



Provincia di Prato



OSSERVATORIO
PROVINCIA DI PRATO
IMMIGRAZIONE

L'IMMIGRAZIONE NELLA PROVINCIA DI PRATO VIII RAPPORTO – ANNO 2012-13

Residenti, soggiornanti, imprese, lavoratori e scuola: i dati
aggiornati sulle presenze straniere

Donne migranti e servizi consultoriali nella provincia di Prato

Luglio 2013



INDICE

INTRODUZIONE

*di Loredana Ferrara, Assessore alle Politiche Sociali della
Provincia di Prato*

pag. 5

1. LA PRESENZA STRANIERA NELLA PROVINCIA DI PRATO

di Paolo Sambo

pag. 7

1.1. RESIDENZE ANAGRAFICHE

pag. 8

1.1.1. Distribuzione per cittadinanza

pag. 11

1.1.2. Caratteristiche socio-anagrafiche: genere e struttura per età

pag. 13

1.2. STRANIERI REGOLARMENTE PRESENTI: LE STIME DELL'ISTAT

pag. 17

1.3. IMPRENDITORIA STRANIERA

pag. 21

1.4. LAVORO SUBORDINATO: AVVIAMENTO E CESSAZIONI, I DATI DEL SISTEMA INFORMATIVO IDOL

pag. 24

1.4.1. Iscritti ai Servizi per l'Impiego

pag. 27

1.5. ALUNNI STRANIERI NELLE SCUOLE DELLA PROVINCIA DI PRATO

pag. 27

1.5.1. Abbandono scolastico

pag. 33

1.6. CASA: I BANDI PER L'ASSEGNAZIONE DI ALLOGGI E.R.P.

pag. 35

1.7. ACCESSO ALL'OSPEDALE E MORTALITÀ DEGLI STRANIERI

pag. 35

1.7.1. Pronto soccorso

pag. 37

1.7.2. Mortalità

pag. 38

1.8. POPOLAZIONE CARCERARIA

pag. 39

2. DONNE STRANIERE E SERVIZI CONSULTORIALI NEL TERRITORIO PRATESE

di Fabio Bracci

pag. 41

Premessa

pag. 41

2.1. IL QUADRO GENERALE: CONSULTORI, NASCITE E
IVG

pag. 43

2.1.1. I consultori: le dinamiche normative ed i riflessi su Prato

pag. 43

2.1.2. Il quadro quantitativo: le nascite

pag. 45

2.1.3. Il quadro quantitativo: le Interruzioni Volontarie di
Gravidanza

pag. 54

2.2. L'ATTUALE CONFIGURAZIONE DEL CONSULTORIO

pag. 61

2.2.1. L'assetto attuale

pag. 61

2.2.2. Il Percorso Nascita

pag. 67

2.2.3 Il Percorso IVG

pag. 70

2.3. I SERVIZI CONSULTORIALI E L'UTENZA STRANIERA

pag. 72

2.3.1. L'utenza straniera: una pluralità di percorsi

pag. 72

2.3.2. L'utenza cinese

pag. 77

2.3.3. Informazione, comunicazione e mediazione linguistico-
culturale

pag. 83

2.3.4. Gli operatori

pag. 88

2.4. SINTESI CONCLUSIVA

pag. 92

BIBLIOGRAFIA

pag. 95

APPENDICE. Gli strumenti d'indagine

pag. 99

INTRODUZIONE

Immigrazione, donne e consultorio, su questo si concentra il focus dell'VIII Rapporto sull'immigrazione, un tema sicuramente caldo che a Prato intreccia fenomeni dai grandi numeri, la massiccia presenza di immigrazione femminile significa infatti un forte impatto sulle strutture socio-sanitarie che seguono ad esempio i percorsi materno-infantili.

Questo rapporto indaga proprio su come Prato abbia affrontato quella che si può certamente definire un'emergenza e di come le risposte elaborate di fronte all'urgenza abbiano permesso di rivoluzionare dall'interno i servizi, rendendoli più efficaci e moderni.

Come sempre l'indagine si sofferma sui numeri e sul movimento complessivo della popolazione migrante, ma l'aspetto dell'interazione con le donne straniere è un interesse vero e pressante che mette in luce aspetti su cui riflettere.

Il rapporto si compone dunque di una sezione demografica iniziale nella quale sono presentati i dati più aggiornati sulle presenze straniere a Prato (residenti e soggiornanti, imprese a conduzione straniera e saldo avviamenti-cessazioni di rapporti di lavoro dipendente, alunni di cittadinanza non italiana nei diversi ordini scolastici, accesso ai servizi socio-sanitari) e di un approfondimento sull'accesso delle donne migranti ai servizi del Consultorio con l'obiettivo di comprendere in quale modo ed attraverso quali strumenti i consultori del territorio pratese stanno affrontando la crescente domanda di prestazioni proveniente dalle donne straniere.

Loredana Ferrara

Assessore alle Politiche sociali della Provincia di Prato

1. LA PRESENZA STRANIERA NELLA PROVINCIA DI PRATO

Paolo Sambo

La società pratese è sempre stata caratterizzata da elevati flussi migratori; si può affermare che la nascita stessa del distretto industriale sia stata il prodotto di queste migrazioni, prima di tipo interno (dalle campagne mezzadrili toscane), successivamente di tipo “esterno” (dalle regioni meridionali, in particolare Campania, Puglia e Sicilia). Da un punto di vista demografico, è difficile trovare un caso più esemplare di quello pratese: tra il 1951 ed il 1971 i residenti sono quasi raddoppiati (da 77.631 a 143.232; +84%), da comune di medie dimensioni Prato è passata a terza città del centro Italia.

Gli ultimi due decenni sono stati fortemente caratterizzati dall’immigrazione straniera. Se fino alla fine degli anni ’80 la presenza straniera a Prato era limitata ad alcune centinaia di persone provenienti soprattutto dai Paesi della Comunità Economica Europea, a partire dai primi anni ’90 i processi migratori di cittadini stranieri si sono fatti sempre più consistenti, e in pratica da allora quasi sempre dai cosiddetti Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)¹ – dai 1.533 stranieri presenti al Censimento 1991 si è passati ai 10.220 del 2001 ed ai 33.113 del 2011, con un incremento di 22.893 unità (+224%) nell’ultimo periodo intercensuario – ed hanno finito per caratterizzare in maniera importante il tessuto sociale e produttivo pratese.

**Tab. 1 - Censimento generale della popolazione e delle abitazioni -
Popolazione residente nella provincia di Prato per cittadinanza – Anni 1991,
2001 e 2011**

Cittadinanza	1991		2001		2011	
	n.	%	n.	%	n.	%
Italiani	215.711	99,3	217.666	95,5	212.803	86,5
Stranieri o apolidi	1.533	0,7	10.220	4,5	33.113	13,5
Totale	217.244	100,0	227.886	100,0	245.916	100,0

Fonte: Elaborazioni Asel su dati Istat

¹ PFPM: paesi dell’Africa, dell’Asia, dell’America centro-meridionale, dell’Europa centro-orientale non UE, Romania e Bulgaria.

1.1. RESIDENZE ANAGRAFICHE

Secondo i dati anagrafici forniti dai singoli Comuni (modelli Istat P.2 e P.3), al 31 dicembre 2012 nella provincia di Prato si contano 36.834 stranieri residenti, con un incremento di 3.430 unità rispetto all'anno precedente (+10,3%).

Tab. 2 – Popolazione italiana e straniera residente nella provincia di Prato al 31 dicembre 2012 (post censimento²)

Comuni	Italiani	Stranieri	Totale
Cantagallo	2.965	195	3.160
Carmignano	13.010	1.110	14.120
Montemurlo	16.131	2.068	18.199
Poggio a Caiano	8.809	1.131	9.940
Prato	155.882	31.277	187.159
Vaiano	9.314	575	9.889
Vernio	5.532	478	6.010
Totale	211.643	36.834	248.477

Fonte: Elaborazioni Asel su dati delle Anagrafi Comunali (Modelli Istat P.2 e P.3)

L'84,9% degli stranieri è residente nel comune capoluogo (31.277 unità), il 5,6% nel comune di Montemurlo (2.068), il 6,1% nei comuni medicei (Carmignano 1.110 e Poggio a Caiano 1.131) ed il restante 3,4% nei comuni della Val di Bisenzio (Vaiano 575, Vernio 478 e Cantagallo 195).

La percentuale di stranieri sul totale della popolazione residente nella provincia di Prato (248.477 unità) è pari al 14,8%. L'incidenza più alta si registra nel comune di Prato (16,7%); seguono Montemurlo e Poggio a Caiano (11,4%).

2 In seguito al rilascio della Popolazione Legale dei Comuni del 15° Censimento Generale della Popolazione e delle Abitazioni a livello di singolo Comune sono effettuate le operazioni di ricostruzione intercensuarie, per riallineare le serie della popolazione residente nel decennio 2001-2011 alle risultanze del Censimento. Alla data del 15° Censimento (9 ottobre 2011) la popolazione residente in Italia nel suo complesso, resa nota in data 18 dicembre 2012 (G.U. n° 294 del 18 Dicembre 2012, Supplemento Ordinario n. 209), era di 59.433.744 individui, dei quali 4.029.145 di cittadinanza straniera. Alla stessa data, i due aggregati di popolazione residente – calcolati a partire dal 14° Censimento (21 ottobre 2001) sulla base delle risultanze anagrafiche nel corso del decennio intercensuario 2001-2011 – risultavano invece pari, rispettivamente, a 60.785.753 e 4.790.405 unità. Nella provincia di Prato, al 9 ottobre 2011 la popolazione legale è stata pari a 245.916 unità, di cui 33.113 stranieri, mentre alla stessa data la popolazione pre-censimento risultava pari a 250.822 unità, di cui 35.564 stranieri.

Secondo i dati rilevati annualmente dall'Istat³, a livello nazionale al 31 dicembre 2011 i residenti stranieri rappresentavano il 6,8% della popolazione complessiva, in Toscana l'8,8%. Prato è la prima provincia italiana come percentuale di stranieri sul totale dei residenti, seguita da Piacenza, Brescia, Mantova, Reggio Emilia e Modena.

Tab. 3 – Percentuale stranieri su totale residenti nella provincia di Prato al 31 dicembre 2012 e ripartizione percentuale per comune

Comuni	Stranieri	Ripartizione % per comune	% stranieri su totale residenti
Cantagallo	195	0,5	6,2
Carmignano	1.110	3,0	7,9
Montemurlo	2.068	5,6	11,4
Poggio a Caiano	1.131	3,1	11,4
Prato	31.277	84,9	16,7
Vaiano	575	1,6	5,8
Vernio	478	1,3	8,0
Totale	36.834	100,0	14,8

Fonte: Elaborazioni Asel su dati delle Anagrafi Comunali (Modelli Istat P.2 e P.3)

Nel corso del 2012 la popolazione straniera è cresciuta in tutti i comuni della provincia. In valori assoluti l'aumento più consistente si registra nel comune capoluogo (+2.872 unità, +10,1%), mentre in termini percentuali l'incremento più significativo è quello fatto segnare da Montemurlo (+18,9%, +328 unità), seguito da Carmignano (+14,9%; +144 unità).

L'incremento della popolazione straniera è determinato in larga parte dalle dinamiche migratorie: la differenza tra iscrizioni (6.377 unità) e cancellazioni (3.736 unità) porta infatti ad un saldo migratorio pari a +2.641 unità, mentre la differenza tra nuovi nati iscritti in anagrafe (825 unità) e cancellati per morte (36) produce un saldo naturale pari a +789⁴.

3 Demografia in cifre – Bilancio demografico 2011 post censimento (<http://www.demo.istat.it>).

4 Nel 2012 i nati da genitori stranieri rappresentano il 34,7% del totale degli iscritti in anagrafe per nascita (2.379 unità). Nel 2012 all'ospedale Misericordia e Dolce di Prato, secondo punto nascita in Toscana dopo Careggi, si sono registrate 2.945 nascite. Le donne straniere rappresentano il 53% delle partorienti (cinesi 34%, albanesi 6%, romene 3%, pakistane e marocchine 2%, nigeriane 1,6%). Il numero di nati da genitori italiani è verosimilmente destinato a diminuire sensibilmente nei prossimi 10-20 anni, a causa dei ridotti contingenti di donne nate dalla seconda metà degli anni '70 in poi. La più alta fecondità delle residenti straniere (nel 2011 tasso

Il saldo migratorio con l'estero (+2.766 unità) si conferma la componente demografica che più incide sull'andamento della popolazione straniera. Non trascurabile è anche il contributo del saldo migratorio interno: 2.044 arrivi da altri comuni italiani, a fronte di 1.536 cancellazioni, per un saldo pari a 508 unità. Al computo delle cancellazioni concorrono anche le acquisizioni della cittadinanza italiana⁵ (446 nel 2012) e le cancellazioni per motivi amministrativi (-187 unità nel 2012), quali operazioni di rettifica post-censuarie, cancellazioni per irreperibilità (accertata dopo ripetuti controlli o per effetto del mancato rinnovo della dichiarazione di dimora abituale) e iscrizioni da situazione di irreperibilità.

Tab. 4 – Movimento della popolazione straniera residente nella provincia di Prato – Bilancio demografico anno 2012

Comuni	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio interno	Saldo migratorio con l'estero	Acquisizioni cittadinanza	Saldo iscrizioni-cancellazioni per altri motivi ^(a)	Saldo totale
Cantagallo	4	0	8	-3	1	10
Carmignano	20	26	79	-20	39	144
Montemurlo	68	-23	148	-33	168	328
Poggio a Caiano	25	15	86	-11	-78	37
Prato	657	502	2.392	-345	-334	2.872
Vaiano	9	-4	31	-23	16	29
Vernio	6	-8	22	-11	1	10
Totale	789	508	2.766	-446	-187	3.430

^(a) Rettifiche post-censuarie, ricomparsa e ripristino di persone cancellate, cancellazioni per irreperibilità, etc

Fonte: Elaborazioni Asel su dati delle Anagrafi Comunali (Modello Istat P.3)

fecondità totale pari a 2,57 figli per donna vs TFT italiane pari a 1,15) fa sì che a Prato si calcoli il TFT più elevato di tutta la Toscana, sebbene i valori del TFT (1,51 figli per donna) rimangano ben al di sotto della soglia di rimpiazzo delle generazioni (2,1 figli per donna tenuto conto degli attuali livelli di mortalità infantile). Le serie storiche evidenziano peraltro una tendenza all'avvicinamento da parte delle donne straniere agli atteggiamenti riproduttivi della popolazione italiana: nel 2008 il TFT delle donne straniere era pari a 3,01.

- 5 Per matrimonio con cittadino italiano (nel 2012 nel comune di Prato, su un totale di 628 matrimoni celebrati, si contano 62 unioni miste) o per residenza (<http://www.pratomigranti.it/?act=i&fid=2097&id=20080514142108160#> testo-4).

1.1.1. Distribuzione per cittadinanza

La distribuzione per cittadinanza degli stranieri residenti nei Comuni italiani è al momento disponibile solo fino al 31 dicembre 2010 (fonte: DemoIstat, serie storiche pre-censimento).

Su un totale di 33.874 stranieri residenti nella provincia di Prato a tale data, 32.680 (pari al 96,5%) risultano provenienti dai cosiddetti Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), mentre gli stranieri provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) sono 1.194 e costituiscono il 3,5%.

L'emergere di alcuni Paesi nel sistema economico mondiale, rende tuttavia fuorviante la divisione tra mobilità dai Paesi ricchi e mobilità dai Paesi poveri: altre classificazioni considerano quindi i cosiddetti *BRIC* (acronimo utilizzato per riferirsi congiuntamente a Brasile, Russia, India e Cina) ed i Paesi *Next 11* (Bangladesh, Egitto, Indonesia, Iran, Messico, Nigeria, Pakistan, Filippine, Corea del Sud, Turchia, Vietnam): gli stranieri residenti a Prato provenienti da PSA, BRIC e *Next 11* sono 18.993 e rappresentano quindi oltre la metà degli stranieri complessivamente presenti (56,1%).

Un'ulteriore criterio di classificazione dei Paesi è quello elaborato dal Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, basato sul grado di sviluppo: è interessante osservare che solo il 2,8% degli stranieri residenti a Prato (946 unità) proviene dai 50 Paesi meno sviluppati in assoluto⁶.

In rapporto al totale della popolazione straniera residente nella provincia di Prato alla fine del 2010, i cittadini asiatici (17.020 unità, provenienti dalla Cina, ma anche da Pakistan, Bangladesh, Filippine e da altri Paesi del subcontinente indiano) costituiscono la metà (il 50,2%) degli iscritti in anagrafe. Gli europei, con 11.707 unità, rappresentano il 34,6% del totale dei residenti stranieri; i cittadini di Paesi non comunitari (Albania, Ucraina, ex-Jugoslavia) ammontano a 7.128 unità, mentre i cittadini dei Paesi UE sono 4.579 (in maggioranza rumeni). Il 12,3% degli stranieri residenti (3.983 unità) è invece rappresentato da cittadini africani, provenienti principalmente dall'Africa settentrionale (soprattutto dal Marocco) e dall'Africa occidentale (Nigeria). I cittadini provenienti dal continente americano (in maggioranza dal Sud America ed in particolare da Perù e Brasile) costituiscono infine il 2,8% del totale degli stranieri (960 unità).

Complessivamente nel territorio pratese sono ben 118 le nazionalità rappresentate. La comunità cinese è quella più numerosa: con 13.216 residenti, alla fine del 2010 costituisce circa il 40% del totale degli stranieri residenti nella provincia di Prato (39,0%). Seguono, nell'ordine, albanesi (6.206 residenti, pari al 18,3% del totale

6 *Least developed countries*: il gruppo comprende 34 paesi in Africa, 10 in Asia, 1 in Sud America e 5 in Oceania (lista Paesi: http://www.un.org/esa/policy/devplan/profile/ldc_list.pdf; per i criteri adottati vedi <http://www.un.org/special-rep/ohrrls/ldc/ldc%20criteria.htm>).

degli stranieri), rumeni (3.419 unità), pakistani (2.168), marocchini (2.096) e nigeriani (800).

Tab. 5 – Stranieri residenti nella provincia di Prato al 31 dicembre per cittadinanza – Anni 2006-2010

Cittadinanza	2006	2007	2008	2009	2010	
					n.	%
Cina Repubblica Popolare	10.946	11.370	10.914	12.015	13.216	39,0
Albania	5.144	5.376	5.832	6.049	6.206	18,3
Romania	1.263	2.110	2.631	3.052	3.419	10,1
Pakistan	1.843	1.846	1.832	2.020	2.168	6,4
Marocco	1.722	1.806	1.932	2.089	2.096	6,2
Nigeria	465	512	583	704	800	2,4
Bangladesh	507	548	552	542	549	1,6
Polonia	329	398	440	479	525	1,5
Filippine	332	330	357	360	407	1,2
Ucraina	218	218	250	292	356	1,1
Altre cittadinanze	3.351	3.472	3.648	3.848	4.132	12,2
Totale	26.120	27.986	28.971	31.450	33.874	100,0

Fonte: Elaborazioni Asel su dati DemoIstat

Per il Comune di Prato, oltre alle serie storiche pre-censimento 2006-2010, nella tabella 6 sono riportate anche le distribuzioni per cittadinanza relative agli anni 2011 e 2012, con l'avvertenza che si tratta di dati suscettibili di variazione a seguito della revisione post censuaria. Pertanto il numero totale di stranieri (33.158 unità) non corrisponde a quello comunicato all'Istat attraverso il modello P.3 – e qui riportato nelle tabelle 2 e 3 (31.277) – che già tiene conto delle operazioni di rettifica post censuarie. Il dato più recente disponibile per il comune capoluogo, seppur provvisorio, ci indica la presenza di circa 33.158 residenti, di cui 15.029 cinesi (pari al 45,3% del totale degli stranieri).

Tab. 6 – Stranieri residenti nel comune di Prato al 31 dicembre per cittadinanza – Anni 2006-2012^(a)

Cittadinanza	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^(a)	2012 ^(a)	
							n.	%
Cina Popolare	10.077	10.431	9.927	10.877	11.882	13.056	15.029	45,3
Albania	3.886	3.989	4.297	4.494	4.646	4.805	4.936	14,9
Romania	1.008	1.656	2.096	2.481	2.806	3.074	3.328	10,0
Pakistan	1.670	1.667	1.652	1.828	1.957	1.951	2.206	6,7
Marocco	1.321	1.365	1.418	1.535	1.540	1.589	1.618	4,9
Nigeria	400	462	509	606	677	731	826	2,5
Bangladesh	498	532	533	527	535	523	539	1,6
Filippine	291	290	310	362	355	382	431	1,3
Polonia	266	315	340	312	401	400	414	1,2
Ucraina	177	168	198	247	302	320	332	1,0
Altri Paesi	2.714	2.783	2.873	3.048	3.301	3.355	3.499	10,6
Totale	22.308	23.658	24.153	26.317	28.402	30.186	33.158	100,0

^(a) Dati suscettibili di variazione a seguito della revisione post censuaria

Fonte: Elaborazioni Asel su dati DemoIstat (2006-2010) e Ufficio di Statistica del Comune di Prato (2011-2012)

1.1.2. Caratteristiche socio-anagrafiche: genere e struttura per età

La popolazione straniera residente nella provincia di Prato si caratterizza per una leggera prevalenza della componente femminile (50,1% vs. 49,9%), con un rapporto di mascolinità pari a 99,7 (nel 2000 era pari a 115,2). Lo squilibrio di genere si presenta più accentuato in favore degli uomini tra i pakistani (65,6%), i marocchini (60,2%), i bengalesi (58,7%), i tunisini (57,0%) ed i senegalesi (84,7%), mentre le comunità per le quali l'iniziativa emigratoria è soprattutto femminile sono quella rumena (59,7%), polacca (86,3%), filippina (58,0%), ucraina (87,9%), peruviana (62,4%), brasiliana (82,7%) e georgiana (98,7%). Tra i cinesi (51,6% maschi vs. 48,4% femmine) e gli albanesi (53,8% vs. 46,2%) la distribuzione per genere mostra invece un sostanziale equilibrio. Non bisogna tuttavia dimenticare che alle registrazioni anagrafiche, oltre ai soggiornanti non residenti, sfuggono le presenze non regolari che, se rilevabili, potrebbero fornire un quadro diverso della distribuzione di genere, con una possibile accentuazione della componente maschile in alcuni gruppi e di quella femminile in altri.

Tab. 7 – Stranieri residenti nei comuni della provincia di Prato al 31 dicembre 2010 per genere

Cittadinanza	Maschi	Femmine	Totale	% maschi	% femmine
Cina Rep. Popolare	6.824	6.392	13.216	51,6	48,4
Albania	3.339	2.867	6.206	53,8	46,2
Romania	1.377	2.042	3.419	40,3	59,7
Pakistan	1.423	745	2.168	65,6	34,4
Marocco	1.262	834	2.096	60,2	39,8
Nigeria	401	399	800	50,1	49,9
Bangladesh	322	227	549	58,7	41,3
Polonia	72	453	525	13,7	86,3
Filippine	171	236	407	42,0	58,0
Ucraina	43	313	356	12,1	87,9
Perù	120	199	319	37,6	62,4
Tunisia	147	111	258	57,0	43,0
Senegal	199	36	235	84,7	15,3
Costa d'Avorio	96	96	192	50,0	50,0
Sri Lanka	98	94	192	51,0	49,0
Brasile	32	153	185	17,3	82,7
India	75	108	183	41,0	59,0
Georgia	2	156	158	1,3	98,7
Egitto	72	47	119	60,5	39,5
Moldova	26	86	112	23,2	76,8
Totale	16.911	16.963	33.874	49,9	50,1

Fonte: Elaborazioni Asel su dati DemoIstat

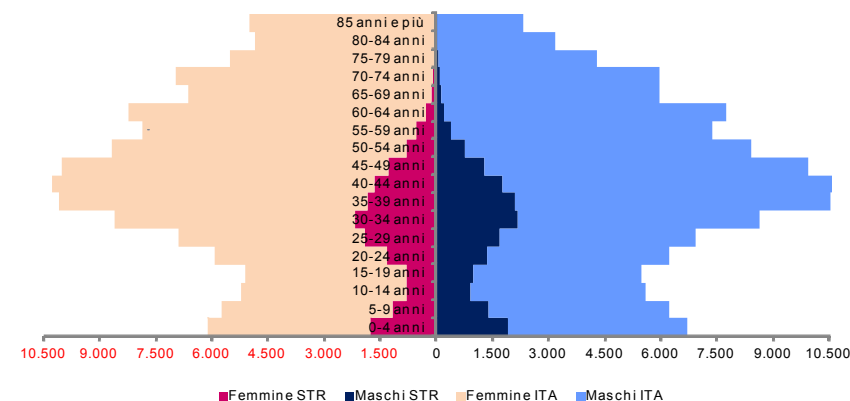
Passiamo adesso ad analizzare la struttura per età della popolazione residente, italiani e stranieri (dati DemoIstat al 1° gennaio 2011).

A Prato si contano in proporzione più bambini e giovani che nelle altre province toscane: la classe di età compresa tra 0 e 14 anni (nella quale gli stranieri rappresentano ben il 22,5%) costituisce il 14,1% della popolazione totale, contro una media toscana del 12,7%. Allo stesso modo la percentuale di persone con 65 anni o più è nettamente la più bassa tra tutte le province toscane (20,3%, a fronte di un valore medio regionale del 23,3%).

La piramide per età della popolazione italiana e della popolazione straniera evidenzia una concentrazione della maggioranza degli stranieri nella parte inferiore

del grafico (fasce di età più giovani), mentre per quanto riguarda gli italiani sono molto più rappresentate le classi di età al di sopra dei 50 anni⁷.

Graf. 1 – Piramide della popolazione italiana e straniera residente nella provincia di Prato al 1° gennaio 2011



Fonte: Elaborazioni Asel su dati DemoIstat

A Prato si registra l'indice di vecchiaia più basso di tutta la Toscana (142,5⁸, a fronte di un valore medio regionale di 182,9). Determinante risulta il contributo della popolazione straniera, con un indice di vecchiaia pari a 7,8, a fronte di un valore per la popolazione italiana pari a 181,6.

Il contributo demografico degli stranieri non soltanto compensa la diminuzione degli italiani intervenuta tra il 2001 e il 2011 (-4.863 unità), ma apporta anche benefici alla struttura per età della popolazione complessiva. Nel nostro Paese, ad esempio, è di particolare rilevanza l'apporto degli immigrati al sistema previdenziale. In un settore della spesa pubblica così rilevante⁹, l'immigrazione ha infatti un importante

- 7 Il 23,6% degli stranieri (7.997 unità) ha meno di 15 anni e solo l'1,8% (623 unità) ha più di 64 anni; ne consegue che la popolazione in età potenzialmente produttiva è pari al 74,6%, con un indice di struttura della popolazione attiva, calcolato rapportando le 25 generazioni più anziane (tra i 40 ed i 64 anni) e le 25 più giovani (dai 15 ai 39 anni), pari a 54,9 (tanto più basso è il valore di questo indice, tanto più giovane è la struttura della popolazione in età lavorativa). Tra gli italiani la popolazione attiva rappresenta il 64% (ma con un indice di struttura della popolazione attiva pari a 138,0), i minori di 15 anni il 12,8% e la popolazione anziana il 23,2%.
- 8 Nel 1971 l'indice di vecchiaia calcolato sull'intera popolazione della provincia di Prato era pari a 53,81, nel 1981 a 67,01, nel 1991 a 111,96 e nel 2001 a 148,13 (Censimento Generale della Popolazione e delle Abitazioni Istat). In Toscana l'indice di vecchiaia è passato da un valore di 73,3 nel 1971 ad un valore di 192,3 nel 2001.
- 9 Per farsi un'idea della centralità di questo tema basta far riferimento ai dati Eurostat

effetto benefico e “riequilibratore” del sistema: come rilevato dal Dossier Caritas Migrantes 2012 (Stuppini e Benvenuti, 2012), a fronte del versamento di circa 8,3 miliardi di euro si osserva una spesa previdenziale di 1,5 miliardi di euro. L’afflusso di immigrati ha un riflesso immediato sull’occupazione, e perciò sulle entrate contributive del sistema previdenziale, mentre ha un effetto “ritardato” sulla spesa, mediamente sfasata di circa 30/35 anni rispetto al versamento dei contributi (Fornero e Coda Mascarola, 2005).

L’indice di ricambio della popolazione in età attiva rapporta la popolazione prossima alla pensione (60-64 anni) ai giovani in gran parte ancora non inseriti nel mondo del lavoro (15-19 anni): nella provincia di Prato ogni 100 giovani italiani tra i 15 ed i 19 anni vi sono 175,5 persone prossime alla cessazione dell’attività, tra gli stranieri l’indice di ricambio è pari appena a 28,3 (la tabella 8 riporta i principali indici di struttura della popolazione italiana, straniera e totale residente a Prato e in Toscana).

Tab. 8 - Indici di struttura della popolazione residente nella provincia di Prato e in Toscana – Dati al 1° gennaio 2011

Indici	Prato			Toscana		
	Italiani	Stranieri	Totale	Italiani	Stranieri	Totale
Indice di vecchiaia	181,6	7,8	142,5	209,3	16,4	182,9
Indice di dipendenza	56,2	34,1	52,8	60,3	26,4	56,3
Indice di dipendenza giovanile	20,0	31,7	21,8	19,5	22,7	19,9
Indice di dipendenza senile	36,2	2,5	31,0	40,8	3,7	36,4
Indice di struttura	138,0	54,9	119,7	141,8	62,8	128,5
Indice di ricambio	175,5	28,3	150,9	183,2	47,4	167,5

Fonte: Elaborazioni Asel su dati DemoIstat

sull’incidenza della spesa per prestazioni di vecchiaia sul totale della spesa statale destinata alla protezione sociale: in Italia, secondo Paese UE con la più alta quota di popolazione anziana, la parte della spesa per prestazioni di vecchiaia sul totale della spesa destinata alla protezione sociale è la più elevata d’Europa e si attesta al 60,5% (fonte: Eurostat, *Population and social conditions*, in *Statistics in focus* n. 40/2009).

1.2. STRANIERI REGOLARMENTE PRESENTI: LE STIME DELL’ISTAT

A partire dal 2008 l’Istat elabora una nuova serie sui permessi di soggiorno in cui non sono più compresi i cittadini dell’Unione Europea, per i quali, dal 27 marzo 2007, non è più previsto il rilascio del documento di soggiorno. Inoltre, a differenza di quanto avveniva in precedenza, i dati comprendono oltre ai documenti in corso di validità anche i minori registrati sul permesso di un adulto. Al 1° gennaio 2011 i cittadini non comunitari regolarmente presenti nella provincia di Prato erano 42.896 (22.892 maschi e 20.004 femmine), pari al 14,5% del totale dei non comunitari regolarmente presenti in Toscana (295.450), con un incremento del 38% rispetto al 2008.

Tab. 9 – Cittadini non comunitari regolarmente presenti in Toscana al 1° gennaio per provincia – Anni 2008-2011

Provincia	2008	2009	2010	2011		Variazione % 2011/2008
				n.	%	
Arezzo	18.730	20.572	21.571	21.341	7,2	13,9
Firenze	73.905	82.407	95.343	105.543	35,7	42,8
Grosseto	9.772	10.865	12.217	12.432	4,2	27,2
Massa-Carrara	5.424	6.270	6.720	6.670	2,3	23,0
Livorno	13.738	15.522	17.553	18.029	6,1	31,2
Lucca	12.589	14.500	17.588	18.246	6,2	44,9
Pisa	22.165	25.845	28.928	29.458	10,0	32,9
Pistoia	16.527	18.620	19.083	19.851	6,7	20,1
Prato	31.095	35.737	41.688	42.896	14,5	38,0
Siena	15.952	19.270	20.797	20.984	7,1	31,5
Toscana	219.897	249.608	281.488	295.450	100,0	34,4

Fonte: dati del Ministero dell’Interno; stima Istat dei titolari di un documento di soggiorno in vigore a inizio anno e dei minori al seguito

I cinesi rappresentano, con 24.626 unità, il 57,4% degli stranieri non comunitari regolarmente presenti nella provincia di Prato (tabella 10); rispetto al 2008 si registra un aumento di 8.396 unità, pari al 51,7%. Seguono nell’ordine albanesi (6.486 unità, 15,1%), pakistani (2.910 unità, 6,8%), marocchini (2.560 unità, 6%) e nigeriani (867 unità, 2%). In Toscana il gruppo nazionale più numeroso è quello albanese (70.725 unità); seguono cinesi (50.505; nelle province di Prato e Firenze

si concentra l'89,6% dei cinesi soggiornanti in Toscana), marocchini (31.078), filippini, ucraini e peruviani.

Tab. 10 – Cittadini non comunitari regolarmente presenti nella provincia di Prato al 1° gennaio per cittadinanza – Anni 2008-2011

Cittadinanza	2008	2009	2010	2011		Variazione % 2011/2008
				n.	%	
Cina Popolare	16.230	19.704	23.656	24.626	57,4	51,7
Albania	5.775	6.250	6.500	6.486	15,1	12,3
Pakistan	2.063	2.145	2.649	2.910	6,8	41,1
Marocco	2.150	2.331	2.495	2.560	6,0	19,1
Nigeria	572	740	963	867	2,0	51,6
Bangladesh	581	627	668	729	1,7	25,5
Altri Paesi	3.724	3.940	4.757	4.718	11,0	26,7
Totale	31.095	35.737	41.688	42.896	100,0	38,0

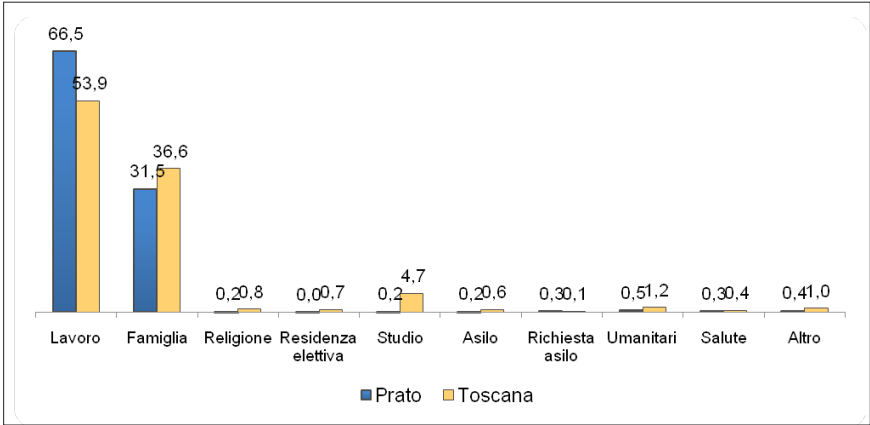
Fonte: dati del Ministero dell'Interno; stima Istat dei titolari di un documento di soggiorno in vigore a inizio anno e dei minori al seguito

Nel 2011 per la prima volta l'Istat ha diffuso anche i dati relativi ai soggiornanti di lungo periodo, che nel nostro Paese sono oltre 1 milione e 600 mila e rappresentano quindi quasi la metà della presenza regolare nel nostro Paese. A Prato i soggiornanti di lungo periodo sono 14.869 (7.791 maschi e 7.078 femmine), pari al 34,7% dei non comunitari regolarmente soggiornanti.

Guardando ai motivi di soggiorno¹⁰, nella provincia di Prato prevalgono nettamente i permessi per motivi di lavoro (66,5%, a fronte di un valore medio regionale del 53,9%). I permessi per motivi di famiglia rappresentano il 31,5% (in Toscana il 36,6%), quelli per motivi umanitari lo 0,5%, per asilo o richiesta asilo lo 0,5%, per studio lo 0,2%.

¹⁰ Il dato è calcolato non considerando gli stranieri in possesso di un permesso per soggiornanti di lungo periodo o carta di soggiorno.

Graf. 2 – Cittadini non comunitari regolarmente presenti a Prato e in Toscana per motivo della presenza 1° gennaio 2011 – Valori percentuali



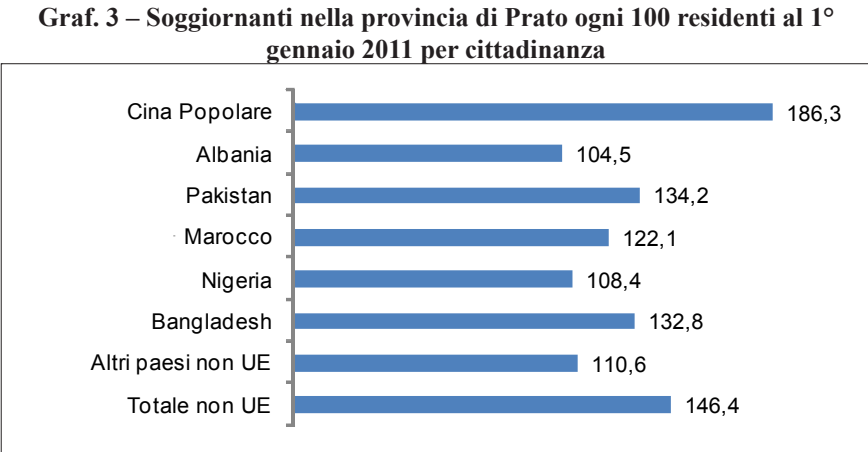
Fonte: elaborazioni Istat su dati del Ministero dell'Interno

Come abbiamo osservato, i dati relativi alla presenza sul territorio sono essenzialmente di due tipi: il numero degli stranieri residenti ed il numero dei titolari di regolare permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura. Se l'iscrizione all'anagrafe presuppone necessariamente il possesso di un permesso di soggiorno, non è vero il contrario, cioè la titolarità del permesso non impone l'iscrizione all'anagrafe, che peraltro comporta l'accertamento dei requisiti dell'abitazione. Il numero dei residenti dovrebbe quindi essere inferiore a quello dei soggiornanti, sottostimando di fatto la presenza degli stranieri che, pur soggiornando regolarmente sul territorio, non hanno o non hanno ancora richiesto la residenza anagrafica. L'iscrizione anagrafica, e lo status di residenza che ne consegue, è sia un diritto che un dovere per ogni persona (cittadino italiano, comunitario o non comunitario) presente sul territorio. Oltre che un diritto in sé, la residenza comporta il godimento effettivo di altri diritti che la Costituzione italiana elenca tra i diritti fondamentali: è ad esempio il requisito per accedere ai servizi sociali e assistenziali (assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica, contributo affitto, etc).

D'altra parte, lo stesso dato anagrafico può però anche sovrastimare la presenza degli stranieri, per esempio quando non si sia provveduto a cancellare gli iscritti all'anagrafe che hanno lasciato il Paese. Inoltre, è possibile ottenere il rilascio del permesso di soggiorno presso la Questura competente in un territorio diverso rispetto a quello di residenza. Nel caso dei dati riguardanti i permessi di soggiorno provenienti dagli archivi delle Questure spesso in passato si è invece rilevata una scarsa affidabilità, per esempio a causa della mancata cancellazione dei permessi scaduti e della duplicazione prodotta dai rinnovi, che portavano a sovrastimare

fortemente il numero degli stranieri soggiornanti in Italia. Negli ultimi anni le operazioni di “ripulitura” e di aggiornamento degli archivi si sono intensificate, ma rimangono sempre delle distorsioni dovute ai tempi che intercorrono fra rilasci, cancellazioni e rinnovi dei permessi.

Il grafico seguente mette a confronto il numero di soggiornanti al 1° gennaio 2011 con il numero di residenti al 31 dicembre 2010. Complessivamente a Prato si contano 13.595 soggiornanti in più rispetto al totale dei residenti non comunitari (146,4 soggiornanti ogni 100 residenti).



Fonte: Elaborazioni su dati Istat

Il rapporto tra soggiornanti e residenti risulta particolarmente elevato per i cinesi: i soggiornanti sono infatti quasi il doppio rispetto ai residenti (186,3 ogni 100), mentre per le altre principali cittadinanze presenti a Prato si rileva una maggiore corrispondenza tra le due popolazioni statistiche (si passa dai 134,2 soggiornanti ogni 100 residenti pakistani ai 104,5 soggiornanti ogni 100 residenti albanesi). Il rapporto tra cinesi soggiornanti e residenti a Prato è superiore a quello calcolato nelle altre province italiane a forte presenza cinese: a Firenze ogni 100 residenti si contano 146,7 soggiornanti, a Torino 134,4 soggiornanti, a Milano 127,2 soggiornanti, a Roma 119,3. I cinesi regolarmente soggiornanti in Italia sono 274.417, a fronte di 209.934 residenti (130,7 soggiornanti ogni 100 residenti).

Il più basso numero di residenti cinesi in rapporto ai soggiornanti può essere messo in relazione con la mobilità territoriale che caratterizza i lavoratori cinesi, in particolare gli addetti dei laboratori che operano contoterzi, ma il fenomeno interessa anche gli imprenditori.

Negli ultimi anni a Prato il dibattito pubblico, più che sull’andamento delle statistiche

ufficiali, si è concentrato sull’irregolarità. Il numero di stranieri irregolarmente presenti è stato oggetto di disputa senza fine: in varie occasioni si è sentito affermare che vi sono 30.000, 40.000 o anche 50.000 stranieri irregolari. Nessuna di queste asserzioni è stata supportata da una indicazione dei metodi di calcolo o della fonte dei dati; ciò nonostante, come afferma Düvell (2009), la ripetizione pura e semplice di queste stime approssimative (*guesstimates*) ha dato una parvenza di fondamento scientifico al dibattito e promosso politiche più repressive (Bracci, 2012).

1.3. IMPRENDITORIA STRANIERA

Ormai da diversi anni, il tasso di sviluppo complessivo delle imprese iscritte alla Camera di Commercio di Prato sarebbe ampiamente negativo senza l’apporto degli imprenditori stranieri. Oltre la metà delle nuove iscrizioni avvenute nel corso del 2010¹¹ (tabella 15) è riconducibile a stranieri (il 52,3%), e circa il 40% a imprenditori cinesi (1.396 unità, pari al 39,7%). La percentuale di questi ultimi raggiunge valori particolarmente elevati nel comparto manifatturiero (l’85,4% delle nuove attività sono state avviate da cinesi, il 99,4% nelle confezioni ed il 55,9% nel tessile) e nei settori della ristorazione (37,8%) e del commercio (28%).

Tab. 11 – Flussi di iscrizione alla Camera di Commercio di Prato per principali settori – Anno 2010

	Totale iscrizioni CCIAA Prato	Di cui stranieri			
		Cinesi	%	Altri stranieri	%
Manifatturiero	1.258	1.074	85,4	25	2,0
- Tessile	152	85	55,9	5	3,3
- Confezioni	947	941	99,4	6	0,6
Costruzioni	411	8	1,9	189	46,0
Commercio	700	196	28,0	139	19,9
Alberghi e ristoranti	127	48	37,8	13	10,2
Servizi	524	43	8,2	60	11,5
Totale imprese	3.514	1.396	39,7	441	12,5

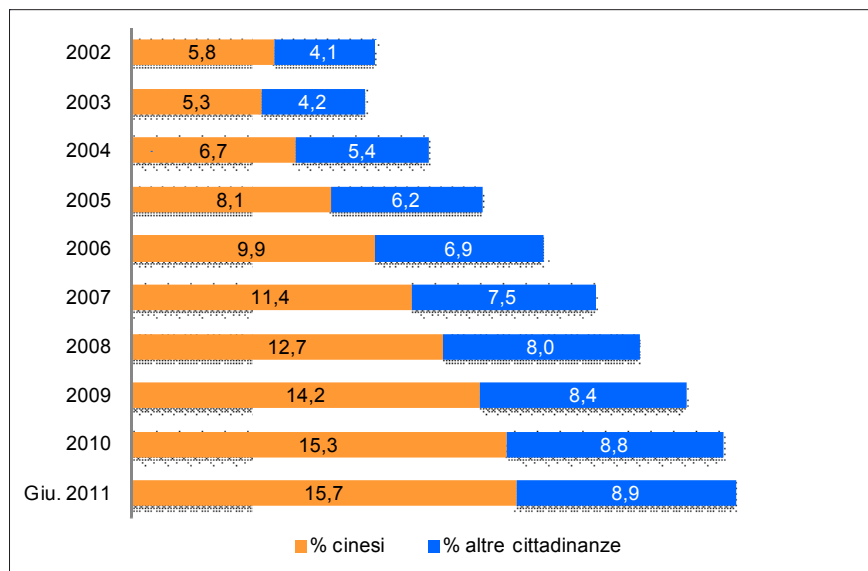
Fonte: Elaborazioni C.C.I.A.A. di Prato su dati Infocamere

In dieci anni l’incidenza delle imprese a conduzione straniera sul totale delle imprese registrate alla Camera di Commercio di Prato è passata dal 9,9% del 2002

11 Si veda anche *L’imprenditoria straniera in Provincia di Prato 2010/11*, Caserta D., Marsden A., C.C.I.A.A. di Prato, gennaio 2012.

al 23,9% del giugno 2011; lo *stock* delle attività gestite da immigrati si è quasi triplicato, passando da 2.865 a 8.182 unità.

Graf. 4 – Percentuale imprese a conduzione straniera sul totale delle imprese registrate alla Camera di Commercio della Provincia di Prato – Anni 2002-2011



Fonte: Elaborazioni C.C.I.A.A. di Prato su dati Infocamere

Il numero delle imprese attive a esclusiva conduzione straniera iscritte alla Camera di Commercio di Prato ha superato, nel corso del 2010, la soglia delle 7.000 unità. Il tasso aggregato di variazione rispetto all'anno precedente (+7,6%) si è mantenuto su livelli abbastanza sostenuti e ben al di sopra dei valori riscontrati con riferimento alle aziende avviate e gestite da cittadini italiani, la cui consistenza si è addirittura ridotta (-1,3%). Tuttavia, per il terzo anno consecutivo la dinamica di sviluppo delle imprese promosse da cittadini nati all'estero ha subito un rallentamento (+10,7% nel 2009, +13,1% nel 2008, +16,1% nel 2007). Anche la crescita delle imprese a conduzione cinese è risultata meno sostenuta (+7,8% nel 2010, a fronte degli incrementi prossimi al 13% riscontrati nel 2008 e nel 2009 e del +17,1% del 2007).

Il totale delle imprese a conduzione cinese attive sul territorio alla fine del 2010 è arrivato a 4.840 unità, pari al 69% del totale delle aziende gestite da cittadini stranieri. Circa il 78,3% delle imprese cinesi opera nel settore manifatturiero (si contano 3.364 confezioni e 243 aziende tessili); da anni si registra però un processo di diversificazione verso i comparti del commercio (681 unità, pari al 14,1%) e

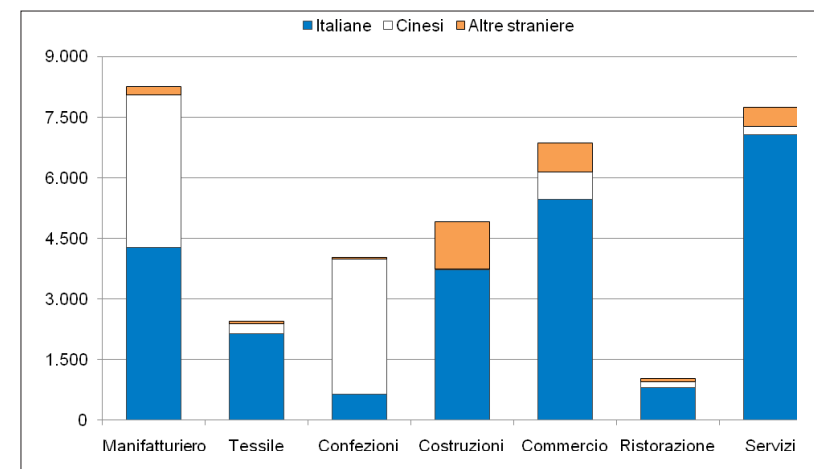
della ristorazione (141 attività; 2,9%).

L'imprenditoria albanese (591 imprese attive) e quella romena (328 imprese) si inseriscono invece prevalentemente nel comparto delle costruzioni (opera nell'edilizia l'85,4% delle aziende albanesi ed il 79,9% delle aziende romene). Le imprese gestite da cittadini marocchini (269 unità) sono diffuse soprattutto nel commercio (52,7%, prevalentemente al dettaglio) e nelle costruzioni (35,4%). L'imprenditoria pakistana (157 unità), infine, è presente nell'edilizia (47,2%), nei servizi (23,9%, in particolare telecomunicazioni, magazzinaggio e supporto ai trasporti) e nel commercio (18,8%).

Analizzando la forma giuridica delle imprese straniere, le imprese individuali rappresentano l'82,7%, le società di persone l'8,2% e le società di capitale l'8,4% (per confronto, le imprese di capitale rappresentano oltre il 20% del totale delle imprese attive nella provincia di Prato). Per quanto riguarda le imprese cinesi, i dati confermano inoltre la diffusa instabilità: la quota di aziende con meno di due anni di vita è infatti pari al 47,9%, contro il 27,1% delle aziende promosse da imprenditori stranieri con altre cittadinanze.

Alla fine del 2010 le imprese attive nella provincia di Prato ammontavano a 29.387 unità, distribuite nell'ordine tra manifatturiero (28,1%), servizi (26,3%), commercio (23,4%), costruzioni (16,7%), alberghi e ristoranti (3,5%) e agricoltura (1,9%). La figura seguente mostra il peso dell'imprenditoria straniera e cinese in particolare nei diversi settori di attività: nel comparto manifatturiero le imprese cinesi rappresentano il 45,9% del totale; nell'edilizia le imprese straniere costituiscono il 24,4% del totale e nel commercio il 20,3%.

Graf. 5 – Imprese a conduzione italiana, straniera e cinese attive al 31 dicembre 2010



Fonte: Elaborazioni su dati C.C.I.A.A. di Prato

Al sempre più rilevante ruolo svolto dalla componente straniera nello sviluppo del tessuto imprenditoriale italiano corrisponde una graduale crescita dell'apporto garantito alla creazione di valore aggiunto. Il Centro Studi Unioncamere¹² ha aggiornato all'anno 2010 il calcolo del valore aggiunto derivante dall'attività degli occupati stranieri per settore (coerente con le stime di contabilità nazionale Istat), sulla base di una ricostruzione dell'occupazione interna straniera per settore/territorio. L'aggiornamento al 2010 di questa elaborazione porta a un valore pari a oltre 167 miliardi di euro di valore aggiunto derivante dall'occupazione straniera, pari al 12% del PIL nazionale, in crescita di quasi cinque punti percentuali rispetto al 2005 (anno a partire dal quale è rielaborata la serie storica; nel 2005 la quota di PIL risultava pari al 7,1%). L'apporto al valore aggiunto della componente straniera è particolarmente accentuato nel comparto delle costruzioni, dove arriva a sfiorare un quarto del totale (23,9%); seguono l'agricoltura (15,1%), i servizi (11,2%) e l'industria in senso stretto (11,0%).

1.4. LAVORO SUBORDINATO: AVVIAMENTO E CESSAZIONI, I DATI DEL SISTEMA INFORMATIVO IDOL

Prendiamo qui in esame i dati contenuti nel sistema informativo regionale del lavoro IDOL ed in particolare l'archivio delle comunicazioni obbligatorie degli avviamenti e delle cessazioni di rapporti di lavoro effettuate da aziende con sede nella provincia di Prato. Si tratta, è opportuno ricordarlo, di contratti di lavoro e non di lavoratori: nel corso di un anno una stessa persona può infatti avere più di un avviamento (in media nel 2012 si hanno 1,17 avviamenti/avviato; tra gli stranieri 1,16 avviamenti/avviato, tra i soli cinesi 1,08 avviamenti/avviato).

Nel corso del 2012 nella provincia di Prato si registrano 47.259 avviamenti (22.362 maschi e 24.897 femmine) a fronte di 50.645 cessazioni (24.422 maschi e 26.223 femmine), con un saldo negativo pari a -3.386 unità (il dato peggiore da quando esistono i bollettini provinciali; nel 2011 il saldo era negativo per 1.529 unità)¹³. Il confronto con i dati del 2011 mostra un lieve aumento dei flussi complessivi, ma mentre gli avviamenti diminuiscono del -0,2%, le cessazioni aumentano del 3,6%.

Si conferma numericamente rilevante l'apporto dei lavoratori stranieri: i 19.318

12 A tale proposito si veda anche la pubblicazione *Quadro di riferimento. Il contributo degli stranieri al valore aggiunto nazionale* in *Quattrocento idee, zero confini. Progetto Start it up: nuove imprese di cittadini stranieri*, realizzata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e da Unioncamere.

13 I *Bollettini avviamenti e cessazioni rapporti di lavoro nella provincia di Prato*, curati da Asel per l'Osservatorio Mercato del Lavoro sono disponibili all'indirizzo <http://www.provincia.prato.it/w2d3/internet/cache/provprato/internet2/index.html?flidid=685>

avviamenti (10.496 maschi e 8.822 femmine) rappresentano infatti oltre il 40% del totale degli avviamenti registrati nella provincia (il 40,9%). I cinesi rappresentano ben il 64,7% degli avviati stranieri (12.492 unità); seguono, nell'ordine, rumeni (1.769 unità, pari al 9,2%), albanesi (1.166; 6,0%), pakistani (984; 5,1%) e marocchini (424; 2,2%).

Nel 2012 per la prima volta il saldo avviamenti-cessazioni risulta negativo (-525 unità) anche per i lavoratori stranieri (le cessazioni di lavoratori non italiani sono infatti 19.843: 10.853 maschi e 8.990 femmine). Determinante in questo senso appare la dinamica della componente cinese, che passa da un saldo positivo pari a +3.747 unità nel 2011 ad un saldo negativo pari a -298 unità nel 2012.

Tab. 12 – Comunicazioni obbligatorie avviamenti e cessazioni di rapporti di lavoro effettuate da aziende con sede nella provincia di Prato per cittadinanza del lavoratore - Anno 2012

	Avviamenti	Cessazioni	Saldo
Italiani	27.941	30.802	-2.861
Cinesi	12.492	12.790	-298
Rumeni	1.769	1.966	-197
Albanesi	1.166	1.259	-93
Pakistani	984	910	74
Marocchini	424	489	-65
Totale stranieri	19.318	19.843	-525
Totale	47.259	50.645	-3.386

Fonte: Elaborazioni Asel/Osservatorio Mercato del Lavoro

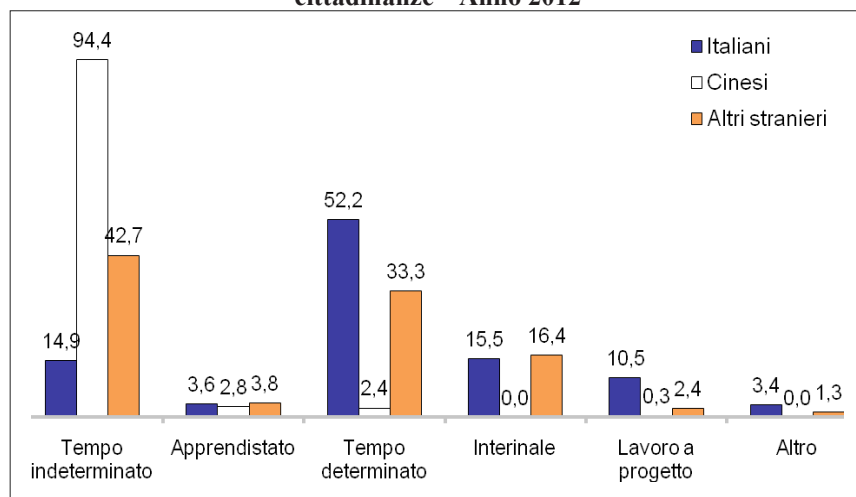
Un terzo dei lavoratori stranieri avviati nel 2012 ha meno di 30 anni (il 14,5% ha meno di 25 anni, il 18,9% tra 25 e 29 anni); il 36% rientra nella classe di età 30-39 anni; il 23,2% ha tra 40 e 49 anni ed il restante 7,5% ha più di 49 anni. Tra gli italiani, il 27,8% ha meno di 30 anni, il 27,2% tra 30 e 39 anni, il 26,1% tra 40 e 49 anni ed il 18,9% ha 50 anni o più.

Le dinamiche relative ai movimenti dei lavoratori stranieri nel mercato del lavoro locale sono fortemente connotate dalla caratterizzazione manifatturiera dell'area pratese: gli avviamenti di lavoratori stranieri nel comparto manifatturiero, comprese le costruzioni, sono infatti pari a due terzi del totale (il 65,2%). Tra i cinesi ben il 72,6% degli avviamenti avviene nel settore delle confezioni. Tra i lavoratori italiani prevale invece il terziario (79,6%; commercio, servizi alle imprese, terziario non avanzato), mentre l'industria rappresenta appena un quinto degli avviati (il 18,4%).

Si conferma nel 2012 la forte differenza tra avviati italiani e stranieri – e cinesi in particolare – per quanto riguarda il tipo di contratto (figura 6). Il 76,1% degli

avviamenti di lavoratori stranieri avviene infatti a tempo indeterminato, contro il 14,9% degli avviamenti di lavoratori italiani. Tra i cinesi la quasi totalità degli avviamenti avviene con un contratto a tempo indeterminato (94,4%, appare però in crescita il ricorso a contratti a tempo parziale). I contratti a tempo determinato, che complessivamente costituiscono il 13,3% degli avviamenti di lavoratori stranieri, rappresentano un terzo degli avviamenti di lavoratori stranieri non cinesi e ben il 52,2% degli avviamenti di lavoratori italiani. I contratti di somministrazione lavoro, del tutto assenti tra i lavoratori cinesi e più frequenti per i pakistani, riguardano il 15,5% degli avviamenti di lavoratori italiani ed il 16,4% degli avviamenti di lavoratori stranieri non cinesi (con una media di 3,73 missioni l'anno per lavoratore). Per i lavoratori stranieri, infine, modesto risulta il ricorso a contratti di collaborazione a progetto e ad altre forme contrattuali (associazione in partecipazione, etc)..

Graf. 6 – Avviamenti per tipo di contratto lavoratori italiani, cinesi e altre cittadinanze – Anno 2012



Fonte: Elaborazioni Asel/Osservatorio Provinciale sul Mercato del Lavoro

Attraverso l'archivio delle comunicazioni obbligatorie è inoltre possibile ottenere un quadro dettagliato dei dati relativi ai motivi delle cessazioni. La maggioranza delle cessazioni di lavoratori italiani si deve alla conclusione di un contratto a termine, mentre tra i lavoratori cinesi le cessazioni sono motivate nel 90,7% dei casi da dimissioni.

1.4.1. Iscritti ai Servizi per l'Impiego

Al 31 dicembre 2012 risultavano iscritti nelle classi disoccupati/inoccupati del Centro per l'Impiego di Prato 33.724 lavoratori. I dati includono tutti quei lavoratori che hanno fatto un'iscrizione ai sensi del D.Lgs. 181/00 ed hanno dichiarato di voler utilizzare i servizi del Centro per l'Impiego; rimangono nella classe "disoccupati" anche se svolgono attività precarie o a tempo determinato, secondo i requisiti e le modalità definite dalla Regione Toscana. Nella classe disoccupati si ritrovano inoltre i lavoratori iscritti nelle liste di mobilità. I lavoratori italiani (27.219 iscritti) sono l'80,7% del totale degli iscritti. Tra i comunitari si segnalano i lavoratori romeni (sono 972, pari al 2,9% del totale); tra gli extracomunitari sono presenti albanesi (1.526 iscritti, 4,5%), marocchini (736, 2,2%), pakistani (550, 1,6%), nigeriani (281, 0,8%) e cinesi (320, 0,9%).

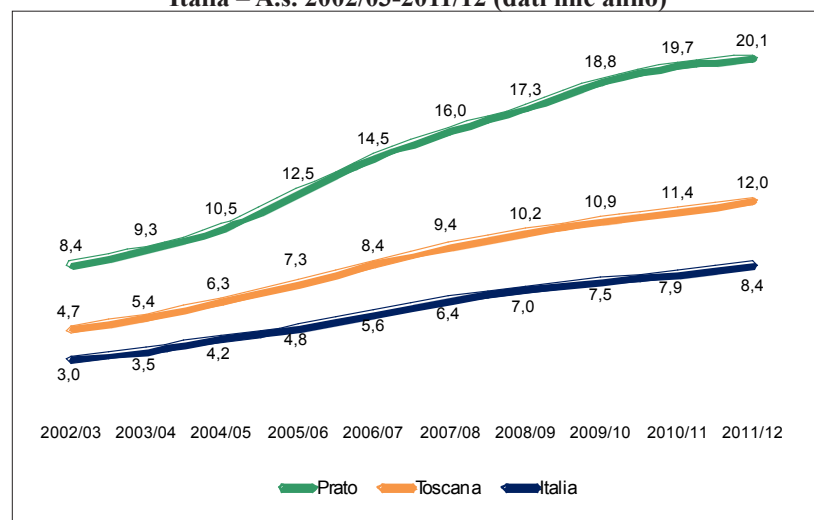
1.5. ALUNNI STRANIERI NELLE SCUOLE DELLA PROVINCIA DI PRATO

Nelle scuole della provincia di Prato uno studente su cinque è di cittadinanza non italiana: alla fine dell'a.s. 2011/12 risultavano infatti 7.174 alunni di cittadinanza non italiana, pari al 20,1% dell'intera popolazione scolastica (35.768 alunni), con un incremento rispetto all'anno precedente pari a 176 unità (+2,5%). Secondo gli ultimi dati diffusi dal MIUR (2012), ampio è il superamento sia dell'incidenza media nazionale (8,4%) che di quella regionale (12,0%). Prato è la prima provincia italiana come percentuale di stranieri sul totale degli studenti; seguono Piacenza, Mantova, Asti, Cremona, Reggio Emilia e Modena.

I cinesi (3.095 unità, +18 unità rispetto all'a.s. 2010/11) rappresentano il 43,1% degli alunni stranieri; seguono, nell'ordine, albanesi (1.481 unità, pari al 20,6%), rumeni (551 unità, 7,7%), marocchini (472; 6,6%) e pakistani (333; 4,6%), quindi nigeriani, bengalesi, peruviani, macedoni, ivoriani, filippini, tunisini e ucraini. Le cittadinanze rappresentate nella scuola pratese alla fine dell'a.s. 2011/12 sono ben 86 (presi complessivamente, i primi cinque gruppi nazionali costituiscono da soli l'82,7% della popolazione scolastica straniera).

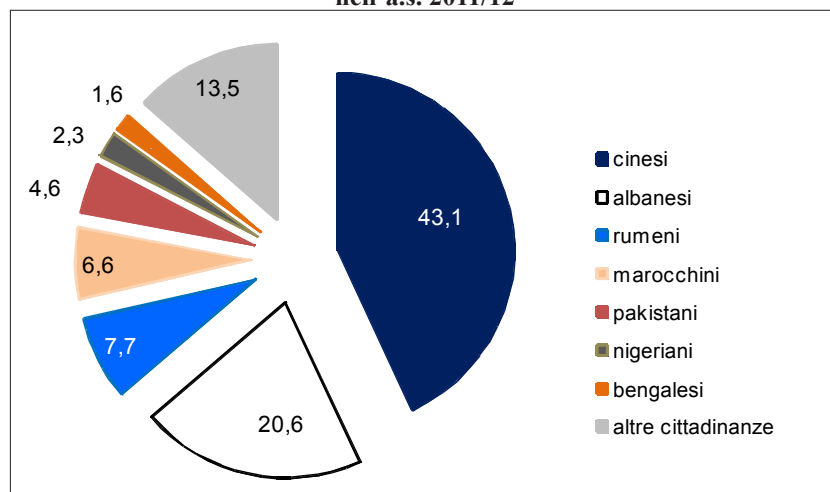
I dati di inizio anno 2012/13 non rivelano sostanziali differenze: nei diversi ordini scolastici si contano infatti 3.100 cinesi, 1.457 albanesi, 540 rumeni, 477 marocchini e 353 pakistani.

Graf. 7 – Alunni stranieri ogni 100 iscritti – Provincia di Prato, Toscana e Italia – A.s. 2002/03-2011/12 (dati fine anno)



Fonte: Osservatorio Scolastico Provinciale

Graf. 8 – Cittadinanze non italiane più rappresentate nella scuola pratese nell'a.s. 2011/12



Fonte: Osservatorio Scolastico Provinciale

Guardando alla distribuzione degli alunni di cittadinanza non italiana per ordine di scolarità (dati fine a.s. 2011/12), la maggior parte frequenta la scuola primaria (38,8%, 2.780 unità); segue la scuola secondaria di primo grado con il 23,7% (1.697 unità), quindi la scuola dell'infanzia (20%, 1.434 unità) e la scuola secondaria di secondo grado (17,6%, 1.263 unità).

In proporzione al totale degli alunni la presenza di alunni stranieri è più elevata nella scuola primaria e nelle scuola secondaria di primo grado, ordini di scolarità nei quali circa un alunno su quattro è di cittadinanza non italiana (in Toscana circa un alunno ogni sette).

Nella scuola primaria gli alunni stranieri rappresentano il 23,1% del totale, a fronte di un dato medio regionale del 13,1% e nazionale del 9,5%. Gli alunni di cittadinanza non italiana rappresentano la maggioranza degli iscritti alla scuola Filzi (70,9%; 90 su 127, di cui 29 cinesi, 14 albanesi e 12 marocchini) e circa la metà degli iscritti nelle scuole Collodi (52,5%), Mascagni (50%) e Cesare Guasti (49,2%). Seguono Don Milani (43,9%), Marcocci (39%) e Anna Frank a Montemurlo (38,4%). Dove non diversamente indicato, tutte le scuole citate in questo paragrafo sono ubicate nel comune di Prato.

Nella scuola secondaria di primo grado la percentuale di alunni stranieri è pari al 23%, contro il 13,6% calcolato a livello regionale ed una media nazionale del 9,3%. La scuola media con la percentuale più elevata di alunni stranieri è la Ser Lapo Mazzei (67,3%, 144 su 214, di cui 77 cinesi), seguita dalla Sem Benelli (42,8%), dalla Buricchi (37,2%) e dalla Malaparte (31%).

Nella scuola dell'infanzia l'incidenza degli alunni stranieri è invece pari al 20,3% (media regionale 12,2% e nazionale 9,2%). In tre scuole la percentuale di bambini stranieri supera il 50% (Mascagni 58,0%, Collodi 56,1% e Villa Charitas 53,3%), in quattro scuole (San Paolo-Il Pino 47,4% e Borgo San Paolo 47,3%, Montanara 41,8% e Oste 41% a Montemurlo) supera la soglia del 40%, quasi raggiunta anche da Poggetto a Poggio a Caiano (39,8%).

Tab. 13 - Alunni stranieri scuola dell'infanzia per comune e principali cittadinanze - A.s. 2011/12

Comune	Totale stranieri	Cinesi	Albanesi	Rumeni	Marocchini	Pakistani	% stranieri su totale iscritti
Cantagallo	12	2	3	-	-	-	20,0
Carmignano	39	12	9	3	4	-	9,2
Montemurlo	119	29	41	3	17	11	20,8
Poggio a Caiano	60	24	10	11	7	-	17,9
Prato	1.125	425	247	104	74	37	21,6
Vaiano	49	9	19	4	6	1	17,5
Vernio	30	-	9	3	3	7	17,1
Totale	1.434	503	338	128	118	56	20,3

Fonte: Asel/Osservatorio Scolastico Provinciale

Tab. 14 - Alunni stranieri scuola primaria per comune e principali cittadinanze - A.s. 2011/12

Comune	Totale stranieri	Cinesi	Albanesi	Rumeni	Marocchini	Pakistani	% stranieri su totale iscritti
Cantagallo	11	-	1	-	7	3	13,4
Carmignano	101	53	17	8	5	-	15,8
Montemurlo	226	15	61	10	20	15	24,1
Poggio a Caiano	83	33	14	26	5	-	15,7
Prato	2.274	1.101	410	149	151	126	24,7
Vaiano	54	15	19	-	3	6	13,3
Vernio	31	-	12	6	6	1	13,8
Totale	2.780	1.217	534	199	197	151	23,1

Fonte: Asel/Osservatorio Scolastico Provinciale

Nella scuola secondaria di secondo grado, infine, gli studenti stranieri rappresentano il 13,6% del totale degli iscritti (contro il 9,6% calcolato dal MIUR a livello regionale ed il 6,2% a livello nazionale), di cui circa la metà (622, pari al 49,2%) iscritti nelle classi prime ed appena 108 (l'8,6%) nelle classi quinte. Nelle classi prime gli studenti stranieri rappresentano il 23% del totale degli iscritti, una percentuale pari a quella calcolata per la scuola secondaria di primo grado. Dal secondo anno in poi, la percentuale di stranieri diminuisce progressivamente

(13,1% nelle classi seconde, 9,2% nelle terze, 8% nelle classi quarte e 7,6% nelle classi quinte).

Tab. 15 - Alunni stranieri scuola secondaria di primo grado per comune e principali cittadinanze - A.s. 2011/12

Comune	Totale stranieri	Cinesi	Albanesi	Rumeni	Marocchini	Pakistani	% stranieri su totale iscritti
Carmignano	64	39	15	-	3	-	18,3
Montemurlo	110	39	33	7	8	5	20,5
Poggio a Caiano	44	21	11	4	2	1	11,2
Prato	1.428	776	223	91	72	65	25,2
Vaiano	29	7	12	-	4	3	10,0
Vernio	22	-	4	-	7	1	15,1
Totale	1.697	882	298	102	96	75	23,0

Fonte: Asel/Osservatorio Scolastico Provinciale

La percentuale più elevata di studenti stranieri sul totale degli iscritti si registra negli istituti tecnici (17,6%) e professionali (16,9%); nei licei gli studenti di cittadinanza non italiana sono invece l'9,3%. Il Dagomari fa segnare la più elevata incidenza di studenti stranieri sul totale degli iscritti (37,3%; si contano 221 stranieri su 593 iscritti, di cui 145 cinesi, 39 albanesi e 14 rumeni; seguono il Marconi (23,7%), il Brunelleschi (21,1%) ed il Livi (18,8%). In valori assoluti il Datini è la scuola con più ragazzi di cittadinanza non italiana (271 studenti stranieri su 1.748, pari al 15,5%), seguito dal Dagomari (221) e dal Gramsci-Keynes (214). Nell'anno scolastico in corso (dati inizio anno 2012/13) il Dagomari è la scuola secondaria di secondo grado con la maggiore presenza di alunni stranieri, non solo in termini percentuali (41%) ma anche in valori assoluti (306 alunni, di cui 222 cinesi e 45 albanesi). Nelle classi prime del Dagomari gli studenti di cittadinanza non italiana rappresentano il 51,5% del totale; nelle classi ad indirizzo tecnico la percentuale di alunni stranieri è pari al 71,8%, mentre nelle classi degli indirizzi professionali di nuova attivazione (servizi socio-sanitari e servizi commerciali) l'incidenza degli alunni stranieri è pari al 36,9%. Prato è la prima provincia italiana come percentuale di residenti stranieri nati in Italia¹⁴; il 21,1% degli stranieri residenti al 31 dicembre 2011 nel comune capoluogo è nato in Italia¹⁵.

14 I *Bilanci demografici dei cittadini stranieri* sono consultabili all'indirizzo www.demo.istat.it.

15 Gli *Annuari Statistici del Comune di Prato* sono pubblicati all'indirizzo <http://statistica.comune.prato.it/annuario/>.

Nella fascia di età 0-17 anni il 78,5% è nato in Italia¹⁶ (il 68% a Prato, il 5% in Toscana ed il 5,5% in altre regioni italiane); solo un minore straniero su cinque (21%) è immigrato a Prato dallo stesso Paese di cittadinanza o da un altro Paese estero.

Il 63,4% degli alunni stranieri frequentanti le scuole della provincia di Prato nell'anno scolastico in corso è nato in territorio italiano. La percentuale di alunni stranieri nati in Italia è pari al 91,8% nella scuola dell'infanzia ed al 78% nella scuola primaria; nella scuola secondaria di primo e di secondo grado rappresentano invece rispettivamente il 48,5% ed il 24,2% del totale degli alunni di cittadinanza non italiana.

Tab. 16 - Alunni stranieri scuola secondaria di secondo grado per comune e principali cittadinanze - A.s. 2011/12

Scuola	Totale stranieri	Cinesi	Albanesi	Rumeni	Marocchini	Pakistani	% stranieri su totale iscritti
Marconi	106	5	34	12	13	13	23,7
Datini	271	65	72	28	15	13	15,5
Dagomari	221	145	39	14	6	4	37,3
Buzzi	91	23	29	11	3	3	7,6
Keynes	104	71	71	7	4	1	20,2
Gramsci	62	25	21	6	4	1	15,2
Liceo Gramsci-Keynes	48	23	10	4	3	2	10,1
Liceo Rodari	63	8	19	16	3	4	7,3
Liceo Cicognini	8	2	3	-	-	-	2,6
Convitto Cicognini	11	2	2	1	2	-	3,4
Liceo Livi	114	46	23	13	6	5	18,8
Liceo Brunelleschi/Istituto d'Arte	62	35	12	3	1	1	21,1
Liceo Copernico	96	38	30	7	1	4	6,9
S. Niccolò	6	5	-	-	-	-	5,9
Totale	1.263	493	311	122	61	51	13,6

Fonte: Asel/Osservatorio Scolastico Provinciale

¹⁶ La L. 91/1992 indica il principio dello *ius sanguinis* come unico mezzo di acquisto della cittadinanza italiana a seguito della nascita. Per i paesi che applicano lo *ius soli* (ad esempio Francia e Stati Uniti) è invece cittadino originario chi nasce sul territorio dello Stato, indipendentemente dalla cittadinanza posseduta dai genitori. Nella maggior parte dei paesi europei vige lo *ius sanguinis*, ma le norme spesso tengono conto del fenomeno delle seconde generazioni. In Germania, ad esempio, dopo il 2000 se un bambino nasce sul territorio tedesco da genitori stranieri, può avere la nazionalità tedesca se un genitore ha il permesso di soggiorno permanente da almeno 3 anni ed è residente da almeno 8 anni.

1.5.1. Abbandono scolastico

Il contrasto all'abbandono scolastico è uno dei principali impegni assunti a livello comunitario. La Strategia di Lisbona aveva posto come obiettivo europeo da raggiungere entro il 2010, la riduzione al 10% della quota di giovani tra 18 e 24 anni che lasciano la scuola senza essere in possesso di un adeguato titolo di studio. Raggiunto soltanto da 8 Paesi su 27¹⁷, l'obiettivo è stato riproposto nell'ambito della Strategia Europa 2020.

Il monitoraggio degli indicatori strutturali viene effettuato da Eurostat in collaborazione con i Sistemi Statistici Nazionali, attraverso le indagini campionarie sulle forze di lavoro; i dati, a differenza dei tassi di occupazione e disoccupazione diffusi dall'Istat fino al livello provinciale, sono ritenuti affidabili solo fino all'ambito regionale. L'Osservatorio Scolastico della Provincia di Prato – ricostruendo il percorso scolastico di ciascuno studente negli archivi scolastici attraverso la disponibilità delle serie storiche dei dati individuali – fornisce annualmente una misura degli studenti pratesi che completano il ciclo di istruzione secondaria di secondo grado e di quanti invece fuoriescono prematuramente dai percorsi scolastici e formativi¹⁸.

Nel nostro Paese il traguardo del contenimento degli abbandoni appare lontano soprattutto nelle regioni del Sud, dove il fenomeno degli *early school leavers* coinvolge ancora il 21,2% dei giovani (in Sardegna e in Sicilia un giovane su quattro non porta a termine un percorso scolastico/formativo dopo la licenza media) contro il 16% dei coetanei del Centro-Nord. Quote elevate di abbandoni si registrano anche in Toscana: nella nostra regione in tasso di abbandono prematuro è infatti cresciuto dal 16,9% del 2009 al 18,6% del 2011.

Nella provincia di Prato ogni 100 studenti nati nel 1991 che hanno iniziato il ciclo di istruzione secondaria di secondo grado, 18,7 hanno abbandonato gli studi senza aver conseguito il diploma o la qualifica professionale e senza aver frequentato un

- ¹⁷ Slovacchia, Repubblica Ceca, Slovenia, Polonia, Lussemburgo, Lituania, Austria e Svezia; nel 2010 l'Italia si attestava al 18,8% a fronte di una media UE pari 14,1%.
- ¹⁸ Il dato ottenuto non è perfettamente confrontabile con i valori ottenuti tramite le indagini campionarie sulle forze di lavoro. Infatti, queste ultime forniscono una stima dei livelli di istruzioni di tutta la popolazione compresa nella fascia di età 18-24 anni presente in un determinato territorio (e comprende pertanto anche i giovani immigrati in quel territorio dopo la conclusione degli studi), mentre il dato elaborato da Asel per l'Osservatorio Scolastico Provinciale attraverso uno studio longitudinale retrospettivo si propone piuttosto come un indicatore di *performance* del sistema scolastico locale. Seguendo nel tempo una coorte fissa di ragazzi (costituita quest'anno dai nati nel 1991, i cui risultati sono stati osservati a partire dall'a.s. 2005/06) si analizzano i tassi di "sopravvivenza" nel circuito scolastico ed i tassi di successo costituiti dal conseguimento del diploma o di una qualifica professionale. Si veda *La scuola pratese: rapporto 2012*, di P. Sambo e M. Conte, Osservatorio Scolastico Provinciale/Asel, Prato, marzo 2013.

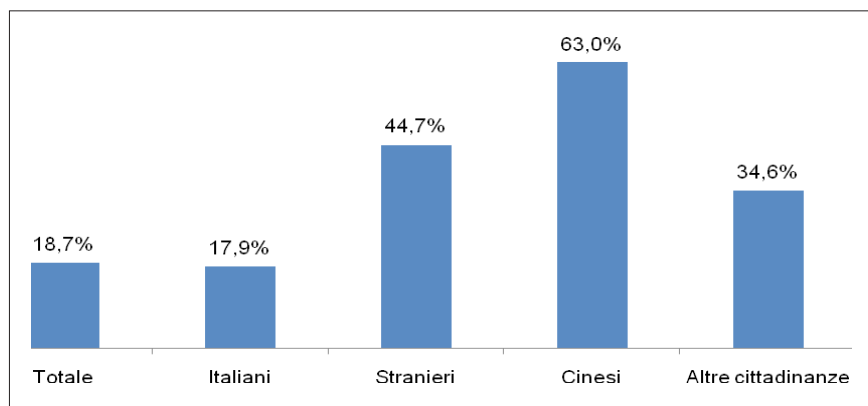
corso di formazione professionale riconosciuto dalla Regione Toscana.

Analizzando gli esiti rispetto alla variabile cittadinanza, si rileva che il 44,7% degli studenti stranieri (il 45% nel 2010) ha abbandonato prematuramente gli studi, mentre tra gli studenti italiani la percentuale di abbandoni è pari al 17,1% (il 17,9% nel 2010).

Nell'ultimo rapporto di monitoraggio pubblicato dalla Commissione Europea (2012), per alcuni Paesi tra i quali l'Italia, il dato relativo agli *early school leavers* viene fornito anche per il sottogruppo rappresentato dai nati all'estero (riferito quindi solo alla prima generazione di immigrati). In Italia il tasso di abbandono scolastico dei *foreign-born* risulta pari al 40,2% (a fronte di un valore medio europeo del 24,9%). Sebbene non perfettamente confrontabile, il dato appare comunque non distante dal 44,7% di alunni stranieri che a Prato interrompono precocemente gli studi.

Nella provincia di Prato, i dati risaltano però la specifica problematica costituita dagli alunni di cittadinanza cinese: quasi due ragazzi su tre (il 63%) fuoriescono infatti dai percorsi scolastici/formativi, contro il 34,6% degli alunni stranieri di altre cittadinanze.

Graf. 9 – Tasso di abbandono scolastico prematuro nella provincia di Prato per cittadinanza (studio longitudinale realizzato sulla coorte dei nati nel 1991)



Fonte: Osservatorio Scolastico Provinciale

1.6. CASA: I BANDI PER L'ASSEGNAZIONE DI ALLOGGI E.R.P.

Nel novembre 2011 è stata pubblicata la graduatoria definitiva del bando provinciale 2010 per l'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica (E.R.P.), con validità biennale. Su un totale di 1.524 domande presentate, le domande ammesse sono 1.299 (226 in più rispetto al precedente bando), con un rapporto di una domanda ogni 76 nuclei familiari residenti. Gli stranieri ammessi in graduatoria¹⁹, in maggioranza marocchini ed albanesi, rappresentano il 38% del totale: un'incidenza tanto più significativa se si considera la quasi totale assenza di cinesi, che costituiscono invece la maggioranza degli stranieri residenti a Prato.

Tab. 17 - Bandi provinciali per l'assegnazione di alloggi E.R.P. – N. totale domande accolte e % stranieri in graduatoria

	2000	2003	2007	2010
Totale domande accolte	1.001	1.063	1.073	1.299
% stranieri in graduatoria	24%	24%	32%	38%

Fonte: Comune di Prato - Ufficio Casa

A fronte di 1.073 domande accolte nel 2007, alla fine del 2010 si contavano 92 assegnazioni definitive da graduatoria (alloggi di nuova costruzione o alloggi di "risultata", cioè abitazioni rese disponibili in seguito al rilascio volontario da parte dei precedenti assegnatari, per sfratto o per decadenza), di cui 61 ad italiani e 31 a stranieri. In Toscana in rapporto tra famiglie residenti e alloggi ERP gestiti dalle Agenzie pubbliche per la casa è pari ad un alloggio ogni 32 famiglie; a Prato il rapporto è però inferiore e pari ad un alloggio ogni 56 famiglie (Regione Toscana, 2013).

1.7. ACCESSO ALL'OSPEDALE E MORTALITÀ DEGLI STRANIERI

L'analisi dei ricoveri è condotta sui dati relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Nel corso del 2011 nell'Asl 4 di Prato i ricoveri da parte di stranieri, comprendendo

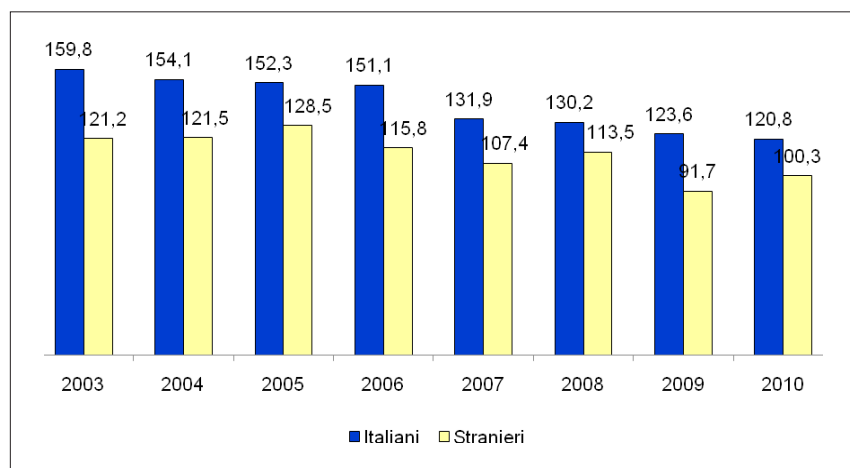
¹⁹ Gli stranieri extracomunitari titolari di carta di soggiorno e gli stranieri muniti di permesso di soggiorno almeno biennale che esercitano una regolare attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo, hanno diritto di accedere, in condizioni di parità, con i cittadini italiani, agli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica.

sia residenti che soggiornanti, sono stati 9.114 (in lieve aumento rispetto al 2010, +2,1%), pari al 24,5% di tutti i ricoveri. I ricoveri di residenti stranieri sono stati 3.180 (pari al 9,0% dei ricoveri dei residenti); 3.258 ricoveri hanno invece riguardato stranieri residenti in un'altra Asl toscana, 2.084 stranieri residenti all'estero e 592 stranieri temporaneamente presenti (Società della Salute dell'Area Pratese, 2012).

Tra i residenti stranieri, nell'anno in esame hanno fatto ricorso ad un ricovero ospedaliero (nel 97,4% presso il presidio ospedaliero aziendale) il 13,3% delle donne ed il 5,5% degli uomini. Il tasso grezzo di ospedalizzazione è risultato quindi di 93,9 per 1.000 abitanti (maschi 55,1 vs. femmine 132,5) mentre il tasso standardizzato di 100,3 per 1.000 abitanti.

I tassi di ospedalizzazione per cittadinanza mostrano, nel periodo 2003-2011, valori costantemente inferiori negli stranieri rispetto agli italiani, a testimonianza del persistere nella nostra area del cosiddetto effetto "migrante sano". Il *trend* negli stranieri, in accordo con quanto rilevato per la popolazione italiana (da 159,8 per 1.000 a 130,9), mostra una tendenza alla riduzione, da 121,2 per 1.000 abitanti a 100,3 per 1.000 abitanti.

Graf. 10 - Zona socio-sanitaria pratese: tasso standardizzato di ospedalizzazione (popolazione standard Europea, per 1.000 abitanti) - Italiani e stranieri - Anni 2003-2010



Fonte: Profilo di Salute 2012

La distribuzione dei ricoveri per Paese di origine corrisponde alla prevalenza delle diverse comunità straniere nella popolazione residente: i più numerosi sono i cinesi, che rappresentano il 43,8%, seguiti a distanza da albanesi (21,4%), rumeni (10,4%), pakistani (7,5%), marocchini (6,3%) e nigeriani (4,4%).

Come atteso sulla base della nota "giovinezza" della popolazione straniera, il quadro dei ricoveri di stranieri è caratterizzato dalla prevalenza di persone giovani: su 10 stranieri ricoverati, 9 hanno meno di 50 anni contro 4 su 10 ricoverati italiani. Le donne straniere, anche nel 2011, hanno costituito 7 ricoveri stranieri su 10 (il 71,0%); in particolare, considerando i residenti, il tasso di ricovero delle donne in età feconda è quattro volte superiore rispetto a quello dei maschi della stessa età (femmine 168,3 per 1.000 vs. maschi 39,7 per 1.000).

L'esame delle cause di ospedalizzazione per cittadinanza evidenzia che gli stranieri presentano tassi grezzi di ricovero per le diverse cause costantemente inferiori rispetto a quelle degli italiani, con l'eccezione dei ricoveri per gravidanza e parto e, sebbene in maniera meno evidente, per le malattie infettive. Il tasso grezzo di ricovero per gravidanza è risultato infatti di 37,7 per 1.000 a fronte del 9,6 per 1.000 delle italiane, mentre per le malattie infettive i valori sono di 4,0 per 1.000 contro il 3,0 per 1.000 degli italiani.

1.7.1. Pronto Soccorso

Nel corso del 2011 gli accessi al Pronto Soccorso dell'Asl di Prato sono stati 84.801, in costante aumento rispetto agli anni precedenti (+7,2% rispetto al 2009). Gli stranieri che hanno fatto ricorso al servizio sono stati 18.825, pari al 22,2% degli accessi totali. I cinesi rappresentano il 35,6% degli stranieri che si sono presentati al Pronto Soccorso, gli albanesi il 18,4% ed i marocchini il 9,5%.

La distribuzione per gravità al *triage* sul totale degli accessi, italiani e stranieri, evidenzia una netta prevalenza di accessi con codice verde di urgenza differibile, che sono stati attribuiti a circa la metà degli accessi totali. I codici che segnalano una condizione di urgenza ed emergenza, codice rosso e giallo, hanno costituito nell'anno in esame il 20,1% degli accessi, mentre le condizioni non critiche, codice bianco e azzurro, sono riportate nei restanti 28,3% degli accessi totali.

Considerando la cittadinanza si evidenzia che gli stranieri hanno presentato, come già noto, una frequenza maggiore di accessi al Pronto Soccorso con livello di urgenza al *triage* assente o minore: in questi gli accessi con codice bianco e azzurro hanno costituito il 38,2% contro il 30,5% degli italiani. Al contrario i codici critici presentano una frequenza maggiore negli italiani rispetto agli stranieri (rispettivamente 19,5% degli accessi vs 10,9%).

Viene quindi ulteriormente confermata l'osservazione che i pazienti stranieri tendono ad utilizzare con una frequenza maggiore degli italiani il Pronto Soccorso per problemi di salute non particolarmente gravi, che potrebbero essere adeguatamente trattati anche a livello di assistenza di base.

Tab. 18 – Distribuzione (%) accessi al Pronto Soccorso per codice colore e cittadinanza - Anno 2011

	Italiani	Stranieri
Codice rosso e giallo (urgenza)	19,5	10,9
Codice azzurro e bianco (urgenza minore o non urgenza)	30,5	38,2
Codice verde (urgenza differibile)	50,0	50,9
Totale	100,0	100,0

Fonte: Profilo di Salute 2012

1.7.2. Mortalità

Nel periodo 2003-2008 nel Registro di Mortalità dell’Asl 4 di Prato sono stati rilevati 109 decessi di cittadini stranieri residenti nella provincia di Prato (81 maschi e 28 femmine), con una media di 16 decessi per anno. Nel periodo in esame sono stati osservati 4 decessi in bambini sotto i 3 anni, due dei quali al momento della nascita. I cinesi costituiscono il 26% dei decessi negli stranieri, seguiti dagli albanesi (13%) e dai marocchini (8%). L’età media di morte degli stranieri è stata di 42,5 anni se donna e di 39,2 anni se uomo.

Le cause di morte negli stranieri sono simili a quelle degli italiani (al primo posto le malattie dell’apparato circolatorio ed al secondo i tumori maligni), se non per un eccesso di decessi da cause violente, sia per incidenti stradali che per suicidio, omicidio e per infortunio sul lavoro.

Considerando le singole cause nei maschi l’infarto miocardico acuto rappresenta il 41,2% delle cause di morte cardiovascolari, mentre il tumore del polmone costituisce uno su tre decessi per causa neoplastica, mentre nelle femmine prevalgono tra le malattie cardiovascolari le valvulopatie (25,2%) e tra i tumori i linfomi (30,0%).

La bassa mortalità degli stranieri è quasi totalmente attribuibile alla giovane età della popolazione straniera: i decessi attesi, calcolati utilizzando la mortalità della popolazione italiana delle stesse classi di età degli stranieri, sono infatti 20 ogni anno, un valore abbastanza vicino a quello osservato (16 decessi/anno) considerando anche il cosiddetto “effetto migrante sano”.

1.8. POPOLAZIONE CARCERARIA

A livello nazionale le presenze straniere negli istituti penitenziari al 31 dicembre 2012 sono 23.492 (di cui il 21,0% costituito da comunitari, il 19,3% da altri europei, il 48,0% da africani, il 6,2% da americani ed il restante 5,5% da asiatici), pari al 35,8% del totale dei detenuti presenti²⁰ (65.701).

In Toscana, tra condannati ed imputati in attesa di giudizio, si contano 2.286 detenuti stranieri, pari al 55,1% del totale delle presenze (4.148, pari al 127,2% della presenza regolamentare).

La Casa Circondariale di Prato è il secondo istituto penitenziario in Toscana per numero di presenze, dopo Sollicciano a Firenze. Alla Dogaia sono presenti 693 detenuti (pari al 145,6% della capienza regolamentare²¹), di cui 416 stranieri (il 60,0%).

²⁰ Fonte dei dati: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato.

²¹ Numero di posti stimati affinché un carcere possa funzionare correttamente secondo i dettami della Costituzione.

2. DONNE STRANIERE E SERVIZI CONSULTORIALI NEL TERRITORIO PRATESE

Fabio Bracci

Premessa

La normativa italiana riguardante l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi sanitari in generale ed alla tutela della maternità in particolare è molto avanzata. Tuttavia l'effettiva fruibilità dei diritti riconosciuti dalla legge dipende dal modo in cui sono organizzati i servizi. Com'è noto, problemi di diversa natura – burocratici, culturali ed informativi – possono ostacolare l'effettivo godimento dei diritti garantiti dalla legge (Nuti, Maciocco, Barsanti 2012: 14).

I consultori rappresentano per l'utenza straniera uno snodo essenziale. Un'indagine regionale segnala che nel 2009 in Toscana esistevano 43 strutture ambulatoriali dedicate; sui circa 28.000 accessi registrati in quell'anno presso queste strutture il 60% riguardava domande di prestazioni rivolte ai consultori ginecologico-ostetrici. Nello stesso anno sono stati rilevati circa 100.000 accessi di utenti stranieri ai consultori, oltre il 20% dell'utenza totale (Nuti, Maciocco, Barsanti 2012: 19).

Il punto di partenza del presente lavoro è la ricerca di Bagattini e Pedani (2010). Rispetto al momento nel quale fu realizzata quella indagine, le strutture consultoriali pratesi hanno modificato l'assetto organizzativo. L'Unità Funzionale Consultori ha oggi una sede principale ed una sede secondaria, in coerenza con le indicazioni nazionali (Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000) e regionali (Regione Toscana 2006). Si tratta di capire se a queste trasformazioni organizzative sono seguiti cambiamenti effettivi nell'operatività dei servizi, ed in particolare se e come sono stati perseguiti gli obiettivi delineati dalle linee guida regionali (integrazione con l'ospedale, il sociale ed il territorio; sviluppo di modalità di lavoro effettivamente multidisciplinari). Dal punto di vista tematico, l'attenzione sarà concentrata sui due ambiti rispetto ai quali l'incidenza dell'utenza straniera risulta più rilevante, sia qualitativamente (sotto il profilo delle particolari necessità di ri-orientamento dei servizi erogati che questa tipologia di utenza comporta), sia quantitativamente: il cosiddetto *Percorso Nascita* e le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG).

Gli assi e gli strumenti d'indagine di questo lavoro possono essere divisi in tre parti.

In primo luogo si è inteso fornire un quadro riepilogativo dei dati riguardanti nascite e IVG. Nel testo si fa riferimento in prima battuta alle tendenze rilevate a livello nazionale e regionale, mentre per quanto riguarda il dato locale si è optato

per una ricognizione dei dati contenuti nei Profili di Salute pubblicati tra il 2006 ed il 2011. Pur non essendo questi ultimi dati nuovi, la comparazione rende possibile osservare, attraverso le serie storiche, le dinamiche verificatesi localmente nell'ultimo quinquennio, il periodo nel quale si è verificata la riorganizzazione della rete consultoriale.

In secondo luogo l'attenzione è stata concentrata sull'evoluzione dei servizi consultoriali locali. Per comprendere le dinamiche di tale evoluzione, i cambiamenti nell'assetto organizzativo, le criticità e le prospettive della rete consultoriale locale sono state realizzate 13 interviste²²: una al responsabile dell'Unità Funzionale Consultori, Pietro Calò (all'intervista hanno partecipato anche altri due operatori dell'Unità Funzionale); due a medici di medicina generale; dieci a donne straniere incontrate presso i consultori (si tratta di donne che si sono rivolte al consultorio in stato di gravidanza). Quattro di queste interviste sono state realizzate con l'ausilio del mediatore linguistico culturale. Le tracce delle interviste e le principali caratteristiche delle donne intervistate sono contenute nell'appendice.

Il terzo asse di lavoro è rappresentato dall'incontro svoltosi nella sede di via Roma il 22 marzo 2013 con una parte degli operatori del consultorio principale. Tale incontro – inizialmente concepito come un *focus group*, ma che tale non può essere definito dato che si è svolto alla presenza del responsabile dell'Unità Funzionale, ha inteso discutere con le persone che operano all'interno del servizio gli aspetti più importanti delle interazioni tra consultorio ed utenza straniera. Più che sul 'cosa', l'incontro ha cercato di favorire la discussione sul 'come' il servizio ha riorientato le proprie attività alla luce sia delle indicazioni nazionali e regionali, sia dei bisogni delle donne straniere.

Prima di presentare la struttura del lavoro è doverosa una piccola precisazione riguardante le scelte metodologiche compiute. Come osservavano opportunamente Bagattini e Pedani nella precedente ricerca, temi e problemi come quelli esaminati in questo capitolo possono essere esplorati in modo più esaustivo con l'impiego di tecniche d'indagine di tipo etnografico/osservativo. Tali tecniche consentono da un lato di cogliere in modo più approfondito il punto di vista "emico" delle donne, mentre dall'altro permettono di diminuire i rischi di *taken for granted* che inevitabilmente si corrono ricorrendo esclusivamente o prevalentemente a materiali di ricerca raccolti sul versante istituzionale (Bagattini e Pedani 2010). Tuttavia, ed è questa l'avvertenza, l'obiettivo di questo lavoro è più limitato: si è scelto infatti di concentrare le risorse disponibili sull'analisi dei mutamenti organizzativi avvenuti a distanza di qualche anno dalla precedente ricerca e sui riflessi che tali cambiamenti hanno determinato e stanno determinando nell'interazione tra consultorio e donne straniere. Ne risulta una focalizzazione più marcata sull'assetto istituzionale,

22 Le interviste sono state realizzate da Luca Caterino (Asel s.r.l.), che ha partecipato anche all'incontro con gli operatori del consultorio principale.

che obiettivamente sacrifica il punto di vista delle utenti. Quest'ultimo è stato contemplato attraverso la raccolta di dieci interviste, mantenendo però – come si può notare dalla traccia contenuta nell'appendice –, il *focus* dell'intervista sulla interazione utente/servizio più che sulle aspettative e sui bisogni delle donne straniere. Spunti interessanti in merito sono emersi dall'incontro con gli operatori – ovviamente filtrati dal loro punto di vista – e di essi si darà conto in diversi passaggi del testo che segue.

Il lavoro è diviso in quattro sezioni. Nella prima si fornisce un breve riepilogo del quadro generale nel quale si colloca l'attività di riorientamento dei consultori, nonché una ricognizione sintetica dei dati nazionali, regionali e locali riguardanti nascite e IVG. Nella seconda si concentra l'attenzione sul funzionamento del consultorio pratese, delineando i principali cambiamenti avvenuti negli ultimi anni e le attività da esso svolte con riferimento ai due percorsi principali che qui interessano (di nuovo, nascite e IVG). Nella terza parte si presentano i dati qualitativi più significativi emersi dalla ricerca. Il lavoro si conclude con l'elencazione di una serie di punti che riteniamo possano essere utili per discutere delle prassi e delle prestazioni fornite dal consultorio pratese alle utenti straniere.

2.1. IL QUADRO GENERALE: CONSULTORI, NASCITE E IVG

2.1.1. I consultori: le dinamiche normative ed i riflessi su Prato

Un documento programmatico del Ministero della Salute di qualche anno fa ha definito i consultori "strutture organizzative dei distretti", che devono essere considerate "come servizi sociosanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva". Nello stesso documento si segnalano le due caratteristiche fondanti dei consultori: la "multidisciplinarietà delle aree di intervento" e la "finalità di guardare alla persona in modo olistico al fine di promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia". (Ministero della Salute 2008: 4).

Queste indicazioni hanno inteso ridare vigore ad una prospettiva che nel corso del tempo, se non del tutto interrotta, si era quanto meno affievolita. I consultori sono stati istituiti con la legge n. 405 del 29 luglio 1975, tre anni prima dell'approvazione della legge meglio nota come "194", con un obiettivo molto chiaro: assicurare, attraverso l'attività di una pluralità di figure professionali (ginecologo, ostetrica, psicologo, assistente sociale), un percorso di presa in carico della maternità non strettamente sanitario, superando la visione della donna come "mera procreatrice" ed offrendo prestazioni – come sottolineavano le autrici della ricerca già citata

nell'introduzione – più “di *care* che di *cure*” (Bagattini, Pedani 2010: 17). Gli scopi principali dei consultori erano – secondo le stesse definizioni originarie della norma – “la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile”, la “somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile”, “la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento”, nonché “la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso”. L'articolo 4 della norma istitutiva già contemplava la gratuità delle prestazioni consultoriali tanto per i cittadini italiani quanto per gli stranieri residenti o soggiornanti.

Come accennato sopra, l'ispirazione iniziale è andata progressivamente attenuandosi. L'istituzione ed il funzionamento dei consultori hanno incontrato numerose difficoltà e ritardi, dovuti essenzialmente all'assenza di una pianificazione nazionale e ad un approccio territoriale che “andava potenzialmente a confliggere con [la modalità di lavoro] biomedica e direttiva dei servizi tradizionali” (Grandolfo 2008, cit. in Bagattini, Pedani 2010: 22). Il documento del Ministero della Salute (2008) già citato esplicitava alcune di queste difficoltà: una distribuzione disomogenea sul territorio, con la presenza allo stesso tempo di contesti locali dotati di un ottimo livello di prestazioni e di altre realtà prive anche dei servizi consultoriali minimi; bacini di utenza troppo grandi; una diffusa, progressiva, tendenza a far prevalere modelli prestazionali tradizionali – sotto la spinta di una crescente medicalizzazione delle risposte di *care* – rispetto al principio cardinale della riforma, l'integrazione e la presa in carico globale della salute della donna. “Né potenziati né adeguatamente valorizzati”, molti consultori si sono limitati a gestire precariamente la loro sopravvivenza, rendendo “a volte molto problematica la costituzione di un patrimonio consolidato e di un radicamento nel tessuto sociale”. (Ministero della Salute 2008: 82).

Con il Progetto Obiettivo Materno-Infantile – POMI (2000) si è avuta la prima vera pianificazione nazionale della rete dei servizi. Le basi sulle quali il POMI ha inteso rilanciare i consultori si fondavano su sette punti, tra i quali vanno ricordati l'istituzione dell'Anagrafe Nazionale dei consultori familiari, la verifica in *itinere* dello stato di applicazione della pianificazione nazionale e l'inserimento degli obiettivi di pianificazione all'interno degli obiettivi dei direttori generali delle Asl. A questa prima fase di rilancio ha fatto seguito la decisione della Regione Toscana (2006) di procedere ad un riordino complessivo della rete consultoriale regionale. Come ha detto un'operatrice del consultorio nel corso di una intervista, è stato con la Delibera della Giunta Regionale 259 del 2006 che si è verificata “la grossa svolta” (la Delibera è significativamente intitolata “*Programma di interventi di riqualificazione dei servizi consultoriali e di educazione e formazione finalizzati alla diffusione ed al consolidamento di una cultura della maternità e paternità responsabile e di una sessualità consapevole*”):

nel giugno 2006 la Regione venne fuori con questa delibera: a fronte di un impegno economico non indifferente, cercò di rendere omogeneo il servizio dei consultori, dando degli *standard* per uniformare il servizio a livello regionale ed entrando nel merito sia degli aspetti organizzativi che di quelli strutturali.

La D.G.R. 259 contiene le linee guida e gli indirizzi metodologici indirizzati alle aziende sanitarie per riqualificare i servizi consultoriali, anche al fine di “progettare sul territorio percorsi di promozione della salute per le donne straniere”. Per ognuna delle zone-distretto prevede l'istituzione di almeno un consultorio di tipo principale, a cui sono assegnate le figure professionali del ginecologo, dell'ostetrica, dello psicologo e dell'assistente sociale, e in cui è presente un servizio per gli immigrati (compresa la mediazione culturale), nonché la nomina di un responsabile unico cui affidare la guida della rete consultoriale aziendale. I dati sulla consistenza della rete regionale dei consultori mostrano che il processo di riqualificazione ha dato buoni risultati. Nel 2009 in Toscana i consultori attivi erano 166, con un numero di accessi di utenti stranieri pari a 105.204. Il 27% di questi accessi (28.578) si è verificato a Prato, dove l'incidenza percentuale degli accessi di utenti stranieri rispetto al totale degli accessi in quello stesso anno si attestava intorno al 50% (Santomauro, Pieri 2012: 62-63).

L'evoluzione della rete consultoriale pratese ha seguito una traiettoria simile a quella nazionale. Prima della riorganizzazione, pur non esistendo ancora la distinzione tra consultorio principale e consultori secondari, esisteva una sede “storica”, quella di Santa Gonda, ed una sede di fatto secondaria – quella di via Clementi, che a partire dagli anni '90 aveva cominciato a connotarsi come “consultorio degli stranieri”, tanto da essere identificata come l'ambulatorio nel quale “c'era la seduta dei cinesi” (dall'intervista al responsabile dell'unità funzionale). Successivamente la sede di Santa Gonda fu trasferita in Piazza Lippi ed i singoli punti di accesso divennero ambulatori specialistici di ginecologia, nei quali venivano seguite le gravidanze e fornite le prestazioni dell'ambito ostetrico-ginecologico. Dal settembre 2009, in ottemperanza alla D.G.R. 259/2006 è stato costituito il consultorio come lo conosciamo nella sua attuale configurazione, attraverso l'individuazione dell'Unità Funzionale e la distinzione tra sede principale e sedi secondarie. Della riorganizzazione dei servizi conseguente a questo passaggio si parlerà nel paragrafo 2.2.

2.1.2. Il quadro quantitativo: le nascite

Secondo i dati della Fondazione Leone Moressa, nel 2011 il 18,4% dei nati in Italia non ha la cittadinanza italiana. Tra il 2002 ed il 2011 i nati stranieri in Italia

sono aumentati del 209%. Nello stesso periodo la crescita in Toscana è stata del 178%.

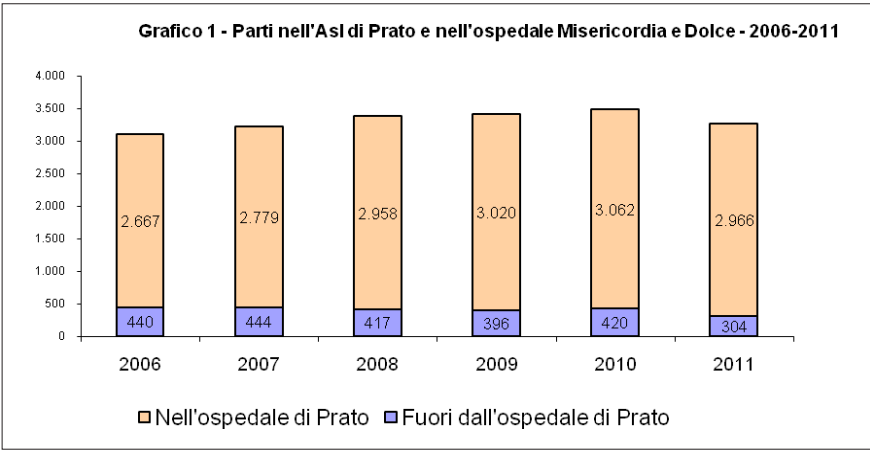
Sempre nel 2011, con i suoi 7.395 nati stranieri la Toscana rappresenta il 7,4% del totale nazionale (100.474 nati stranieri). In base all'incidenza dei nuovi nati stranieri sul totale della popolazione nata nel 2011, la Toscana (23,4%) si colloca al settimo posto tra le regioni italiane, preceduta da Emilia Romagna (29,1%) e da Lombardia, Veneto, Umbria, Piemonte e Marche. A differenza di quanto accade nelle altre regioni, che vedono tra i nati stranieri una prevalenza dei rumeni, in Toscana nel 2011 i più numerosi sono i nuovi nati albanesi, che incidono sul totale dei nati stranieri per il 21,8%. Prato è la provincia italiana con la maggiore incidenza di nati stranieri sul totale delle nascite (37,5%), seguita da Brescia (33,8%), Modena (33,6%) e Reggio nell'Emilia (30,7%) (Fondazione Leone Moressa 2012).

I dati tratti dal Profilo di Salute (vari anni, 2007-2012) consentono di osservare le tendenze verificatesi localmente negli ultimi cinque anni. Come si può osservare dalla tabella sottostante, il numero annuo di parti concernenti la Asl di Prato (dato comprendente sia i parti avvenuti all'ospedale Misericordia e Dolce, sia i parti di donne residenti nel territorio aziendale ma avvenuti in Asl diverse) è cresciuto fino al 2010. L'incremento è stato significativo nel 2007 e nel 2008, mentre nei due anni successivi la crescita è stata di dimensioni inferiori. Nel 2011 si è invece registrato un calo rilevante (ma non delle nascite di bambini cinesi, come si vedrà tra poco).

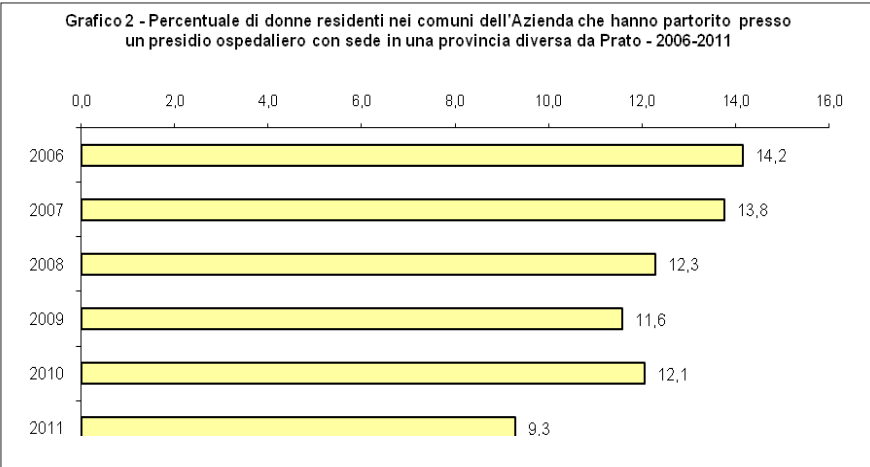
Tab. 1 - Numero annuo di parti a Prato e variazione annua percentuale - 2006-2011

Anno	Parti	Variaz. annua %
2006	3.107	
2007	3.223	3,7%
2008	3.375	4,7%
2009	3.416	1,2%
2010	3.482	1,9%
2011	3.270	-6,1%

La crescita osservabile fino al 2010 è dovuta in particolare ai parti avvenuti nell'ospedale di Prato. Va notato infatti che tra il 2006 ed 2010 il numero di parti annui all'ospedale di Prato è aumentato di circa 400 unità (+14,8%). Il calo del 2011 è dovuto per metà alla riduzione dei parti in Asl diverse da quella locale e per l'altra metà alla riduzione delle nascite a Prato (circa un centinaio).

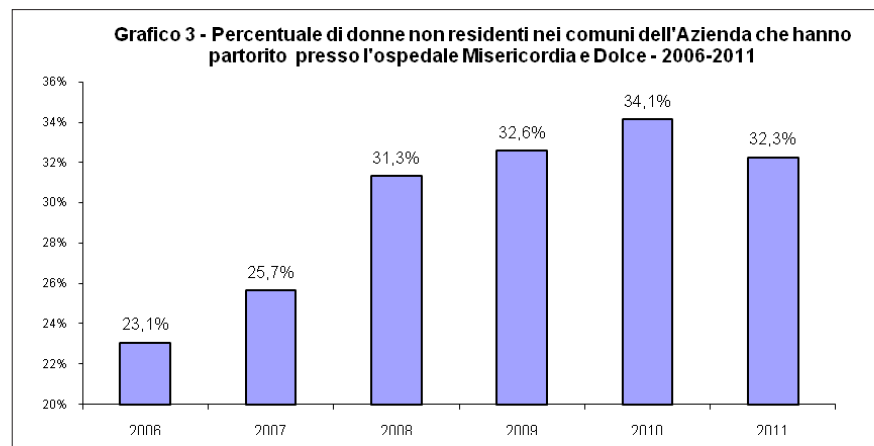


Il grafico sottostante evidenzia il particolare calo dell'incidenza percentuale dei parti avvenuti in ospedali diversi da quello di Prato. Nel 2011 i nati al Misericordia e Dolce sono divenuti il 90% delle nascite riguardanti la Asl pratese, ma va comunque evidenziato che la riduzione dell'incidenza percentuale dei parti extra Asl era una tendenza già in atto (con la sola eccezione del piccolo incremento del 2010).

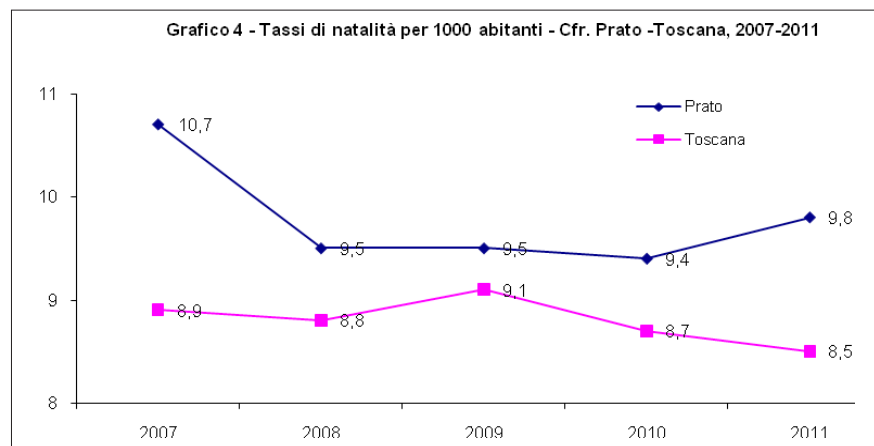


Nel periodo considerato si è registrata una crescita significativa dei parti presso il presidio ospedaliero locale concernenti donne residenti in altra Asl. Anche in questo caso il 2011 rappresenta una piccola inversione di tendenza, sebbene

l'incidenza percentuale dei parti a Prato di donne non residenti rimanga assai elevata (circa un parto su tre).

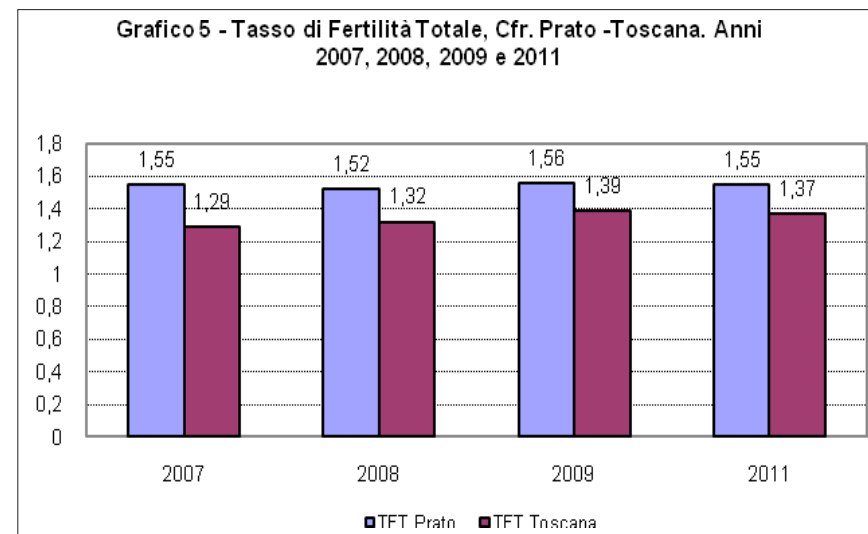


Prato presenta una Tasso di Natalità Totale (TNT, numero di nati nell'anno in rapporto alla popolazione generale per mille) costantemente più elevato di quello regionale. Nel 2010 e nel 2011 la forbice tra i due TNT – quello pratese e quello regionale – si è nuovamente allargata, dopo che nel 2008 e nel 2009 era andata significativamente riducendosi.



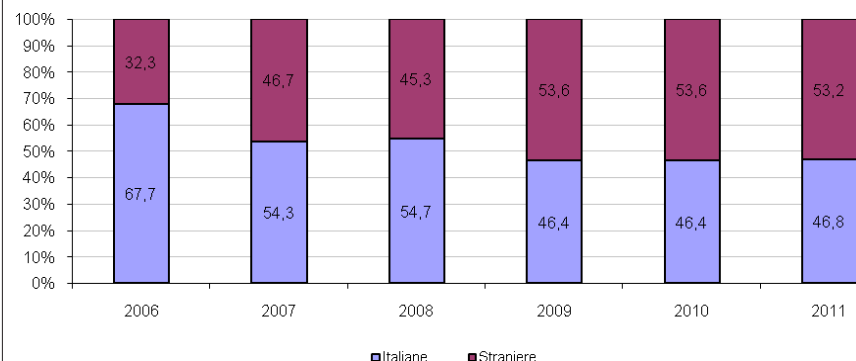
Anche il Tasso di Fecondità Totale (TFT, numero medio di figli per donna in età fertile) è costantemente più alto a Prato che in Toscana. Il TNT e il TFT più elevato

sono ovviamente legati all'ingente presenza di partorienti straniere: a Prato le straniere hanno infatti una media di 3,01 figli per donna, a fronte di appena 1,2 figli per donna tra le italiane.



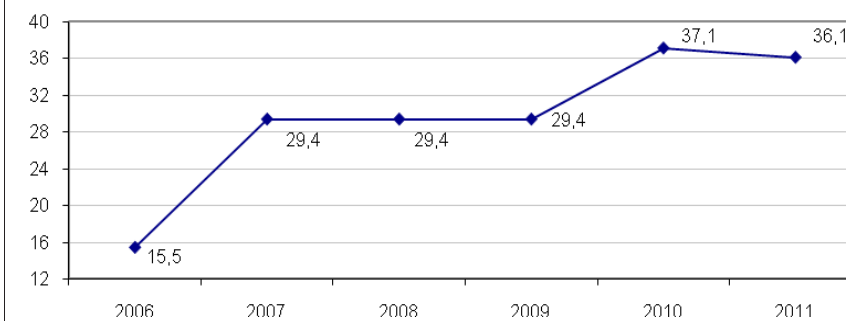
La dinamica più significativa è in effetti la crescente numerosità dei parti di donne straniere. Come si può notare dal grafico qui sotto, nel 2009 i parti di donne italiane per la prima volta sono stati meno numerosi di quelli di donne straniere. Il primo, notevolissimo, incremento relativo dei parti di donne straniere nel periodo considerato si era verificato nel 2007, mentre negli ultimi tre anni – 2009, 2010 e 2011 – l'incidenza percentuale dei parti di donne straniere sul totale dei parti sembra essersi stabilizzata intorno al 53%.

Grafico 6 - Percentuale di parti di donne italiane e straniere presso l'ospedale di Prato - 2006-2011



La notevole crescita dei parti di donne straniere è trascinata dai parti delle donne di nazionalità cinese, la cui incidenza sul totale dei parti passa dal 15,5% del 2006 al 36,1% del 2011.

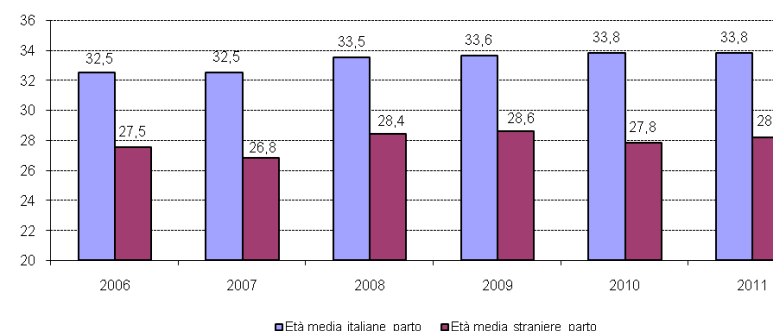
Grafico 7 - Percentuale di parti da madri cinesi sul totale dei parti presso l'ospedale di Prato - 2006-2011



Al momento del parto le donne straniere sono più giovani di circa cinque anni rispetto alle partorienti italiane. La differenza di età si è mantenuta costante per tutto il periodo considerato, anche se l'età media è cresciuta sia per le italiane che per le straniere, a conferma del fatto che con il trascorrere del tempo e con il prolungarsi della permanenza nel Paese di arrivo si verifica un innalzamento dell'età del parto delle donne straniere. Il dato corrisponde a quanto rilevato a livello regionale – Puglia, Casotto e Dubini (2011: 48) parlano per le straniere

di un “comportamento riproduttivo anticipato di circa un quinquennio rispetto a quello delle donne italiane” – , anche se secondo l'ultimo dato concernente l'intera Toscana (relativo al 2010) la differenza di età media tra italiane e straniere appare leggermente ridotta: l'età è di 33 anni per le italiane e di 30 per le straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Barsanti 2012: 131). Va detto che anche a Prato, analogamente a quanto rilevato a livello regionale, sono le donne albanesi le partorienti con l'età media più bassa.

Grafico 8 - Età media al momento del parto presso l'ospedale di Prato - Cfr. donne italiane/straniere, 2006-2011

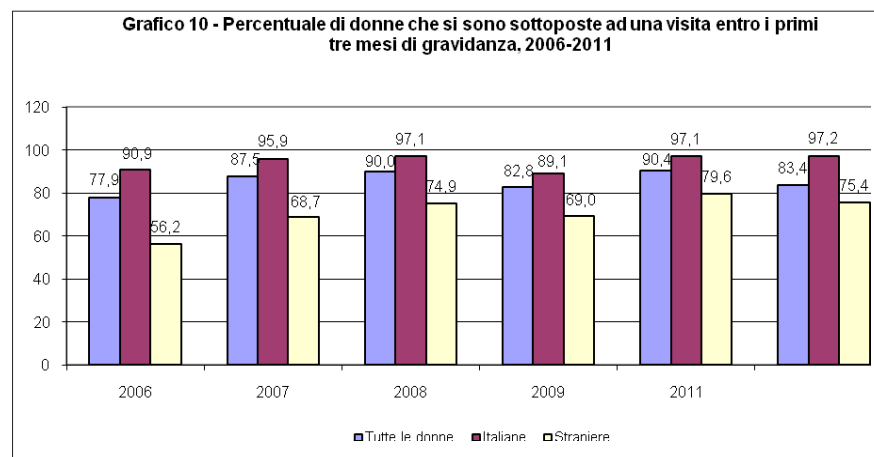
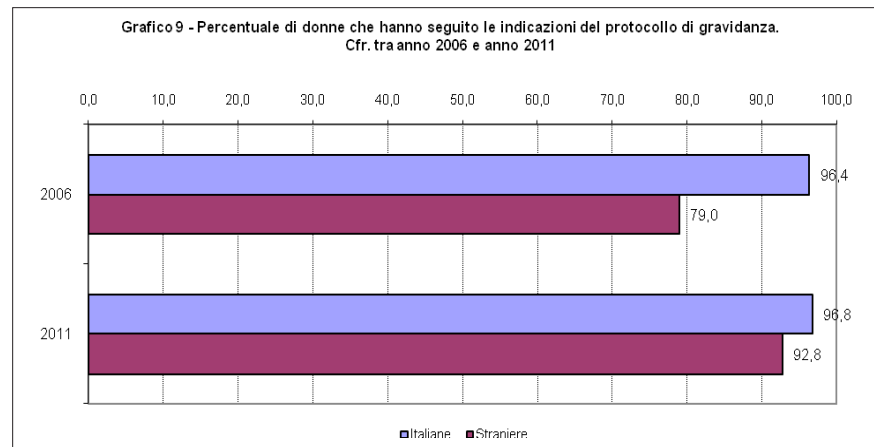


I dati tratti dal Profilo di Salute (vari anni, 2007-2012) confermano altre due caratteristiche già note a livello regionale riguardanti il profilo socio-anagrafico delle partorienti straniere: il più ridotto livello di scolarizzazione e la percentuale più bassa di donne alla prima gravidanza.

E' noto peraltro che le maggiori differenze tra donne italiane e straniere si registrano in riferimento agli esami ed alle visite effettuate nel corso della gravidanza. Le donne straniere seguono le indicazioni del protocollo di gravidanza in misura inferiore rispetto alle donne italiane. Il grafico sotto riportato mostra d'altra parte che il divario si è significativamente ridotto, dato che la percentuale di donne straniere che seguono il protocollo è passata dal 79% del 2006 al 92,8% del 2011, percentuale di appena 4 punti inferiore rispetto a quella delle italiane.

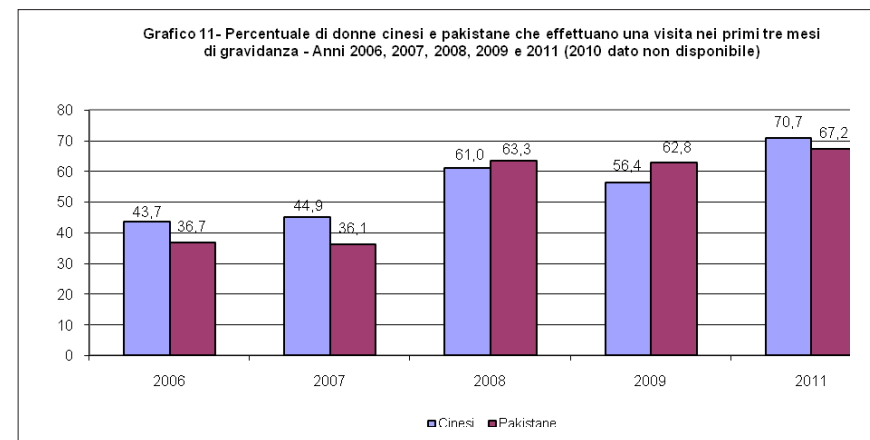
Per quanto riguarda la percentuale di donne che si sottopongono ad una visita nei primi tre mesi di gravidanza, il grafico sottostante evidenzia lo scarto esistente tra le donne italiane e quelle straniere. Anche in questo caso però va notato che tra il 2006 ed il 2011, pur permanendo una differenza significativa di circa 20 punti, l'incidenza percentuale delle donne straniere che effettuano una visita nei

primi tre mesi è aumentata del 19,2% (mentre nel 2006 erano poco più di una su due, nel 2011 esse sono circa tre su quattro). Entrambi i dati – la differenza tra il comportamento delle donne italiane e quello delle straniere, ed al tempo stesso la riduzione del *gap* verificatasi negli ultimi anni – confermano un più generale *trend* rilevato a livello regionale (Puglia Casotto, Dubini 2011: 51).

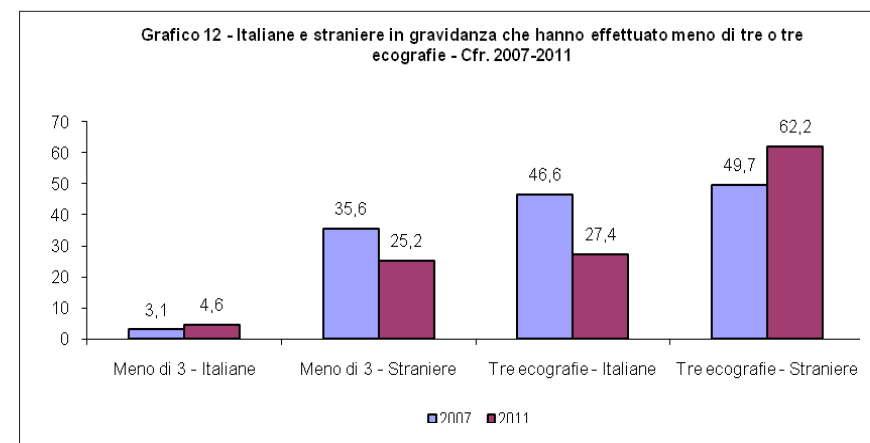


Il grafico che segue mostra i dati relativi alle donne cinesi e pakistane, i due gruppi di utenti con le percentuali più basse di visita entro i primi tre mesi di gravidanza. Analogamente a quanto rilevato poco sopra, il grafico mostra anche la

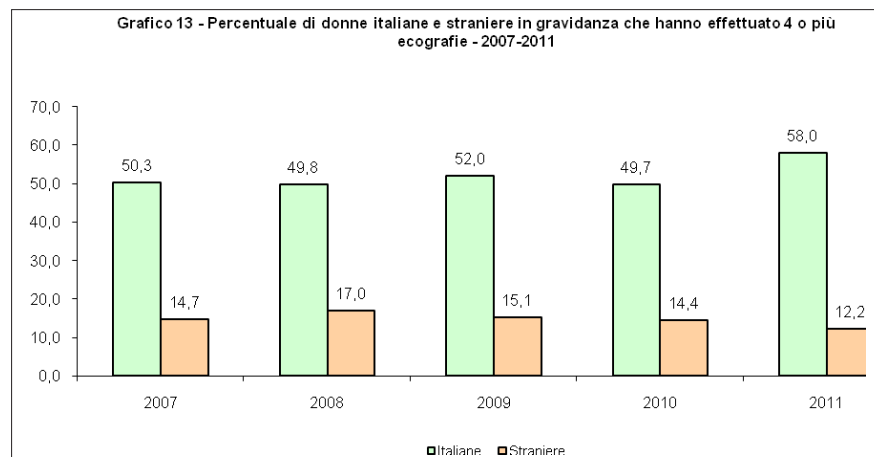
notevole crescita verificatasi tra il 2006 ed il 2011 (rispettivamente +27 e +30,5%) dell'incidenza percentuale di donne appartenenti a questi due gruppi nazionali che hanno effettuato una visita nei primi tre mesi.



Per quanto riguarda le ecografie, il confronto tra 2007 e 2011 mostra che le donne straniere tendono ad effettuarne meno di tre (dato che conferma il *trend* regionale, si veda Barsanti 2012: 132); tuttavia – anche in questo caso – nello stesso periodo la percentuale di donne che ha effettuato meno di tre ecografie è calata di circa 10 punti percentuali.



I dati tratti dal Profilo di Salute confermano infine la maggiore propensione delle donne italiane ad effettuare più ecografie di quelle previste dal protocollo di gravidanza.



2.1.3. Il quadro quantitativo: le Interruzioni Volontarie di Gravidanza

La legge 194 del 22 maggio 1978 ha disciplinato per la prima volta la pratica dell'aborto volontario, fino ad allora eseguita clandestinamente²³ e sanzionata penalmente. Come hanno evidenziato Bagattini e Pedani nella precedente indagine, nonostante gli effetti positivi determinati dall'emersione del fenomeno, la legge non ha avuto un'applicazione uniforme, soprattutto a causa dell'obiezione di coscienza di cui si sono avvalsi numerosi operatori, scelta che ha in alcuni casi "raggiunto livelli tali da prefigurare un'oggettiva condizione di grave difficoltà per le donne nell'accesso ai servizi" (in Toscana la percentuale di obiettori, pur elevata, è inferiore rispetto alla media nazionale; Bagattini, Pedani 2010: 20). Nel 2010 quasi 7 ginecologi su 10 si sono dichiarati obiettori di coscienza, con punte che raggiungono l'85% in alcune regioni meridionali (Ministero della Salute 2012: 39).

²³ Dall'entrata in vigore della legge si stima che gli aborti clandestini siano notevolmente diminuiti. Da una stima, relativa al 1983, pari a circa 100.000 casi, si è passati, nel 2005, ad una stima di circa 15.000 (-85% circa). Secondo il Ministero il dato degli aborti clandestini delle donne straniere non è calcolabile "in modo affidabile" (Ministero della Salute 2012: 4).

In effetti la 194 ha prodotto una forte riduzione del ricorso alle pratiche di aborto volontario. Loghi *et al.* (2012) evidenziano che l'andamento non è stato lineare e che nella dinamica delle IVG si possono individuare quattro fasi distinte. Tra il 1980 al 1984 si è osservato un andamento "irregolare ma in crescita", sia per il progressivo miglioramento della rilevazione statistica, sia per l'emergere di una quota di aborti clandestini. E' seguita poi una seconda fase (fino al 1994), nel quale il calo è stato costante e continuo. Tra il 1995 ed il 2004 i tassi di abortività volontaria si sono mantenuti sostanzialmente costanti, mentre tra il 2005 ed il 2009 si è verificata una nuova riduzione.

L'ultima relazione del Ministero della Salute (2012) conferma il *trend* declinante. Rispetto al picco raggiunto nel 1982 (235.000 IVG), nel 2011 è stato praticato un numero di IVG decisamente inferiore (110.000). Se si considera il tasso di abortività (aborti per 1000 donne in età feconda) il calo è ancora più rilevante, dato che tale tasso è sceso nello stesso periodo da 17,2 a 7,8 (-55 %) ²⁴. Lo stesso può dirsi, sia pure in percentuale inferiore, del rapporto di abortività (il numero di aborti per cento gravidanze riconosciute). Tale rapporto è passato da 27,5 per mille nel 1982 a 16,3 nel 2011 (-40,8%).

La relazione del Ministero mostra che a partire dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età. Tuttavia, il dato delle donne straniere è in controtendenza rispetto all'andamento generale. L'incremento delle IVG verificatosi tra le donne straniere ha prodotto un effetto di rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi. Se si prendono in considerazione soltanto le IVG effettuate da cittadine italiane si passa dai 130.546 nel 1996 ai 76.948 nel 2010. Questo calo (-41,1%) è maggiore di quello che si osserva se si considerano i dati riguardanti tutte le IVG effettuate in Italia. Come ricorda la stessa relazione,

in generale, nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'IVG sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari. (Ministero della Salute 2012: 3)

L'incidenza delle IVG di donne straniere sul totale delle IVG è andata significativamente crescendo, essendo passata dal 10,1% del 1998 al 34,2% del 2010. Ancora più significativo è il dato concernente il tasso di abortività: mentre tra le italiane nel 2009 si fermava al 6,9 per mille e tra le straniere PSA (Paesi a

²⁴ Tra il 1982 ed il 2010 il tasso di abortività si è più che dimezzato anche in Toscana, passando da oltre il 20 per mille a meno del 10 (Ministero della Salute 2012: 15).

Sviluppo Avanzato) al 7,7 per mille, tra le straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) raggiungeva il 26,4 per mille, un tasso quasi quattro volte superiore rispetto a quello delle italiane. La nazionalità che presenta la maggiore frequenza di ricorso alle IVG è quella rumena, anche se va detto che tra il 2003 ed il 2009 essa ha fatto registrare una riduzione dei tassi standardizzati di abortività volontaria di oltre il 70% (da 100 casi ogni 1.000 donne residenti nel 2003, a circa 28 su 100 nel 2009; Loghi *et al.* 2012).

Secondo il Ministero,

le donne straniere presentano un quadro di conoscenze (scarse), di attitudini (buone) e di competenze pratiche (scarse) simile a quello riscontrato tra le donne italiane in analoghe indagini condotte dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità) nel 1982-83, cioè poco dopo l'introduzione della legge sull'IVG. (Ministero della Salute 2012: 4)

Il dato, segnala l'articolo già citato,

è solo parzialmente giustificato dalla crescente presenza straniera nel nostro Paese, dal momento che la quota di donne di 15-49 anni con cittadinanza straniera rappresenta circa il 10% della popolazione residente. Vi è quindi un maggior ricorso all'IVG da parte delle donne straniere rispetto alle italiane. (Loghi *et al.* 2012)

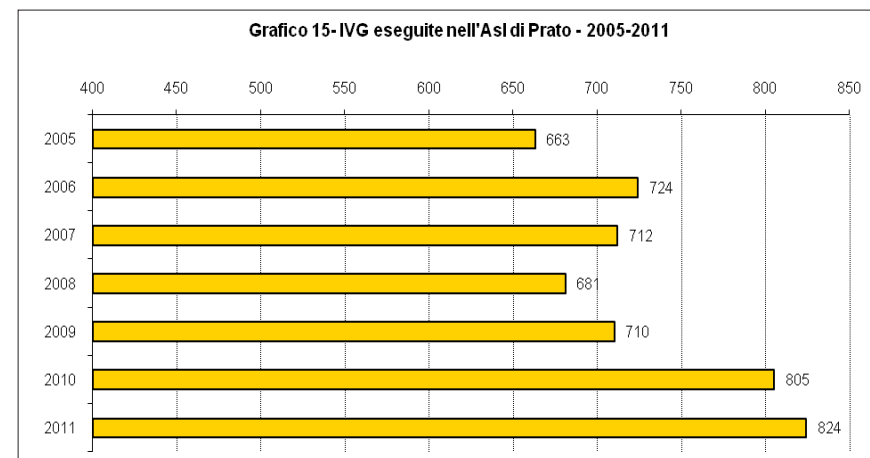
La variabile che influenza maggiormente il ricorso all'IVG è, nel caso delle donne straniere, la storia riproduttiva. Mentre tra le donne italiane i fattori più frequenti associati all'IVG sono quelli di natura socio-demografica, ed in particolare lo stato civile (con una prevalenza di donne non coniugate) e l'età (l'incidenza del ricorso all'IVG è più elevata tra le minorenni e tra le donne tra i 18 ed i 24 anni), tra le donne straniere la variabile più rilevante è il precedente ricorso all'IVG.

Due donne straniere su tre tra quelle che hanno già effettuato una IVG ne effettuano un'altra. Nel caso la donna abbia anche avuto due o più bambini la percentuale tocca l'86-87% (Loghi *et al.* 2012). Va anche segnalato l'aumento del numero di aborti spontanei, che nel 2008 sono stati circa 77.000, con un incremento del 22% rispetto al 1994 e del 35% rispetto al 1985. Il rapporto tra aborti spontanei e gravidanze complessive è più elevato tra le giovani, tra le donne non coniugate e tra le straniere. Tra le cause di questo incremento, oltre alla maggiore esposizione a fattori di rischio ed all'accresciuta ospedalizzazione degli aborti – che include sempre più spesso anche quelli che in passato restavano nell'ambito delle cure ambulatoriali o a domicilio –, occorre ricordare

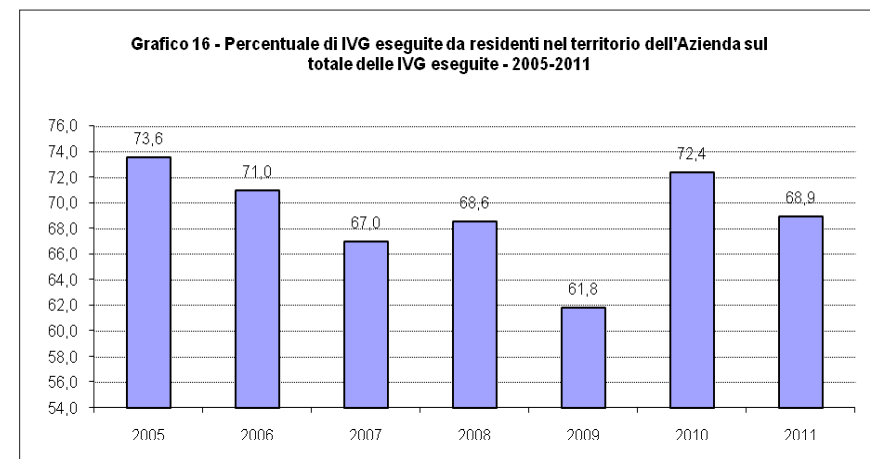
l'aumento del ricorso all'aborto volontario provocato illegalmente, nascosto nell'ambito della abortività spontanea rilevata. Studi pregressi hanno mostrato – almeno prima della legge del 1978 sulla legalizzazione

dell'aborto volontario in Italia – la presenza di aborti spontanei che mascheravano aborti provocati.(...) certamente ci sono ricoveri di aborti spontanei dovuti a questa pratica, come riferiscono anche alcuni ginecologi in base alla loro esperienza. (Bonarini 2013a)

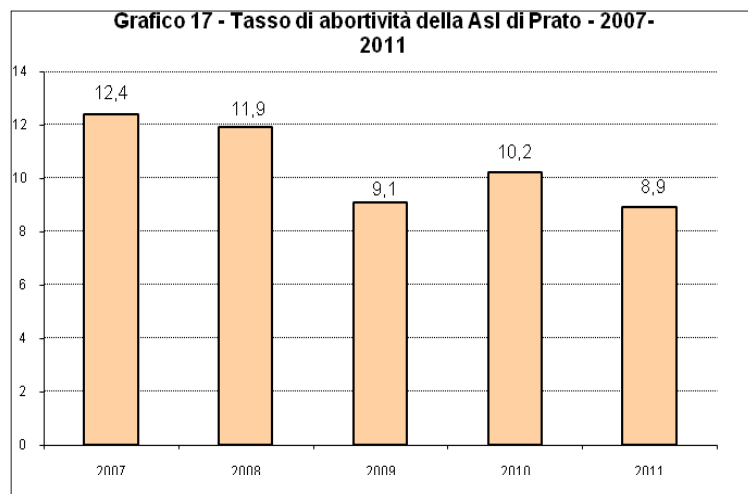
Per quanto riguarda il contesto locale, i dati dei *Profili di salute* annuali mostrano un incremento tendenziale delle IVG, in particolare nel 2010 e nel 2011, come si può notare dalla tabella sottostante.



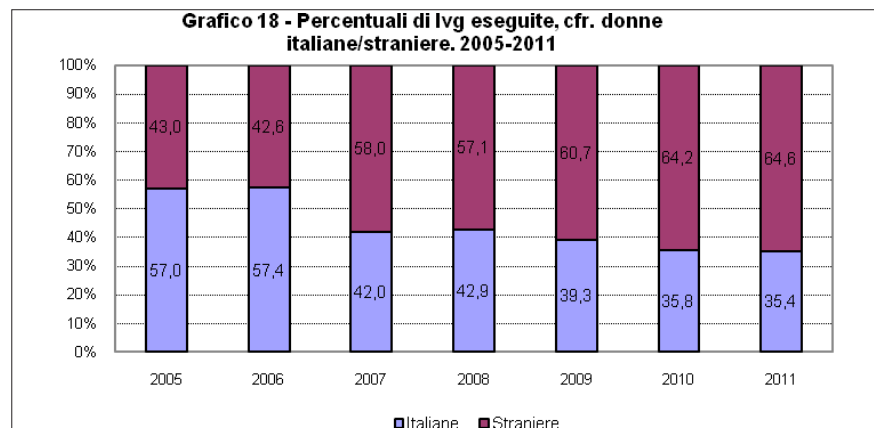
Nello stesso periodo si è peraltro registrato un lieve decremento della percentuale di residenti che si sottopongono a IVG a Prato.



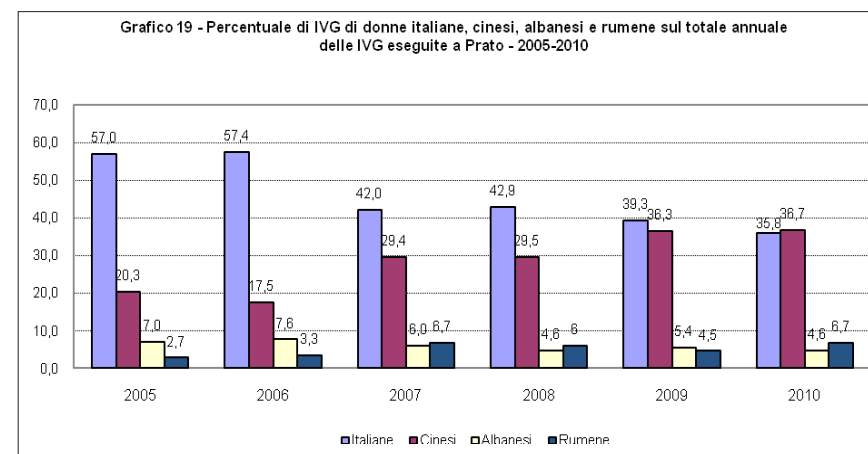
A dispetto della crescita delle IVG in valore assoluto, nel periodo considerato il tasso di abortività ha seguito un *trend* declinante (con la sola eccezione del 2010). Tale riduzione è ancora più significativa se ci si limita a prendere in considerazione le sole donne residenti (nel 2009, ad esempio, il tasso di abortività delle residenti era pari a 7,8 IVG per mille residenti).



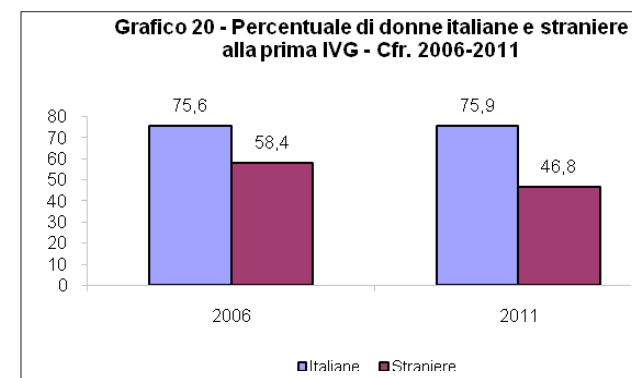
Il dato più significativo è senza dubbio quello che riguarda l'incremento notevole dell'incidenza percentuale delle IVG effettuate da donne straniere. Queste ultime hanno abortito in maggior misura delle italiane a partire dal 2007, e negli ultimi due anni considerati (2010 e 2011) due IVG su tre risultano essere state effettuate da donne straniere.



La crescita è stata elevata soprattutto tra le donne cinesi, passate da un'incidenza percentuale sul totale delle IVG pari a circa il 20% nel 2005 ad oltre il 35% del 2010. Più costante è invece l'andamento per le donne albanesi e rumene, come segnala il grafico sottostante.



Un altro aspetto importante da sottolineare è il maggiore ricorso da parte delle donne straniere a IVG ripetute. La percentuale di donne straniere che hanno effettuato un'IVG per la prima volta è diminuita in cinque anni di oltre 11 punti, mentre tra le italiane soltanto una donna su quattro ha una precedente esperienza abortiva alle spalle. Il dato, assai significativo e preoccupante, rispecchia un fenomeno che abbiamo già osservato a livello nazionale e che trova riscontro pure a livello regionale: in Toscana la percentuale di donne italiane che ripetono una IVG è pari al 3%, mentre tra le straniere questa percentuale raddoppia (6%, Barsanti 2012: 142).



Per quanto riguarda le caratteristiche socio-anagrafiche, l'età media al momento dell'IVG è abbastanza simile tra italiane e straniere, anche se appena più elevata (di poco più di un anno) per le prime.

Tab. 2 - Età media al momento dell'IVG. Anni 2007, 2008, 2009 e 2011

Età media	2007	2008	2009	2011
Tutte le IVG	29,2	29,9	30,0	30,5
Età media IVG ita	30,2	31,1	30,7	31,5
Età media IVG stra	28,7	28,9	29,7	29,8

Le straniere che si sottopongono all'IVG sono più frequentemente coniugate (circa il 63% nel 2011) rispetto alle italiane (28,8%); il dato delle straniere raggiunge il picco proprio nel 2011 ed è interpretato come un indicatore della propensione delle donne straniere ad utilizzare l'IVG come un vero e proprio metodo di contraccezione (si veda il paragrafo 2.3).

Tab. 3 - Percentuale di donne coniugate sottoposte a IVG

	2006	2010	2011
Tutte le IVG	51,9	49,7	49,1
Italiane	46,1	32,1	28,8
Straniere	59,8	59,6	63,4

Infine, confermando un dato noto anche in questo caso sia a livello regionale che nazionale, le straniere che effettuano l'IVG risultano in possesso prevalentemente di titoli di studio medio-bassi. Il dato, plausibile nel suo significato generale, andrebbe comunque verificato nel dettaglio perché per quanto riguarda gli stranieri la corretta individuazione della variabile 'titolo di studio' è – in genere – abbastanza problematica.

2.2. L'ATTUALE CONFIGURAZIONE DEL CONSULTORIO

2.2.1. L'assetto attuale

A seguito dell'approvazione della Delibera Regionale del 2006, l'intero assetto delle attività consultoriali è stato riconfigurato. Al posto delle quattro sedi principali operanti come ambulatori nei quattro distretti, le attività sono state concentrate nella sede di via Roma (che è diventata consultorio principale) ed in quella di via Clementi (sede secondaria). La configurazione attuale conta su due consultori immigrati (via Roma e via Clementi), sul consultorio giovani (via Clementi, aperto recentemente²⁵), nonché su altre tre sedi secondarie (Poggio a Caiano, Montemurlo e Vaiano) e sulle due cosiddette 'proiezioni' (Vernio e Carmignano).

L'istituzione del consultorio principale ha modificato i percorsi di accesso e la gamma delle prestazioni offerte. Nell'assetto precedente i servizi consultoriali venivano svolti nei nove distretti socio-sanitari. Si trattava di ambulatori ginecologici ai quali l'utenza accedeva in prevalenza per la contraccezione d'urgenza e per ottenere la documentazione necessaria per l'interruzione volontaria di gravidanza, che veniva poi effettuata presso la clinica Villa Fiorita.

Il progetto di ristrutturazione dei servizi consultoriali locali, presentato alla VII Conferenza dei Servizi nel gennaio del 2007, è stato coordinato da un gruppo di lavoro incaricato di attuare le indicazioni regionali. Nel corso della fase pilota è stata individuata un'*équipe* multidisciplinare e sono stati delineati i percorsi ad alta integrazione ospedale-territorio. Il più importante di essi è il percorso nascita (si veda il paragrafo successivo), cui fanno da complemento i percorsi integrati con l'ospedale e con altre unità operative: il percorso assistenziale per la donna con il diabete e quello per la donna con malattie infettive. L'intero processo di riorganizzazione è culminato nella costituzione della Unità Funzionale Consultori, all'interno del Dipartimento Materno Infantile recentemente attivato.

L'accorpamento degli ambulatori, che disponevano di spazi ridotti all'interno dei diversi presidi, ha concentrato le attività nelle sedi di via Roma e di via Clementi. La prima è aperta dalle 7.30 alle 19 e vi sono presenti in genere un'ostetrica, il medico, l'assistente sociale, lo psicologo e le Operatrici Socio Sanitarie (OSS). Nelle sedi secondarie sono presenti due figure (medico e ostetrica), mentre nelle 'proiezioni' una (o il medico o l'ostetrica, insieme ad un'OSS).

Il riassetto è coinciso con la grande crescita degli accessi della popolazione straniera. Secondo i dati aziendali, riferiti anche dagli operatori nel corso delle interviste, attualmente metà delle gravidanze che si concludono con il parto a Prato

25 “Prima del 2009 – ha ricordato un'operatrice – quando a Prato non c'erano i consultori, c'erano questi ambulatori e poi c'era direttamente il terzo livello di consultorio giovane, il neuropsichiatra, non esisteva un luogo di ascolto”.

sono seguite dalla rete consultoriale locale (“circa 1.500”, secondo il responsabile dell’Unità Funzionale). In termini di prestazioni complessive, se si considera che “come minimo ogni donna fa 4/5 accessi per la gravidanza”, il carico di lavoro che ne consegue è notevole. Del percorso gravidanza fanno parte le attività pre-parto (i corsi di preparazione) e quelle post-parto (come i corsi per l’allattamento). A queste attività va aggiunta l’area delle IVG. Sotto quest’ultimo profilo, in assenza di dati locali dettagliati, va registrata a livello regionale una tendenza generale (non contraddetta dagli operatori da noi intervistati) a veder crescere il ruolo dei consultori familiari nel rilascio della certificazione. Tale ruolo è

prevalentemente determinato dal contributo delle donne straniere che ricorrono più frequentemente al consultorio in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. Nel 2009 [a livello regionale], l’autorizzazione è stata rilasciata dal consultorio familiare al 61,4% delle donne straniere PFP, mentre è meno frequente il rilascio da parte del medico di fiducia (24%) o del servizio ostetrico-ginecologico (13%). (Puglia, Casotto, Dubini 2011: 40)

Il tentativo di ridare slancio ai consultori intrapreso con il POMI (si veda il paragrafo 1.1) ed attuato in Toscana con la Delibera del 2006 ha puntato molto sul principio di accessibilità. Secondo il Ministero, con questo termine si

esprime non solo la facilità o meno da parte dell’utente di entrare in contatto con gli operatori del servizio per la risposta alla domanda di salute, ma anche la capacità del servizio di accogliere e prendere in carico in modo completo la persona per tutto il percorso di cura. (Ministero della Salute 2008: 17-18)

I due aspetti sui quali si punta per tradurre in termini concreti questo principio sono la gratuità delle prestazioni e l’accesso diretto (sia per i cittadini italiani che per gli stranieri). I consultori sono pertanto

concepiti come servizi “a bassa soglia”, cioè visibili e facilmente accessibili particolarmente da quei gruppi di popolazione a rischio. (Ministero della Salute 2008: 17)

Con l’espressione ‘accesso diretto’ s’intende che l’utenza può rivolgersi al consultorio senza passare dal medico di medicina generale (“diretto vuol dire senza ricetta medica”, ha sottolineato il responsabile dell’Unità Funzionale). Nel contesto pratese nella maggior parte dei casi quando la donna accede al servizio le viene fissato un appuntamento, aspetto che in alcuni casi si presenta come problematico

(“spesso saltano gli appuntamenti, le chiamiamo a casa per chiedere perché non sono venute”). In situazioni particolari o per urgenze – nei limiti delle possibilità operative del servizio – le utenti sono visitate o ricevono una consulenza entro lo stesso giorno in cui si sono presentate. Uno dei medici di medicina generale intervistati ha comunque segnalato un aspetto critico, riguardante gli accessi relativi a problemi ginecologici non legati a nascite e IVG:

Per quanto riguarda il discorso dell’accesso e dell’uscita questo è sicuramente perfettibile: i tempi di prenotazione, la modalità. Teoricamente il consultorio è ad accesso diretto, di fatto per problemi ginecologici si passa attraverso le prenotazioni con richiesta del medico, questo va valutato, potrebbe essere una cosa buona se questo rappresenta un invio, se questo ha un significato burocratico, come spesso succede, questo no.

Con riferimento specifico all’utenza straniera priva dell’iscrizione al servizio sanitario, casistica non infrequente, una delle operatrici incontrate ha sintetizzato la questione dell’accesso diretto/libero come segue:

anche se [alcune utenti straniere] hanno il permesso di soggiorno e vengono da un’altra città, e non hanno assistenza sanitaria, non è che non facciamo la prestazione, anche perché il consultorio è ad accesso diretto; ci sono però delle cose che richiedono la prescrizione medica, come le analisi del sangue, ecografie, quindi facciamo di tutto perché queste signore si forniscano di assistenza sanitaria, perché ne hanno diritto. Tante vengono e non hanno ancora fatto il libretto sanitario, quindi noi invitiamo a farlo”.

Un altro aspetto critico, che può limitare l’effettiva applicazione del principio dell’accesso diretto è la fascia oraria piuttosto ridotta di apertura del *front office* (in via Roma dalle 13 alle 13:30, in via Clementi dalle 8 alle 9, in genere con la presenza di un mediatore e di un’ostetrica). La scelta di organizzare le attività attraverso gli appuntamenti non è priva di conseguenze, ma è giustificata – come afferma una delle ginecologhe incontrate – dalla necessità di tenere in equilibrio *front office* e prestazioni:

la cosa difficile (...) è capire che c’è la necessità da parte del servizio di organizzare la parte di *front office* rispetto a quella che è la parte di attività. Il cittadino vorrebbe che ci fosse tutto *front office* e tutta attività, però noi dobbiamo giocare con delle risorse umane al limite del risicato.

Le dieci utenti intervistate mostrano nel complesso di apprezzare l’attuale configurazione dei servizi in termini di raggiungibilità della sede, orari, modalità

di accoglienza. Il consultorio è considerato facile da raggiungere (su dieci intervistate solo una si è lamentata del fatto di dover prendere due autobus per arrivarci). Gli orari di apertura sono ritenuti adeguati, soprattutto dal punto di vista della conciliazione con gli impegni di lavoro (intervistata cinese: “[gli orari] vanno benissimo, perché la mattina lavoro”) e della disponibilità della mediatrice (un'altra intervistata cinese: “il mercoledì dalle 13 alle 19 c'è la mediatrice, quest'orario va bene”). La riorganizzazione pare anche aver risolto uno degli aspetti critici evidenziati nella precedente indagine, l'inadeguatezza degli spazi. Bagattini e Pedani facevano notare che non sempre gli spazi degli ambulatori nei quali si svolgevano allora i servizi consultoriali erano idonei a garantire la *privacy*:

l'impersonalità talvolta dei luoghi (che nelle nostre note sul campo vengono definiti “asettici”, “simili ad un ospedale”) può contribuire a trasmettere un messaggio di freddezza (...) la commistione di servizi rende difficile capire quale sia la stanza ambulatoriale a cui rivolgersi, si creano code, scontenti, file sbagliate, necessità di essere indirizzate. (Bagattini, Pedani 2010: 47-48)

Nel corso della nostra indagine, al contrario, nessuna delle intervistate ha sollevato critiche o rilievi sotto il profilo dell'adeguatezza degli spazi o del rispetto della *privacy*. Le intervistate hanno inoltre dichiarato che i percorsi da seguire sono apparsi loro molto chiari (intervistata albanese: “ti danno il libretto, ti dicono tutte le visite che devi fare. Fin dall'inizio ho capito tutto, non ho avuto bisogno di chiamare altre volte”). Una intervistata cinese che ha avuto diretta esperienza del precedente assetto organizzativo ha esplicitato i miglioramenti verificatisi nell'organizzazione delle attività:

sì, è stato tutto chiaro, poi ora è meglio perché si fa tutto qua. Prima invece dovevi andare prima all'Asl per prendere gli appuntamenti, poi venire qua per farli timbrare dalla dottoressa. Ora è meglio perché si fa tutto insieme (...) dovevi prendere il tagliandino, farlo timbrare dalla dottoressa e portarlo agli appuntamenti, mentre ora si fa tutto qui.

Nel complesso, nove delle dieci intervistate hanno affermato di non avere nulla da eccepire rispetto ai servizi erogati, e di essersi trovate bene. Soltanto una intervistata cinese adombra qualche criticità, che però è essenzialmente legata alla possibilità di fruire della mediazione: rispondendo alla domanda conclusiva dell'intervista sul livello di gradimento delle prestazioni ricevute, l'intervistata ha affermato che il servizio è soddisfacente (“non c'è male”) ma che tale giudizio dipende esclusivamente dalla possibilità di accedere ai servizi di mediazione linguistica (“solo che quando non c'è la mediatrice è difficile capire gli operatori”).

Le interviste e gli incontri con gli operatori segnalano una novità rilevante rispetto al periodo in cui è stata realizzata l'indagine di Bagattini e Pedani. Negli ultimi anni sembrano cresciuti gli accessi ai servizi consultoriali da parte delle donne italiane. Fino a qualche anno fa il ginecologo privato, o il privato che lavora anche in ospedale, era la figura di riferimento scelta dalla grande maggioranza delle italiane, in particolare dalle donne con titolo di studio elevato (Agenzia Regionale di Sanità Toscana 2005: 11). Le ragioni di tale preferenza erano identificate nella propensione a privilegiare un rapporto diretto con il medico privato, ritenuto più disponibile, “a fronte dei ritmi più serrati del servizio pubblico”, e la “forte medicalizzazione delle italiane, che fanno figli tardi e tendono a riversare su questi, o su questo/a cure e attenzioni anche eccessive” (Bagattini, Pedani 2010: 51). Gli ultimi dati disponibili sull'assistenza alla donna in gravidanza, tratti dal Profilo di Salute 2012 e relativi all'anno 2011, indicano che tra le italiane circa l'82% si rivolge ad un ginecologo privato, mentre una percentuale sostanzialmente identica delle straniere si rivolge al consultorio.

Nonostante il dato citato resti elevato, gli operatori del servizio ritengono che si stia verificando un mutamento significativo. Come ha sostenuto una ginecologa,

negli ultimi dieci anni c'è stato un cambiamento nella conoscenza dei percorsi anche da parte dell'utenza italiana, e non solo da parte di quella straniera. Tante volte ho sentito dire alla donna pratese: ‘anche qui seguite le gravidanze?’; a volte è proprio l'ignoranza di non conoscere un servizio a disposizione per il quale non si deve spendere nulla. Forse questo è avvenuto anche grazie al fatto che la Regione ha investito tanto sul percorso nascita, probabilmente ha influito anche la crisi: tante donne vengono da noi perché non possono più spendere dal privato.

Il percepito ‘ritorno’ delle italiane ha determinato degli effetti peculiari, come ha notato un'altra ginecologa:

Con le donne italiane che erano abituate al medico privato c'è bisogno di un rapporto più stretto, addirittura a volte ci chiedono se lavoriamo anche in ospedale. Poi vengono e scoprono che è un servizio che funziona anche meglio del privato.

Un altro aspetto importante riguarda il rapporto con l'ospedale. L'Unità Funzionale è stata costituita nel 2008, ma – come sottolinea il responsabile dell'U.F.,

in pratica non esiste ancora un dipartimento materno-infantile; esiste nell'ambito ospedaliero un'area materno-infantile che non ha nulla a che

fare con il dipartimento che è trasversale, che dovrebbe unire sia l'ospedale che il territorio ma il dipartimento ancora non c'è.

Il servizio consultoriale segue le donne in gravidanza, ma “le ecografie le fanno in ospedale, non abbiamo le attrezzature per fare certe cose”. Il responsabile dell'U.F. ricorda che “probabilmente con il nuovo ospedale queste attività non si potranno fare più nell'ospedale e probabilmente verranno trasferite completamente sul territorio”. Resta il fatto che le diagnosi prenatali e le amniocentesi (e più in generale tutte le “tecniche invasive”) vengono eseguite all'interno del presidio ospedaliero; analogamente, per le gravidanze ad alto rischio, per il percorso diabete e per il percorso malattie infettive il consultorio richiede la consulenza dell'ospedale; successivamente – a meno che non siano state accertate situazioni critiche – le utenti tornano al consultorio. In linea di massima la ripartizione di attività tra ospedale e consultori è quella classica, per cui al primo spettano gli accertamenti tecnico-diagnostici complessi mentre per i secondi si delinea – come ha sottolineato una operatrice – una “specializzazione nel percorso psicologico, psico-sociale, chi lavora nel consultorio ha una visione di questo tipo”.

I due medici di medicina generale rappresentano due modelli opposti di interazione tra mmg e rete consultoriale. Entrambi sottolineano i problemi di comunicazione tra i servizi aziendali (“come in tutta la sanità pubblica c'è una deficienza di comunicazione che è storica, questo vale per molti medici di medicina generale, vale sicuramente per i consultori”), con una sottolineatura particolarmente polemica da parte di uno dei due:

questo è un problema assolutamente comune nel rapporto tra la struttura pubblica e il medico di medicina generale, non esiste alcun tipo di ricerca, né di contatto. Le faccio un esempio banale: nei miei 35 anni di esperienza... (...) l'ospedale o la struttura pubblica mi avranno chiamato 10 volte. Questa è una cosa che dico io, ma che credo dicano tutti, anche i miei colleghi (...) La mancanza di rapporti tra la struttura pubblica, che sia il consultorio: mi chiami, stai vedendo una mia paziente, non ne so niente, ha un problema? Parliamone insieme. Io so chi è costei o costui, perché magari è 20 anni che li seguo, te (consultorio) non ne sai assolutamente nulla. Questo manca sempre, pur avendo tutti i nostri numeri e i cellulari dell'azienda; loro potrebbero cercarmi ma non mi cerca mai nessuno, ognuno ha il suo orticello e se lo coltiva.

Il primo dei due medici di medicina generale intervistati ha definito il rapporto con i consultori “importante” e “proficuo”: “per quanto perfettibile sul piano degli strumenti [il riferimento è alla mancanza dell'ecografo, n.d.a.] “nella maggior parte delle situazioni il rapporto con il consultorio non è peggiore rispetto al rapporto

con un ginecologo privato, anzi, per me è di buona qualità”. Il secondo rappresenta per certi versi un caso estremo, perché ha dichiarato di non avere alcun tipo di rapporto con i consultori e nessuna conoscenza delle norme che li regolano:

Io non ho nessun tipo di rapporto con i consultori, per me se non esistessero sarebbe la stessa cosa. (...) Posso essere cattivo, ma non ho la sensazione che questi ci siano: dov'è che intervengono nel mio lavoro quotidiano? Non li ho visti (...) con me non hanno nessun contatto; con la popolazione che io vedo – poi può darsi che ci siano rapporti con altre realtà, ma che non è la mia realtà – ma io non ho alcun tipo di rapporti con i consultori.

Da parte degli operatori queste considerazioni vengono ridimensionate (“siamo in rapporti con tutti: con l'ospedale i rapporti possono essere difficoltosi per avere le informazioni, ma questo solo perché tutti si lavora a ritmi importanti”), evidenziando in modo particolare l'esistenza di una fitta rete di rapporti con numerosi soggetti attivi sul territorio – associazioni, fondazioni, scuole. Permane comunque il rischio, al di là degli sforzi dell'*équipe* consultoriale, che le attività del servizio siano prevalentemente orientate alla medicalizzazione, come già evidenziavano Bagattini e Pedani (2010: 53). Questo rischio è stato evidenziato in particolare da uno dei due medici di medicina generale (quello che peraltro ha fornito la valutazione più positiva dei servizi consultoriali):

quando parliamo di territorio - ed io un consultorio lo colloco nel territorio -, troppo spesso viene applicata una logica che è dell'ospedale, il consultorio non è l'ospedale, le logiche del territorio meritano una riflessione, una valutazione di strumenti che siano propri del territorio ed invece non è così. (...) laddove viene trattato un problema c'è la presa in carico del problema che merita un atteggiamento diverso, c'è l'attenzione a che il problema venga valutato, trattato e completato nell'ambito della sede, questa è la logica del territorio. Se nel territorio non facciamo questo ma eroghiamo delle prestazioni, la prestazione è un evento, ma se non abbiamo presente tutto il percorso non possiamo lavorare. Con il consultorio noi dovremmo poter lavorare per percorsi assistenziali collegati con tutti coloro che sono coinvolti sul territorio.

2.2.2. Il Percorso Nascita

Al momento della consegna del libretto di gravidanza vengono fissati tutti gli appuntamenti per le visite, le ecografie, il tampone e il *Pap test*. Dalla consegna del libretto scaturisce quindi il cronoprogramma da seguire nei mesi della gravidanza.

In parallelo a esami e visite sono realizzati i corsi di accompagnamento, che si svolgono in una piccola palestra e che sono accompagnati da incontri mensili con i futuri genitori. L'iter descritto non cambia nelle diverse sedi, con la sola eccezione delle 'proiezioni', nelle quali ci si limita a seguire la parte ginecologica attraverso il lavoro di un'OSS e di un medico.

L'ecografia diagnostica viene realizzata in ospedale. Da qualche tempo anche la sede di via Roma dispone di un ecografo, acquistato dalla Fondazione AMI grazie ad una donazione della comunità cinese (100.000 euro, parte dei quali sono stati destinati all'acquisto dell'ecografo)²⁶. Quella di via Roma è una strumentazione che viene utilizzata a supporto e come accompagnamento delle visite, mentre l'ecografia diagnostica continua ad essere eseguita presso l'ospedale. Il responsabile dell'Unità Funzionale chiarisce l'importanza di questa novità:

Da tre anni abbiamo anche l'ecografo nel consultorio, che ha voluto significare anche una completezza della visita. Non si fa la diagnosi dal punto di vista ecografico, però controlliamo al bisogno quei parametri che rendono anche più sicura sia l'attività del medico che la stessa paziente. Si utilizza soprattutto per l'IVG e per le spirali. Noi facciamo quella che si chiama *Eco Office*, cioè un accompagnamento alla visita che non ha bisogno di refertazione. Se c'è qualcosa che non torna, ovviamente mandiamo la donna in ospedale. (...) è uno strumento che aiuta molto sia dal punto di vista medico-professionale che dal punto di vista della percezione della donna, è molto ben accettato.

Lo snodo essenziale del Percorso Nascita è la consegna del libretto di gravidanza, che secondo la Delibera 259/2006 dev'essere assicurata dal personale delle strutture consultoriali, con la precisazione che "eventuali eccezioni devono essere motivate dall'Azienda" (Regione Toscana 2006: Allegato A). La donna che deve ritirare il libretto non passa dal CUP (Centro Unico di Prenotazioni), ma telefona direttamente al consultorio, come spiega una delle operatrici del servizio:

Le donne telefonano per prendere il protocollo di gravidanza, che non viene più dato come un semplice libretto; il protocollo di gravidanza viene dato dall'ostetrica, che non si limita a dare il protocollo, ma fa tutto un percorso di educazione sanitaria, sugli stili di vita; se la donna si fa seguire dal consultorio, le vengono dati tutti gli appuntamenti per fare il prelievo (...) l'appuntamento per le quattro visite minime garantite, l'ecografia, il tampone (...). Per le donne che non si fanno seguire viene

26 Si veda "Dalla comunità cinese 100mila euro alla Fondazione Ami: sarà acquistato un ecografo ostetrico-ginecologico", *Notizie di Prato*, 31 gennaio 2012, <http://www.notiziediprato.it/2012/01/dalla-comunita-cinese-100mila-euro-alla-fondazione-ami-sara-acquistato-un-ecografo-ostetrico-ginecologico/>.

dato l'appuntamento per l'ecografia.

La consegna del libretto è stata concepita dalla Regione Toscana con tre finalità (Puglia 2009): standardizzare a livello regionale i servizi di assistenza alle donne in gravidanza, uniformare e razionalizzare le procedure diagnostiche e comunicative tra le varie figure professionali coinvolte nell'accompagnamento della gravidanza (ginecologo, ostetrica, medico di medicina generale), favorire nella donna la consapevolezza dei tempi e dei motivi delle prescrizioni sanitarie. Come ha sostenuto una delle operatrici incontrate, "dare il protocollo non è qualcosa soltanto di burocratico".

La centralità di questo passaggio non deriva soltanto dal fatto che oltre all'anamnesi "si vede a che settimana di gravidanza [la donna] si trova" e si prenotano visite ed ecografie; la consegna del libretto rappresenta un vero e proprio momento di 'aggancio' della donna al servizio, un 'aggancio' che appare molto utile in particolare nei casi (come sono spesso quelli riguardanti alcuni profili di utenti straniere) nei quali l'interazione con il servizio e l'accompagnamento appropriato della gravidanza non sono affatto scontati dall'inizio.

I libretti, prenotati sia in via Roma che a San Paolo, sono consegnati in numero di sei al giorno, "se poi – ha precisato la mediatrice – ci sono casi urgenti ne accettiamo anche di più, ad esempio se la donna arriva in fase molto avanzata, o si dichiara con dolori o patologie particolari". E' significativo il fatto che entrambi i medici di medicina generale intervistati riconoscano l'importanza della scelta di uniformare le procedure di rilascio del libretto. Il medico di medicina generale fortemente critico verso i consultori considera la consegna del libretto come il solo momento di contatto significativo delle sue pazienti con il servizio (è "l'unica cosa che riconosco come organizzazione"); l'altro medico di famiglia intervistato sottolinea i miglioramenti della procedura di consegna derivanti dal nuovo assetto dei servizi consultoriali:

rispetto a due anni fa adesso c'è una maggiore omogeneità di comportamento. Mentre prima a seconda dell'ostetrica l'informazione poteva essere più o meno ricca, attualmente la qualità della prima informazione è migliore ed è molto più omogenea.

Il Percorso Nascita non si conclude con il parto, perché comprende anche il corso *post-partum* per l'allattamento e lo svolgimento di una visita. Questo tipo di attività rappresentava secondo Bagattini e Pedani un elemento critico nell'offerta di servizi di qualche anno fa, dato che – sottolineavano le due ricercatrici – molte operatrici dei distretti si rammaricavano di non poter seguire le utenti "con continuità" anche dopo il parto "per mancanza di tempo" (Bagattini, Pedani 2010: 52). In effetti attualmente il Percorso Nascita ha pienamente integrato al suo interno la fase

post-partum. Ciò nonostante, per quanto riguarda le donne straniere permangono alcune difficoltà o resistenze a seguire l'intero percorso nel modo appropriato (se ne parlerà nel paragrafo 2.3.1).

2.2.3 Il Percorso IVG

Secondo i dati dell'ultimo Profilo di Salute pubblicato (2012, dati relativi al 2011), il consultorio pratese ha rilasciato oltre la metà (53% circa) delle certificazioni riguardanti le IVG. La percentuale è più elevata tra le donne straniere (56,9%) rispetto a quelle italiane (47,4%); il 38,1% delle prime ed il 42,6% delle seconde hanno richiesto la certificazione al proprio medico di fiducia.

Il percorso IVG è articolato nel modo sinteticamente descritto da una operatrice del servizio:

quando la donna arriva, si fa compilare una scheda con cui si indaga sia l'anamnesi che la motivazione, dopo di che il medico la valuta dal punto di vista medico: entro 48 ore si dà l'appuntamento, poi se la donna persiste nella sua decisione e non vuole parlare con l'assistente sociale e lo psicologo, si fa l'attestazione di gravidanza con la quale può recarsi in tutti gli ospedali.

Se la proposta di colloquio è accettata, l'incontro si svolge in ambulatorio, alla presenza dell'ostetrica, del ginecologo e – se necessario – del mediatore. Il colloquio ha – come ricordano due diverse operatrici – finalità ben precise e delimitate:

quando vengono a chiedere l'IVG, la prima cosa che si cerca di indagare è la motivazione, senza fare il terzo grado, se economica, abitativa, o altro. Poi noi si propone l'assistente sociale, noi possiamo offrire un ventaglio di possibilità, però poi dobbiamo rispettare la volontà della donna.

si garantisce un supporto psicologico, dell'assistente sociale, non si fa subito il certificato e basta, si fa un colloquio, si prospettano quali sono le conseguenze. (...) prima di fare il certificato si fa un discorso sulle possibili alternative, poi la donna decide.

Nel paragrafo 1.3 si è osservato che un elemento di particolare problematicità è rappresentato dal maggior ricorso all'IVG – ed in particolare ad IVG ripetute – da parte delle donne straniere, tra le quali in alcuni casi la pratica abortiva è considerata – secondo alcuni operatori – alla stregua di un mezzo di contraccezione

(“anche perché – ha segnalato uno dei partecipanti all'incontro con gli operatori del servizio – arrivano prevalentemente donne coniugate, quindi è considerato proprio un contraccettivo”). Per ovviare a questo problema il consultorio ha aderito ad un progetto dell'Istituto Superiore di Sanità che è poi stato trasformato in una prassi ordinaria del servizio attraverso una sperimentazione condotta dal Tavolo tecnico della Società della Salute. Gli incontri post-IVG erano suggeriti già da qualche tempo da parte del Ministero come un indicatore importante delle pratiche di prevenzione, come affermato esplicitamente dal documento ufficiale più volte citato:

è interessante conoscere quante donne che hanno richiesto il documento/certificato presso il CF ritornano al CF per la visita post-IVG e per il *counseling* sulla procreazione responsabile, così come può essere interessante conoscere quante donne che hanno effettuato l'IVG sono state inviate dal servizio che ha effettuato l'intervento al CF per la visita post-IVG e per il *counseling* sulla procreazione responsabile. (Ministero della Salute 2008: 10)

Il responsabile dell'Unità Funzionale in proposito ha ricordato:

abbiamo aderito al progetto regionale dell'Istituto Superiore di Sanità, ma che continua con l'attività nostra. Alla donna che si presenta per la seconda interruzione di gravidanza si propone l'inserimento della spirale nel momento in cui effettua l'interruzione. Poi c'è un ulteriore controllo al consultorio.

Il punto nodale risiede nello stabilire un contatto con le utenti in un momento assai delicato della loro vita per proporre un approccio diverso nei confronti della contraccezione (ginecologa: “noi si cerca in tutti i modo di riagganciarle”). Al momento non pare esservi ancora stata un'inversione di tendenza, come si è visto dalle cifre e come ritiene una parte degli stessi operatori (“non so dai numeri – ha detto un'operatrice –, però secondo me sull'IVG non c'è un miglioramento”). Resta il fatto che appare indispensabile affrontare il punto ritenuto più debole, vale a dire la contraccezione post-parto e post-IVG. Come ha sottolineato una delle ginecologhe del servizio,

quando vengono per l'IVG, diamo già l'appuntamento post IVG per parlare di contraccezione. Spesso il punto debole è proprio la contraccezione post parto: le pakistane non vengono dopo il parto, le cinesi sì, ma se parli di contraccezione meccanica, ormonale, spesso ti dicono di no. Se non vengono al controllo post parto, noi le ritroviamo dopo per l'IVG. Diamo

l'appuntamento post IVG per parlare di contraccezione.

Un'altra operatrice ha descritto come segue l'importanza di questa strategia:

se noi facciamo un'offerta attiva contraccettiva, valida e condivisa con la paziente, la paziente si fidelizza alla contraccezione che sarà diversa per le varie etnie. Questo a noi ci preme non solo per il progetto regionale che ci ha sollecitato e ci ha dato anche delle risorse, degli strumenti; le risorse sono le spirali che ci hanno acquistato, che noi proponiamo di mettere dopo un'interruzione di gravidanza o dopo un certo periodo, di programmarle anche dopo il parto - anche gratis - quando le persone non possono permetterselo. Sicuramente dopo la seconda IVG noi la proponiamo e il progetto ci ha dato questa opportunità.

Va sottolineato il fatto che gli operatori sono apparsi tutti molto determinati nel difendere il significato complessivo dell'intero percorso IVG, che ai loro occhi non può essere ridotto ad un passaggio burocratico. Come ha evidenziato una ginecologa, "c'è tutto un percorso tra noi e l'ospedale, non è soltanto il fatto di fare un certificato e basta..."

2.3. I SERVIZI CONSULTORIALI E L'UTENZA STRANIERA

2.3.1. L'utenza straniera: una pluralità di percorsi

Come si è già sottolineato, i dati mostrano che il consultorio è utilizzato prevalentemente dalle donne straniere: secondo dati del 2009, lo utilizzano due donne straniere su tre, a fronte di una percentuale dell'11,8% tra le italiane, tra le quali tre su quattro optano per il ginecologo privato (una percentuale più ridotta ma non trascurabile non è seguita da alcun servizio o professionista).

L'utenza straniera non segue comunque modelli di accesso uniformi. La scelta del consultorio è più frequente tra le donne cinesi (quasi l'86% di esse opta per i servizi consultoriali), mentre metà delle donne polacche si fa seguire dal ginecologo privato (Puglia Casotto, Dubini 2011: 50-51). Come hanno ricordato Puglia, Casotto e Dubini (2011: 51),

in generale le donne straniere sembrano seguire prevalentemente un modello di assistenza dell'ostetrica (*midwife-led model*), il quale trova il suo fondamento nel concetto che la gravidanza e la nascita sono eventi fisiologici basati sulla naturale capacità della donna di vivere l'esperienza della nascita, accompagnata dalla quantità minima di interventi necessari.

Si è anche già ricordato che il consultorio è il servizio preferito dalle donne straniere perché si tratta di un servizio a bassa soglia di accesso. Si tratta di una caratteristica che agli occhi dell'opinione pubblica e degli operatori sanitari ne connota fortemente le attività, come ricorda uno dei medici di medicina generale intervistati: "quello che potrebbe essere un luogo di consulenza per le giovani diventa un luogo di pregiudizi". Questa connotazione, secondo una ginecologa, incide anche

sulle donne italiane, questo perché in passato c'era la percezione che il consultorio fosse prevalentemente 'il consultorio dei cinesi'. Più che altro c'è più da sfatare questo mito.

In realtà non è del tutto vero che questo 'mito' sia stato sfatato. Uno dei due medici di famiglia intervistati sottolinea che il nodo delle IVG, dal suo punto di osservazione, pare "ormai un problema relegato ad alcune categorie di popolazione [le donne straniere, n.d.a.], ed è diventato qualcosa di relativamente raro. Rispetto al passato io credo che se in un anno ho una richiesta di IVG...". La persistenza del 'mito' del 'consultorio delle cinesi' è rivelata anche dalle parole dell'altro medico di medicina generale intervistato, che dichiara esplicitamente di non avere rapporti con il consultorio perché non ha pazienti stranieri tra i suoi assistiti:

Nel mio lavoro non ho molti extracomunitari, quindi questo contatto lo perdo per strada, non ce l'ho. (...) probabilmente è quello, i miei pazienti andranno direttamente lì e non mi riferiscono nulla, ma dal mio punto di vista personale non ho la sensazione nemmeno che esistano. Lo so che questa affermazione sconvolge, forse perché non seguo i miei pazienti in certe situazioni; io non credo che i miei pazienti non siano seguiti da questo punto di vista, di solito me le dicono le cose. In 35 anni non ho mai avuto bisogno del consultorio, a parte qualche visita ginecologica che mi viene richiesta; il rapporto è assolutamente zero.

I percorsi di accesso dell'utenza straniera appaiono articolati e non uniformi anche a livello locale ("c'è da distinguere rispetto alla nazionalità", ha osservato un'operatrice). Rispetto ad alcuni gruppi, come quello delle donne albanesi, si sottolinea la sostanziale assimilazione, per quanto riguarda le modalità di interazione con il servizio, rispetto alle utenti italiane. Secondo una ginecologa, le donne albanesi che si rivolgono al consultorio

sono totalmente integrate, è come se fossero italiane: parlano bene la lingua, vengono da sole, ed hanno le stesse esigenze delle donne italiane.

Se si considerano le fonti dell'invio al consultorio delle dieci donne intervistate, si nota che cinque di esse vi sono giunte attraverso informazioni e contatti tratti dalla rete informale – familiari ed amici –, mentre le altre cinque vi sono arrivate attraverso la rete istituzionale (l'ospedale, il CUP, un altro ufficio aziendale ed in due casi i medici di famiglia). Secondo gli operatori, comunque, soltanto per le donne pakistane si può rintracciare un modello di invio 'ordinario', vale a dire mediato dal medico di famiglia: "i pakistani – ha notato una operatrice – si muovono rispetto alle indicazioni del medico di base, perché sono – tra gli stranieri – la nazionalità che si serve di più dal medico di medicina generale". Pur non avendo ovviamente una valenza statistica, anche la nostra intervista alla donna pakistana conferma questo tipo di percorso, dato che la donna ci ha raccontato di essere venuta a conoscenza del consultorio attraverso il proprio medico di famiglia.

Volendo rintracciare una differenza 'macro' tra donne italiane e straniere per quanto riguarda i percorsi di accesso, essa può essere individuata, secondo gli operatori, nella diversa modalità di approccio alle prestazioni. Secondo una delle intervistate,

le donne italiane chiedono, pretendono; le donne straniere a volte non chiedono neppure, oppure chiedono e noi non si capisce. La cosa che pretendono le straniere è il tempo, più che la qualità del servizio: hanno fretta di tornare a lavorare. Le italiane chiedono di più, chiedono di essere rassicurate.

Questa riflessione vale in modo particolare per le donne cinesi ("ci sono anche donne che, in gravidanza, lavorano 14 ore, quindi saltano molte visite perché non possono staccare dal lavoro"). Date la peculiarità e la complessità dei profili di accesso al servizio delle utenti cinesi vale peraltro la pena rinviare la riflessione ad uno spazio di approfondimento specifico (si veda il paragrafo successivo).

Il gruppo più problematico di utenti straniere è quello delle donne nigeriane ed ivoriane. Per quanto si tratti di una categoria di utenza quantitativamente non molto ampia, le interazioni con le donne appartenenti a questi gruppi nazionali sono spesso contrassegnate dalla sovrapposizione di numerose criticità. Il loro profilo di accesso è prevalentemente emergenziale e sprovvisto di una rete di supporto, sia essa familiare o assistenziale: "sganciate dal medico di base e dal consultorio, arrivano spesso molto in ritardo" (ostetrica). In sintesi, come afferma una ginecologa,

le nigeriane sono le donne che ci danno più problemi: sono molto più

chiuse, spesso vengono per questioni di emergenza – IVG – e non sono inclini ad usare contraccettivi.

Percorsi caratteristici sono identificati anche nelle modalità di accesso delle donne pakistane. Oltre ad essere il gruppo di utenti straniere con i maggiori contatti con i medici di famiglia, queste donne presentano spesso un modello specifico di evoluzione della gravidanza. Come ha notato un'ostetrica,

molte donne pakistane fanno buona parte della gravidanza in Pakistan, e arrivano da noi a 36-37 settimane, quando devono andare direttamente in ospedale a partorire.

Un'altra caratteristica rilevata dalle operatrici per quanto riguarda questi gruppi di utenti è la dipendenza dai mariti, che costituiscono l'interfaccia di queste donne con i servizi consultoriali. "Noi – sottolinea l'ostetrica – gli spieghiamo che il protocollo prevede la presenza della donna, ma loro farebbero volentieri a meno di portarle in giro". Secondo una ginecologa,

le pakistane sono molto marito-dipendenti: tutto dipende dal marito, le scelte, gli appuntamenti, nonostante noi gli offriamo la mediatrice.

A causa di questo tipo di dinamiche sono state riferite alcune interazioni problematiche, riguardanti sia il rapporto con gli operatori che quello con la mediatrice:

è capitato ad esempio, quando siamo mancate noi ginecologhe, che si rifiutassero di farsi visitare dai nostri sostituti uomini e andassero via. Ovviamente sono gli uomini a decidere, le donne non hanno voce in capitolo: spesso vengono gli uomini a portare gli esami della moglie. (Ginecologa)

Qualche marito si è rifiutato di essere mediato dall'utente pakistana, poi lei ha un'origine diversa, probabilmente non la vedono di buon occhio. (Ostetrica)

Non sono molto contenti di avere la nostra mediatrice, anche perché non porta il velo, e poi non è musulmana. (Ginecologa)

Sebbene le donne pakistane siano quasi sempre in contatto con il medico di famiglia, il loro percorso nascita si esaurisce con il parto. Come ci è stato ripetutamente sottolineato nelle interviste e nell'incontro con gli operatori, "le pakistane non

vengono dopo il parto”. La stessa donna pakistana intervistata, ha sottolineato di essersi rivolta al consultorio “solo per i servizi per la gravidanza, le visite e gli altri corsi non mi interessano”. La conclusione delle operatrici è che le donne di questo gruppo nazionale “sono impenetrabili”, e che portare avanti una interazione con loro “è molto difficile”, nonostante la presenza della mediatrice.

Al di là delle specificità nazionali, resta – come dato problematico generale – la minore *compliance* delle donne straniere rispetto alle prestazioni offerte dalla rete consultoriale. Si è già detto, nel paragrafo 1.2, dei dati concernenti il minor numero di ecografie ed il maggior numero di prime visite tardive, due caratteristiche che distinguono in misura significativa l’utenza straniera rispetto a quella italiana. Altri due nodi critici sono quelli dei corsi di preparazione al parto e dell’allattamento al seno²⁷ (“ci sono delle grosse differenze tra italiane e straniere per percorsi di accompagnamento alla nascita e sostegno all’allattamento”).

E’ possibile ipotizzare in entrambi i casi che la mancata accettazione/adesione alle proposte avanzate dal servizio dipenda da un intreccio di fattori, intreccio che contempla sia le esigenze e la condizione socio-economica specifica delle donne (la disponibilità di tempo, *in primis*), sia le caratteristiche dei servizi offerti. Da questo punto di vista è di nuovo fondamentale il tema del cosiddetto ‘aggancio’ delle donne al servizio, dato che ogni occasione mancata di contatto – come si è osservato a proposito dell’attività che connette IVG e contraccezione – può tradursi nella perdita di opportunità di prevenzione e informazione (ciò vale per le visite pre-parto e post-parto e per la contraccezione, ma anche per i *Pap-test*²⁸).

27 In base ai risultati della *Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* dell’Istat, realizzata nel 1999-2000 e nel 2004-2005, in Italia negli ultimi anni l’allattamento al seno risulta essere “di gran lunga la pratica più diffusa”. Come segnala Bonurini (2013b) in un recente articolo, “agli inizi degli anni Settanta l’allattamento era poco diffuso (68% dei nati) e in ribasso rispetto al passato. Ma con le generazioni di nati nella seconda metà degli anni Settanta la percentuale di bambini allattati (indipendentemente dalla durata dell’allattamento) è cresciuta progressivamente fino a raggiungere l’81% tra i nati negli anni di fine Novecento”. La durata media dell’allattamento è cresciuta da 5 mesi dei primi anni settanta fino a 7,5 mesi negli anni più recenti; la durata dell’allattamento in media è passata da 6,2 mesi nel 2000 a 7,3 nel 2005, con un incremento medio di oltre 1 mese nell’arco di 5 anni. “Nel giro di qualche decennio – evidenzia Bonarini – le abitudini delle donne italiane si sono modificate verso un utilizzo più diffuso e intensivo dell’allattamento al seno superando l’obiettivo fissato dall’OMS che prevedeva per l’inizio dell’attuale millennio una diffusione dell’allattamento estesa ad almeno il 75% dei nati e una durata di almeno sei mesi per il 50% dei nati”.

28 “Un altro momento fondamentale per la riduzione dell’IVG – ha osservato

Non mancano peraltro esempi significativi di interazioni ‘virtuose’, che mostrano come – ove gli sforzi siano calibrati in modo da tenere conto delle esigenze di categorie di utenza specifiche –, la risposta positiva non tardi ad arrivare. E’ il caso del progetto ‘Fiocchi colorati’, avviato a Prato ed in altre due aziende della Toscana nel 2010 su iniziativa dell’Istituto Superiore di Sanità. Il progetto prevedeva la partecipazione delle donne straniere a tre incontri di accompagnamento alla nascita, con la partecipazione di un’ostetrica e di una ginecologa. Anche se il finanziamento è esaurito ed il progetto si è concluso, gli effetti dei contatti che esso ha promosso continuano a farsi sentire. Tali effetti sono incisivamente sintetizzati dalle parole di una operatrice:

anche se questo corso è finito, ha dato una eco soprattutto nella comunità cinese, che ha una forte comunicazione circolare, quindi funziona molto il passaparola. Tanti anni fa abbiamo provato ad avere degli approcci per quanto riguarda momenti diversi dal solo accesso per la visita medica, ma abbiamo sempre avuto difficoltà; questo progetto, invece, era proprio per offrire un qualcosa non solo sullo stile di vita della mamma, ma anche sul bambino, quindi sulla famiglia. Avevamo tante pretese, che in grossa parte sono state soddisfatte: c’è stata una grossa adesione, famiglie intere sono venute a questi corsi. Poi quando sono finiti, puntualmente le donne cinesi tornano spontaneamente, o per sentito dire, come tornano le donne italiane. Ci riconoscono, riconoscono che noi siamo in grado di dargli una qualche forma di sostegno. (...) Più che l’aumento dell’utenza che accedeva, l’importante era il fatto che non accedeva più soltanto per la prestazione e basta, si educava, quindi *l’empowerment* che volevamo c’è stato. Le donne sono state capaci di utilizzare le nostre attivazioni per fare un buon percorso, e poi per essere a loro volta comunicatrici di buone pratiche di salute. Questo è importante, perché la comunità cinese ha una forte comunicazione interna.

2.3.2. L’utenza cinese

L’indagine regionale sull’accesso dei migranti ai servizi ha smentito il luogo comune che i cittadini cinesi, in fatto di salute, tendano “a fare da sé”. Secondo tale indagine, assumendo come riferimento i dati del 2009, il rapporto tra numero di accessi e numero di cinesi residenti nella Asl 4 di Prato era di 125 a 100 (Santomauro, Pieri 2012: 56). La nostra ricerca conferma questo dato: le

una ginecologa – dovrebbe essere il momento del *Pap test*. Quando fa il *Pap test* della prevenzione, è il momento in cui l’ostetrica può parlare di contraccezione. Ma quante donne straniere si presentano a queste visite?”.

donne cinesi accedono al servizio in misura massiva, anche se lo fanno con alcune peculiarità. Questo paragrafo intende evidenziare le specificità del profilo di accesso dell'utenza cinese e gli aspetti problematici connessi a tali specificità.

La prima caratteristica distintiva è il percorso di arrivo al servizio. Le donne cinesi accedono al consultorio prevalentemente attraverso la rete informale ("conoscono soprattutto per via del passaparola", ha sottolineato la mediatrice). Lo confermano le cinque donne cinesi da noi intervistate: quattro di esse hanno dichiarato di avere saputo dell'esistenza del consultorio attraverso la rete amicale e parentale (familiari o amici che hanno già avuto bambini o che conoscevano già il consultorio). Soltanto la ragazza cinese nata in Italia è arrivata ai servizi consultoriali venendovi inviata da un altro ufficio aziendale. Come ha sintetizzato un'operatrice,

le cinesi si muovono molto grazie al passaparola interno alla comunità, proprio l'altro giorno ci ha chiamato una cinese che chiamava per un'amica di Lecce e voleva sapere come fare a prendere il libretto (...). Si informano tra di loro su come funziona il protocollo gravidanza e l'IVG, e si spostano anche in base a questo. Abbiamo avuto una signora con problema di violenza subita da parte del compagno, e lei – tramite passaparola di amici – è arrivata a Prato da Milano.

Secondo tutte le fonti disponibili le donne cinesi dispongono raramente – o comunque ne fanno scarso uso – del medico di medicina generale. Si tratta di un aspetto che influenza significativamente i profili di accesso. Secondo una ginecologa, "dal medico di medicina generale non ci vanno mai, non lo conoscono nemmeno", mentre la mediatrice è stata addirittura più netta: "la comunità cinese non conosce il proprio medico di famiglia". La conferma viene dalle parole di uno dei medici di medicina generale intervistati:

ne ho qualcuno, ma abbastanza pochi, e poi non sono frequentatori degli studi medici, i miei almeno. Vedrò un cinese una volta ogni 4-5 mesi. O stanno bene o si rivolgono ad un'altra struttura, questa è una domanda che mi sono posto tante volte.

I dati del paragrafo 1.2, le interviste e gli incontri con gli operatori confermano che le donne cinesi in gravidanza ricorrono meno frequentemente alle prestazioni raccomandate ed eseguono meno esami, come è ampiamente noto anche a livello regionale²⁹. In generale, pare essere meno diffusa la cultura della prevenzione, dato che – come ricorda un'altra ginecologa – "le cinesi non le vediamo per le

29 Secondo dati risalenti al 2009, in Toscana le donne cinesi in gravidanza eseguono mediamente 2,7 ecografie e 3,7 visite. Il 35,5% effettua la prima visita dopo i tre mesi di gravidanza e il 43,8% effettua meno di tre ecografie. Si veda Puglia, Casotto, Dubini 2011: 51.

visite di controllo, mentre questo dovrebbe essere un momento di aggancio". Una ginecologa ha sottolineato che le utenti cinesi in caso di problemi

si farebbero tagliare tutto, vorrebbero intervenire subito. Noi si dice che si controlla, loro rispondono 'no, via tutto'. Vanno via insoddisfatte, perché non capiscono quello che si propone, nei momenti in cui si propone.

Un aspetto importante dell'interazione con il servizio è l'incomprensione dello strumento dell'appuntamento. "Le cinesi – ha sottolineato una ginecologa – sono molto pragmatiche e veloci". Anche in questo caso si tratta di un aspetto già noto a livello regionale, dove lo scarso gradimento degli appuntamenti emerge come dato rilevante dai *focus group* condotti con operatori ed utenti migranti nel 2009 in tutte le Asl regionali (Capitani 2012: 177). L'abitudine all'accesso diretto, senza il rinvio ad un appuntamento, è probabilmente riconducibile ad un modello di interazione con i servizi 'importato'. Come ha sottolineato la mediatrice,

'pretendono' abbastanza, in Cina funziona in un'altra maniera: pagando tutto, si riceve il servizio molto più velocemente. Arrivi il giorno stesso, e anche se c'è la fila ti fanno aspettare e ti fanno la visita e magari anche un'ecografia. Questa cosa che tutto va fatto su appuntamento non riescono a concepirlo.

La recente indagine della Banca Mondiale e del Consiglio di Stato cinese conferma che l'organizzazione del sistema sanitario in Cina incentiva i fornitori di servizi a massimizzare la resa delle prestazioni. Si stima che tra un terzo e la metà dei ricoveri ospedalieri siano "non necessari", e che la media dei giorni di ricovero in ospedale sia doppia rispetto alla media dei Paesi Ocse (The World Bank 2010: 301). Ne consegue che la prestazione, essendo *market-oriented*, è generalmente rapida e basata sullo scambio tempo/cash. Ciò spiega anche perché la gratuità delle prestazioni offerte dal consultorio risulta essere assai gradita alle utenti cinesi (la mediatrice: "spesso chiedono se è un servizio a pagamento, e il fatto che sia gratuito viene preso molto bene da parte loro").

Le operatrici segnalano anche il problema della scarsa partecipazione ai corsi post-parto, ed in particolare ai corsi che promuovono l'allattamento al seno (GINECOLOGA: "non allattano. Quando faccio corsi post parto non ne trovo"). Questo aspetto si presenta particolarmente complesso e richiede – come si è osservato alla fine del paragrafo precedente – la messa in opera di dispositivi d'interazione che tengano conto di alcune specificità. C'è, innanzitutto, il problema lavorativo: come ha ricordato un'operatrice del consultorio,

non allattano in Italia, perché quando chiediamo se hanno allattato il primo figlio che hanno avuto in Cina, ci dicono che lo hanno allattato per due anni. Vuol dire che è un discorso di qui, vogliono essere libere per lavorare.

Ma c'è anche un altro importante elemento, come sottolinea un'altra operatrice:

lo allattano per un mese e mezzo, dopo i 45 giorni smettono per andare a lavorare, poi molte il bambino lo mandano in Cina. Ora è capitato che molte vanno a partorire in Cina, lasciano il bambino lì e tornano qui senza bambino.

I '45 giorni' fanno riferimento ad una pratica denominata *Zuò yuè zi* (坐月子) – letteralmente significa “stare sedute per un mese”, o “*sitting the month*”, che consiste in un periodo di inattività ispirato ai principi della medicina tradizionale. Il ciclo lunare successivo al parto viene infatti utilizzato, secondo questi principi, per ristabilire l'equilibrio all'interno dell'organismo della donna: ne consegue che le puerpere non escono da casa, non toccano acqua fredda e mangiano cibi caldi ed energetici (pollo, uova) per recuperare le energie disperse dalla gravidanza e dal parto. Secondo una operatrice, rispetto alle prestazioni offerte dal consultorio questa pratica pone dei problemi:

Quando abbiamo fatto il percorso di accompagnamento alla nascita per straniere, loro hanno partecipato. Non hanno invece partecipato al corso per l'allattamento, con il mediatore, perché non potevano uscire prima dei famosi 45 giorni. Se noi avevamo fatto una buona opera di convincimento, anche con l'aiuto del mediatore, oppure se qualcuno aveva dei bisogni impellenti, magari veniva, però in poche.

Il progetto di cui si è parlato in precedenza ha quindi cercato di intervenire anche su questo aspetto:

Per l'accompagnamento alla nascita abbiamo provato con il progetto 'Fiocchi colorati', le donne partecipavano anche perché si concentrava in 3 incontri: è stato utile, ci ha fatto cambiare anche tante cose nel reparto di ostetricia, abbiamo capito che preferiscono l'acqua calda dopo il parto perché hanno paura con l'acqua fredda di perdere energia - nei 45 giorni successivi -, devono stare attente, non si possono lavare, portano la fascia perché non possono prendere vento, si proteggono, anche per questo a volte arrivano con il pigiama.

Per quanto riguarda la contraccezione, il servizio registra una certa insofferenza nei confronti di alcune modalità (ginecologa: “se parli di contraccezione meccanica, ormonale, spesso ti dicono di no”). In parte questo orientamento è spiegato con un pregiudizio radicato verso queste forme di contraccezione (mediatrice: “sono molto diffidenti (...) secondo loro può portare effetti collaterali”). Tali contrarietà però non sembrano addebitabili ad aspetti culturalmente specifici (l'obiezione che “la pillola fa ingrassare”, ad esempio, è diffusa anche tra le donne italiane). Torna inoltre la propensione a ricercare risposte rapide:

soprattutto loro non hanno pazienza. Molto spesso le cinesi usano un contraccettivo epidermico che si attacca sulla pelle per una settimana e vale per 3 settimane; invece, la pillolina tutti i giorni... (...) non capiscono perché devono prendere la pillola tutti i giorni se a loro serve 2-3 volte: per fargli capire questo... (Ginecologa)

Il servizio rileva peraltro miglioramenti sensibili rispetto ad alcune pratiche adottate fino a qualche anno fa, quando risultava diffuso l'uso di una spirale particolare:

qualche anno fa (...) venivano dalla Cina con quella spirale col gancio. Tutti i ginecologi erano in crisi, perché nessuno conosceva questa spirale: la mettevano in Cina, ma poi qui la volevano togliere.

[quella spirale] è eterna, quando la donna veniva qui e voleva un figlio doveva essere tolta. Ma dato che non ha un filo per sfilarla, ci vuole un gancio vero e proprio. Ma ora se ne vedono davvero poche.

Occorre anche sottolineare nuovamente la peculiare problematicità dell'elevato numero di IVG³⁰, dato già segnalato nel paragrafo 1.3. Da questo punto di vista appare del tutto evidente la necessità di consolidare la relazione con il consultorio

30 L'Azienda USL di Prato ha preso parte ad un progetto promosso nel 2010 dal Ministero della Salute e coordinato dalla Regione Toscana, attraverso l'Azienda USL 7 di Siena, per la prevenzione delle IVG tra le donne straniere. Tale progetto ha mirato a rafforzare le strategie di prevenzione delle IVG, promuovendo la formazione degli operatori, l'accesso e la fruibilità dei servizi e l'informazione tra le donne straniere. Nell'ambito delle attività previste dal progetto l'Azienda USL di Prato ha promosso una campagna pilota di sensibilizzazione attraverso il coinvolgimento del Consolato Cinese e del locale tempio buddista. Provincia di Prato, Azienda USL 4 e Consolato Cinese hanno promosso la stipula di un protocollo d'intesa “per individuare le modalità e le strategie più idonee per migliorare le competenze, l'integrazione e l'informazione della popolazione cinese, 1. sulla presenza, disponibilità e modalità di accesso ai servizi; 2. sulla promozione della procreazione cosciente e responsabile, e sulla prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza; 3. sulle misure a sostegno della maternità e di prevenzione dell'abbandono dei neonati”.

– ed in particolare la contraccezione – proprio a partire dai momenti critici come l’IVG:

adesso il nostro sforzo è quello, noi vediamo che c’è la possibilità di deviarli, ce ne accorgiamo sempre di più nella fase post partum quando chiediamo alla stessa donna se vuole qualcosa per non avere un’altra gravidanza e quasi tutte se ne vanno con la contraccezione in mano. È molto più difficile se non si ha questo aggancio trovarle in un momento di prevenzione, le ritroviamo nel momento in cui vengono per l’IVG, e a quel punto si chiede se vogliono mettere la spirale. La finestra negativa è quando noi non le intercettiamo o nel dopo parto oppure nella IVG. (Ostetrica)

Va ricordato che ad alimentare la segnalata tendenza ad utilizzare “l’IVG come metodo contraccettivo” concorre la persistenza, in Cina, della politica del figlio unico (mediatrice: “in Cina c’è ancora il controllo delle nascite, il governo stesso promuove l’IVG, quindi per i cinesi è una cosa normale”). Imposta nel 1979 da Hua Guofeng come una delle condizioni essenziali per l’affermazione della politica delle riforme (le cosiddette ‘quattro modernizzazioni’), essa prevede – attraverso un sistema differenziato, anche territorialmente, di premi e penalità – limiti ben determinati al numero di figli che una donna può avere. Per quanto da più parti si levino voci in favore di un suo superamento – stanti da un lato l’effettivo conseguimento dell’obiettivo del rallentamento della crescita demografica e dall’altro i problemi di invecchiamento che questa politica sta cominciando a determinare³¹ – al momento non sono in corso ripensamenti da parte del governo cinese. Soprattutto, la riduzione dei tassi di fecondità appare ormai come una pratica ben interiorizzata, almeno in gran parte delle aree urbane (Livi Bacci 2010; Neodemos 2012).

Detto delle criticità, va segnalato un aspetto rilevante, che riguarda l’utenza cinese ma sul quale si tornerà più in generale nel paragrafo conclusivo. Con il trascorrere del tempo si stanno verificando cambiamenti strutturali nell’approccio al servizio, e non soltanto rispetto a singole prestazioni (come la consegna del libretto di gravidanza, rispetto al quale l’ostetrica ha osservato che “la comunità cinese si sta muovendo abbastanza velocemente, prendendo il libretto di gravidanza prima rispetto ad altre nazionalità”). Ciò che incide maggiormente sul rapporto con il servizio è infatti il mutamento delle caratteristiche delle utenti:

31 La città più grande della Cina (Shanghai) aveva nel 2008 un TFT pari a 0,88 (Livi Bacci 2010). Per effetto della politica del figlio unico Attané (2011) ha parlato di esaurimento del “bonus demografico”: “il rovesciamento della piramide delle età”, conseguente all’allungamento della vita ed alla forte riduzione del numero di figli, avrà secondo Attané effetti notevoli sulle forme di solidarietà intergenerazionale e sui sistemi di assistenza.

è cambiata una variabile importante, la tipologia di donne cinesi. Quando nel 1998 lavoravo qui, a San Paolo arrivavano una cinquantina di persona ammassate, arrivavano sempre dallo Zhejiang, però dalla parte più rurale, persone che non avevano mai visto nemmeno un termometro. Nella prima settimana in cui sostituii un medico facevo ricoveri tutti i giorni, mi dissero: ‘adattati, questa è un’ostetrica di guerra’. C’è stata veramente un’evoluzione, siamo arrivati da vari tentativi che non sono stati facili. La percezione è che questi di oggi siano cinesi diversi, poi ci sono ancora quelle che ti arrivano all’ultimo, le più povere, le operaie. Ma oggi arrivano anche le cinesi ricche con l’I-Phone, con il programma I-mamma, che ti chiedono delucidazioni; bisogna anche mediare le informazioni che loro ricevono dalla rete, rispetto a quelle vere. (Ginecologa)

Ha aggiunto in proposito un’altra operatrice:

Abbiamo notato che non è più il cinese che veniva senza il rispetto delle cose, comincia ad essere più rispettoso, io mi ricordo i primi tempi in via Clementi abbiamo dovuto mettere un cartello in cinese di non sputare a terra, cosa che nell’interno di un presidio vedo che non fanno più.

E’ interessante osservare infine che il mutamento dell’utenza è messo in relazione anche con la percepita riduzione della pressione lavorativa:

tu parli dei primi anni, quando il numero degli assistiti era enorme. Ora abbiamo assistito ad una diminuzione: sei protocolli al giorno li davamo sempre, ora ne diamo anche meno in qualche giorno. È diminuita anche l’attività lavorativa, quindi arrivano anche meno donne che sono stressate perché lavorano 14 ore al giorno. (Ostetrica)

2.3.3. Informazione, comunicazione e mediazione linguistico-culturale

L’indagine più volte citata riguardante il rapporto tra utenti migranti e sistema sanitario toscano considera la mancanza di informazioni e l’opacità nelle comunicazioni tra operatori ed utenti la criticità maggiore del servizio sanitario regionale (Nuti, Maciocco, Barsanti 2012: 214). Il fatto che le informazioni non sono ancora efficacemente diffuse, e che l’accesso risulta tuttora affidato prevalentemente al passaparola (Santomauro, Pieri 2012: 70) è confermato anche dai dati da noi raccolti. Come ha sottolineato un’ostetrica, le carenze informative sono innanzitutto delle utenti:

l'informazione manca alla base. Quando gli stranieri arrivano in Italia e chiedono il permesso di soggiorno, nessuno gli dice come ci si muove all'interno del Servizio sanitario; molti hanno il permesso di soggiorno, ma non l'assistenza sanitaria.

Ma il problema si pone anche per la comunicazione intra-aziendale, come si è già osservato nel paragrafo 2.1 e come esemplificato da un particolare descritto da una ginecologa:

Un problema intrinseco di ogni grande azienda è anche quello della comunicazione interna: questo lo vediamo in certi accessi. Alcuni vanno al CUP e pagano il ticket per la visita di gravidanza.

Gli effetti di queste carenze possono essere gravi, basti ricordare che “in questo modo – ha ricordato la stessa ostetrica – molte donne arrivano tardi a chiedere il protocollo di gravidanza, magari arrivano a 12-13 settimane e alcuni esami non si possono più fare”; oppure che – in materia di IVG – “non conoscono la legislazione (...) la chiedono a qualsiasi epoca di gestazione, il limite che noi abbiamo non lo capiscono”.

E' evidente che in questa situazione la mediazione linguistico-culturale assume una grande importanza. Il servizio è offerto in lingua cinese e urdu, dopo che si è constatato il ridotto utilizzo della mediazione in lingua araba, in precedenza disponibile unitamente alle altre due lingue (secondo il responsabile dell'Unità Funzionale “per le donne marocchine ci sono meno problemi”). I mediatori sono presenti in via Roma nei pomeriggi di martedì, mercoledì e giovedì ed il sabato mattina, mentre in via Clementi il servizio è presente il lunedì mattina, il martedì per due ore ed il mercoledì per cinque ore (in totale si tratta di circa 40 ore). La mediazione è attivata nelle lingue disponibili per tutti gli appuntamenti con donne che non parlano la lingua italiana; nel caso l'appuntamento venga saltato, la mediatrice chiama a casa l'utente per capire le ragioni del mancato rispetto dell'appuntamento. La figura del mediatore è inoltre presente al *front-office*, in genere insieme all'ostetrica, ed al momento della consegna del protocollo (“il mediatore insieme all'ostetrica prepara il protocollo tradotto con i vari appuntamenti e lo consegna insieme all'ostetrica”). Così descrive l'attività di consegna dei libretti la mediatrice di lingua cinese da noi incontrata:

La prima cosa che facciamo noi mediatrici è distribuire il foglio di anamnesi

alla donna che intende prenotare il protocollo: è un questionario tradotto in cinese – con testo italiano a confronto – dove si chiede se la donna presenta particolari patologie, come ipertensione e diabete, se in famiglia ci sono state malattie particolari, se la donna ha avuto altre gravidanze. (...) I libretti si danno la settimana dopo, in via Roma si danno generalmente entro la stessa settimana, di sabato. Se però ci sono casi che hanno bisogno di essere trattati prima, li chiamo prima e li faccio tornare.

L'intervento del mediatore è essenziale anche per promuovere i corsi di allattamento o di preparazione al parto, ed a maggior ragione nel delicatissimo momento del colloquio per l'IVG. Dato che all'effettuazione dell'IVG nelle intenzioni del servizio dovrebbe seguire, come si è già notato, la proposta contraccettiva, è facile comprendere quanto sia centrale la figura del mediatore nello sforzo di avvicinare le donne che non parlano la lingua italiana ad intraprendere un percorso di contraccezione finalizzato a prevenire eventuali nuovi ricorsi all'interruzione di gravidanza.

La complessità della relazione triadica che s'instaura in presenza di un professionista ‘terzo’ non sfugge a nessuno, tanto meno alla mediatrice da noi interpellata (“già è complessa la relazione tra paziente e medico, con noi nel mezzo lo diventa ancora di più”). Ma c'è anche piena consapevolezza del fatto che senza questa figura l'interazione con il servizio per molte donne prive di competenze linguistiche sarebbe sostanzialmente impossibile, oppure – nella migliore delle ipotesi – completamente passiva (senza pretese di rappresentatività statistica, è bene ricordare che tre delle cinque donne cinesi intervistate avevano una conoscenza nulla della lingua italiana). Non è un caso che il responsabile del consultorio abbia sottolineato che proprio la presenza della mediazione abbia prodotto una maggiore “vicinanza del consultorio alle donne”, ed in particolare alle donne cinesi. Un'operatrice ha riconosciuto che, prima della strutturazione dell'attuale servizio di mediazione, il consultorio rispetto a questo gruppo di utenti si trovava “veramente in crisi”.

E' interessante anche evidenziare che non sempre le utenti comprendono perfettamente i percorsi nei quali sono coinvolte, come si desume dalle testimonianze di due delle donne cinesi intervistate:

la mediazione va bene; solo che questo per me è il primo bambino, a volte vorrei capire di più e avere più informazioni sul protocollo, è difficile capire subito.

per le informazioni bisogna sempre passare dalla mediatrice e a volte, anche quando la mediatrice dà le informazioni, succede che non riesco a capire tutto.

Nel corso di un'intervista ad una donna cinese, la mediatrice ha tenuto a precisare le ragioni di alcune di queste incomprensioni, ragioni che sono riconducibili essenzialmente al notevole carico di lavoro che si riversa sul servizio e sulla stessa mediatrice:

io ho il compito di dare alle donne cinesi tutte le informazioni e di spiegare i diversi passaggi del protocollo gravidanza, solo che quando ci sono molte persone è difficile che io possa dedicare molto tempo alla persona: spiego una volta, spiego una seconda volta; se non capisce, aspetta che finiscano le altre visite ed io spiego un'altra volta con calma. In un giorno vengono tante persone, quindi non posso stare mezz'ora con la stessa persona per spiegare meglio tutte le cose.

Gli operatori percepiscono la mediazione come “un ‘lusso’ dell'azienda”, ma l'atteggiamento verso di essa appare ancora, nel complesso, ambivalente. Se infatti da una parte un'ostetrica ha affermato che “i nostri non sono veri e propri mediatori, sono interpreti”, dall'altra una ginecologa ha tenuto a sottolineare che

non si tratta di un interpretariato e basta; la mediatrice cinese studia medicina, quindi per noi è una ricchezza, anche se non ha studiato antropologia culturale. Per chi fa solo interpretariato è un po' più difficile.

Questa differenza di approcci cela probabilmente un'ambiguità non risolta nell'uso della mediazione, ambiguità che è peraltro molto diffusa nel sistema dei servizi. Il rischio dell'uso semplicistico di questa risorsa è infatti sempre presente, e spesso assume le sembianze della culturalizzazione, che finisce per trasformare il mediatore in una sorta di ‘tecnico del momento critico’. Un esempio di questo tipo è ravvisabile nelle parole che seguono:

ricordo sempre la domanda che mi fecero (...): ‘quali parole usate per comunicare che il bambino è morto?’. Io posso dare tecnicamente il mio apporto, però *culturalmente* c'è bisogno di una mediazione alta, oppure c'è bisogno di una persona in grado di poter comunicare a una *cultura diversa* (corsivi nostri, n.d.a.).

Le operatrici segnalano anche un problema pratico rilevante, che si riflette sull'operatività concreta del servizio di mediazione. Si tratta del mancato accesso alla formazione da parte dei mediatori, che sono contrattualizzati a ore e quindi lavorano con una modalità ‘a gettone’. Il ben noto problema dello ‘status’ del mediatore emerge anche quando l'utenza rifiuta la mediazione di persone che

operano, oltre che nel consultorio, in altri contesti lavorativi. Si tratta di una fattispecie segnalata dalle operatrici in almeno due casi:

abbiamo avuto una nostra mediatrice che è stata in Cina due mesi, è stata sostituita da una mediatrice italiana che parla cinese: a San Paolo si sono avute delle problematiche e hanno dato la colpa a lei; non avevano accettato questa signora italiana che parla cinese (...) non l'avevano individuata subito come mediatrice, nonostante avesse il camice e parlasse cinese. (...) La signora italiana che faceva la mediatrice per il cinese lo faceva per la polizia, quindi magari (...) lì lei mediava agli interrogatori, qui invece c'è un contatto più intimo.

a San Paolo un paio di anni fa c'è stato un caso con la mediazione in lingua araba: lei faceva la mediazione anche in tribunale, (...) ma a volte incontrava soggetti che erano stati visti anche in altri ambienti, quindi in quel periodo l'utenza marocchina si volatilizò.

Nel complesso, rispetto al periodo in cui si è svolta la precedente indagine il servizio di mediazione sembra avere superato alcune delle criticità che erano state segnalate allora (per la descrizione delle criticità si veda Bagattini, Pedani 2010: 53; 57). La mediazione ‘impropria’, svolta da familiari o sedicenti ‘amici’, magari a pagamento, è un'attività che notoriamente accompagna l'accesso ai servizi di categorie di utenza deboli (per un riferimento al quadro emerso a livello regionale su questo problema si veda Capitani 2012: 183). La strutturazione del servizio in lingua cinese e urdu ha sostanzialmente annullato il ricorso a questa pratica assai rischiosa, come dimostra questa rassegna di citazioni tratta dagli incontri e dalle interviste che abbiamo realizzato:

non accettiamo nell'IVG la mediazione di una persona che non sia della nostra équipe. (...) ci vuole il mediatore aziendale.

vengono sedicenti cugini, mamme, ma noi si spiega chiaramente che ci vuole il mediatore aziendale.

a scanso di equivoci, abbiamo fatto un cartello per dire che il servizio è gratuito (cosa gradita ai cinesi), che eventualmente tutto quello che va pagato va fatto tramite bollettino, tramite T-Serve, ecc.

qualche anno fa c'erano dei “mediatori” che si facevano pagare, era pieno. (...) ora si dice che per quanto riguarda la consegna del protocollo possono anche venire, ma tanto.... (...) Rispetto a qualche anno fa [il fenomeno

della mediazione impropria] è molto calato.

La valutazione del servizio di mediazione da parte delle donne intervistate è stata positiva, anche se va detto che per una parte di esse la valutazione è ‘esterna’, trattandosi di donne che non hanno usufruito di questo tipo di prestazione. L’unico rilievo formulato da una delle intervistate riguarda un episodio che è stato descritto come segue:

ho avuto solo una piccola cosa con la mediatrice, mi è sembrata un po’ scortese. Non pensava che parlassi in italiano, mi ha parlato in cinese e le ho risposto in cinese, ma è stata un po’ scortese (...) Dovevo rifissare la visita, perché avevo sbagliato il giorno: ero venuta il martedì invece del lunedì, e la mediatrice mi ha detto “hai sbagliato appuntamento, non puoi far niente”. (...) Forse quel giorno sarà capitato un po’ di casino, anche perché gli altri cinesi le stanno sempre a chiedere le cose, quindi sono arrivata io...

2.3.4. Gli operatori

La strumentazione con la quale i servizi cercano di fare fronte ad una domanda complessa come quella posta dalle donne straniere che si rivolgono al consultorio rappresenta un nodo assai delicato. Marie Rose Moro, psicoanalista francese che da anni lavora con bambini migranti, sostiene che gli operatori dei servizi socio-sanitari corrono continuamente il rischio di ‘culturalizzare i disturbi e medicalizzare la cultura’ (Moro 2007).

Anche gli operatori del consultorio si trovano in effetti in una posizione non facile. Da un lato, essi devono evitare il rischio di semplificare eccessivamente, collocandole in una categoria unica ed onnicomprensiva, sigillata magari da un’etichetta nazionale o geo-culturale, le istanze poste dalle famiglie migranti. “Si tratta di un discorso culturale” è una frase che è emersa più volte nel corso dell’incontro con gli operatori. Si prendano ad esempio queste parole di una ginecologa:

io mi sento più tranquilla sulla parte ostetrica, trovo più difficoltà con le cinesi sulla parte ginecologica: lì si apre proprio un mondo diverso, come i riti africani, lontano anni luce da noi (...) Vanno via insoddisfatte, perché non capiscono quello che si propone, nei momenti in cui si propone”.

Dall’altro lato, appare essenziale creare spazi e strumenti che consentano a modelli culturali differenti di potersi esprimere per concorrere a definire i percorsi di cura.

E’ ciò che è accaduto, secondo le parole di un’altra operatrice, con il progetto di cui si è già parlato nel paragrafo precedente (‘Fiocchi colorati’).

La tensione tra queste due polarità sembra essere risolta, in via transitoria e necessariamente instabile, in due modi: in primo luogo cercando di accrescere la ‘sensibilità culturale’ verso categorie di utenza che avanzano domande e problemi inediti (“noi abbiamo fatto dei percorsi, siamo più sensibili”; “ora noi conosciamo quella che è la cultura cinese, sappiamo riconoscere quali sono gli zoccoli duri”); in seconda battuta spostando sulla figura del mediatore buona parte del peso delle difficoltà relazionali che queste domande comportano (il che fa emergere la propensione di cui si è detto nel paragrafo precedente: l’identificazione del mediatore come ‘tecnico del momento critico’).

Va osservato che sul piano delle relazioni tra operatori ed utenti non sono emerse particolari criticità. Confermando il dato più generale, secondo il quale il rapporto tra utenti stranieri ed operatori dei servizi appare un punto di forza del sistema sanitario regionale (Capitani 2012: 214), le dieci interviste alle utenti straniere del consultorio pratese hanno mostrato la presenza di interazioni generalmente positive (“tutto quello che c’ho glielo dico, loro capiscono”, ha affermato l’intervistata albanese). Non sono stati rilevati particolari motivi di conflitto, né tanto meno sono emerse situazioni rispetto alle quali le intervistate si sono sentite discriminate (“no, qui veramente no, – ha precisato l’intervistata honduregna – da altre parti sì”). Gli aspetti problematici più ricorrenti sembrano essere gli episodici rifiuti della figura della mediatrice da parte dei mariti pakistani e l’incomprensione del sistema degli appuntamenti da parte delle donne cinesi.

Nel corso del tempo all’interno del servizio si è creata una ‘specializzazione funzionale di fatto’ basata sulla responsabilizzazione dei diversi professionisti. Ha sottolineato in proposito un’operatrice:

i medici e le ostetriche, gestendosi tra loro hanno dato la possibilità di essere referenti di un settore (...). Per il tipo di lavoro che richiede il consultorio è difficile, in genere il medico fa quelle ore e va via, i ginecologi di Prato invece hanno questa peculiarità (...) di essere coinvolti in questo progetto occupandosi ognuno di un pezzettino per poi riportare al gruppo, perché noi abbiamo sentito la necessità di fare una riunione con tutto il personale almeno una volta al mese e non è facile con questo tipo di orario.

Ciò non significa che tra gli operatori siano assenti momenti di difficoltà, come ammettono sinceramente le due ginecologhe, in particolare proprio rispetto alle risposte dell’utenza straniera:

[Provo] un po' di frustrazione. Puntiamo tanto per avere dieci e poi....

L'IVG ripetuta che hai visto sei mesi prima e che ti ritorna, ti fai un esame di coscienza, ti dici di aver sbagliato l'approccio, eppure mi sembrava di essere stata comprensibile, questo è frustrante. Questo credo che nessun corso di formazione...

Il POMI (2000) ha individuato in otto figure principali (ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitaria, infermiere pediatrico, infermiere professionale) la dotazione ordinaria di personale idonea a dare corpo all'idea del lavoro in *équipe*. Nella realtà la *routine* organizzativa continua ad essere gravata dal problema dei tempi "molto stretti" già rilevato nella precedente indagine di Bagattini e Pedani (2010: 47). Il tempo a disposizione per ciascuna utente non è molto ("anche adesso il problema sono le ore, il tempo ed il personale"), per cui appare complicato anche ritagliarsi i necessari spazi di condivisione e confronto (la riunione mensile, ha dichiarato un'operatrice, "ultimamente è un po' morta"). Come ha sottolineato una ginecologa:

Il problema è che in questo momento di crisi il personale è veramente all'osso: ha una mole di lavoro notevole, è già un lusso quello che si fa. Abbiamo dalla nostra che ormai ci si conosce da tempo, il gruppo è ben avviato, è stata messa in essere un'organizzazione che ha aiutato anche dal punto di vista tecnologico, però è faticoso, non tanto dal punto di vista dell'utenza, ma per la mole di lavoro, e soprattutto perché le nostre visite non sono gestibili a priori in un tot di minuti: ci vengono a portare una richiesta in ambiti molto delicati. Rimanere in un target di 20 minuti per visita, sfiorare poi vuol dire trovarsi inguaiati.

Traspare evidente il tema delle ristrettezze aziendali e di bilancio ("noi dobbiamo giocare con delle risorse umane al limite del risicato"): quelle ristrettezze che portano del resto a considerare la mediazione come "un 'lusso' dell'azienda". A proposito del consultorio giovani appena aperto, una operatrice ha evidenziato che "in altri periodi, con più risorse, magari si sarebbe fatta più comunicazione, perché c'è bisogno di comunicarlo all'esterno e anche all'interno dell'azienda".

Il vincolo di bilancio ha una ricaduta diretta anche sulla formazione, tema che secondo i *focus group* organizzati nel 2009 in tutte le aziende sanitarie costituiva dal punto di vista degli operatori allora interpellati la seconda maggiore criticità (dopo il problema della scarsa circolazione interna delle informazioni; Capitani 2012: 194). Si è già detto che i mediatori non partecipano alle sessioni formative; ma gli stessi operatori, che pure nel corso degli anni hanno seguito alcuni percorsi formativi più o meno specifici, invocano più formazione e soprattutto una sua

maggior aderenza alle esigenze del servizio ("chi fa formazione deve capire un po' i tipi di bisogni"). A proposito di un corso di qualche anno fa, un'ostetrica ha ricordato che quel corso

ci ha aiutato tanto dal punto di vista di comprensione, però si chiedeva degli strumenti. (...) si diceva di preparare un filmato da proiettare qui nella sala d'attesa, perché ripetere sempre le stesse cose a volte può diventare faticoso.

Lo stesso problema, per certi versi ancora più delicato, si pone per il supporto agli operatori. Per quanto le attività svolte dal consultorio siano complesse e usuranti, anche psicologicamente, non risultano al momento attivati servizi di *counseling* o di supporto per le figure professionali che si trovano in continuo contatto con l'utenza e che per questo stesso motivo necessiterebbero di un supporto esterno in grado di contenere l'impatto pratico e psicologico del carico di lavoro ed i rischi di *burn-out*.

2.4. SINTESI CONCLUSIVA

Comparando i risultati di questa indagine con la ricerca svolta qualche anno fa appare evidente che la riorganizzazione dei servizi consultoriali locali ha determinato una maggiore strutturazione ed articolazione delle prestazioni offerte all'utenza straniera. Come ha osservato il responsabile dell'Unità Funzionale,

rispetto a qualche anno fa c'è un afflusso maggiore, c'è maggiore consapevolezza da parte delle donne straniere sulle modalità di accesso, la mediazione culturale è importante, ci sono delle prestazioni ambulatoriali dedicate esclusivamente a cinesi che non parlano italiano, quindi le modalità di accesso sono diverse, c'è una consapevolezza diversa.

A questa dinamica organizzativa, innescata come si è visto dai piani di riforma nazionali e regionali, si è sovrapposto nel tempo un mutamento 'macro', sostanzialmente esterno e non dipendente dalle scelte del servizio. Una sintesi appropriata di ciò che è accaduto è stata formulata da una delle operatrici, che ha sottolineato come la trasformazione sia

in parte venuta dalle nostre pratiche, in parte dalla tipologia di utenza, che è cambiata.

Si può condividere l'affermazione di una ginecologa secondo la quale con il trascorrere del tempo e la progressiva riconfigurazione del sistema dei servizi consultoriali "si è ottimizzato sia il percorso che la consapevolezza delle utenti nell'utilizzarlo". Ma soprattutto occorre sottolineare – ed è questo il dato che appare più rilevante – che si sta probabilmente uscendo dal clima emergenziale che per lungo tempo a Prato ha connotato il rapporto tra sistema dei servizi (non solo sanitari) ed utenza straniera (in particolare cinese). Un'ostetrica ha efficacemente sintetizzato il processo di 'normalizzazione' in corso:

Quando lavoravo in ospedale le signore arrivavano a 40 settimane, avevano il protocollo ma non avevano fatto le visite che c'erano sul libretto, avevano solo preso il pezzo di carta, mentre adesso fanno le visite, hanno capito che è un bene per loro, per la gravidanza e per il bambino. Prima erano delle bombe a orologeria, addirittura a volte portavano esami di altre persone, pensando che fossero uguali, invece adesso seguono abbastanza bene il percorso".

Ciò non significa ovviamente che accanto ai miglioramenti non siano ancora presenti delle criticità. Per dare conto in forma sintetica e conclusiva degli uni e

delle altre si presenta, di seguito, uno schema riepilogativo dei principali risultati e delle più rilevanti indicazioni che emergono da questa indagine.

Peculiarità del contesto locale

- Prato è la provincia italiana con la maggiore incidenza di nati stranieri sul totale delle nascite (37,5%)
- TNT (Tasso di Natalità Totale) e TFT (Tasso di Fecondità Totale) elevati per il forte contributo delle donne straniere)
- Il 53% dei parti a Prato riguarda donne straniere (più di un parto su tre riguarda una donna cinese); le donne cinesi, da sole, incidono per il 36,1% del totale dei parti.

Dinamiche 'macro': fenomeni concernenti l'utenza straniera che si rilevano sia a livello locale che a livello più generale (regionale e/o nazionale)

- Meno esami e visite rispetto alle donne italiane nel corso della gravidanza, ma miglioramento di questi indicatori negli ultimi anni
- Minore compliance rispetto alle prestazioni pre-parto e post-parto offerte dalla rete consultoriale
- Incremento delle IVG (Interruzioni Volontarie di Gravidanza) ed in particolare delle IVG ripetute (soprattutto tra le donne cinesi)
- IVG usate come una forma di contraccezione
- Carenze informative/conoscitive delle utenti

Il contesto peculiare del consultorio pratese: i mutamenti in corso

- Crescita del carico di lavoro: metà delle donne che partoriscono a Prato passano dal consultorio; ruolo rilevante nel rilascio della certificazione IVG
- Percepita crescita degli accessi ai servizi consultoriali da parte delle donne italiane negli ultimi anni
- Complessità dell'utenza straniera: modelli di accesso non uniformi
- Tendentiale assimilazione delle donne albanesi
- Problematicità delle utenti nigeriane ed ivoriane (accesso emergenziale, nessuna rete di supporto)
- Peculiarità delle utenti pakistane: si rivolgono al medico di medicina generale ma dipendono dai Mariti
- Logica 'prestazionale' dell'utenza cinese
- Rappresentazioni limitative del servizio: il "consultorio degli stranieri" e la "seduta delle cinesi"

Aspetti positivi (miglioramenti intervenuti rispetto a Bagattini, Pedani 2010)

Aspetti strutturali

- Facile raggiungibilità delle sedi principale e secondaria
- Orari di apertura adeguati
- Adeguatezza degli spazi e rispetto della privacy
- Acquisizione dell'ecografo di supporto alle visite

Interazioni tra gli attori

- Modalità di accoglienza positive
- Relazioni complessivamente buone tra operatori ed utenti

Offerta di prestazioni

- La consegna del libretto di gravidanza come snodo essenziale
- Strategia di 'aggancio' tra visita post-partum o IVG e contraccezione
- Le donne cinesi "non fanno da sé": cambiamento strutturale dell'utenza cinese
- Maggiore strutturazione del servizio di mediazione: annullato il problema della mediazione 'impropria'
- Progetti specifici per l'utenza straniera (Fiocchi Colorati)
- Maggiore sensibilità verso alcune pratiche peculiari (i '45 giorni')

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2005), *Il Percorso Nascita. Risultati dello studio in Toscana*, n. 12, marzo.
- Annuario Statistico del Comune di Prato. Anno 2012, <http://statistica.comune.prato.it/annuario/>.
- Attané I. (2011), "Quando la Cina avrà i capelli grigi", *Le Monde Diplomatique*, giugno 2011, p. 11
- Bagattini D., Pedani V., a cura di (2010), *Donne e consultori. Esperienze nella Provincia di Prato*, Asel-Provincia di Prato, Prato.
- Barsanti S. (2012), *L'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata: dati a confronto*, in Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale*, Il Mulino, Bologna, pp. 85-154.
- Bonarini F. (2013a), "Più aborti spontanei ma non maggior rischio di aborto in Italia", *Neodemos*, 20 febbraio 2013, http://www.neodemos.it/index.php?file=onenews&form_id_notizia=673
- Bonarini F. (2013b), "Raggiunto in Italia un utilizzo diffuso e intensivo dell'allattamento al seno", *Neodemos*, 27 febbraio 2013, http://www.neodemos.it/index.php?file=onenews&form_id_notizia=675
- Bracci F. (2012), *The Chinese Deviant: Building the Perfect Enemy in a Local Arena*, in Bell E. (a cura di), *No Borders: Immigration and the Politics of Fear*, Université de Savoie, pp. 97-116.
- Capitani G. (2012), *Il punto di vista degli operatori e le opinioni degli utenti immigrati*, in Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale*, Il Mulino, Bologna, pp. 155-220.
- C.C.I.A.A. Prato (2012), Caserta D. e Marsden A., *L'imprenditoria straniera in Provincia di Prato 2010/11*, Prato.
- Commissione Europea (2012), *Education and Training Monitor*, http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/monitor12/report_en.pdf.
- DemoIstat.it, *Demografia in cifre. Popolazione residente, bilancio demografico, cittadini non comunitari regolarmente presenti in Italia*, www.demo.istat.it
- Düvell F. (2009), *Pathways into Irregularity: The Social Construction of Irregular Migration*, Clandestino Research Project, International Centre for Migration Policy Development.
- Eurostat (2009), *Population and social conditions*, in *Statistics in focus* n. 40/2009).
- Fondazione Leone Moressa (2012), *I nuovi nati stranieri 2011*, <http://www.fondazioneleonemoressa.org/newsite/wp-content/uploads/2012/11/I-nati-stranieri-nel-2011.pdf>.

Fornero E. e Coda Moscarola F. (2005), *Immigrazione: quale contributo alla sostenibilità del sistema previdenziale?* in Livi Bacci, M. (a cura di) *L'incidenza economica dell'immigrazione*, 2005

Grandolfo M. (2008), *Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)*, in <http://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo.asp>

Livi Bacci M. (2010), “Cina: il figlio unico, da obbligo a scelta”, *Neodemos*, 23 giugno 2010, http://www.neodemos.it/index.php?file=oneneeds&form_id_notizia=423

Loghi M., D’Errico A., Burgio A., Cotroneo R., Cialesi R. (2012), “Le interruzioni volontarie di gravidanza: un focus sulle donne straniere”, *Neodemos*, 10 ottobre 2012, http://www.neodemos.it/index.php?file=oneneeds&form_id_notizia=639.

Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) - *Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - Sezione statistica*, www.giustizia.it

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Unioncamere, *Quadro di riferimento. Il contributo degli stranieri al valore aggiunto nazionale in Quattrocento idee, zero confini. Progetto Start it up: nuove imprese di cittadini stranieri.*

Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca (2012), *Gli alunni con cittadinanza non italiana nel sistema scolastico italiano. A.s. 2011/12.*

Ministero della Salute (2008), *Organizzazione e attività dei consultori familiari pubblici in Italia anno 2008*, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale Della Prevenzione Sanitaria. Ufficio X.

Ministero della Salute (2012), *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati preliminari 2011, dati definitivi 2010*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1824_allegato.pdf.

Moro M.R. (2007), *Aimer ses enfants ici et ailleurs: histoires transculturelles*, Odile Jacob

Neodemos (2012), “Cina: vicina la fine della politica del figlio unico”, 21 novembre 2012, http://www.neodemos.it/index.php?file=oneneeds&form_id_notizia=650

Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale*, Il Mulino, Bologna.

Osservatorio Scolastico Provinciale (2013), Sambo P. e Conte M., *La scuola pratese: rapporto 2012*, Prato.

Osservatorio sul Mercato del Lavoro (2013), Langianni S. e Conte M., *Bollettino avviamenti e cessazioni rapporti di lavoro nella provincia di Prato, anno 2012*, Prato.

Pomi - Progetto Obiettivo Materno-Infantile (2000), *Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000»*, Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000.

Pratomigranti.it, Appuntamenti e iniziative, servizi e informazioni utili per i migranti che lavorano, studiano e vivono nei 7 comuni della Provincia di Prato, www.pratomigranti.it

Puglia (2009), *Nascere in Toscana: la gravidanza e il parto*, Intervento al convegno svoltosi a Firenze il 6 novembre 2009, http://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/salute_di_donne/dati_e_statistiche/2009_11_6_presentazione_esami_gravid.pdf

Puglia M., Casotto V., Dubini V., in *La salute riproduttiva delle donne immigrate*, in *Immigrazione e salute in Toscana*, Ars Toscana, n. 58, giugno 2011, pp. 31-60.

Regione Toscana (2006), *Leggi n. 405/75 e n. 194/78. Programma di interventi di riqualificazione dei servizi consultoriali e di educazione e formazione finalizzati alla diffusione ed al consolidamento di una cultura della maternità e paternità responsabile e di una sessualità consapevole*, Delibera della Giunta Regionale 259, 10 aprile 2006.

Regione Toscana (2013), Francalanci A., Valzania A., Brandi E., Sambo P., *Abitare in Toscana 2013. Secondo Rapporto sulla Condizione Abitativa in Toscana*, Osservatorio Sociale Regionale, Firenze.

Santomauro F., Pieri L. (2012), *L’offerta di servizi sanitari territoriali alla popolazione immigrata*, in Nuti S., Maciocco G., Barsanti S., *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale*, Il Mulino, Bologna, pp. 47-70.

Società della Salute dell’Area Pratese, Epifani C. e Sambo P. (vari anni, 2007-2012), *Profilo di Salute*, Prato

Andrea Stuppini e Valeria Benvenuti (2012), *L’impatto fiscale dell’immigrazione nel 2010*, in *Dossier Statistico Immigrazione Caritas Migrantes*, 2012.

The World Bank, Development Research Center of the State Council, the People’s Republic of China, *China 2030. Building a Modern, Harmonious, and Creative High-Income Society*, 2012 International Bank for Reconstruction and Development/International Development Association or The World Bank, New York, <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/China-2030-complete.pdf>

APPENDICE. Gli strumenti d'indagine

Intervista al responsabile del consultorio principale

Traccia d'intervista

Evoluzione storico-organizzativa delle realtà consultoriali pratesi

- Istituzione, localizzazioni, trasferimenti; ricostruzione dell'evoluzione organizzativa: sedi e spostamenti avvenuti nel tempo (accorpamenti, razionalizzazioni, ecc.);
- Modelli normativi e programmatici (L. 405/75, L. 195/78, POMI, DGR 259/2006) e funzionamento effettivo.

Il riassetto

- Istituzione dell'Unità Funzionale; sede principale e sede secondaria, rapporti con il Dipartimento Materno-infantile.
- Rapporti tra sede principale e sede secondaria dopo il riassetto organizzativo.

Le prestazioni e l'organizzazione del lavoro

- Prestazioni erogate: *focus*, in particolare, su *Percorso Nascita* e IVG.
- Sedi, orari, dotazioni strumentali e organici.

Il consultorio nel contesto locale

- Rapporti con le strutture ospedaliere: l'integrazione socio-sanitaria;
- Rapporti con il territorio (scuole, associazionismo) per promuovere le finalità dei consultori (educazione alla salute, alla sessualità responsabile ecc.);
- Eventuali convenzioni, accordi, intese con altri servizi e/o enti.

Il consultorio e l'utenza straniera

- Rapporti con l'utenza straniera: peculiarità, criticità, cambiamenti apportati ai servizi erogati, ricorso all'IVG;
- La mediazione linguistico culturale.

Due interviste a medici di medicina generale

Traccia d'intervista

- Modelli normativi e programmatici (L. 405/75, L. 195/78, POMI, DGR 259/2006) e funzionamento effettivo: il rapporto con il territorio e l'evoluzione dei consultori;
- Funzioni educative e medicina preventiva: il rapporto tra consultori e medici di medicina generale;
- L'integrazione tra sociale e sanitario;
- Organici, spazi, orari, dotazioni strumentali: valutazione dell'adeguatezza;
- *Percorso Nascita* e IVG: la percezione del livello di efficacia delle prestazioni dei consultori.

10 interviste a donne straniere che fruiscono o hanno fruito dei servizi del consultorio

Traccia d'intervista

Accesso ed accessibilità

- Motivazione dell'accesso;
- Come si è conosciuto il consultorio?
- Da chi è stata inviata la persona?
- Il consultorio è facilmente raggiungibile?
- Orari di apertura;
- Accoglienza e *front office*;
- Spazi: rispetto della *privacy*; disponibilità ed accessibilità delle informazioni (cartellonistica, chiarezza dei percorsi e delle segnalazioni);
- Eventuale presenza di accompagnatori;

Rapporti con la struttura e con gli operatori

- Come comunicano le utenti con gli operatori?
- Necessità/possibilità di accesso alla mediazione linguistico culturale: valutazione;
- Il percorso che è o è stato proposto all'intervistata è sempre risultato chiaro?
- All'interno del consultorio l'utente è entrata in conflitto con gli operatori o con altri utenti?
- All'interno del consultorio l'utente si è mai sentita discriminata? Se sì in quali circostanze?

Le prestazioni

- Valutazione delle prestazioni fruiti: protocollo/libretto di gravidanza, ecografie, prima visita, IVG;
- Presa in carico solo per percorso definito (IVG, esami protocollo gravidanza) o anche per servizi supplementari (colloqui, corso prematrimoniale, corso per allattamento al seno, ecc.)?

Quadro riepilogativo delle intervistate

Le interviste sono state realizzate da Luca Caterino presso la sede principale del consultorio. Le intervistate sono di nazionalità cinese (5), honduregna, pakistana, nigeriana, albanese e polacca. Sono tutte donne che si sono rivolte al consultorio per il percorso nascita. L'età varia da un minimo di 23 ad un massimo di 38 anni; una intervistata è nata a Prato, mentre le altre si trovano in Italia da un minimo di un anno ad un massimo di otto. Anche la conoscenza della lingua è risultata molto differenziata, tanto che in tre casi per effettuare l'intervista si è utilizzata una mediatrice. Sei donne sono coniugate, quattro non lo sono; due, infine, sono

alla seconda gravidanza, ed in entrambi i casi anche la prima era stata seguita dal consultorio di Prato.

Nazionalità dell'intervistata Svolgimento dell'intervista

Albanese	In Italiano
Cinese	Con la mediatrice
Cinese	Con la mediatrice
Cinese	In Italiano
Cinese	In Italiano
Cinese	In Italiano
Honduregna	In Italiano
Nigeriana	In Italiano
Pakistana	Con la mediatrice
Polacca	In italiano

Incontro con gli operatori del consultorio

Traccia degli argomenti affrontati

L'utenza straniera: i tratti generali

- Fonti dell'invio: come arrivano al consultorio le utenti straniere? Caratteristiche socio-anagrafiche: registrate tipicità?
- Accesso, accesso diretto, organizzazione del *front office*;
- Spazi e orari;
- Specificità riguardanti le irregolari?
- Perché le donne italiane accedono di meno?

Percorso nascita

- I corsi di preparazione al parto e le utenti straniere;
- *Compliance*: libretto di gravidanza/protocollo, prima visita, ecografie, diagnosi prenatale;
- Componente cinese: quali specificità?

IVG

- IVG: tipicità dei profili, percorsi, criticità;
- Il problema delle IVG ripetute.

Come si lavora

- Dotazioni strumentali;
- Organici: valutazione dell'adeguatezza;
- Integrazione e spazi di confronto/condivisione (riunioni ecc.);
- Percorsi di aggiornamento professionale.

Comunicazione e mediazione

- Cosa comprendono le utenti del *Percorso Nascita* o di ciò che precede l'IVG? Conoscono la normativa?
- Interazioni tra utenti e tra utenti ed operatori;
- Come funziona la mediazione? Gli operatori ne avvertono l'efficacia? (rischio della mediazione impropria o incompetente; le traduzioni scritte; la responsabilità legale);

Rapporti con l'azienda e l'ospedale

- Rapporti con l'ospedale: valutazione dell'effettivo livello di integrazione socio-sanitaria;
- Rapporti con soggetti terzi: scuole, associazioni.

Prospettive

- Modelli di presa in carico, rischi di medicalizzazione, integrazione con il territorio.

