



DOSSIER

MADRI ITALIANE E STRANIERE IN ITALIA

Quale tutela per la loro salute
e per quella dei bambini?



Save the Children
Italia ONLUS

90 ANNI NEL MONDO
10 IN ITALIA

Premessa

Save the Children redige annualmente un rapporto sullo stato di salute di donne e bambini nel mondo che analizza diversi aspetti riconducibili alla qualità della vita. Sulla base della collazione dei dati statistici riferiti ai vari indicatori presi in esame, viene elaborato un *ranking* che valuta una serie di parametri che influiscono sulla salute delle donne e su quella dei bambini nel mondo. Negli ultimi anni l'Italia si è sempre posizionata a metà del primo gruppo, quello dei paesi più sviluppati (nel 2009 l'Italia è al 16° posto – Tier I¹), evidenziando ottimi risultati rispetto agli indicatori riferiti alla salute dei bambini (tasso di iscrizione alla scuola primaria e secondaria e tasso di mortalità infantile) classificandosi al 2° posto nel Children's Index. L'analisi degli indicatori utilizzati per valutare il benessere delle madri, invece, proietta l'Italia al 24° posto della graduatoria. Sebbene questi dati riportino un quadro sostanzialmente positivo, la condizione di salute delle mamme sulla base degli indicatori considerati appare più incerta di quella dei bambini in Italia; inoltre, si deve evidenziare che le statistiche 'fredde' talvolta non permettono di individuare i chiaroscuri di condizioni di vita estremamente differenziate e complesse. Le aspettative di vita e di benessere in Italia sono tuttavia molto migliori rispetto a quelle di numerosi paesi in via di sviluppo dove sussistono persistenti disuguaglianze in materia socio-sanita-

ria. In generale nel mondo ogni anno muoiono circa 530 mila donne e 3 milioni di neonati a causa di complicazioni legate alla gravidanza e al parto e circa 10 milioni di bambini prima di compiere i cinque anni.

Save the Children, occupandosi di tutela e di promozione dei diritti dell'infanzia, ha individuato nella salute delle mamme un aspetto rilevante del proprio lavoro: la qualità di vita di un bambino dipende dalla salute, dalla sicurezza e dal benessere della propria madre. Proprio per sottolineare questo legame e verificare le condizioni di vita e il benessere delle madri che vivono in Italia, Save the Children ha deciso di approfondire l'analisi dello stato di salute delle madri a partire dagli indicatori utilizzati a livello internazionale e contenuti nel rapporto *State of World's Mothers*.

Il concetto di salute è multidimensionale ed abbraccia diversi aspetti fondamentali della vita umana: dalla possibilità di accedere alle cure mediche, alla qualità delle relazioni sociali, all'accesso a percorsi di istruzione e formazione, fino all'inserimento nel mercato del lavoro. Sulla scorta della ricerca realizzata l'anno scorso sullo stato di salute delle donne rom², questo nuovo documento intende fornire ulteriori elementi di approfondimento e di analisi sullo stato di salute delle donne italiane e di quelle presenti in Italia, attraverso un aggiornamento dei dati disponibili. In generale i dati statistici di cui si dispone si riferiscono alla popolazione residente e

quindi per quanto riguarda le donne straniere a quante si trovano in regola con il permesso di soggiorno. L'obiettivo è quello di rilevare le differenti realtà che coesistono nel nostro paese, ed evidenziare in che modo sia le singole dimensioni che il loro intreccio impattano sulla vita delle donne e dei bambini. In altre parole, a nostro avviso, è necessario individuare gli elementi che discriminano il godimento dei diritti facendo emergere le situazioni di maggiore marginalità.

In Italia la tutela della salute sta diventando un tema controverso per una parte della popolazione straniera, sebbene la legge garantisca a tutti i cittadini, a prescindere dalla regolarità dello status giuridico, il diritto alle cure ambulatoriali e ospedaliere. Di fatto, negli ultimi anni sono affiorate, a volte in controtendenza e talvolta in modo evidente, alcune restrizioni di tale diritto. Indicativa è, ad esempio, la limitazione della gratuità nell'accesso al sistema pubblico dei cittadini neocomunitari non in possesso dei requisiti per l'iscrizione al SSN, né in possesso della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), per il mancato rilascio del codice STP (straniero temporaneamente presente)³. Tale limitazione è stata superata in alcune regioni italiane mediante l'emanazione di specifiche circolari istitutive di un nuovo codice di identificazione per le cure sanitarie (ENI), come è accaduto nelle regioni Marche, Piemonte, Lazio, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Pu-

¹ Save the Children, *State of the World's Mothers*, 2009.

² Save the Children, *Studio sulla salute materno infantile nelle comunità rom. Il caso di Roma*, 2008.

³ In seguito alla direttiva comunitaria 38/2004 concernente il diritto di libera circolazione e di soggiorno dei cittadini dell'Unione Europea e dei loro familiari, recepita in Italia il 3 febbraio 2007 con D.Lgs n° 30 (Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri", pubblicato nella G.U. n° 72 del 27 marzo 2007), gli stranieri neocomunitari non in possesso dei requisiti previsti dalla legge per l'iscrizione al SSN - ossia 1. Lavoratore subordinato o autonomo nello Stato; 2. Familiare, anche se non cittadino dell'Unione, di un lavoratore subordinato o autonomo nello

Stato; 3. Familiare di un cittadino italiano; 4. Cittadino in possesso di una attestazione di soggiorno permanente maturato dopo almeno 5 anni di residenza in Italia; 5. Cittadino disoccupato iscritto nelle liste di collocamento o iscritto a un corso di formazione professionale; 6. Titolare di uno dei seguenti formulari europei: E106, E109 (o E7), E121 (o E33) - , a partire dal 1° gennaio 2008 non possono più ottenere il codice STP, ma devono pagare le prestazioni sanitarie oppure munirsi di un'assicurazione privata. Si prevede però che, nel caso di prestazioni sanitarie indifferibili ed urgenti da erogare a soggetti che non risultano assistiti dal Paese di provenienza, le ASL potranno intervenire registrandole in una contabilità separata per agire con un'eventuale azione di recupero e/o negoziazione nei confronti degli Stati competenti in sede comunitaria o diplomatica.

glia, Sicilia, Toscana e nella Provincia autonoma di Bolzano⁴. Si rileva, però, che l'adozione di queste circolari è avvenuta in assenza di un'azione di armonizzazione e coordinamento centrale; di conseguenza, oggi i requisiti per l'accesso gratuito al sistema sanitario pubblico variano da regione a regione.

Tema di estrema attualità è, inoltre, il disegno di legge di iniziativa governativa recante "Misure in materia di sicurezza pubblica" (il cosiddetto DDL Sicurezza), approvato dal Senato della Repubblica il 5 febbraio 2009 ed attualmente all'esame della Camera dei Deputati. Come già precedentemente dichiarato⁵, la posizione di Save the Children è molto critica rispetto al DDL poiché contiene disposizioni che non tengono nella giusta considerazione il superiore interesse del minore, così come sancito principalmente dalla Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (*Convention on the Rights of the Child, CRC*), ratificata dall'Italia con Legge 176/1991. Se approvate, tali disposizioni avrebbero un impatto negativo sulla tutela e promozione dei diritti dei minori stranieri presenti in Italia, sia dei ragazzi immigrati con la famiglia, sia di quelli non accompagnati, sia di quelli nati – e che nasceranno – in Italia, anche italiani, se figli di almeno un genitore irregolarmente presente sul territorio. In particolare, rispetto al tema della salute, sono le modifiche al T.U. immigrazione a destare le maggiori preoccupazioni:

> l'art. 45, lett. f, contiene la modifica dell'art. 6 della Legge prevedendo l'eliminazione della deroga rispetto al-

l'obbligo di presentazione del documento attestante la regolarità del soggiorno per i provvedimenti inerenti gli atti dello stato civile e l'accesso ai pubblici servizi. Si ritiene che tale disposizione possa avere un impatto negativo sui diritti dei minori dal momento che tra gli atti dello stato civile figurano sia la dichiarazione e l'atto di nascita, nonché il riconoscimento di figlio naturale, così come regolati dal D.P.R. 396/2000. Gli effetti negativi della disposizione sarebbero ancora più rilevanti, se letti alla luce della proposta di modifica dell'art. 116 del c.c., tesa ad imporre l'obbligo di presentazione del permesso di soggiorno per contrarre matrimonio in Italia. Il genitore privo di permesso di soggiorno non avrebbe così alcun modo di regolarizzare la propria posizione sul territorio, anche in presenza di figli italiani. Le disposizioni di cui all'art. 45, lett. f), inoltre, potrebbero indurre molte donne irregolarmente presenti sul territorio italiano a non recarsi in ospedale per partorire con un conseguente aumento del rischio di mortalità materna e neonatale e, più in generale, di salute pubblica. In aggiunta, i bambini non partoriti in strutture ospedaliere potrebbero non venire registrati, diventando invisibili alle istituzioni fin dalla nascita;

> l'art. 45, lett. t, dispone l'abrogazione dell'art. 35 della legge 286/1998 che recita: "L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnala-

zione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano". L'abrogazione del divieto di segnalazione di persone irregolarmente presenti sul territorio italiano da parte del personale sanitario comporta una grave discriminazione nel godimento del diritto alla salute, riconosciuto dalla Costituzione italiana (art. 32) quale "diritto fondamentale dell'individuo e della collettività" dal momento che non garantirebbe, neanche ai minori che si trovano in questa condizione o che sono figli di genitori irregolari, il godimento del diritto all'assistenza sanitaria a condizioni di parità rispetto ai cittadini italiani (come peraltro affermato anche nella Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, artt. 24 e 39). Attualmente i minori stranieri possono accedere alle cure con le modalità previste dall'art. 35 del Testo Unico sull'immigrazione nel caso in cui siano minori accompagnati da genitori o parenti in condizioni di soggiorno irregolare o nel caso in cui siano minori non accompagnati che non hanno ancora presentato la richiesta di rilascio del permesso di soggiorno⁶.

Con particolare riferimento al tema della salute, si rileva che le modifiche al T.U. immigrazione contenute nel DDL Sicurezza, ed in particolare l'abolizione del "divieto di segnalazione", possano ostacolare l'accesso alle strutture sanitarie degli immigrati privi del permesso di soggiorno bisognosi di cure mediche per se stessi o per i propri familiari,

⁴ Fondazione Ismu, *Quattordicesimo rapporto sulle migrazioni 2008*, Franco Angeli, 2009.

⁵ Cfr. Save the Children Italia, *Osservazioni sugli effetti del disegno di Legge A.C. 2180 recante Misure in materia di sicurezza pubblica sui diritti dei minori*, 2009.

⁶ I minori stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio italiano hanno l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale (SSN), con conseguente rilascio della tessera sanitaria e scelta del medico di base, e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani. L'iscrizione al SSN può essere richiesta anche quando il cittadino straniero, e in questo caso il minore, è in

attesa del primo rilascio o del rinnovo del permesso di soggiorno (qualunque sia la sua tipologia) ed è in possesso della sola ricevuta. I cittadini stranieri che si trovano in posizione di soggiorno irregolare hanno diritto all'accesso alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e essenziali, ancorché continuative, agli interventi di medicina preventiva e di profilassi internazionale, alle vaccinazioni, alla diagnosi e cura delle malattie infettive, nonché alla tutela della gravidanza e della maternità e della salute dei minori. In questi casi l'accesso alle prestazioni sanitarie avviene dietro rilascio di una tessera a sigla STP (Straniero temporaneamente presente).

compresi figli di minore età, e dei minori non accompagnati non ancora in possesso del permesso di soggiorno, ed inoltre incoraggiare la creazione di un mercato parallelo ed illegale della salute.

L'iter legislativo del DDL, secondo alcuni medici del pronto soccorso italiani, sta già provocando una diminuzione della richiesta di cura da parte degli stranieri in possesso di STP: a Pordenone, nell'ambulatorio per stranieri del Santa Maria degli Angeli, gli accessi sono diminuiti del 50%; a Firenze il calo registrato in alcuni ambulatori pubblici e privati è stato intorno al 30%; simili percentuali sono state registrate anche in alcune strutture di Roma, Palermo, Bolzano e a Bari⁷.

Se questo scenario fosse confermato con dati ufficiali si delinerebbe un possibile rischio soprattutto per le categorie più vulnerabili come le donne (rispetto alla salute riproduttiva, la maternità, le cure mediche) e i bambini (controlli, vaccinazioni, ecc.).

A) Gli indicatori della salute materno-infantile: natalità, ricorso alle cure, lavoro, istruzione fra donne italiane e non

A partire dai macroindicatori utilizzati nel rapporto *State of the World's Mothers*⁸ e attraverso l'analisi di ulteriori indicatori, si esaminerà la condizione di salute e il livello di benessere delle donne in base alle dimensioni: familiare, di cura, educativa, lavorativa, sociale e di partecipazione.

L'analisi delle dimensioni correlabili al

concetto di salute ha privilegiato la selezione di fonti statistiche che permettono una comparazione tra donne italiane e straniere. La collazione delle informazioni risente, però, di alcuni vuoti informativi relativi alla popolazione straniera *tout court* che nonostante sia notevolmente cresciuta nel corso degli ultimi anni, raggiungendo quasi 3 milioni di presenze stabili in Italia al 1° gennaio 2008, non è sempre presente nelle statistiche ufficiali.

La dimensione familiare

Secondo l'Istat la popolazione femminile residente in Italia nel 2008 supera i 30 milioni, di cui il 5,6% (1.730.834) di nazionalità straniera⁹. Complessivamente le femmine rappresentano il 51,4% dell'intera popolazione residente. Nel corso degli anni la presenza di donne straniere è progressivamente aumentata, solo nell'ultimo anno (2007-2008) è aumentata del 18%. Negli anni è cresciuta anche la presenza di minori stranieri: 767.060, pari al 22,3% della popolazione straniera residente, di cui 457.345 (il 13,3%) nati in Italia da genitori stranieri, la cosiddetta 'seconda generazione'¹⁰. Indagando la dinamica demografica italiana si rileva che nel 2008 i nuovi nati sono stimati in 576 mila unità, in aumento rispetto al precedente anno di circa 12 mila nascite¹¹, con un tasso di natalità di 9,6 per mille residenti. Questo trend positivo viene ricondotto a due principali elementi:

> il recupero di natalità delle madri di cittadinanza italiana, caratterizzato anche dallo spostamento in avanti del calendario riproduttivo oltre l'età media dei trenta anni. In base ai dati Istat, nel 2008 l'età media al parto delle donne italiane è stimata in 31,5 anni, solo un gradino più in su di quella

osservata nel 2006 (31,4) e leggermente più alta di quella media europea (30 anni). Tale fenomeno sta determinando in questi ultimi anni un processo di recupero soprattutto da parte delle generazioni di donne italiane nate tra la seconda metà degli anni '60 e i primi anni '70. Nel 2008 il numero medio di figli per donna stimato per le sole donne italiane è pari a 1,33, contro l'1,26 osservato nel 2006 (il tasso di fecondità totale è comunque inferiore a quello medio europeo, pari a 1,53) (tabella 1);

> il crescente contributo alla natalità delle madri di cittadinanza straniera. Il tasso di fecondità stimato nel 2008 è pari a 2,12 figli per donna (2,50 nel 2006). Il contributo delle donne straniere sulla fecondità complessiva (stimata in 1,41 figli per il 2008) è valutabile nella misura del 10%. Si tratta di un contributo inferiore rispetto alla percentuale di nati da madre straniera sul complesso delle nascite, valutato al 15,3%. La ragione di ciò risiede nel fatto che le donne straniere che risiedono in Italia sono giovani anagraficamente ed hanno un calendario della fecondità decisamente più anticipato rispetto alle italiane: l'età media al parto è infatti stimata sui 28,4 anni (27,6 anni nel 2006).

Negli ultimi decenni, inoltre, si è verificata una drastica riduzione del tasso di mortalità infantile: nel 2005 la mortalità nel primo anno di vita è stata del 3,7‰ (3,4‰ per le bambine e 3,9‰ per i bambini¹²); tale valore è più basso di quello medio europeo stimato in 4,7‰. A livello europeo i tassi più bassi si registrano in Lussemburgo (2,5‰), Svezia e Finlandia (2,8‰), mentre i tassi maggiori sono stati rilevati in Romania (13,9‰), Bulgaria (9,7‰) e Lettonia (7,6‰).

⁷ Informazioni tratte da un articolo di "Metropoli" del 22 marzo 2009.

⁸ Save the Children, *Closing the survival gap for children under 5, State of the World's Mothers*, 2008.

⁹ www.demo.istat.it

¹⁰ Istat, *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2008*, Nota informativa, ottobre 2008.

¹¹ Istat, *Indicatori demografici. Anno 2008*, Nota informativa, febbraio 2009.

¹² Ministero della Salute, *Lo stato di salute delle donne in Italia*, Primo rapporto sui lavori della Commissione "Salute delle Donne", marzo 2008.

Tabella 1 **Indicatori della dimensione familiare** Anni 2006-2008

	Donne italiane		Donne straniere		Donne UE 27
	2006	2008	2006	2008	2006
TFT*	1,26	1,33	2,50	2,12	1,53
Tasso di natalità**	9,5‰	—	—	—	10,6‰
Percentuale di nati	—	84,7%	—	15,3%	—
Contributo alla fecondità	—	90%	—	10%	—
Età media al parto***	31,4	31,5	27,6	28,4	30
Tasso di mortalità infantile	(3,7‰)	—	—	—	4,7‰

* Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale – TFT): somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-50 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile.

** Tasso di natalità: rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per mille.

*** Età media al parto: per un dato anno di calendario l'età alla quale vengono mediamente messi al mondo i figli, espressa in anni e decimi di anno.

() il dato si riferisce al 2005.

Fonte: Istat e Eurostat

è 4 contro le 5,6 ecografie eseguite dalle donne italiane. Si rileva poi che mediamente il ricorso al parto cesareo è meno diffuso tra le straniere (24,9%) che tra le italiane (35,9%), tuttavia vi sono importanti differenze tra le diverse nazionalità, ad esempio nel gruppo delle marocchine l'incidenza del ricorso al parto cesareo risulta più alta (30,8%). Per quanto riguarda la primissima nutrizione dei figli si rileva che la percentuale di donne straniere che allatta al seno supera quella delle italiane: l'88% delle straniere (il 100% di quelle albanesi) contro l'80,7% delle italiane. Non si rilevano, invece, differenze rispetto alla durata media di allattamento al seno (circa 7 mesi in entrambi i gruppi). Nel corso degli ultimi anni il numero di interruzioni volontarie di gravidanza

La dimensione della cura

Una recente indagine dell'Istat ha approfondito il tema della salute e del ricorso alla cura della popolazione straniera residente in Italia. Rispetto al percorso della maternità si rileva che le donne straniere si rivolgono prevalentemente a strutture pubbliche: il 57,6% sceglie un ginecologo che lavora in una struttura pubblica, contro il 16,5% delle italiane, mentre il 38,3% si reca presso il consultorio della Asl, contro il 13,7% delle italiane¹³ (tabella 2). Ancora più marcata appare la scelta dei servizi pubblici nel gruppo delle donne marocchine (il 75% si reca presso una struttura pubblica, il 60% utilizza il consultorio).

Tra le donne straniere, in generale, si rileva una minore medicalizzazione della maternità: l'88,5% delle donne straniere esegue la prima visita nel primo trimestre di gestazione (contro il 94,6% delle italiane); il numero medio di visite effettuate dalle donne straniere durante il periodo della gravidanza è mediamente di 6,6 contro le 7,1 visite delle italiane; mentre il numero medio delle ecografie

Tabella 2 **Indicatori del percorso di maternità per le donne che hanno partorito nei cinque anni precedenti all'intervista, per cittadinanza e paesi di origine** Anno 2005

	Italiane	Straniere	di cui		
			Albanesi	Marocchine	Rumene
Strutture utilizzate per l'assistenza durante la gravidanza					
Ginecologo che lavora in una struttura pubblica	16,5%	57,6%	57,6%	75,0%	50,6%
Consultorio	13,7%	38,3%	26,7%	60,3%	31,9%
Indicatori di assistenza					
Informazione su diagnosi prenatale	88,4%	63,1%	41,0%	66,7%	77,0%
Prima visita entro il primo trimestre	94,6%	88,5%	84,3%	87,9%	82,9%
Numero medio di visite	7,1	6,6	7,3	6,2	6,3
Prima ecografia entro il primo trimestre	88,3%	68,5%	48,4%	72,8%	69,5%
Numero medio di ecografie	5,6	4,4	4	4	4
Parto cesareo	35,9%	24,9%	28,7%	30,8%	18%
Indicatori di allattamento al seno					
Allattamento al seno	80,7%	88%	100%	79,4%	94,4%
Durata media dell'allattamento al seno	7,3	7,3	7,6	7	5

Fonte: Istat

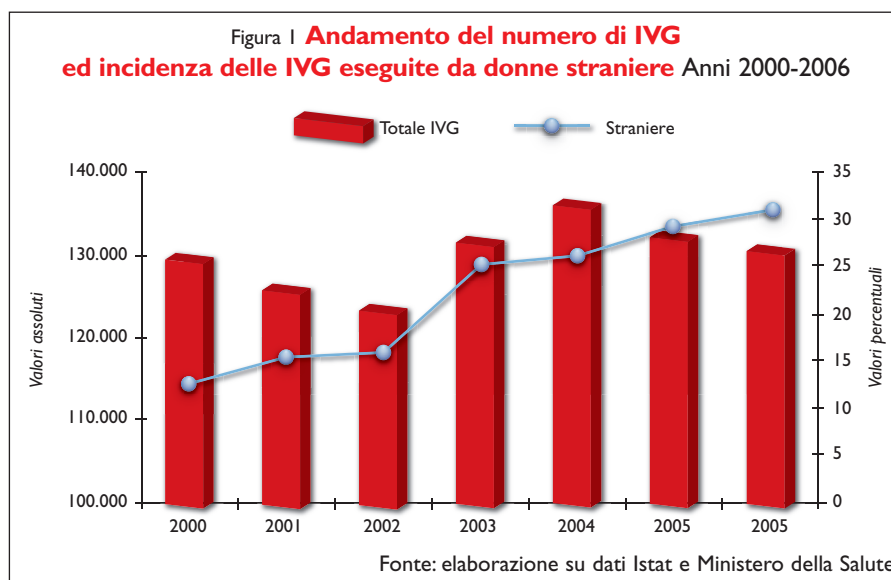
¹³ Istat, *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia*, Nota informativa, dicembre 2008.

(IVG) in Italia ha oscillato tra i 123 mila e i 138 mila interventi all'anno, evidenziando una forte diminuzione rispetto agli anni '80 (quando si verificavano oltre 200 mila interventi all'anno). Il tasso di abortività (n° di IVG per 1.000 donne in età feconda, ovvero di 15-49 anni), principale indicatore del fenomeno, è in calo (-3,2% nell'ultimo anno) e nel 2007 è stato del 9,1%¹⁴. Anche il rapporto di abortività (n° di IVG per 1.000 nati vivi) è diminuito nell'ultimo anno (-4,5%) e nel 2007 risulta essere di 224,8‰.

Nel corso degli ultimi anni l'andamento delle IVG è stato determinato dall'aumento degli interventi effettuati da donne straniere, la cui incidenza sul totale è passata dal 12,7% del 2000 al 30,9% nel 2007. Rispetto alle italiane si evidenzia per le straniere un ricorso all'aborto tre volte maggiore in generale, e oltre quattro volte per le più giovani¹⁵ (figura 1). La crescente incidenza di IVG di donne straniere sul totale può essere letto alla luce dell'ancora scarso livello di informazione sulla procreazione responsabile e sulle campagne di prevenzione promosse dai servizi socio-sanitari locali, come indicato anche dalla percentuale di donne straniere che effettuano una diagnosi prenatale (63,1% contro l'88,4% delle italiane). Tuttavia su questo tema e più in generale sulla salute riproduttiva delle donne straniere si segnala ancora oggi un ritardo della ricerca in Italia.

La dimensione educativa

Il titolo di studio conseguito rappresenta un indicatore estremamente importante per la definizione del concetto di benessere. Infatti, il successo scolastico e formativo unito alle migliori opportu-



rità di occupazione e di crescita professionale può avere un impatto sulla condizione di salute, così come rilevato da uno studio effettuato a partire dai dati dell'indagine multiscopo dell'Istat¹⁶. Attraverso l'utilizzo di modelli logistici multilivello, infatti, si è evidenziato che le principali variabili determinanti il bisogno di salute, oltre all'età biologica, sono legate allo svantaggio sociale, ed esattamente al basso titolo di studio e alle scarse risorse economiche.

La diffusione della scolarizzazione in Italia ha comportato un progressivo aumento del livello di istruzione della popolazione ed in particolare delle donne. Con riferimento all'anno 2006, si rileva che la quota di donne con al massimo la licenza media è del 59,3%, leggermente superiore a quella maschile (56,8%), mentre la quota di diplomate è pari al 30,9% (gli uomini diplomati sono il 33,7%), e la percentuale di laureate è del

9,8%, superiore di 0,2 punti percentuali a quella registrata tra gli uomini.

Se tra gli italiani sono ancora gli uomini a risultare nelle statistiche più scolari, si deve osservare che da anni è in atto la 'rincorsa' delle donne e che attualmente i tassi di partecipazione al sistema scolastico della popolazione in età scolare sono mediamente più alti tra la popolazione femminile¹⁷. A tutt'oggi, però, le donne italiane non hanno ancora recuperato il divario esistente rispetto ad altri paesi europei: nel 2007 la percentuale di donne tra i 25 e i 64 anni con almeno un titolo di istruzione secondaria superiore è del 53% contro una media europea del 69,4%; percentuali più basse si registrano solo in Portogallo (30%) e Malta (22,3%)¹⁸.

Analizzando i dati riferiti alla popolazione immigrata si rileva che le donne straniere presentano livelli di istruzione simili a quelli delle italiane e migliori rispetto a

¹⁴ Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, aprile 2008, pag. 1.

¹⁵ Ivi, p. 21. In riferimento all'anno 2004 l'Istat ha stimato il tasso di abortività specifico per classi di età sia per le donne italiane che per quelle straniere. Sulla base di queste stime risulta che il tasso standardizzato è pari a 29,4‰ per le straniere e 7,7‰ per le italiane. In entrambi i gruppi i tassi sono maggiori nelle fasce di età più basse: 11,8‰ per

le italiane tra i 18 e i 24 anni e 55,0‰ tra le ragazze straniere della medesima fascia di età.

¹⁶ Costa G., Vannoni F., *I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza in Italia nell'indagine multiscopo Istat*, Ministero della Salute, 2007.

¹⁷ Fonte Istat: nel 2007 il tasso di partecipazione lordo nell'istruzione secondaria superiore femminile è del 93,2%, quello maschile del 91,8%.

¹⁸ Fonte: Eurostat, *Percentage of the female population aged 25 to 64 having completed at least upper secondary education*. <http://nui.epp.eurostat.ec.europa.eu/nui/setupModifyTableLayout.do>.

quelli della componente maschile: oltre il 50% delle donne possiede almeno un diploma, di cui il 13% un titolo universitario, a fronte rispettivamente del 43% e del 9% per cento degli uomini¹⁹.

Focalizzando l'attenzione sulle donne italiane con figli si rileva che negli anni è aumentata la quota di coloro che hanno un buon livello di istruzione: la quota di madri con diploma di scuola media superiore è passata dal 19% del 1980 al 30% del 1990 fino a superare il 54% nel 2003²⁰; nello stesso tempo le laureate sono quadruplicate passando dal 4% al 16%. Viceversa si osserva una considerevole diminuzione di mamme con bassi titoli di studio: se nel 1980 la percentuale di madri con la licenza elementare era del 40%, dieci anni dopo è scesa al 14% e nel 2003 è dell'1,7%.

La dimensione lavorativa

Parallelamente all'aumento del livello d'istruzione in Italia si osserva un importante incremento della partecipazione femminile al mercato del lavoro: i livelli di occupazione²¹ sono passati dal 38,5% del 1997 al 47,2% del 2008.

Con riferimento all'ultimo trimestre del 2008 si rileva che il tasso di occupazione delle donne straniere supera quello delle italiane essendo pari al 53,9%. In generale, le donne italiane mostrano un tasso di occupazione più alto sia nelle regioni del Nord (57,6% contro il 53,9% delle straniere) che nelle regioni del Centro (52,3% contro il 50,1% delle straniere). Differentemente nelle regioni del Mezzogiorno la quota di donne straniere occupate risulta notevolmente superiore a quella delle donne italiane: 50,2% contro il 31,1% (tabella 3). Anal-

si condotte sulla forza lavoro femminile di nazionalità straniera rilevano che sono soprattutto le migranti single o senza figli in Italia ad esprimere maggiori tassi di occupazione. Si può quindi prevedere che nei prossimi anni, così come è avvenuto in altri paesi europei, la progressiva e naturale trasformazione strutturale della popolazione straniera (matrimoni, figli, ricongiungimenti familiari, ecc.) produrrà verosimilmente una crescita della quota di donne inattive e disoccupate. In parte ciò sta già avvenendo nelle regioni del Nord dove il processo di integrazione e stabilizzazione è più maturo e le donne straniere sono meno presenti nel lavoro rispetto alle italiane; al contrario nelle regioni del Sud, dove i flussi migratori sono più recenti, l'incidenza delle occupate straniere è maggiore di quella delle italiane²².

Tabella 3 **Tasso di occupazione delle donne italiane e straniere, per ripartizione geografica**
Anno 2008 (val. %)

	Italiane	Straniere
Nord	57,6	53,9
Centro	52,3	50,1
Mezzogiorno	31,1	50,2
Totale	47,2	53,9

Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze lavoro, IV trimestre 2008

In generale, nonostante gli importanti progressi dei tassi di occupazione femminile, l'inserimento lavorativo delle donne continua a mostrare elementi di criticità. Alcuni dati presentati di seguito non sono disaggregati per nazionalità, tuttavia possono essere verosimilmente riferiti

all'intera popolazione femminile, poiché le donne straniere che vivono in Italia sperimentano le stesse dinamiche lavorative ed organizzative delle donne italiane. In più, alle condizioni di svantaggio di genere spesso si sommano nell'esperienza delle donne straniere ulteriori svantaggi che riguardano le difficoltà linguistiche, il mancato riconoscimento dei titoli di studio e la diffusione di pregiudizi²³.

> *Differenze di genere nell'occupazione.* Le differenze di genere nell'occupazione colpiscono di più le donne straniere che quelle italiane. Nel 2008²⁴ il tasso di occupazione femminile delle italiane è del 47,2% contro il tasso di occupazione maschile pari al 69,8%, lo scarto dei tassi è pari al 22,6%. Maggiore è la differenza tra il tasso di occupazione delle donne straniere, pari al 53,9%, e quello maschile pari al 80,7% (-26,8%). Oltre alle differenze 'quantitative' di occupazione si rilevano disparità di remunerazione del lavoro: nel 2007, le retribuzioni medie per gli uomini sono state pari ad oltre 28 mila euro contro i 24.100 euro per le donne, con uno scarto del 16%²⁵. Nelle figure dirigenziali, invece, il divario si riduce al 3,3% e per quelle impiegatizie d'ufficio al 3,9%. Questo rapporto mette in evidenza che i differenziali retributivi di genere dipendono, soprattutto, dal fatto che le donne svolgono prevalentemente professioni mediamente meno remunerate degli uomini. Il differenziale retributivo tra uomini e donne è legato, quindi, prevalentemente alla tipologia di occupazione, tuttavia si rileva anche l'esistenza di trattamenti economici sfavorevoli per le donne a parità di mansioni svolte²⁶.

¹⁹ Istat, *Gli stranieri nel mercato del lavoro*, 2008.

²⁰ Istat, *Essere madri in Italia. Anno 2005*, Statistiche in breve, gennaio 2007.

²¹ Il tasso di occupazione si ottiene dal rapporto tra gli occupati e la popolazione tra i 15-64 anni e rappresenta un indicatore ampiamente usato in sede nazionale e internazionale per valutare i progressi fatti sul mercato del lavoro. Questo rapporto fa anche parte del cosiddetto set di indicatori di Lisbona. La strategia europea auspica, infatti, il raggiungimento nel 2010 del tasso di occupazione femminile del 60% in tutti i paesi europei.

²² Ismu, *Quattordicesimo rapporto sulle migrazioni 2008*, Franco Angeli 2009

²³ Istat, *Gli stranieri nel mercato del lavoro*, 2008, p. 16.

²⁴ Istat, *Rilevazione sulle forze lavoro*, IV trimestre 2008

²⁵ www.sarannoimprenditrici.it/allegati/Unioncamere%20rapporto%202008_%20retribuzioni%20differenze%20di%20genere.pdf

²⁶ Commissione Europea, *Relazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sulla parità tra uomini e donne*, anno 2007.



Save the Children

Italia ONLUS

90 ANNI NEL MONDO
10 IN ITALIA

DOSSIER MADRI ITALIANE E STRANIERE IN ITALIA

Quale tutela per la loro salute
e per quella dei bambini?

> *Il ritardo rispetto agli altri paesi europei.* Nonostante la crescita dell'occupazione femminile degli ultimi decenni, la differenza in termini di tassi di occupazione femminile tra l'Italia e gli altri paesi europei è ancora rilevante. Inoltre, l'Italia è ancora lontana dall'obiettivo del 60% previsto nell'ambito della strategia di Lisbona per il 2010. Gli ultimi dati elaborati dall'Eurostat riportano un tasso medio di occupazione femminile in Europa del 57,2%, con paesi come la Svezia e la Danimarca che superano il 70%. L'Italia mostra chiaramente l'esistenza di un *gap* non soltanto rispetto ai paesi dell'UE (15), ma anche rispetto a quelli di più recente adesione: l'Italia è difatti penultima nella graduatoria europea prima solo di Malta (34,9%).

> *La disoccupazione colpisce le donne.* Nonostante l'accesso al mondo del lavoro delle donne sia in crescita, si rivela che il livello di disoccupazione delle donne, italiane e straniere, risulta essere più alto di quello degli uomini. A livello nazionale secondo i dati Istat riferiti al IV trimestre del 2008, l'8,6% delle italiane tra 15 e i 64 anni e l'11,5% delle straniere della stessa fascia di età sono fuori dal mercato del lavoro. L'incidenza della disoccupazione tocca il punto più alto nel Mezzogiorno per le italiane (15,1%) e nelle regioni del Centro per le straniere (14,2%)²⁷. Il tasso di disoccupazione delle donne straniere al Nord è doppio rispetto a quello calcolato per le italiane.

> *L'adozione di strategie di conciliazione.* La conciliazione del ruolo di lavoratrice e di madre rappresenta una sfida complessa per le donne. La presenza di figli determina una riduzione so-

stanziale dell'occupazione femminile: con riferimento al 2005 l'Istat rileva che il tasso di occupazione delle donne tra i 35 e i 44 anni che vivono in coppia con figli è del 55,1%, mentre quello delle coetanee che vivono in coppia senza figli sale al 76,5% e per le *single* è pari all'86,7%²⁸. Anche il numero di figli condiziona l'occupazione femminile: si passa da un tasso di occupazione del 66,2% per le donne con un figlio al 37,4% per quelle con tre figli e più. Per i coetanei uomini i tassi restano invece stabilmente sopra il 90%. La più intensa partecipazione al mercato del lavoro provoca comunque un aumento del carico di responsabilità della donna nella vita familiare: oltre all'attività lavorativa, infatti, spesso la donna si fa carico della cura dei figli, della gestione della casa, dell'accudimento di familiari anziani. Sempre più spesso le donne italiane, in mancanza di adeguati servizi, si rivolgono ad altre donne, a volte parenti, a volte straniere, sia per un aiuto in casa che per la cura di figli e parenti anziani.

> *Donne e lavoro: la tutela della maternità.* La Commissione Europea ha recentemente approvato un documento che punta a migliorare la direttiva in vigore sul tema di maternità: la proposta è di allungare il periodo minimo di congedo di maternità dalle 14 alle 18 settimane e di retribuirlo al 100% del salario mensile netto. L'Italia è ai primi posti in Europa per quanto riguarda la legge che regola i congedi per maternità, infatti per legge sono previste 21 settimane di congedo obbligatorio, pagato all'80%. Questo diritto spetta solo a quante hanno un contratto regolare di lavoro, tuttavia molte donne straniere non hanno un permesso di

soggiorno e di conseguenza lavorano in assenza di garanzie e tutele.

Le caratteristiche socio-economiche familiari costituiscono un patrimonio culturale che esercita un'influenza cruciale sul destino formativo dei figli. Il processo di mobilità sociale intergenerazionale è influenzato da meccanismi che tendono a riprodurre sui destini individuali lo squilibrio delle posizioni di partenza: si può assumere che in misura più o meno marcata i figli ereditano vantaggi e svantaggi associati alla posizione occupazionale dei genitori.

Numerose ricerche hanno associato i fenomeni di dispersione scolastica all'ambiente socio-culturale ed economico della famiglia di origine. Sulla base delle rilevazioni effettuate sulle forze lavoro emerge che oltre l'80% dei giovani usciti prematuramente dalla scuola proviene da nuclei in cui il capofamiglia ha ottenuto al massimo il diploma della scuola dell'obbligo²⁹.

Una buona istruzione consente la formazione di un bagaglio di conoscenze e di capacità che costituiscono un patrimonio importantissimo per il futuro inserimento lavorativo e professionale.

Ma qual è lo stato delle generazioni future in termini di opportunità?

Analizzando le informazioni statistiche sul tasso di abbandono del percorso scolastico (*early school leavers*)³⁰ si rileva che le ragazze mostrano un maggiore investimento nell'istruzione rispetto ai coetanei di sesso maschile.

Focalizzando l'attenzione sulla componente femminile, le mamme del futuro, si rileva che nelle regioni del Centro Italia si è quasi raggiunto l'obiettivo europeo del 10% di abbandono scolastico, stabilito come *benchmark* per il 2010

²⁷ Istat, *Rilevazione sulle forze lavoro*, IV trimestre 2008.

²⁸ Istat, *Statistiche sulle donne*, http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070307_00

²⁹ Istat, *Rapporto Annuale. La situazione sociale nel paese*. Anno 2007.

³⁰ L'indicatore che viene utilizzato per dar conto della dispersione in ambito europeo è il tasso di abbandono precoce che si traduce con la quota di 18-24enni che hanno conseguito un titolo di studio al massimo ISCED 2 (scuola secondaria di primo grado) e che non partecipano ad attività di educazione o formazione sul totale della popolazione 18-24enne. L'Istat misura questo indicatore ricorrendo alla rilevazione sulle forze lavoro.

nell'ambito della Strategia di Lisbona, mentre nelle regioni del Mezzogiorno la percentuale è ancora del 20%, leggermente più alta del tasso medio registrato a livello nazionale (pari al 19,7%) (figura 2).

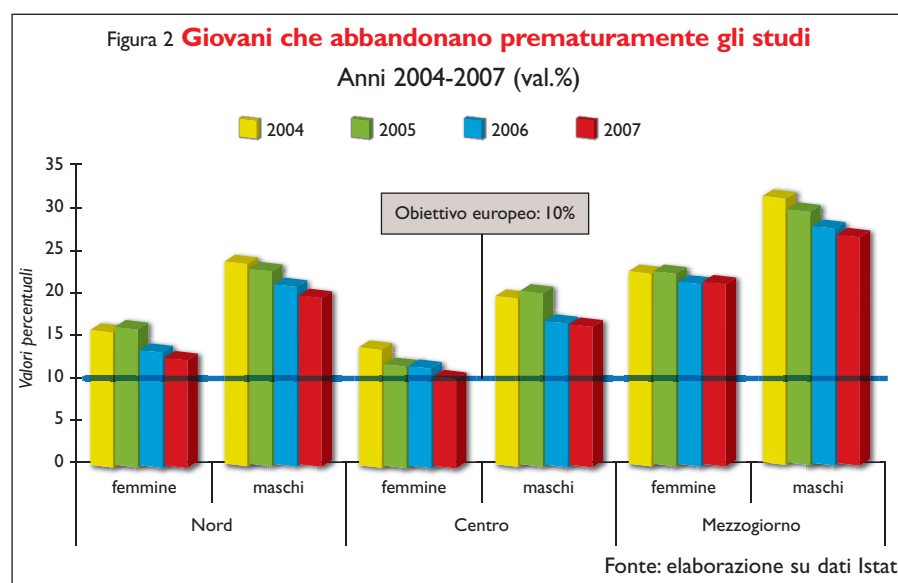
alunni stranieri non è in regola con gli studi e al crescere dell'età aumenta il loro disagio scolastico. Differenze si rilevano nei ritardi scolastici tra gli studenti stranieri e quelli italiani per livello scolastico, confermando le maggiori difficoltà degli stranieri

La dimensione politica e di partecipazione sociale

La percentuale di donne elette nelle assemblee parlamentari costituisce uno degli indicatori adottati in sede nazionale e internazionale per la valutazione della partecipazione femminile all'attività politica ed è uno degli indicatori utilizzati nel rapporto *State of World's Mothers*.

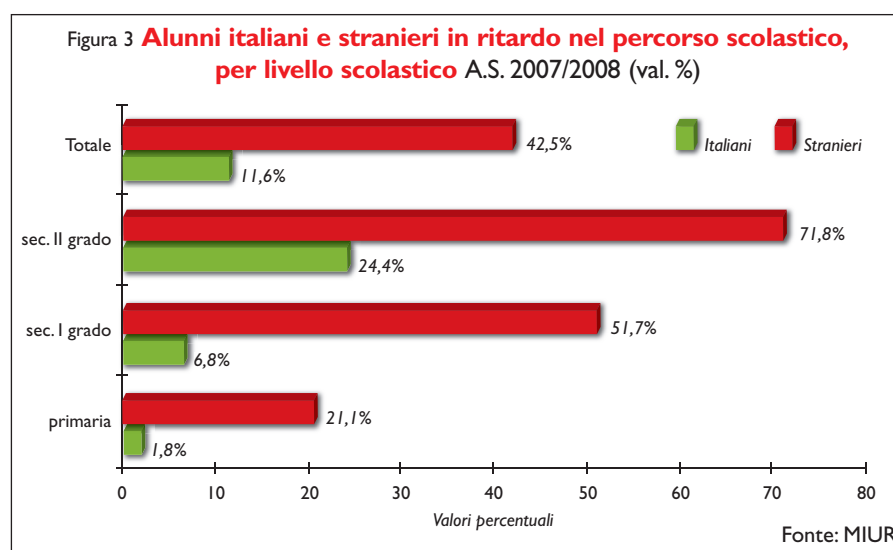
In Italia la percentuale di parlamentari donne è andata crescendo in entrambi i rami del Parlamento e nell'attuale legislatura le quote di donne elette sono pari al 21,3% alla Camera dei Deputati e del 18,3% al Senato della Repubblica.

Nonostante l'aumento della 'quota rosa', la rappresentanza parlamentare delle donne in Italia risulta modesta soprattutto se rapportata alle equivalenti rappresentanze negli altri paesi europei: la quota di deputate elette alla Camera si colloca ampiamente al di sotto delle percentuali dei paesi nordici e della Spagna (tutte superiori al 36%). L'Istat segnala che, mentre in Danimarca, Norvegia, Finlandia e Svezia il confronto non è completamente applicabile per la presenza di una sola Camera,



Più in generale, nonostante il trend sia positivo, ovvero gli abbandoni precoci calano in tutta Italia, permangono significative differenze di genere e forti disomogeneità territoriali. Gli abbandoni scolastici hanno un'incidenza più alta nelle regioni meridionali, dove inoltre si registrano livelli di disoccupazione maggiori. Il futuro dei ragazzi che nascono in queste regioni, quindi, riserva maggiori rischi, in particolare per quanto attiene le probabilità di effettuare un percorso scolastico senza intoppi e il successivo ingresso nel mondo del lavoro. Fenomeni di abbandono o altre forme di dispersione o disaffezione scolastica si rintracciano con più frequenza tra i ragazzi stranieri. Analizzando i dati del MIUR³¹ si rileva che la mancanza di regolarità scolastica tra gli studenti con cittadinanza non italiana rappresenta un dato particolarmente allarmante: in media, il 42,5% di

ri con l'avanzare dei livelli scolastici, difficoltà senza dubbio legate alla conoscenza della lingua italiana, ma anche a problemi più generali di integrazione sociale.



³¹ MIUR *Gli alunni stranieri nel sistema scolastico italiano A.S. 2007/08*. Luglio 2008

L'inserimento scolastico dei giovani stranieri

Nell'ultimo anno scolastico (A.S. 2007/08) gli alunni con cittadinanza non italiana iscritti a scuola sono stati 574.133 pari al 6,4% del totale degli alunni. La distribuzione degli alunni con cittadinanza non italiana all'interno dei diversi livelli scolastici mostra che l'85% di essi si trova nei livelli iniziali dell'istruzione: scuola dell'infanzia e scuola primaria (la presenza degli studenti non italiani rappresenta rispettivamente il 6,7% e il 7,7% dell'intera popolazione). I bambini e i ragazzi stranieri nati in Italia che risultano iscritti a scuola costituiscono il 35% degli alunni stranieri, corrispondenti al 2,2% del numero complessivo degli studenti. Naturalmente la loro maggiore concentrazione si rileva tra gli iscritti alla scuola dell'infanzia e primaria, dove rappresentano rispettivamente il 71,2% e il 41,1% degli stranieri iscritti. La percentuale degli stranieri di seconda generazione che frequentano una scuola secondaria scende al 17,8% per quella di I grado e al 6,8% per le scuole di II grado sul totale degli stranieri iscritti.

Gli alunni stranieri entrati per la prima volta nel 2007/2008 nel sistema scolastico italiano, invece, sono 46.154 corrispondenti all'8% di tutti gli alunni con cittadinanza non italiana; 23.650 di essi, più della metà, sono inseriti nella scuola primaria.

La cittadinanza più rappresentata in Italia è quella rumena, con 92.734 alunni pari al 16,1% del totale degli alunni stranieri. A seguito dell'ingresso della Romania nei paesi dell'Unione Europea il numero degli alunni rumeni ha subito un forte incremento, superando gli alunni albanesi (85.195 pari al 14,8%), che negli anni precedenti erano i più rappresentati. Insieme al Marocco (76.217 presenze pari al 13,3%), la Romania e l'Albania coprono il 44,3% delle presenze straniere nella scuola italiana.

nei Paesi Bassi e in Spagna la sussistenza di due rami parlamentari rende congruente la comparazione con il caso nazionale. Rispetto alle Camere di questi due paesi la quota di elette italiane risulta in entrambi i casi inferiore di oltre 18 punti percentuali, mentre la rappresentanza femminile al Senato è nettamente inferiore a quella del Senato spagnolo (-9,3%) e della Camera olandese (-15,1%). Tra i sistemi politici bicamerali anche in Germania e nel Regno Unito si rilevano quote di rappresentanza femminile superiori a quelle italiane in entrambe le assemblee, pur con differenze percentuali meno accentuate; in Francia solo alla Camera

bassa la quota femminile (12,2%) è inferiore a quella italiana, mentre al Senato l'indicatore supera di 3 punti percentuali quello nazionale³².

Considerando infine la quota di deputate elette dall'Italia al Parlamento europeo nelle ultime elezioni del 2006 si conferma il divario rispetto agli altri paesi: contro una media europea del 30,3% l'Italia si colloca in fondo alla graduatoria con il 19,2% delle elette, prima solo di Polonia, Cipro e Malta (questi ultimi due paesi privi totalmente di rappresentanza femminile). Sulla base di un studio condotto dall'Istat³³, la partecipazione femminile alla vita politica italiana è ancora marginale

(solo l'1,8% del campione è militante di partiti o sindacati), tuttavia esistono gruppi di donne fortemente impegnate nel volontariato e nell'associazionismo (circa l'11%), donne che seguono con continuità la politica (il 17%) e donne che si informano pur senza partecipare (il 35%). Infine, 1 donna su 3 risulta essere completamente estranea sia a fatti ed informazioni che riguardano la vita politica, sia a forme di partecipazione sociale e collettiva.

B) La fragilità delle donne e dei bambini

Dall'analisi degli indicatori presentati si evidenzia una maggiore fragilità della condizione femminile rispetto a quella maschile e una più forte disparità di genere in Italia che negli altri paesi europei. Per le donne straniere che vivono in Italia, inoltre, alle condizioni di svantaggio di genere si sommano le difficoltà e i pregiudizi di cui spesso sono vittime gli immigrati.

I fattori di svantaggio non attengono tanto agli aspetti riproduttivi della vita femminile che, come mostrano i dati, risultano essere sotto controllo sia per quanto riguarda le donne italiane che per la maggior parte delle donne straniere che risiedono in Italia. Al contrario, i fattori di rischio della salute femminile sono legati prevalentemente al ruolo sociale della donna, alla sua condizione lavorativa e alla posizione che riveste nell'ambito familiare.

In generale, sono soprattutto le condizioni sociali, e in particolare le disparità nella distribuzione delle risorse materiali e delle opportunità di mobilità sociale, e la debolezza di politiche pubbliche mirate³⁴ ad influenzare lo stato di salute delle persone.

³² Istat, *Statistiche sulle donne*, http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070307_00

³³ Istat e Ministero per le Pari Opportunità, *Partecipazione politica e astensionismo secondo un approccio di genere*, 2006.

³⁴ CIES, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*. Anno 2007.

Nell'individuazione dei profili dei soggetti più esposti al rischio di povertà pesano vari indicatori: oltre all'età e al sesso, conta il livello di istruzione, a sua volta legato alla partecipazione al mercato del lavoro e alla posizione professionale. Ne consegue che le donne costituiscono una categoria sociale molto esposta al rischio di povertà, e laddove vi sono figli il rischio aumenta.

Secondo i dati dell'Istat, che annualmente monitora l'andamento della povertà relativa³⁵ in Italia, nel 2007 le famiglie povere sono l'11,1% del totale (tabella 4). La distribuzione della povertà non è omogenea sul territorio nazionale: il fenomeno risulta più diffuso nelle regioni del Mezzogiorno, dove si annidano sacche di disoccupazione più elevate rispetto alla media nazionale.

L'incidenza della povertà, inoltre, è maggiore nelle famiglie dove sono presenti minori e nella tipologia familiare monogenitore (11,3%), che nella grande maggioranza dei casi è costituita da donne. L'evento che determina la formazione dei nuclei monogenitoriali, tuttavia, configura diversi livelli di rischio di povertà: mentre le nascite da madri *single* si verificano più frequentemente in età giovanile, cioè in una fase del ciclo di vita più vulnerabile, le separazioni, i divorzi e le vedovanze avvengono spesso in età più matura, il che condiziona diversamente la possibilità dei genitori soli di far fronte alle esigenze proprie e dei propri figli. Da questo punto di vista, la possibilità delle madri sole di partecipare al

mercato del lavoro ha effetti importanti sulla capacità di reddito e di consumo familiare.

La presenza di uno o più figli di minore età all'interno della famiglia si associa ad un disagio economico ancora più evidente: il 14,1% delle famiglie con almeno un figlio minore e il 27,1% delle famiglie con 3 o più figli minori sono povere.

Tabella 4
Incidenza della povertà relativa
Anno 2007 (val. %)

Famiglie povere	11,1
Famiglie monogenitore	11,3
Famiglie con almeno 1 figlio minore	14,1
Famiglie con 3 o più figli minori	27,1

Fonte: Istat

Anche le indagini condotte a livello europeo (Eu-Silc)³⁶ sulla povertà e l'esclusione sociale individuano nella composizione del nucleo familiare uno dei fattori determinanti del fenomeno della povertà dei minori. La composizione e la numerosità del nucleo familiare, il livello di istruzione dei genitori sono caratteristiche che influiscono sulla situazione economica dei minori.

In tutta Europa i bambini che crescono in famiglie monoparentali o al contrario molto numerose tendono ad essere più esposti al rischio di povertà. Anche i bambini che crescono in famiglie di mi-

granti o appartenenti a minoranze etniche incontrano più difficoltà degli altri bambini (nei percorsi scolastici e conseguentemente nell'inserimento lavorativo e sociale).

Sulla base dei dati dell'ultima indagine riferita al 2006, i minori a rischio di povertà in Italia, ossia i bambini e gli adolescenti che vivono in nuclei familiari caratterizzati da un reddito al di sotto del 60% del livello mediano nazionale del reddito equivalente³⁷, sono il 24%, contro una media europea del 19%. L'Italia, insieme a Grecia, Lituania, Lettonia, Lussemburgo, Polonia, Portogallo e Spagna, fa parte del gruppo di paesi che registra il più alto livello di povertà infantile. I principali fattori responsabili sono connessi alla qualità dell'occupazione dei genitori (scarsa intensità di lavoro e bassa retribuzione) e allo scarso livello ed efficienza della spesa sociale³⁸.

Le difficoltà che caratterizzano la vita delle donne con figli, e soprattutto di quelle che non possono contare sul sostegno di un compagno/marito, sono evidenziate da ulteriori indicatori utilizzati dall'Istat³⁹: la famiglia su 4 con tre o più minori arriva alla fine del mese con molte difficoltà, il 9,2% sostiene di aver avuto difficoltà ad acquistare beni alimentari; in modo analogo anche i nuclei monogenitore mostrano più sofferenza rispetto alla media delle famiglie italiane (figura 4). L'ambiente domestico in cui crescono i bambini può presentare problematiche strutturali che inevitabilmente incidono sulle condizioni fisiche

³⁵ La soglia di povertà relativa è una linea convenzionale che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia di due componenti viene definita povera in termini relativi. Nel 2007 questa spesa è risultata pari a 986,35 euro. Per famiglie di ampiezza maggiore si utilizza una scala di equivalenza che tiene conto delle economie che è possibile realizzare in ambito familiare. La soglia di povertà relativa elaborata dall'Istat è calcolata sulla base della spesa familiare rilevata annualmente nell'indagine sui consumi condotta su un campione di circa 28 mila famiglie estratte casualmente in modo da rappresentare il totale delle famiglie residenti in Italia. La soglia di povertà relativa quindi si sposta di anno in anno a causa della variazione dei prezzi al consumo e dei comportamenti di consumo delle famiglie.

³⁶ A livello europeo viene realizzata una indagine denominata *Statistics in-*

come and living condition per misurare il livello di povertà delle popolazioni europee. Rispetto all'indagine nazionale sulla povertà curata dall'Istat, l'indagine europea si basa sui redditi individuali.

³⁷ Fonte Istat: Secondo la definizione armonizzata a livello europeo, il reddito netto familiare totale è pari alla somma dei redditi da lavoro dipendente e autonomo, di quelli di capitale reale e finanziario, delle pensioni e degli altri trasferimenti pubblici e privati ricevuti dalle famiglie, al netto del prelievo tributario e contributivo e di eventuali imposte patrimoniali.

³⁸ Commissione Europea, *Studio tematico sui provvedimenti politici concernenti la povertà infantile*, 2008.

³⁹ Istat, *Distribuzione del reddito e condizioni di vita in Italia. Anni 2006-2007*. Statistiche in breve, dicembre 2008.

e di salute dei minori nelle fasi delicate dello sviluppo psico-fisico: il 13,7% delle famiglie con tre o più minori e il 14,9% delle famiglie monogenitore dichiarano di non riuscire a scaldare la casa adeguatamente.

sere dei bambini dipendono da un insieme di fattori familiari, ambientali e sociali. La famiglia, in particolare, riveste un ruolo fondamentale non solo in quanto contribuisce alla formazione culturale, affettiva e psicologica dei figli,

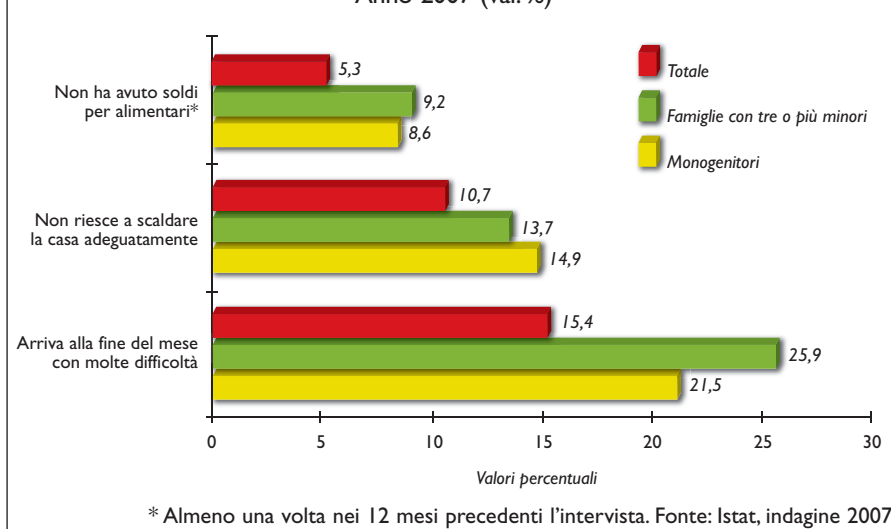
giorata progressivamente nel corso degli ultimi cinquant'anni in termini di diritti acquisiti, di emancipazione e di inserimento sociale. Così come illustrato nel rapporto *State of World's Mothers*, il nostro paese si colloca nel gruppo dei paesi più sviluppati insieme a tutti gli altri paesi europei, tuttavia vi sono ancora evidenze di sacche di marginalità. Riepilogando brevemente i risultati dell'analisi emergono i seguenti elementi di criticità:

> *la maggiore vulnerabilità delle donne straniere per quanto riguarda la dimensione familiare e di cura.* Nonostante il crescente contributo alla natalità da parte delle donne straniere, i livelli di medicalizzazione sono più bassi di quelli delle italiane, così come il livello di informazione sulla procreazione. Si rileva inoltre che in Italia vi sono numerose donne straniere senza un regolare permesso di soggiorno non visibili nelle statistiche ufficiali e per questo con più probabilità esposte a situazioni di marginalità⁴¹. L'aspetto di maggiore criticità riguarda proprio il sistema di accesso alle cure: le modifiche al T.U. immigrazione contenute nel DDL Sicurezza ricadranno prevedibilmente sulle categorie più vulnerabili come le donne e i bambini stranieri (rispetto alla salute riproduttiva, la maternità, le cure mediche, visite pediatriche, vaccinazioni, ecc.);

> *la permanenza di significative disuguaglianze di genere.* Il tasso di occupazione femminile è inferiore di oltre venti punti percentuali a quello maschile (-22,6% femmine-maschi italiani, -26,8% femmine-maschi stranieri); le donne, a parità di mansioni svolte, guadagnano meno dei coetanei di sesso maschile; l'incidenza della disoccupazione è più alta tra le donne, ed in particolare tra quelle straniere. Anche

Figura 3 **Indicatori di disagio economico, per tipologia familiare**

Anno 2007 (val. %)



C) Spezzare il cordone del disagio: le conclusioni e raccomandazioni di Save the Children

Nel corso delle attività e dei progetti realizzati a favore della tutela e della promozione dei diritti dell'infanzia Save the Children ha evidenziato la stretta correlazione tra il benessere materno e quello dei bambini. L'educazione, la soddisfazione economica e l'accesso a servizi e cure sanitarie delle madri generano virtuose condizioni per lo sviluppo dei figli, garantendo loro maggiori possibilità di sopravvivenza e buona salute.

Le opportunità e lo sviluppo del benes-

ma anche perchè fornisce loro un riferimento imprescindibile per la costruzione delle future capacità di scelta. Ciò che Amartya Sen ha definito "capacitazioni", cioè la capacità di *acquisire funzionamenti cui (una persona) ha motivo di attribuire valore*⁴⁰. I funzionamenti possono variare dai più elementari, la nutrizione e la cura, ad acquisizioni più complesse, come ad esempio avere rispetto per se stessi o essere in grado di confrontarsi con gli altri.

Da questa prospettiva si coglie il ruolo importantissimo delle donne all'interno della famiglia. La possibilità di un bambino di crescere sano dipende dalla salute, dal livello di istruzione, dalla sicurezza e dal benessere psico-fisico ed economico della propria madre.

La condizione della donna in Italia è mi-

⁴⁰ Sen Amartya, *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, 2000.

⁴¹ La fondazione Ismu stima in 650 mila gli stranieri irregolari presenti in Italia, di cui circa 400 mila colf e badanti e quindi con molta probabilità donne. Cfr. Ismu, *Quattordicesimo rapporto sulle migrazioni 2008*

in tema di partecipazione politica, il ruolo della donna è ancora marginale; > *la fragilità delle donne, italiane e straniere, connessa alla condizione lavorativa e al ruolo in ambito familiare.* Le ricerche sulla povertà e sull'esclusione sociale individuano nella composizione del nucleo familiare uno dei fattori determinanti del fenomeno della povertà dei minori. In Italia le donne più esposte al rischio di povertà sono quelle che crescono da sole i propri figli, e quelle che pur non essendo sole hanno più figli di minore età. Anche la condizione professionale dei genitori riveste un'importanza cruciale nella misura in cui, in modo più o meno evidente, i figli ereditano vantaggi e svantaggi associati alla posizione occupazionale dei genitori.

A partire dagli elementi emersi dall'analisi sulla salute materno-infantile in Italia, Save the Children raccomanda:

1 Al Governo, in concertazione con la Conferenza Unificata, di incrementare la quota di risorse che l'Italia destina all'infanzia e all'adolescenza, e di introdurre un sistema di monitoraggio per analizzare annualmente l'articolazione di tali fondi (tenendo presenti le risorse stanziare dai diversi Ministeri competenti, dalle Regioni e dagli Enti Locali);

2 Al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di provvedere alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVELLS) garantendo, tramite gli stessi, il godimento uniforme sull'intero territorio nazionale dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e l'attuazione di

una logica promozionale, ponendo particolare attenzione ai bambini e alle bambine appartenenti ai gruppi più vulnerabili;

3 Al Parlamento⁴², nella valutazione del disegno di legge di iniziativa governativa recante "Misure in materia di sicurezza pubblica" (il cosiddetto DDL Sicurezza), di non eliminare la deroga rispetto all'obbligo di presentazione del documento attestante la regolarità del soggiorno degli stranieri per i provvedimenti inerenti gli atti dello stato civile e l'accesso ai pubblici servizi, di non prevedere l'obbligatorietà della presentazione del permesso di soggiorno per contrarre matrimonio in Italia e di non eliminare il divieto di segnalazione di persone irregolarmente presenti sul territorio italiano da parte del personale sanitario.

⁴² Alla chiusura del presente rapporto in data 24 aprile 2009 il DDL è in discussione presso le Commissioni riunite di Giustizia e Affari Costituzionali della Camera