

La salute delle donne e madri straniere: una sfida per i nostri servizi materno-infantili

Foreign women's and mothers' health: a challenge for our maternal-infant services

Alessandra Cecchetto¹, Elisabetta Cescatti², Grazia Lesi³, Graziella Sacchetti⁴

¹ *Ginecologo, Consultorio Giovani Mestri Centro*

² *Ginecologo, Consultorio Familiare Azienda Provinciale Servizi Sanitari Provincia di Trento*

³ *Ginecologo, Centro per la salute delle donne straniere Dipartimento cure primarie, UOC Consultori AUSL di Bologna, Referente per l'integrazione delle MnC negli ambiti: salute donna e per l'Oncologia, P.I. Studio Med. IO. RER e Studio AcCliMaT*

⁴ *Ginecologo, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; Cooperativa Crinali Onlus, Milano*

Parole chiave: donne, migrazione, gravidanza, giovani straniere, violenza e tratta in donne richiedenti asilo

RIASSUNTO

Obiettivi: partendo da un'ottica transculturale e dai cambiamenti in questi ultimi anni dell'accesso delle donne straniere ai servizi materno infantili per gravidanza, parto e interruzione volontaria di gravidanza, si propongono riflessioni su modelli migliori per le cure. Un'attenzione particolare per due categorie di donne più vulnerabili: le giovani straniere e le donne richiedenti asilo vittime di violenza e di tratta.

Metodi: analisi dei dati a disposizione e delle esperienze di operatrici ginecologhe che lavorano sia sul territorio che in ospedale e che mettono a confronto modelli di presa in carico a cura.

Risultati: analizzando alcune categorie più vulnerabili – giovani straniere, donne vittime di violenza e tratta, donne in gravidanza e richiedenti l'interruzione di gravidanza – si possono proporre interventi sia nei confronti degli operatori che nei confronti delle comunità straniere per migliorare gli indici di salute nel campo materno-infantile.

Conclusioni: i nostri servizi materno infantili possono misurare e migliorare il loro funzionamento nei confronti della popolazione assistita, usando come cartina di tornasole la modalità di presa in carico e cura delle donne straniere. La flessibilità, la competenza transculturale degli operatori, la loro formazione continua, l'utilizzo dei

Autore per corrispondenza: graziella.sacchetti@gmail.com

mediatori linguistico culturali dove sia possibile e il lavoro in équipe multidisciplinare paiono essere degli 'ingredienti' importanti per migliorare gli indici di salute materno infantile di tutte le donne.

Key-words: women, migration, pregnancy, young foreigners, violence and trafficking against women seeking asylum

SUMMARY

Objectives: we propose a change in health care management, based on the observation of the effectiveness of transcultural approach of maternal infant services oriented on foreign women's needs, such as obstetric care and voluntary abortion. We give specific importance to the analysis of two categories of more vulnerable women: young foreigners and women victims of trafficking.

Methods: we analyzed available data and the experiences of some gynecologists working in those services both in hospitals and outpatient clinics, comparing different models of taking in charge patients.

Results: it is possible to plan different actions oriented both toward health care workers, and foreign communities in order to improve health indexes in the maternal infant field, based on the analysis of vulnerable categories' behaviors and care - young foreigners, victims of abuse and trafficking, pregnant women and women seeking voluntary abortion.

Conclusions: our maternal infant services could measure and improve toward general population, using the model of services directed to the foreign population, their ways of taking in charge the healthcare of patients. The flexibility, the transcultural skills, the continuous improving, the assistance given by cultural and linguistic mediators when possible, seem to be crucial ingredients for better health indexes.

Introduzione

Più della metà della popolazione straniera regolarmente presente in Italia, ormai da diversi anni, è costituita da donne, con notevoli differenze per nazione di provenienza. Infatti, la componente femminile è molto maggiore nella popolazione proveniente dall'Europa Orientale rispetto a quella di origine africana o asiatica. Le donne sudamericane sono invece spesso il primo anello della catena migratoria e vengono raggiunte dai loro connazionali di sesso maschile. Alla fine del 2016 la componente femminile tra i residenti in Italia di nazionalità straniera è di 2.644.000 donne, pari al 52,6% del totale degli stranieri residenti (1). Vent'anni fa le donne straniere soggiornanti nel nostro paese erano meno di 500.000. Negli ultimi due anni è iniziata una nuova migrazione, quella dei richiedenti asilo e protezione internazionale, di cui nel primo periodo la componente maschile era prevalente; ma nell'ultimo anno aumenta progressivamente anche la componente femminile.

Le donne immigrate che accedono ai nostri servizi materno infantili sono in genere giovani, sane e in età riproduttiva. Inoltre, mentre nel nostro percorso di salute il concetto di prevenzione è acquisito quasi dalla totalità della popolazione autoctona, le donne straniere provengono da luoghi dove la prevenzione non esiste: si va dal medico o in ospedale quando si sta male, sia perché mancano i servizi, sia perché non fa parte della loro cultura il concetto della salvaguardia del benessere psico-fisico ancor prima di star male. Anche esami più semplici, come il pap-test non vengono fatti nei Paesi di provenienza e non vedono un'adesione spontanea da parte delle

donne immigrate nella società di accoglienza, a meno che si faccia un'offerta attiva, con una corretta informazione sul senso di tali esami.

Ognuno di noi dovrebbe sapere di appartenere ad una cultura, che non è un'entità immutabile ma un processo dinamico: la società e gli individui cambiano in continuazione. Come non esistono "le donne italiane", così non esistono le "donne egiziane": questa espressione rischia di essere un'astrazione, perché ogni donna elabora un suo modo di essere italiana/egiziana. Ogni donna migrante 'meticcias' in modo diverso la cultura di origine con l'esperienza che fa nel Paese di accoglienza.

Quindi quando incontriamo altre culture, dobbiamo pensare che ogni donna sia portatrice di una diversa cultura esterna ma essa avrà anche seguito un percorso diverso di elaborazione personale, non solo in base alla provenienza, ma soprattutto in base al proprio vissuto.

Che cosa succede quando si migra?

La migrazione rompe il collegamento, la relazione di sostegno e lo scambio reciproco fra cultura interna ed esterna: migrare significa andare in un Paese nel quale, per gli altri, la maggior parte di quello che la persona pensa non ha senso, è come se non ci si riconoscesse più e per esempio le difficoltà che la mamma immigrata vive così profondamente vengono trasmesse ai bambini, che sono particolarmente vulnerabili (2-3).

Una madre ben accolta e rispettata sarà più aperta e disponibile all'incontro di una che si è sentita emarginata, stigmatizzata, compatita o infantilizzata nei giorni in cui è stata degente in ospedale.

In questo senso è importante pensare a modelli diversi di organizzazione dei nostri servizi materno infantili e dei nostri reparti di ostetricia, nel senso di creare momenti di accoglienza, di ascolto e di presa in carico delle pazienti e dei loro bambini da un'équipe di operatori che comunicano tra loro e pensano ad una strategia comune di cura e sostegno.

Per le donne straniere, alla difficoltà di comprendere e esprimersi in italiano si aggiunge la difficoltà di capire l'organizzazione dei servizi per poterli utilizzare. Queste condizioni non favoriscono l'accesso alle cure e non rappresentano esperienze positive che incoraggiano l'utilizzo dei nostri servizi. Al di là di attitudini personali di accoglienza e ascolto, sono frequenti gli episodi di svalorizzazione della cultura "altra" e della persona che a quella cultura appartiene. La consapevolezza della necessità di imparare un atteggiamento di decentramento culturale (2) è ancora ridotta e spesso, pur con buone intenzioni, gli operatori sanitari non riescono ad aumentare il senso di sicurezza della popolazione migrante.

Una nuova figura che in questi anni ha accompagnato e aiutato sia gli operatori che le donne immigrate nel loro accesso ai servizi, sia di salute che educativi, è quella della mediatrice linguistico-culturale (MLC). Questa figura, pur non avendo un riconoscimento ufficiale della sua qualifica, ha acquisito in questi dieci anni di lavoro nei nostri consultori, nei nostri Ospedali, nelle nostre scuole, una professionalità eccellente di accoglienza e di mediazione tra culture e provenienze diverse. Le operatrici donne che si occupano della salute riproduttiva delle donne

in generale (ginecologhe, pediatre, ostetriche, psicologhe, assistenti sociali) hanno trovato in questi anni nel confronto con le MLC uno stimolo per ripensare alle proprie rappresentazioni culturali e ai modelli del corpo e di salute che abbiamo dato forse troppo per scontati e immutabili anche per le donne italiane.

Nelle prossime pagine verranno affrontati alcuni argomenti riguardanti la salute delle donne straniere, con un focus sulla salute riproduttiva in alcuni gruppi più vulnerabili: giovani ragazze, donne in maternità, donne richiedenti protezione internazionale e vittime di violenza.

Giovani e straniere

Una bambina o ragazza straniera può essere qui in Italia perché: 1) nasce qui da almeno un genitore italiano; 2) nasce da entrambi i genitori stranieri; 3) arriva in Italia per ricongiungimento familiare; 4) è una MSNA (Minore Straniero Non Accompagnato/a). In queste pagine ci si occuperà del secondo e terzo gruppo, che ci sembrano più vulnerabili rispetto al primo (nate da un genitore italiano). I dati offerti dall'ISTAT nel rapporto: "Natalità e Fecondità in Italia nel 2015. 10 anni a confronto" ci mostrano come dal 2005 al 2015 i nati in Italia da almeno un genitore straniero siano passati dal 13% al 20,7% e quelli nati da ambedue i genitori stranieri dal 9,4% del 2005 al 14,8% del 2015. È quindi una presenza importante.

Chi nasce in Italia da una coppia di stranieri ha delle difficoltà che sono proporzionalmente tanto maggiori quanto minore è l'inserimento sociale dei genitori nella comunità ospitante. Già al momento della nascita possono emergere quelle patologie legate a un mancato rapporto col Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La non conoscenza dell'organizzazione sanitaria italiana e della gratuità degli accertamenti in gravidanza esitano in controlli gravidici sporadici e discontinui, nell'ignoranza delle indagini prenatali, in approfondimenti diagnostici. Il non partecipare ai corsi di preparazione alla nascita espone al rischio di un maggior disorientamento della donna al momento del parto con aumento di distocie, maternity blues e psicosi puerperali. Il bambino di coppia straniera, una volta nato, continua un percorso difficile. Infatti non verrà sottoposto alle vaccinazioni né ai controlli periodici di crescita fisica ed intellettuale se i genitori, perché male inseriti, non sono a conoscenza del fatto che ogni bimbo in Italia ha diritto all'iscrizione al SSN, al suo PDS (pediatra di Libera Scelta), alla gratuità delle cure fino ai 6 anni, anche se i genitori stessi sono senza permesso di soggiorno. La mancata iscrizione all'asilo o alla materna riduce gli stimoli che potrebbero aiutare a ridurre eventuali patologie e facilitare l'inserimento nella cultura del Paese di accoglienza. Via, via a cascata, anche se non ci sono ritardi nello sviluppo fisico e cognitivo, l'entrata alle elementari può divenire un ulteriore elemento di difficoltà e provocare una crisi (4-5). Se il progetto migratorio dei genitori non è esplicito ed esplicitato ai figli, se manca un racconto perché il trauma migratorio dei genitori è stato troppo grande e terribile, i figli possono portarne l'"ombra" e soffrirne molto, proprio perché il non detto, la mancata elaborazione del trauma pesa sul clima familiare e sui rapporti sia interni, che esterni. Spesso la bambina/o sa parlare meglio l'italiano dei genitori per cui può avere l'onere

di fare da traduttrice dal medico o negli uffici, sopportando una grande fatica psichica, legata alla difficoltà dei termini linguistici di cui una bambina/o non sa il significato, (per esempio si pensi a: mestruazione, rapporti sessuali, aborto, schemi terapeutici, permesso di soggiorno, contratti d'affitto). Può verificarsi così l'inversione dei ruoli: è la bambina/o, anziché l'adulto, quella che si deve rapportare con le istituzioni della cultura dominante, senza la "protezione" dei genitori; ed è lei/lui che li protegge rispetto a una lingua e a una cultura incomprensibili. Ciò non aiuta i rapporti intra-familiari, mettendo il genitore in una posizione di dipendenza dai figli e quindi svalutandolo ai loro occhi. Le continue assenze da scuola, legate magari alle incombenze di traduzione, provocano uno scadimento del rendimento scolastico, aggravato dai frequenti ritorni al Paese di origine. Il non essere né qui, né lì di questi bimbi e bimbe, può così diventare molto doloroso e difficile: non sono padroni di una lingua, né dell'altra; il percorso scolastico è accidentato: programmi non congruenti tra i due Paesi, materie e ordinamento scolastici diversi, percorsi valutativi e pedagogici difformi; non si è mai al pari coi compagni, non si fa appieno parte di una cultura, non ci si può affezionare a dei luoghi o a delle persone in modo stabile. Certo internet, i cellulari, skype, i trasporti aiutano, più di quanto non fosse un tempo, ma possono provocare una "virtualizzazione" dei rapporti amicali e affettivi e una nostalgia rabbiosa per ciò che, in teoria, potrebbe essere raggiunto velocemente, se solo ci fossero le risorse economiche adeguate. A scuola, all'asilo, alla materna, alle elementari si introietta la cultura del Paese ospitante e ci si può sentire membri di quel Paese, ma si è anche membri dell'altro, del Paese d'origine dei genitori, dove ci sono le radici e i legami parentali più antichi. Alle soglie dell'adolescenza comincia il vero processo di costruzione della propria identità (6), che per queste giovani è totalmente nuova, un'identità a ponte tra due culture, con tutte le pressioni che le ragazze in particolare ricevono, investite dal gruppo di appartenenza del compito di "serbare le tradizioni" e allo stesso tempo desiderose di raggiungere la propria autonomia e un ruolo nel Paese di accoglienza, che sentono come proprio. Ecco così che, soprattutto in adolescenti provenienti dal Maghreb, dall'Iran, dal Bangladesh e Pakistan, compaiono il velo, i vestiti tradizionali, il modo di camminare a piccoli ed eleganti passi, la modestia dello sguardo e dell'atteggiamento, il riconoscimento del ruolo maschile come privilegiato e del proprio come subordinato, la prospettiva del matrimonio e dell'aver figli come unico senso del proprio vivere, il compito di portare avanti il lignaggio avendo un figlio maschio. La sessualità non può, in questa prospettiva, essere vissuta prima del matrimonio, la verginità torna a essere, come lo era da noi fino a quarant'anni fa, un valore assoluto, i rapporti coi coetanei maschi devono essere controllati e sono ammesse solo le amicizie femminili (7). Ma queste sono ragazze che frequentano da sempre classi miste e sentono la loro adolescenza come spinta all'imitazione e all'identificazione coi coetanei, con quanto in termini di libertà, anche sessuale, gli viene offerto dai costumi del Paese ospitante, un Paese che non gli è certo estraneo. Inevitabili i conflitti, fisiologici, ma che in una situazione di costruzione nuova dell'identità cozzano prepotentemente con le aspettative dei genitori. Tanto più, come si diceva, se questi non si sono inseriti, non hanno

trovato un' armonica collocazione nel Paese ospite, che li ha respinti, piuttosto che accoglierli, e vivono la lacerazione del ricordo arroccati nella "tradizione" originaria, per non perdere la loro, di identità. Nei casi peggiori, la ragazza viene rapidamente rispedita al Paese, magari in un "college" rigorosamente femminile, per ragazzine di buona famiglia; oppure il conflitto raggiunge tale violenza da determinare la segnalazione al Tribunale per i Minorenni, l'allontanamento dalla famiglia, la collocazione in comunità educativo/riabilitativa. Non mancano le ragazze che piombano in una plumbea fase depressiva o che passano all'atto, magari rimanendo incinte, per colmare un vuoto, per mostrare ai propri genitori che si è "mature" (almeno fisicamente), per costringerli a vedere la sessualità della propria figlia e a occuparsi di lei. Non sono, questi, meccanismi difforni da quelli messi in atto dagli adolescenti autoctoni, ma sono resi più complicati dall'isolamento della famiglia straniera, dalla mancanza di rete parentale che potrebbe ammortizzare il conflitto (i nonni, gli zii, i cugini, i fratelli maggiori, magari sono al Paese d'origine), dalla diversa struttura sociale del Paese europeo che mette giuridicamente la protezione del minore come prioritaria, rispetto alle esigenze del clan familiare (6-7).

Abbiamo visto come la nascita, l'entrata a scuola, l'adolescenza, siano periodi particolarmente "delicati" per il minore straniero. E abbiamo tentato di analizzare cosa succede a chi è figlio di una coppia straniera e nasce qui.

Problemi simili, alle volte perfino più violenti, caratterizzano le e gli adolescenti che arrivano in questo periodo della loro vita per i ricongiungimenti familiari. Magari dopo un lungo iter burocratico, durato anni, per i genitori (o il genitore) emigrati. Il tempo d'attesa spesso ha costruito un castello di fantasie su un ipotetico 'Paese dei Balocchi', favoleggiato come il luogo dove il genitore emigrato è diventato ricco: i regali, i pacchi dono con ogni ben di Dio, le rimesse, che nell'infanzia hanno consentito al bambino una vita più che agiata al Paese coi nonni, hanno confermato delle aspettative che al momento dell'agognato ricongiungimento si infrangono con una realtà del tutto diversa e dura. Questi adolescenti si trovano a casa di due "estranei": sì, sono i suoi genitori, ma ben diversi nel quotidiano, in una casa piccola e spesso non bella, con un lavoro che li porta fuori tutto il giorno e talmente stanchi alla sera che il dialogo è monosillabico. I genitori non sono degli "arrivati", non sono ricchi, la loro posizione è, di solito, ai livelli bassi della scala sociale; non hanno tempo per i/le figli/e perché devono lavorare tanto per il mutuo, per i soldi da mandare al Paese, per il costo della vita in un Paese europeo e hanno gli orari peggiori. È come se avvenisse una "adozione" nonostante tutto. Manca però il riconoscimento sia da parte del genitore, che da parte della società ospite, di quello che significa il ricongiungimento familiare con un adolescente e delle provvidenze che sarebbero necessarie per consentire alla famiglia, anche monoparentale, di ricostruirsi. Ci vorrebbe del tempo, che consentisse l'adattamento a questa nuova nascita, a questa "affiliazione" (7). Le ragazze che vediamo in Consultorio spesso sono investite dai due o dall'unico genitore della responsabilità di "riuscire" a scuola, individuata come luogo privilegiato per inserirsi nella società ospitante, in modo riparativo rispetto a quanto loro non sono riusciti a fare. Ma spesso

questo obiettivo non è raggiungibile per la difficoltà linguistica, per l'alfabeto diverso, per il percorso e l'ordinamento scolastico difforme, la diversità di curriculum, la mancata comprensione delle indubbie difficoltà iniziali del giovane immigrato da parte dei docenti in termini di profitto e di comportamento. Di solito queste ragazze straniere sono molto brave nelle lingue, ma non riescono ad avere subito ottimi risultati in italiano o nelle lingue antiche. Per questo vanno incontro a un blocco dell'apprendimento basato su una barriera psicologica. Dopo essere state iscritte a un liceo, individuato dai genitori come luogo del riscatto sociale della famiglia, approdano spesso a corsi di formazione professionale, nonostante indubbie capacità intellettive accumulando una forte frustrazione personale, mista a rabbia verso la scuola, il Paese ospitante, i propri genitori che potevano lasciarle al Paese e che invece le hanno costrette a emigrare. Il trauma che comunque subiscono merita di trovare ascolto in un percorso terapeutico adatto, che in Consultorio tentiamo di offrire.

Secondo la nostra esperienza, il numero delle ragazze straniere che afferisce ai Consultori è aumentato notevolmente (es. nel Consultorio di Venezia-Mestre la presenza è passata dal 3-5% al 40%). Queste adolescenti arrivate per i ricongiungimenti familiari vengono in Consultorio in guppetti omolinguitici o col proprio ragazzo, solitamente della stessa nazionalità: hanno bisogno di ricostituire un pezzo della loro storia e delle loro radici. Conoscono il Consultorio perché gli operatori sono andati a scuola per i corsi di educazione all'affettività e alla sessualità consapevole. Alle volte hanno saputo dell'esistenza della struttura da internet, che usano molto bene. Sanno poco del SSN. Le ragazze provenienti dall'Est europeo sono abituate a pensare di sposarsi presto e di avere una gravidanza da giovani. Hanno un'educazione di base favorevole all'aborto, non all'uso dei contraccettivi: il condom è poco utilizzato e, anche presso di loro, come tra le adolescenti autoctone, "spopola" il coitus interruptus. Non hanno coscienza delle malattie sessualmente trasmissibili, non discostandosi in questo dalle loro coetanee "nostrane". Il punto d'ascolto a scuola, gli spazi giovani dedicati presso i Consultori, la presenza di personale formato, non razzista e attento ai loro cambiamenti e a quelli della società ospitante, fanno la differenza in termini di abbandono di mentalità non tutelanti e di scelta di comportamenti sessuali consapevoli. Prevenire è meglio che curare! Vale per tutti, ma ha ancora più valore pensando alle nuove generazioni di giovani, stranieri o non, che sono il futuro del nostro Paese e dell'Europa intera.

La maternità negata

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza in Italia ha subito una riduzione dal 1982 al 2015 del 62.5%. Il nostro Paese ha uno dei tassi di abortività volontaria tra i più bassi dell'Europa occidentale (8). La decrescita dei dati di abortività volontaria è stata riscontrata in questi anni tra le donne italiane, ma un progressivo decremento delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) si è osservato tra le donne straniere, soprattutto quelle provenienti da aree più povere del mondo (PFPM) (figura 1). Nel 2003 i tassi di abortività delle donne provenienti

Figura 1- Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2015

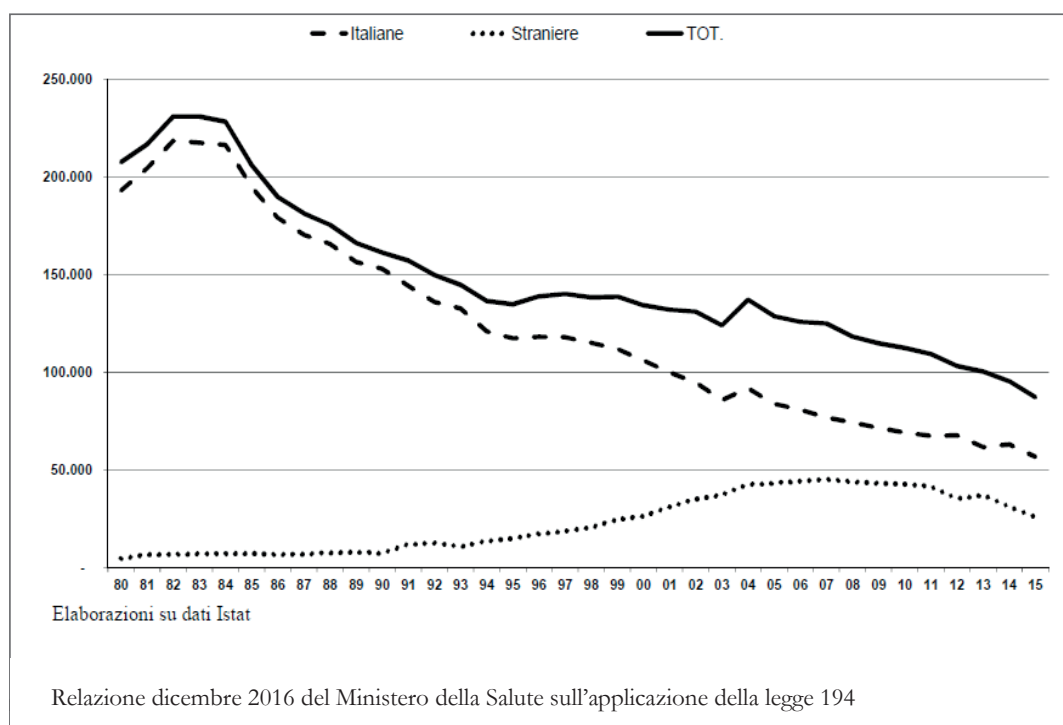
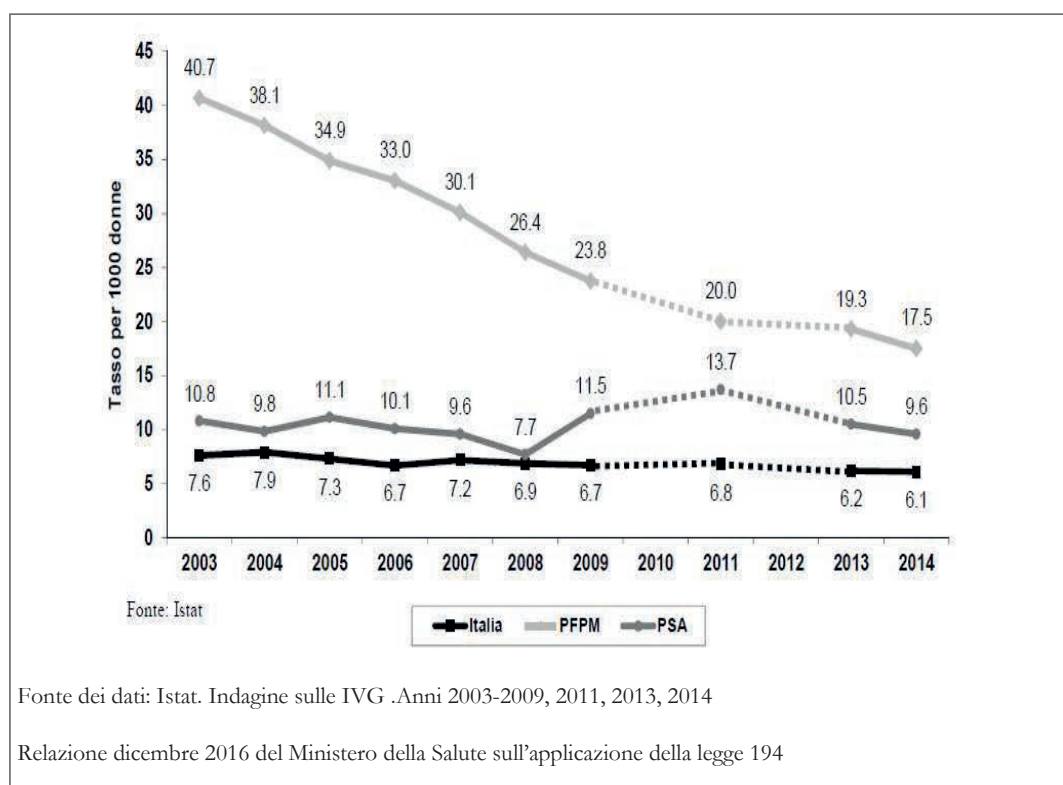


Figura 2- Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2014



da questi paesi erano 5,4 volte superiori di quelli delle donne italiane e nel 2014 di 2.9 volte (figura 2) (9).

Questa tendenza alla riduzione delle IVG tra le donne provenienti da PFPM e del divario con le donne italiane può rappresentare un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e una modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le donne italiane.

Ciò è avvenuto grazie all'azione di presa in carico e accompagnamento da parte degli operatori dei servizi territoriali, alla migliore integrazione della popolazione nel territorio e alla conoscenza dei servizi socio-sanitari da parte delle donne straniere. La modalità operativa adottata nei servizi consultoriali è quella dell'offerta attiva, cioè la capacità da parte dell'operatore di superare le barriere della comunicazione, la capacità di ascoltare e comprendere e cercare insieme alla donna/coppia le possibili alternative alla IVG, ascoltando i bisogni e accompagnando la donna verso una scelta consapevole e serena. L'ascolto attraverso la "lettura" di una mediatrice linguistico-culturale ci ha aiutati a capire le storie, il vissuto delle donne che in altro modo non avremmo mai neppure potuto immaginare, comprendendone il loro significato all'interno di rappresentazioni culturali diverse dalle nostre. Fondamentale per prevenire il ricorrere di queste donne all'aborto ripetuto è la continuità assistenziale tra consultorio e ospedale, prevedendo una presa in carico della donna dal momento della richiesta di IVG, cercando di capire con lei quali sono stati i problemi che l'hanno portata a non utilizzare la contraccezione in maniera corretta e programmando già in questo momento la visita post-IVG nel corso della quale approfondire e fornire informazioni sui vari metodi e prescrivere un metodo contraccettivo condiviso con la donna. Un momento di confronto e di offerta attiva della contraccezione è rappresentato dalla visita programmata per lo screening per il cervico-carcinoma che coinvolge la fascia di popolazione di donne in età fertile residente e nel contesto dei corsi di informazione e educazione sessuale nelle scuole. Nel campo della prevenzione dei tumori delle fasce più deboli di popolazione molto può essere migliorato, promuovendo l'accesso e la fruibilità dei servizi e delle prestazioni anche alle donne non residenti e organizzando incontri dedicati per gruppi di donne di etnie diverse o programmando interventi all'interno delle comunità straniere stesse. Momenti importanti per la condivisione di conoscenze della prevenzione di gravidanze indesiderate e delle malattie sessualmente trasmesse sono i corsi di informazione e educazione sessuale nelle scuole e le "porte aperte" al consultorio nello spazio giovani, che dà spazio alle richieste dei/delle ragazze adolescenti (10).

È fondamentale l'offerta attiva di sistemi contraccettivi nel momento della dimissione dopo il parto in Ospedale, perché quando la donna sarà sola a casa con il suo bambino, l'utilizzo di un contraccettivo sicuro sarà l'ultima delle sue preoccupazioni.

La riduzione del numero dei Consultori e la mancata sostituzione degli operatori che lavoravano nelle strutture esistenti, pregiudica in parte la qualità e l'efficacia della mission dei servizi territoriali. A causa dello scadere della qualità del servizio di mediazione linguistico-culturale,

talora ridotto a mera traduzione effettuata per via telefonica, è molto ridotta l'opportunità di lavorare con MLC formate e competenti, sostituite nel ruolo di traduttrici da vicine di casa e amiche della donna.

Riteniamo che la formazione degli operatori in ambito trans-culturale rimanga un pilastro importante per migliorare la capacità di interpretare linguaggi e relazioni, in un contesto di un fenomeno migratorio in continuo cambiamento.

Dal punto di vista poi di una politica di prevenzione dell'aborto ripetuto è importante ricordare che da luglio 2016 i contraccettivi orali prescrivibili in fascia A sono stati riclassificati in fascia C, a totale pagamento dell'utente. La spesa per la contraccezione orale che le donne ora devono affrontare è di circa 130-140 euro/anno. Anche i condom un tempo distribuiti a titolo gratuito in consultorio nell'ambito delle campagne per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, non sono più disponibili. Inoltre sempre più limitata è la possibilità di offrire l'impianto sottocutaneo – utilizzato soprattutto dalle donne provenienti dal Centro e Sud America – da parte dei Consultori, sia per carenza di personale formato che possa dedicarsi e per mancanza di fondi per l'acquisto dei dispositivi; e si è anche ridotta la disponibilità di 'dispositivi intrauterini' (IUD) – utilizzati soprattutto dalle donne provenienti dall'Est Europa – offerti a titolo gratuito alle donne con difficoltà economiche in questa situazione.

Le ragazze straniere minorenni e le madri straniere pluripare, fasce di popolazione più a rischio per le gravidanze indesiderate, non possono accedere a contraccettivi sicuri ricorrendo all'utilizzo di metodi contraccettivi di minore efficacia.

Ci pare quindi che il solo impegno degli operatori a offrire counselling per la procreazione responsabile, ridotti numericamente dopo i tagli economici effettuati soprattutto a carico dei servizi territoriali, non potrà riuscire a far fronte alla prevenzione secondaria delle gravidanze indesiderate.

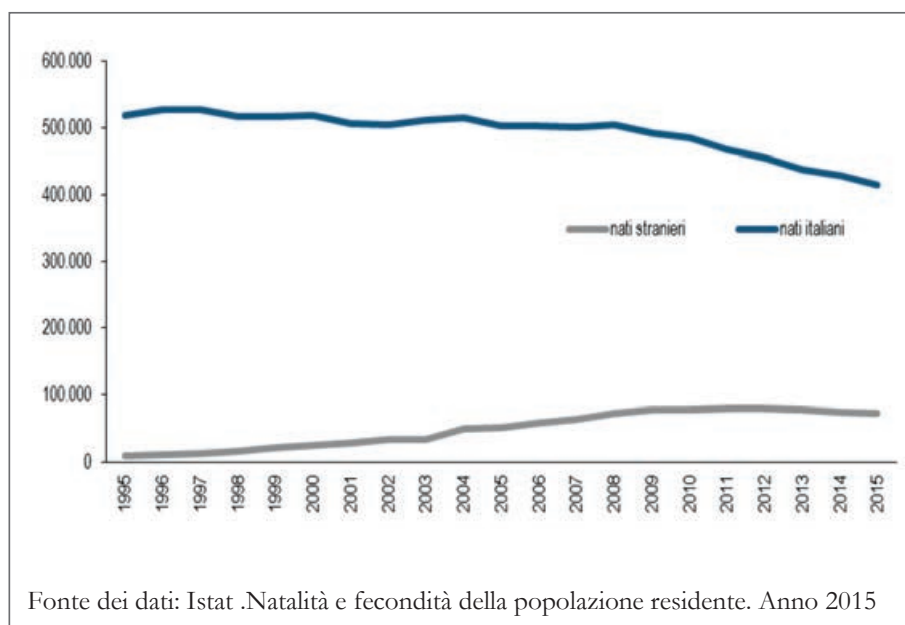
La maternità desiderata

Il numero dei bambini nati in Italia nel 2015 risulta di molto inferiore a quello dei nati negli anni precedenti. La tendenza al calo delle nascite è conseguente alla diminuzione della popolazione femminile in età fertile e del tasso di fecondità, che interessa sia le donne italiane ma anche le donne straniere (11).

Queste ultime rappresentano il 20% delle donne che partoriscono nel nostro Paese, percentuale che arriva al 25% nel Nord Italia dove è maggiormente presente la popolazione immigrata. Al primo posto per numero di figli sono le donne rumene, al secondo le marocchine, al terzo le albanesi e al quarto le donne cinesi. L'età media al parto delle donne straniere è più bassa di quella delle donne italiane e più frequentemente si tratta di donne coniugate e casalinghe, con scolarità bassa (12).

Il tasso di fecondità totale (cioè il numero medio di figli per donna) è sceso tra le donne straniere da 2.65 figli per donna nel 2008 a 1.97 nel 2014 (figura 3) (13).

Figura 3- Nati italiani e stranieri nella popolazione residente in Italia. Anni 1995-2015, valori assoluti.



Le donne straniere in gravidanza che accedono ai nostri servizi rappresentano una popolazione molto eterogenea, composta da donne dell'area Magreb, dell'Albania e Macedonia da molti anni in Italia per ricongiungimento familiare, da donne cinesi, moldave, ucraine, filippine e ecuadoriane che avevano al primo posto il lavoro nel loro originale progetto migratorio. A loro si aggiungono le donne nigeriane giunte in Italia con migrazione forzata, che talora hanno subito violenza durante il percorso.

Difficile trovare fattori che accomunano storie di donne così diverse, però forse la sottovalutazione del proprio stato di salute e la tendenza a non sottoporsi ad accertamenti medici in gravidanza è un fattore comune. Si trovano ad affrontare la gravidanza in un paese straniero, senza l'accompagnamento familiare e sociale tradizionale nei paesi di origine. Rimangono sole a custodire e tramandare i valori della loro cultura.

Frequentemente incontriamo donne in gravidanza o in allattamento che praticano il Ramadan, mentre un tempo erano esentate dal digiuno.

Effettuano mediamente meno visite in gravidanza e meno ecografie rispetto alle donne italiane e effettuano la prima visita più tardivamente, talora compromettendo le possibilità di diagnosticare precocemente e monitorare le condizioni cliniche che deviano dalla fisiologia o di identificare problemi fisici o di carattere sociale pre-esistente (il 2.65% delle italiane e l'11.5% delle straniere effettua il primo controllo dopo la 12° settimana).

Il ricorso al taglio cesareo è più frequente tra le donne italiane ma percentualmente più frequente è il taglio cesareo in travaglio tra le donne straniere perché talora accedono all'Ospedale poco tempo dopo il loro arrivo in Italia, senza documentazione degli accertamenti eseguiti o senza mai averne eseguito nessuno nel Paese da cui arrivano. La chiusura di punti nascita

periferici rende gli ospedali regionali più difficilmente raggiungibili per le donne straniere per mancanza di mezzi e per la difficoltà di organizzare la vita del resto della famiglia senza una rete di sostegno.

Tra gli indicatori di salute neonatale emergono differenze statisticamente significative a sfavore dei bambini stranieri per quanto riguarda i nati prematuri, i bambini fortemente sottopeso e i nati che necessitano di rianimazione e di un ricovero dopo la nascita.

L'impegno richiesto agli operatori dei servizi è la comunicazione dell'importanza di sottoporsi a controlli medici e laboratoristici in gravidanza. Poter esprimere le proprie diverse esperienze e confrontarsi con l'ostetrica all'interno del percorso nascita sui vantaggi degli esami prescritti in gravidanza, soprattutto se in un regime esente da ticket, favorisce la conoscenza dei servizi e l'adesione ai protocolli proposti. Il percorso nascita, a cui le donne straniere aderiscono volentieri per la facilità all'accesso e la sua gratuità, rappresenta un modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica, in collaborazione con il ginecologo, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali che costituiscono la rete territoriale di assistenza integrata alla donne in gravidanza. Gli incontri di accompagnamento alla nascita, oltre alle visite post-partum e le visite a domicilio, la visita alla dimissione dopo il parto, rappresentano l'opportunità di costruire relazioni di fiducia con gli operatori e di potersi confrontare in un "luogo sicuro" su temi importanti e delicati come la contraccezione.

La 'regionalizzazione' della maggior parte degli investimenti economici in sanità e la riduzione in molte Regioni del numero dei Consultori, la chiusura dei punti nascita periferici, potrebbero ridurre la fruibilità dei servizi soprattutto nei confronti di donne con minore risorse economiche e maggiori difficoltà allo spostamento, poiché le donne straniere si affidano con più facilità delle donne italiane alle strutture pubbliche per l'assistenza in gravidanza.

La gravidanza impossibile

Tra le donne straniere, soprattutto di età maggiore dei 30 anni, emerge spesso la richiesta di informazioni riguardanti le metodiche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) per ovviare alla difficoltà di iniziare una gravidanza in territorio di immigrazione. Talora questa esigenza nasce dalla richiesta che arriva dal paese della famiglia di origine, talora da sterilità non ben indagata a cui la coppia desidera far fronte per realizzare il percorso migratorio. Nella nostra esperienza abbiamo incontrato coppie provenienti da paesi diversi che si sono sottoposte a sofferte ricerche di gravidanza sollecitate dalle madri/suocere, che facevano pressione pur non essendo informate e consapevoli dei rischi di affrontare una gravidanza delle loro figlie/nuore (ad es. dopo molti tagli cesarei precedenti, o in un altro caso per il rischio di trasmettere anomalie cromosomiche nei nascituri). Queste donne sono più giovani delle donne italiane che si rivolgono al servizio PMA e spesso non si sono sottoposte a screening adeguato prima dell'accesso. Talora non risultano ben informate sui rischi della procedura (più alto ricorso a taglio cesareo e aumento % dei parti plurimi e quindi aumento del rischio di prematurità). La discriminante

della difficoltà di far fronte all'alto costo del ticket per le prestazioni in Italia, per di più diverso tra Regione e Regione, impone migrazioni verso centri esteri meno conosciuti (13).

Violenza, tratta nella migrazione: donne richiedenti asilo

Dall'analisi di 141 ricerche effettuate in 81 Paesi (14-15) si evidenzia un quadro allarmante: il 35% delle donne subisce nel corso della vita qualche forma di violenza e il 42% di coloro che hanno subito abusi ha riportato danni alla salute. Una donna su sei che si reca in pronto soccorso per fratture, ha subito violenze domestiche e a quasi nessuna di queste 3.000 donne, erano state fatte domande su eventuali abusi subiti dal partner. La violenza ha conseguenze sulla salute: depressione e alcolismo (sono due volte più probabili in chi ha subito violenze dal partner), infezioni sessualmente trasmissibili, raddoppia la probabilità di aborto volontario e peggiora la salute dei bambini nati in seguito a violenze. Se ci riferiamo al tema della violenza nella donna immigrata, bisogna rilevare che è sempre più frequente l'arrivo ai servizi sanitari di donne immigrate che hanno subito esperienze traumatiche: violenze al paese d'origine e/o nel percorso migratorio. La maggior parte delle richieste di IVG nelle richiedenti protezione umanitaria, sono legate a violenze subite. Ciò nonostante è necessario sottolineare che il tema della violenza di genere nelle donne immigrate non deve generare lo stereotipo che il problema sia specifico delle popolazioni migranti. È necessario, invece riflettere su cosa è percepito come violenza e su come i cambiamenti di carattere culturale, economico e sociale che avvengono all'interno delle nostre società, hanno reso evidente e non tollerato un fenomeno che in altri contesti sociali può non essere sentito come tale neppure dalle donne stesse. Da un lavoro di analisi eseguita presso il Centro per la salute delle donne straniere e loro bambini di Bologna (CSDB) nel 1997/1998 (16) si evidenziava che la maggior parte dei partner delle donne straniere maltrattate era italiano e inoltre, che le donne prostitute straniere, inviate dall'Unità di strada al CSDB, per i normali controlli di prevenzione, riferivano sintomi che l'OMS classifica come indicatori di violenza, facendo emergere, già allora un mondo misconosciuto di violenze legato alla tratta di donne immigrate a scopo di prostituzione. Il fenomeno è in aumento e coinvolge in primis i Consultori Familiari (42 donne negli ultimi sei mesi si sono rivolte al CSDB di Bologna). Tra le varie forme di violenza di genere, infatti, il traffico di donne e minori è una triste specificità vissuta da questa popolazione. Si tratta di una violenza organizzata, in cui è arduo distinguere i confini tra adattamento a una condizione cui è difficile opporsi, sopraffazione e/o sfruttamento e reale volontarietà. Questo fenomeno si intreccia con vari aspetti: l'età giovanissima delle ragazze, il contesto di fortissimo bisogno in cui vivono, la diffusione della cultura del consumo e il miraggio di una vita migliore. Si stima che il traffico di donne e bambine, ai fini di sfruttamento commerciale del sesso, produca un fatturato annuale che, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale per le Migrazioni (OIM), arriva fino a 8 miliardi di dollari. Gli enormi profitti che i responsabili traggono da queste attività, sempre più spesso legate al crimine organizzato, hanno trasformato questo commercio in una minaccia

globale rapidamente crescente. Nella Relazione della Commissione al Parlamento e al Consiglio dell'Unione Europea (17), sui progressi compiuti nella lotta alla tratta di esseri umani, si calcola che nel 2016 siano state registrate 15.846 vittime (4079 azioni penali – 3129 condanne), di cui il 67% per sfruttamento sessuale, il 21% per sfruttamento lavorativo, il 12% per altre forme. Di queste il 76% erano maggiorenni e il 15% minori. Le principali nazionalità extra UE erano: Nigeria-Cina-Albania-Vietnam-Marocco. Un caso specifico e paradigmatico sono le 'donne nigeriane' vittime di tratta (rapporto OIM) (18-19) individuate negli sbarchi in Sicilia. Il rapporto evidenzia un imbarbarimento dei metodi di assoggettamento e un incremento di violenze e abusi ai danni delle vittime, che hanno margini di libertà molto inferiori al passato e vivono un vero e proprio terrore nei confronti dei trafficanti. La migrazione proveniente dalla Nigeria è dal 2015 in grandissimo aumento con un totale di 19.5762 persone sbarcate di cui 901 minori non accompagnati. La maggior parte di queste donne è destinata allo sfruttamento e il rapporto sottolinea come la via dell'immigrazione irregolare, attraverso il Mediterraneo, stia diventando un'importante rotta del traffico di esseri umani. Le caratteristiche esemplificative delle donne nigeriane sono la fotografia più chiara di tutte le donne straniere vittime di tratta. Le donne minori provengono dalle aree più povere della Nigeria (in particolare dai villaggi intorno a Benin City) e da famiglie particolarmente indigenti. Spesso sono orfane o allevate da parenti lontano dalle famiglie di origine. Spesso sono le primogenite, condizione che impone loro, secondo la tradizione e cultura nigeriana, l'obbligo morale di mantenere il genitore vivente e i fratelli minori. Sempre più spesso le ragazze sono "vendute" ai trafficanti dalle famiglie di origine che sperano così di avere una possibilità di riscatto sociale ed economico o in alcuni casi di mera sopravvivenza. Di recente, poi, l'OIM registra un sensibile aumento di vittime di tratta minorenni. Sempre più piccole e inesperte le ragazze sono più facilmente manipolabili e incapaci di chiedere aiuto per sottrarsi allo sfruttamento e alla violenza. La maggior parte delle migranti viene sottoposta a un rituale voodoo, talvolta cruento e, in alcuni casi tale rito viene svolto presso dei templi (i cosiddetti Shrines), modalità che rende l'assoggettamento delle ragazze ancora più forte. Questa ritualità è finalizzata a creare nelle donne una condizione di vero e proprio terrore che le costringe al silenzio e a impegnarsi a ripagare il debito che si assumono per arrivare in Europa senza creare problemi. La somma di denaro che devono restituire è compresa tra i 20 e i 50 mila euro. In alcuni casi la destinazione finale della tratta è la Libia ed è quindi lì che inizia lo sfruttamento. Le più giovani possono essere accompagnate durante il viaggio da complici degli sfruttatori. Il viaggio inizia quasi sempre da Benin City, dove esistono infrastrutture organizzative che facilitano il lavoro dei trafficanti (mezzi di trasporto, possibilità di reperire documenti falsi). Generalmente alle donne destinate all'Europa viene detto che andranno a lavorare in Italia come domestiche o in altre attività lecite (parrucchiera, commessa, cameriera, ecc.). Alcune sono consapevoli del fatto che dovranno prostituirsi per ripagare il debito, ma non hanno alcuna idea del livello di sfruttamento a cui saranno sottoposte e si affidano ai trafficanti con un sentimento di paura misto a gratitudine. La perma-

nenza in Libia, soprattutto negli ultimi tempi, rappresenta una delle parti più dolorose del viaggio. Portate e trattenute presso le “connection house”, in attesa della partenza per l’Europa, le donne subiscono violenze sessuali, torture, sequestri/arresti. Si tratta di esperienze traumatiche spesso organizzate o tollerate dagli sfruttatori, con lo scopo di indebolire la resistenza delle vittime e “piegarle psicologicamente e fisicamente”. Tutte le donne che hanno vissuto l’esperienza del carcere, hanno dichiarato di avere subito violenza sessuale durante la detenzione. L’OIM registra da ultimo anche un aumento di donne in stato di gravidanza a seguito di violenze. Ma è noto ai trafficanti che le donne in gravidanza ricevono un trattamento migliore in alcuni paesi europei e che la presenza di un bambino favorisce spesso la permanenza legale delle donne nei paesi di destinazione, lasciandole più libere di prostituirsi ed essere sfruttate. Accade quindi che le donne dichiarino di essere “fidanzate” o addirittura sposate con uno dei loro accompagnatori e di costituire con il bimbo in arrivo un vero e proprio nucleo familiare. A questo proposito l’OIM ha individuato alcune caratteristiche delle donne/minori immigrati in arrivo con gli sbarchi che sono dei veri e propri indicatori di tratta (Tabella n.1), utili agli operatori per avere almeno il sospetto di trovarsi di fronte ad una donna trafficata.

OIM: indicatori di tratta (19)
• Sesso (sono per lo più donne)
• Età (15 e i 24 anni, ma le minori dichiarano di essere adulte),
• Nazionalità (prevalge la Nigeria, ma ci sono donne del Gana o di altre aree dell’Africa),
• Provenienza (In Nigeria: Edo State, Delta State, Lagos State, Ogun State, Anambra State)
• Luogo di partenza (Edo State)
• Basso livello d’istruzione, l’appartenenza a famiglie particolarmente disagiate e con problemi economici,
• Essere primogenite (dicono di dover raggiungere un parente o un amico in Italia o in Europa)
• Problemi comportamentali (Aggressività, introversione, diffidenza e scarsa collaborazione, paura di visite mediche)
• Segni fisici evidenti di violenza/tortura
• Problemi psicologici (ansia, scarsa autostima, depressione)
• Frequenti allontanamenti, autorizzati o meno controllate da parte di altri coniugi, compagne/i, parenti, veri o fittizi, tramite il telefono)
• Dichiarano di essere orfane
• Dicono che non hanno pagato nulla per il viaggio
• Hanno difficoltà a raccontare il loro viaggio , specie nella parte finale, dalla Libia all’Italia
• Se in gruppo, sono le più sottomesse e silenziose.

Tabella 1- Indicatori di tratta, elaborati da l’OIM. Sono caratteristiche di donne/minori migranti giunti in Italia con gli sbarchi

Assistere queste donne è una impresa ardua perché spesso le vittime di tratta non desiderano, almeno in un primo momento, rivelare la propria situazione. Nei sentimenti della donne prevale l'eccitazione di essere riuscite ad arrivare in Europa che le rende incredule alle parole di chi le assiste e cerca di informarle relativamente ai pericoli cui possono andare incontro. Sembra un paradosso, ma prevale la fiducia e la gratitudine nei connazionali e la diffidenza nei confronti di tutti gli altri. È un dato di fatto che le donne vedono nel trafficante di persone chi le ha "aiutate" ad arrivare in Europa e pensano che lo sfruttamento sia un prezzo da pagare per raggiungere una situazione di benessere. Questo sentimento deve essere contestualizzato rispetto alla condizione di origine delle vittime e al grado di comprensione di ciò che accade loro. La normalità per loro è spesso molto diversa da quella comune nel nostro paese: violenze, abusi, lo stesso sfruttamento non sono a volte percepiti con la stessa gravità e allarme. La prevenzione e la cura della salute di questa popolazione di donne necessita di un cambiamento culturale, in cui la differenza di genere non sia considerata differenza di valore e di diritti. Richiede un importante lavoro di informazione educazione presa di coscienza dei professionisti, per imparare a riconoscere il problema violenza di genere e aiutare la donna a esprimere i sintomi prima e le angosce poi. La relazione terapeutica con donne che hanno vissuto esperienze traumatiche come nel caso della violenza di genere o di tratta ai fini di sfruttamento sessuale è quindi un approccio complesso che richiede insieme alle necessarie competenze tecniche, ascolto e attenzione per individuare e avviare ad un percorso di aiuto. Il professionista, in sintesi, ha il compito fondamentale di riconoscere ciò che la vittima non sa dire, dal linguaggio non verbale e/o dai sintomi fisici, perché la violenza in questi casi parla attraverso il corpo (indicatori di violenza OMS) (14). Parallelamente è necessario altrettanto impegno per informare/formare le donne e le comunità di appartenenza al fine di generare quel cambio di mentalità verso il rispetto tra i generi, che è il vero anticorpo contro la violenza.

Conclusioni

Possiamo concludere che le donne straniere hanno messo in evidenza, processo che forse già un'élite di donne italiane stava già facendo, come, nell'esperienza della maternità e del percorso riproduttivo, c'è bisogno di ricomporre il corpo con la psiche e un accompagnamento sostanziale necessita di una messa in rete, di una relazione reale tra coloro che si occupano del loro corpo gravido e chi si occupa del loro futuro bambino. C'è bisogno che si costruisca quello che Molenat (20) chiama un legame umano. Dice la Molenat: *"Fare vivere a genitori in costruzione, qualsiasi difficoltà presenti il loro percorso genitoriale, un'adeguata qualità di legami, nel rispetto dei limiti e delle competenze, pare semplice a dirsi: sembra l'evidenza addirittura. Eppure quanti sforzi vanno controcorrente rispetto alle abitudini acquisite, in una minuziosa tessitura di interrelazioni che esige vigilanza, tempo, confronto con lo sguardo altrui, resistendo alla voglia di chiudere il caso...."* Questo vuol dire curare i legami fra il personale curante, il legame fra i genitori, i legami con i Paesi e le culture di origine, fra qui e l'altrove: è questo lo sforzo che le donne

straniere ci 'obbligano' a fare per cercare di assisterle meglio e questo sicuramente è anche quello che auspicano le donne italiane; in questi anni il passaggio da un parto più tecnologico a un parto 'naturale' ha fatto perdere a volte di vista la necessità profonda che intorno all'esperienza della nascita ci sia proprio la sfida di un'esperienza che sia in grado di creare uno dei legami più importanti che una donna possa sperimentare: il legame con suo figlio/a.

L'assistenza alle donne straniere nel percorso di una maternità desiderata o negata è una sfida che ci impegna, attraverso la costruzione di reti fra territorio ed ospedale, sul percorso nascita, a recuperare dei modelli che ci possono sicuramente essere utili anche nell'assistenza alle donne italiane. Il vedere, il dare attenzione alla differenza di cultura, il non omologare, vuol dire dare attenzione a ciascuna donna, valorizzando la sua specificità rispetto alla sessualità e alla maternità, alle tappe della sua vita riproduttiva, riconoscendo le differenze anche all'interno della popolazione italiana.

In questo processo e percorso, ingredienti indispensabili sono la formazione congiunta, multidisciplinare e continua degli operatori, compresi i medici di base ed i pediatri di libera scelta, e la possibilità di un utilizzo e confronto con figure professionali come i mediatori linguistico culturali, che possano migliorare la relazione con le pazienti straniere. Questo processo dinamico, se governato e monitorato correttamente, deve tendere alla creazione di un modello di 'mediazione di sistema' che coinvolga anche l'organizzazione e la gestione dei nostri servizi sanitari, psicologici e sociali.

BIBLIOGRAFIA

1. DATI ISTAT 2016.
2. Cattaneo ML, Dal Verme S. Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere. Milano: Unicopli; 2005.
3. Moro MR. Bambini di qui venuti da altrove Milano: Franco Angeli; 2005.
4. Cattaneo ML, Dal Verme S. Terapia transculturale per famiglie migranti. Milano: Franco Angeli; 2009.
5. Moro MR, Neuman D, Réal E. Maternità in esilio. Bambini e migrazioni. Milano: Raffaello Cortina ed; 2010,
6. Bruni C. Ascoltare Altrimenti- Adolescenti stranieri a scuola. Milano: Franco Angeli; 2007.
7. Idris I. Dinamiche familiari e comportamenti a rischio dei figli, maschi e femmine, nella migrazione. Quaderni di formazione alla clinica transculturale" Comune di Milano e Coop. Sociale Crinali onlus; 2006, pp. 139-162
8. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2014-2015.
9. Geraci S, Baglio G, Burgio A. Abortività volontaria delle donne straniere in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2016, Roma: università Cattolica del Sacro Cuore; 2016; pp. 294-300
10. Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Baglio G, Grandolfo M. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Indagine sull'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere. In: Rapporto ISTISAN 06/17; Roma: Istituto Superiore di Sanità, pp. 26-54
11. ISTAT Report ISTAT 28/11/2016 Natalità e fecondità della popolazione residente. ISTAT; 2016

12. Ministero della Salute Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informatico sanitario e della statistica. Ufficio di Statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita -Anno 2014 23-25; Roma: Ministero della Salute; 2015.
13. Giunta Regionale Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare Regione Emilia Romagna. La nascita in Emilia Romagna 13°Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP); 2015.
14. WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginevra: WHO; 2013.
15. <http://www.thelancet.com/series/violence-against-women-and-girls>
16. Lesi G, Fahem A. La Violenza Nel Percorso Migratorio Della Donna, Aicha Fahem Master Medicina delle Migrazioni e delle povertà 2004-2005
17. COMMISSIONE EUROPEA Relazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio che valuta l'impatto sulla prevenzione della tratta di esseri umani, della legislazione nazionale vigente che incrimina l'utilizzo di servizi che costituiscono oggetto dello sfruttamento legato alla tratta, in conformità all'articolo 23, paragrafo 2, della direttiva 2011/36/UE; Bruxelles: UE; 2016
18. OIM Rapporto sulle vittime di tratta nell'ambito dei flussi migratori misti in arrivo via mare aprile 2014 - ottobre 2015. OIM, UE; 2015.
19. <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/pubblicazioni/oim-rapporto-sulle-vittime-tratta-nellambito-dei-flussi-migratori-misti>
20. Molenat F. Prévention précoce – Petit traité pour construire des liens humains. Paris: Ed. éirès ; 2009.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno