

CORSO DI FORMAZIONE PER INSEGNANTI
FONDAZIONE FONTANA - PADOVA
14 febbraio 2011

CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

Lia Lombardi

CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

Lia Lombardi

- Obiettivi del millennio
- L'approccio socio-culturale
- La salute riproduttiva e i suoi indicatori
- “Passaggi” di maternità

Gli obiettivi del millennio

Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio

(*Millennium Development Goals* o MDG, o più semplicemente *Obiettivi del Millennio*)

delle Nazioni Unite sono otto obiettivi che tutti i 191 stati membri dell'ONU si sono impegnati a raggiungere per l'anno 2015.

La Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, firmata nel settembre del 2000, impegna gli stati a:

Gli obiettivi del millennio

1. Sradicare la povertà estrema e la fame

2. Garantire l'educazione primaria universale

- 2.A) Assicurare che, entro il 2015, tutti i ragazzi, sia maschi che femmine, possano terminare un ciclo completo di scuola primaria

3. Promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne

- 3.A) Eliminare la disparità dei sessi nell'insegnamento primario e secondario preferibilmente per il 2005, e per tutti i livelli di insegnamento entro il 2015

4. Ridurre la mortalità infantile

- 4.A) Ridurre di due terzi, fra il 1990 e il 2015, la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni

5. Migliorare la salute materna

- 5.A) Ridurre di tre quarti, fra il ·1990 e il ·2015, il tasso di mortalità materna
- 5.B) Rendere possibile, entro il ·2015, l'accesso universale ai sistemi di salute riproduttiva

6. Combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie

7. garantire la sostenibilità ambientale

8. Sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo

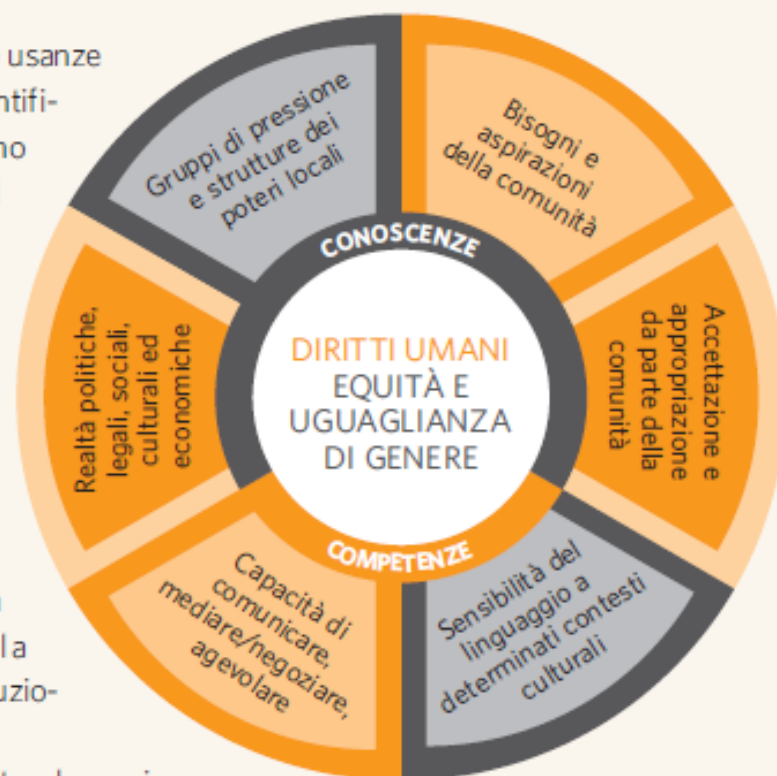
3 LALENTE CULTURALE

La lente culturale è lo strumento utilizzato dall'UNFPA per agevolare il processo che mira a contrastare e modificare quelle pratiche che costituiscono la struttura portante della disuguaglianza di genere e per costruire le alleanze indispensabili all'efficacia dei programmi e alla loro appropriazione da parte della comunità. Contribuisce inoltre a sviluppare quelle competenze - la cosiddetta *cultural fluency* - necessarie a mediare con singoli individui, gruppi e comunità, a persuadere interlocutori e partner e a coltivare l'accettazione e il senso di appartenenza culturale per quanto riguarda l'equità di genere, l'uguaglianza di genere e i diritti umani.

La lente culturale serve a:

- comprendere i bisogni e le aspirazioni dei diversi gruppi, compresi i membri più emarginati delle varie comunità;
- condurre ricerche per fare chiarezza sulle realtà politiche, sociali, legali ed economiche nonché sulle possibilità di operare cambiamenti;


- studiare le convinzioni e le usanze delle comunità locali, identificando quelle che possono rivelarsi più propizie al sostegno di diritti umani, *empowerment* delle donne e uguaglianza di genere;
- comprendere gli orientamenti politici dei potenziali sostenitori, come i gruppi di pressione e i movimenti della società civile, nonché la politica più utile alla costruzione di alleanze efficaci;
- imparare il linguaggio culturale - sviluppare la "*cultural fluency*" - indispensabile per apprendere, trattare e persuadere;
- istituire legami tra valori culturali locali e diritti umani universalmente riconosciuti;
- sviluppare la comunicazione, la mediazione, la trattativa e le competenze strutturali necessarie per costruire rap-



porti di fiducia, risolvere i conflitti ed incoraggiare l'appropriazione dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere da parte della comunità.

Fonte: UNFPA, *Integrating Human Rights, Culture and Gender in Programming: A Training Manual*, UNFPA, 2008.

Cultura

- Che cos'è
 - Un insieme condiviso di *valori, norme, simboli, credenze*
 - la cultura è un processo dinamico non una "entità" immutabile
- 
- A decorative graphic in the bottom right corner consisting of a series of concentric, slightly offset squares or rectangles, creating a tunnel-like effect that recedes into the distance. The lines are thin and light gray, set against the light blue background.

Sistema culturale

- (Definizione di M.Rose Moro)
- **Un sistema culturale è costituito:**
 - **da una lingua**
 - **da un sistema di parentela**
 - **da un insieme di abilità e di comportamenti (cure igieniche, cucina, arti, forme di cura, pratiche di accudimento, ecc.)**
- **cultura esterna - gruppo di appartenenza**
- **cultura vissuta - elaborazione individuale**

Trauma migratorio

- **CONCETTO DI TRAUMA MIGRATORIO**
- ogni individuo ha interiorizzato un sistema di riferimento culturale,
- per mantenere la sua funzionalità deve continuare ad appoggiarsi su un contesto culturale omogeneo,
- cioè ci deve essere una corrispondenza tra cultura interiorizzata e cultura esterna.

Trauma migratorio

- la migrazione rompe questa relazione di sostegno e scambio reciproco fra cultura interna e esterna e espone chi emigra a un'esperienza traumatica
- **PRIMO OSTACOLO : LA LINGUA**
- **La nostra lingua madre è uno dei fondamenti del sistema socio-culturale a cui apparteniamo: ci consente non solo di comunicare, ma ci riporta all'interno del nostro universo affettivo, cognitivo ed esperienziale.**
- **E' ciò che ci identifica confermando il nostro senso d'appartenenza e ci rassicura.**

PROSPETTIVE – Trauma Migratorio

- Come si supera
- Cosa contribuisce al superamento del trauma?
- Se il trauma è una Frattura
- La guarigione è Ri-congiungere
- Cosa?
- Come?
- Le parole che Uniscono

PROSPETTIVE

- Congiungere Interno e Esterno
- Conoscere l'Esterno
- Ricucire l'Interno
- *Modi, strumenti, approcci*



La salute riproduttiva *

- **La dimensione della salute è un elemento determinante per la comprensione del sistema di disuguaglianze, sia sociali, sia di genere.**
- **Pertanto , quando guardiamo alla salute in prospettiva di genere, dobbiamo tener conto delle disparità derivanti dal tempo e dalla fatica legata al lavoro di riproduzione delle donne.**
- In altri termini, la relazione tra genere e salute è così sintetizzata da Jenny Popay (1988, 27):
- “il tipo e il ritmo di lavoro degli uomini minaccia la loro *vita*, mentre il tipo e il ritmo del lavoro domestico femminile mette a rischio la *qualità* di vita delle donne”.

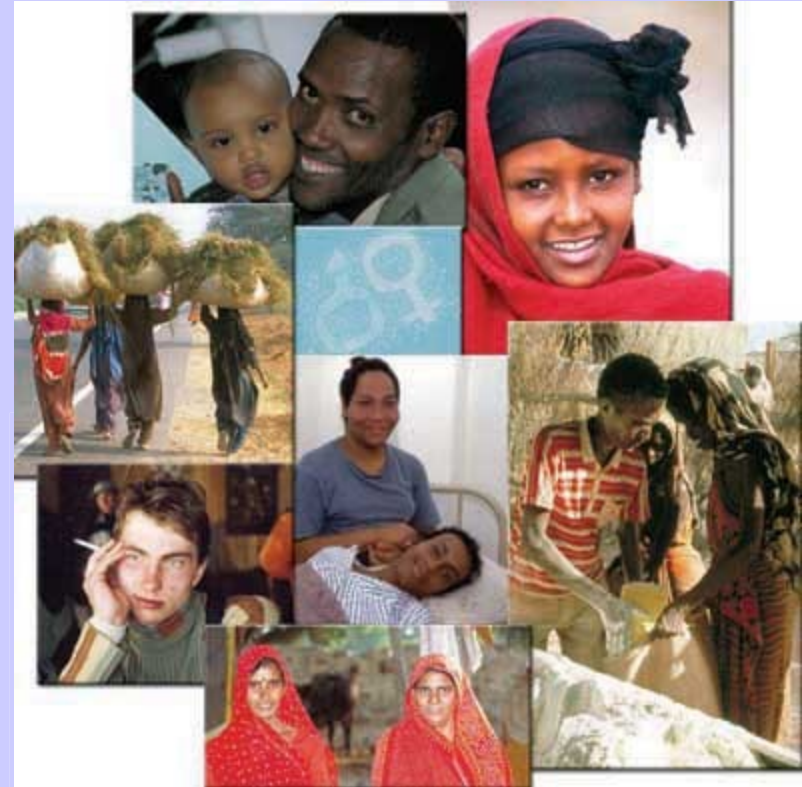


* Rif. Biblio:

- Lombardi L., *Società, culture e differenze di genere. Processi migratori e stati di salute*, FrancoAngeli, 2005
- Lombardi L., *Disuguaglianze di genere e salute riproduttiva. Uno sguardo su alcuni paesi del Mediterraneo*, in Tognetti Bordogna M. (a cura di), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, FrancoAngeli, 2008

Definire la salute riproduttiva

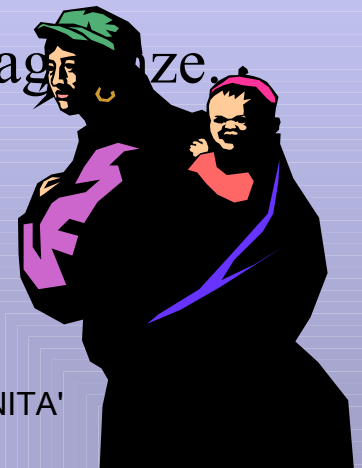
- Programma di Azione della Conferenza del Cairo per lo sviluppo mondiale (1994):
- *“La salute riproduttiva è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale – e non semplicemente l’assenza di malattie o di infermità – che riguarda tutti gli aspetti relativi all’apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone [donne e uomini] abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e di decidere se, quando e quanto spesso farlo”*
- Ovviamente in questa dichiarazione è compreso *“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”*



La salute riproduttiva

- Detta dichiarazione che sancisce, a livello mondiale, il diritto alla salute riproduttiva, ancora oggi non vede la sua piena realizzazione a causa di:
 - ✓ condizioni socio-economiche delle donne e dei paesi,
 - ✓ carenza di servizi per la salute e difficoltà di accesso,
 - ✓ livello d'istruzione,
 - ✓ disuguaglianze di genere socialmente e culturalmente sostenute
 - ✓ mancanza di politiche di contrasto delle disuguaglianze.

(Rif. Lombardi, 2005, 2008)



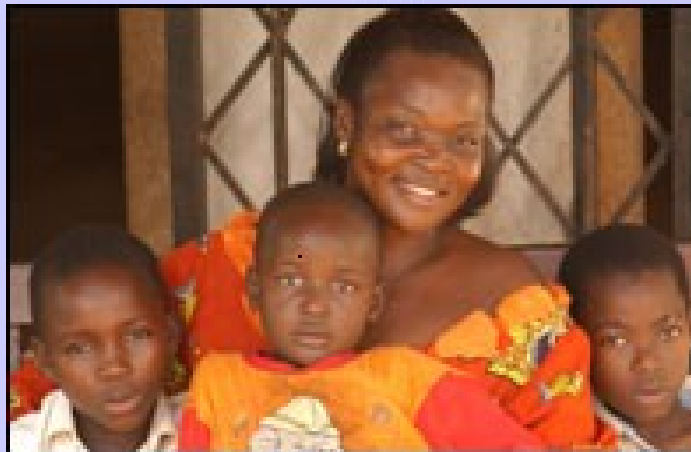
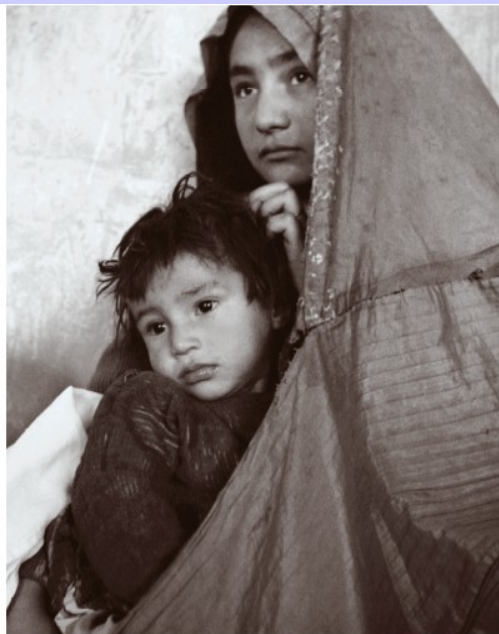
Indicatori di salute riproduttiva

- **Mortalità materna,**
- **Gravidanze di adolescenti (15-19 anni)**
- **Aborto sicuro,**
- **Anemia gravidica,**
- **Accesso ai servizi per la salute riproduttiva,**
- **Pianificazione familiare,**
- **Violenza di genere e conseguenze sulla salute**
- **Mutilazioni genitali femminili,**
- **Diffusione dell'hiv/aids.**

(Rif. Lombardi, 2005, 2008)

La salute riproduttiva nel mondo – stime annuali – UNFPAa, 2005

Numero donne	Esito	Problema
550 mila	Muoiono	Gravidanza
7 milioni	Problemi di salute	Gravidanza
50 milioni	Conseguenze sanitarie	Parto
70.000 (il dato è sottostimato)	Muoiono	20 milioni di aborti non sicuri nei PVS
120 milioni		Non desiderano nuove nascite
350 milioni	Non possono scegliere	Contraccettivi
60 milioni di nascite (98% nei PVS)	Non assistite	Mancanza di personale qualificato
Più della metà delle donne	Subisce	Violenza di natura sessuale
2 milioni	Entrano	Nell'industria del sesso
130 milioni	Portatrici	MGF
2 milioni	A rischio	MGF



CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

Tabella 1: Mortalità materna: tasso, numero di morti, percentuale di rischio nell'arco della vita e livelli di approssimazione degli indici nelle regioni di attuazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio, 2005

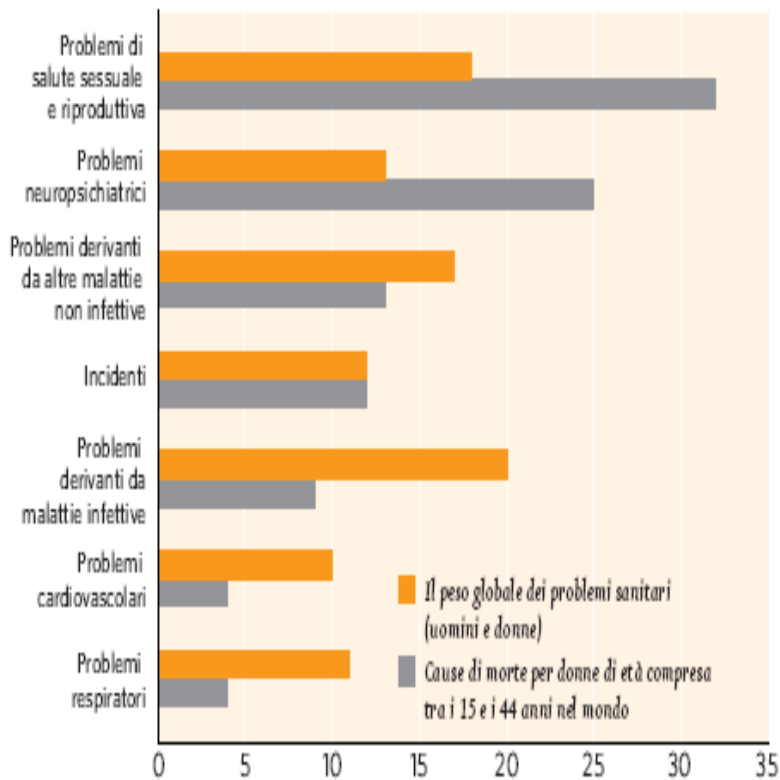
Regione	Morti materne ogni 100.000 nati vivi*	Numero di morti materne*	Rischio di mortalità materna:* 1 ogni...	Livelli di approssimazione delle stime di mortalità materna	
				Stima minima	Stima massima
TOTALE NEL MONDO	400	536,000	92	220	650
Regioni sviluppate**	9	960	7,300	8	17
Comunità degli stati indipendenti (CSI)***	51	1,800	1,200	28	140
Regioni in via di sviluppo	450	533,000	75	240	730
Africa	820	276,000	26	410	1,400
Africa Settentrionale****	160	5,700	210	85	290
Africa Sub-Sahariana	900	270,000	22	450	1,500
Asia	330	241,000	120	190	520
Asia Orientale	50	9,200	1,200	31	80
Asia Meridionale	490	188,000	61	290	750
Sud-est Asiatico	300	35,000	130	160	550
Asia Occidentale	160	8,300	170	62	340
America Latina e regione caraibica	130	15,000	290	81	230
Oceania	430	890	62	120	1,200

Fonte: OMS, UNICEF, UNFPA e Banca Mondiale, *Maternal Mortality in 2005*, OMS, Ginevra, 2007.

“Le differenze tra ricchi e poveri nel campo della salute riproduttiva – all’interno di uno stesso stato e tra uno stato e un altro – sono più ampie che in qualsiasi altro settore della sanità”

Le figure che seguono mostrano il peso della salute riproduttiva rispetto agli altri problemi di salute e la disuguaglianza sociale all’interno del genere femminile rispetto alla maternità sicura e alla contraccezione: le donne povere subiscono una duplice disuguaglianza, sociale e di genere.

Tabella 1: Il peso globale dei problemi di salute sessuale e riproduttiva



Fonte: WHO, 2002. Citati in *Adding it up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Healthcare*, Alan Guttmacher Institute/UNFPA, 2003

Tavola 5: Parti assistiti da personale qualificato

Percentuale media dei parti assistiti da personale medico qualificato, per regioni e quintili di reddito dei nuclei familiari

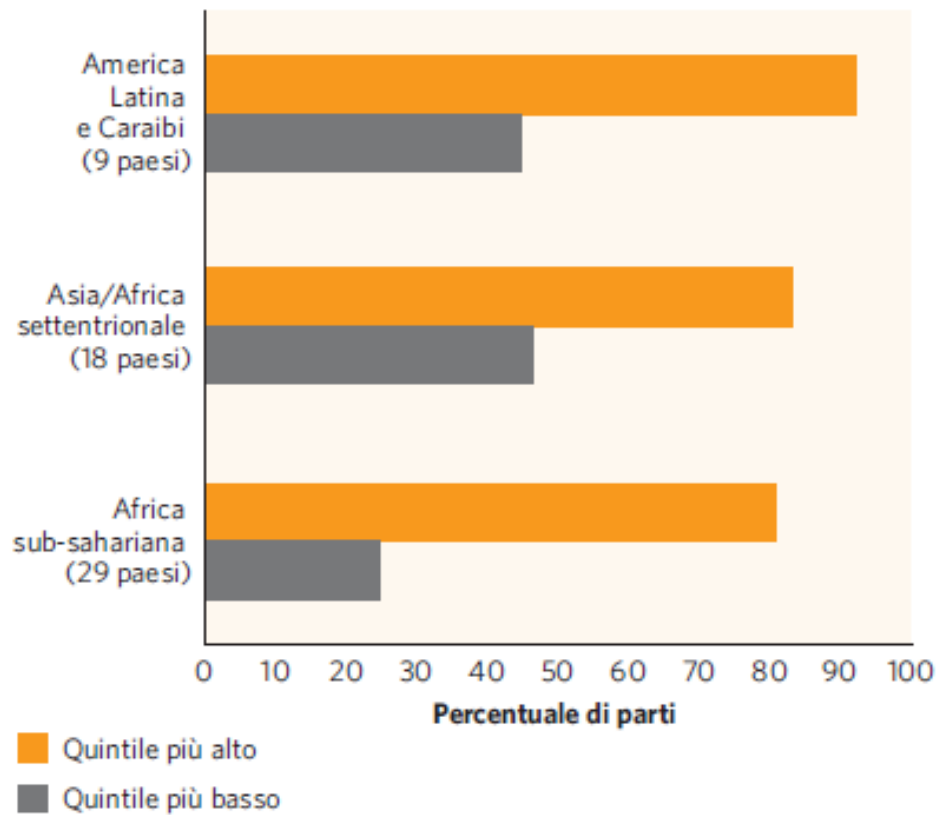
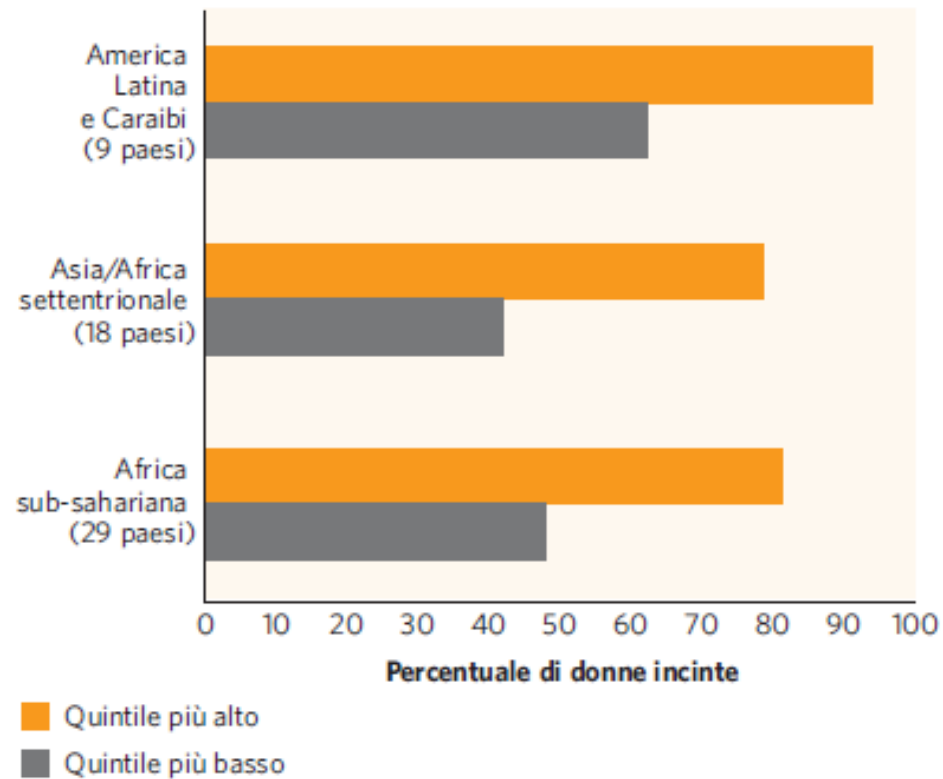


Tavola 4: Disponibilità delle cure prenatali

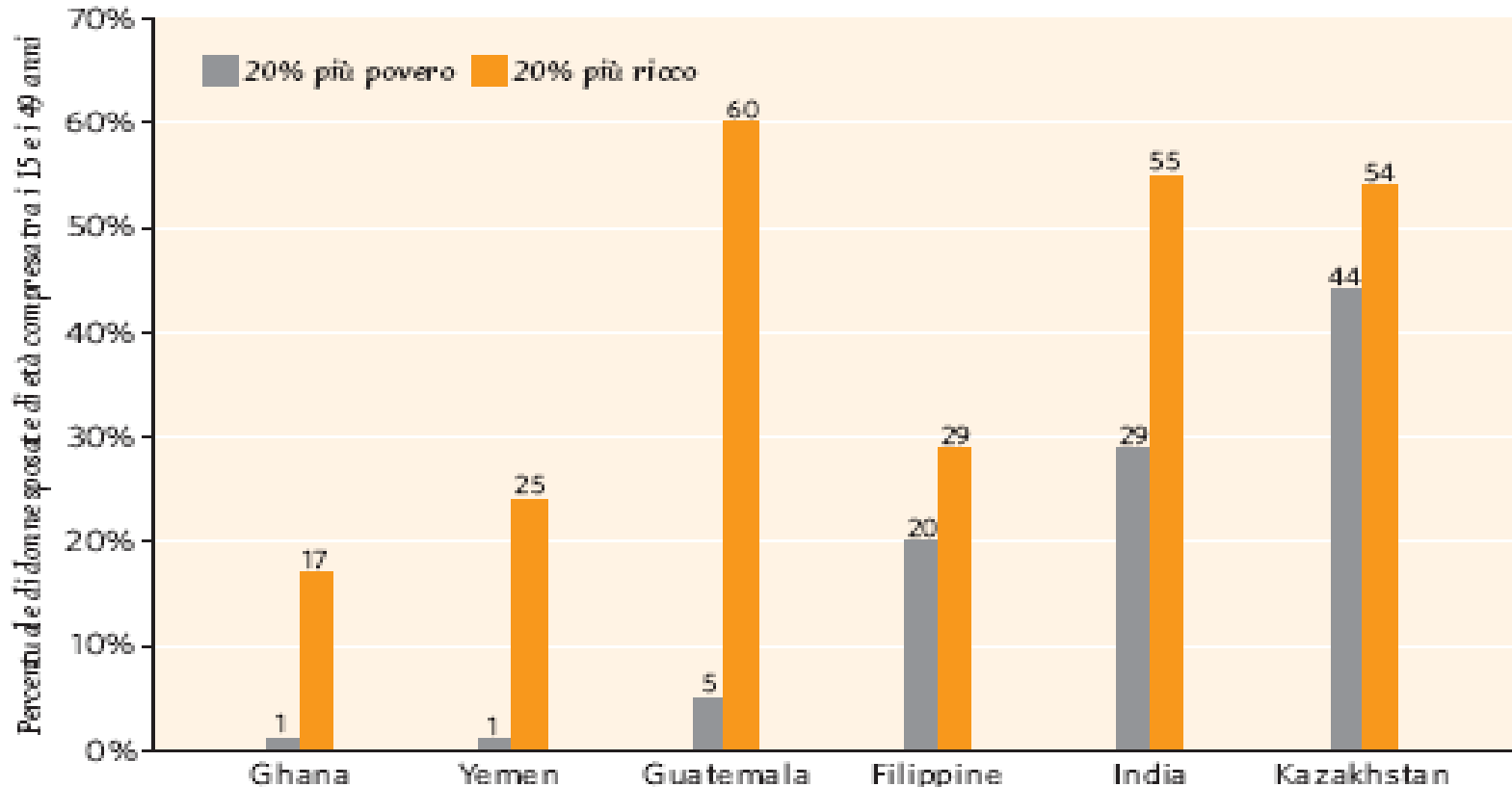
Percentuale media delle donne incinte visitate (più volte)
da personale medico professionale per regioni
e quintili di reddito dei nuclei familiari



Fonte: Gwatkin D., e altri, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population Within Developing Countries: An Overview. Country Reports on HNP and Poverty*, Banca Mondiale, Washington, 2007.

disuguaglianze

Tabella 3. Uso dei contraccettivi secondo la condizione economica di appartenenza



Source: Banca mondiale, *Round II Country Reports on Health, Nutrition and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries*, Banca mondiale, 2004

Adolescenti

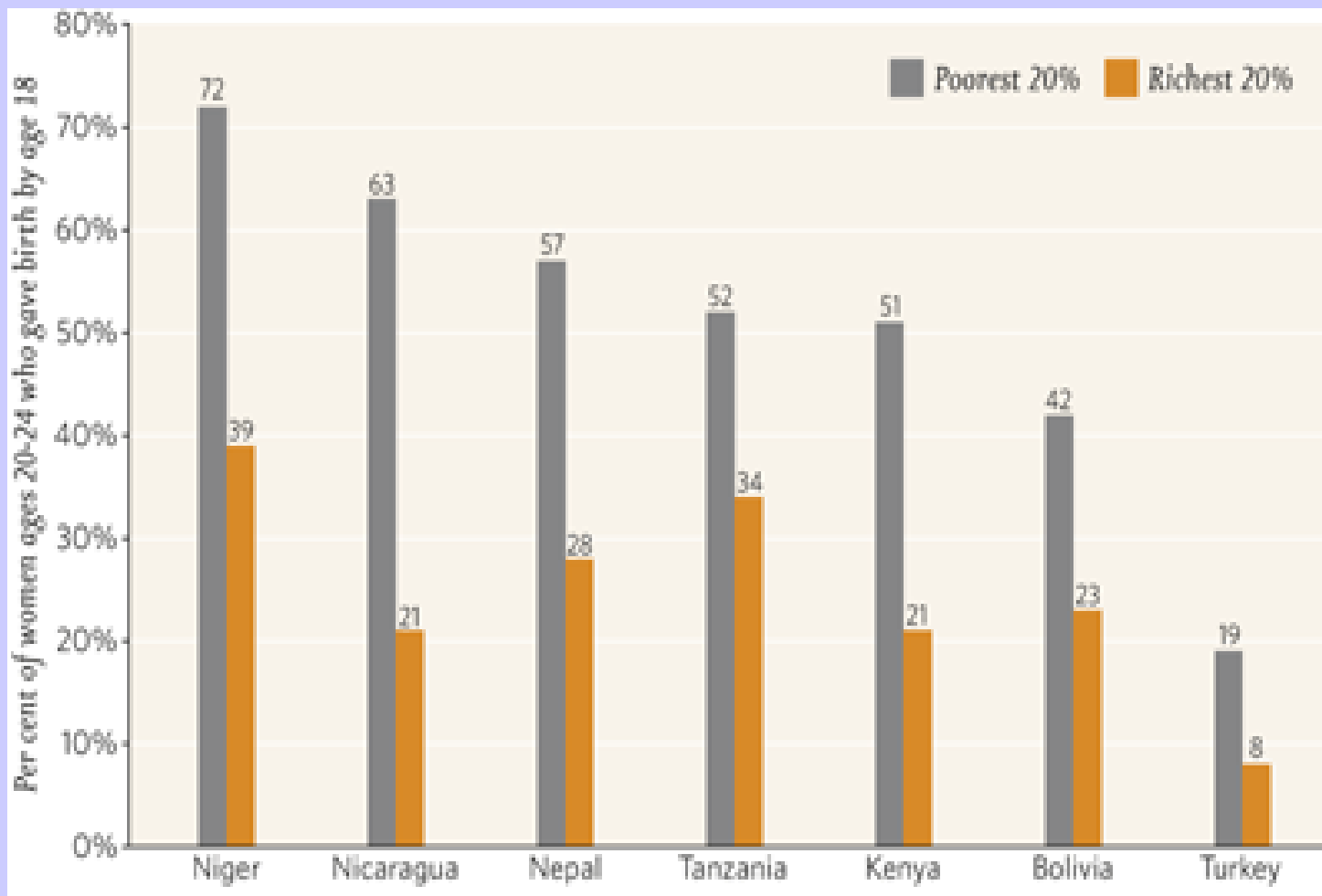


- dei 137 milioni di giovani analfabeti nel mondo, il 63% sono femmine.
- **La mortalità materna è 3 volte più alta tra le adolescenti che fra le donne adulte.**
- Le cause più comuni sono attribuibili alle **complicanze** da aborto non sicuro, complicanze in gravidanza e parto, molte dovute all'ipertensione (eclampsia).
- **Degli oltre 500.000 decessi materni stimati annualmente nel mondo, più della metà avvengono in Africa**, buona parte di questi riguardano le adolescenti

(Rif. Lombardi, 2005, 2008)

La triplice disuguaglianza: sociale, di genere, di generazione

Figura 4: nascite tra le adolescenti più povere e più ricche



Fonte: Rani, M. and E. Lule, 2004, "Exploring the Socioeconomic Dimension of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis" *International Family Planning perspectives* 30 (3): 112

Aborto

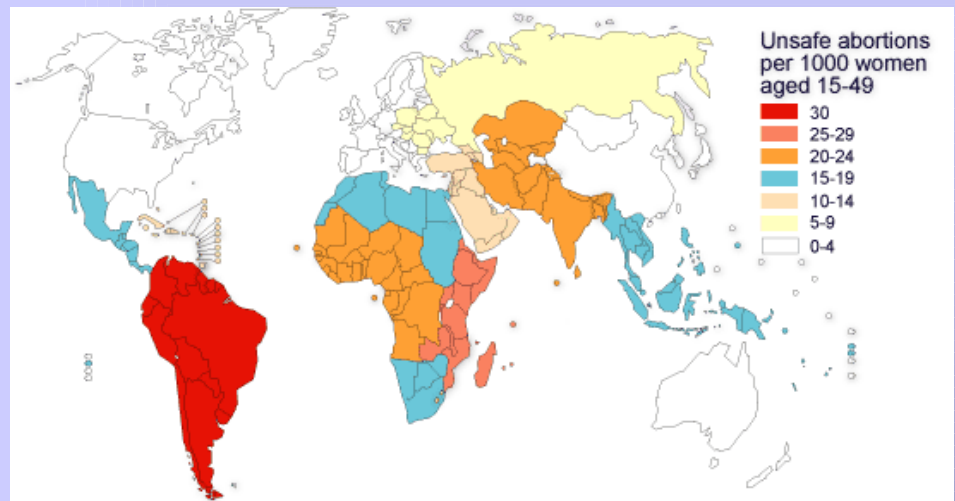
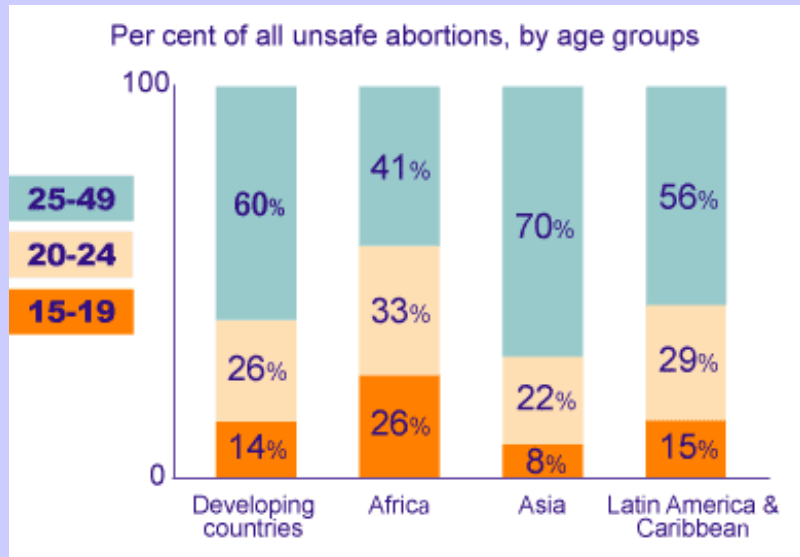
L'analisi comparativa dei dati internazionali indica con chiarezza che l'aborto **“non sicuro”** è prevalentemente praticato nelle regioni più povere del pianeta dimostrando l'ampiezza delle sue interconnessioni con le *disuguaglianze sociali*, di *genere* e di *salute*.

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce **aborto “non sicuro”** *una procedura per porre termine ad una gravidanza non voluta, eseguita da una persona non qualificata e esperta e/o in condizioni in cui gli standard medici minimi sono assenti.*

Attualmente la dimensione dell'aborto non sicuro nel mondo è così stimata (UNFA, 2005):

- *19 milioni di donne sperimentano un aborto non sicuro ogni anno e 18.5 milioni di questi avvengono nei PVS: Africa (4.2 milioni), Asia (10.5 milioni), America latina e Carabi (3.8 milioni);*
- *il 59% di tutti gli aborti non sicuri che avvengono in Africa, riguardano le giovani tra i 15 e i 24 anni;*
- *si stima che 70 mila donne muoiono ogni anno per cause legate ad aborti non sicuri nei PVS (30 mila in Africa, 34 mila in Asia, 4000 in America Latina e Carabi).*

Le figure 5 e 6 mostrano le percentuali di aborto non sicuro nel mondo ripartite per gruppi di età e la mappa dell'aborto non sicuro.



Violenza

La violenza di genere nelle sue varie forme – stupro, violenza domestica, delitti d'onore, e traffico di donne – ha un alto costo in termini di salute fisica e mentale, nonché di salute riproduttiva (Doyal, 2001). Sempre più spesso la violenza di genere viene riconosciuta come un serio problema di salute pubblica e una grave violazione dei diritti umani fondamentali.

Fig. 1 - La violenza di genere nell'arco della vita delle donne

Fase	Tipo di Violenza
Prenatale	Aborti selettivi per sesso, percosse durante la gravidanza, gravidanza forzata (stupro di guerra, etnico)
Prima infanzia	Infanticidio femminile, abusi emotivi e fisici, differenze nell'accesso al cibo e all'assistenza medica.
Infanzia	Mutilazioni dei genitali femminili, incesto e abuso sessuale, differenze nell'accesso a cibo, assistenza medica e istruzione; prostituzione infantile.
Adolescenza	Violenze durante il corteggiamento, rapporti sessuali basati sul ricatto economico, abusi sessuali sul posto di lavoro, stupro, molestie sessuali, prostituzione forzata.
Età riproduttiva	Abusi da parte del partner, stupro coniugale, abusi e omicidi per dote, assassinio per mano del partner, abusi psicologici, abusi sessuali sul posto di lavoro, molestie sessuali, stupro, abuso di donne disabili.
Vecchiaia	Abusi sulle vedove, abusi sugli anziani (che riguardano soprattutto le donne)

Fonte: Heise L., 1994. *Violence against women: the hidden health burden*. World Bank Discussion Paper, Washington D.C., The World Bank.

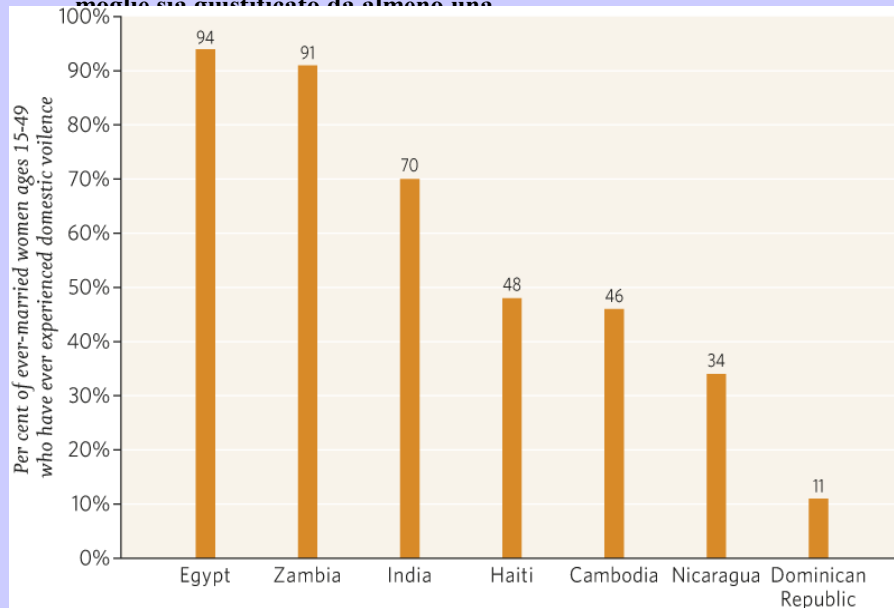
(Rif. Lombardi, 2005, 2008)



Violenza di genere e migrazione

- La violenza contro le donne è stata, ed è ancora, coperta dalla *cultura del silenzio*.
- E' difficile produrre statistiche attendibili sull'entità del fenomeno poiché questa violenza viene poco denunciata per il sentimento di "vergogna" e per paura della "stigmatizzazione" e della vendetta.
- Un'altra delle ragioni per cui le donne rimangono in silenzio è che in molte società la violenza contro le donne è accettata come un "normale aspetto della relazione di genere" (fig. 8)

figura 6: donne che ritengono che picchiare la moglie sia giustificato da almeno una



*trascurare i figli, essere uscita senza aver chiesto al partner, discutere con il partner, non aver preparato il pasto bene/in tempo, parlare con altri uomini)
Source: Source: Kishor, S. and K. Johnson, 2004, *Profiling Domestic Violence: A Multicountry Study*. Calverton, MD: ORG Macro, Measure DHS+:66

Dr. Lia Lombardi



(Rif. Lombardi, 2005, 2008)

CULTURE, MIGRAZIONI, M

Migrazioni *

- Le migrazioni sono, da secoli, fenomeni di grande portata umana e storica, tanto da poter affermare che la storia dell'umanità “è la storia delle migrazioni”.
- LE MIGRAZIONI SONO UN “**fatto sociale totale**”,
- *cioè “un fatto in cui sono coinvolte tutte le sfere dell'essere umano e delle sue interazioni con l'universo economico, sociale, politico, culturale e religioso in cui vive, e quindi anche le sue rappresentazioni del mondo” (Palidda in Sayad, 2002).*
- Importanti ripercussioni su:
- **riproduzione**
- **Maternità**
- **Genitorialità**

* Op. Cit. Lombardi L., 2005
Dr. Lia Lombardi

Migrazioni

- Al 1° gennaio 2010 si registra in Italia una presenza di persone straniere regolari e non pari a 5,3 milioni di unità (ISMU, 2010) – circa 500 mila gli irregolari -
- Il panorama della migrazione in Italia indica ancora una popolazione **giovane** e in età riproduttiva,
- una sostenuta **presenza femminile** che è di poco inferiore a quella maschile,
- una buona presenza di **nuovi nati e minori** figli di immigrati, da 295 mila a 941 mila dal 2005 al 2009. più della metà sono nati in Italia
- una popolazione immigrata **stabile** e/o tendente alla stabilità.
- Aumento dei nuclei familiari



(Rif. Lombardi, 2009)

MIGRAZIONI

- L'attuale presenza straniera in Italia è prevalentemente **europea** (52%) seguita dall'Africa (23%), dall'Asia (16%) e dalle Americhe (9%) (Caritas/Migrantes, 2008).
- i $\frac{2}{3}$ circa della popolazione immigrata risiede nelle regioni del Nord.

Tab. 1 – Italia. Immigrati: prime 5 nazionalità – 2008

<i>Paesi</i>	<i>Soggiornanti</i>	<i>V. % sul totale</i>
Romania	625.278	18,2
Albania	401.949	11,7
Marocco	365.908	10,7
Cina Popolare	156.519	4,6
Ucraina	132.718	3,9

Fonte: Istat, 2008

Dossier Caritas 2010

- La Lombardia accoglie un quinto dei residenti stranieri (982.225 (23,2%).
- Poco più di un decimo vive nel Lazio (497.940, 11,8%), il cui livello viene quasi raggiunto da
- altre due grandi regioni di immigrazione (Veneto 480.616, 11,3%) e Emilia Romagna (461.321, 10,9%),
- mentre il Piemonte e la Toscana stanno un po' al di sotto (rispettivamente
- 377.241 e 8,9%; 338.746 e 8,0%).
- Roma, che è stata a lungo la provincia con il maggior numero di immigrati, perde il primato rispetto a Milano (405.657 rispetto a 407.191).
- L'incidenza media sulla popolazione residente è del 7%, ma in Emilia Romagna, Lombardia e Umbria si va oltre il 10% e in alcune province anche oltre il 12% (Brescia, Mantova, Piacenza, Reggio Emilia, Prato).
- Le **donne** incidono mediamente per il 51,3%, con la punta massima del 58,3% in Campania e del 63,5% a Oristano, e quella più bassa in Lombardia (48,7%) e a Ragusa (41,5%).

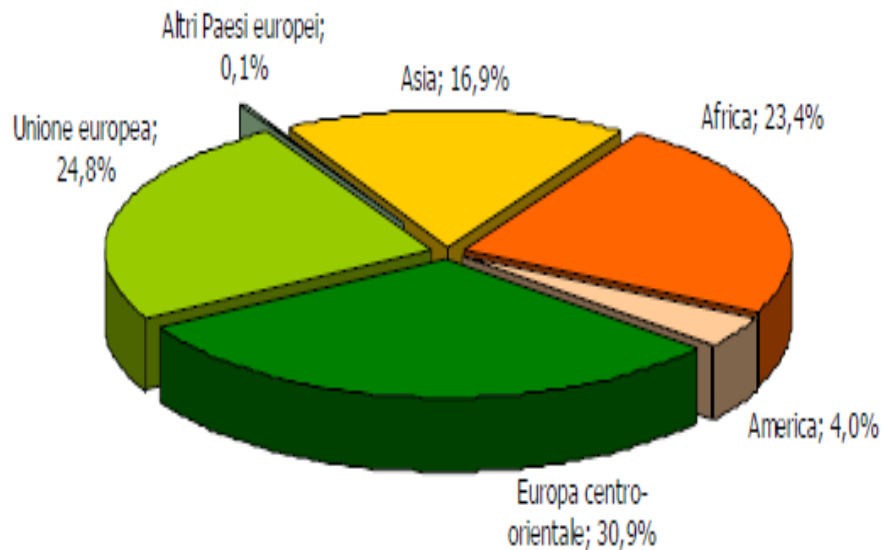
(Rif. Dossier Caritas Migrantes, 2010)

IN VENETO

(Osservatorio Regionale Immigrazione)

- Alla fine del 2009 gli stranieri residenti in Veneto erano poco più di 480.600 (il 12% del complessivo totale nazionale).
- L'incidenza sul totale dei residenti in regione è del 10%.
- Dal 2008 al 2009 la quota di stranieri residenti in Veneto è aumentata di 26mila unità.
- I cittadini originari di paesi non Ue rappresentano la componente maggioritaria degli stranieri residenti (75% a fine 2009)

Immigrati in Veneto (ORI)



Fonte: elab. Oss. Imm. Regione Veneto su dati Istat
(Bilancio demografico cittadini stranieri 2009 - <http://demo.istat.it/>)

- Alla fine del 2009 più della la metà dei cittadini stranieri residenti in regione era originaria di uno Stato europeo:
- 31% dell'area centroorientale (non Ue)
- 25% proprio dell'Unione Europea.
- Africa (23%)
- ed Asia (17%)

Le prime 10 provenienze

2004		2005		2006		2007		2008		2009	
Marocco	40.361	Marocco	43.682	Romania	48.207	Romania	76.861	Romania	91.355	Romania	96.930
Romania	36.559	Romania	43.093	Marocco	46.781	Marocco	49.653	Marocco	54.105	Marocco	56.704
Albania	30.644	Albania	33.318	Albania	35.654	Albania	37.798	Albania	40.788	Albania	42.041
Serbia e Montenegro	18.647	Serbia e Montenegro	21.468	Serbia e Montenegro	22.415	Serbia e Montenegro	23.655	Moldova	25.686	Moldova	29.361
Cina	14.063	Cina	16.418	Cina	19.112	Cina	21.558	Cina	24.782	Cina	27.043
Macedonia	12.914	Macedonia	13.696	Macedonia	15.610	Moldova	19.407	Macedonia	20.688	Macedonia	20.386
Moldova	10.826	Moldova	13.473	Moldavia	15.560	Macedonia	16.551	Serbia*	20.494	Serbia*	19.594
Ghana	9.911	Bangladesh	10.746	Bangladesh	12.340	Bangladesh	13.659	Bangladesh	16.095	Bangladesh	17.350
Bangladesh	9.101	Ghana	10.258	Ghana	10.645	Ghana	11.143	India	12.378	India	13.584
Nigeria	7.866	Nigeria	8.671	India	9.663	India	10.725	Ucraina	12.289	Ucraina	13.521
<i>Altri</i>	<i>96.840</i>	<i>Altri</i>	<i>105.970</i>	<i>Altri</i>	<i>114.228</i>	<i>Altri</i>	<i>85.325</i>	<i>Altri</i>	<i>135.793</i>	<i>Altri</i>	<i>144.102</i>
TOTALE	287.732	TOTALE	320.793	TOTALE	350.215	TOTALE	403.985	TOTALE	454.453	TOTALE	480.616

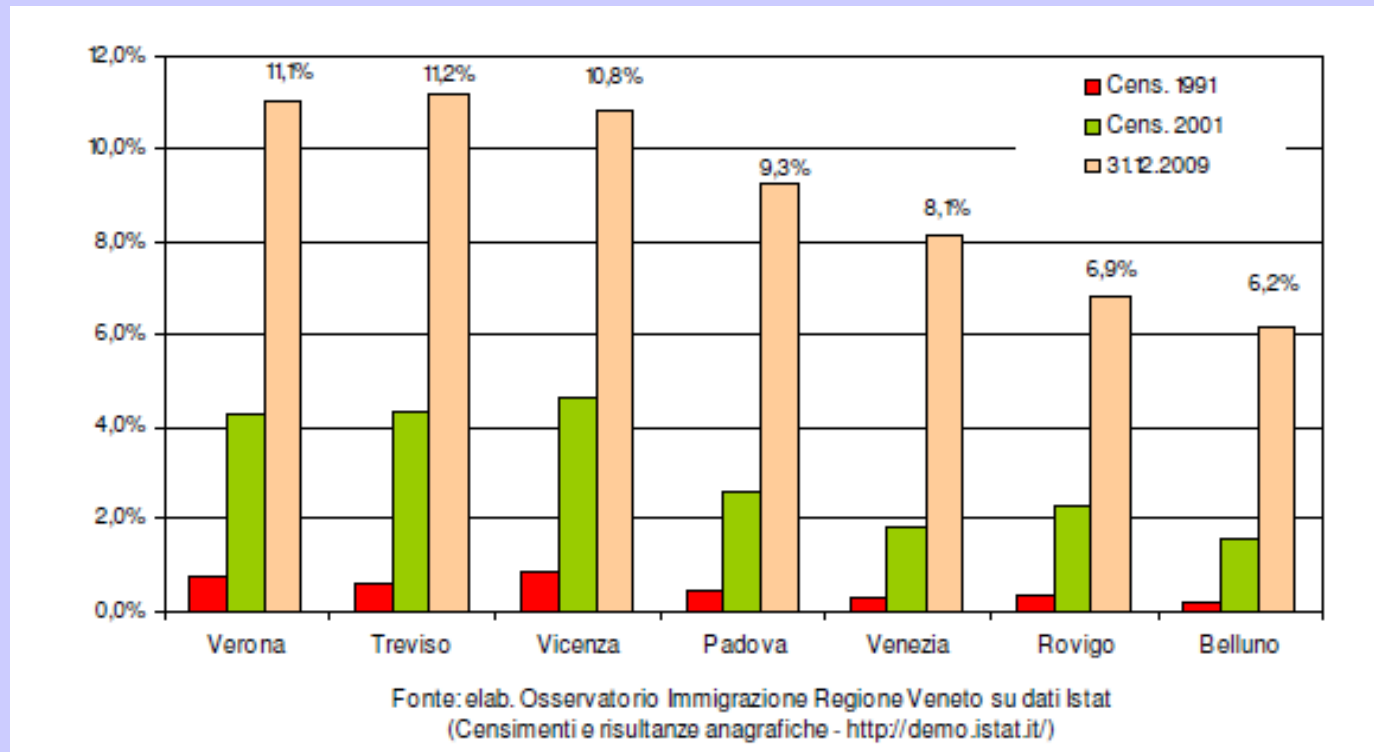
**dal 3/6/2006 la Serbia e il Montenegro sono diventati Stati autonomi; tuttavia, le informazioni disponibili hanno consentito solo nel 2008 di distinguere per cittadinanza gli individui dei due Stati.*

Fonte: elab. Veneto Lavoro su dati Istat (Bilancio demografico cittadini stranieri al 31 dicembre 2009)

Bilancio demografico (ORI)

- Anche nel 2009 la popolazione straniera ha svolto un ruolo fondamentale nel riequilibrio del bilancio demografico regionale:
- circa il 22% dei nuovi nati è figlio di stranieri.

Graf. 1.1.5 - Veneto. Incidenza % degli stranieri sul totale della popolazione residente per provincia (Cens. 1991 e 2001, iscritti alle anagrafi al 31 dic. 2009)



MIGRAZIONI *

- **Ripartizione di genere:**
- le donne immigrate in Italia al 1° gennaio 2008 sono 1.730.834 e riguardano il 50,4% della popolazione straniera, con un incremento del 3,4% rispetto al 2002 e dello 0,5% rispetto al 2006 (Istat, 2008).
- Vi è però una sostanziale differenza tra le diverse **nazionalità:**
- per esempio tra gli immigrati **nordafricani** la presenza è prevalentemente maschile
- mentre è femminile tra i **cubani** e i **sudamericani** in genere e tra le persone provenienti dai paesi dell'**Est europeo**.
- Di conseguenza la graduatoria dei paesi per presenze femminili (tab. 2) è diversa da quella dei paesi per numero complessivo di immigrati (tab. 1).

* Rif. Biblio:

Lombardi L., *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*, Fondazione ISMU, FrancoAngeli, Milano, 2009.

Tab. 2 – Italia. Donne immigrate: prime 5 nazionalità – 2008

<i>Paesi</i>	<i>V.% di donne sul totale</i>
Ucraina	80,4
Romania	52,9
Cina Popolare	47,3
Albania	44,7
Marocco	40,8

Fonte: Istat, 2008

Migrazioni femminili

- La concentrazione femminile di alcune nazionalità è strettamente legata al progetto e alla tipologia migratoria distinguibile in **due gruppi maggioritari**:
 1. le donne che giungono per **ricongiungimento familiare** (fenomeno evidenziatosi soprattutto negli anni '90 e caratterizzato da donne provenienti dal Nord Africa)
 2. quelle che **migrano da sole**, fungendo spesso da pioniere per figli e compagni rimasti nei paesi di origine.
- Le motivazioni che spingono le donne a spostarsi verso l'Italia sono comunque diverse
 1. **ricongiungimento familiare**
 2. la volontà di rispondere a necessità e desideri **personali**
 3. **l'istruzione**: nell'anno accademico 2004/2005 la percentuale d'iscritti stranieri negli atenei italiani è stata del 2,3% e fra loro le femmine sono in maggioranza (61%) (Miur, 2008).

(Rif. ISMU, Rapporto 2010)

Migrazioni femminili

- I processi migratori femminili, spesso dimenticati perché trattati come aggregati a quelli maschili, sono di altrettanta rilevanza storica e sociale.
- In Italia, in particolar modo, la migrazione femminile ha un suo peso **quantitativo** e **qualitativo** manifestando percorsi migratori, ambiti occupazionali, situazioni familiari specifiche e anche definite provenienze.

Rif. Lombardi, 2005)

Migrazioni femminili

- Dalla fine degli anni '90 la migrazione verso l'Italia assume la caratteristica della **femminilizzazione**.
- Questa tipologia migratoria comporta una prevalenza delle provenienze dai paesi dell'**Europa orientale**
- Sono prevalentemente **donne sole**, con un progetto migratorio a breve e lungo termine, principalmente occupate come **collaboratrici domestiche** o "**badanti**" (Lombardi, 2005)).

Lavoro di cura

- Questo fenomeno non è attribuibile solo alla realtà nazionale ma si iscrive 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” (Hochschild, 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**.

Lavoro di cura

- Questa particolarità del lavoro di cura e assistenziale delle donne straniere è connessa al nostro sistema di *welfare*,
- e “*cultura della domiciliarità*” (Castegnaro 2002), cioè il rifiuto della soluzione istituzionalizzante, il desiderio di mantenere l’anziano nel proprio ambiente.
- Il problema di fondo sta nel fatto che questo tipo di scelta della famiglia comporta un rapporto di lavoro *costrittivo* e, per certi versi, *servile* con la persona che assiste (ibidem).

Occupazione per provenienze

1. **Donne filippine – lavoro domestico 25% dei casi**
2. **Sudamericane e ucraine – assistenza domiciliare**
3. **Filippini – occupati regolari**
4. **Rumeni – lavoro irregolare e disoccupazione**
5. **Albanesi e ecuadoriani – quote di occupazione regolare più elevate rispetto a peruviani e rumeni**
6. **Cinesi – lavoro autonomo**
7. **Albanesi e rumeni prevalentemente impiegati nel settore edile (50%) e 1/3 degli egiziani**
8. **Egiziani e cinesi – ristorazione**
9. **Sudamericani – trasporti**
10. **Indiani – lavoro agricolo**

(Rif. ISMU, ORIM, 2010)

INTEGRAZIONE

- Parlare delle proprie migrazioni significa, inevitabilmente, condurre il discorso sull'*integrazione* e sui rapporti con gli italiani.
 - Argomento forte, ricorrente, sollevato da tutte persone immigrate che abbiamo incontrato
 - Buona parte delle associazioni incontrate hanno come scopo il tema dell'integrazione con il territorio in cui vivono e, soprattutto, con gli/le italiani/e.
 - Per **integrazione** nella maggior parte dei casi intendono **scambio**
- *Posso dire che in genere facciamo tutto per fare integrazione. Siamo un'associazione che vuole mostrare la nostra cultura, la cultura senegalese, darla agli italiani e anche prendere la cultura italiana perché abbiamo anche bambini che sono nati qua e dunque vogliamo fare l'integrazione tra senegalesi e italiani [int. 4, uomo, Presidente ass. Senegalese].*

(Rif. Biblio: Lombardi, 2009)

Salute/malattia

- dati **ISTAT 2008**: sullo stato di salute della popolazione,
- stranieri e italiani hanno più o meno gli stessi problemi, ma gli stranieri sembrano stare e sentirsi meglio. (coinvolto circa 60 mila famiglie in Italia).
- Mediamente gli immigrati sono in **migliori condizioni** di salute
- il 22,8% stranieri ha avuto almeno una malattia nelle quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 27,4% tra gli italiani
- positiva la percezione soggettiva delle proprie condizioni di salute (l'80,3% dichiara di stare bene o molto bene, contro il 71,8% degli italiani).

Accesso/accessibilità

- più difficile per gli immigrati l'**accesso** ai servizi sanitari:
- *il 18,4% contro il 24,6% per gli italiani ha effettuato una visita medica nelle quattro settimane precedenti l'intervista,*
- *il 6,8% contro il 9,6% accertamenti diagnostici, in particolare quelle di tipo specialistico che si dimezzano nella popolazione straniera, con un minor ricorso allo specialista privato.*
- Più basso anche il tasso di ricovero per gli uomini stranieri rispetto a quelli italiani, e per le donne (esclusi i ricoveri per parto).
- Si conferma invece il ricorso più frequente ai **servizi di emergenza** (incidenti soprattutto)

Rif. ISTAT, 2008

Dr. Lia Lombardi

CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

La salute delle donne immigrate (Istat, 2008)

- Per gravidanza e parto si rivolgono prevalentemente al servizio **pubblico**:
- il 57,6% si è rivolta al ginecologo che lavora in una struttura pubblica (rispetto a il 16,5% delle donne italiane),
- il 38,3% rispetto a 13,7% tra le italiane è stata assistita prevalentemente presso un consultorio pubblico.
- Tra le straniere la quota di donne che partorisce con un **parto cesareo** è inoltre più bassa (24,9% contro il 35,9%) ed è più bassa l'età media al parto.
- La prevalenza dell'allattamento al seno è più elevata tra le donne straniere (88% contro 80,7%);
- la durata media più bassa si registra tra le donne rumene (5 mesi) rispetto a quella complessiva delle straniere pari a 7,3%, in linea anche con quella italiana.

Dr. Lia Lombardi



CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

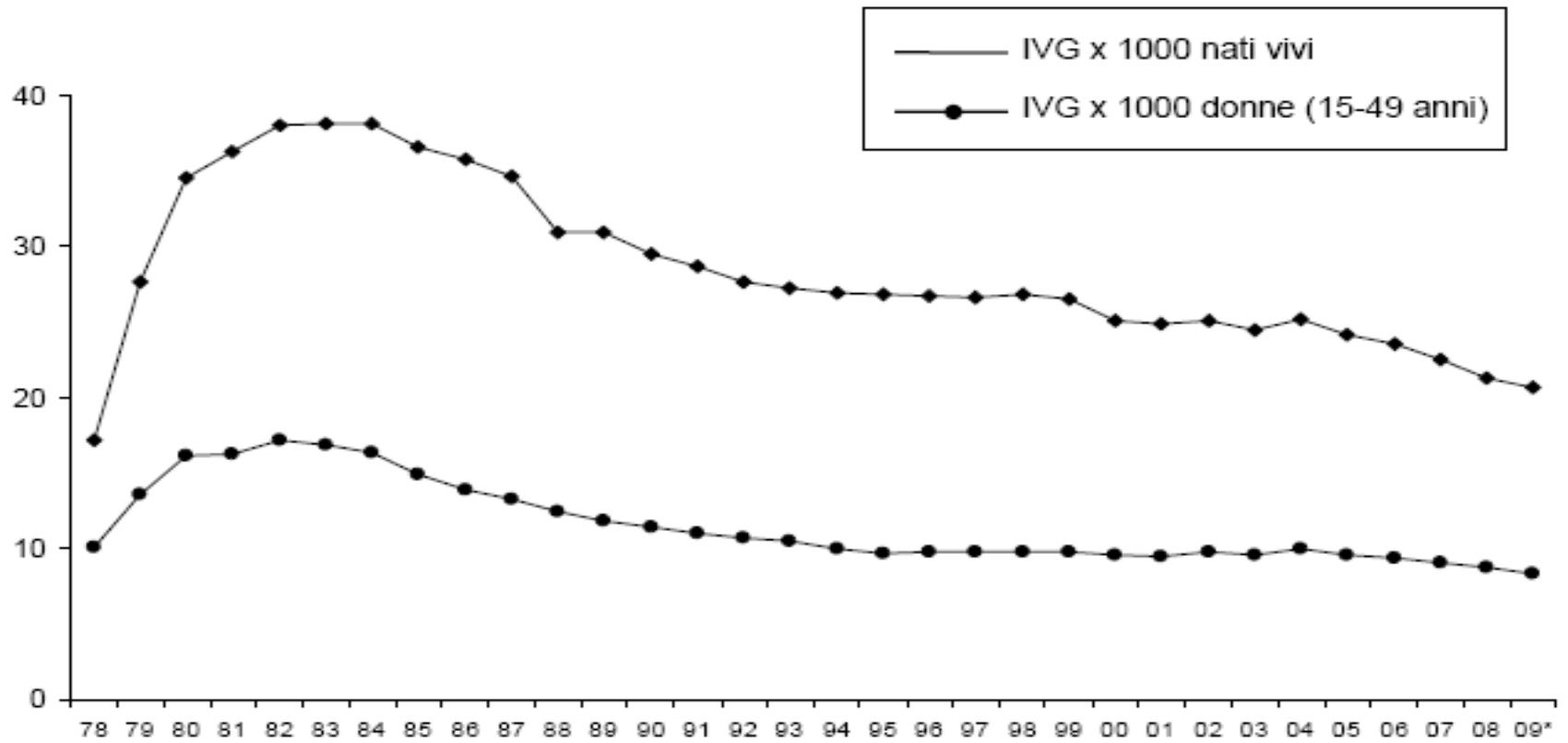
Lombardia (Ismu, Orim, Rapporto 2010)

- Triplicati i parti di donne straniere tra 2000 e 2008
- Aumentano i TC dal 23 al 26,8%
- Diminuiscono le complicanze da parto e tendono ad allinearsi con le % delle donne italiane
- Aumenta lievemente la condizione di neonato sano da 71,9 a 73,3%
- Nel 2008 si registra ancora un maggior rischio di mortalità tra i neonati figli di stranieri (1,7% contro 1,1% di trasferiti ad altre strutture)
- La prematurità con affezioni maggiori (2% contro 1,7%)
- Neonato a termine con affezioni maggiori – 8,4% ct 6,8%

Lombardia (Ismu, Orim, Rapporto 2010)

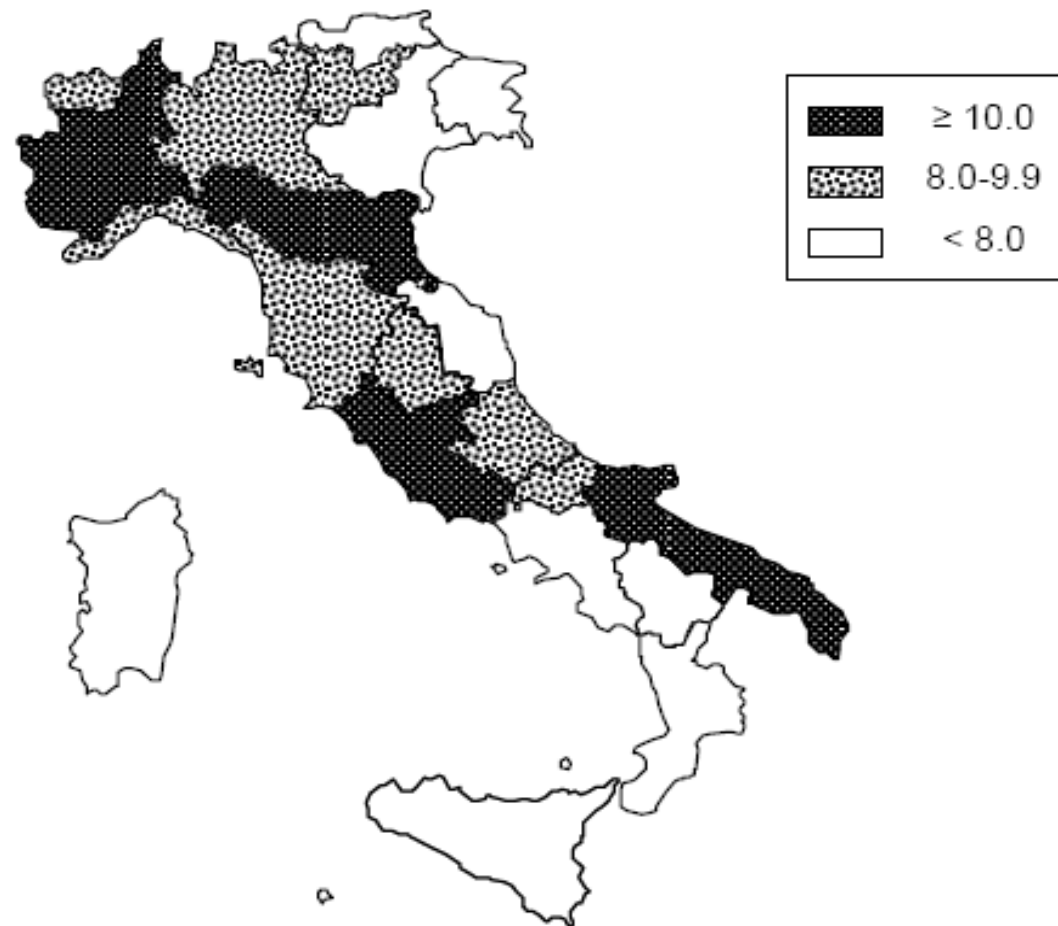
- Elevati sono i tassi di **abortività volontaria** della popolazione straniera rispetto a quella italiana (31,9 vs 11,6 per mille)
- Per le donne straniere irregolari si stima un tasso di abortività pari al 47 per mille
- Sono superiori anche gli aborti spontanei, le minacce di aborto e le gravidanze ectopiche
- Preoccupante anche il tasso di Mst e Hiv tra le donne immigrate che è molto più elevato rispetto alle italiane

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2009



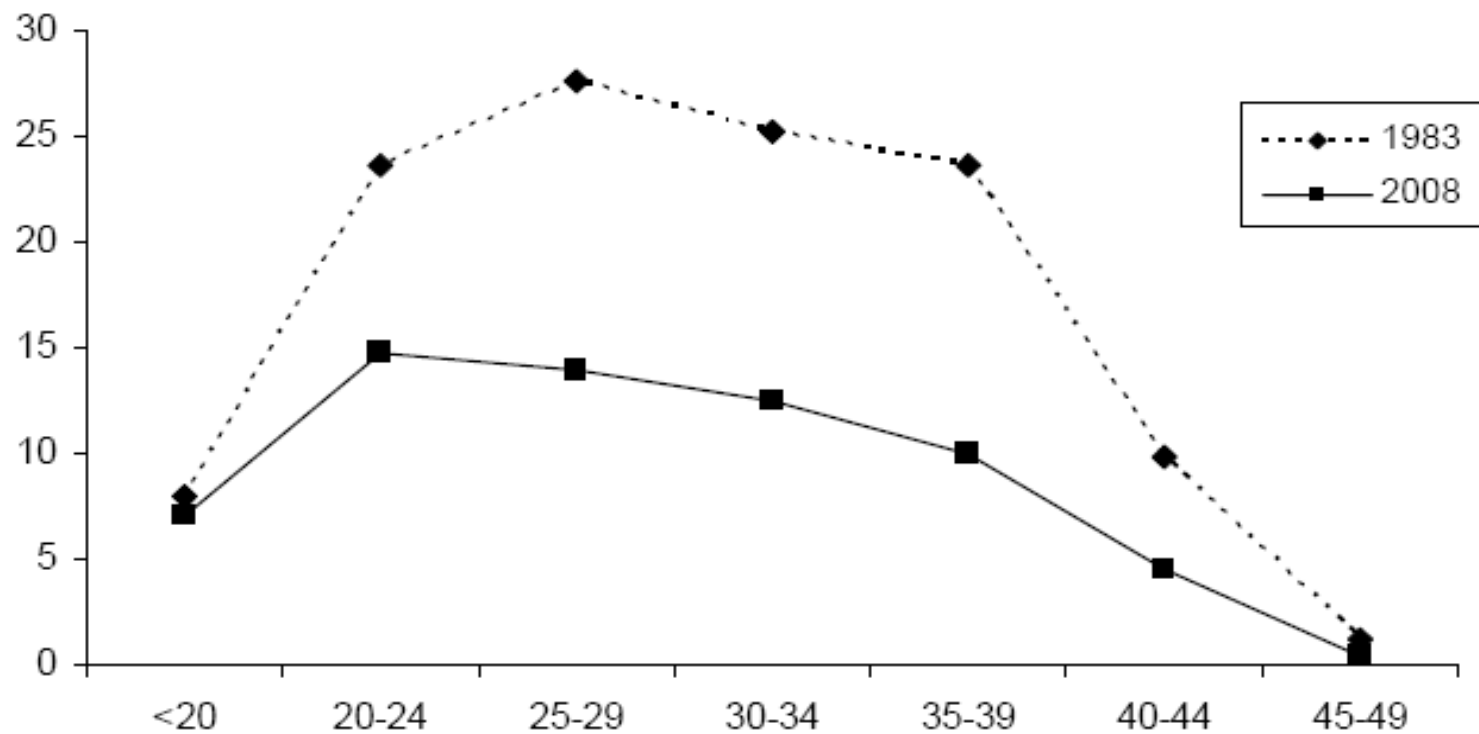
* dato provvisorio

Figura 2 – Tassi di abortività - 2008



Fonte: Relazione Ivg Ministero Salute, 2010

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2008



Fonte: Relazione Ivg Ministero Salute, 2010

IVG tra le minorenni, 2000-2008

Anno	N. IVG donne età <18 anni		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2.7	4.1
2001	3565	227	2.7	4.1
2002	3446	306	2.9	4.7
2003	3556	428	2.8	4.5
2004	3840	526	3.0	5.0
2005	3441	605	3.0	4.8
2006	3512	608	3.2	4.9
2007	3463	637	3.3	4.8
2008	3451	624	3.4	4.8

Fonte: Relazione Ivg Ministero Salute, 2010

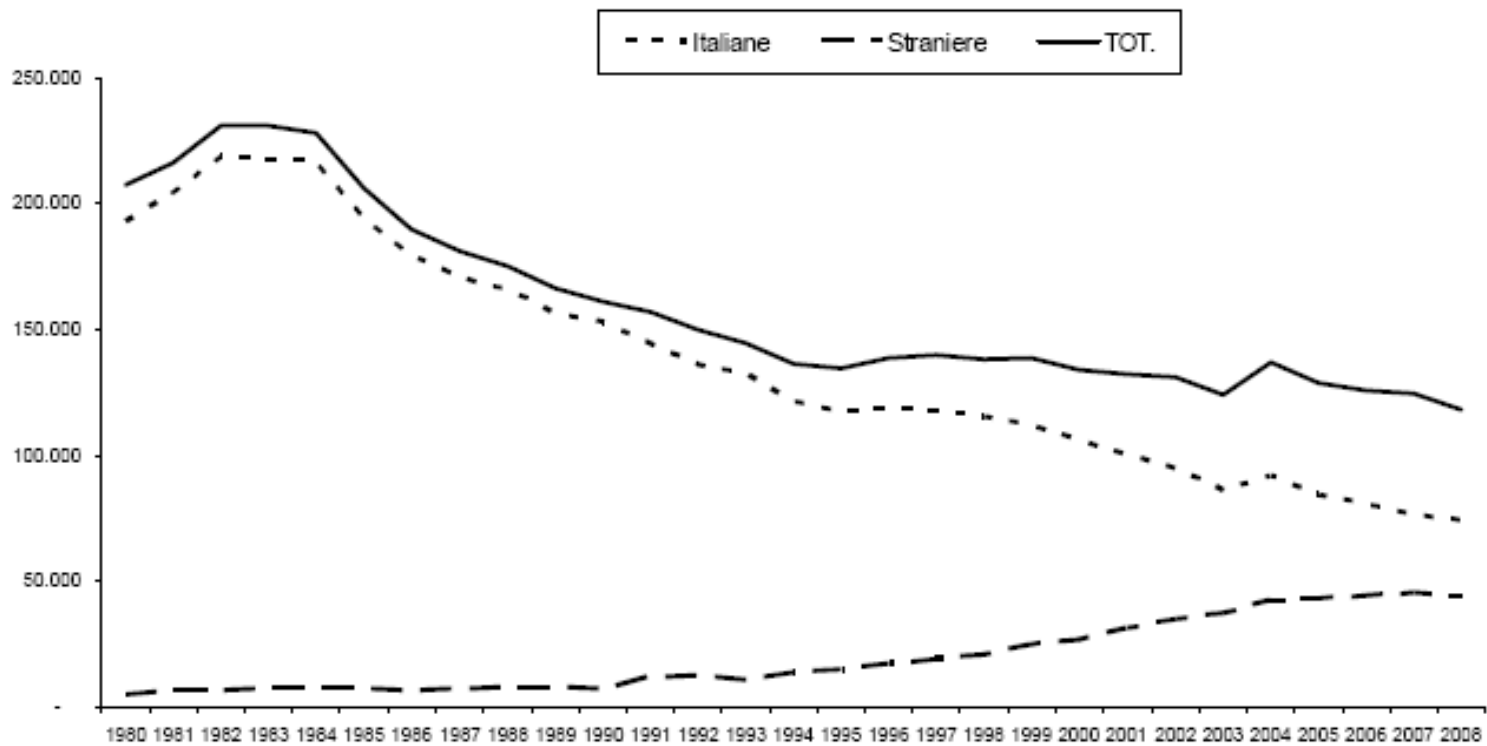
IVG (%) per stato civile, cittadinanza e area geografica, 2008

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	37.0	49.8	8.9	6.3	54.1	43.9
CENTRO	37.1	47.7	7.8	6.4	55.2	45.9
SUD	53.9	50.5	5.2	8.1	40.9	41.5
ISOLE	48.3	50.1	5.5	6.6	46.2	43.3
ITALIA	43.1	49.3	7.2	6.5	49.7	44.1

Elaborazioni su dati Istat - * separate, divorziate e vedove

Fonte: Relazione Ivg Ministero Salute, 2010

Figura 6 – IVG per Paese di nascita 1980-2008



Elaborazioni su dati Istat

Fonte: Relazione Ivg Ministero Salute, 2010

Dr. Lia Lombardi

CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2005

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
18-24	10.5	46.1
25-29	10.0	39.6
30-34	8.8	32.7
35-39	7.6	24.5
40-44	3.7	9.3
45-49	0.4	0.9
18-49 grezzo	6.8	28.5
18-49 standardizzato	7.1	26.5

Fonte: Istat

Fonte: Relazione Ivg Ministero Salute, 2010

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2008

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.0	24.5	3.0	8.0	1.2	4.2	20.2	36.7
CENTRO	15.4	23.7	3.0	9.8	1.2	6.1	19.6	39.6
SUD	18.0	21.9	5.5	10.0	2.6	6.1	26.1	38.0
ISOLE	13.8	17.4	3.5	8.4	1.4	6.0	18.9	31.8
ITALIA	16.2	23.8	3.8	8.7	1.6	4.9	21.6	37.4

Elaborazioni su dati Istat

Fonte: Relazione Ivg Ministero Salute, 2010

Donne migranti e interruzione di gravidanza

- condizioni della *migrazione* (disagio economico e sociale, difficoltà comunicative, irregolarità, ecc.),
- difficoltà di incontrare, o incontrare adeguatamente, i *servizi* e gli operatori.
- Le donne che presentano maggiori rischi :
 - alcune aree del *Sudamerica*,
 - dall'*Europa orientale*,
 - dall'*Africa sub-sahariana*,
- cioè di più recente immigrazione, con **progetto migratorio solitario** e ancora instabile, **non inserite in nuclei familiari** propri, lavoratrici presso famiglie e anziani (le cosiddette “**badanti**”).
- A queste stesse caratteristiche è connesso un **maggiore ricorso all'IVG**,
- le ricerche indicano però che questo ricorso avviene (anche ripetuto) nei primi tempi della migrazione
(Rif. Lombardi, 2005)

Donne migranti e interruzione di gravidanza

Contracezione e controllo della fecondità.

- Le donne immigrate non sono disinformate in materia di contraccezione e di metodi contraccettivi:
- ma la conoscenza e l'uso di questi non sempre vanno di pari passo.
- La condizione di migrante spesso complica certi processi di acquisizione dei modelli contraccettivi

La gestione della propria sessualità e il controllo della capacità riproduttiva sono dipendenti:

dai modelli culturali di riferimento rispetto alla maternità, al ruolo femminile nella famiglia e nella società.

dalle aspettative e progetti per il futuro,

dalle disuguaglianze di genere e dalle relazioni di coppia (controllo della fecondità e negoziazione del contraccettivo)

(Rif. Lombardi, 2005)

Donne migranti e interruzione di gravidanza

- ✓ Così come dipendono da fattori demografici e sociali:
- ✓ l'età,
- ✓ il livello di istruzione,
- ✓ la condizione lavorativa e professionale
- ✓ Questi ultimi due sono considerati, dagli osservatori internazionali, fattori di *empowerment* delle donne con ricadute positive sul controllo della fecondità, infatti
- ✓ Il controllo della capacità riproduttiva fa parte di un lungo percorso, di una conquista che passa attraverso un serie di mutamenti sociali e di cambiamenti culturali.

(Rif. Lombardi, 2005)

Dr. Lia Lombardi

CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

Modelli procreativi

Da ricerca IRER 2010 *

La maggior parte delle donne straniere ha il primo rapporto sessuale tra i 17 e i 19 anni

- **Meno 18:** Burkina Faso, Ghana, Etiopia, Ecuador, Nigeria, Ucraina, Costa d'Avorio
- **18-20:** Romania, Moldavia, Perù, Eritrea, Sbp, Somalia, Albania, Cina, Senegal
- **Più di 20:** Marocco, Egitto, India, Filippine

* Rif. Biblio:

IRER, 2010 - Indagine sulla presenza nel territorio lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili



CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

Distanza tra primo rapporto e prima maternità

Nel 3° anno

**SENEGAL, CINA,
FILIPPINE
SBP, ECUADOR**

Nel 4° anno

**PERU, MAROCCO, ROMANIA,
ALBANIA, MOLDOVA**

Nel 5° anno O Più

**ERITREA, UCRAINA, COSTA A.,
SOMALIA, NIGERIA, GHANA
ETIOPIA, BURKINA**

Fonte: IRER, 2010

UTILIZZO DELLA CONTRACCEZIONE

- Più **basso** tra: egiziane, somale, marocchine, indiane, pakistane (Sbp) –
- donne componenti, in prevalenza, di processi migratori secondari, con progetti di vita più orientati alla famiglia e alla maternità
- Il 64% delle intervistate dichiara che la scelta contraccettiva va condivisa con il partner
- Però 1/3 delle intervistate ritiene che la scelta sia esclusivamente femminile e queste sono coloro che fanno parte di un progetto migratorio **autonomo**
- C'è anche una significativa % che delega qs scelta al partner (Nigeria, Ghana, Senegal, Somalia)

(Fonte: IRER, 2010)

Maternità

- La scelta procreativa segue indicativamente gli stessi orientamenti e percentuali:
- 82% ritiene che la scelta debba riguardare entrambi i partner
- Una parte delle donne africane attribuisce la scelta al partner
- Le cinesi e le donne est europeo lo escludono

N. DI FIGLI desiderati

- 2, per il 40%
- Più di 2, per il 25%
- 1 figlio, per filippine, cinesi, est europee
- Atteggiamento fatalista compare tra le donne somale, indiane, nigeriane e burkinabé. Ma anche tra
- Le più giovani, le meno istruite, appena arrivate in Italia, le più dipendenti dal partner

Fonte: IRER, 2010

Maternità

- Maggiore propensione alla maternità tra le donne con progetti migratori secondari, inserite in famiglie *male breadwinner*, senza occupazione extradomestica
- Minore propensione tra le donne con progetto migratorio autonomo, con figli in patria (sudamericane e est europee), occupate
- Progetto genitoriale molto simile alle italiane tra le filippine, le cinesi, le rumene perché occupate, stabilizzate, ricongiunte



Profilo socio-demografico delle madri straniere

- Nate all'estero, più giovani rispetto alle italiane, ancora di prima generazione
- Età al parto: 28 st., 33 it.
- Primo figlio: 26 st., 32 it.
- Età mediana primo figlio all'estero: 21-22 anni
- Maggiore incidenza delle minorenni: 9 volte più grande tra le latinoamericane
- Madri 18-24 anni: 10% it., 30% st.
- Tendenza a sposarsi precocemente con partner più adulti: SBP (india , pakistan, bangladesh) e nordafrica
- Età al matrimonio più alta, occupazione, 1/3 di nascite naturali, matrimoni misti: giovani nigeriane e donne provenienti dal Corno d'Africa

(Fonte: IRER, 2010)



Profilo socio-demografico delle madri straniere

- 43% nascite naturali tra le latinoamericane, occupate, progetto autonomo, coppie miste
- Bassa età al matrimonio, propensione alla coppia mista (tranne le albanesi), elevata istruzione: est Europa



Fonte: IRER, 2010

Dr. Lia Lombardi


CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'

Genitori e figli

- Per quello che riguarda il rapporto tra generazioni abbiamo potuto riscontrare alcuni aspetti **conflittuali tra genitori e figli**: disorientati i primi che si trovano a fronteggiare sia il mutamento generazionale sia l'impatto con la società occidentale con le sue regole “blande” e “infantilocentriche”
- combattuti i secondi tra le contrastanti appartenenze (il mondo dei genitori e quello dei pari) e il bisogno di “appartenere”.
- l'atteggiamento dei padri, volto alla ricerca di regole e agli sforzi per non dimenticare le proprie radici e le culture di provenienza.

(Rif. Lombardi, 2009)

Genitori e figli

 *Beh, per il comportamento penso di poter dire che sono italiani (i figli). Io sono senegalese, loro sono “moro” ma sono italiani perché come vivono di più con gli italiani che con me. ... Sì ci sono sempre problemi perché come si vede non è uguale. Un problema per noi è che facciamo di tutto per insegnare loro la nostra cultura ma io ad esempio non ho tanto tempo per rimanere coi miei figli perché sono sempre al lavoro. (..). [int. 4].*


Rif: Lombardi, 2009

Genitori e figli

- mentre quello delle madri più appassionato, a tratti sofferto e quasi aggressivo,
- *Perché non ascoltano i consigli dei genitori, perché per loro i genitori parlano per rompere. Quando un genitore dà l'esempio, “stai attenta, fai questo per il tuo meglio” per loro la mamma rompe, il genitore rompe. “Ma non ascoltano [int. 21].*
- Le donne si interrogano su cosa fare, come fare per capire e farsi capire dai propri figli, come e quali regole dare loro per farli stare bene, perché non si mettano nei guai.

Rif: Lombardi, 2009

Genitori e figli

 *I ragazzi che sono nati qui o venuti qui molto piccoli” Hanno una mentalità europea, hanno la mentalità della libertà di testa e quindi anche i genitori devono imparare a rivolgersi a loro in maniera diversa (...) Da noi se i genitori dicono “fai così” tu fai così. I genitori se hanno deciso una cosa, anche se tu hai ragione, tu comunque ascolti quello che ti dice il tuo genitore. Perché ti fidi che sa meglio di te [int. 22].*

Rif: Lombardi, 2009

Genitori e figli

- Quando accenniamo al tema della tutela del minore si scatena un vero e proprio uragano:
- le madri e le mediatrici si mostrano molto preoccupate di fronte a questo tema, si paventa uno scontro tra civiltà, le assistenti sociali diventano le rappresentanti di leggi di un paese ostile alle madri africane. Le donne non comprendono queste leggi e questi metodi dell'Italia che porta via loro i figli.
- *E infatti vengono gli assistenti sociali. Perché vedono la mamma nigeriana, africana che dà uno scappellotto, che è normale, che è suo diritto, e qui viene interpretato... Ci sono casi in cui sono stati allontanati i bambini dalle famiglie e questo crea attrito, per cui si tende anche a non rivolgersi più ai servizi. Perché... insomma si vive male, è un'esagerazione ecco. Perché comunque il bambino africano si aspetta anche quello scappellotto. Sa che c'è. Non vuol dire che non è amato, che non è... anzi, lo sa benissimo questo, non mette in discussione quest'aspetto [int. 19].*


Rif: Lombardi, 2009


Genitori e figli

- Il cambiamento in atto è davvero importante e queste madri sono alla ricerca di soluzioni che possano salvare ciò che di buono si sono portate dai loro paesi e ciò che di positivo colgono in questo cambiamento, anche a costo di mettersi in discussione:
- *Io vorrei che qua non vedessero i genitori africani come genitori che non sono capaci, vorrei che le leggi italiane, assistenti sociali appoggiassero i genitori, soprattutto i genitori stranieri perché come i bambini cambiano anche i genitori devono trovare il modo di cambiare. Però no cambiare da meglio a peggio perché io penso che i bambini che vengono dall'Africa non è la posizione peggio perché rispettano gli anziani, rispettano i genitori, rispettano l'ambiente, danno un mano! Sai, a casa aiutano! Questo fa crescere la società.(...)*

Rif: Lombardi, 2009




Genitori e figli

 *Dico io africana quello che ho io che è bello me lo tengo, quello che ho visto che non è bello pianino pianino lo sto eliminando. Vorrei anche qua quello che è bello nostro che continuano a insegnarlo ai nostri figli, no dire che tutto quello che viene dall'Africa è da buttare via, che non è vero. [int. 21]*

 Si cercano quindi **alleanze** nell'educazione dei bambini e dei ragazzi, che sottolineano la solitudine e l'ostilità provata dalle madri nella cura e educazione dei propri figli








Rif: Lombardi, 2009

Generazioni

-  Molte/i hanno parlato delle persone anziane, con una importante sottolineatura del **corpo** e della **sua cura**, mostrando perplessità e preoccupazione per la sovrapposizione di compiti, ruoli, età e generazioni che noi adottiamo.
-  Mostrano preoccupazione per questa mancanza di barriere, per questo “nostro” valicare, da parte di chiunque, le frontiere del corpo.
-  (...) *E poi portare i nonni in casa di riposo o prendere la badante per lavare il nonno o la nonna. Da noi non esiste. Da quando sono nata tutti i vecchi che io ho visto in famiglia una di meno di 20 anni non va mai a lavare il nonno o la nonna. Sempre un adulto. E questo tocca alla figlia maggiore della famiglia, di badare alla nonna o alla mamma quando non sta bene. Perché da noi mettere la nudità della persona più grande della famiglia nelle mani della piccola è l'umiliazione di tutta la famiglia. (...) In Africa questo è una cosa veramente... un tabù. Il vecchio, la vecchia è un tabù. In Africa tu vivi il tuo tempo. Se tu hai 2 anni non puoi vedere una di 22 anni nuda. Tu vedi una di 22 anni nuda perché hai la sua stessa età [int. 9].*

(Rif: Lombardi, 2009)

Cambiamenti e conflitti

-  Le risposte e i racconti dei/delle intervistati/e mostrano tutto il mutare, l'adattamento, l'ibridizzazione delle culture e dei comportamenti. Nulla è statico e immutabile, e ne sono perfettamente consapevoli.
-  Questi cambiamenti passano inevitabilmente attraverso:
 -  Conflitti (come abbiamo visto)
 -  Adattamenti
 -  Attaccamento alle tradizioni (più maschili)
 -  Propensione e soddisfazione per il cambiamento anche verso modelli “occidentali (più femminili)
-  *Quando vengono qua le donne cominciano, come abbiamo parlato dei bambini, a capire i loro diritti. (...) Le donne cambiano quando arrivano qui, l'uomo non cambia mai. (risate) [int. 21].*

(Rif: Lombardi, 2009)

Dr. Lia Lombardi

CULTURE, MIGRAZIONI, MATERNITA'