio di povertà nel caso di famiglie mono-reddito, soprattutto quando le opportunità del mercato del lavoro, che solitamente vengono offerte alle persone migranti, sono confinate in comparti molto usuranti e poco remunerativi (Campomori, 2008).

D’altro canto, però, bisogna riflettere sulle modalità di erogazione del welfare, sui vincoli che permettono la fruizione dei servizi e sulle regole che ne consentono l’accesso. I/le migranti incidono sulle società di arrivo tanto in termini demografici, quanto nelle pluralità culturali, quanto ancora nelle forme familiari, accelerando così quei cambiamenti che sono in atto.

Se, come scrive Laura Zanfrini (2005) è proprio nelle famiglie più “atipiche” e quindi vulnerabili che si palesano le mancanze di un modello sociale che vede ancora gli uomini

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

breadwinner, mentre le donne sono incaricate delle funzioni di accudimento e gestione familiare – che solitamente vengono chiamate riproduttive – allora le condizioni che accompagnano le migrazioni internazionali diventano la cartina di tornasole di una situazione fortemente sbilanciata e a lungo andare ingestibile. Pesano, infatti, anche e soprattutto sulle donne straniere, molto spesso all'interno di situazioni familiari fragili e precarie, le carenze di un welfare che non risponde ai bisogni di un mercato del lavoro, che sempre di più richiede un impegno e una dedizione totalizzante. A questo proposito, si sottolinea, come le persone migranti siano quasi sempre schiacciate in comparti lavorativi usuranti e poco remunerativi quando addirittura non irregolari. In queste circostanze, soprattutto per le donne diventa molto difficile conciliare esigenze di lavoro e di famiglia, soprattutto in assenza di una rete di supporto familiare che permetta di compensare i vuoti. D'altro canto, anche nei casi in cui le donne appartengano a strutture familiari di tipo più tradizionale, diventa impossibile fuoriuscire da un ruolo di subalternità economica o sfuggire a situazioni di malessere o violenza, per le stesse ragioni viste prima. Inoltre, è un dato di fatto che la migrazione femminile segua ormai, o forse lo ha sempre fatto seppure con modalità diverse, delle strade alternative o parallele a quella maschile, molte donne sono *breadwinner* e in alcuni collettivi nazionali esse sono predominanti e “rappresentano una risorsa strategica nel sistema di riproduzione sociale dei paesi di destinazione” (Zanfrini, 2005 p.253).

I processi di costruzione del sistema Europa non hanno ancora portato alla nascita di un sistema di welfare unico, ma esiste un Modello Sociale Europeo, che si “riferisce non già ad uno stato sociale europeo [...], né ad una tendenza verso un'armonizzazione o uniformità dei sistemi nazionali, quanto alla presenza negli stati nazionali di un sistema fondato sui valori comuni quali il rispetto dei diritti fondamentali, la solidarietà comune, le garanzie contro alcuni rischi sociali, un intervento dello stato nelle politiche sociali e la presenza del dialogo sociale come forma di partecipazione” (Colombo Svevo 2005, p.96). A questo si aggiungono le direttive che negli anni l'UE ha emanato per promuovere percorsi d'integrazione delle persone migranti nonché le azioni e i progetti che sono stati realizzati attraverso i Fondi europei. Si tratta dunque di una strategia che prova a spingere dal basso dei cambiamenti in vista di una strategia che auspica un'Europa più accogliente e multiculturale. Queste azioni sono ancora più importanti quando si riferiscono ad un quadro coerente e prospettico fondato su principi di base che spingono alla coesione sociale. D'altro canto, a questo si riferisce anche la I e la II Agenda sull'Integrazione, che a breve sarà emanata dalla Commissione europea, che sottolineano l'importanza della coesione sociale e del rafforzamento delle autorità locali nel promuovere percorsi di inclusione delle persone immigrate. Il ruolo del territorio e degli enti locali emerge soprattutto nella declinazione di un welfare state che, con una visione lungimirante, dovrebbe mostrarsi attento ai bisogni della popolazione nel suo interno e capace di promuovere forme di consapevole convivenza civile.

Viceversa, a ragione dei timori che l'immigrazione possa pesare troppo sul sistema di welfare si evidenziano due diversi orientamenti: il primo è legato ai costi di un welfare che si rivolge fortemente alle persone straniere, quando esse ne sono lungamente beneficiarie, e questo si sente soprattutto nei paesi in cui il sistema di protezione sociale è particolarmente generoso. Ciononostante è ancora prematuro fare un'asserzione sui costi dell'immigrazione sul welfare state e, tantomeno, su quanto questo riesca in qualche modo ad attrarre le persone migranti; il

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

secondo orientamento riguarda la tenuta sociale del welfare laddove si producano dei meccanismi di rivalsa che creano un forte divario tra “noi”, legittimati dall'appartenenza della res publica e “loro” che invece ne dovrebbero essere esclusi. Tra l'altro proprio la difesa del diritto percepito aumenta la forza di movimenti politici e partiti fortemente discriminanti e, a volte, razzisti, con un conseguente effetto di amplificazione del fenomeno avvertito come pericolo e minaccia per l'intera collettività (Van Oorshot, 2008).

In generale, nonostante vi sia stato un significativo progresso verso l'uropeizzazione delle politiche, il sistema di welfare rimane ancora nelle mani dei singoli stati, che dispongono così in maniera indipendente della sovranità sul tema: l'aumento del fenomeno migratorio ha spinto ad una lenta esclusione degli immigrati dai benefici del welfare attraverso un irrigidimento delle regole che ne permettono la fruizione. Si aggiunga a questo la devoluzione di competenze verso livelli più bassi fino ad arrivare al mondo del volontariato, con la conseguenza diretta di indebolire la rete di attori e frammentare la tipologia di risposte (Plebani, 2011).

Inoltre, la gestione dell'immigrazione in Europa è stata storicamente orientata a favore del mercato del lavoro, e quindi alla soddisfazione delle sue esigenze, di conseguenza i temi legati alla famiglia e alla salvaguardia della posizione della donna sono stati penalizzati. Questo aspetto è ancora più vero se si guarda alle politiche di ingresso e al sistema della riunificazione familiare, che incide profondamente nel miglioramento delle condizioni di vita delle persone migranti. È indubbio, infatti, che la realizzazione di un progetto migratorio familiare sia protettiva nei confronti delle persone stesse, tanto di fronte al rischio di percorsi devianti tanto in termini di tutela della salute.

3. Aborto in Europa: politiche, diritti, andamenti

Il tema dell'aborto volontario tra le donne immigrate va analizzato in connessione con la complessità dei percorsi migratori, delle politiche di accesso ai diritti di cittadinanza, delle condizioni socio-demografiche e degli stati di salute correlati (Lombardi, 2005; 2008; 2011).

Il tasso di abortività in tutto il mondo si mostra in fase di stallo tra il 2003 e il 2008, dopo essere sceso considerevolmente tra il 1995 e il 2003. Tra il 1995 e il 2003, il tasso di abortività (numero di aborti per 1.000 donne in età fertile -15-44 anni) è diminuito dal 35 al 29 per mille, a livello mondiale, e lo ritroviamo al 28 per mille nel 2008 (Guttmacher Institute, 2012).

In questi dati globali, dobbiamo però sottolineare importanti disparità: ciò significa che quasi la metà di tutti gli aborti nel mondo sono a rischio, e quasi tutti gli aborti non sicuri (98%) si verificano nei paesi in via di sviluppo. In questi stessi paesi, il 56 % di tutti gli aborti sono non sicuri rispetto a al 6% di quelli che avvengono nei PSA (Paesi a sviluppo avanzato). A questo aggiungiamo che la diminuzione delle interruzioni di gravidanza verificatasi tra il 1995 e il 2008 è da attribuire esclusivamente ai PSA (-600 mila) mentre sono aumentati di 2,8 milioni nei PVS (Paesi in via di sviluppo); nel 2008, sei milioni di aborti sono stati effettuati nei paesi sviluppati e 38 milioni nei paesi in via di sviluppo, una disparità che riflette in gran parte la distribuzione della popolazione. In definitiva, il tasso medio di abortività delle donne

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

che vivono nel PVS è pari a 29 per mille rispetto al 24 per mille delle donne residenti nel mondo sviluppato (Ib.).

In Europa, dove l'aborto è diffusamente legale (tranne in Irlanda) troviamo sia i tassi più bassi sia quelli più alti di abortività: nelle regioni occidentali abbiamo un tasso medio pari a 12 interruzioni di gravidanza per 1.000 donne in età feconda, mentre nell'Europa orientale è il 43 per mille. La discrepanza dei tassi tra le due regioni riflette l'uso, relativamente basso, dei contraccettivi nell'Europa orientale, nonché un elevato grado di utilizzo di metodi contraccettivi non sicuri (coito interrotto, metodi chiamati naturali, ecc.).

Complessivamente, si evidenzia che l'Europa occidentale, l'Africa del sud e l'Europa settentrionale presentano i tassi di abortività più bassi del mondo: rispettivamente 12, 15 e 17 per mille (Ib.).

Tab. 1 - Stime globali e regionali dell'aborto volontario

NUMBERS AND RATES						
Global and regional estimates of induced abortion, 1995, 2003 and 2008						
Region	No. of abortions (millions)			Abortion rate*		
	1995	2003	2008	1995	2003	2008
World	45.6	41.6	43.8	35	29	28
Developed countries	10.0	6.6	6.0	39	25	24
Excluding Eastern Europe	3.8	3.5	3.2	20	19	17
Developing countries	35.5	35.0	37.8	34	29	29
Excluding China	24.9	26.4	28.6	33	30	29
Africa	5.0	5.6	6.4	33	29	29
Asia	26.8	25.9	27.3	33	29	28
Europe	7.7	4.3	4.2	48	28	27
Latin America	4.2	4.1	4.4	37	31	32
Northern America	1.5	1.5	1.4	22	21	19
Oceania	0.1	0.1	0.1	21	18	17

*Abortions per 1,000 women aged 15-44.
Source: Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, (forthcoming).

Una prima considerazione da fare a ridosso dei tassi di abortività appena descritti è che uno dei fattori che influenza la più alta abortività delle donne migranti rispetto alle native, è dato dalla loro provenienza da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), sia europei sia extraeuropei, che già mostrano un maggiore ricorso all'interruzione di gravidanza. Come vedremo nel corso di questo articolo, tale comportamento non può essere considerato di tipo culturale bensì derivante da precise strutture e condizioni sociali (Lombardi, 2005).

A livello europeo, nel corso degli ultimi decenni, molti paesi hanno sviluppato e approvato strategie nazionali a sostegno della salute riproduttiva, politiche e/o documenti programmatici, tra cui l'affermazione del diritto alla scelta riproduttiva (*reproductive choice*) e l'accesso ai servizi per l'interruzione di gravidanza, in linea con il Programma d'Azione della Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite su popolazione e sviluppo (ICPD),

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

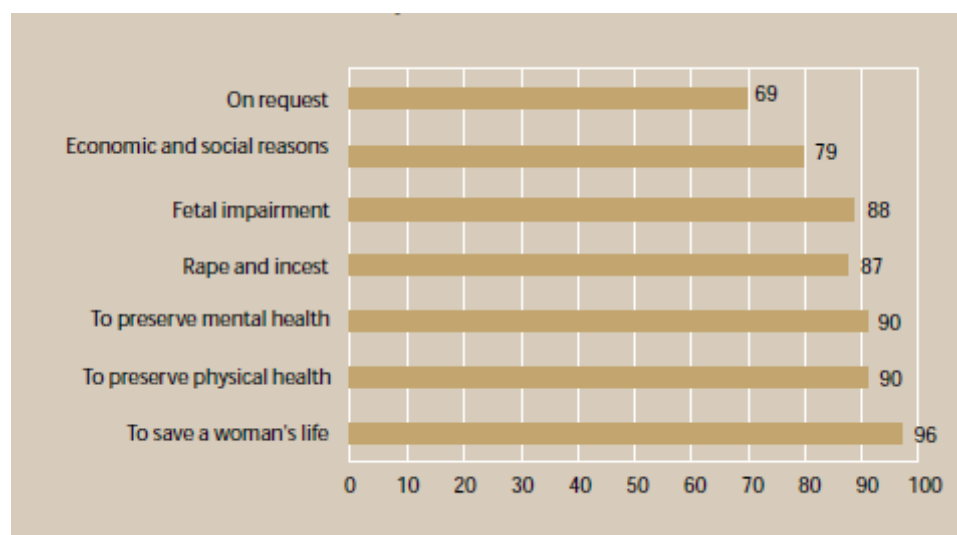
(ISMU Foundation; University of Milan)

firmata da 179 paesi al Cairo nel 1994 (Lazdane, 2005). Tutti i 52 Stati membri dell'OMS nella Regione Europea, tranne Malta, hanno sottoscritto una determinante dichiarazione di principio che non stabilisce il “diritto all’aborto”, ma lo interpreta come una pratica sostanzialmente da evitare e a cui ricorrere in *extrema ratio*:

In nessun caso l'aborto deve essere promosso come metodo di pianificazione familiare. Tutti i governi e le organizzazioni intergovernative e non governative sono invitati a rafforzare il loro impegno per la salute delle donne, per affrontare l'impatto sulla salute degli aborti non sicuri come un importante problema di salute pubblica e di ridurre il ricorso all'aborto attraverso servizi di pianificazione familiare ampliati e migliorati. Alla prevenzione delle gravidanze indesiderate deve sempre essere data la massima priorità e ogni tentativo deve essere offerto per evitare il ricorso all'aborto. (...). Nei casi in cui l'aborto non è contro la legge, ogni aborto deve essere sicuro. In tutti i casi, le donne devono avere accesso a servizi di qualità per la gestione delle complicazioni derivanti dall'aborto. Servizi di consulenza post-abortiono, educazione e pianificazione familiare devono essere forniti tempestivamente, i quali saranno di aiuto anche per evitare gli aborti ripetuti (trad. *propria*).

La regolamentazione dell’aborto varia in tutta la Regione Europea: quasi tutti i paesi consentono l'aborto per salvare la vita di una donna e il 90% di essi per preservarne la salute fisica o mentale; l’88% per anomalie fetali o in caso di stupro o incesto. Quasi l'80% consente l'aborto per motivi economici e sociali, e un po’ meno lo ammettono su richiesta.

Fig. 2 – Ragioni che consentono l’aborto. Percentuali relative ai paesi membri WHO in Europa



Fonte: Lazdane, ENTRE NOUS, 2005

Nell’analisi dell’incidenza dell’aborto volontario in Europa, possiamo distinguere tre diversi approcci tenuti dai diversi paesi nei confronti della interruzione di gravidanza (Lazdane, 2005):

- ^ i paesi con un sistema di sorveglianza affidabile (ad esempio, Estonia, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi e Paesi nordici);

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

- ▲ i paesi con un sistema pianificato ma incompleto (ad esempio Francia, Spagna, Italia, Polonia e molti paesi della Comunità degli Stati Indipendenti);
- ▲ i paesi senza sistema di sorveglianza (ad esempio Austria, Grecia, Lussemburgo e Portogallo).

Un'altra importante distinzione che possiamo rilevare dall'analisi dei dati e dei diversi sistemi di accesso all'aborto volontario, è riferibile a (<http://www.abortion-clinics.eu/>):

- a) paesi con leggi che permettono un accesso facilitato (Austria, Belgio, Gran Bretagna, Norvegia, Olanda, Svezia, Svizzera);
- b) paesi con accesso limitato (Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Portogallo, Spagna);
- c) paesi in cui l'aborto è illegale (Malta, Andorra, Irlanda¹, Polonia²).

Alle diverse modalità d'approccio rilevabili nei paesi europei, si aggiungono le politiche d'accesso alla salute riproduttiva e all'aborto volontario delle persone immigrate. Modalità più o meno restrittive che non necessariamente si distribuiscono coerentemente rispetto all'accessibilità delle persone native.

Per esempio, l'accesso all'aborto in Olanda e Svezia è molto facilitato ed è permesso fino alla 24° settimana di gestazione, è gratuito per tutte le persone residenti legalmente sul territorio, ma è a pagamento per le donne straniere residenti all'estero, per le irregolari e per le rifugiate. Tra i paesi con limitazioni nell'accesso all'aborto, troviamo che la Danimarca non permette l'accesso gratuito alle donne straniere non residenti o irregolari. Anche la Francia usa norme restrittive verso chi non risiede regolarmente sul territorio nazionale.

L'Italia, d'altra parte, pur essendo ritenuto un paese che permette l'accesso all'aborto volontario con alcune limitazioni, tra cui l'obbligo di effettuare l'intervento solo nei servizi pubblici, l'accesso molto limitato all'aborto medico e il dilagare dell'obiezione di coscienza da parte degli operatori sanitari, l'obbligo di attesa di una settimana tra la richiesta di IVG e la certificazione di accesso all'intervento, non fa distinzione tra cittadine italiane e straniere, tra residenti regolari e irregolari. L'accesso all'aborto volontario e a tutti i servizi per la salute riproduttiva è garantito e gratuito per tutte/i.

In Portogallo, a causa delle norme restrittive e dell'elevato numero di obiettori di coscienza, gran parte delle interruzioni di gravidanza avviene illegalmente nelle cliniche private, presso ambulatori medici, effettuato anche da ostetriche e infermiere. Questo vale per le cittadine portoghesi e, a maggior ragione, per le immigrate e le irregolari. Nei paesi in cui l'aborto è illegale, la situazione delle donne migranti non differisce da quella delle native e le uniche possibilità di interrompere una gravidanza sono di andare all'estero o procurarselo clandestinamente, con il rischio di compromettere la propria salute, la propria vita o di essere imprigionate.

I fattori legati alla difficoltà di accesso all'aborto volontario, correlati ai percorsi migratori, alla condizione di genere e ai fattori di fragilità sociale che spesso accompagnano le donne migranti, fanno rilevare tassi di abortività volontaria significativamente superiori alle native dei paesi della sfera occidentale e settentrionale dell'Europa.

¹ L'aborto è ammesso solo in caso di pericolo di vita della madre.

² L'aborto è ammesso solo per grave rischio per la salute della madre; per gravi condizioni fetali, in caso di stupro

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

Le ricerche, nazionali e internazionali, indicano, per esempio, che l'uso della contraccezione è spesso influenzato dalle culture familiari, dalle tradizioni del gruppo di riferimento, dalle stigmatizzazioni e dalla separazione dei ruoli maschile/femminile: tra le donne nordafricane di Parigi, per esempio, la contraccezione è spesso influenzata dall'atteggiamento delle madri e delle suocere, dalla paura legata all'immagine del proprio corpo e della sterilità (UNFPA, 2005). Gli stessi atteggiamenti li abbiamo riscontrati nelle ricerche italiane condotte con le donne nordafricane, ma anche con le albanesi e le rumene (Lombardi, 2005; 2011; Pasini et al., 2012; Lombardi et al., 2013). Anche i tassi di abortività (1/1000 donne in età feconda) risultano più alti tra le migranti rispetto alle native europee.

3.1 I diritti delle donne immigrate: l'accesso all'aborto volontario

In questo paragrafo consideriamo soprattutto tre studi significativi sull'abortività delle donne immigrate in Danimarca, Olanda e Spagna che seppur con approcci analitici differenti, mostrano risultati molto simili, per ciò che riguarda le ragioni e le cause dell'abortività più elevata delle migranti rispetto alle native.

Un ampio studio danese del 2007³ (Rasch et al., 2007), evidenzia che nonostante il sistema di welfare scandinavo sia tra i più equi al mondo, le differenti condizioni socio-economiche della popolazione immigrata rispetto a quella nativa mettono a dura prova lo stesso sistema, rilevando con chiarezza come le stesse condizioni siano alla base di un maggiore ricorso all'interruzione di gravidanza da parte delle donne immigrate.

La legge danese sull'interruzione di gravidanza del 1973, permette a tutte le donne maggiorenni, residenti sul territorio nazionale ed entro la 12^o settimana di gestazione, l'accesso sicuro e gratuito all'aborto senza richiedere alcuna particolare motivazione: il tasso medio di abortività è di 12.2 per mille donne in età feconda (15-49 anni), pari a circa un aborto su 6 gravidanze portate a termine⁴; il tasso di abortività delle donne immigrate da paesi non occidentali è, invece, più del doppio (29 per mille) rispetto a quello delle danesi.

Lo stesso studio mostra che delle 1384 donne che avevano richiesto un aborto, il 79,1% sono danesi di nascita, il 1,1% discendenti e 17,5% immigrate. Tra le donne del gruppo di controllo troviamo invece che 86,8%⁵ sono danesi di nascita, il 10,9% immigrate e l'1,1% discendenti.

Tra le caratteristiche socio-demografiche delle donne richiedenti l'interruzione di gravidanza, si evidenzia che le donne immigrate sono leggermente più grandi delle danesi e delle occidentali, sono più frequentemente coniugate (57,2% rispetto al 42,2% delle danesi e al 37,1% delle donne provenienti da altri paesi occidentali), con due figli (51,7% rispetto al 36 e 37% rispettivamente delle danesi e delle altre occidentali), più frequentemente disoccupate (36,7% vs 20,6 e 27,4) e con reddito basso (36,1% vs 22,5 e 30,6 con reddito tra 7000 e 9999 DKK).

Se ne deduce che i fattori di rischio per un aborto volontario si possono soprattutto rinvenire:

³ Nello studio sono state coinvolte 1351 donne che avevano richiesto un aborto e 1306 donne in gravidanza, per il gruppo di controllo

⁴ In Svezia questo dato è di 1 su 4 e in Inghilterra di 1 su 5.

⁵ Gruppo di concotrollo formato da donne che proseguono la gravidanza

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

- ▲ nello status matrimoniale (circa la metà delle donne che richiede un aborto sono single, mentre lo sono solo il 5% di quelle che proseguono la gravidanza);
- ▲ nell'aver due o più figli;
- ▲ nell'aver meno di 19 o più di 40 anni;
- ▲ nell'essere disoccupata, professionalmente non qualificata o studente.

La ricerca danese conclude che le donne immigrate fanno parte di un particolare gruppo sociale vulnerabile, che sono ad alto rischio di incorrere in gravidanze indesiderate e aborti indotti e che per assicurare la resistenza del modello di welfare scandinavo, questa vulnerabilità deve essere riconosciuta e affrontata. Inoltre, con una popolazione eterogenea crescente, vi è la necessità di concentrarsi su come la parità di accesso alle cure sanitarie possa almeno essere mantenuta, se non può essere migliorata.

L'elevata abortività delle donne immigrate è riscontrabile anche in altri paesi europei: in Norvegia, per esempio, il 25% delle donne che richiedono un aborto provengono da paesi non occidentali e queste rappresentano il 15,5% della popolazione complessiva norvegese (Eskild et al., 2002); in Svezia il 37% delle donne che richiedono un aborto sono immigrate, mentre rappresentano il 29% delle donne in età riproduttiva dell'area considerata (Helstrom et al., 2003).

Ciò che emerge da questo e da altri studi (Lombardi, 2005; 2008; 2011) è che le donne con fragili relazioni con il mercato del lavoro e di cui in condizione economiche precarie, hanno spesso difficoltà nel trovare le risorse necessarie, sia personali sia economiche, per far fronte ad una gravidanza non pianificata e non desiderata.

Uno studio svedese conferma questi fattori di rischio evidenziando che le maggiori cause di ricorso all'aborto tra le donne immigrate sono da attribuirsi al basso livello d'istruzione, alla debole rete sociale, alla povertà, alla disoccupazione, al restare fuori dai comuni circuiti di cura della salute (Helstrom et al., 2007).

Sul versante olandese, facciamo cenno ad una ricerca del 2006 (Islam in Europe, 2006) sull'abortività delle adolescenti, la quale mostra che le teenagers di origine marocchina e turca abortiscono più frequentemente (rispettivamente 67% e il 53% nel 2005) delle coetanee olandesi o di altra provenienza.

Secondo la ricercatrice olandese Cecile Wijzen⁶ le ragazze immigrate si devono molto spesso confrontare con messaggi doppi e ambivalenti, provenienti da culture diverse e questo significa non essere correttamente attrezzate per prevenire una gravidanza non desiderata.

Tra le donne adulte immigrate il ricorso all'aborto è più elevato delle olandesi: lo 0,5% delle native ricorre all'interruzione di gravidanza rispetto al 2% delle marocchine e delle turche e al 5% delle donne sudamericane, africane e antillesi. Inoltre, si registra un aumento dell'abortività tra le donne marocchine e turche, che rispetto ad altri gruppi d'immigrate hanno un tasso di abortività relativamente basso.

Da queste ricerche emerge anche che uno dei fattori che contribuiscono all'abortività delle donne immigrate è la difficoltà di comprendere (e di trasmettere da parte degli operatori) adeguatamente le informazioni offerte e/o le campagne di prevenzione delle gravidanze indesiderate (Ib.). Si evidenzia, inoltre, che non si tratta solo di un problema linguistico bensì

⁶ Ricercatrice e responsabile della ricerca nazionale del Rutger WPF - Sexual and reproductive health and right

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

culturale, che riguarda le relazioni tra i generi, i modelli procreativi di riferimento, il “valore della verginità”, le strutture familiari, ecc. (Lombardi, 2005).

La ricerca condotta in tre province autonome della Spagna (Catalonia, Baleari, Valencia) con una forte presenza d'immigrati/e, mostra risultati simili agli studi precedenti, per ciò che riguarda il ricorso all'aborto delle donne immigrate e alle loro condizioni socio demografiche (Zurriaga et al., 2009).

L'età e i fattori connessi (figli, stato matrimoniale, convivenza, tempo trascorso dall'ultima gravidanza) sembrano essere determinanti nella scelta di un aborto. Terminare gli studi e l'inizio di un lavoro sono le ragioni principale dell'interruzione di gravidanza delle donne più giovani, mentre il desiderio di non avere altri figli, i motivi familiari e la situazione lavorativa sono le prevalenti ragioni di un aborto tra le donne più adulte. A Barcellona, per esempio, sono poche le donne che portano avanti una gravidanza se non hanno una situazione affettiva stabile, lo stesso si evidenzia in ricerche francesi e italiane (Moreau et. al. 2004; Lombardi, 2005; Farina, Ortensi, 2010).

In Spagna l'utilizzo dei servizi per la contraccezione e l'interruzione di gravidanza non è lo stesso per le native e per le immigrate: le cliniche private sono utilizzate dalle donne spagnole (17,3%) e dalle europee occidentali (10,7%), le immigrate invece frequentano principalmente i servizi pubblici (50,6% vs il 44,3% delle spagnole e europee dei paesi occidentali). Questo dimostra che c'è un duplice e diseguale accesso ai servizi e alle informazioni per la salute riproduttiva che è collegato allo status economico e alla conoscenza del sistema sanitario e del suo contesto. La ricerca spagnola, come altre indagini in Europa, dimostra che un alto ricorso all'aborto è strettamente connesso anche con lo stato di disoccupazione, con il basso livello d'istruzione e di reddito. A questo aggiungiamo che la difficoltà e differenza di accesso delle donne immigrate ai servizi sanitari dipende molto dalla complessità dei percorsi burocratici, che si differenziano da regione a regione: alcune regioni spagnole, per esempio, hanno stabilito un costo totale o parziale dell'intervento nelle cliniche private (Ib.).

Il tempo d'immigrazione è un ulteriore fattore di rischio per il ricorso all'aborto: in tutti i paesi menzionati, Italia compresa (Lombardi et al., 2013), più lungo è il tempo di residenza nel paese d'immigrazione, minore è la richiesta d'interruzione della gravidanza. In Spagna si verifica che il ricorso all'aborto riguarda il 27,5% delle donne arrivate prima del 2001 e il 42% di quelle immigrate tra il 2005 e il 2006 (Zurriaga, 2009).

Un altro aspetto peculiare dell'abortività delle donne immigrate, è il ricorso all'aborto ripetuto: in diversi paesi europei come Svizzera, Spagna e Italia, gli aborti ripetuti sono molto frequenti tra le donne asiatiche e rumene (Addor et al., 2003).

Un ulteriore problema è stato di recente evidenziato anche a livello europeo: l'aborto selettivo per la scelta del sesso del nascituro: in Albania, 112 ragazzi sono nati per ogni 100 femmine. In Kosovo e Montenegro, i dati si attestano a 110 e 109 maschi per 100 femmine, rispettivamente, secondo una recente indagine dell' United Nations Population Fund (UNFPA).

Gli analisti indicano la persistenza di modelli familiari arcaici come possibile causa di questi aborti: i ragazzi sono spesso considerati eredi della famiglia che portano avanti il loro nome e

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

le loro tradizioni, mentre le donne lasciano la famiglia quando si sposano. Franziska Brantner, rappresentante dei Verdi e membro della commissione per i diritti della donna del Parlamento europeo a Bruxelles, ritiene che “La povertà e la conseguente mancanza di controllo delle nascite, così come la forte discriminazione contro le donne” siano le ragioni di tali aborti selettivi (Hennen, 2013).

Diverse osservatrici politiche e ricercatrici evidenziano gli effetti devastanti dello squilibrio di genere nelle popolazioni: Doris Stump, delegata svizzera in seno all'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa (PACE) a Strasburgo, ha sostenuto che la mancanza di donne va di pari passo con l'aumento della prostituzione. “Le donne sarebbero “comprate” in modi diversi, importate da altri paesi, come merci, per così dire”. Lo studio UNFPA mostra anche che il numero dei matrimoni forzati di ragazze minorenni e tassi di suicidio tra le donne sono in aumento (Hennen, 2013).

4. Interruzione volontaria di gravidanza tra le donne immigrate in Italia e in Lombardia

In Italia, diverse ricerche hanno esplorato la salute riproduttiva e il ricorso all'aborto delle donne immigrate, sia a livello nazionale (Spinelli et al., 2006), sia regionale (Rapporti ISMU-ORIM dal 2000; Lombardi 2001, 2005, 2008, 2011), ne vediamo un breve profilo in questo paragrafo.

Secondo l'ultima relazione sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) al Ministero della salute (2013), nel 2012 sono state effettuate in Italia 105'968 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 4.9% rispetto al dato definitivo del 2011 (111'415 casi) e del 54.9% rispetto al 1982. Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne in età feconda tra 15-49 anni) è risultato pari a 7.8 per 1000, con un decremento dell'1.8% rispetto al 2011 e del 54.7% rispetto al 1982 (17.2 per 1000). Il valore italiano è tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati, come possiamo notare nella fig. 3.

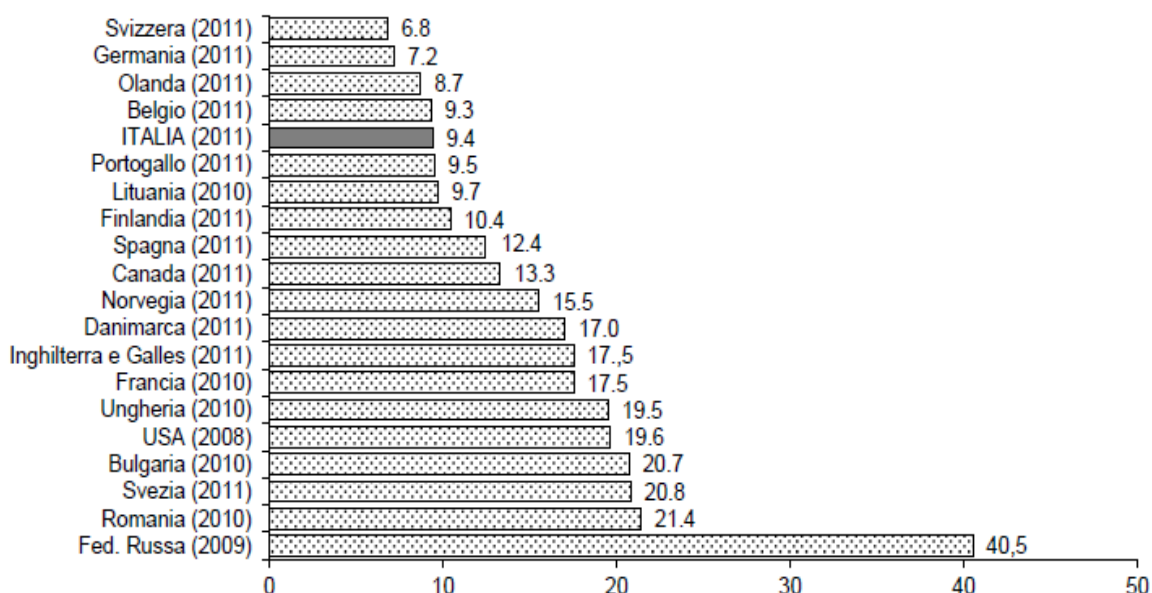
Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

Fig. 3 – Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2008-2011



Fonte: Statistiques nationales / Eurostat; Alan Guttmacher Inst. 2011

Dal 1983 il tasso di abortività è diminuito in tutti i gruppi di età e soprattutto in quelli centrali. Tra le minorenni, nel 2011 è risultato pari a 4.5 per 1000 (stesso valore del 2010), con livelli più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Il tasso di abortività delle minori italiane rimane comunque al di sotto della media di altri Paesi dell'Europa Occidentale: per le donne con meno di venti anni, in Italia nel 2011 il tasso di abortività è stato pari al 6.4 per 1000 (era il 7.2 nel 2008); nello stesso anno in Inghilterra e Galles è stato il 20 per 1000, in Svezia il 19.8 per 1000, in Spagna il 13.7; in Francia nel 2009 era il 15.2; negli USA nel 2010 era il 19.8.

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'IVG mostra che un terzo è costituito da donne con cittadinanza estera (34.3% del totale delle IVG), sebbene questo andamento mostri una certa stabilizzazione negli ultimissimi anni. Abbiamo ragione di credere che tale arresto dell'abortività delle donne straniere sia dovuto sia all'arresto dei flussi migratori verso l'Italia sia alla stabilizzazione della condizione di vita delle donne immigrate negli anni precedenti. Distribuendo i tassi di abortività su tre macro-aree di provenienza (Paesi a forte pressione migratoria, Paesi a sviluppo avanzato e Italia), si evidenzia un importato decremento dell'abortività tra le italiane (6.7 per mille), tra le straniere provenienti da PFPM (23.8 per mille contro il 40.7 del 2003) e tra le donne provenienti da PSA (11.5 per mille).

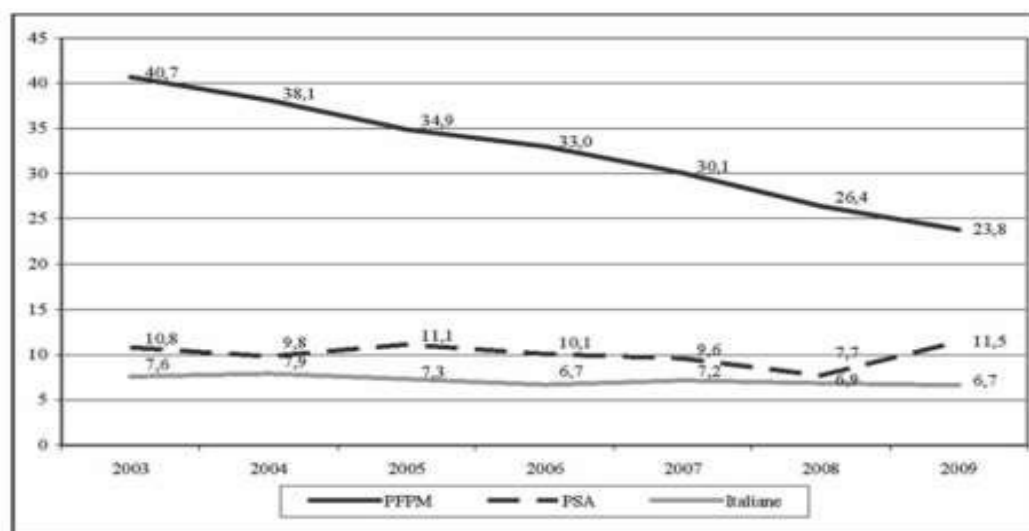
Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

Fig.4 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2009



Fonte: Elaborazione Orim, 2013

Con riferimento ai rapporti ISMU-ORIM più recenti (Pasini et al., 2012; Lombardi et al., 2013), si evidenzia complessivamente uno stato di salute della popolazione immigrata in Lombardia sovrapponibile a quello nazionale e ciò riguarda anche la salute riproduttiva delle donne immigrate.

Se analizziamo la distribuzione di genere nei ricoveri in degenza ordinaria (DO) e day hospital (DH) dei migranti in Lombardia nel 2012, troviamo una presenza femminile nei DO di 65.080 ricoveri (63,3%) e nei DH la prevalenza è ancora più netta (14.415 pari al 77,9%), (Fig. 5). L'andamento è molto simile al 2011 con un divario di genere ancora più deciso nei DH⁷.

⁷ Ricordiamo che la Lombardia con il suo milione e 279 mila presenze di cittadini provenienti da PFP, di cui il 49% sono donne, rappresenta un quarto di tutta la popolazione immigrata in Italia ed è la regione a maggior flusso immigratorio in assoluto.

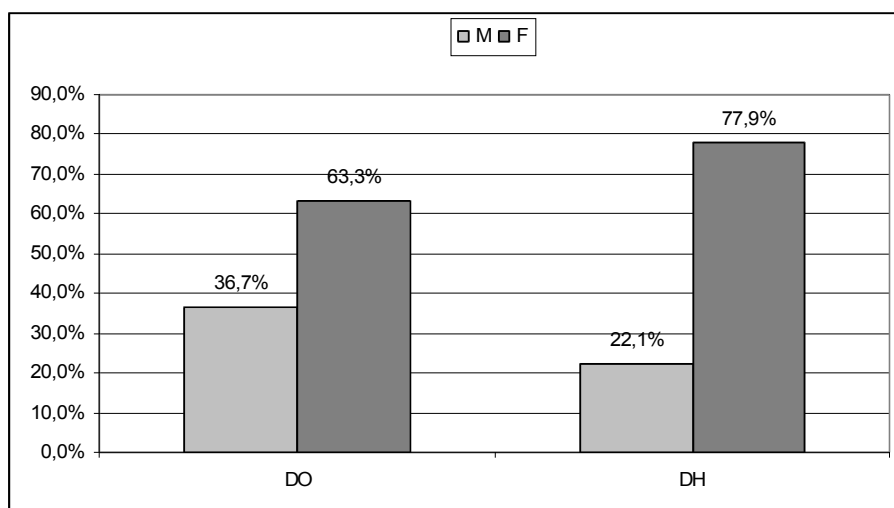
Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

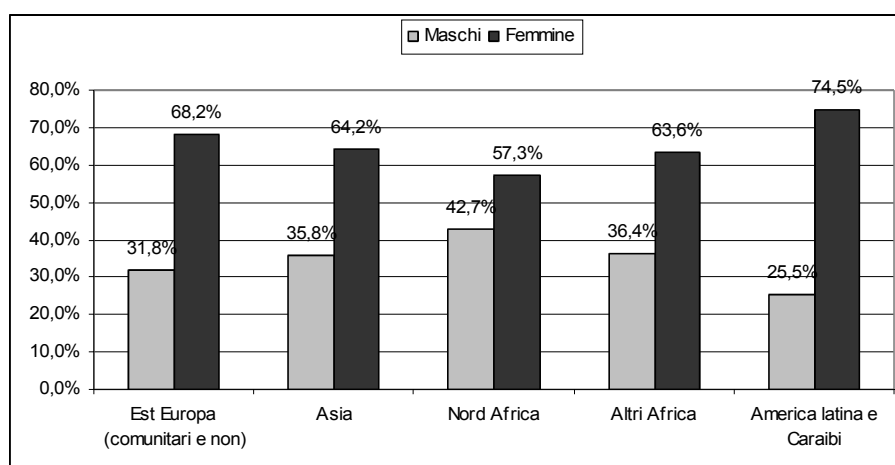
Fig. 5 – Degenze Ordinarie e Day Hospital per genere



Fonte: elaborazione Orim, 2013

Riguardo alla distribuzione di genere per macro aree di provenienza, la presenza femminile nei ricoveri è superiore a quella maschile per tutte le aree, comprese quelle a maggior connotazione migratoria maschile, come il Nord Africa e Altri Africa (Fig. 6); la percentuale relativa alla componente femminile latino-americana è ancora più marcata (74,5%).

Fig. 6 – Ricoveri DO e DH per genere e aree di cittadinanza (2012)



Fonte: elaborazione Orim, 2013

La numerosità dei ricoveri femminili è dovuta in maniera prevalente alle gravidanze, ai parti e agli aborti: i ricoveri per questi motivi sono complessivamente 39.953 pari al 32,9% di tutti i ricoveri a carico delle cittadinanze straniere. I ricoveri per il parto delle cittadine straniere rappresentano il 27% di tutti i parti che avvengono negli ospedali lombardi e il 34% riguardano l'aborto.

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

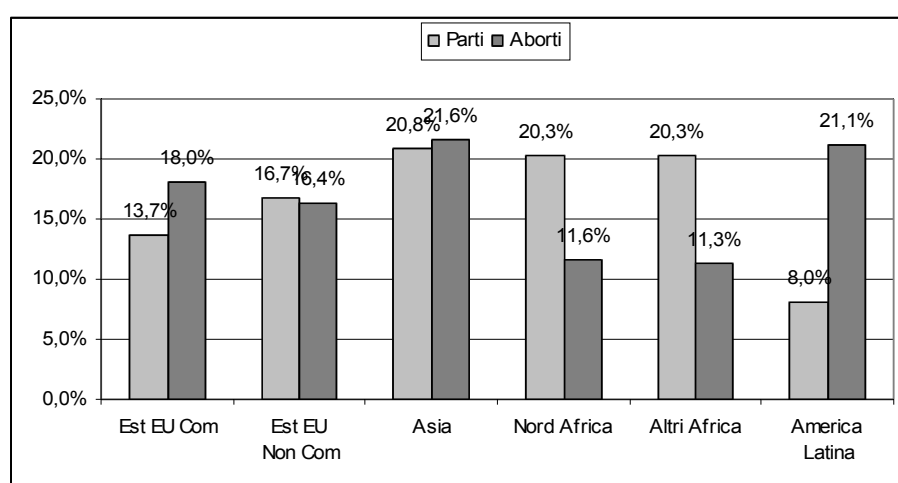
behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

Come possiamo vedere dalla Fig. 7, i ricoveri relativi ai parti e agli aborti delle cittadine straniere, si distribuiscono in maniera diversa in base alle aree di provenienza: come per il 2011, tra le donne dell'America latina prevalgono le interruzioni di gravidanza rispetto ai parti mentre accade il contrario per le nordafricane; per le altre cittadinanze, i ricoveri per parto e per aborto si equivalgono.

Fig. 7 – Ricoveri per parto e aborto, per aree geografiche



Fonte: elaborazione Orim, 2013

Il tasso di abortività volontaria della Lombardia si attesta, complessivamente, intorno al 7,9 per mille nel 2012 (Relazione IVG, 2013) ma quello delle cittadine straniere, pur mostrando una significativa battuta d'arresto negli anni più recenti, rimane di circa tre volte superiore al dato relativo alle cittadine italiane.

Le ragioni che concorrono a una più elevata abortività delle donne straniere, sono molteplici e tra queste sono sicuramente da tenere in considerazione le condizioni stesse della migrazione (disagio economico e sociale, difficoltà comunicative, irregolarità, ecc.); la difficoltà di incontrare, o incontrare adeguatamente, i servizi e gli operatori; la tipologia del progetto migratorio (Lombardi, 2005, 2008). Infatti, le donne che presentano un maggior rischio di ricorrere all'aborto sono quelle provenienti da alcune aree del Sudamerica (Perù e Bolivia); dall'Europa orientale (Ucraina, Moldavia, Romania, Bulgaria); dall'Africa subsahariana. Si tratta, cioè, di donne con progetto migratorio autonomo, relativamente recente e ancora instabile, senza nucleo familiare nel paese d'immigrazione, occupate nel settore domestico e dell'assistenza familiare, spesso residenti irregolarmente sul territorio.

Come molte ricerche dimostrano, tra cui l'indagine IRER condotta su territorio regionale (2010), le donne immigrate non sono disinformate in materia di contraccezione e di metodi contraccettivi ma, dobbiamo considerare che la conoscenza e l'uso di questi non sempre vanno di pari passo; che la condizione di migrante spesso complica certi processi di acquisizione dei modelli contraccettivi e che la gestione della propria sessualità e il controllo della capacità riproduttiva sono dipendenti da una complessità di fattori che riguardano: i

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

modelli culturali relativi alla maternità e alla genitorialità, il ruolo delle donne nella famiglia e nella società, le aspettative e i progetti per il futuro, le disuguaglianze di genere e le relazioni di coppia (da cui dipendono il controllo della fecondità e la negoziazione del metodo contraccettivo), così come sono legate a fattori socio-demografici quali l'età, il livello di istruzione, la condizione lavorativa e professionale (Lombardi, 2005; 2011).

In definitiva, le donne con progetti migratori secondari, inserite in famiglie male *breadwinner* e senza occupazione extradomestica, dimostrano una maggiore propensione alla maternità, mentre una minore propensione emerge tra le donne con progetto migratorio autonomo, con figli in patria (sudamericane e est europee), inserite nel mercato del lavoro (Farina, Ortensi, 2010).

5. Obiezione di coscienza e dibattito in corso

Nel corso dell'ultimo anno il tema dell'obiezione di coscienza ha più volte occupato lo spazio mediatico ed ha riattivato la mobilitazione delle donne sull'interruzione della gravidanza e sull'obiezione di coscienza, in Italia e in Europa.

A livello europeo la bocciatura, il 10 dicembre 2013, della risoluzione non vincolante sulla salute e sui diritti riproduttivi, denominata Estrela, dal nome della europarlamentare socialista portoghese che l'aveva promossa, ha sollevato molte proteste da parte dei movimenti delle donne d'Europa, indicando, come la stessa Estrela annunciava, una deriva "moralista" e conservatrice del parlamento europeo che, di fatto, si pronuncia contrario all'educazione sessuale obbligatoria nelle scuole, alla rimozione degli ostacoli all'aborto, alla regolamentazione dell'obiezione di coscienza.

All'inizio del 2014 le proteste delle donne europee si intensificano in seguito alla proposta spagnola di "ridimensionare" la legge sull'IVG, protesta che sfocia nelle manifestazioni disseminate in molti paesi d'Europa il 1 febbraio 2014.

In Italia, d'altra parte, si intensifica la battaglia contro l'elevato e costante aumento degli obiettori di coscienza (medici e personale sanitario) che di fatto rendono sempre più difficile l'accesso delle donne all'IVG.

Questa difficoltà diventa spesso insormontabile per le molte donne immigrate che chiedono l'interruzione e che hanno pochi mezzi per recarsi da un ospedale all'altro, da una regione ad un'altra alla ricerca di un posto disponibile per l'intervento.

La protesta dei movimenti delle donne italiane ha avuto uno dei suoi momenti clou il 9 marzo 2013 con un'assemblea grematissima a Milano e con la presentazione del "Manifesto per la piena attuazione della Legge 194/78 – Cosa vogliono le donne".

Un altro momento importante in questo iter è quello dei due Reclami collettivi depositati nell'agosto del 2012 e nel gennaio del 2013 al Comitato Europeo dei Diritti Sociali del Consiglio d'Europa, con cui l'organizzazione internazionale non governativa *International Planned Parenthood Federation European Network* (IPPF) e la Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) chiedono che venga accertata la violazione da parte dell'Italia dei diritti delle donne e dei medici non obiettori di coscienza, determinata dall'elevato e

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

crescente numero di medici obiettori di coscienza che compromette di fatto l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Il 2 aprile del 2014 il comitato dei diritti sociali del consiglio d'Europa si è pronunciato in merito, richiamando l'Italia e asserendo che l'obiezione di coscienza "viola il diritto alla salute delle donne che intendono interrompere la gravidanza, avvalendosi di un diritto previsto dall'articolo 11 della carta sociale europea".

La relazione del ministero della salute sull'IVG del 2013 evidenzia un aumento della percentuale degli obiettori di coscienza che, specie fra i ginecologi, mantiene livelli elevati (più di due su tre). Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58.7% del 2005 al 69.3% nel 2010 e nel 2011. Tra gli anestesisti vi è una relazione più stabile che va dal 45,7% del 2005 al 47,5% nel 2011. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38,6% nel 2005 al 43,1% nel 2011.

Inoltre, si osservano significative variazioni territoriali: più dell'80% di obiettori tra i ginecologi che sono presenti principalmente al sud (88.4% in Campania, 87.9% in Molise, 85.2% in Basilicata, 84.6% in Sicilia, 83.8% in Abruzzo, 81.8% nella PA di Bolzano e 80.7% nel Lazio). Anche per gli anestesisti i valori più elevati si evidenziano al sud (78.1% in Sicilia, 74.5% in Molise, 72.8% in Calabria, 72.4% nel Lazio e 71.4% in Campania). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità (85.3% in Molise e 81.4% in Sicilia le punte più alte).

La stessa relazione ministeriale del 2013, secondo una stima basata sull'aumento degli obiettori di coscienza e sulla imponente diminuzione degli aborti, dall'82 ad oggi, sostiene che "Una stima della variazione negli anni degli interventi di IVG a carico dei ginecologi non obiettori mostra che dal 1983 al 2011 le IVG eseguite mediamente ogni anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate, passando da un valore di 145.6 IVG nel 1983 a 73.9 IVG nel 2011". Pertanto, "Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all'obiezione di coscienza sembra quindi congruo al numero complessivo degli interventi di IVG, e risulta tale anche nel 2011, relativamente ad ogni singola regione (...). Eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi sarebbero (secondo la relazione ministeriale) da ricondurre a una distribuzione non adeguata degli operatori fra le strutture sanitarie all'interno di ciascuna regione" (Relazione ministero salute, 2013).

A tale proposito si ricorda che l'art. 9 della legge 194/78 dispone che "Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale".

La conseguenza di questo alto numero di obiezioni è che le donne si trovano a dover aspettare settimane per una IVG oppure devono andare fuori regione o, come già accade, addirittura all'estero (Svizzera, Francia, Spagna e anche GB e Olanda) (Connelly, 2013).

A questo aggiungiamo il ricorso all'aborto clandestino e non sicuro che si manifesta soprattutto con l'utilizzo del *Misoprostol*, un farmaco per curare l'ulcera che usato a certe quantità procura l'aborto. Il farmaco giunge illegalmente dall'America latina ed è acquistato e utilizzato soprattutto dalle donne immigrate che molto spesso si rivolgono al pronto

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

soccorso per complicanze sopraggiunte al suo utilizzo. Purtroppo non siamo ancora in grado di stimare con precisione il numero degli aborti clandestini che avvengono oggi in Italia, sebbene ufficialmente se ne dichiarino circa 15 mila (Ib.), ma il dato è certamente sottostimato.

Diverse organizzazioni cattoliche, tra cui Scienza e Vita che conta già 106 centri in Italia ed è in costante aumento la sua presenza nelle facoltà di medicina del paese, sostengono energicamente il “diritto all’obiezione di coscienza” e si mostrano soddisfatti dell’aumento dell’obiezione di coscienza sul territorio nazionale. "Il numero di obiettori di coscienza è in aumento ", dice il portavoce Massimo Gandolfini . "E' soprattutto grazie a organizzazioni come la nostra. Questo è importante perché è una vittoria della democrazia" (Ib.).

D'altra parte, i gruppi e le associazioni favorevoli alla legge, si dicono sempre più preoccupati per l'aumento dell'obiezione di coscienza che mette a forte rischio la garanzia di un servizio gratuito e legale, istituito da una legge dello stato.

Alcune ricerche e diversi osservatori rimarcano il fatto che non tutti i medici si dichiarano obiettori per ragioni morali o religiose ma, molto spesso, la scelta è dettata dal rischio di isolamento, stigmatizzazione o da un grande carico di lavoro a cui andrebbero incontro. L'associazione Vita di Donna, sostiene che a causa della ingerenza di numerose associazioni mediche cattoliche e di professionisti con orientamento cattolico ai vertici delle organizzazioni sanitarie e ospedaliere, i medici sono spesso scoraggiati dal dichiararsi non obiettori, poiché questo inibirebbe la mobilità di carriera.

Una recente ricerca (2011-2012) condotta dall’antropologa Silvia De Zordo⁸, in due ospedali milanesi e due romani, conferma quanto appena detto, riscontrando dichiarazioni di obiezioni da parte del personale laico e operatori/trici che si dichiarano credenti ma non sono obiettori/trici. Inoltre, tutti gli obiettori e obiettrici dichiarano che l’aborto sia un diritto fondamentale delle donne e nessuno/a di loro abolirebbe la legge 194; d'altra parte il personale non obiettore ma che si dichiara credente, sostiene la propria scelta perché antepone il dovere di medico e il benessere della paziente alle proprie convinzioni, oppure perché si oppone alle discriminazioni e al maltrattamento delle pazienti.

Conclusioni

Lo studio che abbiamo fino qui tracciato mostra orientamenti, comportamenti e legittimazioni diverse che circondano la pratica dell'aborto, pur non evidenziando mai un atteggiamento positivo, di palese accettazione e approvazione di essa. Luc Boltanski in un suo lavoro ampio, articolato e complesso sull’aborto e la generatività (engendrement), in cui riprende una ricerca antropologica di George Devereux (*A Study of abortion in Primitive society*, 1955), nota, infatti, che se “nell’ordine della natura tutto sarebbe identico dappertutto. In quello della cultura, tutto sarebbe differente dappertutto” (Boltanski, 2004).

Nella sua analisi sociologica, Boltanski individua due importanti proprietà dell’aborto. La prima è l’*universalità* pratica, come già aveva notato Devereux: nel senso che in tutte le società conosciute e di cui si dispone di indagini e dati, essa è conosciuta, per lo meno si sa di

⁸ A detta ricerca ho partecipato personalmente in qualità di Assistente

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

cosa si parla. Ma sebbene universalmente conosciuto nella sua possibilità e molto frequente nella sua pratica, l'aborto rimane comunque nell'ombra e, senza dubbio, questo

“essere lasciato nell'ombra, permette a questa pratica di mantenersi in una posizione ambigua, senza che la tensione tra l'accettabile e il proibito sia troppo viva. In quanto possibilità, si evita di parlarne. Quanto alla sua pratica essa è molto spesso dissimulata, ma in una maniera che oscilla fra la clandestinità propriamente detta (...) e la pratica discreta che permette a coloro che non vogliono sapere di fare come se niente fosse”(Boltanski, 2004, 39).

Tutto ciò rende lo studio dell'aborto molto difficile e, come vedremo più avanti, il confronto tra paesi dove è illegale e quelli dove è legale, conferma l'atteggiamento duplice e ambiguo verso la pratica, come illustra Boltanski. Del resto riscontriamo quotidianamente la reticenza delle donne a parlare della loro esperienza di aborto (volontario, ma anche spontaneo) anche nei paesi dove questo è legale ed è stato oggetto di lotte, rivendicazioni e conquiste.

La seconda caratteristica dell'aborto riguarda la sua *legittimità* e il suo posto tra il “proibito” e il “permesso”. L'aborto sembra sospeso tra l'ordine del *trasgressivo* e quello dell'*accettabile* e condannato a fluttuare tra queste due posizioni estreme.

“Generalmente disapprovato per *principio*, è molto spesso tollerato in *pratica*, tutto accade come se fosse difficile ammetterne la legittimità, poiché la questione della validità di questo atto è posta in ogni generalità, ma, al contempo, vi fosse sempre possibile accettarlo in certe situazioni e, soprattutto, di chiudere gli occhi su questa possibilità, di ignorarla” (ibidem, 38).

Questa ambiguità sociale e culturale della pratica abortiva fa sì che vi sia anche un certo silenzio dei ricercatori, tanto è vero che ben poco si è scritto, in Italia come in Francia, dopo gli anni '70, se non su indagini epidemiologiche, sanitarie e ministeriali come osservatori dell'abortività nazionale.

Dagli anni '70 e dalla ricerca e gli studi di genere emerge un'altra lettura che possiamo dare a questo saggio, cioè quella del controllo sociale del corpo femminile: aborto, generatività, sterilità, mutilazioni genitali sembrano fluttuare, in tutti i paesi del mondo, tra l'illegittimo e l'accettato, tra l'illegalità e la tolleranza di gran parte dei Pvs e tra la legalità e la disapprovazione morale nella maggior parte dei paesi industrializzati. Ancora una volta regna l'ambiguità, il “non detto”, atto privato (tutto al femminile) negato in pubblico o atto pubblico (medico e legale) passato sotto silenzio nella vita privata delle donne. L'ambiguità, il silenzio, la paura delle stigmatizzazioni, è risaputo, lasciano spazio al controllo sui corpi e, ancora una volta, si tratta di corpi di donne (Lombardi, 2005).

Tra le righe di questo saggio si scorge anche che l'aborto è un problema che non si esaurisce solo attraverso l'istituzione di servizi socio-sanitari efficaci ed efficienti, il raggiungimento di condizioni di benessere diffuso, di alti livelli educativi, l'emanazione di leggi adeguate, perché la maternità, quanto la sua negazione, fanno parte di un vissuto straordinariamente complesso che riguarda il corpo e la mente, l'individuo e le sue relazioni, il conscio e l'inconscio, la condizione sociale e la continuità della specie (ib.).

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

In definitiva, riteniamo che le motivazioni a sostegno dell'aborto volontario definite dall'IPPF, possano essere condivise e diffuse a loro volta perché affermano diritti fondamentali come la *salute*, l'*autodeterminazione*, la *scelta*.

Pertanto, L'IPPF (International planned parenthood federation) ritiene che l'aborto debba essere *legale*, *sicuro* e *accessibile* a tutte le donne che vivono in Europa, per le seguenti ragioni:

Salute: per la salvaguardia della salute della donna, per ridurre la mortalità e morbilità come conseguenza degli aborti illegali e non sicuri;

Scelta: assicurare che le donne abbiano le informazioni necessarie per l'esercizio dell'autodeterminazione, dell'uguaglianza e della libertà sessuale e che abbiano accesso a colloqui e consulenza (*confidential counseling*) e ai servizi per la regolamentazione della fertilità;

Diritto: proteggere i diritti umani di base delle donne e assicurare che questi diritti non siano iniqui e compromessi: l'aborto è un diritto riproduttivo e sessuale fondamentale e deve essere esercitato a richiesta della donna.

“Fra i tanti dibattiti sull'aborto vi è quello del giustificare l'aborto sul terreno della salute (delle donne, dei bambini, della comunità) o sul terreno del diritto (aborto come parte dei diritti umani e di quelli delle donne in particolare) ... nella sfera morale non c'è un diritto all'aborto ma un forte diritto alla scelta, e questo include il diritto a scegliere di abortire. Vi è il diritto all'autonomia, e il diritto all'integrità del corpo, e questi sono ampiamente sufficienti per includere il diritto all'aborto. (Frances Kissling, ex-President del Movimento europeo “Catholics per una Libera Scelta”- CFFC):

Bibliografia

- Addor V, Narring F, Michaud PA. Abortion trends 1990–1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence. *Swiss Med Wkly*. 2003;133:219–26.
- Boltanski L., *La condition Fœtal*, Gallimard, Paris, 2004.
- Campomori F., *Quando la cittadinanza diventa locale: immigrazione e diritti sociali in Italia*, 2008
- Colombo Svevo M., *Le politiche sociali nell'Unione Europea*, Franco Angeli, Milano, 2005
- Connelly T., *Conscientious objection a controversial issue in Italy's abortion regime*, RTE News, 14 June 2013
- Eskild A, Helgadottir LB, Jerve F, et al. *Induced abortion among women with foreign cultural background in Oslo*. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122:1355–7.
- EUROSTAT, *Migration and migrant population statistics*, May, 2014
- Farina P., Ortensi L., *Maternità, contraccezione, interruzioni volontarie di gravidanza*, in IRER, *Indagine sulla presenza nel territorio lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili*, Rapporto finale, IRER, 2010, pp. 83-110.
- GUTTMACHER INSTITUTE, *Facts on Induced Abortion Worldwide*, NY, 2012
- Helstrom L, Odland V, Zatterstrom C, et al., *Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden*. *Scand J Public Health* 2003; 31:405–10.
- Hennen, C., *More female fetuses aborted in Europe*, DW - Deutch Welle, 7-1-2013
- IOM, *Gender and Migration*, International Organization for Migration, 2005.

Abortion and reproductive rights of migrant women in Italy and Europe.

behaviours, policies, current debates

by Lia Lombardi

(ISMU Foundation; University of Milan)

- ISLAM IN EUROPE, *Netherlands: abortion rate higher by immigrants*, 20-10-2006
- Lazdane G., *Abortion in Europe: ten years after Cairo*, in "Entre Nous", n. 59, 2005
- Lombardi L. et al., *La salute degli immigrati in Lombardia*, in *Gli immigrati in Lombardia*, Rapporto 2012, ISMU-ORIM, 2013
- 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., *Disuguaglianze di genere e salute riproduttiva: uno sguardo su alcuni paesi del Mediterraneo*, in Tognetti Bordogna M., (a cura di), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, FrancoAngeli, Milano, 2008, pp. 99-134
- Lombardi L., *Disuguaglianze di salute e disuguaglianze sociali: una prospettiva di genere*, in Pullini A. (a cura di), *Disuguaglianze sociali e di salute*, Fondazione Ismu, Milano, 2011, pp. 41-79
- Lombardi L., *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, FrancoAngeli, Milano, 2005
- Moreau C, Bajos N, Bouyer J, et al. *Access to health care for induced abortions. Analysis by means of a French national survey*. Eur J Public Health. 2004;14:369–74.
- Pasini N., et al. *La salute degli immigrati in Lombardia*, in *Gli immigrati in Lombardia*, Rapporto 2011, ISMU-ORIM, 2012
- Plebani F., *Europa, welfare e immigrazione*, in Pasini N., *Confini e irregolarità. Cittadinanza sanitaria in una prospettiva multilivello*, Franco Angeli, Milano, 2011
- Rasch et al., *Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth*, in "The European Journal in Public Health", n. 7, 2007, pp. 1-6
- RELAZIONE del Ministro della Salute, sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78), 2013, (www.sanita.it)vbc
- Spinelli A. et al., *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Rapporti ISTISA 06/17
- Van Oorschot W., *Solidarity towards immigrants in European welfare states*, in "Int J Soc Welfare", 2008: 17: 3–14
- WHO, *Charting the way to well-being*, The European health report 2012, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, , 2013
- Zanfrini L. (a cura di), *La rivoluzione incompiuta. Il lavoro delle donne tra retorica della femminilità e nuove disuguaglianze*, Edizioni Lavoro, Roma, 2005
- Zlotnik H., *The Global Dimensions of Female Migration*» in "the Migration Information Source", March 1, 2003.
- Zurriaga et al., *Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations*, Gac Sanit. 2009;23(Supl 1):57–63