

[Figlie dell'era Ceaușescu]

Il caso studio delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne rumene ad Arezzo

Abstract: The following research explores the voluntary interruption of pregnancy (abortion patterns - IVG) of immigrant Romanian women in the province of Arezzo. The study compared fertility, abortion and pregnancy rates and contraceptive prevalence before and after a change in Romanian government policy that legalized abortion and modern contraception. It then focuses on the concept of family planning among Romanian immigrants in Arezzo, where an extremely high rate of abortion appears to be the principal determinant of control of pregnancies. The key questions are: what are the motivations that move the Romanian women to such high percentages to the IVG? What social and individual factors affect this the most? In addition to the individual motivations and socioeconomic characteristics of applicants IVG, what are the social elements related to the migratory experience? The research examines the characteristics of context of the “place of origin” (the socio-political climate in terms of reproductive health) and “arrival” context (biographical trajectories, life contexts, roles, and social relations). The research plan is structured around a multidimensional model, and examines the different elements that have an influence on the IVG question. Methodological instruments used include secondary analysis, survey, biographical interviews, focus groups with consultancy service operators (gynecologists, midwives, social workers, nurses, psychologists and health services managers) and participant observation.

Keywords: Immigration experience, Vulnerability, Abortion, Reproductive health, Romanian women.

Introduzione

Il saggio qui presentato si colloca all'interno di un progetto di ricerca¹ sulle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) effettuate da donne rumene nelle strutture della USL 8 di Arezzo. L'idea di partenza di questa ricerca è stata quella di confrontarsi con l'elevato ricorso da parte delle donne straniere all'IVG andando a ricercare e, se possibile, dimostrare le sue relazioni con la dimensione sociale del fenomeno e il suo non essere solo e

¹ La ricerca è stata realizzata nell'ambito del progetto *Ricerca sulla prevenzione dell'IVG da parte delle donne rumene* promosso dalla ONG Oxfam Italia e cofinanziato dalla USL 8 di Arezzo. L'indagine è stata svolta prevalentemente tra il 2009 e il 2010; nello specifico le interviste, il questionario e la costruzione iniziale del progetto di ricerca sono stati realizzati dall'antropologa Michela Marchetti mentre nel periodo successivo ho continuato la ricerca effettuando l'analisi dei questionari raccolti, l'analisi secondaria dei dati sulle IVG, focus group e osservazione etnografica. Il questionario a risposte chiuse è stato somministrato dagli operatori del consultorio a donne rumene richiedenti IVG e non. Sono stati raccolti 81 questionari. Inoltre, Marchetti ha realizzato due interviste biografiche a due donne rumene di 39 e 34 anni che hanno praticato l'IVG. Le intervistate sono state individuate grazie all'assistente sociale del consultorio di Arezzo che ha facilitato l'accesso al campo ma, data la delicatezza dell'oggetto di studio, è stato comunque un accesso molto difficile da portare a termine e circoscritto: tutte le altre immigrate contattate non hanno concesso l'intervista. Questa criticità, in buona parte inaspettata, è stata affrontata rivedendo per quel che era possibile l'impostazione data al lavoro iniziale. Ho pertanto continuato la ricerca empirica attraverso l'approfondimento dal punto di vista storico sociale del tema della salute riproduttiva in Romania integrandolo con l'analisi secondaria dei dati e il punto di vista degli operatori sanitari e le loro rappresentazioni del fenomeno. Il focus group è stato organizzato agli inizi del 2011 nella sede della USL 8 di Arezzo ed hanno partecipato 8 figure professionali che operano nei consultori (ginecologhe, ostetriche, assistenti sociali, psicologa, infermieri). Ho inoltre preso parte, nel 2010, a due giornate formative sulla Romania rivolte al personale sanitario. Infine, grazie ai continui scambi e confronti con la mediatrice linguistico culturale rumena (figura che lavora a stretto contatto con gli operatori sanitari), sono riuscita ad avere un quadro più completo e dettagliato del bagaglio sociale e culturale delle donne rumene e delle modalità con cui accedono ai servizi sanitari.

indiscutibilmente un'azione individuale. Nell'ambito della salute ed in particolare nella pratica abortiva c'è una soggettiva difficoltà a ricondurre una condizione indubbiamente privata e personale ad una problematica pubblica e sociale. E allo stesso tempo esiste, richiamando le categorie dello studioso tedesco Elias, un pregiudizio sociale da parte dei *radicati* (*established*), in questo caso gli autoctoni, nei confronti delle donne straniere (*outsider*) che effettuano interruzioni volontarie di gravidanza. Alcune recenti ricerche evidenziano che le donne immigrate sono tutt'al più accettate se in stato di gravidanza o partorienti mentre vengono altamente stigmatizzate se ricorrono all'IVG (Tognetti Bordogna 2008).

La salute dei migranti², riprendendo anche quanto emerso nel dibattito scientifico sul tema delle disuguaglianze sociali di salute³, è osservata nel presente studio da una prospettiva che va oltre il riduzionismo delle teorie esclusivamente biologiche o comportamentali, aprendosi ad osservare le disuguaglianze di salute come «la sedimentazione nei corpi di un insieme eterogeneo di esperienze sociali che attraversano le biografie degli individui e li legano - gli uni agli altri - in specifici contesti di interazione» (Cardano 2008, p.133). L'attenzione è quindi rivolta all'intreccio tra elementi individuali e sociali, che diventano particolarmente densi di significati in riferimento ai profondi mutamenti connessi all'esperienza migratoria e alle relazioni tra *established* e *outsider* (Elias 1965).

E' a partire da queste considerazioni che si sviluppa il presente saggio, il cui filo conduttore è l'analisi sociologica del fenomeno IVG tra le donne rumene arrivate attraverso variegati percorsi migratori. La scelta di porre l'attenzione sulle IVG tra le donne rumene deriva dalla constatazione che, nonostante una lenta ma costante diminuzione in numeri assoluti, sono soprattutto le utenti rumene a ricorrere all'IVG e registrano un'elevata tendenza alla ripetizione dell'aborto.

Nel portare avanti questo studio abbiamo perciò preso in esame, oltre alle caratteristiche socio anagrafiche delle donne rumene e le loro motivazioni individuali anche gli elementi sociali collegati al contesto di partenza, "al prima" (clima socio-politico in cui sono cresciute in tema di salute riproduttiva) e al contesto di arrivo, "al dopo" (traiettorie biografiche delle donne migranti, i contesti di vita, i ruoli e le relazioni sociali). E' opportuno, onde evitare semplicistiche spiegazioni, studiare tale fenomeno con un'ottica processuale e circolare che tenga conto di un "prima" e di un "dopo".

La questione centrale indagata è la seguente: quali sono le motivazioni complesse che spingono le donne rumene a ricorrere in percentuali così elevate all'IVG? Quali fattori sociali e individuali incidono maggiormente?

Il disegno della ricerca è strutturato secondo un modello di analisi multidimensionale, che tiene conto dei diversi elementi che hanno un'influenza sul fenomeno studiato. La ricerca s'interroga su: contesti di partenza e di arrivo; andamento del fenomeno IVG in Provincia di Arezzo; profilo socio demografico (stato civile, età, condizione occupazionale, livello d'istruzione); progetto migratorio, anzianità migratoria; relazione tra maternità e aborto; comportamenti contraccettivi; funzionamento dei servizi consultoriali locali.

L'insieme di strumenti metodologici di cui ci si è avvalsi è eterogeneo e fa riferimento sia ad approcci tradizionalmente quantitativi sia ad approcci qualitativi: le analisi secondarie dei dati e i risultati del questionario a risposte chiuse somministrato sia a donne rumene che hanno effettuato IVG sia a donne rumene che non hanno praticato l'interruzione di gravidanza⁴, sono stati completati con interviste biografiche delle immigrate, focus group con gli operatori dei servizi consultoriali (ginecologhe, ostetriche, assistenti sociali, infermiere, psicologhe e responsabili servizi sanitari), e osservazione partecipata a due incontri del corso intercultura sulla Romania per

2 Gli studi relativi alle disuguaglianze di salute di soggetti migranti si sono concentrati sulle differenze etniche-genetiche, sui comportamenti di salute e stili di vita, sullo status socio-economico e sulla struttura sociale. E' soprattutto il paradigma del *social structural model* che ci permette di concentrarsi sulle relazioni della struttura sociale e del contesto sociale come basi per interpretare le differenze osservabili nei comportamenti riproduttivi delle donne straniere (Dressler 1993).

3 Per un approfondimento sui temi della salute degli immigrati nel nostro paese si rimanda ai lavori di Tognetti Bordogna (in particolare 2004 e 2008); per un primo approfondimento di taglio sociologico sulle relazioni intercorrenti tra disuguaglianze sociali e salute rinviamo al recente lavoro di Mascagni (2010).

4 Il questionario è stato somministrato dalle operatrici dei consultori nel periodo temporale fine 2009 e primi mesi del 2010 e ne sono stati raccolti 81.

il personale sanitario.

L'adozione di una tale metodologia si giustifica direttamente con l'oggetto dello studio, il quale richiedeva flessibilità innanzitutto per adattarsi alla "delicatezza" dell'evento che si voleva andare ad osservare. Inoltre, questa metodologia ha permesso e permette di arricchire le informazioni mettendo in relazione soggetti diversi, con differenti ruoli e differenti punti di vista (Della Porta 2010). Inoltre, in itinere, si è ritenuto opportuno approfondire dal punto di vista storico-sociale il tema della salute riproduttiva in Romania, poiché è un aspetto ancora poco trattato ma assolutamente per comprendere quale storia abbiano alle spalle, e quali eredità e quali segni del passato stiano ancora portando con sé le donne rumene che oggi vivono in Italia.

La lettura e le considerazioni che emergeranno da questo studio, non intendono, ovviamente, proporsi come modello di analisi valido in generale per tutte le donne rumene, ma tentano di approfondire la riflessione sull'argomento, suggerire alcuni parametri interpretativi e al contempo evidenziare l'importanza degli elementi sociali oltre che individuali. L'uso combinato di diversi strumenti metodologici ci ha permesso di esplorare in profondità il fenomeno IVG tra le donne rumene nella USL 8 di Arezzo: se i dati statistici ci hanno fornito un importante quadro di sfondo della situazione, i questionari e le interviste ci hanno permesso di indagare le motivazioni dell'aborto e sono entrati più nel dettaglio, evidenziando la varietà di profili, culture e di componenti.

Andamenti del fenomeno abortivo e profili di donne

Secondo i dati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologia delle IVG⁵ nel 2009 in Italia sono state effettuate 116.933 IVG con un decremento del 3,6% rispetto al 2008 (121.301 casi) e un decremento del 50,2% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234.801 casi).

L'analisi delle caratteristiche delle donne che hanno effettuato l'interruzione volontaria di gravidanza, riferita ai dati definitivi dell'anno 2008, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza non italiana, raggiungendo nel 2008 il 33% del totale delle IVG, mentre nel 2007 la percentuale era stata 32,2% e del 10,1% nel 1998. Anche per il delicato tema delle IVG ripetute notiamo un leggero aumento negli ultimi anni, da imputare al sempre maggior contributo delle cittadine straniere che presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane: 37,4% rispetto a 21,6% (Ministero della Salute 2010).

Spostando l'attenzione sul nostro caso studio rileviamo che nel 2009 le interruzioni di gravidanza effettuate nella USL 8 di Arezzo sono state in termini assoluti 546 con un tasso di ospedalizzazione di circa 8,1 ogni 1000 donne in età fertile residenti nella provincia, dato inferiore al tasso regionale⁶ (9,25). Occorre considerare che nonostante il tasso totale di IVG sia un importante indicatore delle risorse e dei bisogni, è allo stesso tempo di difficile interpretazione dal punto di vista sociale poiché i flussi migratori non sono omogenei e può spesso capitare che donne italiane e straniere residenti in provincia effettuino l'IVG in una USL diversa da quella di appartenenza. In ogni caso il 47,8% delle 546 IVG è stato praticato da donne straniere, in termini assoluti 261 interruzioni nel 2009.

La presenza di migranti nel territorio di Arezzo ha origini relativamente recenti e riflette l'andamento di

⁵ Il Sistema di Sorveglianza Epidemiologia vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le Province autonome. I dati derivano dal monitoraggio della compilazione dei modelli individuali di dichiarazione di interruzione volontaria della gravidanza (Istat D.12), che deve essere compilato dal medico che procede all'interruzione stessa. Nel modello sono richieste notizie sulla donna (caratteristiche socio-demografiche), sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione e nell'esecuzione dell'IVG e sulle sue modalità.

⁶ Come evidenziato anche nella Relazione del Ministro della Salute è importante però notare come questo indicatore sia viziato dall'aver al numeratore le IVG effettuate, indipendentemente dalla residenza della donna, e al denominatore le donne in età feconda ufficialmente residenti nel territorio. Se infatti andiamo a vedere il tasso di IVG delle residenti tra i 15 e i 49 anni, considerando al numeratore solo le IVG effettuate tra le residenti questo si abbassa.

crescita e di sviluppo che ha seguito nel resto del Paese. Prende avvio dalla metà degli anni Ottanta, anche se per eterogeneità e consistenza delle presenze sono i primi anni Novanta a segnare una svolta decisiva nell'evoluzione dei flussi migratori. Da allora in avanti, la crescita dell'immigrazione e la visibilità nello spazio urbano non hanno conosciuto soste. Lo scenario evolutivo degli ultimi dieci anni è caratterizzato sia da un forte incremento della popolazione straniera che è quasi triplicata passando dalle 11.626 presenze del 2000 alle 37.691 del 2010 sia dalla crescente femminilizzazione della popolazione straniera. È opportuno sottolineare che la Romania è la principale nazionalità degli immigrati residenti nel territorio provinciale con 13.366 presenze pari al 35,5% dell'intera popolazione migrante ed è una collettività a prevalenza femminile (Tizzi 2011; La Mastra, Tizzi 2011).

È tra le donne rumene che si osserva il maggior numero di IVG (21,4% del totale) il cui andamento è caratterizzato da una prima fase (2001-2007) di crescita molto consistente, corrispondente ad un periodo di forte pressione migratoria e, da una seconda fase (2007-2009) di calo: da 178 IVG a 117 nel 2009. Risulta evidente come all'aumentare del flusso migratorio aumenti il ricorso alle IVG e come con il passare del tempo il fenomeno tende a ridursi.

Se è vero che all'aumentare degli anni di permanenza diminuisce il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza è altrettanto vero che occorre approfondire quanto incidano le variabili età, titolo di studio, stato civile e condizioni professionali. Innanzitutto non stupisce che l'età prevalente delle donne rumene che ricorrono all'aborto sia fra i 18 e i 34 anni, ovvero nella fase centrale del periodo riproduttivo. Al contrario per le italiane vi è una polarizzazione nelle fasi iniziali e finali del ciclo riproduttivo, con il maggior numero di IVG tra le giovanissime e le giovani e poi oltre i 30 anni. Una spiegazione del fenomeno potrebbe risiedere nei diversi comportamenti riproduttivi: le donne rumene e straniere in generale tendono, diversamente dalle italiane, ad avere figli in giovane età, dunque le IVG richieste anche dalle più giovani potrebbero corrispondere a percorsi di vita in cui il desiderio di maternità è già stato realizzato.

Quanto allo stato civile per entrambi i gruppi (donne rumene e italiane) la percentuale più elevata di IVG è tra le nubili: il 49,5% tra le italiane e il 47% tra le rumene. Il dato più divergente concerne le coniugate, tra le quali si registra una percentuale più cospicua tra le donne rumene con il 42,7% rispetto al 39,3% delle italiane. Lo stato civile è una variabile da mettere in relazione con il progetto migratorio poiché dobbiamo considerare che tra i motivi che hanno spinto le donne a emigrare, oltre a quelli comuni anche agli immigrati di sesso maschile, se ne aggiungono altre tipicamente femminili come il ricongiungimento familiare e il desiderio di emancipazione. Le migrazioni femminili sono per molte protagoniste un veicolo di emancipazione, senz'altro molto doloroso data l'impossibilità di prendersi cura direttamente dei propri cari, ma al tempo stesso appaiono molto determinate negli obiettivi da perseguire. Invece, nel caso in cui a ricongiungersi siano le donne occorre tener presente che non sono portatrici in prima persona del progetto migratorio, ma seguono a distanza di anni quello del parente prossimo (generalmente il coniuge) al quale si riavvicinano. Lo stato civile, dunque, insieme al progetto migratorio possono influenzare molto la stabilità o la precarietà delle relazioni di coppia e dei progetti riproduttivi.

La variabile titolo di studio mette chiaramente in luce come tra le donne rumene richiedenti IVG siano più numerose quelle con scolarizzazione medio-bassa: il 47% ha la licenza media, seguono con il 46,2% coloro che possiedono il diploma superiore. La quota di laureate rumene richiedenti IVG è molto bassa (2,6%), mentre si attesta oltre il 14% per italiane. Ancor più del titolo di studio, la condizione lavorativa risulta essere un fattore discriminante. Risultano occupate il 47% delle donne rumene che hanno effettuato IVG rispetto al 64,2% delle donne italiane. Le disoccupate rumene sono il 27,4% e il 20,5% sono casalinghe mentre tra le italiane i dati sono molto inferiori: solo il 10,9% è disoccupata e il 9,5% svolge attività di casalinga. Inoltre, si conferma quanto emerso a livello nazionale sulla giovane età delle richiedenti IVG italiane poiché il 14,4% della nostra popolazione dichiara di essere studentessa.

Riassumendo quanto emerso possiamo distinguere due tipi di profili, l'uno relativo alle donne rumene, l'altro alle italiane. Le donne rumene ricorrono all'aborto nella fase centrale del ciclo riproduttivo, sono per lo più coniugate, con un titolo di studio medio-basso e con percentuali significative di disoccupate e casalinghe. Diversamente le italiane effettuano IVG nelle fasi iniziali e finali del ciclo riproduttivo, sono per lo più nubili con una scolarizzazione medio-alta e occupate.

Oltre a ciò, un ulteriore elemento di distinzione è la ripetizione dell'aborto. Benché i dati a nostra disposizione non ci permettano di distinguere tra le IVG effettuate nel Paese di origine da quelle effettuate in Italia, rileviamo che il 47% delle donne rumene del nostro campione ha già effettuato una o più interruzioni di gravidanza, mentre per le italiane la percentuale è più contenuta (11% delle 285 IVG). Anche l'andamento del fenomeno IVG ripetute nei tre anni 2007-2009 mostra una tendenza alla diminuzione sia per le rumene che per le italiane. La relazione tra il fattore tempo e la riduzione delle IVG ripetute può indurci a riflettere da una parte sul miglioramento del percorso post interruzione e dall'altra ad una maggiore stabilità delle donne. Ma allo stesso tempo dobbiamo considerare che i numeri sono comunque molto elevati, segnali di una contraccezione inadeguata che si protrae nel tempo.

La pratica abortiva, proprio per le sue differenze e similitudini tra donne straniere e autoctone, ci aiuta a riflettere sul complesso tema delle disuguaglianze di salute che riguardano in questo caso le donne rumene richiedenti IVG ma più generale i soggetti deboli. In virtù di ciò il centro della nostra indagine si sposta dall'analisi dei dati, quindi dalle fonti informative ufficiali, all'approfondendo del tema della salute riproduttiva e dei diversi approcci alla contraccezione nel Paese di origine delle donne rumene immigrate nell'aretino.

Figlie dell'era Ceaușescu

La storia della salute riproduttiva in Romania si caratterizza per le complesse interazioni ed ingerenze della politica sulle vite delle donne. La regolazione della fertilità è stata fortemente condizionata dal governo ed i metodi contraccettivi sono stati sostanzialmente inesistenti per tutta la durata del governo di Ceaușescu (1964-1989). L'interruzione volontaria di gravidanza ha rappresentato, di fatto, l'unica possibilità per chi non desiderava avere un figlio.

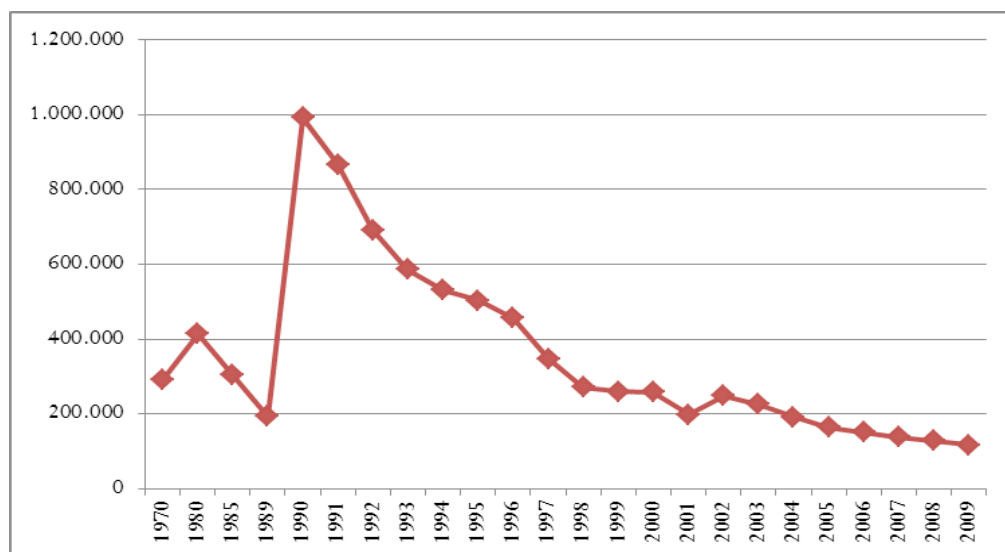
In particolare, come sottolinea una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità, dal dopoguerra ad oggi le donne rumene hanno dovuto fare fronte a molte difficoltà legate all'alternanza di proibizione e possibilità di praticare l'IVG. Fino al 1957 il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è stato illegale, a esclusione dei casi terapeutici; successivamente con il decreto n. 463/1957 l'IVG è stata legalizzata, consentendo alla donna, previa richiesta, di abortire nelle istituzioni sanitarie specializzate. Tuttavia, dopo aver osservato un consistente calo demografico nel periodo 1957-1966, con il decreto n. 770/1966⁷ fu proibita nuovamente l'IVG con l'intento di incrementare la natalità (Spinelli, Grandolfo 2006). Non esisteva nessuna forma di educazione sessuale e gli anticoncezionali non erano esplicitamente proibiti, ma di fatto inesistenti, per cui le donne si trovavano in qualche modo costrette a generare figli per il regime. L'unico controllo delle nascite restava l'aborto, con tutti i drammi e le implicazioni che questo porta con sé. Il mancato raggiungimento degli obiettivi auspicati e il contemporaneo sviluppo di pratiche illegali di interruzione di gravidanza, dannose per la salute riproduttiva di tantissime donne, spinsero il governo ad un nuovo provvedimento (decreto 441 del 26 dicembre 1985) che autorizzava l'interruzione volontaria di gravidanza solo in certe circostanze⁸. Infine, con la caduta di Ceaușescu venne emanato un altro decreto (22 dicembre 1989) che annullava i precedenti e legalizzava l'IVG nei primi 3 mesi e soltanto nelle strutture sanitarie specializzate⁹.

7 Il decreto del 1966 proibì l'aborto alle donne, a meno che non avessero più di 40 anni e già quattro figli ancora da accudire, inoltre lo consentiva per specifici motivi di salute. Le preoccupazioni del governo furono quelle di evitare la nascita di bambini non sani, non di interesse per la salute della donna ed esiste un termine specifico in rumeno per indicare i bambini nati ad opera del decreto, i "decrete".

8 Se la gravidanza rappresentava un pericolo per la vita della donna; se uno dei genitori soffriva di una malattia grave ereditaria o questa determinava la comparsa di malformazioni nel feto; se la donna in gravidanza soffriva di un handicap fisico, psicologico o sensoriale; se la donna aveva più di 45 anni; se la donna aveva più di 5 bambini; se la gravidanza era esito di uno stupro.

9 Questo decreto autorizzava anche l'IVG dopo i primi 3 mesi per casi terapeutici o se uno dei genitori soffriva di una malattia grave ereditaria o che poteva determinare la comparsa delle malformazioni.

Grafico 1.1 – Romania: numero di IVG legali (1970-2009)



Fonte: nostra elaborazione su dati WHO/EUROPE ed EUROSTAT

Nel corso dei decenni caratterizzati da periodi di legalità e illegalità dell'IVG le donne non hanno né ricevuto informazioni sulla pianificazione familiare né avuto accesso ai metodi di contraccezione. Come possiamo osservare nel grafico 1 (in allegato) le fluttuazioni nel numero di IVG sono probabilmente attribuibili da una parte all'alternanza di diversi decreti governativi, dall'altra all'assenza di metodi contraccettivi e ad una scarsa informazione sull'argomento (Spinelli, Grandolfo 2006). Dal 1990 in poi, con l'accesso ai metodi contraccettivi e con la legalizzazione dell'IVG si nota una drastica diminuzione nel tempo degli interventi. Parallelamente a ciò notiamo negli ultimi dieci anni una diminuzione del tasso di fertilità (dall'1,9 del 1990 all'1,3 del 2010) ma al tempo stesso una scarsa abitudine alla contraccezione.

Un utile contributo sul tema della salute riproduttiva in Romania deriva dal terzo studio *Reproductive Health Surveys* commissionato dal Ministero della Salute rumeno, dall'UNICEF, dall'UNFPA ed altre organizzazioni internazionali. La ricerca, effettuata tramite *survey* ad un campione rappresentativo di uomini e donne¹⁰ su tutto il territorio rumeno, comparando tre diversi periodi storici -il 1993, il 1999 e il 2004- conferma da un lato la diminuzione nel tempo del tasso di aborto ma, dall'altro lato rivela variazioni significative tra coloro che abitano nelle campagne e coloro che vivono in città (RHS –Ro Ministry of Health 2005). Questa asimmetria sottolinea come, oltre alle variabili socio anagrafiche (età, livello d'istruzione, condizione lavorativa), un'influenza rilevante nello studio delle IVG sia da attribuire alle differenze geo territoriali, che disegnano una linea di frattura fra centro e periferia, fra tradizione e modernità, fra chiusura e contaminazione.

Per quanto riguarda l'uso dei contraccettivi la ricerca evidenzia l'incremento totale nell'utilizzo che passa dal 40,5% del 1993 al 58,1% nel 2004 (dunque con un aumento di circa 18 punti percentuali) ed una crescita più che triplicata dell'uso di metodi moderni (dal 10% del 1993 al 33,9% del 2004). Ciò nonostante oltre il 30% delle donne sposate non utilizza alcun metodo contraccettivo e se sommiamo che il 31% fa uso di metodi tradizionali, è evidente una limitata diffusione di informazione e conoscenza sulla salute riproduttiva. Fino ad ora si è scritto solo di donne, ma poiché la contraccezione riguarda entrambi i generi è utile indagare anche quali siano i comportamenti degli uomini rumeni. Lo studio RHS rileva da una parte una diffusione nel tempo dell'uso

¹⁰ La ricerca empirica è stata condotta nella seconda metà del 2004 e sono state selezionate 4.441 donne e 2.361 uomini in età fertile. Nello specifico le donne in età tra i 15-44 anni e gli uomini tra i 15 e 49 anni.

di contraccettivi tra gli uomini non sposati¹¹, ma dall'altra un uso ancora limitato di anticoncezionali sia per la popolazione maschile che femminile.

In questo breve percorso sulla salute riproduttiva in Romania ho accennato al tema della penalizzazione dell'aborto e al controllo, da parte dello Stato, sul corpo delle donne le cui conseguenze sono ancora molto presenti. Incrociando i dati precedenti sul profilo delle richiedenti IVG rumene con la storia della salute riproduttiva in Romania emerge che la maggior parte delle donne che hanno interrotto la gravidanza nelle strutture della USL 8 sono figlie della dittatura di Ceausescu, molte delle quali giovanissime quando è caduto il dittatore, ma che comunque hanno vissuto in contesti familiari profondamente influenzati dalla regolazione della fertilità e dall'inesistenza di metodi e conoscenze sulla contraccezione. Questa pesante eredità si sedimenta nel corpo e nelle vite delle nostre donne, e diviene particolarmente rilevante con i mutamenti connessi all'esperienza migratoria. La questione non è nuova neppure per le italiane: è sufficiente fare riferimento ad un passato recente per poter osservare come la drastica riduzione del ricorso all'aborto volontario sia avvenuta solo dopo la legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza (1978)¹² e grazie alle decisive battaglie politiche e sociali portate avanti dai movimenti femministi (Galeotti 2003). Riprendendo la distinzione concettuale di Elias, si assiste a forme di pregiudizio sociale e stigmatizzazione da parte del personale sanitario nei confronti della maternità e del rapporto madri-figli tra le donne rumene. Frequentemente vengono denigrate non come singoli individui, ma in quanto membri di un gruppo considerato "inferiore" nel ruolo di cura dei figli e ancor più nella presunta facilità di effettuare aborti volontari. Perciò anche in questo caso la chiave del problema non è attribuibile esclusivamente ai singoli individui, ma la si può leggere solo in relazione alle rappresentazioni sociali che il gruppo *established* ha nei confronti del gruppo *outsider*. Rappresentazioni influenzate da un contesto nazionale di chiusura e diffidenza nei confronti delle migrazioni e tuttora ancorate ad uno sguardo "mononazionale". La scarsa informazione e la mancata presa di coscienza profonda dei cambiamenti prodottisi in questi anni, giocano poi un ruolo importante nel permanere di difficoltà, nel più diffuso senso comune, a riconoscersi reciprocamente: le donne di origine rumena che vivono "qui" e le donne italiane ancora solo raramente riescono a condividere percorsi e aspetti che le accomunano nel complesso e doloroso percorso che porta all'interruzione volontaria di gravidanza, e a trovare solidarietà e sostegno le une nelle altre.

Perché s'interrompe la gravidanza?

La nascita di un figlio rappresenta un momento di grande trasformazione nel percorso di vita della madre (e del padre) e può costituire per le donne/famiglie di origine straniera un importante veicolo nel processo di

11 Nello specifico dal 1999 al 2004 l'utilizzo del preservativo cresce del 29% (dal 12,9% al 41,9%), diminuiscono della metà i metodi tradizionali (dal 12,8% al 6,8%) e diminuisce la tendenza al non uso di alcun metodo che passa dal 70,9% del 1999 al 45,1% del 2004 (RHS –Ro Ministry of Health 2005).

12 Ripercorrendo sinteticamente la rassegna storica della legislazione in merito alla tutela della salute della donna si osserva innanzitutto che l'istituzione dei consultori precede di tre anni l'approvazione della legge meglio nota come 194 del 1978 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza*. Entrambe le leggi 405/1975 per *l'Istituzione dei consultori familiari* e la 194 del 1978 rappresentano punti di arrivo di importanti battaglie politiche e sociali portate avanti dai movimenti femministi. La legge che regola attualmente i consultori ha molti punti qualificanti, nello specifico l'articolo 1 comma d promuove «la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso». Ciò è particolarmente importante poiché fino a quel momento non esisteva la possibilità di prescrizione di farmaci all'unico scopo di prevenire una gravidanza; la pillola veniva ufficialmente prescritta come cura ma non come metodo contraccettivo (Bagattini, Pedani 2010). Basti pensare che fino alla sua abolizione con sentenza della Corte Costituzionale nel 1971, era in vigore l'articolo 553 del Codice Penale, che puniva l'Incitamento a pratiche contro la procreazione. Questo il testo dell'articolo: «Chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda a favore di esse è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a lire quattrocentomila. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro».

integrazione sociale, ma allo stesso tempo può costituire una scelta/svolta critica, in particolare per coloro che sono in situazioni di vulnerabilità sociale (Tassinari 2009). Rispetto al modo in cui l'interruzione volontaria di gravidanza s'intreccia con il percorso migratorio possiamo rilevare almeno due ordini di complessità. Il primo concerne la sfera economica: poiché la nascita di un figlio può determinare la perdita del posto di lavoro, ciò non è affatto marginale nei casi in cui la donna interessata sia investita - come spesso accade a molte donne provenienti dall'Est Europa - di un ruolo trainante nell'economia familiare. Il secondo riguarda le forme familiari dei migranti caratterizzate nella stragrande maggioranza dall'assenza di reti familiari del Paese di origine (le nonne e i nonni per gli stranieri sono rari) e conseguentemente da difficoltà nella conciliazione dei tempi tra lavoro e famiglia.

Due sono, a questo punto della nostra analisi, le questioni da approfondire. Innanzitutto ci domandiamo quali siano le motivazioni specifiche del ricorso all'IVG e alle IVG ripetute in relazione al progetto migratorio, all'anzianità migratoria e alla natalità desiderata. La seconda domanda riguarda invece direttamente il tema della contraccezione: quale conoscenza, quale uso e non uso di metodi tra le donne del nostro campione? Si tratta di due sfere strettamente connesse tra di loro che rimandano alla complessità delle esperienze biografiche e che abbiamo potuto indagare attraverso lo strumento del questionario e delle interviste biografiche¹³.

Iniziamo con l'analisi delle motivazioni dichiarate per le quali è stato deciso di abortire. Emerge, innanzitutto che la prima causa cui le intervistate riconducono la scelta dell'interruzione di gravidanza è rappresentata dai problemi economici. Una delle intervistate con le sue parole inquadra bene il problema:

in tutti i paesi che sono nella via di sviluppo è così perché purtroppo ci sono sempre problemi economici. Uno se fa un bambino non è che prende un cagnolino che mangia poco e fa quello che fa eh! Le ragioni economiche sono sempre.. anche da noi, si fa un figlio o al massimo due perché, come fai a crescere? Se fai un bambino devi offrire una vita almeno normale. (D2)

Le condizioni materiali di ordine sia finanziario che di conciliazione sono i motivi principali che conducono le donne rumene del nostro campione alla decisione di interrompere la gravidanza. Subito dopo seguono i problemi con il partner. Le donne intervistate hanno abortito perché il partner era ritenuto assolutamente non adatto come marito e come genitore «andavo così e invece rimanevo subito incinta e purtroppo con una persona così non potevo fare tutti questi figli» (D1); e le maggiori difficoltà segnalate con i partner hanno a che fare con situazioni di violenza domestica e alcolismo.

Un terzo aspetto attiene alla relazione tra maternità e aborto. Alcune donne dichiarano di aver praticato IVG poiché avevano già soddisfatto il desiderio di maternità (fecondità realizzata): si hanno già figli e almeno per il momento non se ne desiderano altri o non ci sono le condizioni per volerne altri. E' evidente che tutte queste motivazioni sono fortemente dipendenti dalle difficoltà economiche, sociali (occupazione, abitazione, ecc.), civili e relazionali (lingua, amicizie, affetti). Nel nostro campione (tabella 1.1) il 68% delle donne rumene che ha effettuato IVG è già madre di figli e/o figlie, che presumibilmente per una parte vivono lontani, nel Paese da cui si proviene.

¹³ I dati qui presentati sono stati raccolti attraverso il questionario a risposte chiuse somministrato a un campione di ottantuno cittadine rumene che si sono recate nei consultori dell'USL 8 di Arezzo. La fase di rilevazione, vista la delicatezza dell'indagine, ha coinvolto le operatrici dei consultori che hanno somministrato il questionario a donne che hanno interrotto la gravidanza ed altre che non l'hanno interrotta. Tra gli ottantuno questionari 54 sono stati compilati da donne rumene che hanno praticato IVG. Difficile stimare a quale percentuale corrispondano rispetto al totale IVG effettuate da donne rumene in strutture della USL 8, ma prendendo il riferimento il dato del 2009 (117 IVG), avrebbe risposto, in questo caso, circa il 46%. Di fatti il profilo socio demografico delle richiedenti IVG riscontrato nel campione è coerente con quanto emerso nel paragrafo precedente. Si tratta di donne coniugate, giovani, con un titolo di studio medio-basso, con alle spalle alcuni anni di permanenza in Italia (soprattutto dal 2002 in poi), che vivono più frequentemente in affitto e tra le occupate più della metà svolge il lavoro di colf o badante. L'analisi quantitativa dei dati del questionario sarà, inoltre, collegata con lo studio delle due interviste biografiche al fine di dare una lettura congiunta del fenomeno che si presenta complesso e con molte facce.

Tabella 1.1 Coloro che hanno effettuato IVG erano già madri?

FIGLI	IVG			TOTALE
	No	Si	NON DICHIARA	
No	17	17	2	36
Si	6	37	1	44
NON DICHIARA	1			1
TOTALE	24	54	3	81

Fonte: nostra elaborazione su dati Indagine IVG donne rumene USL 8 Arezzo (2009)

Si tratta quindi di situazioni familiari in cui la maternità “desiderata o possibile” è probabilmente considerata, per buona parte delle donne del nostro caso studio, già realizzata. Del resto la relazione tra la scelta di abortire e la maternità “realizzata, desiderata o possibile” è strettamente connessa ai contenuti del progetto migratorio. Come sappiamo la decisione di emigrare è influenzata da moltissimi fattori e motivazioni; raramente è un fatto individuale, ma il risultato dell’azione delle reti interpersonali tra immigrati e potenziali migranti (Ambrosini 2005, 2008). E’ ovvio che i migranti difficilmente riescono a tenere pienamente fede al loro progetto iniziale, poiché cambiano nel tempo i contenuti di quello che era il progetto immaginato e soprattutto mutano le condizioni socio economiche delle società di arrivo. Se consideriamo che nel nostro campione il contenuto del progetto migratorio riguarda per la stragrande maggioranza (oltre il 70%) l’aspetto occupazionale ed economico, è evidente che la scelta di non voler figli o altri figli è collegata a situazioni di precarietà economica e sociale. Il tipo di occupazione di questa immigrate è prevalentemente il lavoro domestico e/o di cura di anziani e soggetti non autosufficienti: occupazione grazie alla quale, almeno in una prima fase del progetto migratorio, si assolve anche al problema dell’alloggio e del vitto, ma che rimane per molte una situazione vissuta in termini di temporaneità e pagata con una scarsissima indipendenza (ridottissimo tempo da dedicare a occupazioni personali, pochissima privacy, ecc). Spesso le immigrate hanno alle spalle famiglie divise, figli lasciati per necessità nel Paese di origine, e un progetto migratorio orientato alla promozione sociale, in particolare dei più piccoli (Catanzaro, Colombo 2009). Perciò tanto le risorse economiche quanto quelle relazionali e affettive risultano determinanti nella scelta di abortire. Vivere “sospese” con un progetto migratorio non definito, con una parte di famiglia lontana, accentua il problema delle gravidanze indesiderate e il successivo ricorso all’IVG.

Diversamente dalle caratteristiche del campione generale, in cui l’età anagrafica era inferiore, il sottogruppo delle donne rumene che hanno effettuato IVG ripetute presenta età più avanzate¹⁴. Emerge che all’aumentare degli anni di permanenza in Italia diminuisca il ricorso all’aborto. Ciò è evidenziato anche da alcune ricerche che dimostrano che il ricorso all’aborto è molto più frequente nei primi mesi di trasferimento in Italia, quando le donne sono più fragili e con maggior precarietà (Lombardi 2004). Diminuisce l’IVG e in particolare i casi di IVG ripetute all’aumentare dell’anzianità migratoria e quando il progetto migratorio si fa più definito e stabile. Non va però dimenticato che le donne intervistate sono in Italia da 4 o 5 anni, quindi tale tendenza di cambiamento nei comportamenti abortivi è ancora da monitorare e necessita di ulteriori approfondimenti.

Oltre agli interrogativi relativi all’interruzione di gravidanza è interessante indagare su i come e i perché questa donne rimangano in stato interessante. E necessario diventa quindi riaffrontare con loro il complesso tema dei comportamenti contraccettivi. Nel nostro campione il 65% delle donne rumene non fa uso di anticoncezionali¹⁵.

14 Tra le 54 donne rumene che hanno effettuato IVG per oltre la metà è la prima interruzione mentre per il 24% è la seconda IVG. Inoltre, alcune donne dichiarano di aver ricorso all’aborto per più di 3 volte. Dalla relazione tra IVG ripetute ed età anagrafica si evince che sono soprattutto le donne rumene dai 28 anni ai 40 quelle con un’incidenza maggiore di ripetitività.

15 L’analisi relativa alla conoscenza dei metodi contraccettivi ci illustra che i metodi più conosciuti sono la pillola e il preservativo. Le informazioni sulla contraccezione derivano principalmente dal personale sanitario e dagli amici.

Dobbiamo tener conto che la diffusione di un metodo anticoncezionale dipende dalla sua accettabilità da parte delle donne e degli uomini, che a sua volta è legata a numerosi fattori: innanzitutto (ma non necessariamente in questo ordine) economici, psicologici, medici, culturali, etici, religiosi. Nel nostro caso la mancanza di una cultura contraccettiva sembra avere radici lontane: due intervistate di 39 e 34 anni affermano di conoscere i metodi contraccettivi, ma di non utilizzarli. Le motivazioni dichiarate rimandano alla complessa questione dei modelli interiorizzati relativi alla sessualità e alla procreazione. Le intervistate parlano delle campagne governative contro l'uso della pillola in cui venivano enfatizzati i problemi causati dall'anticoncezionale:

Ti viene male alla testa, ingrassi, diventi pelosa e tante cose no? Allora avevano paura le donne e io lo stesso e andavo così, invece rimanevo subito incinta (D1).

Eh, la spirale dà emorragie e poi i rapporti sono dolorosi, la pillola mi fa venire emicrania, unica cosa che c'è è aborto, cosa rimane, il preservativo preferirei la pillola se non avevo mal di testa, ho cambiato tre tipi di pillola e avevo sempre mal di testa, allora ho provato l'anello (D2).

Dalle testimonianze emerge inoltre il non utilizzo dei contraccettivi in Romania a causa del costo elevato:

No, no, in quelli tempi no, per ragioni economiche no. Costavano, perché li portavano dall'estero, mica si facevano da noi. Costavano, poi non mi permettevo. (D2)

Come è ovvio, la lettura di questi dati deve tener conto dei percorsi biografici, dell'età delle intervistate e dell'influenza che le vicende migratorie possono aver determinato. Le donne rumene e non solo le neo arrivate riescono ad avvicinarsi alle strutture sanitarie con fatica, per mancanza di tempo, difficoltà linguistiche e inesperienza riguardo il funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale del Paese ospite. Se ha ciò sommiamo che buona parte delle stesse dichiarano di aver acquisito l'informazione sulla contraccezione nel Paese di origine (Spinelli, Grandolfo 2006) e come abbiamo visto in Romania la diffusione dell'informazione sugli anticoncezionali è stata parziale e inadeguata, è ovvio che si trovino in una situazione di forte vulnerabilità. In generale più di un fallimento del metodo contraccettivo, che riguarda pur sempre il 33% del campione, la gravidanza è dovuta alla mancanza di contraccezione. Tale scelta può derivare da una presunta infertilità, da una scarsa abitudine alla contraccezione, da una carente conoscenza della medesima ma anche, sia pure in misura limitata, da un'imposizione del partner. Motivazioni dunque varie, che sottendono questioni tutt'altro che semplici o banali, relative alla sfera della corporeità, della sessualità e alle relazioni di coppia, in cui riecheggia una cultura patriarcale e un passato fortemente condizionato da continue ingerenze della politica sulle vite delle donne.

Donne rumene e IVG: tra modelli interiorizzati, condizioni di vita, aspetti sociali e individuali

L'uso combinato di diversi strumenti metodologici ci ha consentito di esplorare in profondità il fenomeno IVG tra le donne rumene. Se i dati statistici ci hanno fornito un importante quadro di sfondo della situazione, i questionari e le interviste hanno permesso di indagare le motivazioni dell'aborto e di entrare più nel dettaglio, evidenziando la varietà di profili, culture e di componenti. A questo si aggiunge l'approfondimento su orientamenti ed approcci alla sessualità propri delle donne rumene e legati alla loro cultura di origine, come la differente modalità e consapevolezza nella gestione della contraccezione. Per un primo bilancio del fenomeno IVG tra le donne rumene nella USL 8 di Arezzo si è proceduto ponendo l'attenzione su quattro dimensioni. La prima dimensione riguarda il contesto di partenza ossia i modelli culturali interiorizzati relativi alla salute riproduttiva in Romania. La seconda dimensione riguarda le condizioni di vita in Italia delle donne rumene, la terza dimensione concerne gli aspetti individuali e sociali delle richiedenti IVG, infine - punto 4 - vale la pena soffermarci sul funzionamento dei servizi consultoriali.

1) Innanzitutto va rilevato che l'abortività è alta già nel Paese di origine, il tasso di abortività della Romania nel 2006 è pari al 31,3% mentre per l'Italia è il 10,3% nel 2008. Nonostante si registri una tendenza alla riduzione del fenomeno in Romania, la percentuale di IVG resta molto alta ed è strettamente correlata alle condizioni socio-economiche: alla povertà, alla bassa istruzione, alle gravidanze precoci, alle disuguaglianze di genere, all'incapacità e/o impossibilità di gestire la capacità riproduttiva da parte delle donne (Lombardi 2004). Bisogna, inoltre, tener conto che le ragioni che risiedono in una scelta abortiva derivano dal bagaglio storico-sociale e dai modelli culturali interiorizzati. Un passato caratterizzato da alternanza di proibizione e possibilità di praticare l'IVG, accompagnato dall'assenza di informazioni sulla pianificazione familiare e sui metodi di contraccezione; un presente contraddistinto da un livello di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi generalmente basso (RHS 2005). Per quanto riguarda il fenomeno delle ripetizioni di IVG una lettura possibile risiede in una non diffusa abitudine alla contraccezione sicura e in un trascorso contrassegnato da una rigida pianificazione della natalità.

2) Questi modelli interiorizzati si intrecciano nel Paese di arrivo con le condizioni materiali, affettive e sessuali della migrazione. Il processo migratorio, la fase di adattamento, le difficoltà economiche (occupazione, abitazione, ecc.), civili (regolarizzazione, permessi di soggiorno) e sociali (lingua, amicizie, affetti) spesso accentuano il problema delle gravidanze indesiderate e il successivo ricorso all'aborto. In generale le donne rumene intervistate lavorano nel settore domestico o sono "disoccupate", arrivano con il miraggio dell'Italia per trovare lavoro e guadagnare soldi. Frequentemente appartengono a famiglie transnazionali, caratterizzate dall'assenza di uno (o più) dei suoi membri residenti all'estero più o meno a lungo, e in modo più o meno continuativo, congiunti con cui si continuano a mantenere forme di relazione e scambio, condividendo un senso di appartenenza e interesse reciproco, che si manifesta in viaggi, comunicazioni, rimesse, doni e altre forme di supporto. I passaggi e le varie forme di sradicamento che le donne migranti rumene vivono incidono sulla loro salute e sul loro benessere con una ripercussione anche sulle condizioni di tutto il gruppo familiare del quale esse sono il supporto fondamentale. Inoltre, le difficoltà contingenti della migrazione – o talvolta anche le migliori condizioni di vita rispetto a quelle precedenti – rafforzano un'idea di famiglia ristretta, penalizzando un desiderio di maternità che non si azzera, ma si rinvia a un futuro più favorevole o stabilendo il numero dei figli consentito (Merelli, Ruggerini 2005). La condizione di migrante complica certi processi di acquisizione dei modelli contraccettivi, perché le donne si scontrano con comportamenti riproduttivi differenti, con l'eccesso di medicalizzazione, e aumenta la probabilità di andare incontro a rapporti affettivi occasionali e/o instabili.

3) La soggettività delle scelte riproduttive e di aborto si colloca, come si è visto, all'interno di un quadro più ampio di interdipendenze fra progetti migratori, condizioni di vita nel Paese di arrivo, culture riproduttive e relazioni familiari e sessuali che le donne portano con sé. Quel che si nota dal nostro studio di caso è che il livello di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi è generalmente basso: una parte consistente delle nostre donne ha utilizzato i contraccettivi in modo improprio (il 33% del campione è rimasta incinta nonostante l'uso di contraccettivi) mentre per quasi il 60% la gravidanza è dovuta alla mancanza di contraccezione. Le motivazioni del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza maggiormente riportate e dedotte sono: i problemi economici, i problemi con il partner e l'aver raggiunto il numero di figli desiderato o possibile.

4) Le operatrici sanitarie intervistate segnalano criticità nelle modalità organizzative e comunicative con le pazienti richiedenti IVG. Si tratta, spesso di una comunicazione che non è facile perché, come dichiarato da un'intervistata «*a volte il loro sì è un non capire nulla e noi ci fidiamo troppo della padronanza apparente del linguaggio*» (FG). Lo studio fa chiaramente emergere la necessità di promuovere (e più efficacemente) non solo la conoscenza, ma l'utilizzo della contraccezione tra le donne rumene e non solo. Come molte ricerche hanno evidenziato non bastano informazione e conoscenza, pure indispensabili, ma occorre che la conoscenza si trasformi in consapevolezza. Per fare ciò, servono tempo, ascolto e una riorganizzazione dei servizi che preveda: percorsi di formazione per gli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali; servizi più facilmente accessibili (apertura a orari diversificati; presenza costante di ginecologhe; presenza di mediatrici culturali); nuove modalità di contratto di lavoro basate sull'offerta attiva (recarsi nei luoghi dove si riuniscono frequentemente le immigrate e utilizzare tutte le opportunità di contatto e incontro come ad esempio i dopo nascita) ed infine lo sviluppo di

modelli di comunicazione che comportino il coinvolgimento partecipativo delle comunità di donne straniere e l'educazione tra pari.

Per tutte queste ragioni occorre adottare una prospettiva che tenga conto degli intrecci tra elementi individuali e sociali in grado di comprendere la rilevanza sociale del fenomeno e sfuggire a stigmatizzazioni di gruppo.

Riferimenti bibliografici

Ambrosini M. (2005), *Sociologia delle migrazioni*, Bologna: Il Mulino.

Ambrosini M. (2008), *Un'altra globalizzazione. La sfida delle migrazioni transnazionali*, Bologna: Il Mulino.

Bagattini D., Pedani V. (2010), *Donne e consultori. Esperienze nella Provincia di Prato*, Prato: Osservatorio sociale Provincia di Prato.

Bartolucci S., Cirinei G., Dallari G. (2007), *Salute degli immigrati e ricorso alle strutture sanitarie in provincia di Arezzo*, in L. Luatti, M. La Mastra (2007, a cura di), *Terzo Rapporto sull'immigrazione in provincia di Arezzo*, Arezzo: Ucodep-Provincia di Arezzo.

Cardano M. (2008), *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in «Polis», 1.

Casotto V., Dubini V., Puglia M. (2011), *La salute riproduttiva delle donne immigrate*, in *Immigrazione e salute in Toscana*, Firenze: Collana dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

Catanzaro R., Colombo A. (2009), *Badanti & Co. Il lavoro domestico in Italia*, Bologna: Il Mulino

Confaloni E., Lazzarotti B., Russo M. L. (2009), *In Toscana: letture sulla salute globale dei migranti*, Firenze: Albero della Salute.

Della Porta D. (2010), *L'intervista qualitativa*, Roma-Bari: Laterza.

Dressler W.W. (1993), *Social and Cultural Dimensions of Hypertension in Blacks: Underlying Mechanisms*, in Douglas J. C., Fray J. C. (1993, a cura di), *Pathophysiology of Hypertension in Blacks*, New York: Oxford University Press.

Elias N. (1965), *Introduction: A Theoretical Essay on Established and Outsider Relations*; trad.it. *Introduzione. Un saggio teorico sulle relazioni tra radicati ed esterni*, in Elias N., Scotson J.L. (1965), *The Established and the Outsiders*, London: Sage; trad. it. *Strategie dell'esclusione*, Bologna: Il Mulino, 2004.

Galeotti G. (2003), *Storia dell'aborto*, Bologna: Il Mulino.

La Mastra M., Tizzi G. (2011), *Uno sguardo sull'integrazione: il caso studio della Provincia di Arezzo* in F. Berti, A. Valzania (2011, a cura di), *Le dinamiche dell'integrazione in Toscana*, Milano: Franco Angeli.

Lombardi L. (2004), *Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali*, working paper, Dipartimento di studi sociali e politici, Università degli studi di Milano.

Lombardi L. (2005), *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Milano: FrancoAngeli.

- Mascagni G. (2010), *Salute e disuguaglianze in Europa. Processi sociali e meccanismi individuali in azione*, Firenze: Firenze University Press.
- Merelli M., Ruggerini M.G. (2005), *Donne Migranti: le difficili scelte di maternità*, Roma: Carocci.
- Ministero della Salute (2010), *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, Roma.
- Ministry of Health (2005), *Reproductive Health Survey, Romania 2004*, <http://siteresources.worldbank.org/INTROMANIA/Resources/study.pdf>
- Tizzi G. (2010), *La presenza di immigrati e figli di immigrati in provincia di Arezzo*, Rapporto n. 31, Osservatorio Sociale Provincia di Arezzo, Oxfam Italia, Arezzo.
- World Health Organization Europe (2005), *Highlights on Health in Romania*, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/103568/E88529.pdf
- Zanfrini L. (2004), *Sociologia delle migrazioni*, Roma-Bari: Laterza.
- Spinelli A., Grandolfo M. (2006), *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Rapporti Istituzionali 06/17 Istituto Superiore di Sanità
- Tassinari A. (2009), *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Toscana*, Firenze: ASF-COSPE.
- Tognetti Bordogna M. (1994), *Il colore della salute: l'uso dei consultori familiari da parte delle donne straniere*, in «Marginalità e Società», 28.
- Tognetti Bordogna M. (2004), *Fasi e flussi: le donne come protagoniste*, in «La rivista delle politiche sociali», n. 3.
- Tognetti Bordogna M. (2008, a cura di), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano: FrancoAngeli.
- UNFPA (United Nations Population Fund), *Country profiles*, <http://www.unfpa.org/public/countries>.

