

## Consultorio Familiare e donne migranti

### Conoscenza, accessibilità e gradimento di un Servizio territoriale nel Distretto di Casalecchio di Reno (BO)

*Ospitiamo in questo Dossier i risultati di una indagine condotta dal Progetto "Percorso Nascita e Donne Migranti", realizzata nell'estate del 2003 intervistando più di 300 donne straniere residenti nei Comuni del Distretto di Casalecchio di Reno.*

*Si tratta di un'iniziativa che, nonostante alcuni limiti metodologici, valutiamo di interesse, sia per i temi che affronta, sia per i risultati che ottiene, sia per il dibattito che i suoi curatori hanno saputo promuovere, all'interno dell'équipe, in merito al come fare ricerca di qualità avendo come target i migranti – e le migranti, nello specifico.*

*Ancora troppo spesso, a nostro parere, alcune ricerche di approfondimento sulle tematiche della presenza e dei percorsi di integrazione dei cittadini non italiani sul nostro territorio, ancorché meritevoli in termini di motivazioni, ipotesi e contenuti, rischiano di scontrarsi con debolezze di tipo culturale e di impostazione generale. Da questo punto di vista, contributi come quelli di Claudio Veronesi e Letizia Lambertini, frutto di una leale analisi del proprio lavoro, sono particolarmente utili – anche per apprendere dall'esperienza altrui e non dover ricominciare daccapo, come talvolta succede.*

#### Indice

<b>Prima parte: la ricerca</b>	<b>2</b>
<i>Premessa. Qualche riflessione di sfondo sul rapporto tra esperienza migratoria, rischio di disagio e salute, con particolare riferimento al contesto del Distretto di Casalecchio di Reno</i>	<b>2</b>
<i>Riferimenti anagrafici</i>	<b>3</b>
<i>Scopo e metodologia della ricerca</i>	<b>4</b>
<b>Seconda parte: i risultati</b>	<b>5</b>
<i>Indicatori numerici</i>	<b>5</b>
<i>Considerazioni finali</i>	<b>7</b>
<i>Intervista di approfondimento ai referenti del progetto "Percorso Nascita e Donne Migranti" (Claudio Veronesi e Letizia Lambertini)</i>	<b>8</b>
<b>Terza parte: allegati e materiali</b>	<b>11</b>
<i>Il Progetto "Percorso Nascita e Donne Migranti" nel Distretto di Casalecchio di Reno e la Commissione Pari Opportunità Mosaico</i>	<b>11</b>
<i>Attività del Consultorio Familiare del Distretto di Casalecchio</i>	<b>13</b>
<i>Lo strumento di indagine: il questionario</i>	<b>14</b>

*Il Dossier è organizzato in tre parti:*

1. *nella **prima parte**, dopo alcune riflessioni teoriche di base, di fondamento dello studio, viene tratteggiato il quadro anagrafico dell'immigrazione nel territorio interessato e viene descritto l'impianto metodologico della ricerca;*
2. *nella **seconda parte** vengono prima presentati i risultati quantitativi ottenuti, che vengono poi discussi, in termini qualitativi, per il loro significato e portata;*
3. *nella **terza parte** sono riportati alcuni materiali collaterali, finalizzati a dare un'idea dello sfondo e degli strumenti della ricerca.*

*La responsabilità per i contenuti è dei singoli autori: come Osservatorio siamo talvolta intervenuti soltanto per rendere più intelligibile il materiale.*

*Ringraziamo tutte le persone che hanno partecipato alla ricerca ed invitiamo altri a sperimentarsi in questo campo, alla luce delle conoscenze e delle valutazioni già consolidate.*

## Parte prima - La ricerca -

### Premessa

### Qualche riflessione di sfondo sul rapporto tra esperienza migratoria, rischio di disagio e salute, con particolare riferimento al contesto del Distretto di Casalecchio di Reno

L'*accessibilità* ai servizi sanitari è un indubbio fattore di efficacia e di qualità nell'ambito più generale di quelli necessari a garantire lo stato di salute delle persone.

Anche se la disponibilità di tecnologie e prestazioni sanitarie non occupa i primi posti tra i determinanti di salute di una popolazione, non c'è dubbio che una società con la capacità di produrre un'offerta conosciuta, raggiungibile e compatibile con i bisogni, possieda in buona parte anche quella di incidere su altri più consistenti determinanti, come le condizioni socio economiche, l'ambiente e gli stili di vita.

La percezione del proprio stato di salute, che dipende in gran parte da variabili personali e culturali, condiziona in maniera preponderante la richiesta di assistenza, tanto quanto le condizioni di buona qualità ed integrazione sociale ed economica riducono i rischi di malattia.

La popolazione immigrata integra nella propria condizione molti di questi presupposti. Il fenomeno dell'*adattamento* che ogni individuo subisce e/o costruisce quando si trova a confrontarsi con una società *nuova* che lo ospita, temporaneamente o stabilmente, si associa spesso a malessere e difficoltà.

La perdita dei riferimenti familiari, del contatto con le proprie consuetudini e tradizioni, una situazione occupazionale spesso inferiore alla propria preparazione scolastica o alle proprie aspirazioni, una condizione abitativa degradata od instabile, contribuiscono, in un certo numero di casi, ad alzare il livello di rischio.

D'altra parte la presenza di norme che garantiscano il diritto di accesso ai vari servizi del Sistema Sanitario Nazionale non ha particolare efficacia se chi deve usufruirne non ne ha *consapevolezza*.

Una informazione *comprensibile*, perché fornita con i giusti canali sia linguistici che culturali, nonché indirizzata nei *luoghi* dove può effettivamente essere raccolta, deve sostenere

qualsiasi sforzo di miglioramento in questo senso.

Le donne migranti costituiscono, all'interno di questo ambito generale, una condizione sicuramente originale, sia per ciò che attiene le caratteristiche sociali e familiari, che per quelle più strettamente connesse con la sfera psicologica e di relazione.

Nel Distretto di Casalecchio di Reno, la maggior parte di esse appartiene a due macro-gruppi: le maghrebine (ricongiunte) e quelle provenienti dai Paesi dell'Europa dell'Est (badanti).

a) Le prime, spesso più degli uomini, vivono con marginalità il rapporto con la nuova società, in ciò condizionate dalle minori opportunità di contatti e relazioni, da una scarsa autonomia di spostamento, da consuetudini culturali che le vedono confinate allo stretto ambito familiare.

b) E anche quando la condizione lavorativa offre opportunità di emancipazione e conoscenza, com'è nel caso delle seconde – 'pioniere' in molti casi della propria immigrazione familiare – non possono quasi mai prescindere dal *compito* assegnato che è quello di dover provvedere al sostegno economico della famiglia, che si trova per lo più in patria.

Ne risulta che molti dei propri bisogni personali, anche quelli che interessano la sfera della sessualità o della maternità, finiscono per essere fortemente condizionati o comunque sottoposti al filtro delle incombenze quotidiane, in modo più accentuato di quanto succeda al resto della popolazione femminile.

E' chiaro quindi che solitudine e vuoti affettivi determinano spesso le scelte, in qualunque direzione esse vadano, in termini di riproduzione e sessualità.

Il *Consultorio Familiare* è forse la struttura territoriale che, per la sua diffusione e cultura organizzativa, più di altre si presenta alla popolazione immigrata come possibile interlocutore in questo ambito.

Riprodurre però pedissequamente un modello di offerta, per quanto teoricamente compatibile con quel tipo di bisogni, rischia di ottenere risultati insoddisfacenti e risposte semplicistiche.

Le differenze all'interno di un mondo culturalmente e numericamente variegato meritano uno sforzo di adeguamento più complesso, che deve interessare profondamente l'agire degli operatori.

Occorre soprattutto considerare come sia rapido il cambiamen-

to del contesto demografico e sociale, come mutevoli diventino le priorità di intervento e come queste risentano di variabili non sempre né necessariamente applicabili tali e quali alla popolazione autoctona, ma intimamente connesse con il collettivo di appartenenza.

Acquisire la capacità di osservare e comprendere questi cambiamenti varrà tanto quanto garantire un buon livello di qualità tecnica degli interventi che faremo.

### **Per saperne di più:**

- Stefanini A. (2000), "Politica dei Servizi e politica per la salute", in Prospettive sociali e sanitarie, 15 febb. 2000: 1-6.
- Stefanini A. (1999), "I determinanti di salute e malattia", in Salute e Sviluppo, nuova serie, 2: 6-1.
- Geraci S. e Marceca M. (1998), "Donne e bambini immigrati", in Geddes M. e Berlinguer G. Eds., "La Salute in Italia. Rapporto 1998", Roma: Ediesse 1998 43-76.
- Spinelli A. e Boccuzzo G. (2000), "L'interruzione volontaria di gravidanza tra le straniere immigrate in Italia" In "Atti del convegno IV Consensus Conference sulle migrazioni" Palermo 2000, 83-6.
- Spinelli A., Grandolfo M. et al. (2003), "Assistenza alla nascita tra le donne immigrate" Rapporti ISTISAN, Roma 2003.
- Zanichelli A, Paganelli A, et al. (2003) "Consultori familiari, un impegno da confermare" in "Atti del Convegno Regione Emilia Romagna, Programma Regionale di riorganizzazione dei Consultori Familiari", Bologna dic. 2003.
- Lelleri R. e Gentile E. (2004) "Immigrati in provincia di Bologna, i numeri e le tendenze (2004)", Dossier dell'Osservatorio provinciale delle Immigrazioni di Bologna, 2004, n. 2.
- Osservatorio epidemiologico dell'Azienda USL di Bologna (2005), "Profilo demografico della Provincia di Bologna", edizione 2004 curata e distribuita dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna.

## **Riferimenti anagrafici**

Tratti da "Immigrati in Provincia di Bologna: i numeri e le tendenze (2004)" dell'Osservatorio provinciale delle Immigrazioni di Bologna (dati aggiornati al 31 dicembre 2003)

Lo scenario migratorio dei nostri territori ha conosciuto, come del resto quello nazionale, numerose modifiche sia quantitative che qualitative negli ultimi anni.

La politica di regolarizzazione voluta dal Governo ha reso esplicite numerose presenze, ma non ha modificato sostanzialmente un trend stabile di aumento oggi significativamente maggiore nei Comuni extra capoluogo.

Questa tendenza ha determinato, nell'arco di un decennio, il quadruplicare del numero di cittadini stranieri. I tassi di incremento sono più marcati tra la popolazione femminile, che raggiunge aumenti di quasi sei volte superiori.

Per ciò che riguarda la *dimensione territoriale*, come già affermato, gli aumenti sono più cospicui nei Comuni limitrofi a Bologna, con quasi il 30% in più di velocità di crescita.

In particolare, tra i Comuni del nostro Distretto, Bazzano e Castello di Serravalle sono quelli con la maggiore incidenza di cittadini stranieri (rispettivamente 8,2% e 8,5% sul totale). I Comuni dell'Area montana si confermano comunque quelli a maggiore incidenza di stranieri, sia rispetto all'hinterland cittadino che alla pianura (rispettivamente 7,2% contro 3,8% e 4,1%).

Fattori come la disponibilità di alloggi e il loro costo più accessibile spiegano in buona misura questa situazione.

E' del resto sostanzialmente verificata l'ipotesi secondo cui gli

immigrati – specie se single – tendono ad approdare nel capoluogo, salvo poi, ottenuto il ricongiungimento familiare o costituito un nucleo familiare in Italia, cercare altro, e definitivamente, una sistemazione più favorevole ed adeguata al numero dei nuovi componenti.

Considerazioni a parte, sia per nostro specifico ambito di interesse che per peculiarità propria, merita la *componente femminile*.

La presenza di donne immigrate nella provincia di Bologna ha pressoché eguagliato quella maschile, passando da circa il 38% del totale di dieci anni fa a più del 49% di oggi.

In generale, è oggi oramai riconosciuto che questo dato può essere considerato come indicatore di stabilizzazione e stanzializzazione dell'immigrazione su un certo territorio; va però aggiunto che fenomeni relativamente recenti, quali quello del badantato, stanno ridefinendo alcuni elementi di questa interpretazione.

I *nati stranieri* in provincia di Bologna nel 2003 sono stati l'11% del totale; rispetto al 2000 l'aumento percentuale nei valori assoluti risulta del 22%.

Nella seguente tabella viene descritta analiticamente la situazione anagrafica dei Comuni del Distretto di Casalecchio di Reno:

## Popolazione residente nei comuni del Distretto di Casalecchio di Reno al 31-12-2003

CASALECCHIO DI RENO	Totale residenti	Stranieri	% stranieri	di cui donne	% donne	di cui minori	% minori	incremento % 2002-2003
ANZOLA DELL'EMILIA	10.670	554	5,2%	262	47,3%	149	26,9%	23,4
BAZZANO	6.297	518	8,2%	258	49,8%	151	29,2%	25,7
CALDERARA DI RENO	11.915	587	4,9%	280	47,7%	141	24,0%	10,8
CASALECCHIO DI RENO	33.804	1.414	4,2%	750	53,0%	290	20,5%	12,9
CASTELLO SERRAVALLE	4.231	361	8,5%	161	44,6%	100	27,7%	18,4
CREPELLANO	8.452	496	5,9%	216	43,5%	129	26,0%	24,9
MONTE SAN PIETRO	10.607	459	4,3%	233	50,8%	106	23,1%	23,7
MONTEVEGLIO	4.689	253	5,4%	116	45,8%	66	26,1%	12,4
SASSO MARCONI	14.113	617	4,4%	324	52,5%	148	24,0%	24,6
SAVIGNO	2.572	144	5,6%	59	41,0%	32	22,2%	15,2
ZOLA PREDOSA	16.357	665	4,1%	351	52,8%	160	24,1%	24,5
<b>Tot Zona di Casalecchio di R.</b>	<b>123.707</b>	<b>6.068</b>	<b>4,9%</b>	<b>3.010</b>	<b>49,6%</b>	<b>1.472</b>	<b>24,3%</b>	<b>19,1</b>

Fonte: Osservatorio provinciale delle Immigrazioni di Bologna

Nelle successive tabelle si evidenziano le provenienze per macroaree continentali sia per la popolazione residente nel Comune di Bologna che nella Provincia, sempre al 31-12-2003:

### Comune di Bologna 31-12-2003

	N.	%
<b>PSA</b>	1.842	8,6%
<b>PVS</b>	19.571	91,4%

### Provincia di Bologna 31-12-2003

	N.	%
<b>PSA</b>	3.180	6,7%
<b>PVS</b>	44.244	93,2%

Continenti	M	F	MF
Asia	4.362	3.680	8.042
Europa	2.600	4.042	6.642
Africa	2.960	2.297	5.257
America	491	954	1.445
Oceania	5	9	14
Apolide	7	6	13
<b>TOT</b>	<b>10.425</b>	<b>10.988</b>	<b>21.413</b>

Continenti	M	F	MF
Asia	6.664	5.402	12.066
Europa	6.612	9.141	15.753
Africa	9.935	7.157	17.092
America	816	1.704	2.520
Oceania	6	15	21
Apolide	9	7	16
<b>TOT</b>	<b>24.042</b>	<b>23.426</b>	<b>47.468</b>

Fonte: Osservatorio provinciale delle Immigrazioni di Bologna

Ulteriori e più analitici dati sulla popolazione immigrata della nostra provincia sono disponibili nella pubblicazione dell'Osservatorio provinciale delle Immigrazioni citata all'inizio del paragrafo, e nel recente volume "Profilo Demografico della Provincia di Bologna - Edizione 2004", curata dall'Azienda USL di Bologna - Osservatorio Epidemiologico, a cui si rimanda.

## Scopo e metodologia della ricerca

Questa indagine si inserisce all'interno di una collaborazione tra il Consultorio Familiare del Distretto di Casalecchio di Reno e la Commissione Pari Opportunità Mosaico nonché con il Tavolo della Mediazione sostenuto da tutti i Comuni del Distretto stesso.

Tale collaborazione si è concretizzata con la nascita, nel 2001, del Progetto "Percorso Nascita e Donne Migranti", che consiste nello sviluppo di una serie di interventi a favore delle donne immigrate, in particolare nell'ambito dell'assistenza alla gravidanza e alla nascita.

In questo senso, accanto a momenti formativi per il personale, si sono svolti numerosi incontri divulgativi nelle comunità territoriali, fino all'organizzazione della presenza di una figura di

mediazione culturale e linguistica, sia negli accessi ambulatoriali che, ove necessari, negli interventi a domicilio.

Il Consultorio Familiare rappresenta per le sue caratteristiche il luogo di contatto privilegiato per raccogliere questo tipo di richieste e bisogni e per svolgere sia funzione di assistenza che di collegamento con le altre strutture sanitarie interessate.

All'interno di questo progetto, al fine di fare il punto della situazione e così impostare efficaci percorsi di miglioramento, si è ritenuto necessario un momento di verifica delle conoscenze del Servizio da parte di una popolazione femminile costantemente in evoluzione, ma anche delle esperienze e del grado di soddisfazione di quella parte di essa che ne usufruisce.

## Contenuti e metodi

Da maggio a settembre 2003 è stato somministrato a 317 donne immigrate un questionario semi-strutturato (v. allegato).

La somministrazione è stata sia di tipo diretto che telefonica, ed è stata effettuata da mediatrici culturali attive nei territori o Comuni di riferimento.

Il territorio interessato comprendeva complessivamente quello del Distretto di Casalecchio di Reno dell'Azienda USL di Bologna, i cui Comuni sono: Casalecchio di Reno, Sasso Marconi, Monte S. Pietro, Zola Predosa, Castello di Serravalle, Savigno, Bazzano, Crespellano, Monteveglio, Anzola Emilia e Calderara di Reno (questi ultimi due dal 1 gennaio 2004 sono passati al Distretto Sanitario Pianura Ovest).

Nel questionario venivano richieste una serie di informazioni riguardanti l'età, il numero dei figli, il Paese di provenienza, il tempo di permanenza in Italia.

Veniva inoltre chiesto alla donna intervistata se conosceva il Consultorio Familiare e, per chi aveva utilizzato il servizio, per quale o quali motivi e quale era il grado di soddisfazione.

## Limiti e cautele

Le donne intervistate sono state individuate in vario modo: attraverso il contatto agli sportelli informativi attivi nei vari Comuni, all'interno dei gruppi di alfabetizzazione e avviamento al lavoro, con canali di conoscenza informale delle mediatrici culturali stesse.

Le modalità di reclutamento adottate per costituire il campione sono state ovviamente influenzate dall'eterogeneità culturale e dalla rapidità delle dinamiche demografiche registrate nella popolazione di riferimento.

Si è quindi rivelato impossibile utilizzare le tecniche classiche della ricerca sociale, con alcune conseguenze:

- a) un primo limite legato al disegno dello studio è stato quindi il mancato criterio di estrazione casuale del campione; tale limite non permette di fornire risultati immediatamente estendibili all'intera popolazione di riferimento;
- b) inoltre, per poter garantire una maggiore copertura del campione, si è scelto di adottare due vie alternative di somministrazione dei questionari: intervista diretta e intervista telefonica (indiretta). Questa duplice via di somministrazione può determinare condizioni di differenti risposte legate esclusivamente al diverso approccio/contesto scelto;
- c) è indubbio inoltre che una certa cautela dovrebbe essere usata nel valutare risposte riferite a concetti, a volte distanti semanticamente e culturalmente da quelli dell'intervistata (ad esempio quello di "soddisfazione"); come pure difficile può essere codificarne di nuovi all'interno delle nostre categorie precostituite.

Dato l'elevato numero dei questionari raccolti ed il carattere esplorativo della ricerca, si può in ogni caso ragionevolmente ritenere che i risultati riguardanti la soddisfazione del servizio consultoriale siano indicativi della reale situazione tra le donne immigrate del Distretto che ne hanno fatto uso.

Sono ovviamente benvenute indagini di verifica e/o approfondimento dei risultati ottenuti con la nostra ricerca.

## Seconda parte - I risultati -

### a) Indicatori numerici

La somministrazione del questionario è avvenuta nel 59% dei casi in forma diretta, mentre nel 41% attraverso la comunicazione telefonica.

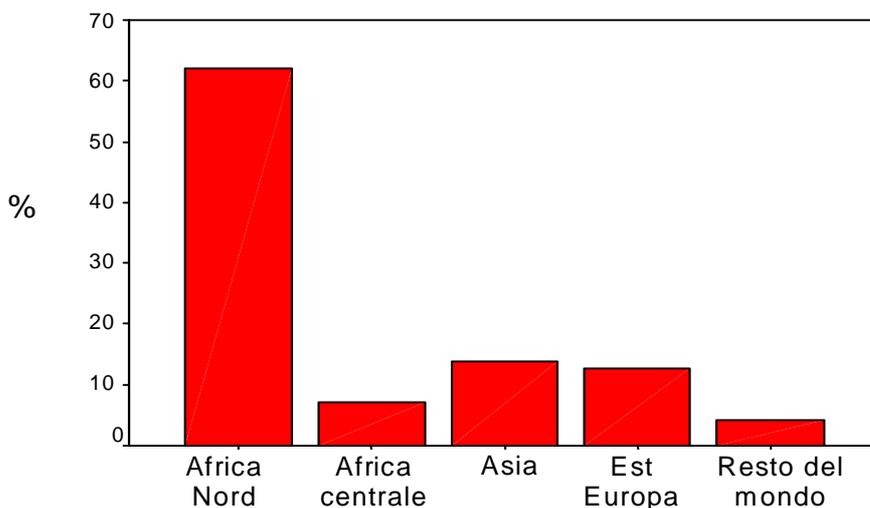
### CARATTERISTICHE DELLE DONNE RISPONDENTI

Il 46% del campione non supera i 30 anni, il 43% ha un'età compresa tra i 31 e i 40, e solo il 12% ha oltre 40 anni (totale intervistate: 317).

Il 62% delle donne proviene dal Nord Africa (v. grafico 1) ed in particolare dall'area maghrebina; segue, come area di provenienza, l'Asia (14%) e l'Europa dell'Est (13%).

Per quanto riguarda la *parità* (vale a dire la condizione in relazione al numero di gravidanze già sostenute), la maggior parte delle donne ha almeno un figlio: in particolare il 13% ne ha più di tre, il 43% due o tre, il 26% uno e solo il 18% è nullipara (mai partorito).

Grafico 1  
Intervistate per area di provenienza (%)



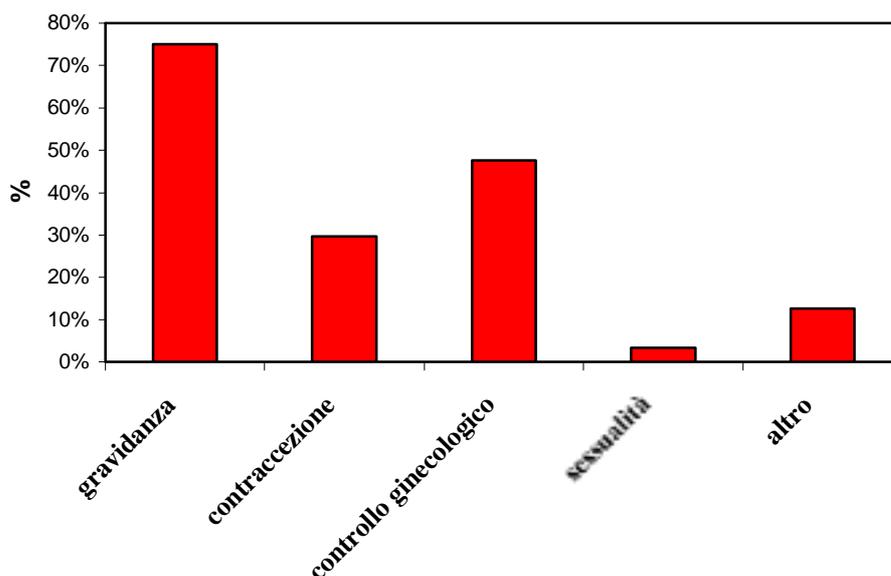
Circa il 69% delle donne rispondenti ha dichiarato di essere presente in Italia da più di 3 anni, mentre solo il 5,7% era nel nostro Paese da meno di un anno.

## L'UTILIZZO DEL SERVIZIO CONSULTORIALE

La grande maggioranza del campione (86%) afferma di conoscere il Consultorio Familiare e, di queste, la quasi totalità (98%) ha usufruito dei servizi messi a disposizione.

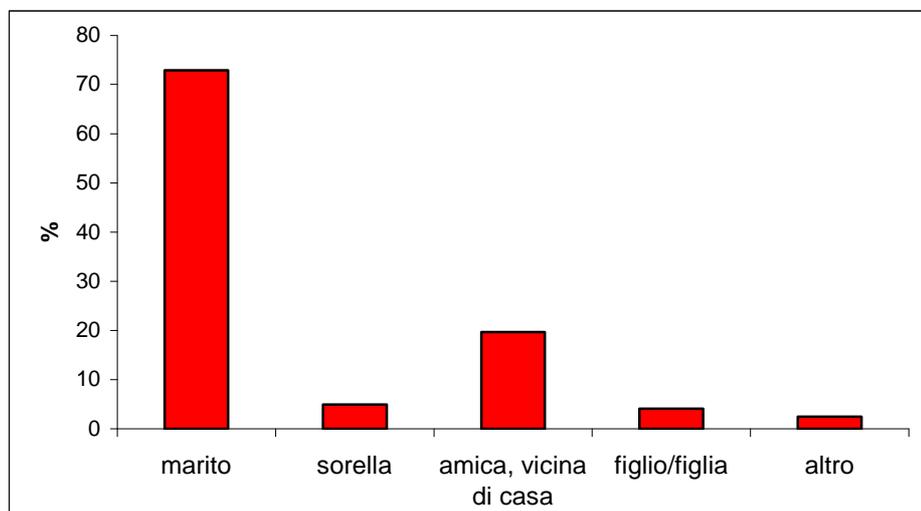
I motivi di utilizzo di questa struttura, da parte delle donne che vi avevano fatto accesso, sono principalmente la gravidanza (75%) e il controllo ginecologico generale (48%); segue la contraccezione con il 30% (v. grafico 2).

**Grafico 2**  
**Motivi di utilizzo del Consultorio Familiare tra le donne che hanno avuto accesso al servizio (%) – possibili più risposte**



Poco più della metà delle donne che ha utilizzato il Consultorio Familiare (55%) vi si è recata da sola; per le rimanenti, il grafico 3 descrive la tipologia di accompagnatore prevalente.

**Grafico 3**  
**Chi ha accompagnato al Consultorio Familiare le donne che non vi si sono recate da sole (%)**



La presenza della figura del marito (73% dei casi) è associata di frequente con l'origine maghrebina dell'intervistata.

Un risultato di rilievo è che soltanto il 62%, tra le donne andate al Consultorio, ha dichiarato che le proprie necessità sono state ben comprese dagli operatori. Per la quasi unanimità del restante 38%, la causa prevalente dei problemi di comprensione da parte degli operatori è di natura linguistica; non a caso, quasi il 90% delle donne afferma che avrebbe gradito la presenza di una figura di mediazione linguistico culturale.

Il giudizio complessivo sul servizio ricevuto è comunque positivo: risulta che l'85% delle donne si ritiene soddisfatta.

## GRADO DI CONOSCENZA DEL SERVIZIO

In merito al *grado di conoscenza* del Consultorio Familiare, l'analisi statistica rivela che esso tende ad aumentare, come atteso, con l'allungamento del periodo di permanenza in Italia e con la presenza di figli:

- le donne che risiedono in Italia da più di tre anni hanno la probabilità quattro volte maggiore di conoscere il Consultorio rispetto a quelle che risiedono da meno tempo (O.R.\* = 4,10 con I.C.\*\* 1,91 – 8,79);
- le donne con 1 o 2-3 figli hanno probabilità maggiore (rispettivamente di circa il 76% e dell'81%) di conoscere il Consultorio rispetto a chi non ha figli.
- Età e area di provenienza non sono invece variabili influenti (occorre comunque considerare le possibili distorsioni dovute alla composizione del campione, che, come si è visto, non è internamente equilibrato ma è in maggior parte maghrebino\*\*\*).

Infine, anche se, come si è detto, il concetto di *soddisfazione* non si sottrae ad una difficoltà di interpretazione, non solo linguistica ma anche culturale, ed è discutibile il livello di comprensione e di codificazione quantitativa si possono fare le seguenti considerazioni:

- le donne residenti da più di tre anni hanno probabilità di essere soddisfatte due volte maggiore delle altre (O.R.= 2,22 con I.C. 1,04 - 4,70); il tempo trascorso nel nostro Paese sembra quindi avere influenza sulla soddisfazione, forse stimolando la consapevolezza dei bisogni o meglio chiaren-

do a quali aspettative si potrà ottenere risposta dal Consultorio;

- età, numero di figli ed area di provenienza non sono variabili influenti;
- le donne accompagnate hanno più probabilità di essere soddisfatte, ma è ininfluente il tipo di accompagnatore;
- chi frequenta il Consultorio per l'assistenza alla gravidanza (O.R. = 2,75 con I.C. 1,04 – 7,21) o per contraccezione (O.R. = 4,12 con I.C. 1,34 – 12,67) è più frequentemente soddisfatto di chi lo utilizza per altre motivazioni.

## b) Considerazioni finali

Il quadro che si ottiene dai risultati, pur nella consapevolezza dei limiti metodologici della ricerca e quindi della sua applicabilità immediata a tutto l'universo di riferimento, offre sicuramente spunti ed informazioni utili alla programmazione dell'attività del nostro Servizio.

Non vi è dubbio che l'interesse e l'ambito di bisogno prevalente delle donne che accedono al Servizio risulti quello dell'*assistenza alla gravidanza* e più in generale al percorso nascita.

La tutela della salute riproduttiva è innegabilmente identificata come quella di maggior investimento e priorità, sia per il ruolo culturalmente assegnato alla famiglia, che per l'oggettiva mancanza, in terra d'emigrazione, di riferimenti essenziali presenti invece nei luoghi d'origine (basti pensare alle reti parentali e di villaggio/vicinato, spesso fondamentali nei Paesi di provenienza ma inevitabilmente di molto ridotte – quando non del tutto assenti, persino – in Italia).

Non a caso, l'assenza pressoché assoluta delle donne immigrate all'interno delle iniziative di sostegno di gruppo, sia prima che dopo la nascita, testimonia di una offerta che tiene ancora troppo poco conto delle differenze di abitudini o dello scarso livello di comprensione culturale e linguistica.

La stessa precisa sensazione di non essere perfettamente comprese, nei reali bisogni manifestati, che viene riferita negli accessi ambulatoriali, non può che accentuare la scarsa fiducia nella partecipazione ad iniziative che basino la loro efficacia su rapporti di relazione, tutti da costruire in un gruppo particolarmente eterogeneo qual è quello delle donne migranti.

E' probabile quindi che la via per una soluzione passi attraverso *modelli nuovi* e non solo tentando di integrare o assimilare queste donne in ciò che ora è disponibile.

Il valore aggiunto della presenza di una *figura di mediazione* dovrebbe sempre essere cercato, soprattutto nel momento in cui avviene la prima conoscenza e si imposta il programma di assistenza.

Allo stesso modo destinare risorse all'*attività domiciliare*, che permettano di raggiungere sistematicamente ogni puerpera nel momento forse più complicato di adattamento alla nuova situazione, non offre solo un intervento personalizzato, ma permette l'attivazione tempestiva della Rete dei servizi sociosanitari, per tutte le possibili condizioni di rischio ed emarginazione.

Ed infine la costruzione di un *tessuto di solidarietà tra pari*, di un progetto di "*peer education*" [v. intervista a seguire], che vada oltre a quello semplicemente amicale, lavorando e rendendo competenti figure conosciute a livello delle comunità, e favorendo la diffusione di informazioni e di scelte appropriate, amplificherebbe in modo naturale i risultati di questo sostegno.

Tutte ipotesi di lavoro che dovranno essere sperimentate, verificate ed eventualmente modificate anche alla luce di *nuove rilevazioni* di cui speriamo questo lavoro preliminare abbia indicato l'ambito.

E' auspicabile, inoltre, che la costruzione di nuovi strumenti di rilevazione si accompagni ad una precisa riflessione sui significati attesi o reali dei concetti o delle situazioni che si vogliono esplorare: sottovalutare il gap di percezione e la *distanza* tra lingue e culture diverse ridurrebbe l'efficacia anche di uno studio statisticamente ineccepibile.

\* ODDS RATIO (O.R.) – L'“Odds ratio” è un termine che non ha corrispondenti in italiano e che può essere reso come “probabilità a favore”. Corrisponde in pratica al rapporto tra il numero di volte in cui l'evento si verifica (o si è verificato) ed il numero di volte in cui l'evento non si verifica (o non si è verificato), all'interno di un gruppo studiato. L'Odds ratio è quindi una misura statistica che mette in relazione questi rapporti tra il gruppo di “valutazione” e quello di “controllo”. Se esso è = 1, i due gruppi si equivalgono; se esso è > 1, il gruppo di valutazione supera quello di controllo; se esso è < 1, è verificato il contrario.

\*\* INTERVALLO DI CONFIDENZA (I.C.) – L'Intervallo di Confidenza è una misura statistica che indica i limiti superiore ed inferiore entro cui il risultato di una misurazione può considerarsi valido (entro una probabilità del 95%, in questo caso). Con l'Odds Ratio superiore all'unità e compreso all'interno dell'intervallo di confidenza dichiarato, l'affermazione acquista significatività statistica.

\*\*\* Inoltre, il tipo di reclutamento adottato tende verosimilmente a sottostimare la quota di soggetti che non conosce il Consultorio Familiare. Da questo punto di vista, pertanto, risultano maggiormente attendibili i dati che riguardano il livello di soddisfazione di chi ne ha usufruito.

## c) Intervista di approfondimento ai referenti del progetto “Percorso Nascita e Donne Migranti” (Claudio Veronesi e Letizia Lambertini)

### VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA: MOTIVAZIONI, CARATTERISTICHE E LIMITI

*Cosa vi è rimasto, a distanza di un anno dalla conclusione della ricerca, di quest'esperienza? Quale la vostra valutazione rispetto ai suoi contenuti?*

**V.** – Perché abbiamo fatto una ricerca di questo tipo? Nell'ambito del progetto generale “Percorso Nascita e Donne Migranti”, noi avevamo innanzitutto bisogno di indicatori che potessero fare verifica delle attività realizzate. Ci siamo però resi conto di quant'è arduo trovare indicatori nell'assistenza sanitaria in generale (di attività, di risultato, di salute...); in un settore come il nostro lo è ancora di più e richiederebbe delle risorse al di là di quelle a nostra disposizione. Abbiamo quindi avviato questo lavoro sia per mettere insieme uno strumento che ci potesse essere utile per fare cose differenti nel futuro, sia, allo stesso tempo, per provare a riflettere su quanto avevamo impostato.

C'è anche un'altra ragione: cominciare a produrre del materiale bibliografico e di ricerca sul rapporto tra donne migranti e consultorio familiare – un ambito piuttosto povero da questo punto di vista.

Discutendo con l'Osservatorio epidemiologico dell'Azienda USL di Bologna, abbiamo compreso – ex post – i limiti scientifici della nostra ricerca.

Alcuni di questi limiti avrebbero potuto essere superati nella costruzione del campione. I contatti con le intervistate, nel nostro caso, sono stati realizzati, sia direttamente che telefonicamente, da parte della mediatrice. Il reclutamento è stato influenzato da ciò.

Prima di iniziare la fase di rilevazione, pur nella consapevolezza delle nostre limitate risorse, un contatto di verifica con esperti nel campo della ricerca sociale sarebbe stato fondamentale per evitare questi errori.

Il campione ha comunque una buona numerosità.

Per raggiungere un campione di tale dimensione sono state fatte delle scelte quasi ‘obbligate’: abbiamo ad esempio preso le etnie più facilmente raggiungibili, sia per la disponibilità di mediatrici dello stesso gruppo, sia per i nostri luoghi. Nel campione è prevalente la popolazione maghrebina.

**L.** – Per me ‘fare ricerca’ è un elemento fondamentale dell'attività sociale: non c'è possibilità di sviluppo di interventi sociali significativi se non c'è parallelamente un'attenzione alla ricerca sufficientemente chiara, approfondita e seria.

Allo stesso tempo, ritengo che per lavorare su determinate categorie di interventi e su determinati target i riferimenti di ricerca consuetamente adottati presentino dei grossi limiti. Lo standard di ricerca sociologico ha dei grossi limiti in merito, perché il sistema di riferimento è costruito all'interno della cultura occidentale – a livello di impostazione, di supposizione – che è importante, affinché si dica dell'imparzialità dell'indagine – ancor prima che di meto-

dologia. In questo senso, gli strumenti di tipo antropologico hanno maggiore utilità, benché non siano altrettanto ‘scientificizzabili’, né altrettanto leggibili in canoni e codificazioni – ovvero l'impianto di ricerca prevalente nel mondo occidentale, quello che siamo più abituati a leggere e comprendere.

A mio parere è irrisolto questo grosso interrogativo generale. Ciononostante rimane aperto il problema di un confronto realistico con le esigenze di valutazione del nostro sistema, che chiede determinate risposte, che non vanno evase... perché il rischio, altrimenti, potrebbe essere quello di dire: siccome i nostri criteri di valutazione non stanno su quel target, allora non possiamo fare alcuna valutazione. Lo sforzo di fare delle serie valutazioni va assolutamente confermato. Per questo motivo, nonostante alcune titubanze iniziali ed in corso d'opera, ho accettato di collaborare a questa ricerca.

Un limite particolare della nostra ricerca, che è di impianto sociologico, è che essa non può prescindere dall'attività di mediazione: la mediazione è il fulcro del nostro progetto. Ma l'attività di mediazione è di per sé falsante quando chi svolge compiti di mediazione coincide – necessariamente – con chi intervista; inoltre, non si tratta di un'intervistatrice vera e propria (neutrale, imparziale), ma è una mediatrice, è identificata per questo ruolo, le aspettative del Servizio e delle utenti sono di un certo tipo.

Ciò inficia il nostro lavoro? Io credo che, piuttosto, ciò crei una contraddizione molto interessante, tra l'approccio sociologico e quello antropologico. Questa riflessione andrebbe approfondita e confrontata con esperti del campo.

**V.** – Il reclutamento ‘attivo’ da parte della stessa persona in quanto mediatrice e intervistatrice è indubbiamente un grosso fattore di confondimento, perché c'è anche il problema, non specifico delle donne migranti, per cui la persona che hai davanti, che ti fa le domande, è in ogni caso vista come ‘vicina’ o ‘tramite’ della struttura che si vuole valutare.

La numerosità del campione ci permette forse di superare una parte di questo problema, ma non completamente.

**L.** – Io non vorrei tenere tale problema solo come obiezione, bensì come elemento inevitabile, che mi interessa accogliere nella sua contraddittorietà, visto che noi accettiamo di fare una ricerca che ha un impianto sociologico.

Io penso che questo dato di fatto non sia solo un problema ma un elemento inevitabile, che mi interessa accogliere nella sua contraddittorietà.

## RISULTATI ED INTERPRETAZIONI

### *Quali i risultati principali della ricerca?*

**V.** – Uno dei risultati della ricerca che mi ha colpito di più è la percentuale estremamente elevata di donne che, pur avendo una soddisfazione abbastanza elevata, alla fine dice comunque di essere convinta di non essere stata compresa appieno dal Servizio (più del 60%).

Non abbiamo degli indicatori di confronto con le donne italiane a questo riguardo: non è quindi facile rispondere alla domanda se tale livello di incomprensione è soltanto delle straniere o se, al contrario, è proprio di tutte le donne. Forse per presunzione, pensiamo però che le italiane non abbiano un tale vissuto – non fosse altro perché la nostra struttura si pone per definizione in una situazione di ascolto, molto diversamente quindi dalle strutture di offerta specialistica.

**L.** – Uno dei risultati più interessanti è, secondo me, la diffusa conoscenza dell'esistenza del Consultorio Familiare – per due ragioni: la cura di sé, a livello individuale, e la polarità del Servizio, a livello sociale.

Gli altri due elementi di rilievo sono: la risposta alla domanda sull'accompagnamento al Servizio da parte di familiari, parenti e/o amiche e l'utilità attribuita alla figura della mediatrice all'interno del Consultorio.

### *Vi aspettavate che il 55% delle intervistate si era recata da sola al Consultorio?*

**L.** – Sinceramente no, almeno secondo la mia osservazione personale, dall'esterno. Io credevo che la maggioranza delle donne straniere andasse accompagnata al Servizio.

**V.** – Nemmeno io me lo aspettavo, da osservatore interno al Servizio.

### *Come interpretare questo 55% ?*

**V.** – Va richiamata la diffusione territoriale dei luoghi di accesso al Servizio, questa è una condizione favorente a che la donna vi si rechi autonomamente, negli orari suoi disponibili, senza grandi difficoltà di spostamento con i mezzi pubblici. Abbiamo strategicamente scelto di impostare il nostro Servizio in questo modo, date le caratteristiche del nostro territorio di riferimento. Queste condizioni hanno favorito l'accesso senza accompagnamento. Inoltre, eravamo forse un po' pessimisti... il concetto di Consultorio Familiare pare invece ben radicato.

### *Parliamo del concetto di 'soddisfazione'. Nel report che avete scritto traspare una certa cautela nell'interpretare questi dati, in quanto avanzate l'ipotesi che tale concetto è culturalmente connotato. Cosa significa?*

**L.** – Il principio di soddisfazione è un principio soggettivo, connesso ad elementi di valutazione assolutamente personali e fortemente influenzati dalle culture di appartenenza e di insistenza. Se una donna ci dice che è soddisfatta di una determinata cosa, noi dobbiamo comprendere cosa ciò si-

gnifichi per lei, cosa sono per lei lo 'stare bene' e lo 'stare male'.

### *E' quindi un concetto inutilizzabile?*

**L.** – Secondo me è un concetto molto complicato. E' questo uno dei limiti della ricerca sociologica. Una ricerca di impianto antropologico funzionerebbe molto meglio: oltre che per dirci qualcosa sul livello di soddisfazione, anche per dirci qualcosa sul senso del parlare di 'livello di soddisfazione'.

**V.** – E' complicato sondare il livello di soddisfazione anche delle donne italiane, specie se si utilizzano, come abbiamo fatto noi, domande molto dirette.

**L.** – Cosa intendo per approccio antropologico? Quello narrativo, autobiografico, ad esempio. Secondo me avrebbe un'utilità anche in termini di valutazione dei servizi. Però bisognerebbe sperimentarsi un po' in questo campo, è necessario un lavoro di compenetrazione tra lavoro sociologico e lavoro antropologico - che non si riduce semplicemente nel fare alcune domande aperte all'interno di una serie di domande chiuse, è qualcosa di più...

### *Ipotizzate che le donne del vostro campione abbiamo sovravalutato il loro livello di soddisfazione?*

**L.** – Non hanno narrato la propria soddisfazione e insoddisfazione, hanno solo dato una risposta. Non possiamo comprendere cosa loro intendano per 'soddisfazione' – questo 'oggetto oscuro'... Magari avremmo raccolto altre risposte utilizzando altri termini, oppure frasi invece che singole parole...

### *Sopravalutato il proprio livello di soddisfazione?*

**L.** – Certamente noi abbiamo a che fare con donne che, in riferimento al concetto di partecipazione, provengono in larga parte da regimi non compiutamente democratici. L'essere poste di fronte ad una serie di domande del genere può ad esempio determinare in loro una sorta di blocco totale rispetto alla possibilità di dire che certe cose non vanno bene... Reazioni ed atteggiamenti diversi, complessi, che andrebbero meglio compresi con i tempi debiti, come: "Se dico che quella cosa non va bene, non la fanno più e non ci posso più tornare. E' quindi sempre meglio dire che va bene, perché tutto sommato prendo quello che mi interessa ed almeno quello c'è".

Non dico che bisogna solo fare 'narrazione' ("Adesso ognuno parla di sé"); sono d'accordo che è opportuno giungere a delle valutazioni in qualche modo oggettivabili, è però necessario farlo all'interno di un quadro di riferimento che sappia mettere in discussione, sia in grado di criticare questa 'oggettività'.

**V.** – Qualunque sistema di valutazione deve tenere conto di chi lo userà: non solo noi operatori, ma anche chi decide le risorse.

## CONCLUSIONI OPERATIVE

### ***Quali conseguenze per il vostro lavoro a partire dai risultati della ricerca?***

**L.** – Come dicevamo, la ricerca si colloca a progetto sperimentalmente avviato. Rispetto al suo consolidamento, è fondamentale la consapevolezza che ci deriva dalla ricerca riguardo all'importanza della presenza di una mediatrice disponibile, al Consultorio, per le donne che lo ritengono opportuno. E' confermata la validità di questa scelta.

Dal punto di vista operativo, abbiamo quindi proceduto, politicamente parlando – tra i Comuni della Commissione Mosaico –, al consolidamento di questo tipo di intervento con un numero maggiore di ore mensili per ogni Punto servizio.

**V.** – Anche in ragione della ricerca, noi abbiamo cambiato di recente una serie di protocolli interni organizzativi rispetto al primo colloquio del Percorso Nascita. Alla prima accoglienza viene ora dedicato molto più tempo di anni fa (un'ora invece che 20 minuti, dopo un vero e proprio accordo telefonico invece che una mera prenotazione generica). Abbiamo pensato di concentrare l'offerta di mediazione proprio in tale occasione, che ci pare quella a maggior valore aggiunto.

***Uno degli spunti che proponete, a commento dei risultati ottenuti, riguarda l'opportunità-utilità di favorire un tessuto di solidarietà sociale. Cosa significa questa proposta alla luce del fatto che parte di queste donne presenta invece delle reti sociali piuttosto frammentate – almeno in comparazione con quelle amicali, di vicinato, parentali più evidenti nel Paese di origine?***

**L.** – Lo sradicamento provoca certamente la riduzione e/ l'allentamento di una serie di legami tra pari. E' però anche vero che il ritrovarsi sole in una situazione altra rispetto alla propria crea anche una serie di legami 'pari', di rapporti di solidarietà – non più parentali, né di clan. A volte tali nuovi legami sono scelti, altre volte sono invece dovuti, perché si ricostituiscono le comunità di appartenenza, nei confronti delle quali c'è una sorta di debito – con la compaesana, con la connazionale...

Una rete di pari esiste, quindi, all'interno del tessuto nel quale lavoriamo. Per noi questo è un riferimento importante, che non va sottovalutato.

Vorremmo che questo progetto di *peer education* tra donne fosse promotore di percorsi di accompagnamento della maternità, per 'farcela', per non essere abbandonata, sia nei mesi di gestazione che in quelli immediatamente dopo la nascita (ad esempio l'allattamento).

Questa idea poggia su una serie di dinamiche che abbiamo potuto toccare con mano in altre occasioni, come in occasione dei corsi di alfabetizzazione e di formazione professionale. Abbiamo osservato, all'interno di questi progetti, che tali dinamiche non hanno coinvolto soltanto donne di una medesima appartenenza culturale, ma anche in forma trasversale – ad esempio tra donne italiane e straniere.

Abbiamo cominciato a riflettere su un progetto di questo tipo a partire anche dalla difficoltà, ancora una volta, di conciliare una impostazione culturale come la nostra, occidentale, all'interno della quale il riferimento all'*education* quale trasmissione del sapere porta con sé una serie precisa di aspettative, immaginazioni che non hanno forse niente a che fare con l'*education* in altri modelli (passa-parola, suggestione, obbligazione...).

Stiamo poi pensando a cosa significhi *peer*: Chi è il *peer*? E' solo la donna straniera, oppure può essere anche italiana, ad esempio? Di quale gruppo sociale, visto che categorie apparentemente omogenee (le arabe, ad esempio) sono in realtà articolate al proprio interno (le marocchine, le tunisine, le egiziane, le palestinesi...)? Quali specificità e, invece, quali elementi trasversali, convergenti?

**V.** – Operativamente, in questa fase sperimentale con risorse non rilevanti, lanciare un progetto di *peer education* significa iniziare a sondare questo 'calderone' di possibilità. Identificare quindi un numero piccolo – due o tre – donne-pari su cui investire i nostri saperi, ognuno per la sua parte (ostetricia e assistenza sanitaria, innanzitutto); svolgere un'attività informativa-formativa ed, allo stesso tempo, di grande supporto del loro percorso – di presenza nel percorso, di supervisione attiva, di contatto diretto con le donne migranti.

**L.** – E' un campo anche per noi completamente nuovo, su cui siamo ancora in fase pre-realizzativa. Stiamo lavorando sui presupposti e sui concetti, anche attraverso la discussione con le mediatrici con cui lavoriamo.

***Mediatrice culturale e peer educator: quali gli elementi divergenti e quali quelli sovrapponibili?***

**V.** – Io sostengo fortemente l'idea che la mediatrice non possa essere peer educator. La mediatrice ha un ruolo delicatissimo di 'ponte' tra Istituzione e popolazione immigrata; la peer educator è invece una persona 'in situazione', senza riferimenti altrettanto espliciti all'Istituzione. Di certo, il ruolo di formazione e supervisione delle peer rimarrebbe dell'Azienda USL, ma si tratta di un rapporto molto diverso da quello di appartenenza della mediatrice nei confronti dell'Istituzione. La mediatrice è una figura interna alla Istituzione, è assunta dalla Istituzione; la peer avrebbe invece un contratto diverso, di collaborazione esterna: il contesto è quindi diverso anche dal punto di vista giuridico, sono diversi gli impegni e gli obblighi nei confronti dell'Istituzione.



## I principali ambiti operativi della COMMISSIONE PARI OPPORTUNITA' MOSAICO

### - Servizio di consulenza legale

Disponibilità di un'avvocata specializzata in diritto di famiglia (e con conoscenza di elementi di diritto di famiglia islamico) per colloqui individuali o di coppia.

### - Formazione e orientamento al lavoro

- a) Di base: un corso di formazione al lavoro di cura della casa e della persona (baby-sitting e assistenza agli anziani) è gestito annualmente in proprio dalla Commissione Mosaico con il contributo docente di figure operanti a vario titolo nei servizi del territorio (bidelle cuoche, educatrici, assistenti sociali, assistenti domiciliari, infermiere...). Il corso si rivolge a donne disoccupate straniere e italiane, è tutorato, per tutta la sua durata, dalla coordinatrice della Commissione e supportato da un servizio di orientamento al lavoro, riservato esclusivamente alle partecipanti al corso, per l'organizzazione del collegamento tra domanda e offerta in rapporto al lavoro di cura della casa e della persona. Il corso si realizza a turno in uno dei Comuni della Commissione e ha durata di otto settimane (3 giorni la settimana per 3 ore al giorno).
- b) Avanzata: istituzione di contratti di lavoro per donne immigrate del territorio, all'interno delle amministrazioni locali (mediazione linguistica in affiancamento ai servizi) con l'intento di offrire forme di qualificazione del loro ruolo professionale e attività di affiancamento formativo.

### - Osservatorio Permanente sull'Immigrazione

Rilevazione e analisi annuale dei dati statistici relativi alla popolazione migrante nel suo rapporto con quella nativa. La ricerca è riferita al territorio del Distretto di Casalecchio di Reno.

### - Alfabetizzazione

Organizzazione di 12 moduli annuali di insegnamento della lingua italiana e di alfabetizzazione sociale rivolti ad adulte e adulti straniere/i.

### - Mediazione linguistica e culturale

Con particolare riferimento all'utilizzo dei servizi sociali, sanitari e scolastici nonché per la divulgazione di informazioni e regolamenti delle pubbliche amministrazioni in particolare in materia di demografia, polizia e tributi. Traduzione scritta e interpretato in affiancamento ad operatrici ed operatori dei servizi.

### - Progetto Semenzaio

Luogo di incontro per donne italiane e straniere organizzato attorno all'attività catalizzante della sartoria (una sarta professionista è la figura legante il gruppo). Non è un corso ma un luogo ad accesso libero (e anche saltuario) per donne (e rispettive figlie/i) desiderose di uscire di casa, di socializzare, di farsi conoscere, di acquisire competenze anche in prospettiva di successivi percorsi formativi.

*Progetto Semenzaio* è attivo presso i Comuni di Castello di Serravalle e di Zola Predosa da ottobre ad aprile e si svolge due mattine alla settimana.

### - Progetto Alla scoperta della differenza

Formazione per insegnanti e laboratori per classi materne, elementari, e medie inferiori di educazione alla differenza e alla relazione con particolare riferimento a quella di genere come chiave di accesso a tutte le altre differenze e relazioni.

### - Progetto La casa sul filo

Informazione e sensibilizzazione sul fenomeno della violenza intra-familiare per operatrici/operatori degli ambiti sociale, sanitario, educativo e della sicurezza mediante l'utilizzo di un cd rom interattivo.

#### Per informazioni:

Tel. 051/670.27.20

Fax 051/670.23.67

E-mail: [pariopportunita@comune.monteveglio.bo.it](mailto:pariopportunita@comune.monteveglio.bo.it)

## ALLEGATO 2

### Attività del Consultorio Familiare del Distretto di Casalecchio

Dati di attività delle principali prestazioni dei Consultori Familiari del Distretto di Casalecchio di Reno, raggruppati per aree di intervento, anni 2003 e 2004 (n. e %)

	2003	2004	diff. %
Accessi di tipo ginecologico	9.682	9.751	0,7
Accessi di tipo ostetrico	2.326	2.936	26,2
Accessi per contraccezione	987	1012	2,5
Utenti Consultorio Giovani	123	140	13,8
Utenti Spazi Mamma	217	217	0
Utenti Corsi di Preparazione alla Nascita	144	144	0

Utenti dei Consultori Familiari del Distretto di Casalecchio di Reno, raggruppati per archi di età, totali e straniere, anni 2003 e 2004 (n. e %)

	2003			2004			utenti	
	totale	di cui immigrate	% immigrate	totale	di cui immigrate	% immigrate	totali diff. %	immigrate diff. %
fino a 18 anni	98	2	2	98	2	2	0	0
tra 19 e 29 anni	870	149	17,1	945	205	21,7	8,6	37,6
tra 30 e 39 anni	1189	125	10,5	1.249	133	10,6	5	6,4
tra 40 e 49 anni	961	23	2,4	974	25	2,6	1,4	8,7
tra 50 e 54 anni	892	3	0,3	828	6	0,7	-7,2	100
65 anni e oltre	701	-	0	656	1	0,2	-6,4	-
<b>TOTALE</b>	<b>4.711</b>	<b>302</b>	<b>6,4</b>	<b>4.750</b>	<b>372</b>	<b>7,8</b>	<b>0,8</b>	<b>23,2</b>

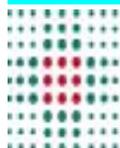
Gravidanze in carico ai Consultori Familiari del Distretto di Casalecchio di Reno, totali e straniere, anni 2003 e 2004 (n. e %)

	2003		2004		utenti totali diff. %	immigrate diff. %		
	di cui immigrate	% immigrate	di cui immigrate	% immigrate				
<b>TOTALE</b>	<b>256</b>	<b>74</b>	<b>28,9</b>	<b>401</b>	<b>142</b>	<b>35,4</b>	<b>56,6</b>	<b>91,9</b>

Certificazioni Legge 194/78, totali e straniere, anni 2003 e 2004, Consultori Familiari del Distretto di Casalecchio di Reno (n. e %)

	2003		2004		utenti totali diff. %	immigrate diff. %		
	di cui immigrate	% immigrate	di cui immigrate	% immigrate				
<b>TOTALE</b>	<b>103</b>	<b>30</b>	<b>29,1</b>	<b>83</b>	<b>40</b>	<b>48,2</b>	<b>-19,4</b>	<b>33,3</b>

## ALLEGATO 3



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
**Azienda USL di Bologna**

**DISTRETTO DI CASALECCHIO DI RENO**  
**Consultorio Familiare**

**COMMISSIONE  
PARI OPPORTUNITA'  
MOSAICO**

### Progetto "Percorso Nascita e Donne Migranti"

**Questionario sulla conoscenza,  
accessibilità e gradimento  
delle attività del Consultorio Familiare**

Data: [ \_\_\_\_\_ ]

**A) Somministrazione:**

- diretta
- telefonica

**B) Età**

- < 20 anni
- 20-30
- 31-40
- > 40

**C) Numero di figli**

- 0
- 1
- 2-3
- > 3

**D) Paese di provenienza**

- Africa settentrionale
- Africa centrale
- Asia
- Europa dell'Est
- Resto mondo

**E) Da quanto tempo in Italia**

- < 1 anno
- da 1 a 3 anni
- > 3 anni

**F) Conosci il Consultorio Familiare?**

- sì
- no

**G) Se no, (breve descrizione del servizio) pensi che potrebbe esserti utile?**

- sì
- no

**H) Se sì, prevalentemente per quali motivi? (una sola risposta)**

- gravidanza
- contraccezione
- controllo ginecologico
- sessualità
- altro [\_\_\_\_\_]

**I) Se no, perché?**

- torna al Paese d'origine
- costi
- lingua
- altro [\_\_\_\_\_]

**L) Se sì, ci sei stata?**

- sì
- no

**M) Se sì, per quali motivi? (anche più risposte)**

- gravidanza
- contraccezione
- controllo ginecologico
- sessualità
- altro [\_\_\_\_\_] (sterilità, pap-test... )

**N) Sei andata sola?**

- sì
- no

**O) Se no, con chi?**

- marito
- sorella
- amica, vicina di casa
- figlio, figlia
- altro [\_\_\_\_\_] (mediatrice)

**P) Pensi che le operatrici abbiano capito bene le tue necessità?**

- sì
- no

**Q) Se no, perché?**

- problema linguistico
- problema culturale
- poco tempo
- il ginecologo era maschio
- altro [\_\_\_\_\_]

**R) Sei uscita soddisfatta?**

- sì
- no

**S) Ti avrebbe fatto piacere se fosse stata presente in ambulatorio una Mediatrice?**

- sì
- no

**T) Compilatrice**

- Saadia Lafhimi (7 Comuni)
- Naajia (Anzola Emilia)
- Sonia Arbi (Casalecchio di Reno e Sasso Marconi)
- Leyla Dauki (Calderara di Reno)

A cura di:

**Claudio Veronesi** (Consultorio Familiare - Distretto di Casalecchio di Reno),  
**Letizia Lambertini** (Commissione Pari Opportunità Mosaico),  
**Paolo Pandolfi** (Osservatorio Epidemiologico Azienda USL di Bologna),  
e **Barbara Pacelli** (Osservatorio Epidemiologico Azienda USL di Bologna).

Il rapporto è stato curato da: **Raffaele Lelleri**

Grafica e Editing: **Eugenio Gentile**

Stampa: *Centro Stampa della Provincia di Bologna*

**Con il contributo di:**

Sonia Arbi	Comune di Casalecchio di Reno
Naja Belkhiri	Comune di Anzola Emilia
Leyla Dauky	Comune di Calderara di Reno
Saadia Lafhimi	Commissione Pari Opportunità Mosaico
M. Pia Masti	Consultorio Familiare Distretto di Casalecchio di Reno

I materiali dell'Osservatorio sono su Internet al sito:  
[www.provincia.bologna.it/immigrazione](http://www.provincia.bologna.it/immigrazione)  
alla pagina Documenti

**COMUNE, PROVINCIA, PREFETTURA-U.T.G. DI BOLOGNA**

**OSSERVATORIO PROVINCIALE DELLE IMMIGRAZIONI**

Via A.Finelli 9/A, 40126, Bologna  
presso il Servizio Sicurezza Sociale e Sanità della Provincia di Bologna

Tel.: 051-659.8992/91 Fax: 051- 659.8620

E-mail: [raffaele.lelleri@nts.provincia.bologna.it](mailto:raffaele.lelleri@nts.provincia.bologna.it)

[eugenio.gentile@nts.provincia.bologna.it](mailto:eugenio.gentile@nts.provincia.bologna.it)