FONDAZIONE ISMU
INIZIATIVE E STUDI SULLA MULTIETNICITÀ

Genere, salute e politiche sociali in Europa

La salute delle donne migranti tra diritti, accesso ai servizi, disuguaglianze

di Lia Lombardi

Gennaio 2016

Genere, salute e politiche sociali in Europa. La salute delle donne migranti tra diritti, accesso ai servizi, disuguaglianze

di Lia Lombardi

La domanda che da lungo tempo si pongono le discipline sociali e l'epidemiologia sulle differenze di salute che esistono in tutte le società è: a cosa sono imputabili queste differenze? Le stesse discipline, a livello internazionale, hanno evidenziato "che la distribuzione di salute e malattia all'interno di una società non è mai casuale, ma strettamente interconnessa alla posizione di una persona nell'ambito della stratificazione sociale[1]" (Giarelli, Venneri, 2009: 405). La connessione tra posizione sociale e livello di salute-malattia è definita *gradiente sociale*. Ciò significa che ad ogni livello della posizione sociale misurata, chi si colloca in quella più avvantaggiata presenta un profilo di salute migliore di chi si colloca in una posizione sociale più svantaggiata. Questo permette di affermare che le malattie sono in buona parte "socialmente costruite" e che le modalità e le possibilità di esperirle dipendono dalla posizione sociale degli individui nelle diverse società (ibidem). Perciò, le disuguaglianze sociali di salute possono essere definite come "le differenze sistematiche di salute tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno di una società" (ibidem: 411).

Presupponendo che la dimensione della salute sia elemento determinante per la comprensione del sistema di disuguaglianze, sia sociali, sia di genere, questo studio entra nello specifico della correlazione tra disuguaglianze di genere e salute evidenziando, attraverso una prospettiva mondiale, sia la costruzione sociale della disuguaglianza di genere sia l'accumulo delle disuguaglianze che riguardano le donne: disuguaglianze sociali, di genere, di salute, e anche di generazione, laddove si tratti di adolescenti e minori.

1. Globalizzazione, salute e politiche

In una riflessione sulle disuguaglianze sociali e di salute non possiamo non tenere conto di quelle che esistono tra nazioni e tra macroaree del mondo. Come indicano Giarelli e Venneri (2009: 424), non solo "esiste una sorta di gradiente internazionale delle disugua-

[1] Per descrivere le disuguaglianze, i sociologi parlano di *stratificazione sociale* che può essere definita come "un sistema di disuguaglianze strutturate tra raggruppamenti differenti di persone. (…) È possibile concepire le società come costituite da strati ordinati gerarchicamente, dove i privilegiati stanno in alto e i meno privilegiati in basso" (Giddens, 2000: 213)

glianze ma esso si presenta ancora più ampio che all'interno dei singoli paesi" mostrando un maggiore divario tra i paesi del Nord e del Sud del mondo, specialmente in base ad alcuni indicatori di salute fondamentali (tab. 1).

Tabella 1 – Indicatori di salute su tre macro-regioni

	Speranza di vita alla nascita M/F	Mortalità infantile per 1000 nati vivi (sotto i 5 anni)	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (%)	Tasso di mortalità materna (ogni 100 mila nati vivi)
Totale mondiale	68/72	52	70	210
Regioni sviluppate	74/81	7	-	16
Regioni in via di sviluppo	67/70	57	-	240
Paesi meno sviluppati di tutti	59/62	99	-	430
Stati arabi	67/71	44	76	140
Asia e Pacifico	69/72	40	69	160
Europa orientale e Asia centrale	63/74	26	98	32
America latina e Carabi	71/78	23	91	81
Africa Su-Sahariana	55/57	110	48	500

Fonte: UNFPA, *Lo stato della popolazione nel mondo*. Indicatori selezionati, 2013

È evidente che il gradiente internazionale di salute tra le nazioni è il risultato, prevalentemente, della disparità di ricchezza, come si può notare dalla considerevole differenza tra la speranza di vita alla nascita della popolazione dei paesi ricchi e quella dei paesi poveri. Bisogna, inoltre, considerare la determinante dipendenza delle disuguaglianze (interne ai paesi e tra di essi) dalle politiche sociali e sanitarie adottate dai governi. A questo proposito Giarelli e Venneri (2009: 427) utilizzano quattro indicatori:

- la spesa sanitaria pro capite (in US $);
- la spesa sanitaria totale come % del PIL;
- la spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale;
- la spesa sanitaria pubblica come % della spesa pubblica totale.

Nella tabella che segue riportiamo questi indicatori relativamente ad alcuni paesi selezionati, in modo da mostrare le sostanziali differenze anche all'interno delle medesime aree del mondo.

Tabella 2 – La spesa sanitaria di alcuni paesi selezionati

Paese	Spesa sanitaria pro capite (in US $). (2013)	Spesa sanitaria totale % PIL (2013)	Spesa sanitaria pubblica -% della spesa sanitaria totale (2013)
Paesi industrializzati			
USA	9,146	17.1	47,1
GB	3,598	9.1	83.5
Svezia	5,680	9.7	81.5
Italia	3,155	9.1	78.0
Spagna	2,581	8.9	70.4
Paesi in transizione			
Moldova	263	11.8	46.0
Ungheria	1,056	8.0	63.6
Kazakistan	580	4.3	53.1
Armenia	159	4.5	41.7
Rep. Ceca	1,367	7.2	83.3
Paesi emergenti			
India	61	4.0	32.2
Brasile	1,085	9.7	48.2
Cuba	603	8.8	93.0
Paesi più poveri			
Etiopia	25	5.1	61.0
Senegal	46	4.2	52.3
Bangladesh	32	3.7	35.3
Haiti	77	9.4	7.4
Cambogia	76	7.5	20.5
Mozambico	40	6.8	46.4

Fonte: World Bank, dati 2013: http://data.worldbank.org/indicator

Le ragioni della persistenza di tali disparità e disuguaglianze e del fallimento del progetto di *cooperazione sanitaria internazionale* pronunciato a Alma Ata nel 1978, risiedono principalmente nel cambiamento di clima politico determinato dalla globalizzazione e orientato all'affermazione del neoliberismo. Questo orientamento, sostenuto e promosso dal Fondo monetario internazionale e dalla Banca mondiale, ha assunto caratteristiche particolari nei paesi poveri e in quelli meno industrializzati, acutizzando le condizioni di povertà e di cattiva salute.

Un'inversione di tendenza si rende necessaria, quindi, nella cooperazione sanitaria internazionale, "fondata sulla salute come bene comune e non come merce, sul rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, sulla promozione di un accesso equo ai servizi sanitari di base, su di un approccio comprensivo e multisettoriale che coinvolga la popolazione; e, soprattutto sull'idea di salute come diritto fondamentale" e inviolabile (Giarelli, Venneri, 2009: 429).

2. Disuguaglianze di genere e di salute

Le differenze di mortalità e morbilità osservabili tra i sessi, soprattutto nei paesi industrializzati, fanno pensare alla prevalenza dei fattori biologici, cioè ad una costituzione fisica più o meno resistente a seconda dei sessi. Le caratteristiche e le cause di questa maggiore mortalità e morbilità variano nei diversi gruppi sociali, ma il quadro generale mostra che la vita delle donne è meno salutare di quella degli uomini. La spiegazione di questo apparente paradosso risiede nella complessa relazione tra fattori biologici e sociali che determinano salute e malattia degli esseri umani (Vinay, 2004). I rischi di salute specifici delle donne sono spesso sottovalutati come quelli legati al lavoro domestico, alla responsabilità nella cura dei familiari, alla coesistenza di più ruoli lavorativi, alla violenza di genere e anche ai rischi creati dalla ricerca medica e farmacologica, per mancata attenzione alla specificità di genere. Perciò i bisogni specifici di ciascun genere in tema di salute devono essere resi visibili da studi approfonditi e dati disaggregati per sesso per progettare e implementare politiche di promozione della salute adeguate ed efficaci, che dispongano anche di informazioni sulle diverse realtà di vita dei generi, i diversi ruoli lavorativi e occupazionali, la diversa esposizione ai rischi per la salute (ibidem).

Il rapporto tra salute e disuguaglianze di genere va dunque letto nelle dinamiche e nelle interrelazioni tra culture, generi, condizioni sociali e stati di salute e nei meccanismi di riproduzione della disuguaglianza (Lombardi, 2005, 2008, 2011). Infatti, una delle chiavi dello sviluppo sostenibile sta nel riconoscere i costi delle discriminazioni di genere e i vantaggi dell'uguaglianza, renderli evidenti ai responsabili politici e promuovere gli interventi adeguati.

Sono già stati fatti vari passi per mettere fine alla condizione d'invisibilità delle donne: nel 1979 la comunità mondiale adottò la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (Cedaw). La Convenzione ha forza di legge internazionale ed è stata ratificata da 165 dei 188 paesi membri delle Nazioni Unite. Anche l'assistenza sanitaria e l'istruzione per le ragazze e le donne sono oggetto di accordi internazionali, in particolare di quelli conclusi in occasione di una serie di conferenze mondiali sulle donne, che ha avuto inizio nel 1975 (tra le quali ricordiamo l'ultima di Pechino nel 1995), della Conferenza Mondiale sull'Istruzione per tutti del 1990 e della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo del 1994. In questi ultimi decenni si è così riscontrato un maggiore impegno dei paesi per la popolazione e lo sviluppo, introducendo misure per soddisfare i bisogni delle donne in materia di salute, istruzione

e salute riproduttiva, ormai sanciti come diritti umani. Accanto a ciò vi sono molte organizzazioni femminili in Asia, Africa e America latina che oggi stanno cercando di raggiungere questi obiettivi anche attraverso la sensibilizzazione e la collaborazione con gli uomini. Nondimeno le disuguaglianze di genere sono ancora molto diffuse e questo è sia un problema pubblico sia una dimensione legata alla sfera privata e culturale, radicata nella popolazione. Per questi motivi la parità tra i generi incontra molti ostacoli, specie nei paesi in cui la supremazia maschile è alla base della struttura familiare (Giarelli, Lombardi, 2010).

La situazione attuale sperimenta un'economia mondiale "a due velocità" che allarga il divario tra persone e paesi ricchi e poveri, rendendolo ancora più complesso e diversificato. Come fanno notare George e Wilding (2002), la globalizzazione comporta aspetti positivi e negativi per le donne: da un lato, ha contribuito all'espansione del lavoro femminile; a migliorare le prospettive educative delle donne; ha reso la contraccezione maggiormente disponibile e fruibile; si sono creati movimenti femminili internazionali; ha contribuito a migliorare le attitudini verso le donne; ha reso note relazioni tra i generi più paritarie: in un certo senso, la globalizzazione, ha contribuito a ridurre le disuguaglianze di genere. Dall'altro, il processo globale ha influito negativamente sul welfare state; ha contribuito all'incremento di lavori sotto-pagati e insicuri, all'emergere del turismo sessuale e all'aumento delle famiglie monoparentali che hanno avuto un effetto avverso sul welfare delle donne. Lo stato di salute della popolazione, infatti, dipende in maniera sostanziale dalla distribuzione della ricchezza, dalle protezioni sociali, dalle politiche socio-sanitarie, dall'accesso ai servizi, come spesso ci dimostrano le condizioni di salute e le politiche dei diversi paesi.

3. La salute delle donne: uno sguardo sul mondo

Come si definisce, dunque, la salute riproduttiva, a quali fattori fa riferimento? Secondo il Programma di Azione della Conferenza del Cairo per lo sviluppo mondiale, "La salute riproduttiva è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che riguarda tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e di decidere se, quando e quanto spesso farlo (…). Implicito in questa condizione è il diritto di accesso a servizi sanitari appropriati che permettano alle donne di affrontare la gravidanza e il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere un bambino sano" (Programma di azione del Cairo, par. 7.2, 1994).

Come è noto però, i diritti sanciti da questa dichiarazione non sono garantiti in tutte le regioni del mondo, proprio a causa delle interconnessioni tra i diversi fattori della disuguaglianza, come:

- le condizioni socio-economiche delle donne e del paese;
- la carenza di servizi per la salute e la difficoltà di accedervi;
- le disuguaglianze di genere culturalmente sostenute;

- la mancanza di politiche di contrasto delle disuguaglianze;
- la disparità tra donne e uomini in termini rispetto all'istruzione, all'occupazione, all'accesso alle risorse economiche e finanziarie e all'esercizio del potere.

In altri termini, la salute riproduttiva è un indicatore dello stato di salute specifico delle donne, cioè quello connesso alla capacità di "fare bambini", ma è anche un indicatore di sviluppo della società, misurato in: *mortalità maternità, salute riproduttiva delle/gli adolescenti, aborto sicuro, anemia gravidica, accesso ai servizi per la salute riproduttiva, tasso di fecondità, politiche di pianificazione familiare, violenza di genere, mutilazioni genitali femminili, diffusione dell'Hiv/Aids.*

Ci soffermiamo solo su alcuni di questi indicatori. Per quanto riguarda la mortalità materna (tab. 1), questa assume un particolare rilievo tanto che il quinto tra gli otto Obiettivi del Millennio (Millennium Development Goals o MDG) posti dalle Nazioni Unite[2] all'inizio di questo secolo è quello di "Migliorare la salute materna", riducendo di tre quarti il tasso di mortalità materna e rendendo possibile, entro il 2015, l'accesso universale ai sistemi di salute riproduttiva.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce mortalità materna "la morte di una donna mentre è incinta o entro quarantadue giorni dalla fine della gravidanza, a prescindere dalla durata o dal contesto della gravidanza o aggravata da questa condizione o dal suo decorso, ma non per cause accidentali o per incidenti".

Le cause di morte materna, in ogni caso, sono ancora le stesse: l'80% sono dovute a complicanze ostetriche dirette (emorragia, sepsi, complicanze dell'aborto, preclampsia, durata eccessiva del travaglio e ostruzione del canale del parto) e il 20% a cause indirette (condizioni mediche generali aggravate dallo stato di gravidanza e dal parto, come l'anemia, la malaria, l'epatite e l'Aids) (UNFPA, 2014) e, nonostante i progressi compiuti, la situazione è ancora grave nel mondo (tab. 1).

Altrettanta importanza assume l'assistenza a gravidanza e parto condotta da personale qualificato: circa 40 milioni di donne non ricevono alcuna assistenza prenatale e solo la metà di tutte le donne gravide riceve una vaccinazione antitetanica; nei paesi in via di sviluppo solo il 62% dei parti è assistito da personale qualificato (UNFPA, 2010)[3].

Tra le adolescenti, la mortalità materna è tre volte più alta che fra le donne adulte e le cause più comuni sono attribuibili alle complicanze dell'aborto non sicuro, della gravidanza e del parto. Nella tabella 3 sono mostrate le percentuali di nascite tra le adolescenti nelle diverse aree del mondo, evidenziando come alla fragilità *generazionale* si aggiunga a quella *sociale* e a quella di *genere*, generando così un'*accumulazione* di disuguaglianze che pesa, sostanzialmente sul loro stato salute.

[2] La Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite è stata firmata nel settembre del 2000 da 191 stati membri dell'ONU.

[3] Per personale qualificato si intende un operatore sanitario, solitamente medico, ostetrica o infermiera/e, che abbia ricevuto una formazione professionale e abbia le competenze per gestire un travaglio e un parto normali, riconoscere in tempo ed eseguire eventuali interventi immediati, iniziare la terapia e supervisionare il trasferimento di madre e bambino a un livello ulteriore di assistenza, laddove necessario. Le levatrici tradizionali, dotate o meno di una formazione professionale, non sono considerate personale qualificato (UNFPA, 2004).

Tabella 3 - Nascite tra le adolescenti nelle regioni del mondo

Dati mondiali e regionali	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 2005/2010
Totale mondiale	49
Regioni sviluppate	24
Regioni in via di sviluppo	53
Paesi meno sviluppati di tutti	106
Stati arabi	*48*
Asia e Pacifico	*35*
Europa orientale e Asia centrale	*32*
America latina e Carabi	*73*
Africa Sub-Sahariana	*117*

Fonte: UNFPA, *Lo stato della popolazione nel mondo*, Indicatori selezionati, 2003

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 al 6% di quelli che avvengono nei PSA (Paesi a sviluppo avanzato).

In Europa, dove l'interruzione di gravidanza è diffusamente legale, il 30% delle gravidanze terminano in un aborto e vi troviamo sia i tassi più bassi sia quelli più alti di abortività: nelle regioni occidentali abbiamo un tasso medio pari a 12 interruzioni 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.) (Guttmacher Institute, 2012).

4. Migrazioni, differenze di genere e salute

Il confronto tra culture aiuta a capire quanto le differenze di genere siano fenomeni socialmente e culturalmente costruiti: basti pensare agli studi di Margaret Mead (1967) e di Gregory Bateson (1988) che illustrano come, a partire dai corpi e dalle somiglianze e differenze fra di essi, quindi dalle definizioni di maschile e femminile, i gruppi sociali impongono ai propri appartenenti una serie di atteggiamenti emotivi obbligatori e una serie di comportamenti. Margaret Mead (1967) già indica il corpo come elemento di conoscenza al confine tra genere e cultura.

Il discorso sulle differenze (di genere o di cultura) è ben presente anche all'interno del pensiero femminista, laddove la visione postmodernista del pensiero della *differenza,*

intrecciandosi con le teorie delle pensatrici etniche e post-coloniali, porta ad una riflessione che affronta oggi la questione della differenza in termini di multiculturalità, e che spinge a riflettere non tanto in termini di *differenza*, quanto di *differenze* (Piccone Stella, Saraceno, 1996: 19). In tal senso il pensiero femminista, attraverso l'elaborazione del concetto di genere e del soggetto donna, si avvicina ai temi del multiculturalismo, con l'accettazione della complessità sociale, dell'esistenza di soggetti multipli, della pluralità dei riferimenti di valore.

A questo proposito l'esperienza delle donne migranti è illuminante: esse non vivono solo tra due culture, ma sono chiamate a fronteggiare i vincoli delle culture di origine e a sviluppare delle modalità di comportamento nuove, che non sono né quelle del paese di provenienza, né quelle del paese di approdo (Lombardi, 2009).

Oggi capita frequentemente di parlare di "femminilizzazione della migrazione" ma cosa significa esattamente? Questa terminologia è 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 e, uno degli aspetti più importanti delle migrazioni recenti riguarda la presenza della manodopera femminile sia nel lavoro informale sia in quello formale (Zanfrini, 2005).

Le donne, come gli uomini, sono sempre migrate 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 indicativa 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).

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) osserva che le donne migranti sono più vulnerabili degli uomini rispetto agli abusi fisici, sessuali e verbali; che sono facilmente preda dei trafficanti di persone e dell'industria del sesso. Inoltre, è necessario introdurre prospettive di analisi di genere rispetto alla salute perché, anche in questo campo, gli uomini e le donne migranti presentano caratteristiche e rischi diversi. 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 (Zanfrini, 2005).

Come evidenzia la stessa IOM, il processo migratorio comprende diverse fasi e fattori che influenzano la salute delle persone migranti e che contribuiscono alla loro condizione di benessere. Tra questi possiamo distinguere: a) i fattori legati alla fase pre-par-

tenza; b) le condizioni del viaggio; c) i fattori legati al contesto e alla comunità "ospitante" e a questi tre gruppi di fattori s'intrecciano 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 e il peso delle disuguaglianze che in essa si costruiscono e che, spesso, si rafforzano. Possiamo così individuare alcuni fattori chiave che sono alla base della condizione sociale delle donne migranti. Per esempio (IOM, 2005):

- i fattori individuali (capacità e risorse personali, età, istruzione, stato di salute, ecc.);
- i fattori sociali riferibili al ruolo delle donne e alle norme culturali (comportamenti, religione, rapporto tra i sessi, ecc.);
- le politiche d'immigrazione stabilite dai paesi di destinazione (regolamentazione dei permessi di soggiorno, status legale, diritti sociali e civili, ecc.);
- le reti relazionali (parenti, amici, conoscenti, associazioni e gruppi di sostegno, ecc.).

Ancor più, però, il loro status è determinato dalle disuguaglianze di genere espresse (ibidem):

- nella discriminazione uomo-donna rispetto all'istruzione, all'occupazione, all'accesso alle risorse economiche e finanziarie, alla distribuzione del potere;
- nei modelli e comportamenti culturali di riferimento;
- nelle relazioni uomo/donna regolate dalla subordinazione della donna;
- nella povertà e/o nella fragilità dello stato di salute;
- nelle infrastrutture sanitarie dei paesi di origine che possono limitare il già povero accesso alle cure delle donne, in rapporto agli uomini;
- nella violenza contro le donne con tutte le conseguenze sulla loro salute, sulla capacità di autodeterminarsi e auto-stimarsi e, quindi, sulla conduzione quotidiana della loro vita.

4.1 Percorsi migratori al femminile, in Italia

Secondo le stime ISMU (Blangiardo, 2015), al 1°gennaio 2015 si registra una presenza di persone straniere residenti pari a 5 milioni (circa il 7% della popolazione totale) con una lieve supremazia femminile pari al 52,7% (con un campo di variazione che va dal 27,4% tra i senegalesi al 79% tra gli ucraini). La distribuzione per età mostra una seppur lenta transizione verso l'età matura con l'età mediana maschile pari a 32 anni e femminile pari a 35 (+1 e +3 anni rispettivamente, con riferimento al decennio 2005-2015). Si conferma il consolidamento dell'immigrazione a struttura prevalentemente familiare con una presenza di minori di 1 milione e 85 mila unità (21,6% della popolazione straniera residente).

La concentrazione femminile di alcune nazionalità è strettamente legata al progetto e alla tipologia migratoria distinguibile in due gruppi prevalenti:

- le donne che giungono per *ricongiungimento familiare* (fenomeno evidenziatosi soprattutto negli anni '90 e caratterizzato da donne provenienti dal Nord Africa);
- le donne che *migrano da sole*, fungendo spesso da pioniere per figli e compagni rimasti nei paesi di origine. Quest'ultimo tipo di migrazione femminile appartiene a ondate più recenti, intensificatesi a partire dagli anni 2000.

Le diverse modalità di avvio del processo migratorio non rinviano in maniera schematica ad atteggiamenti predefiniti poiché il percorso migratorio si differenzia in ogni tappa (dalla partenza, all'arrivo e alla permanenza) a causa dei processi di cambiamento che investono le *relazioni di genere, i legami familiari, il ruolo delle donne.* In Italia, la migrazione femminile ha un suo peso quantitativo e qualitativo che si manifesta nei percorsi migratori, negli ambiti occupazionali, nelle situazioni familiari specifiche e anche in ben definite provenienze. Dalla fine degli anni '90 la migrazione verso l'Italia assume la caratteristica della *femminilizzazione* che vede una consistente prevalenza delle donne provenienti dai paesi dell'Europa orientale. Si tratta soprattutto di donne sole, con un progetto migratorio a breve e lungo termine, principalmente occupate come collaboratrici domestiche o assistenti familiari (Lombardi, 2005).

Questo fenomeno non è attribuibile solo alla realtà nazionale ma s'inscrive in un processo internazionale di *globalizzazione dei compiti di cura* e rispecchia una tendenza "all'importazione di accudimento e amore dai paesi poveri verso quelli ricchi" (Hochshild, 2004: 22). L'Italia, tra i paesi mediterranei, sembra distinguersi sia per la quantità di donne immigrate sia per lo specifico impiego in attività assistenziali, più che domestiche, riservate non solo alle classi sociali "alte" ma diffusamente tra quelle medie e anche a basso reddito.

Il rapporto Censis 2010 (ultimo disponibile sull'argomento) sui rischi d'infortunio per i lavoratori domestici, descrive una popolazione impiegata nel settore a forte connotazione femminile (82,6%), di cui il 71,6% costituito da cittadine straniere provenienti, prevalentemente, dall'Europa orientale. Il 40% di esse lavora in condizione di totale irregolarità e il 22% di irregolarità parziale (Carrillo, Pasini, 2011): una tale condizione lavorativa mette la lavoratrice straniera a maggior rischio di infortunio (a causa della non regolamentazione dei tempi e degli orari di lavoro, dell'utilizzo di strumenti e prodotti non conformi o tossici, ecc.) e la priva di qualsiasi tutela a incidente avvenuto.

4.2. Non-Communicable Deseases, fattori di rischio, stili di vita. Differenze di genere

È noto che le malattie non trasmissibili (NCD) sono direttamente connesse agli stili di vita che già Max Weber (1995) collegava al concetto di status, stabilendo un'interconnessione dialettica tra chance di vita, determinate dalla struttura sociale, e scelte di vita, frutto della selezione da parte dell'attore sociale tra le chance di vita disponibili. Perciò, lo stile di vita di una persona diviene il risultato dell'interazione dialettica tra libertà soggettiva (scelte di vita) e possibilità determinate dalla struttura sociale (chance di vita): (Giarelli, Venneri, 2009: 186).

Le malattie non trasmissibili (NCD) sono le principali cause di morte a livello globale, comprendono soprattutto i disturbi cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie polmonari croniche. Il rapporto OMS del 2010 (WHO, 2010) evidenzia che la gran parte di questi decessi potrebbero essere evitati attraverso interventi adeguati ed efficaci. Infatti, le NCD sono causate, in larga misura, da quattro fattori di rischio comportamentali (Brown, 2013), che sono altrettanti aspetti pervasivi della transizione economica, della rapida urbanizzazione e degli stili di vita del 21° secolo: uso del tabacco, alimentazione scorretta, insufficiente attività fisica, abuso di alcol. I maggiori effetti di questi fattori di rischio si evidenziano nei paesi a basso e medio reddito e tra persone più povere di ogni paese (WHO, 2010). Tra queste popolazioni e gruppi sociali si può stabilire un circolo vizioso, in cui la povertà espone le persone a fattori di rischio e di malattie non trasmissibili che, a loro volta, possono diventare un importante motore per la spirale discendente che porta le famiglie verso la povertà (Pampel, Krueger, & Denney, 2010; Lombardi, 2011).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e gli enti governativi evidenziano sia le forti disuguaglianze sociali e sanitarie connesse alle patologie NCD sia gli elevati costi della sanità pubblica (Beauchamp, 1987; Granaglia, 1988; Fasano, Pasini, 2007; Skipper, 2012). Per queste ragioni, la *Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, approvata dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2000 e resa attuativa nel piano d'azione 2008-2013, afferma che un'azione intensiva è ormai necessaria in ognuno dei tre obiettivi della strategia stessa: a) realizzare la mappatura delle malattie non trasmissibili e le loro cause; b) ridurre i principali fattori di rischio attraverso la promozione della salute e la prevenzione primaria; c) rafforzare l'assistenza sanitaria per le persone affette da malattie non trasmissibili.

Considerato quanto sopra e che le condizioni di vita delle persone migranti sono notoriamente fragili e maggiormente esposte a comportamenti non corretti (abuso di alcol e di tabacco, cattiva alimentazione, scarsa attività fisica), il rischio di malattie non trasmissibili è sicuramente più elevato per questi gruppi di popolazione (Pampel, Krueger, & Denney, 2010; Pullini, 2011; Lombardi, 2011).

In linea generale, la popolazione straniera residente in Italia nel 2013 era stimata in 4.900.000 residenti, pari all'8,2% della popolazione totale e presentava uno stato di salute mediamente buono, con una percezione del proprio stato migliore rispetto a quella degli italiani (77% vs 68%). Tra il 2003 e il 2009 la mortalità standardizzata per età (18-64 anni) è stata in calo e inferiore a quella della popolazione italiana per tutte le principali cause,

tranne che per le cause esterne di morbosità e mortalità. L'ospedalizzazione degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) è inferiore rispetto alla popolazione italiana, specialmente tra gli uomini.

A fronte di una condizione di salute mediamente buona delle persone immigrate residenti in Italia, emergono significative disparità rispetto agli stili di vita e ai quattro indicatori principali: abuso di alcol, abuso di tabacco, attività fisica e alimentazione. Il rapporto PASSI[4], pubblicato nel 2015, mette a confronto stili di vita e abitudini di italiani e stranieri residenti in Italia rispetto alla prevenzione e alla cura della salute. Riportiamo alcuni risultati di questo rapporto (Nicosia, 2015).

Per quello che riguardo l'uso del tabacco, gli stranieri fumatori sono in maggioranza cittadini europei (40%), mentre l'uso del tabacco riguarda in percentuale molto inferiore gli immigrati indiani, filippini, cinesi e marocchini, e il 22% di fumatori che provengono dall'Africa Sub-sahariana.

Anche il consumo di alcol presenta delle discrepanze. L'alcol viene consumato soprattutto dei giovani maschi di età tra i 18 e i 24 anni. Il report PASSI evidenzia come il 44% degli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) intervistati consuma alcol, anche solo occasionalmente, mentre il 15% è un consumatore a rischio. Di questi, il 4% è un forte consumatore abituale di alcolici, l'11% beve fuori pasto e il 7% è un bevitore *binge*, cioè che compie "abbuffate" alcoliche.

Nonostante il consumo di alcol sia più basso tra gli stranieri rispetto agli italiani, esistono importanti differenze in base alle provenienze: tra le provenienze asiatiche e africane l'abuso di alcol riguarda rispettivamente il 7% e l'11%; nel caso delle provenienze dalle Americhe, il tasso di *binge drinking* sale al 22%.

Il 40% delle persone intervistate che provengono da PFPM dichiarano uno stile di vita attivo, sia dovuto al tipo di attività lavorativa (23%) sia alla pratica sportiva nel tempo libero (72%), mentre il 5% le pratica entrambe. Queste percentuali si avvicinano abbastanza alle abitudini del 33% degli italiani che si dichiarano attivi: l'87% fa sport nel tempo libero, il 10% svolge attività lavorative con sforzo fisico e il 3% le pratica entrambe. Gli intervistati che invece si dichiarano "parzialmente attivi" sono il 27% degli stranieri contro il 36% del campione italiano. La sedentarietà riguarda il 31% degli italiani e il 32% degli stranieri: un dato che aumenta tra le persone con titolo di studio inferiore, con maggiori difficoltà economiche, che sono disoccupate o non hanno un lavoro stabile (ibidem).

Un'analisi degli stili di vita non può essere completa se non si guarda anche l'alimentazione della popolazione. Una corretta alimentazione infatti è il primo fattore di prevenzione per le patologie che sono collegate direttamente all'obesità e alla cattiva nutrizione.

Per determinare quello che nel report PASSI è definito lo "stato nutrizionale" i ricercatori hanno utilizzato l'Indice di massa corporea (Bmi) come indicatore dello stato di

[4] PASSI: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, ricerca avviata nel 2006 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana. Realizzato dall'Università Ca' Foscari di Venezia in collaborazione con l'OMS e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

salute. L'indagine PASSI ha evidenziato che non ci sono grandi differenze tra la percentuale delle persone obese o in sovrappeso straniere provenienti da PFPM (39%) e tra gli italiani e gli stranieri provenienti da PSA (42%). Lo stato nutrizionale dipende, sia per gli italiani sia per gli immigrati, da fattori come l'età, le difficoltà economiche e la situazione lavorativa. Se nel caso del tabagismo, dell'abuso di alcol e dell'attività fisica lo stile di vita cambia in funzione del tempo trascorso in Italia, nel caso dello stato nutrizionale non si notano differenze dovute all'anzianità migratoria.

Il rapporto PASSI, infine, non tiene solo in considerazione i "big four" della salute pubblica, ma anche la prevenzione di diverse tipologie di cancro e del benessere in generale. Tra le persone immigrate da PFPM si osservano i livelli più bassi di copertura per gli screening cervicali, mammografici e per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto: a titolo esemplificativo, le donne straniere che si sono sottoposte a uno screening mammografico sono state il 58% rispetto al 70%degli italiani); mentre si sono sottoposte allo screening del tumore della cervice uterina il 68% delle donne straniere e il 76% delle italiane (Nicosia, 2015).

4.3 Donne migranti tra salute e diritti

L'analisi dei ricoveri ordinari dei residenti per sesso evidenzia, sia a livello delle regioni che a livello nazionale, un costante maggior ricorso del genere femminile, soprattutto tra i PFPM. A livello nazionale la proporzione dei ricoveri delle donne PFPM è del 68,5%, mentre per le PSA tale proporzione è del 52,5% (anno 2010)[5]. Questo fenomeno risulta stabile negli anni. La maggior frequenza di ricoveri tra gli uomini PFPM si verifica tra i 18-49 anni, mentre per le donne, più della metà dei ricoveri si concentra nella classe 18-34 anni (Agenas, 2013). Diversamente dalle donne provenienti da PSA, i ricoveri delle donne PFPM residenti, in età riproduttiva (15-49 anni), sono prevalentemente dovuti a cause ostetriche (oltre il 60%).

Più nel dettaglio si evidenzia che oltre la metà dei ricoveri ostetrici delle donne PFPM, è legata al parto con un trend in progressivo aumento (51% nel 2007; 58% nel 2010). La proporzione di ricoveri ostetrici dovuti all'IVG risulta costantemente superiore a quella delle cittadine PSA (circa 10%), ma in progressiva riduzione, passando dal 24% del 2007 al 19% del 2010 (ibidem).

Nel 2010, i parti delle donne PFPM rappresentano in Italia il 17% di tutti i parti, in progressivo aumento dal 2007 (14,7%). Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, come noto, è assai elevato tra le donne PFPM: in Italia nel 2010, quasi il 30% delle IVG è stato effettuato da donne PFPM, con un trend sostanzialmente stabile nel tempo (ibidem).

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.);

[5] I ricoveri ospedalieri e day hospital di regione Lombardia mostrano percentuali e andamenti simili (v. Lombardi et al., 2015).

la difficoltà di incontrare, o incontrare adeguatamente, i servizi e gli operatori; la tipologia del progetto migratorio (Lombardi, 2005; 2011). Infatti, le donne che presentano rischi più elevati sono quelle provenienti da alcune aree del Sudamerica (Perù e Bolivia); dall'Europa orientale (Ucraina, Moldova, Romania, Bulgaria); dall'Africa sub-sahariana. Si tratta, cioè, di donne con progetto migratorio autonomo, relativamente recente e ancora instabile, senza nucleo familiare proprio, occupate nel settore domestico e dell'assistenza familiare, spesso irregolari dal punto di vista giuridico.

Come molte ricerche dimostrano, tra cui l'indagine IRER condotta su territorio regionale (Farini, Ortensi, 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 (Lombardi, 2011). In generale, 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. Troviamo poi un progetto genitoriale molto simile alle italiane tra le donne filippine, le cinesi, le rumene perché occupate, stabilizzate e ricongiunte (Farina, Ortensi, 2010).

D'altra parte, lo stesso rapporto Agenas (2013) evidenzia che nonostante la salute delle persone immigrate presenta standard abbastanza buoni, esistono importanti disuguaglianze tra i diversi gruppi sociali per ciò che riguarda il percorso nascita, come si desume dai Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) che mostrano le disparità tra le cittadine di PSA, di PFPM regolarmente residenti in Italia e di PFPM non residenti. Per esempio:

a) l'età al momento del parto decresce costantemente dalle PSA alle PFPM residenti alle non residenti, mentre cresce la quota di donne con bassa scolarità.
b) La frequenza di donne coniugate è massima tra le PFPM residenti, anche perché il matrimonio è condizione necessaria per il ricongiungimento in Italia.
c) Tutti gli indicatori di buona assistenza in gravidanza (n. visite, età gestazionale alla prima visita, n. ecografie, indagini invasive pre-parto) presentano livelli inferiori per le donne PFPM, specialmente se non residenti, lasciando pensare a possibili problemi di accesso alle cure e/o ad un differente comportamento rispetto alla cura della gravidanza.
d) La struttura assistenziale di riferimento è in larga misura il consultorio pubblico per le PFPM e quella privata per le PSA.

5. Donne migranti e *welfare*: uno sguardo europeo*

A conclusione di questo paper facciamo cenno ad alcune caratteristiche generali delle politiche europee rispetto alle popolazioni migranti e ad alcune politiche specifiche che riguardano le componenti femminili più da vicino: i ricongiungimenti familiari, l'accesso all'assistenza sanitaria e le politiche di genere.

Gli studi sul fenomeno migratorio hanno assunto, ormai da anni, una valenza descrittiva perché attraverso essa 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 dice 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 *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 le carenze. D'altro canto, anche nei casi in cui le donne appartengano a strutture

* Il presente paragrafo è stato in parte elaborato con Daniela Carrillo nel 2011.

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 segue 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: 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: 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. 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.

In generale, nonostante si sia progrediti enormemente verso una europeizzazione delle politiche, il sistema di welfare rimane ancora nelle mani dei singoli stati, che dispongono così in maniera indipendente della sovranità sul tema ed in termini generali, 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.

5.1 Le politiche di ricongiungimento familiare

Sebbene da qualche decennio la situazione sia cambiata e già dagli anni '70 si assiste a una stabilizzazione del fenomeno migratorio le politiche di ingresso per riunificazione familiare che i paesi tuttora attuano sono restrittive e tendono a limitare l'afflusso di nuove persone attraverso questo canale, rendendo di conseguenza impervio il cammino di ricostruzione. Inoltre, la mancanza di chiare indicazioni europee su questo argomento, ha permesso il proliferare di leggi che nei diversi paesi hanno ristretto le maglie dell'entrata legale. Le condizioni che devono essere rispettate per poter accedere a questa forma di ingresso sono diverse, ma risentono in linea generale di una visione antica e eurocentrica di famiglia stessa (Samers, 2010). Essa si presenta dunque come limitata al coniuge e figli che non abbiano compiuto 18 anni e solo i paesi scandinavi, l'Olanda e l'Inghilterra, per esempio, prevedono la possibilità che la coppia appartenga allo stesso sesso.

In Germania, l'arrivo dei genitori è permesso solo in caso di gravi ragioni umanitarie, mentre in Spagna è molto più libero ed in Italia è limitato solo a quanti non abbiano altri parenti che possono prendersene cura (rispondendo sempre al concetto familistico di accudimento, che sembra permeare in maniera continuativa il legislatore). Questo aspetto incide in maniera duplice sulla vita delle donne migranti: sia sul piano affettivo e psicologico, la presenza di una figura parentale di riferimento potrebbe aiutare nei momenti di maggiore smarrimento, sia sul piano fattuale, in quanto viene meno un probabile aiuto alla donna nella gestione e nella cura dei figli, soprattutto per permetterle il ritorno al mondo del lavoro.

Inoltre, il percorso di ricongiungimento prevede anche un reddito minimo, ma in molti paesi europei compresi la Francia e l'Italia, per quanto quest'ultima possa essere inclusa data l'esiguità degli investimenti in questo settore, gli assegni familiari e le altre forme di protezione sociale offerte a chi ha una famiglia, non sono prese in considerazione nella dimostrazione del reddito; in Germania, sono addirittura considerati degli elementi a sfavore. La possibilità di disporre, poi di un alloggio adeguato è molto penalizzante in alcuni paesi, come l'Italia, in cui l'impiego delle donne nel comparto domestico implica che esse risiedano nell'abitazione del datore del lavoro rendendo di fatto impossibile il ricongiungimento cui avrebbero diritto, data la posizione lavorativa stabile.

5.2 L'accesso all'assistenza sanitaria

Per quanto riguarda invece il sistema socio-sanitario in Francia l'accesso ai servizi è condizionato, come negli altri paesi, alla regolarità del soggiorno ed esistono diverse forme statali di sussidio pubblico che garantiscono forme minime di protezione sociale e di accesso anche per chi è in condizioni fortemente precarie. Una serie di diritti minimi, risultato di accordi sovranazionali, sono garantiti per cui l'istruzione è un diritto, così come la possibilità di registrarsi presso le agenzie locali dei servizi sociali. Per quanto riguarda, invece, le cure mediche esse sono gratuite e offerte dall'Aide médicale de l'État (AME) a quanti possono dimostrare di risiedere sul territorio francese da almeno tre

mesi, gli altri invece sono curati dalla rete di servizi informale costituita da organizzazioni non governative e associazioni di volontariato.

La situazione è analoga in Germania, soprattutto per quanto riguarda l'accesso all'istruzione obbligatoria, le cure sanitarie invece che sono erogate al pari dei cittadini tedeschi a quanti posseggono un permesso di soggiorno, sono previste per le persone irregolari presso i presidi sanitari pubblici ma il personale socio-sanitario ha l'obbligo della segnalazione, di conseguenza si tratta di un servizio poco utilizzato che viene sopperito da organizzazioni non governative e di volontariato (Carrillo et al. 2010), nonostante non siano molti, ad oggi, i casi di segnalazione registrati. Inoltre, le difficoltà organizzative per richiedere il rimborso delle prestazioni rendono le strutture di accoglienza restie a prestare assistenza alle persone irregolari. La situazione diviene ancora più complessa a fronte della struttura federale dello stato, per cui i diversi Lander possono accentuare o ridurre le indicazioni dello stato.

Analogamente in Italia, il TU sull'immigrazione del 1998, che per tanti versi non è stato stravolto nella sua ispirazione nonostante le tante correzioni che si sono succedute, equipari il/la cittadino/o straniero/a in regola con il soggiorno a quello/a italiano/a e promuova le azioni volte ad aumentare l'accesso e la fruibilità dei servizi, nondimeno sul territorio nazionale la situazione è decisamente variegata. Accanto a punti di eccellenza, allora, vi sono delle regioni o delle aree in cui si è fatto molto poco e, al contrario, difficoltà burocratiche e poca trasparenza rendono difficile la fruizione del diritto. Per quanto concerne poi le cure mediche ed ambulatoriali rivolte alla popolazione irregolare esse sono erogate da tutti i presidi territoriali e garantiscono cure urgenti, essenziali e continuative.

Sicuramente, la situazione della Spagna è la più avanzata perché offre, anche a chi è irregolare, non solo tutte le cure mediche di cui necessita, ma l'iscrizione al registro del "Padròn" del municipio di residenza che dà la possibilità di accedere ai servizi di housing sociale e d'istruzione obbligatoria.

5.3. Le politiche di genere

La situazione in caso di regolarità cambia in misura notevole, dato che questa condizione prevede in linea generale l'accesso a tutti i servizi. Eppure, si consideri che in Italia, per esempio, ma la situazione è analoga in Spagna, la condizione delle donne è ancora una volta penalizzata e per le migranti in particolar modo. Infatti, il sistema di welfare italiano, che può essere ancora considerato, seppure con i dovuti accorgimenti, di tipo "familistico" non soltanto offre ben scarsi servizi alle famiglie, ma a questa strategia predilige sempre di più il trasferimento monetario che implica il ricorso ad un "welfare privato" che sopperisce alle carenze, soprattutto nei casi che riguardano le persone anziane o disabili. Per tali ragioni però, la condizione e la vita delle donne migranti è doppiamente legata e subordinata alle offerte del welfare.

Se da una parte, infatti, il comparto lavorativo che maggiormente coinvolge le donne immigrate è quello domestico, che proprio per le carenze del welfare alimenta le sue

richieste, d'altra parte le stesse carenze obbligano le donne straniere a scelte drammatiche e onerose, soprattutto dal punto di vista personale, come quelle di separarsi per lunghi periodi dai propri figli, o delegarne la cura ad altre figure di riferimento innescando dei percorsi viziati che non sempre hanno esiti positivi.

Una situazione molto diversa si ha invece in Francia il cui sistema di welfare rimane ancora oggi particolarmente sensibile ai bisogni delle famiglie e delle donne, attuando politiche di sostegno che si mostrano flessibili, in termini di strategie adottate: congedi parentali, offerte di servizi per la cura dei bambini, istituzioni che si occupano delle persone anziane o disabili, e che, in termini generali, sollevano le famiglie da oneri che solitamente ricadono sulle donne. Si basa su un modello di "scelta genitoriale", in cui è possibile rinunciare temporaneamente al lavoro, continuando a percepire un equivalente del salario, oppure di fruire dei servizi di cura.

Il sistema tedesco, infine, è meno attento di quello francese, ma gli sforzi fatti negli ultimi anni sono stati tesi al miglioramento dell'offerta soprattutto in un'ottica non penalizzante per le donne e che riconosce il ruolo del padre nella cura dei figli, aumentando e promuovendo l'adozione di congedi di paternità.

Bibliografia

Agenas (2013), *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali*, Progetto nazionale, Accordo Ministero della Salute – Agenas, Rome.

Bateson G. (1988), *Naven,* Einaudi, Torino.

Beauchamp D. (1987), *Life-Style, Publich Health and Paternalism*, in Doxiadis S., *Ethical Dilemmas in Health Promotion*, John Wiley & Sons Ltd, NY.

Blangiardo G.C. (2015) (a cura di), *L'immigrazione straniera in Lombardia. La quattordicesima indagine regionale*, Éupolis Lombardia, Fondazione ISMU, Milano.

Brown R. C. H. (2013), "Moral responsibility for (un) healthy behaviour", *Journal of Medical Ethics*, 1-4.

Campomori F. (2008), *Immigrazione e cittadinana locale. La governance dell'integrazione in Italia*, Carocci, Roma.

Carrillo D., Gusmeroli A., Martinelli A., Pasini N., Pullini A., Rebessi E. (2010), *La salute degli immigrati in Lombardia tra continuità e discontinuità. Un decennio di osservazioni e uno sguardo comparato*, in Regione Lombardia, Fondazione Ismu, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, *Dieci anni di immigrazione in Lombardia*, *Rapporto 2009,* Milano.

Carrillo D., Pasini N. (2011), *La salute,* in Fondazione ISMU, *Sedicesimo Rapporto sulle migrazioni 2010,* Franco Angeli, Milano.

Castegnaro A. (2002), *La rivoluzione occulta nell'assistenza agli anziani: le aiutanti domiciliari,* in "Studi Cancan – Politiche e servizi alle persone", n. 2, marzo-aprile, pp. 11-34.

Cesareo V. (2015) (a cura di), *Gli immigrati in Lombardia, Rapporto 2014*, Éupolis Lombardia, Fondazione ISMU, Milano.

Colombo Svevo M. (2005), *Le politiche sociali nell'Unione Europea,* Franco Angeli, Milano.

Farina P., Ortensi L. (2010), *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, pp. 83-110. http://ods.ars.marche.it/Portals/0/documenti/ricerca_IRER.pdf.

Fasano L., Pasini N. (2007), "The impact of Market Thinking and Italian Culture on National Health Service", in *Notizie di Politeia*, anno XXIII, n. 88, pp. 77-94.
George V., Wilding P. (2002), *Globalization and Human Welfare,* Palgrave Macmillan, Bristol.
Giarelli G., Lombardi L. (2010) (eds.), *Enhancing the Status and Working Conditions of Female Healthcare Staff in Lebanon,* Amel Association, CESTAS, L'Orecchio di Van Gogh, Bologna.
Giarelli G., Venneri E. (2009), *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, FrancoAngeli, Milano.
Giddens A. (2000), *Fondamenti di sociologia,* Il Mulino, Bologna.
Granaglia E. (1988), *Efficienza ed equità nelle politiche pubbliche,* FrancoAngeli, Milano.
Guttmacher Institute (2012), *Facts on Induced Abortion Worldwide,* NY, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortio.n_2012.pdf.
Hochschild A.R. (2004), *Amore e oro,* in Ehrenreich B., Hochschild A.R., (a cura di), *Donne globali. Tate, colf e badanti,* Feltrinelli, Milano.
IOM (2005), *Gender and Migration,* International Organization for Migration, http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2005_3.pdf?language=en.
ISS, Istituto Superiore di Sanità, *Rapporto sul fumo*, 2014, http://www.iss.it/fumo/index.php?id=337&tipo=3&lang=1.
Lombardi L. (2005), *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute,* FrancoAngeli, Milano.
Lombardi L. (2008), *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, pp. 99-134.
Lombardi L. (2009), *Le mutilazioni genitali femminili in Veneto: tra migrazioni, relazioni e processi di cambiamento*, in Carrillo D., Pasini N. (a cura di), *Migrazioni, Generi, Famiglie. Pratiche di escissione in alcuni contesti regionali*, FrancoAngeli, Milano.
Lombardi L. (2011), *Disuguaglianze di salute e disuguaglianze sociali: una prospettiva di genere*, in Pullini A. (a cura di), *Disuguaglianze sociali e di salute,* Quaderni Ismu, n. 3, Milano: pp. 41-79.
Lombardi L., Merotta V., Pasini N., Pullini A. (2015), *La salute degli immigrati in Lombardia*, in Cesareo V. (a cura di), *Gli immigrati in Lombardia*. *Rapporto 2014*, Milano, Éupolis Lombardia, Fondazione ISMU, pp. 77-126.
Mauss M. (1965), *Teoria generale della magia e altri saggi,* Einaudi, Torino.
Mead M. (1967), *Sesso e temperamento,* Il Saggiatore, Milano.
Nicosia V. (2015), *Alcol, fumo, sport, cibo : stile di vita migranti-italiani a confronto con Passi*, blitzquotidiano, 19 maggio, http://www.blitzquotidiano.it/salute/alcol-fumo-sport-cibo-stile-di-vita-migranti-italiani-a-confronto-con-passi-2189943/#sthash.BFhs17q7.9DiXIRyC.dpuf.
Pampel F.C., Krueger P.M. & Denney J.T. (2010), "Socioeconomic Disparities in Health Behaviors", in *Annual Review of Sociology*, n. 36, pp. 349–70.
Pasini N. (2011) (a cura di), *Confini e irregolarità. Cittadinanza sanitaria in una prospettiva multilivello,* FrancoAngeli, Milano.
Piccone Stella S., Saraceno C. (1996) (a cura di), *Genere*. *La costruzione sociale del femminile e del maschile,* il Mulino, Bologna.
Plebani F. (2011), *Europa, welfare e immigrazione*, in: Pasini N. (a cura di), *Confini e irregolarità. Cittadinanza sanitaria in una prospettiva multilivello,* Franco Angeli, Milano, pp. 167-180.
Programma di azione del Cairo (1994), http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/d_impegni_pol_internaz/a_conf_mondiali_onu/c_conf_cairo_e+5/a_cairo_poa_engl_x_pdf/cairo_dich+pda_engl.pdf.

Samers M. (2010), *Migration,* Routhledge, Abingdon, Oxon.
Skipper R.A. (2012), "Obesity: Towards a System of Libertarian Paternalistic Public Health Interventions", in *Public Health Ethics,* 5(2), pp. 181-191.
UNFPA (2004), *Lo stato della popolazione nel mondo*, Edizione italiana a cura di AIDOS, http://www.aidos.it/ita/pubblicazioni/index.php?idPagina=98
UNFPA (2010), *Lo stato della popolazione nel mondo*, Edizione italiana a cura di AIDOS, http://www.aidos.it/ita/pubblicazioni/index.php?idPagina=852
UNFPA (2013), *Lo stato della popolazione nel mondo*, Edizione italiana a cura di AIDOS, http://www.aidos.it/ita/pubblicazioni/index.php?idPagina=1005
Vinay P. (2004), "Salute e differenze di genere: le pazienti e i loro medici", in *Salute e Società*, anno III, 1, pp. 182-195.
Weber M. (1995), *Economia e società,* Edizioni di Comunità, Milano, (ed. orig. 1922).
WHO (2010), *Global status report on non-communicable diseases,* Geneve, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
WHO (2011), *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008,* 6th Edition, WHO, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/.
Zanfrini L. (2005) (a cura di), *La rivoluzione incompiuta. Il lavoro delle donne tra retorica della femminilità e nuove disuguaglianze,* Edizioni Lavoro, Roma.