



# Si fa presto a dire startup

Una **startup** è una nuova impresa che presenta una forte dose di innovazione e che è configurata per crescere in modo rapido secondo un *business model* replicabile e scalabile. Può essere innovativa sia per quanto riguarda il modello di business in sé, sia per il livello di innovazione dei suoi prodotti o servizi. Con l'aggettivo "scalabile" si intende un business che può aumentare le sue dimensioni – e quindi i suoi clienti e il suo volume d'affari – in modo anche esponenziale senza un impiego di risorse proporzionali.

La startup, per essere tale, deve essere quindi in grado di sfruttare le economie di scala.

Per business model "replicabile" si intende un modello che può essere ripetuto in diversi luoghi e in diversi periodi senza essere rivoluzionato e solo apportando piccole modifiche.

Non a caso, inizialmente venivano definite startup solo quelle altamente tecnologiche attive nel web o nel digitale. Solo successivamente, il termine è stato esteso anche alle nuove imprese innovative operanti nella manifattura.

La definizione di startup come società innovativa, scalabile e ripetibile è attribuita a Steve Blank, imprenditore seriale della Silicon Valley e autore di bestsellers in tema come: *The Startup Owner's Manual*. Il termine non va confuso con la fase di "startup" di un'impresa, che indica la prima fase di vita

dell'azienda, in cui l'imprenditore comincia a delineare i processi organizzativi e gli investimenti.

Ed è anche questa l'accezione che viene usata quando si parla di investimenti. La fase di "startup" è quella appunto della nascita dell'azienda, durante la quale il prodotto o servizio viene sviluppato, se possibile brevettato, e viene sviluppata la strategia di marketing. Durante questa fase, generalmente, i finanziamenti provengono da *business angels* o *venture capitalist* che accettano di partecipare al rischio di impresa solo in cambio di quote. Trattandosi di investitori che necessitano di vedere remunerato il capitale investito, l'obiettivo naturale della startup è la cessione della stessa a un'azienda più grande oppure la quotazione in Borsa: solo così chi ha investito sulla nuova impresa può realizzare una rendita e sentirsi spinto a nuovi investimenti.

In senso lato, infine, fare startup coincide anche con l'attitudine a innovare e a rimettersi in gioco inventandosi un lavoro in proprio. È anche per questo che la scena delle startup è finita sotto la lente d'ingrandimento dei mezzi di informazione.

Steve Blank spiega come non tutte le startup siano uguali: esistono almeno sei tipologie differenti di startup, e per ciascuna di esse ci sono caratteristiche peculiari di cui tener conto: lifestyle, piccole dimensioni, scalabile, acquisibile, sociale e all'interno di una grande azienda. I fondatori di queste aziende sono tutti imprenditori, ma ci sono differenze significative tra le persone da coinvolgere, gli strumenti di finanziamento e le strategie da mettere in pratica. Se non si tengono presenti queste differenze, scrive Blank, si abbassano le probabilità di successo. Analizzandole una a una troviamo la *Lifestyle Startup: Work to live their Passion*, la classica start up nate per far vivere il fondatore della sua passione. Gli imprenditori lifestyle sono paragonati ai surfisti californiani, che danno lezioni di surf per pagare le bollette in modo da poter stare un po' di più in

acqua. La seconda categoria è quella che Blank definisce *Small-Business Startups: Work to Feed the Family*. Si tratta della maggioranza delle startup presenti, nelle quali l'imprenditore è colui che gestisce direttamente l'attività. Persone che investono il proprio capitale nel business (o quello preso in prestito da familiari e amici, o dalle banche), assumendo familiari o persone del luogo come dipendenti. Spesso queste attività sono a malapena redditizie, ma nella maggior parte dei casi i loro imprenditori sono quelli che Blank definisce più rappresentativi del concetto di "imprenditorialità", in quanto lavorano con passione e dedizione creando nuovi posti di lavoro a livello locale. L'autore prosegue con le *Scalable Startups: Born to Be Big*, le startup che tutti gli imprenditori e venture capitalist della Silicon Valley sognano. Concepite con l'idea di diventare grandi imprese nelle quali tutto viene progettato in modo che ci siano processi definiti, percorsi di crescita, ruoli e responsabilità distribuite, divisioni operative che curino i vari aspetti da gestire nel momento in cui i volumi di clientela aumenteranno.

Questa è stata la storia di Google, Facebook, Amazon, ma anche di imprese italiane come Omnitel (diventata poi Vodafone), Wind, Italo. Negli ultimi anni è comparsa una nuova categoria di start up, nascente già con l'idea di essere venduta a imprese più grandi. Sono start up definite *Buyable*: costruiscono un modello di business offrendo un prodotto, ma più spesso offrendo un servizio, che risolve un problema o crea delle soluzioni strategiche per grosse multinazionali esistenti. Un esempio famoso è il caso di WhatsApp acquistato da Facebook per 19 miliardi di dollari. Grande attenzione viene dedicata poi alle *Social Startups: Driven to Make a Difference*. Sono start up sociali guidate da imprenditori che non hanno nulla da invidiare ai loro colleghi di altri settori, in termini di ambizione, passione e voglia di raggiungere gli obiettivi prefissati. La differenza rispetto alle startup scalabili sta nel fatto che il loro obiettivo è,

appunto, sociale, senza interessi legati a quote di mercato o creazione di ricchezza per i fondatori. Possono essere delle no profit, for profit o ibride, offrono un prodotto o servizio di utilità sociale in modo economicamente organizzato. In Italia si potrebbe fare riferimento alle Onlus, alle cooperative classiche, mentre nel mondo abbiamo alcuni esempi di imprese sociali di grande rilevanza come Wikipedia, Greenpeace, Medici senza frontiere

Infine, nel suo libro, Blank spiega quali sono le caratteristiche delle *Large-Company Startups: Innovate or Evaporate*. Esse nascono dalla constatazione che il ciclo di vita di una grande azienda è finito e, negli ultimi anni, decisamente sempre più breve rispetto al passato. Ormai è chiaro che l'approccio *lean* non è più da riservare esclusivamente alle startup: si tratta di regole e politiche che sono molto utili anche per le grandi aziende già consolidate. Non è più sufficiente, infatti, concentrarsi sull'esecuzione e il miglioramento del modello esistente: per sopravvivere nel nuovo contesto economico, le grandi aziende devono puntare ad un approccio innovativo, che riesca a dar vita a nuovi modelli di business attraverso il ricorso a nuovi processi organizzativi e nuove competenze. Da qui l'esigenza di creare "incubatori" all'interno delle grandi imprese che siano fonte di innovazione permanente. Laboratori interni che hanno "licenza di innovazione" con il compito di trovare nuovi prodotti o servizi che consentano alle grandi imprese di rimanere sul mercato anche dopo che il ciclo di vita dei loro prodotti di punta è terminato.

Ovviamente, tra tutte le tipologie di startup, differenti in termini di obiettivi di mercato, team di lavoro e strumenti di finanziamento, c'è un punto in comune: quello del debutto nell'economia mainstream e nel tessuto sociale dei territori. Bisogna quindi cambiare il punto di vista "classico" secondo cui le startup vanno trattate come versioni "in piccolo" delle aziende consolidate e prevedere approcci e strategie

innovative che si adattino al nuovo contesto economico e siano il più possibile ripetibili e scalabili tenendo presente che all'acquirente spetta l'ultima parola. Dove trova valore, competenza e un servizio diverso e migliore? Le definizioni di startup sopra esposte sembrano indicare la risposta.

---



## **Il genere della salute**

L'approccio "neutrale" della medicina, "indifferente" rispetto alla differenza sessuale, si è evidenziato a lungo nell'ambito della sperimentazione dei farmaci. La ricerca biomedica nei decenni trascorsi ha teso a riflettere prevalentemente una prospettiva maschile, assimilando la donna all'uomo, fatte salve alcune particolari specializzazioni. Molti ricercatori e medici in taluni capitoli della patologia umana non hanno tenuto adeguatamente in considerazione le differenze tra i sessi per quanto riguarda lo studio delle sintomatologie, l'accertamento delle diagnosi e l'efficacia dei trattamenti. Tale mancata considerazione delle differenze sessuali si inserisce nell'ambito di una ricerca che tende alla generalizzazione dei fenomeni organici, anch'essa peraltro necessaria, non prestando sempre sufficiente attenzione alle differenze, oltre che di sesso, anche di età (si pensi ai minori e agli anziani), di disabilità e di etnicità. È doveroso tuttavia segnalare che non solamente una clinica più

“matura”, ma anche una ricerca più attenta, offrono sempre di più esempi di maggiori equilibri nella formulazione dei protocolli e i relativi arruolamenti dei soggetti. Inoltre, una medicina di genere assume un valore importante non solo per l’appropriatezza delle cure, mirate per ogni individuo, ma anche per il risparmio di risorse che ne deriva. Negli anni Settanta e Ottanta del Novecento negli Stati Uniti ci si rese conto che per l’erronea convinzione della perfetta equivalenza tra i sessi in campo medico, le donne non ricevevano terapie adeguate. Grazie a ricercatrici come Marianne J. Legato, fondatrice e direttrice della [Partnership for Gender-Specific Medicine](#) presso la [Columbia University](#), si intraprese un’azione di stimolo per includere le donne nei trial clinici. L’idea era quella di andare oltre la salute prettamente femminile, di considerare le altre patologie oltre quelle che affliggono il sistema riproduttivo e analizzare, oltre ai fattori biologici, anche quelli socioculturali. Con il passare degli anni è risultato evidente che ciascun genere deve essere considerato per la sua specificità, sia per valutare il modo in cui si sviluppa una patologia, sia nella ricerca e nella sperimentazione di nuovi farmaci. Dal punto di vista farmacologico il genere influenza sia il percorso dei farmaci all’interno dell’organismo (farmacocinetica), sia il loro meccanismo d’azione (farmacodinamica). Inoltre, variabili importanti per valutare l’azione dei farmaci come peso e altezza, volume e distribuzione corporea sono diverse nei due sessi, ad esempio i farmaci che hanno una maggiore affinità per i grassi (farmaci lipofili) hanno un volume di distribuzione più ampio nelle donne a causa della presenza maggiore di grassi (circa il 25%) nel corpo femminile rispetto a quello maschile. Nel 1994 negli Stati Uniti venne istituito presso la Food and Drug Administration un ufficio dedicato, denominato Office of Women’s Health, con l’obiettivo di favorire l’inclusione delle donne negli studi clinici, valutando le differenti risposte per l’efficacia e la sicurezza dei farmaci. Nel 1995 le indicazioni precedenti vennero ulteriormente rafforzate nel documento Investigational

New Drug Applications esigendo esplicitamente nella sperimentazione la non discriminazione per sesso, oltre a età e razza. Nell'ambito della sperimentazione clinica dei farmaci le donne risultano essere "soggetti deboli", o comunque non oggetto di adeguata considerazione in ordine alla loro specificità sia in senso quantitativo (numero di donne arruolate rispetto al numero di uomini) sia in senso qualitativo (analisi dei dati rispetto alla differenza sessuale). Le aree di criticità e svantaggio delle donne si evidenziano, in particolare, nell'ambito delle sperimentazioni di farmaci per patologie non specificamente e tradizionalmente femminili (anche se scarsi sono i dati riportati, proprio a conferma di tale disinteresse). La maggior parte delle sperimentazioni non prevede una differenza tra maschi e femmine al momento dell'arruolamento e dell'analisi dei dati. La percentuale di donne reclutate nella sperimentazione, confrontata con quella degli uomini, rimane bassa: si parla di "inappropriatezza rappresentativa" o "sottorappresentazione" delle donne. Il dosaggio dei farmaci è in genere misurato su uomini (di peso standard di 70 kg) e la donna è considerata una "variazione" del modello maschile. Resta il fatto che il cammino che un farmaco intraprende una volta entrato nell'organismo e il tempo che impiega per essere assorbito sono diversi nei due sessi. Ad esempio, studi recenti hanno dimostrato che alcuni farmaci utilizzati nel trattamento dell'ipertensione come i calcio-antagonisti, sembrano più efficaci nelle donne, mentre gli ACE-inibitori riducono la mortalità tra gli uomini ma non tra le donne[1]. Un altro esempio significativo riguarda l'aspirina che è usata sia per uomini che per donne come prevenzione di patologie cardiovascolari, ma che induce reazioni avverse nelle donne con percentuale superiore, a causa di una differenza nella coagulazione del sangue[2].

Similarmente, nella terapia della depressione, le donne sembrano rispondere meglio agli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) mentre gli uomini trarrebbero maggiori benefici con gli antidepressivi triciclici (TCA) e questo perché

la capacità di legame delle proteine plasmatiche mostra differenze di genere nel senso che le donne sono caratterizzate da una minore concentrazione plasmatica di proteine rispetto agli uomini. Questa differenza riveste una certa importanza per vari composti psicotropi: infatti, sebbene le capacità di legame alle proteine plasmatiche sia molto variabile tra i vari farmaci, la maggior parte degli ansiolitici, ad esempio, ha un'alta capacità di legame proteico[3].

Per quanto riguarda il nostro Paese il Ministero della Salute nel 2005 ha varato il progetto "La salute delle donne" da un tavolo tecnico istituito presso la Segreteria del Sottosegretariato alla Salute. Ad esso hanno partecipato l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana per il Farmaco, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e la Società Italiana di Farmacologia. Il progetto ha ottenuto nel 2007 finanziamenti per la ricerca nell'ambito della medicina di genere.

Gli obiettivi futuri sono quelli di sviluppare la medicina di genere in modo da ottimizzare così terapie e prevenzione rispetto al target femminile in cui è sempre più evidente che farmaci e patologie si comportano in modo differente rispetto al target maschile; creare un collegamento fra ricercatori/ricercatrici e componente medica per un'attenta valutazione di differenze biologiche, fisiologiche, patologiche tra uomini e donne al fine di giungere a un livello sempre maggiore di medicina personalizzata; sostenere ricerca e osservazione clinica in ottica di genere allo scopo di identificare i problemi di assistenza sanitaria e tutelare in toto la salute sia delle donne che degli uomini; infine, migliorare la conoscenza in campo farmacologico sviluppando alleanze tra Università e ditte farmaceutiche al fine di evidenziare le differenze farmacocinetiche e farmacodinamiche legate all'uso di nuovi farmaci.

[1]Michael Alderman Albert Einstein College of Medicine, New York

[2]The Puzzle of Aspirin and Sex, in New England Journal of Medicine, 2005

[3]Impact of gender on pharmacokinetics and metabolism of psychotropic drugs 2007; D. Marazziti A. Baldini M. Carlini L. Bevilacqua M. Catena F. Golia M. Picchetti L. Dell'Osso Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Università di Pisa



## **La rivoluzione genomica al servizio della salute**

Era il 28 febbraio 1953 quando, nei laboratori di Cambridge, il biologo americano James Watson e il fisico britannico Francis Crick, con il contributo della “dimenticata” Rosalind Franklin, descrissero la struttura a doppia elica del DNA.

Dalla pubblicazione della scoperta su Nature, il 25 aprile dello stesso anno, e il Nobel a Watson e Crick nel 1962, sono stati fatti enormi passi avanti sullo studio della doppia elica che contiene la mappa genetica umana. Nessuno si

aspettava che la soluzione al rompicapo del patrimonio genetico fosse così semplice: un alfabeto di sole quattro lettere A,C,G T (adenina, citosina, guanina, timina). Molte le sorprese che si sono susseguite nei decenni, ad esempio la scoperta della ricombinazione genetica che ha permesso di produrre insulina umana per le persone affette da diabete usando batteri cresciuti in laboratorio. Nel 1978, infatti, gli scienziati della società di biotecnologie Genentech di S. Francisco usarono un plasmide modificato di batteri di E. coli per sintetizzare l'insulina.

Inoltre un certo numero di vaccini viene prodotto con le tecniche del DNA ricombinante, come quello anti epatite B che dagli anni novanta viene ottenuto a partire da HBsAg prodotto in cellule di lieviti (*Saccharomyces cerevisiae*). Da quando si è giunti al sequenziamento del genoma umano, nel 2003, sta avvenendo un grande cambiamento a livello mondiale: tuttora sono 25 i paesi nel mondo che stanno realizzando programmi di genomica a livello nazionale. I più importanti sono quello cinese, sul genoma di un milione di persone, quello britannico, su 100mila (The 100000 Genomes Project) e quello statunitense, la Precision Medicine Initiative, lanciata dall'ex presidente Obama. Miliardi di dollari sono stati quindi investiti per compiere il passo successivo a quello realizzato all'inizio del secolo dal Progetto Genoma, quando venne trascritta la sequenza di lettere corrispondenti all'alfabeto della vita sulla terra così come si ritrova nel DNA contenuto in ogni cellula umana. Se nel 2003 furono necessari ingenti investimenti e centinaia di ricercatori per identificare e mappare i geni del genoma umano, oggi questa procedura è molto più rapida grazie ai big data, mezzi di ricerca informatici sempre più potenti. Così la conoscenza delle caratteristiche genetiche individuali inizia a influire in diversi campi della medicina, infatti le specificità genetiche di ognuno possono avere un impatto sulla personalizzazione dei trattamenti o sull'identificazione di predisposizione a malattie o a conseguenze di farmaci, stili

di vita e regimi alimentari. Questa che viene identificata come medicina di precisione, fa sì che i progressi della genomica abbiano già un profondo impatto nel condizionare la decisione clinica e terapeutica in patologie importanti, ad esempio in oncologia e in immunologia, in particolare dando la possibilità di individuare velocemente mutazioni o variazioni del genoma che influenzino la risposta a un farmaco. L'introduzione di trattamenti a bersaglio molecolare, diretti verso una specifica mutazione, ha portato a una prima personalizzazione delle cure, per cui se alcuni farmaci sono dati a pazienti con un determinato marcatore si evitano inutili costi ed effetti collaterali indesiderati in coloro che non trarrebbero beneficio dal trattamento.

Un altro importante filone della genomica riguarda il riconoscimento delle caratteristiche genetiche che predispongono a diverse malattie. Mentre la farmacogenomica non pone questioni etiche perché è a vantaggio del paziente, la conoscenza di questi dati apre questioni molto più delicate, che spaziano dagli aspetti psicologici a quelli legali.

Quando è bene sapere? Tutti desiderano sapere? Chi deve sapere di questa predisposizione: solo l'interessato, o anche i familiari, i partner, i datori di lavoro, le assicurazioni? Sapere di esserne portatore può aiutare a prevenire e salvare la vita, ma la medesima conoscenza potrebbe condizionare la sfera privata e le relazioni con gli altri oltre che privare di una tutela assicurativa. Infine è rilevante l'aspetto psicologico legato al sentirsi malati o vivere in una situazione di pericolo imminente.

Giorno dopo giorno, abbiamo più informazioni, sempre più pezzi vengono messi insieme nella formazione del complesso scenario di molti tipi di malattie. Occorre però un processo di apprendimento collettivo che non riguardi solo gli specialisti, in modo da utilizzare precisione e personalizzazione per garantire a ciascun individuo le

migliori condizioni di salute.

Se per decenni la ricerca medica e farmacologica si è spesa con un approccio one size fit all, a taglia unica, con la ricerca di farmaci quanti più ad ampio spettro o terapie efficaci su quanti più pazienti affetti da malattie simili, ora lo scenario è diverso, proprio come sono diversi i miliardi di esseri umani.

Per saperne di più:

Nature communications

<http://www.infoplease.com/cig/biology/dna-technology-applications.html>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1021739/>



## **Gender gap: l'Italia arretra sul lavoro**

Il World Economic Forum misura ogni anno il divario di genere in base a quattro parametri: partecipazione economica e opportunità, istruzione, salute e sopravvivenza, empowerment politico. Dei 142 Paesi coperti dall'indice del 2017, 82 hanno aumentato il loro punteggio complessivo rispetto all'anno

precedente, mentre 60 lo hanno visto diminuire. Eppure, segnala il WEF, se si colmasse la parità di genere il Pil nel mondo aumenterebbe di 5,3 miliardi di dollari. Nel Global Gender Gap Report 2017 l'Italia continua ad arretrare, scesa all'82esimo posto su 144 Paesi, perdendo ben 32 posizioni rispetto all'anno precedente. Perdono posizioni anche gli USA, al 49esimo posto. Francia e Germania si piazzano all'11esima e 12esima posizione, la Gran Bretagna alla 15esima, con un recupero rispetto al 2016 di ben 5 posizioni. A guidare la classifica si conferma l'Islanda, seguita dai soliti Paesi Scandinavi, da Nicaragua e Slovenia. Questo confronto è indicativo della discrepanza di opportunità tra i due sessi nel nostro Paese, divario che non accenna a diminuire, mentre gli altri Stati hanno iniziato a correre verso la parità e a guadagnare in competitività.

Il rapporto è una miniera di dati interessanti. Da tempo l'Islanda è considerata il Paese primo della classe nella lotta a ogni discriminazione. Da questo gennaio è entrata in vigore una nuova legge, approvata a marzo 2017 con consenso unanime, che impone la pari opportunità assoluta, con particolare attenzione alla pari ed equa retribuzione del lavoro in ogni azienda con più di 25 dipendenti, in ogni ministero e ad ogni grado di istituzione. Si tratta di un Paese in forte crescita economica e praticamente a piena occupazione, che vanta anche altre leggi ritenute esemplari dalle Nazioni Unite, da molte Ong e autorità internazionali. Ad esempio, la quota rosa di almeno il 40% negli organi direttivi, o la legge del 2006 sul congedo parentale di nove mesi. Non sono rari gli uomini che scelgono di usufruirne per aiutare lavoro e carriera delle compagne.

La lezione da imparare dall'Islanda è principalmente di natura culturale, il voler mettere in luce le discriminazioni subite dalle donne dando loro voce. È fondamentale che la disparità di genere non sia percepita come un problema unicamente femminile, e su questo punto c'è ancora molto da lavorare in Italia. Qui, infatti, il maggior divario tra i sessi nella rappresentanza politica e, soprattutto, nel mondo del lavoro,

si traduce in un vistoso arretramento economico.

Analizzando il report, si può osservare come, sebbene il divario di genere si sia notevolmente ridotto per l'istruzione, si è allargato quello economico a causa delle disparità reddituali (103esima posizione), salariali (126esima) e per la partecipazione alla forza lavoro (89esima).

Da una recente indagine condotta dall'Isfol, l'ente pubblico di ricerca sui temi della formazione delle politiche sociali e del lavoro, si è notato che se per i lavoratori gli svantaggi derivano da orari e condizioni fisiche più dure, le lavoratrici sono penalizzate in termini di reddito, stabilità occupazionale e possibilità di decidere in piena autonomia. Questa dinamica rischia di avere costi elevati, dal momento che è destinata a produrre un deterioramento della qualità del lavoro nel lungo periodo. E per qualità del lavoro si deve far riferimento alla pluralità degli aspetti del lavoro stesso, i quali si relazionano ai bisogni della persona, fondandosi sul principio dell'adeguamento del lavoro alla stessa (e non viceversa) e considerando la complessità e la totalità dell'esperienza lavorativa, non limitata alle sole condizioni fisiche del lavoro. Dell'esperienza lavorativa fanno parte, ad esempio, le questioni legate alla conciliazioni tra lavoro e vita familiare che per la componente femminile dell'occupazione hanno un peso maggiore.

Dalla ricerca emerge anche che le donne lavorano di più, 512 minuti contro 453 dei colleghi, mentre la disoccupazione è più alta tra le donne (12,8% contro il 10,9%), così come la percentuale di persone deluse dal proprio stato di disoccupazione (40,3% contro il 16,2% degli uomini).

L'Italia è quindi il fanalino di coda dell'Europa Occidentale, dietro anche alla Grecia, che si colloca al 78esimo posto. Questi dati dovrebbero fare da monito perché, come ci ricorda in apertura il rapporto Ocse 2017, l'uguaglianza di genere non è unicamente un diritto, ma è anche la pietra miliare di un'economia che punta alla crescita sostenibile e inclusiva.



# Occupazione femminile in Cina: i dati della disuguaglianza

L'economia cinese è una delle più grandi realtà del XXI secolo. La Cina oggi si presenta come la seconda economia mondiale dopo gli Stati Uniti e prima di Giappone e Germania. La sua crescita economica è la più veloce al mondo e, pur contribuendo allo sviluppo economico complessivo a livello internazionale, essa ha provocato negli ultimi anni un inasprimento delle differenze di genere in ambito lavorativo. Prima delle riforme del 1979, nella pianificazione della distribuzione del lavoro da parte dello Stato si evidenziava una sostanziale parità di impiego maschile e femminile, senza grandi differenze tra campagna e città. Negli anni successivi la situazione dell'occupazione femminile ha assunto degli aspetti complessi e contraddittori. Si è assistito a un crescente gender gap in ogni settore lavorativo, con una notevole differenza nella retribuzione e nel collocamento delle donne, soprattutto nei segmenti più bassi delle aree di impiego.

Nel 2004 le donne costituivano il 44% della forza lavoro dell'intero paese, con il 60% di impiegate nell'agricoltura (il 9,4% in più degli uomini). Nel 2017 il tasso di

occupazione femminile si è attestato al 60,4% (nel Regno Unito e negli Stati Uniti il dato è rispettivamente pari al 54,1% e al 53%, in Giappone al 47,7%, in India al 25,9%), ma sarebbe sbagliato pensare a un miglioramento delle condizioni di vita o del posizionamento delle lavoratrici. Le percentuali d'impiego in lavori poco qualificati, precari e sottopagati è del 20,8%, contro il 14,1% degli uomini.

Il censimento del 2010 mostra un tasso di impiego in declino a partire dal 1990 con l'84,3%, proseguendo con un 78% nel 2000, e giungendo infine al 71% nel 2010.

Queste statistiche rilevate dalla **All China Women's Federation**, una organizzazione per la tutela dei diritti delle donne, dimostrano come la liberalizzazione del mercato del lavoro ha acuito gli effetti discriminatori a danno delle lavoratrici così come la scarsa rappresentanza femminile al governo.

Inoltre va preso in considerazione l'indebolimento delle politiche woman friendly attuate negli anni 90 in cui non è stato implementato un sistema di assistenza per le donne lavoratrici e un supporto socio sanitario per la prima infanzia. In questo sistema sono frequenti episodi di discriminazione già al momento dell'assunzione e minore tutela durante il periodo lavorativo. Ad acuire questa non rosea situazione, vi sono ingenti differenze salariali: le donne guadagnano il 35% in meno rispetto ai colleghi. Ciò porta la Cina a classificarsi al 91esimo posto su 145 nel ranking del World Economic Forum.

Risulta evidente che nella **Cina dell'armonia sociale** di Xi Jinping il potere politico delle donne, e anche quello economico, non sembrano partecipare allo sviluppo massiccio, a differenza di quanto viene rappresentato nelle statistiche internazionali.

Le lavoratrici sono sempre più richieste nel settore dei servizi e nei lavori informali in fabbrica ma hanno tutele sociali sempre più ridotte. Per contro nel settore del management di alto livello si distingue una certa presenza femminile. È il caso di alcune manager di fama internazionale

come Zhang Xin co-fondatrice di Soho China. La presenza è ben visibile in quanto limitata a poche realtà, **ma questo purtroppo non si discosta dalla media dei Paesi occidentali.**

Va ricordato però che nonostante i dati poco incoraggianti, sempre più donne conseguono lauree di secondo livello, come ricorda China startup outlook 2017: “su 7,3 milioni di laureati l’anno, più della metà sono donne.” E nel 2014 la Cina ha registrato il più alto numero di GMATs femminili ben il 65% delle cinesi hanno sostenuto l’esame, richiesto dalla maggior parte delle Business School come criterio di ammissione per MBA e Masters.

---



## La collina delle donne

*Sorgerà una collina nuova*

*E dovrebbe avere un nome*

*Perché i nomi restano...*

*L'inferno dove la vita non contava più*

*dei sacchi di amianto che svuotavano ogni giorno,*

*o del muro di polvere attraverso cui i loro occhi faticarono a riconoscersi.*

*La collina delle donne la chiamerei*

*delle operaie che non son più*

*di quelle che non dimenticano,*

*delle madri, delle mogli, delle figlie e delle sorelle.*

Questi sono alcuni versi di una poesia simbolo della lotta all'Eternit e all'amianto, scritta alcuni anni fa da un'oncologa, la dottoressa Daniela Degiovanni. Forte dell'esperienza di medica del lavoro a Casale Monferrato, la città della polvere bianca, in cui ha diagnosticato più di mille casi di mesotelioma, la dottoressa "Degio" ha lavorato per quarant'anni a contatto con gli operai dell'Eternit e con le loro famiglie.

Quarant'anni fa le prime diagnosi, le visite fatte in un semplice ambulatorio. La polvere di amianto gli operai la inalano, la spostano, la mangiano addirittura annidata tra i pranzi nelle pause, la riportano a casa negli indumenti da lavoro interamente imbiancati. Le mogli poi mettono a bagno le tute respirando i vapori intrisi d'amianto e spesso anch'esse iniziano ad accusare dolori alla schiena e le prime avvisaglie della malattia. Così, sempre più spesso, oltre ai lavoratori si ammalano le mogli, le madri, le donne di Casale che non lavorano nella fabbrica maledetta. È una strage silenziosa che si è protratta nel tempo, e che ancora esiste. Si stima che il picco della mortalità per mesotelioma si avrà nel 2020, anche se la fabbrica è chiusa da oltre trent'anni.

La dottoressa pioniera della lotta all'amianto non si è mai fermata, nei primi anni Ottanta ha creato il reparto oncologico dell'ospedale casalese, in seguito il servizio di cure domiciliari e infine, nel 2009, l'Hospice di Casale che ha già accolto più di 250 famiglie. Anche in questo modo la cittadina piemontese ha preso pian piano coscienza della strage in atto e proprio in questi ultimi giorni, 28 e 29 Aprile, a Casale si è celebrata la Giornata Mondiale delle Vittime dell'Amianto. Ricca di eventi e riconoscimenti per

coloro che si sono distinti per l'impegno profuso nella cura, ricerca, diffusione di informazione, la manifestazione si caratterizza per la volontà di continuare a credere nel futuro, attraverso azioni di bonifica e battaglie sociali e legali connesse ai danni causati dall'amianto.

Gli eventi hanno avuto sede al parco EterNOT: il parco pubblico sorto sull'area occupata dall'Eternit, terreni bonificati dieci anni fa dove ora la città della fibra killer vuole dare una risposta al dolore sofferto per decenni. Dolore rinnovato acutamente dalla sentenza della Cassazione che ha dichiarato prescritti i reati a carico di Stefan Schmideiny, l'industriale svizzero ex proprietario della fabbrica, cancellando i diciotto anni di carcere inflitti nei precedenti gradi di giudizio per disastro ambientale.

Ma il dramma dell'amianto a Casale non può essere dimenticato e il parco vuole e deve essere il luogo della memoria. In mezzo ad esso sorge proprio la collina dedicata alle donne a cui l'amianto ha portato via la vita, donne come Luisa Minazzi, simbolo di Casale, direttrice didattica, ambientalista, e amministratrice comunale, morta di mesotelioma nel 2010. Luisa non lavorò mai all'Eternit, ma da bambina giocava nei giardini sui cumuli di fibre, il famoso polverino che, spostato dal vento, si infiltrava ovunque. Ora, sulla collina delle donne, i bambini possono finalmente correre.

EterNOT è la realizzazione dell'elaborazione di un lutto collettivo, quello che ha portato Casale ad essere tristemente famosa come luogo di dolore e morte. Ma non solo. La città è anche simbolo di lotta e di speranza, di consapevolezza e di resilienza da cui prendere esempio per bonificare, non solo i terreni inquinati ma soprattutto coscienze.

---



# Un'eroina in burka promuove l'istruzione e i diritti delle donne pakistane

Il messaggio del regista e produttore Haroon Rashid, autore del cartone animato pakistano Burka Avenger, passa attraverso le parole di Jiya: "Le ragazze di oggi sono le madri di domani. Se le madri non studiano, allora anche le generazioni future rimarranno senza istruzione ". Jiya è la protagonista e super eroina di Burka Avenger, ideato nel 2013 per favorire l'emancipazione femminile. Le sue armi sono libri e penne, scagliati contro coloro che vogliono impedire alle giovani ragazze di andare a scuola. Per questo, molti vedono un parallelismo tra la lei e Malala Yousafzai, l'attivista per i diritti dei bambini e vincitrice del Nobel per la Pace 2014.

Quattro stagioni, per un totale di cinquantadue episodi, Burka Avengers è una serie televisiva dove una protagonista femminile abile nelle arti marziali usa il burka come travestimento. Se di giorno Jiya è una giovane insegnante emancipata (non indossa nemmeno il velo), di notte indossa un burka per non farsi riconoscere e, da vero supereroe, combatte il crimine della sua città sotto mentite spoglie.

Burka Avenger ha ricevuto riconoscimenti in tutto il mondo per l'attenzione ai problemi sociali trattati in modo divulgativo, divertente e di facile comprensione ed è per questo stato

nominato agli Emmy Awards. Inoltre, dal 2015 è stato trasmesso anche in India e nei paesi limitrofi contribuendo alla presa di coscienza sulla necessità di educare al meglio le nuove generazioni e di trasmettere il messaggio positivo del diritto all'istruzione. Non tutte le critiche però sono state favorevoli: è pur vero infatti che Jiya lotta per difendere i deboli, ma lo fa in burka. Si rischia così facilmente l'accostamento Burka = giustizia, che da un lato rappresenta un legame con la tradizione, ma dall'altro rimarca uno stereotipo oppressivo sulla figura femminile.

Nonostante ciò, l'interessante legame che unisce tradizione, istruzione e ruolo femminile ha portato la serie tv, terminata nel 2016, al centro dell'interesse mondiale. Nondimeno, il lavoro realizzato dai creatori potrebbe arrivare dove la politica stenta. Infatti, lo studio Unesco Gender and EFA 2000-2015 "Achievements and Challenges" accusa i governi pakistani di aver fatto poco per favorire la scolarizzazione femminile, con meno di 70 bambine ogni 100 maschi cui è permesso andare a scuola.

I numeri parlano chiaro, il 30% della popolazione pakistana vive in condizioni di povertà educativa (avendo ricevuto due anni o meno di istruzione), il 40% delle ragazze tra i 15 e i 24 anni non sa leggere e circa la metà delle donne non ha mai frequentato una scuola. Il Pakistan spende per l'istruzione solo l'1,5% del PIL, contro il 4% teoricamente richiesto per raggiungere in tempi ragionevoli gli obiettivi fissati dalla Costituzione. Ai ritmi di sviluppo attuali, tali obiettivi potrebbero essere raggiunti soltanto dopo il 2040. Iniziative delle associazioni private con investimenti di 750 milioni di euro annui stanno dando un impulso significativo al sistema scolastico, ma il cambiamento non è possibile senza l'adozione di politiche di spesa nel settore dell'istruzione che garantiscano una accelerata allo sviluppo del sistema educativo. Ben venga quindi una Wonder Woman Pakistana, armata di matita, libri e righelli, che usa la cultura come simbolo della volontà di liberare una società ancora troppo basata su pregiudizi ma non solo: Jiya invita a riflettere e pensare con

la propria testa, e questo è un messaggio universale adattabile a ogni contesto.

---



## **Rapporto Unicef sulla mortalità infantile**

Ogni giorno nel mondo muoiono 15000 bambini sotto i 5 anni: nel 46% dei casi, pari a 7000 al giorno, ciò avviene entro i primi 28 giorni dalla nascita. Queste cifre sono state fornite dall'ultimo rapporto, reso pubblico di recente da UNICEF, OMS, UNDESA e Banca Mondiale riunite nell'IGME (Interagency Group for Child Mortality Estimation), aggiornato a ottobre 2017.

Anche se il numero di bambini che muoiono prima di aver compiuto 5 anni non è mai stato così basso nella storia – 5,6 milioni nel 2016 contro i 9,9 milioni nel 2000 – è preoccupante riscontrare come la mortalità si concentri sempre più nella fascia neonatale, dove la percentuale dei decessi dal 2000 ad oggi è salita dal 41% al 46%. Si tratta di un fenomeno che si verifica principalmente in due regioni: Asia meridionale e Africa subsahariana. Qui il 30% delle morti è dovuto a infezioni post parto che potrebbero essere facilmente curate. Principale causa è la diffusione del tetano materno e neonatale, malattia endemica che nel mondo occidentale è

sconfitta da anni. Causato da batteri che vivono nel terreno, il tetano è diffuso principalmente nelle aree rurali dei Paesi in via di sviluppo, dove spesso si partorisce in casa e in situazioni di scarsa igiene. In tali condizioni, una volta contratto, il tetano non è curabile, per questo il 70% dei bambini malati muore entro il primo mese di vita.

Dal 2000 a oggi sono stati fatti passi in avanti, attraverso la diffusione di vaccini grazie all'agenzia dell'ONU, vaccini comunque già disponibili sul mercato da oltre 80 anni. Il processo di vaccinazione inizia durante la gravidanza con almeno due dosi alla futura mamma, insieme a un programma di istruzione che assicuri la consapevolezza dell'importanza di questi interventi per le generazioni successive. In questo contesto è fondamentale che le donne capiscano quanto sia determinante assumere il vaccino, per poi trasferire il messaggio ad altre donne affinché si instauri un meccanismo virtuoso.

Il nuovo rapporto UNICEF, pur ribadendo i notevoli progressi raggiunti, evidenzia la disparità nella sopravvivenza dei bambini fra regione e regione.

In Ghana, dove il tetano neonatale è stato cancellato nel 2011, vi è l'obiettivo di consolidare il risultato con una corretta politica sanitaria. Nel Paese l'UNICEF è presente con due unità, nella capitale e nel Nord-Ovest, che è l'area più svantaggiata. Qui un'equipe di 122 operatori socio-sanitari si occupa di cinque programmi dedicati essenzialmente a Sanità, Igiene ed Educazione.

In molte nazioni le campagne di sensibilizzazione, prevenzione e vaccinazione come quelle ghanesi hanno avuto successo, ad esempio in Costa d'Avorio, Liberia, Mauritania, Senegal, Sierra Leone, Cambogia, Indonesia). Ugualmente, ci sono almeno 20 Paesi in cui il tetano neonatale colpisce ancora, tra cui: Afghanistan, Angola, Pakistan, Yemen, tutti correlati tra loro da situazioni di conflitto, instabilità e barriere culturali che rappresentano un ostacolo difficile da superare.

Nonostante non siano stati totalmente raggiunti i risultati auspicati dalla la fase degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, la comunità internazionale ha concordato il nuovo quadro d'azione e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030.

Questi goals riguardano settori direttamente legati alla sopravvivenza dell'infanzia come salute, miglioramento della nutrizione, educazione inclusiva e paritaria, gestione sostenibile dell'acqua e delle condizioni di igiene, accesso all'energia pulita, promozione dell'innovazione e di modelli di consumo sostenibili. Affinché non restino meri disegni utopici, la salute materno infantile dovrebbe essere un obiettivo primario nelle agende governative, con misure concrete e di veloce attuazione.

Si è portato l'esempio del tetano materno-fetale e di come sia necessario debellarlo: occorre che il monitoraggio di questa malattia diventi un indicatore della valutazione del livello di progresso raggiunto nei Paesi in via di sviluppo, suggellando così il concetto imprescindibile che la salute dell'infanzia non ha frontiere.

I progressi compiuti nel corso degli ultimi 20 anni dimostrano che, seppur con molte difficoltà, strategie corrette, risorse adeguate e soprattutto la volontà politica, possono fare la differenza nella vita di milioni di bambini.

---



## Reali e immaginari

Secondo il premio Nobel per l'economia Douglass North, tutti gli elementi che costituiscono il mondo in cui viviamo sono il frutto dei nostri pensieri, e non esistono fuori di noi. Così pare che il reale sia solo il risultato dell'immaginario, e che quindi esistano molti reali, uno per ogni mente che lo ha concepito. Oppure, al contrario, non ne esista alcuno. Se ciò è vero, si spiega la difficoltà che abbiamo nell'instaurare rapporti, nel capire il prossimo, nel dialogare.

Siamo tutti isole, immersi in un mare di pensieri, a volte calmi, spesso in tempesta. Le nostre aspettative non sono concrete, e affannosamente cerchiamo di realizzarle. Forse non le realizzeremo mai.

Ci alziamo al mattino con l'idea di quello che dovremo fare, di come dovremo comportarci fino al momento in cui la testa tornerà a toccare il cuscino. Momento in cui magari tireremo le somme della giornata trascorsa, chiedendoci se è valsa la pena di smettere di sognare il reale e cercare di realizzarlo davvero. Perché il reale immaginato da noi si scontra con quelli ideati dagli altri, e così nella vita di tutti i giorni assistiamo alla buffa danza degli intenti, ballo lento e incerto in cui bisogna essere bravi a non pestarsi i piedi l'un l'altro mentre ci si guarda negli occhi.

Pensando a me come a un'isola, ho stilato un elenco di tutti i miei tentativi, falliti e andati in porto, di costruire ponti con gli altri. Ho scoperto di avere una lista molto lunga.

Comunicare è sempre stato il mio cruccio, una necessità, a volte anche abilità o danno. Ma ho sempre cercato di non chiudermi in me stessa, anche quando sentivo che gli altri non erano sulla mia stessa lunghezza d'onda. Poche volte non mi è riuscito.

Ad esempio, durante la chemioterapia ho avuto accanto poche persone. Non è stata una mia scelta, forse nemmeno loro. È capitato semplicemente di non avere nessuno con il quale condividere davvero quell'estremo dolore. O forse non ho mai voluto comunicarlo. Magari rabbia, tristezza, paura sì, ma mai il dolore. Non è tanto la nausea, la febbre, le fitte alle ossa e l'insonnia. Ma è senso di derealizzazione che ti colpisce mentre stai guardando la tv, parlando al telefono, mangiando quel poco che non ti sembra sappia di plastica. È in quei momenti che capisci di vivere in un'altra dimensione, ti stupisci della forma e del bordo delle cose che ti appaiono sfuggenti, come la vita che ti ruota vorticosamente intorno. I tuoi amici, i tuoi compagni di classe, i professori, i medici e gli infermieri, che importa: tutti uguali e tutti ugualmente distanti. Ciascuno immerso nei propri pensieri, con progetti e desideri.

Io immersa nel nulla di quel periodo, con una vaga idea del presente, chemioterapia, radioterapia, trapianto, ma mai più in là del nome di tutto questo, come se davvero non mi interessasse.

Tutto mi appariva strano, e soprattutto mi sentivo completamente vuota e stranita. Gli altri non credo che comprendessero il mio stato, aspettavano semplicemente che finisse il momento, giorno, settimana no. Chissà come vedevano la mia condizione, sicuramente in modo diverso da me. Mi sono poi informata sui miei sintomi e ho scoperto che la derealizzazione in oncologia è piuttosto frequente, associata all'effetto di alcuni farmaci chemioterapici.

Ripensandoci ora, non credo che quella sensazione fosse così negativa. Mi ha permesso di evadere dai problemi, di rimpicciolire tutto il male che provavo. Ovviamente eliminarlo completamente non era possibile: anche uno spillo, pur essendo

sottile e minuto, quando punge fa male. Ma sono stata brava a tenerlo a bada, a cercare altrove un motivo per sorridere. Fuori dalla realtà come immagino potessero realizzarla gli altri: una ragazzina malata e senza capelli.

Ho imparato a vederla in modo diverso, ammettendo che quella versione di me non mi piaceva, non mi rappresentava. Forse sì, ho immaginato qualcosa che non c'era, come non fare caso al fatto di essere calva. Ma se il pensiero di North è corretto, se il reale è solo il risultato dell'immaginario, non esiste un unico modo per guardare la realtà. Senza scomodare i premi Nobel, basta accorgersi della diversa consapevolezza con cui ognuno affronta i problemi. Un giorno una signora che condivideva con me la stanza di ospedale mi disse: "Valeria, non affezionarti ai capelli, affezionati alla vita!".

E così ho fatto.



## **Parità di genere e integrazione. Il ruolo del ricongiungimento familiare**

Il ricongiungimento familiare, che negli ultimi anni costituisce la principale modalità d'ingresso nel nostro

Paese, è un istituto pensato già a partire dalla legge n. 943/86 al fine di stabilizzare i flussi migratori. Ricongiungimento che assume però dinamiche e caratteristiche a volte inaspettate dallo stesso legislatore e quindi, pur contribuendo a stabilizzare i flussi, in alcuni casi può disarticolare la forma familiare precedentemente costruita.

La migrazione in coppia non è priva di cambiamenti, di tensioni, di ripercussioni sulle dinamiche relazionali, in quanto i coniugi sono chiamati ad assumere nuovi stili di vita, nuovi comportamenti, nuovi ruoli, comprese nuove modalità di socializzazione dei figli, nuovi rapporti con il Paese di approdo. La migrazione può accentuare la solidarietà di coppia così come può ridurla: la famiglia migrante si colloca in un sistema sociale in cui i ruoli e le relazioni non sono più quelli della tradizione ma si sono modificati o sono in fase di modificazione con il conseguente rischio di un processo di marginalizzazione e di conflitti a livello di coppia o intergenerazionale. Facendo parte di quell'oscillazione tra la società di accoglienza e quella di origine, il nucleo familiare diventa "di transizione": la famiglia rischia di perdere le proprie radici, oppure, in un processo di acculturazione forzata potrebbe reciderle di netto. Al contrario, può capitare che non si adegui al nuovo contesto sociale, con le regole della società di arrivo.

Il ricongiungimento familiare della donna, può rappresentare una forma di emancipazione, in quanto la migrazione può aumentare il potere decisionale della stessa. Per molte costituisce un modo per affrancarsi e prendere le distanze da tradizioni non più accettabili. Il ricongiungimento è altresì desiderato perché rappresenta la possibilità di mettere in cantiere progetti che nel Paese di origine non sarebbero possibili. Infine, le donne possono essere chiamate a risolvere i problemi posti dall'articolazione della famiglia nel nuovo contesto: rapporti con il vicinato e altre culture, inserimento dei figli nella scuola, sollecitazioni dalle

diverse strutture e istituzioni amministrative, sociali e sanitarie. La donna gioca un ruolo centrale anche per il recupero delle tradizioni del luogo d'origine ma soprattutto nell'aggiustamento delle posizioni di gestione della famiglia, quindi assunzione di nuovi ruoli, di nuove aspettative, anche perché il controllo sociale della famiglia d'origine si affievolisce a causa della distanza e perché ci si confronta con il Paese di accoglienza. La donna che si fa carico della cura dei figli ed è garante del suo patrimonio identitario-culturale, ma anche la donna che ha affrontato il processo migratorio da sola e si trova facilmente in una situazione di marginalizzazione, deve poter usufruire di un supporto da parte delle istituzioni. Così come la donna che ha vissuto separata dal compagno per molto tempo e si ritrova in difficoltà a ricongiungersi.

Discorso a parte quando il ricongiungimento fallisce o la donna si trova in condizioni di separazione o diventa vittima di episodi di maltrattamenti da parte del compagno. Ciò determina un problema opposto: la separazione dal ricongiungimento. Questa procedura in casi del genere dovrebbe essere automaticamente slegata dal legame familiare e diventare individuale. Ostacoli procedurali ed estrema burocratizzazione fanno sì che alcuni legami rimangano tali anche quando i fatti li smentiscono: le mogli vengono a trovarsi in situazioni di rischio perché prive di protezione. Una questione relativamente recente è quella creata dal cosiddetto "ricongiungimento strumentale", che pone le donne in una condizione di grande incertezza: le future spose contrattano il matrimonio con un partner anche sconosciuto al solo fine di mettersi nelle condizioni di migrare legalmente. Questa è la sola esigenza e giustifica la fragilità e i malintesi che ne derivano, con conseguenze di una sicura frattura. La programmazione dei flussi, la chiusura delle frontiere potenziano questo fenomeno che è legato esclusivamente alla possibilità di ingresso regolare.

Va ricordato inoltre che il ricongiungimento sancisce "il

diritto a mantenere o a riacquistare l'unità familiare nei confronti dei familiari stranieri", e, oltre che alla stabilizzazione dei flussi migratori, costituisce una svolta nel percorso delle famiglie stesse, che possono riscoprire al loro interno nuove risorse. Si assiste alla trasformazione dall'essere famiglia magrebina, cinese, peruviana in Italia alla famiglia magrebina, cinese, peruviana d'Italia in quanto la permanenza diventa stabile. Per consentire che questo avvenga devono instaurarsi nuovi rapporti con le istituzioni, canali di mediazione che offrano con più snellezza dialogo e accoglienza anche da un punto di vista psicologico oltre che linguistico e culturale.

Aumentare il potere decisionale delle donne ampliando le opportunità culturali contribuisce senz'altro alla diminuzione delle difficoltà psicologiche-relazionali, sia delle madri sia dei figli, nel contesto della società di accoglienza e per far ciò una conoscenza del diritto di famiglia effettuato nella realtà scolastica, quale può essere quella dei figli può essere di aiuto. Questo consentirebbe prima di tutto di superare le difficoltà linguistiche e di comprendere il nuovo contesto, individuando riferimenti, facilitando le condizioni di integrazione e contribuendo a diminuire le difficoltà di inserimento nel mondo scolastico di ragazze e ragazzi immigrati. Finora la carenza informativa e i servizi alle persone e del territorio non sono riusciti ad attrezzarsi per offrire le risorse adeguate alle persone propense a un inserimento stabile in Italia.

Una delle soluzioni potrebbe consistere nello svincolare il permesso di soggiorno dal ricongiungimento al marito o compagno in caso di separazione, divorzio, maltrattamenti in quanto lo status di residente non può dipendere da quello del coniuge o partner. In caso di divorzio o scioglimento della relazione, le donne devono acquisire un titolo autonomo di soggiorno, come previsto dall'articolo 59 della convenzione di Istanbul del 11-5-2011, ratificata dall'Italia con la legge del 27-6-2013 n 77, che trova però nel lasso di tempo

trascorso dall'accertamento della problematica familiare al rilascio del nuovo permesso una norma di difficile attuazione. Inoltre si dovrebbe proporre alle migranti una conoscenza del diritto di famiglia affinché si stabilisca una consapevolezza del ruolo di cittadine che costituisce la base per una migliore integrazione. Uno sforzo nel settore dell'istruzione diventa cruciale per preparare le donne immigrate e soprattutto le nuove generazioni a una partecipazione più effettiva nella società che le accoglie.