



Save the Children è la più grande organizzazione internazionale indipendente per la difesa e promozione dei diritti dei bambini. Dal 1919 opera in oltre 120 paesi del mondo con una rete di 28 organizzazioni nazionali e un ufficio di coordinamento internazionale, la International Save the Children Alliance. L'organizzazione internazionale porta avanti oltre 500 progetti nei settori

dell'educazione, della risposta alle emergenze, della salute e della protezione dallo sfruttamento e abuso. Inoltre fa pressione sui governi, le istituzioni locali, nazionali e internazionali affinché mettano al centro delle proprie politiche i diritti dei bambini sanciti dalla Convenzione Onu sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Save the Children Italia opera dalla fine del 1998, prima come

Onlus (Organizzazione non lucrativa di utilità sociale) oggi come Ong (Organizzazione non governativa) riconosciuta dal Ministero degli Affari Esteri. Save the Children Italia promuove attività e progetti rivolti sia ai minori dei cosiddetti Paesi in via di sviluppo che alle bambine e ai bambini che vivono nel territorio nazionale.

## STUDIO SULLA SALUTE MATERNO INFANTILE NELLE COMUNITÀ ROM. IL CASO DI ROMA.



**Save the Children**  
Italia ONLUS



La pubblicazione è stata curata da Daniela Bonardo. Fosca Nomis, Antonella Inverno, Laura Lagi, Giusy De Loiro, Cristina Piffer e Luigi D'Aquino hanno partecipato all'impostazione della ricerca e alla revisione del testo. Laura Lagi, Gania Sejdic e Vito Savasta hanno realizzato le interviste in profondità.

Si ringrazia per la preziosa collaborazione l'ospedale San Gallicano di Roma, e in particolare Emma Pizzini, per gli utili suggerimenti nella fase di definizione dello strumento d'indagine e per il contributo alla rilevazione.

Si ringraziano per il supporto nella fase di somministrazione dei questionari: Natalia Cherubini, Sabrina Vispi, Cesare Busi, Beppe Esposito, Giuseppe Sartiano, Antonio Ardolino.

Si ringraziano inoltre per gli importanti spunti offerti per la lettura dei dati, Salvatore Geraci, Franco Alvaro, e per il supporto l'Ufficio Nomadi del Comune di Roma.

E infine un ringraziamento particolare a tutte le donne che hanno dato la loro disponibilità a farsi intervistare.

Foto:  
Graffiti di Andrea Sermoneta

Grafica e impaginazione:  
Ac&P Aurelio Candido & Partners

Pubblicato da:  
Save the Children Italia Onlus  
Via Voltorno, 58 - 00185 Roma Italia

Stampa:  
Artigrafiche Agostini

Pubblicato:  
Maggio 2008



Save the Children Italia Onlus  
Via Voltorno 58 - 00185 Roma  
tel +39 06 480 70 01  
fax +39 06 480 70 039  
info@savethechildren.it

[www.savethechildren.it](http://www.savethechildren.it)

# Premessa

Nel rapporto State of the World's Mothers, pubblicato e redatto ogni anno da Save the Children, viene evidenziata la stretta correlazione tra il benessere materno e quello del bambino. La possibilità di un bambino di vivere e di crescere sano dipende dalla salute, dal livello di istruzione, dalla sicurezza e dal benessere psicofisico ed economico della propria madre. Sulle

donne italiane esistono dati statistici puntuali che permettono di misurare la condizione di salute, al contrario sulle donne straniere, ed in particolare su quelle Rom, la produzione di dati e di analisi è ancora carente sia a livello nazionale che internazionale. In questi anni però le istituzioni europee hanno puntato la loro attenzione sulla

condizione delle donne Rom e nel 2005 è stata approvata una risoluzione del Parlamento europeo<sup>1</sup> che esorta le istituzioni dell'Unione ed i governi nazionali a raccogliere e pubblicare i dati statistici sulla popolazione Rom e soprattutto a promuovere iniziative e politiche volte: a garantire l'accesso di tutte le donne Rom alle cure sanitarie di base, di urgenza e preventive, ad incoraggiare l'istruzione e la formazione per favorire l'occupazione, a prevenire e vietare forme di violenza e di sfruttamento.

Save the Children Italia partendo dall'analisi dei dati relativi alle condizioni di salute delle donne e dei bambini stranieri presenti sul territorio italiano, ha realizzato **uno studio sulla condizione di salute delle donne Rom che vivono nel comune di Roma**. Tale ricerca ha analizzato, a partire dagli stessi macroindicatori utilizzati nel rapporto State of the World's Mothers, una serie di dimensioni correlabili al concetto di benessere.

Il presente rapporto è articolato in sei parti: il primo capitolo ricostruisce il contesto normativo che regola la tutela della salute degli stranieri in Italia e quindi anche delle comunità Rom; il secondo capitolo contiene informazioni e statistiche disponibili sullo stato di salute e sull'accesso ai servizi sanitari da parte delle donne straniere; il terzo capitolo definisce il disegno di indagine e le fasi della ricerca; il quarto capitolo illustra i principali risultati della survey; il quinto capitolo riporta alcuni estratti dei racconti delle stesse donne Rom intervistate, ed infine il sesto capitolo contiene le considerazioni finali e le indicazioni per i prossimi studi.

<sup>1</sup> P6\_TA (2006)0244 *Risoluzione del Parlamento europeo sulla situazione delle donne Rom nell'Unione europea* (2005/2164(INI)).



# INDICE

Introduzione	5
<hr/>	
1. IL DIRITTO ALLA CURA DEGLI STRANIERI IN ITALIA	8
1.1. Applicazione della normativa	9
<hr/>	
2. SALUTE MATERNO INFANTILE DELLE DONNE STRANIERE: UNO SGUARDO AI DATI	12
<hr/>	
3. INTRODUZIONE ALLA RICERCA: PERCHÉ UN FOCUS SULLE DONNE ROM	16
3.1. Il disegno della ricerca	18
3.2. La metodologia: ricognizione <i>desk</i> e studio di campo	20
3.3. Le informazioni di partenza	20
3.4. La somministrazione dei questionari	21
3.5. Le interviste <i>face to face</i>	22
<hr/>	
4. LE SALUTE DELLE DONNE ROM	26
4.1. La dimensione della cura	27
4.2. La dimensione educativa	32
4.3. La dimensione lavorativa	33
4.4. La dimensione socio-familiare	33
4.5. La dimensione abitativa	35
<hr/>	
5. LUCI ED OMBRE NEI RACCONTI DI VITA	38
<hr/>	
6. ALCUNI SPUNTI DI RIFLESSIONE	44



Save the Children, occupandosi di tutela e promozione dei diritti dell'infanzia, ha individuato la salute delle mamme come un aspetto molto importante del proprio lavoro: la qualità di vita di un bambino dipende dalla salute, dalla sicurezza e dal benessere della propria madre. Solo assicurando alle madri educazione, benessere economico e possibilità di accedere ai servizi e alle cure sanitarie, sia quelle madri che i loro figli avranno maggiori possibilità di sopravvivere e crescere sani.

Proprio per sottolineare questo legame e verificare come stanno le mamme nei diversi paesi del mondo, Save the Children pubblica ogni anno un rapporto sullo "stato delle madri" nel mondo. Dalla pubblicazione rileviamo con gioia che l'Italia è uno dei paesi in cui le mamme stanno bene e quindi i bambini hanno maggiori probabilità di nascere e crescere sani. Tuttavia, quest'anno abbiamo deciso di approfondire ulteriormente la tematica e andare a vedere se ci sono delle donne che "sfuggono" alle statistiche e che non godono dello stesso livello di salute.

In questa pubblicazione si possono trovare i risultati di un lavoro di ricerca

realizzato con le donne Rom che vivono in alcuni insediamenti, attrezzati e non attrezzati, di Roma, che ci hanno raccontato la loro esperienza di essere madre, portando così alla luce sia aspetti positivi che difficoltà che incontrano. Se i primi sono

## Introduzione

da valorizzare, sulle difficoltà è sicuramente nostra intenzione lavorare affinché possano essere superate, facendo in modo che quegli indici che rappresentano in modo positivo l'esperienza della maternità in Italia, possano essere validi per tutte le donne che vivono nel nostro paese.

Save the Children intende quindi, partendo dall'esperienza e dalle conoscenze che ha consolidato a livello internazionale, e ascoltando e parlando con le mamme così come è stato fatto per realizzare questa ricerca, contribuire a garantire la salute a tutte le mamme e ai loro bambini.

D'altronde così come succede in altri paesi del mondo, anche in Italia, l'analfabetismo (o bassi livelli di scolarizzazione), la povertà e l'esclusione sociale sono i principali nemici della salute delle mamme e quindi dei loro bambini; su questi fattori è quindi importante lavorare al fine di garantire le condizioni necessarie per un effettivo ed equo accesso al servizio sanitario. Così come lavoriamo in tanti paesi del mondo, ci impegniamo a farlo anche in Italia.

Valerio Neri  
DIRETTORE GENERALE  
SAVE THE CHILDREN ITALIA

IL DIRITTO  
ALLA CURA  
DEGLI STRANIERI  
IN ITALIA



I.

## IL DIRITTO ALLA CURA DEGLI STRANIERI IN ITALIA

L'assistenza sanitaria delle persone straniere presenti sul territorio nazionale è regolamentata dalla Legge n° 40 del 1998, confluita nel D.Lgs. 286 del 1998 denominato "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero". I principi e le disposizioni sul tema dell'assistenza sanitaria contenuti in tale normativa hanno inoltre trovato una maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del DPR n° 394 del 1999 e con la circolare del Ministero della Salute n° 5 del 2000. Le modifiche apportate alla normativa sull'immigrazione con la Legge Bossi Fini del 2002 non hanno riguardato il tema specifico dell'assistenza sanitaria agli immigrati. Entrando nello specifico, la normativa in vigore riconosce agli stranieri regolarmente soggiornanti il diritto e l'obbligo di iscrizione al SSN (art. 35 D.Lgs. 286/98), mentre agli stranieri non in regola vengono garantite le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti, o comunque essenziali, ancorché continuative nonché la possibilità di usufruire dei programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (art. 35 D.Lgs. 286/98) previo ottenimento di un codice identificativo regionale STP - straniero temporaneamente presente - (art. 43 DPR 394/99) rilasciato dalle aziende ospedaliere e dalle strutture territoriali individuali dalle ASL.

Tali norme sono a garanzia della salute di tutti coloro che sono presenti sul territorio nazionale al di là della regolarità dello status giuridico, e una particolare attenzione è riservata alle donne e ai bambini, categorie maggiormente vulnerabili, per le quali è prevista: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane; la tutela della salute del minore, in esecuzione della Convenzione di New York del 1989, ratificata con la Legge del 27 maggio 2001 n° 176; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi e di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni.

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<sup>3</sup>, gli stranieri neocomunitari non in possesso dei requisiti previsti dalla legge per l'iscrizione al SSN<sup>3</sup>, 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<sup>4</sup>. La circolare diffusa dal Ministero della Salute<sup>5</sup> specifica, inoltre, che "per quanto concerne le donne in gravidanza, ai sensi della normativa comunitaria vigente, le prestazioni possono essere fornite previa esibizione della TEAM. Tutte coloro che non risultano assicurate presso uno Stato comunitario (e che non sono iscritte al SSN) dovranno presentare un'assicurazione privata o pagare direttamente le prestazioni. Invece, per quanto concerne l'interruzione volontaria di gravidanza, questa prestazione deve considerarsi a totale carico dell'assistita, a meno che l'interruzione di gravidanza sia ritenuta una prestazione medicalmente necessaria; nel qual caso, se l'interessata è fornita di un idoneo attestato di diritto rilasciato dall'istituzione competente del proprio Paese di provenienza, la prestazione è gratuita". Sulla base di questo decreto, quindi, eccetto alcune categorie protette<sup>6</sup>, le donne comunitarie non in possesso dei requisiti previsti dalla legge per la copertura sanitaria risultano escluse dal sistema di garanzia e di tutela previsto dal Testo Unico in materia di immigrazione. In situazioni di forte marginalità il paradosso creato dalla normativa è che una donna straniera non comunitaria risulta essere maggiormente tutelata di una donna straniera comunitaria contravvenendo quindi a uno dei principi sanciti dai regolamenti comunitari di sicurezza sociale che è quello della parità di trattamento tra l'assistito di uno Stato che si trova in un altro Stato membro con gli assistiti di quest'ultimo. Allo scopo di sanare questa iniquità, alcune Regioni<sup>7</sup> sono intervenute fornendo indicazioni relative alle modalità di assistenza sanitaria ai cittadini neocomunitari non iscrivibili al SSN. A fronte dell'empasse creatosi, il Ministero della Salute ha emanato una nuova circolare il 19 febbraio del 2008 nella quale si esprime il parere che il decreto 30/2007 debba essere armonizzato con le norme di principio dell'ordinamento italiano che sanciscono la tutela della salute e garantiscono cure agli indigenti (art. 32 Cost.), sottolineando il diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti (tra queste si intendono incluse le prestazioni a tutela della salute dei minori, a tutela della maternità e all'interruzione volontaria di gravidanza) per i cittadini comunitari e rimandando alle Regioni - alle quali spettano competenze in materia sanitaria - la regolamentazione delle procedure che garantiscano tali tutele. Sulla scorta delle iniziative delle Regioni Marche e Piemonte, anche la Regione Lazio e la Regione Campania hanno emanato una circolare che istituisce un nuovo codice ENI (Europeo Non Iscritto) che consente ai cittadini neocomunitari, presenza in crescita nel territorio regionale, e soprattutto a coloro che si trovano in condizioni di fragilità sociale o in stato di indigenza, la garanzia di un'adeguata assistenza sanitaria<sup>8</sup>.

<sup>2</sup> D. Lgs. 3 febbraio 2007, 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, così come modificato dal Decreto legislativo 32/2008.

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Ministero della Salute, circolare 3 agosto 2007.

<sup>6</sup> Per le donne vittime di tratta è prevista una normativa speciale.

<sup>7</sup> Regione Marche prot. 13/07/Sal/ass in data 4 gennaio 2008 e la Regione Piemonte prot. 822/DA in data 9 gennaio 2008.

<sup>8</sup> Regione Lazio prot. 26146 del 7 marzo 2008; Regione Campania prot. 2008.0283612 del 2 aprile 2008.

I.I.

## APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA

I principi di universalità dell'assistenza sanitaria e di equità di accesso alle prestazioni contenute nella normativa italiana, che regola la presenza in Italia dei cittadini stranieri, non sempre corrispondono ad un effettivo accesso ai servizi e ad una reale fruizione delle prestazioni. Esistono rigidità di tipo amministrativo nell'applicazione della norma, diversità di tipo organizzativo a livello territoriale, difficoltà specifiche legate all'origine, alla lingua, alla cultura degli utenti/pazienti stranieri. Una legge può garantire un diritto a livello legale, ma perché questo diventi realmente accessibile è necessaria un'adeguata politica sanitaria che tenga conto dei bisogni della popolazione di riferimento.

La competenza regionale in materia sanitaria ha prodotto una differente articolazione sul territorio delle soluzioni adottate per rendere il diritto alla salute fruibile da parte degli stranieri. Innanzitutto, si rileva la difformità rispetto alla tutela sanitaria dei neocomunitari che non possono accedere al SSN per condizioni di fragilità sociale, prevista solo da quattro Regioni (Piemonte, Marche, Campania e Lazio) ed, inoltre, si rilevano differenze di trattamento e di realizzazione dei servizi sanitari, anche all'interno dei singoli territori, a causa della discrezionalità degli operatori sanitari.

Nel nostro paese, già da alcuni anni, sono state realizzate delle iniziative di monitoraggio dell'accessibilità dei servizi sanitari e della fruibilità di tali servizi da parte della popolazione immigrata.

- Nel 1990 è stata istituita la **SIMM (Società Italiana delle Migrazioni)**, una rete nazionale di operatori e professionisti della salute che si occupano di promuovere il diritto alla salute degli immigrati. Gli obiettivi di tale rete sono: promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia; favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni; costituire un forum per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato; patrocinare attività formative nel campo della salute degli immigrati. In seguito anche al trasferimento delle competenze in tema di sanità alle Regioni, sono stati creati specifici gruppi regionali, i GrIS (Gruppi locali Immigrazione e Salute), attualmente attivi in cinque regioni (Trentino, Lombardia, Lazio, Sardegna, Sicilia), che si occupano di attivare scambi e collaborazioni tra servizi, risorse e persone impegnate sul tema e di fare advocacy sulle istituzioni.

- Nell'ultimo anno, inoltre, si registra anche un forte impegno istituzionale da parte del Ministero della Salute attraverso il sostegno all'**Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto alle malattie della povertà** con compiti di prevenzione, cura, formazione e ricerca sanitaria. Nello specifico, alcuni di questi compiti sono:

- svolgere attività di ricerca per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà;
- elaborare e attuare programmi di formazione professionale, di educazione e comunicazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività;
- supportare, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con altre Organizzazioni internazionali, l'organizzazione del trattamento delle malattie della povertà nei Paesi in via di sviluppo attraverso la ricerca clinica ed altri strumenti;
- elaborare piani di ricerca clinica e modelli, anche sperimentali, di gestione dei servizi sanitari specificamente orientati alle problematiche assistenziali emergenti nell'ambito delle malattie della povertà, anche in collaborazione con l'Unione Europea e Organismi dedicati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.



**SALUTE  
MATERNO  
INFANTILE  
DELLE  
DONNE  
STRANIERE:  
UNO  
SGUARDO  
AI DATI**

## 2.

## SALUTE MATERNO INFANTILE DELLE DONNE STRANIERE: UNO SGUARDO AI DATI

Le più recenti statistiche riportano che la popolazione straniera in Italia è in progressiva crescita: tra il 2004 e il 2007 i residenti sono aumentati del 48% e al 1° gennaio 2007, gli iscritti all'anagrafe hanno raggiunto la quota di 2.938.922 (+10,1% rispetto al 2006), di cui il 49,8% donne e il 21% minorenni.

L'incremento della presenza straniera in Italia produce una lenta trasformazione del tessuto della popolazione: i progressivi ricongiungimenti familiari e la formazione di nuclei familiari misti (italiano/straniera o italiana/straniero) hanno prodotto un aumento dei nati da almeno un genitore straniero negli ultimi venti anni. Nel 1986 i nati da almeno un genitore straniero erano 6.395, con un'incidenza pari all'1,1% sul totale dei nati; nel 2003 si sono registrate oltre 48 mila nascite (di cui il 67% da entrambi i genitori stranieri) con un'incidenza dell'8,9% sui nuovi nati<sup>9</sup>. *Solo nel triennio 2001-2003 l'aumento delle nascite di bambini con genitori stranieri è stato del 25,2%*. Negli ultimi anni, inoltre, è progressivamente aumentato il numero di bambini nati da coppie miste (nel 1996 erano 9.352, nel 2003 sono stati 16.099; l'aumento registrato è del 72%), ed in particolare di coppie formate da padre italiano e madre straniera<sup>10</sup>.

### INDICATORI DI RISCHIO MATERNO INFANTILE

In Italia si registra un *maggior rischio materno infantile nella popolazione immigrata*: nel 1994 l'Istat ha calcolato un tasso di natimortalità pari al 6,6 per 1.000 per le coppie straniere a fronte del 4,9 per 1.000 per le coppie padre italiano/madre straniera e 4,1 per le coppie italiane<sup>11</sup>. Dati analoghi sono stati osservati nella regione Lazio tra il 1992 e il 1996: 7,4 nati morti per 1.000 nati in caso di madre straniera rispetto a 3,5 nati morti per 1000 nati tra le donne italiane. Differenze sono state trovate anche nella mortalità neonatale (9,3 bambini morti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi da madre straniera rispetto a 4,4 per 1.000 tra le italiane) e quella post-neonatale (2,6 morti per 1000 nati vivi con madre straniera e 1,3 per 1.000 da quelli con madre italiana)<sup>12</sup>.

Un ulteriore studio condotto nel 1996-1997 in 25 città italiane per valutare le condizioni alla nascita dei bambini nati da genitori italiani e di quelli con genitori stranieri ha evidenziato che: i nati pretermine (età gestazionale inferiore a 37 settimane) sono risultati essere il 14,8% dei neonati stranieri e l'11,9% degli italiani; la percentuale di bambini con basso peso alla nascita (< 2500 g) è stata 9,7% tra i neonati stranieri e 6,8% tra quelli italiani<sup>13</sup>; i tassi di natimortalità e di mortalità neonatale precoce sono risultati più elevati tra i figli degli extracomunitari: 3,7 nati morti per 1.000 nati rispetto a 2,7 tra i neonati da genitori italiani e 7,9 bambini morti nella prima settimana di vita per 1.000 nati vivi tra i neonati extracomunitari e 1,9 tra gli italiani.

Infine, i dati pubblicati dall'Agenzia di Sanità pubblica della Regione Lazio riferiti al 2005 confermano un'elevata percentuale di parti pretermine tra le donne straniere: l'8,7% contro il 7,4% tra le italiane e una percentuale di bambini con basso peso alla nascita pari a circa il 7% tra i figli di donne straniere e pari al 6,5% tra i figli di donne italiane<sup>14</sup>.

TABELLA 1. TASSO DI NATIMORTALITÀ E DI MORTALITÀ NEONATALE. CONFRONTO NATI DA MADRE ITALIANA E DA MADRE STRANIERA

	1994		1992-1996		1996-1997	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
Tasso di natimortalità	4,9‰	6,6‰	3,5‰	7,4‰	2,7‰	3,7‰
Mortalità neonatale	-	-	4,4‰	9,3‰	1,9‰	7,9‰

Fonti: Istat e altre fonti

*Tra le donne immigrate il tasso di abortività è almeno tre volte più alto di quello delle donne con cittadinanza italiana*: nel 1998 i tassi stimati sono stati, rispettivamente, di 32,5 e di 9,1 per 1.000 donne in età feconda (18-49 anni)<sup>15</sup>. Se tra le donne italiane la riduzione del ricorso all'IVG è stata molto sostenuta negli ultimi anni (tra il 1999 e il 2003 si registra una diminuzione del 23,2%), tra le straniere, invece, il numero di interruzioni volontarie di gravidanza è aumentato (tra il 1999 e il 2003 si registra un incremento del 69,3%). Su questo andamento incide senza dubbio lo scarso livello di informazione che le donne straniere hanno sia sulla procreazione responsabile che sulle attività realizzate dai servizi socio-sanitari. Il livello di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi è generalmente basso tra le donne

straniere: uno studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2004 su un campione di 605 donne ha rilevato che circa il 50% non sa identificare il periodo fertile, e che più della metà utilizza i contraccettivi in modo improprio o non utilizza alcun metodo contraccettivo<sup>16</sup>. Le motivazioni più ricorrenti del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza per le donne straniere sono: l'aver raggiunto il numero di figli desiderato, le precarie condizioni lavorative e abitative, l'instabilità della relazione affettiva e, soprattutto per le più giovani, il non trovarsi in un momento di vita idoneo alla nascita e alla crescita di un bambino. Il 44% delle intervistate, inoltre, aveva già fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

### PERCHÉ LE DONNE STRANIERE SONO PIÙ ESPOSTE DI QUELLE ITALIANE?

Nonostante il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno infantile a tutte le donne straniere presenti in Italia, indipendentemente dalla condizione di irregolarità, sulla base degli indicatori analizzati finora le donne straniere appaiono più svantaggiate di quelle italiane.

Il maggiore tasso di natimortalità e di mortalità neonatale, così come la maggiore percentuale di bambini con basso peso alla nascita, può essere collegato al maggior disagio e alla marginalità sociale in cui molte donne immigrate vivono. Alle condizioni di precarietà socio-economica si aggiungono spesso altri fattori quali: la giovane età di molte gestanti, la multiparità, l'elevata prevalenza di anemie e di infezioni dell'apparato genito-urinario. Tutti questi fattori combinati espongono le donne migranti ad un più alto rischio di malattie e di complicanze in gravidanza.

Sebbene le attitudini collegabili al ruolo materno siano patrimonio comune di tutte le donne, indipendentemente dalla nazionalità, dallo stato sociale e dai condizionamenti esterni, sulla base dell'analisi degli indicatori di utilizzo dei servizi in gravidanza si evince una sorveglianza prenatale ridotta tra le straniere. Diverse indagini confermano che il *follow-up* tende a iniziare con un ritardo di circa un mese per le donne immigrate e la cadenza dei controlli appare notevolmente più diradata: uno studio condotto nel 2001 su un campione di 318 donne straniere che hanno partorito in diversi ospedali romani ha evidenziato che la percentuale di donne straniere non assistite in gravidanza è del 4%, di contro le italiane non assistite sono lo 0,5%<sup>17</sup>. Nel corso del 2005, nel Lazio, le donne straniere che hanno effettuato la prima visita in gravidanza dopo le 12 settimane è stata del 10,1%, mentre la quota di donne italiane è dell'1,8%<sup>18</sup>.

Un aspetto che incide sulla possibilità di cura, e che è intrinseco nel concetto di salute così come illustrato dai documenti internazionali, è quello dell'accesso alle informazioni. Uno studio realizzato nel 1996<sup>19</sup> aveva rilevato marcate differenze nell'accesso alle informazioni tra donne italiane e donne straniere: ad esempio, oltre il 60% delle straniere intervistate non aveva ricevuto informazioni sufficienti sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale, mentre il 67% aveva dichiarato di non aver avuto alcuna informazione sull'utilizzo di metodi contraccettivi in puerperio, contro una quota di italiane, rispettivamente, del 31% e del 40%. Sebbene siano trascorsi molti anni e siano intervenute norme primarie e circolari che prevedono garanzie a tutela dell'accesso alla salute in generale, ci sono fondate ragioni per credere che siano ancora molte le donne straniere, ed in particolare di etnia Rom, a non avere un adeguato accesso alle informazioni.

<sup>9</sup> Nella Regione Lazio la quota di nati da donne nate all'estero è stata del 19% nel 2005. La maggior parte di queste donne proviene dai Paesi dell'Europa dell'est. ASP - Lazio, *Le nascite nel Lazio anni 2004-2005*, ottobre 2006.

<sup>10</sup> ISS, *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Rapporti ISTISAN, 2006.

<sup>11</sup> ISS, *Immigrati e zingari. Salute e disuguaglianze*, Rapporti ISTISAN, 2003.

<sup>12</sup> *Ivi*, pp. 12-13.

<sup>13</sup> La settimana di gestazione alla nascita insieme al peso del neonato sono fattori di rischio per la mortalità perinatale e l'insorgenza di complicanze.

<sup>14</sup> ASP Lazio, *Le nascite nel Lazio, anni 2004-2005*, ottobre 2006.

<sup>15</sup> Spinelli A., Grandolfo M., *Aborto tra le immigrate un fenomeno emergente*. Riferimento web: <http://www.epicentro.iss.it/problem/materno/ivg/convegno-pdf/Spinelli.pdf>.

<sup>16</sup> ISS, *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Rapporti ISTISAN, 2006.

<sup>17</sup> ISS, *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, Rapporti ISTISAN, 2003.

<sup>18</sup> ASP Lazio, *Le nascite nel Lazio, anni 2004-2005*, ottobre 2006, p. 27.

<sup>19</sup> Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S., *L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia*. Ann Ist Sup Sanità, 1999.





**INTRODUZIONE  
ALLA RICERCA:  
PERCHÉ UN  
FOCUS SULLE  
DONNE ROM**

3.

## INTRODUZIONE ALLA RICERCA: PERCHÉ UN FOCUS SULLE DONNE ROM

Negli ultimi anni sono state realizzate ricerche specifiche sul tema della salute materno infantile delle donne straniere presenti in Italia, che permettono di comparare il loro stato di salute con quello delle donne italiane.

A livello europeo sono stati prodotti negli ultimi anni studi<sup>20</sup> che evidenziano come vi sia una fragilità delle donne Rom relativamente all'accesso alle cure sanitarie. Tali fragilità sono spesso il risultato dei complessi ed inevitabili effetti della povertà, delle discriminazioni, oltre che di variabili sociali e culturali.

In Italia, invece, la produzione di studi sul tema è scarsa, innanzitutto perché la mancanza di statistiche ufficiali sulla popolazione<sup>21</sup> rende inattuabile la misurazione di alcuni degli "indicatori classici" della salute materno infantile. In effetti, le ricerche sulle comunità Rom si scontrano con alcune questioni metodologiche di non facile soluzione:

- *in primis*, si tratta di comunità caratterizzate da un alto tasso di mobilità (causata dai continui sgomberi e dall'assenza di politiche di inclusione) sia su scala comunale che su quella nazionale, pertanto i censimenti risultano particolarmente complessi e quasi mai riescono a fotografare la reale presenza in un territorio;
- in secondo luogo, i Rom non sono identificabili come etnia nell'ambito delle statistiche correnti, ma possono essere individuati solo indirettamente all'interno dei flussi informativi (sanitari, giudiziari e così via) attraverso l'incrocio di informazioni quali la nazionalità, il luogo di nascita e la residenza;
- infine, i Rom, quando non ne sono esclusi, utilizzano poco ed in modo scorretto il SSN: viene così a cadere anche il punto di osservazione dei servizi sanitari che potrebbero, almeno in parte, ovviare alla loro scarsa visibilità.

### COSA SAPIAMO

In riferimento ai dati disponibili si scopre che nonostante le differenze di nazionalità, di tradizioni e di storia migratoria (vedi box 1) *la composita popolazione Rom ha una struttura demografica molto giovane poiché per il 70% è costituita da persone al di sotto dei 21 anni*<sup>22</sup>. Secondo l'Opera Nomadi, i bambini al di sotto dei 15 anni rappresentano il 50% delle comunità Rom. La piramide dell'età che caratterizza le comunità Rom è il risultato di un'alta natalità, che produce un tasso di incremento demografico annuo del 3-5%<sup>23</sup>.

**Sul versante della salute**, risulta particolarmente complesso tracciare un profilo epidemiologico delle comunità Rom, dal momento che, come si è detto, in ambito sanitario si sconta un ritardo nel campo della conoscenza e degli studi. I pochi dati disponibili derivano, per lo più, da indagini epidemiologiche condotte su piccole realtà e riferite a situazioni molto specifiche - si tratta generalmente delle comunità più disagiate a causa delle particolari condizioni di degrado sociale e sanitario in cui versano - e per questa ragione, i dati prodotti da tali indagini sono difficilmente generalizzabili. Tuttavia, queste indagini, seppur con delle limitazioni, rappresentano un'importante fonte di conoscenza di alcuni aspetti della condizione di vita e dello stato di salute delle comunità Rom. In particolare, *rispetto alla condizione dei bambini tali ricerche concordano nell'indicare una situazione di maggior rischio*. Accostando tali dati a quelli più generali relativi alla popolazione italiana si rileva quanto segue:

- *tassi di natimortalità e di mortalità neonatale più alti* (nel triennio 1992-1995, nel Lazio, vi sono stati: 6,5 nati morti per 1000 nati da genitori Rom e 3,5 nati morti per 1000 nati da genitori italiani; 15,3 bambini morti nella prima settimana di vita per 1000 nati vivi tra i neonati Rom e 4,4 tra i neonati italiani<sup>24</sup>);
- *una maggiore frequenza di basso peso alla nascita* (una ricerca del 2002 ha registrato un'incidenza del 10% di nuovi nati sottopeso<sup>25</sup>; secondo i dati Unicef, nell'arco di tempo 1999-2006, la percentuale di bambini nati in Italia sottopeso è del 6%<sup>26</sup>);
- *una maggiore incidenza di patologie come bronchiti, asma e diarrea* nei bambini Rom rispetto ai coetanei italiani<sup>27</sup>;
- *una minore copertura vaccinale*: a Roma, nel 2002, è stata condotta una rilevazione della copertura vaccinale dei minori di 14 anni presenti in tutti i campi sosta e negli insediamenti più o meno abusivi della capitale e si è riscontrato che la percentuale dei bambini vaccinati passa da circa il 70% nel primo anno di vita a poco più del 35% al di sopra dei 6 anni<sup>28</sup>.

Il maggior rischio di morbilità infantile rilevato nelle comunità Rom viene messo prevalentemente in relazione all'ambiente - condizioni abitative sfavorevoli, mancanza di mezzi di climatizzazione appropriati, contesti insalubri, condizioni igieniche precarie.

<sup>20</sup> A livello europeo sono stati prodotti alcuni studi specifici sul tema, tra questi citiamo: "Rompere le barriere. Le donne Rom e l'accesso all'assistenza sanitaria" European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2003; "Ambulance not on the way: the disgrace of health care for Roma in Europe" European Roma Rights Centre, 2006.

<sup>21</sup> Rispetto ai Rom vi è una questione generale di *dimensionamento*. Non esistono statistiche ufficiali sulla popolazione Rom, ma alcune stime che quantificano una presenza che oscilla tra le 150.000 unità (Opera Nomadi, 2004) e le 200.000 unità (European Roma Rights Centre, 2007). In Italia l'incidenza della popolazione rom è al di sotto di quella registrata in altri paesi europei ed in particolare di Grecia, Spagna e Francia: Grecia: 200.000 rom su una popolazione di 10.000.000 di abitanti - 2/mille Spagna: 800.000 Rom su una popolazione di 45.000.000 di abitanti - 1,8/mille Francia: 340.000 Rom su una popolazione di 61.000.000 di abitanti - 0,6/mille Italia: 200.000 Rom su una popolazione di 56.000.000 di abitanti - 0,3/mille

<sup>22</sup> Geraci S., Malsano B., Motta F. (a cura di), *Salute Zingara*, Edizioni Anterem, 1998.

<sup>23</sup> Infanzia negata. Futuro zero. Riferimento web: [http://www.infanzianegata.it/docum enti/Dossier\\_Convegno\\_4\\_maggio %5B1%5D.pdf](http://www.infanzianegata.it/docum enti/Dossier_Convegno_4_maggio %5B1%5D.pdf).

<sup>24</sup> Geraci S., Malsano B., Motta F. (a cura di), *Salute Zingara*, Edizioni Anterem, 1998.

<sup>25</sup> Monasta L., *Roma macedoni e kosovari che vivono in "campi nomadi" in Italia. Stato di salute e condizioni di vita per bambini da zero a cinque anni di età*, tesi di dottorato, 2005.

<sup>26</sup> Unicef, *La condizione dell'infanzia nel mondo*, 2008.

<sup>27</sup> Monasta L., *Roma macedoni e kosovari che vivono in "campi nomadi" in Italia. Stato di salute e condizioni di vita per bambini da zero a cinque anni di età*, tesi di dottorato, 2005.

<sup>28</sup> ASP Lazio, AA VV (a cura di), *Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini rom e sinti a Roma*, 2003.

In assenza di studi specifici sulle donne Rom e sulla loro condizione di vita e di salute, **Save The Children Italia ha deciso di promuovere una ricerca finalizzata ad accrescere le conoscenze sul tema, in linea con quanto promosso anche a livello europeo**. Nel 2005, infatti, il Parlamento Europeo ha approvato una risoluzione [2005/2164(INI)] che esorta gli Stati a concentrare gli sforzi affinché vi sia una maggiore tutela delle donne Rom nell'Unione Europea. Nella risoluzione, in particolare, si invitano gli Stati a:

2. (...) inserire le misure intese a fornire una migliore protezione per la salute riproduttiva e sessuale delle donne, a prevenire e vietare la sterilizzazione forzata e a promuovere la pianificazione familiare, le soluzioni alternative ai matrimoni in giovane età e l'educazione sessuale tra le loro priorità principali (...)

10. garantire l'accesso di tutte le donne Rom alle cure sanitarie di base, di urgenza e preventive, ed elaborare ed applicare iniziative volte a garantire che anche le comunità più escluse dispongano di pieno accesso ai sistemi sanitari e che il personale sanitario usufruisca di una formazione anti-pregiudizio.

### BOX 1

#### LA PRESENZA DEI ROM IN ITALIA

In Italia attualmente sono presenti numerosi gruppi zingari arrivati in epoche diverse e seguendo percorsi differenti. Storicamente, si sono succedute tre fasce di immigrazione di Rom in Italia: la prima, che risale al XV secolo, comprende le popolazioni zingare ormai sedentarizzate nelle diverse regioni italiane - Rom Abruzzesi e Molisani, Napoletani, Campani, Cilentani, Lucani, Calabresi, Pugliesi e Camminanti Siciliani - che assommano a oltre 30.000 unità, e i circensi/giostrai (Sinti dell'Italia centro-settentrionale), anch'essi intorno alle 30.000 presenze.

La seconda ondata migratoria si ebbe dopo la prima guerra mondiale e portò in Italia soprattutto Rom provenienti dall'Europa Orientale: sono i Rom Harvati, Kalderasha, Istriani e Sloveni, riconosciuti anch'essi come cittadini italiani e stimati intorno alle 7.000 presenze. Un terzo gruppo comprende i

Rom arrivati in Italia negli anni '60 e '70, in seguito a una grossa emigrazione dall'Est Europeo verso i paesi più industrializzati: Rom Khorakhanè, musulmani provenienti dalla ex-Jugoslavia meridionale (Cergarija, Crna gora, Shiftarija, Mangiuppi, Kaloperija), Rom Dasikhanè, cristiano-ortodossi di origine serba (Rudari, Kanjarija, Mrznarija, Busniarija, Bulgarija) e Rom rumeni. Un altro importante esodo si è avuto dal 1989, in seguito al crollo dei regimi comunisti nei paesi dell'Est Europa e agli eventi bellici nella ex-Jugoslavia. Dal 1992 al 2000 si stima siano arrivati in Italia circa 16.000 Rom, che si sono insediati in diverse aree del territorio nazionale. Un gran numero di Rom romeni è giunto in Italia successivamente - a partire dal 2000 - ed ha assunto in breve tempo una grande rilevanza: dopo i primi immigrati provenienti da Craiova e Timisoara, si sono registrati ulteriori esodi dalla Romania verso l'Italia (fonte: Caritas).

## 3.1.

## IL DISEGNO DELLA RICERCA

La finalità principale della ricerca è studiare i comportamenti e gli atteggiamenti delle donne Rom sul tema salute.

Il **concetto di salute** alla base dello studio non si esaurisce nell'analisi dell'accesso alle cure mediche, ma si esplica come insieme di fattori e condizioni che, combinati, possono consentire il reale godimento dei diritti, la possibilità di scelta, l'accesso alle informazioni.

Il diritto alla salute è un principio riconosciuto in numerosi trattati internazionali<sup>29</sup>, ma il concetto 'esteso' di salute è rintracciabile, in particolare, all'interno del Patto sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*) promosso dalle Nazioni Unite nel 1966, ed entrato in vigore il 23 marzo del 1976. L'art. 12 del Patto prevede che gli Stati "riconoscano il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire e che, a tal fine, intraprendano iniziative finalizzate a raggiungere il più alto livello di salute fisica e mentale per tutti gli individui, senza discriminazione".

Nel *General Comment* n° 14 del 2000, elaborato dall'ONU, inoltre, si esplicita che il diritto alla salute non può essere concettualmente o praticamente isolato dagli altri diritti umani indicati nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, quali la vita, l'alimentazione, l'educazione, la non discriminazione, l'accesso all'informazione, la sicurezza sociale e così via. Il diritto alla salute, quindi, non è un sinonimo di diritto all'assistenza sanitaria, tuttavia l'assistenza sanitaria è una componente molto importante di tale diritto, poiché mediante cure e prevenzione si possono garantire le condizioni fisiche che permettono una buona qualità della vita. La salute individuale è, infatti, essenziale al godimento dei diritti umani, ed è un requisito indispensabile per la partecipazione alla vita sociale, politica ed economica. Alla luce di ciò, gli elementi principali del diritto alla salute sono: la disponibilità di servizi sanitari e di strutture per la cura; l'accessibilità a tali servizi che si traduce in non discriminazione; la garanzia di accesso anche per le categorie più svantaggiate; la diffusione di informazioni; l'accettazione e il rispetto di tradizioni culturali differenti; la qualità della cura.

A partire dai contenuti del *General Comment* e dai macroindicatori utilizzati nel rapporto *State of the World's Mothers*<sup>30</sup>, si sono esplorate alcune delle dimensioni correlabili al concetto di benessere, individuando i principali indicatori che consentono di fornire un quadro articolato della condizione di vita. Le dimensioni sono (tavola 1):

- la dimensione della cura - *health status*, che fa riferimento all'accesso ai servizi sanitari, alla salute riproduttiva, alla maternità, alle modalità di cura per sé e per i propri figli;
- la dimensione educativa - *educational status*, che prende in esame gli anni di istruzione e di formazione delle donne, l'alfabetizzazione, la conoscenza della lingua italiana e di altre lingue;
- la dimensione economica - *economic status*, che individua l'occupazione lavorativa e l'indipendenza economica della donna;
- la dimensione socio-familiare, ovvero i matrimoni precoci, l'età riproduttiva, la dimensione familiare e la cura dei figli. In questa dimensione rientrano anche alcune caratteristiche dell'infanzia (*children's status*) come i tassi di iscrizione dei bambini nelle scuole;
- la dimensione abitativa, ossia la presenza di alcuni servizi indispensabili, e di altri benefit, all'interno dell'abitazione.

Le ultime due dimensioni introducono elementi informativi particolarmente utili alla descrizione dei contesti di vita e delle tradizioni sociali.

<sup>29</sup> Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (art. 25); Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti della donna (artt. 10 e 11); Convenzione sui diritti dell'infanzia (artt. 17, 24, 25).

<sup>30</sup> Alcuni degli indicatori contenuti nel rapporto *State of the World's Mothers* sono stati inseriti all'interno del questionario, per altri invece non è stato possibile prevedere delle domande, né recuperare dati statistici da altre fonti. Ulteriori indicatori sono stati inseriti ex novo nello strumento di rilevazione.

TAVOLA 1. SINOTTICA DEGLI INDICATORI UTILIZZATI PER LO STUDIO DELLA CONDIZIONE DI SALUTE MATERNO INFANTILE DELLE DONNE ROM

AREE DI INVESTIGAZIONE	INDICATORI STATE OF THE WORLD'S MOTHERS	INDICATORI DEL PRESENTE STUDIO
<b>DIMENSIONE DELLA CURA</b>	Percentuale di donne che utilizza la moderna contraccezione →	Uso di contraccettivi
	Rischio di mortalità per la madre	
	Aspettativa di vita alla nascita	
		Parto assistito
<b>DIMENSIONE EDUCATIVA</b>		Assistenza preparto
		Allattamento
		Visite mediche e specialistiche
		Educazione sessuale
<b>DIMENSIONE LAVORATIVA</b>		Copertura sanitaria
		Vaccinazione
	Numero di anni di scuola previsti →	Scolarizzazione
		Tasso di analfabetismo
<b>DIMENSIONE SOCIO-FAMILIARE</b> (relativa ai bambini)	Periodo di maternità	
	Rapporto tra reddito femminile e reddito maschile	
		Occupazione lavorativa
		Autonomia nella gestione dei soldi
<b>DIMENSIONE ABITATIVA</b>		Matrimoni precoci
		Età della riproduzione
		Numero di figli
	Tasso di mortalità infantile (0-5 anni)	
	Percentuale di bambini sottopeso con meno di 5 anni	
	Tasso d'iscrizione alla scuola materna →	Iscrizioni alla scuola primaria*
	Tasso d'iscrizione alla scuola secondaria →	Iscrizioni alla scuola secondaria*
	Percentuale della popolazione che ha accesso all'acqua potabile →	Acqua potabile nell'abitazione
		Dimensioni abitative e sovraffollamento
		Servizi igienici
		Riscaldamento

\* Fonte: Comune di Roma - Dipartimento XI

L'incrocio delle informazioni riferite alle diverse dimensioni permettono, inoltre, di mettere in connessione il concetto di salute con quello di povertà. Le condizioni sociali in cui le persone vivono influenzano in maniera preponderante le loro probabilità di essere in buona salute. Infatti, fattori quali povertà, esclusione e discriminazione, condizioni abitative povere, condizioni non sane dell'infanzia e basso livello occupazionale sono determinanti importanti nella maggior parte delle malattie, dei decessi e delle disuguaglianze di salute fra e all'interno dei paesi<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> <http://www.euro.who.int/SocialDeterminants>.

## 3.2.

## LA METODOLOGIA: RICOGNIZIONE *DESK* E STUDIO DI CAMPO

Come è noto i Rom non possono essere considerati una popolazione omogenea a causa delle condizioni diversissime in cui si trovano le varie comunità, e tra queste le singole famiglie, in termini di integrazione sociale, disponibilità economica e condizioni abitative. La ricerca di campo è quindi stata strutturata allo scopo di:

- *raccogliere informazioni e racconti utili a descrivere situazioni di vita in contesti differenti;*
- *rilevare gli aspetti principali della condizione di salute di donne Rom appartenenti a diverse comunità.*

L'azione di ricerca ha previsto due attività:

1. una ricognizione *desk*<sup>32</sup> per ricomporre l'universo di indagine a partire dai dati disponibili a livello comunale sulla presenza dei Rom, sulle diverse situazioni abitative, sulla composizione di genere all'interno di alcune comunità e sull'istruzione dei minori;
2. l'*indagine di campo* è stata strutturata al fine di raggiungere un duplice obiettivo: il primo esplorativo-conoscitivo, e il secondo di tipo comparativo ovvero confrontare lo stato di salute delle donne Rom, rispetto ad alcune dimensioni pregnanti, con quello delle donne italiane<sup>33</sup>. A partire dalle informazioni relative alle diverse condizioni abitative, raccolte nella fase *desk*, si è scelto di adottare una metodologia quanti-qualitativa, secondo un approccio integrato, allo scopo di raccogliere indicazioni relative ad esperienze e vissuti differenti. Si sono perciò realizzate alcune **interviste in profondità** con donne Rom con almeno un figlio sotto i 5 anni che vivono negli insediamenti abusivi, e una **survey su un campione di donne Rom con almeno un figlio sotto i 5 anni che vivono nei campi attrezzati**. Le interviste in profondità sono state condotte utilizzando una griglia di intervista, mentre per la *survey* è stato utilizzato un questionario strutturato elaborato sulla stessa struttura della griglia e validato a partire dalle informazioni raccolte nel corso delle interviste in profondità.

## 3.3.

## LE INFORMAZIONI DI PARTENZA

L'attività *desk* ha permesso di individuare elementi fondamentali per l'impostazione dell'indagine di campo e per la messa a punto della griglia di intervista e del questionario<sup>34</sup>.

### ■ *Difficoltà di dimensionamento*

Innanzitutto ci si è scontrati con una prima difficoltà di delimitazione dell'universo di indagine. Nel Comune di Roma la popolazione Rom è stata ufficialmente censita nel 1995, e all'epoca era stimata complessivamente in 5.600 unità, di cui circa il 50% rappresentato da minori di 18 anni. Alcuni dati diffusi dal GrIS (Gruppo di collegamento regionale immigrazione e salute) e relativi al 2006, rilevano 7.849 presenze (+20,7% rispetto alla precedente rilevazione del 2002). L'ultima rilevazione effettuata nel gennaio 2008 in 22 campi di Roma attestano una presenza di 5.495 persone.

### ■ *Condizioni abitative differenti*

A Roma, alcuni Rom vivono in abitazioni o residence, ma la grande maggioranza si distribuisce in uno dei seguenti contesti abitativi: i campi attrezzati (n. 7)<sup>35</sup>, costruiti dall'amministrazione comunale, nei quali sono assicurati degli standard minimi di igiene (container, bagni privati, acqua potabile, luce e gas, rete fognaria) e un presidio h24; campi semi attrezzati (n. 3), riconosciuti dal Comune, con sistemazione in roulotte o piccole baracche, servizi igienici in comune e possibilità di rifornimento idrico in comune; insediamenti riconosciuti dal Comune (n. 12), e infine insediamenti abusivi, non riconosciuti dal Comune, spesso costituiti da accampamenti (tende o baracche) in luoghi poco visibili ed insalubri come ad esempio ponti, argini dei fiumi, ecc.

### ■ *Progetti sulla salute delle donne*

Nel corso degli ultimi anni sono stati realizzati progetti di promozione attiva e di orientamento sanitario direttamente nei campi (sia in quelli strutturati che in quelli spontanei), attraverso la mobilitazione di personale di ASL, Enti locali e associazioni di volontariato. Tali progetti hanno avuto il duplice obiettivo di

far conoscere i servizi sanitari attivi sul territorio e di fornire al tempo stesso le garanzie sanitarie a cui i Rom hanno diritto.

## 3.4.

## LA SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI

Le informazioni raccolte nella fase *desk* hanno fornito elementi preziosi per la strutturazione del lavoro di campo ed in particolar modo per la messa a punto degli strumenti di indagine.

### LA SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI<sup>36</sup>

La selezione dei campi in cui condurre le interviste è avvenuta sulla base di un criterio di rappresentatività dei campi attrezzati gestiti dal Comune sul territorio romano, anche a partire dalle indicazioni fornite dall'Ufficio Nomadi del Comune.

In collaborazione con gli operatori dei campi è stato possibile entrare in contatto con le donne con almeno un figlio sotto i 5 anni (l'universo di interesse della ricerca). Poiché non esistono dati sulla popolazione di riferimento, non è stato possibile estrapolare un campione di tipo statistico. Si è scelto, quindi, poiché questo è un primo studio esplorativo sul tema, di raggiungere il maggior numero di donne, utilizzando come 'facilitatori di relazione' gli stessi operatori del campo. Questa scelta, inevitabilmente, ha consentito di intercettare prevalentemente donne che interagiscono con gli operatori e che quindi, tendenzialmente, sono sensibilizzate in maggior misura.

Con la preziosa collaborazione degli operatori dei tre campi sono state intervistate complessivamente **76 donne, madri di 224 figli**.

TAVOLA 2. RIEPILOGO INFORMAZIONI SUI CAMPI DOVE È STATA REALIZZATA L'INDAGINE

Campo	Nazionalità	Presenze totali*	di cui femmine	di cui minorenni	Interviste realizzate v.a.**	%
Salone	Rumena / Bosniaca	730		370 (50,1%)	32	42%
Candoni	Rumena / Bosniaca	614	302 (49,1%)	334 (54,0%)	28	37%
Roman River	Rumena	328	169 (51,5%)	125 (38,1%)	16	21%
<i>Totale</i>		1.672			<b>76</b>	<b>100%</b>

\* aggiornate al 31 /03/ 2008

\*\* Valore assoluto

Seguono delle brevi schede sui tre campi dove sono state realizzate le interviste.

### IL CAMPO DIVIA L. CANDONI

Ente gestore: Arci solidarietà

Il villaggio attrezzato di via Luigi Candoni è situato nel territorio del XV Municipio, alla periferia del quartiere Arvalia-Portuense e, attualmente, accoglie due comunità: i Rom rumeni, presenti al campo sin dalla sua apertura (novembre 2000), e i Rom bosniaci, che hanno di recente ottenuto la residenza (dicembre 2004). Il campo è attrezzato con container composti da due camere, cucina e bagno. I container poggiano su marciapiedi coperti da terra e sassolini, il resto è tutto asfaltato con alberi sulle piazzole. Il campo è dotato di elettricità e acqua corrente e dal mese di gennaio gli abitanti pagano le utenze versando circa 100 euro al mese.

All'interno del campo è attivo un centro polivalente che svolge la funzione di sportello di orientamento alle risorse offerte dal territorio, di struttura sanitaria attrezzata per fornire prestazioni mediche, nonché di luogo per gli incontri e per i laboratori formativi ed informativi. In particolare, rispetto alla dimensione sanitaria, lo sportello, in collaborazione con la ASL di riferimento, si occupa di orientamento sanitario: informazione e divulgazione sui servizi offerti dalle strutture sanitarie locali, azione volta a limitare le frequenti ospedalizzazioni causate dal mancato intervento nella fase iniziale della patologia.

<sup>32</sup> In questa fase sono stati realizzati dei colloqui con alcuni testimoni privilegiati selezionati tra i soggetti socio istituzionali e gli operatori socio-sanitari impegnati attivamente nei progetti per l'integrazione dei Rom.

<sup>33</sup> I confronti non sempre sono possibili perché non si dispone di dati omogenei.

<sup>34</sup> Nella fase di ricognizione sono stati coinvolti i seguenti testimoni privilegiati: il dott. Franco Alvaro, Garante per l'Infanzia della Regione Lazio; il dott. Salvatore Geraci, medico della Caritas e Presidente della SIMM, la dott.ssa Emma Pizzini, medico del San Gallicano, il dott. Claudio Zaccagnini del Comune di Roma - Ufficio Nomadi.

<sup>35</sup> Il comune di Roma ha recentemente rinominato i campi attrezzati "villaggi della solidarietà".

<sup>36</sup> La rilevazione si è svolta nel mese di marzo 2008.

**IL CAMPO ROMAN RIVER**

Ente gestore: associazione Isola Verde Onlus

Il Camping Roman River si trova sulla via Tiberina al km 2,500 da Prima Porta (XX Municipio) e si estende per circa 15.000 mq lungo il fiume Tevere. La struttura è composta da: 22 stanze con servizi, 9 bungalow con servizi, container e roulotte e spazi attrezzati comprensivi di 4 docce, 4 bagni e lavatoi. Inoltre, nel camping vi è una struttura in muratura dove vi sono gli uffici dell'associazione che gestisce il camping, una ludoteca e una sala che viene utilizzata in occasioni speciali (matrimoni, feste, ecc.).

Nel corso degli ultimi anni ha subito delle variazioni di destinazione d'uso, per cui è stato trasformato nel 2003 in un Centro di prima accoglienza per i senza fissa dimora e successivamente, nel 2004, in Centro servizi e accoglienza per Rom rumeni.

L'obiettivo è quello di accogliere e responsabilizzare i Rom rumeni al fine di favorire un loro migliore inserimento sociale. Attualmente nel Centro si svolgono attività socio-sanitarie (con sportelli aperti tutti i giorni), azioni di accompagnamento al lavoro, progetti di pre-scolarizzazione ed attività ludiche e attività ricreative per adulti. Due giorni a settimana, inoltre, è attivo un ambulatorio gestito dalla Croce Rossa Italiana.

**IL CAMPO DI VIA DI SALONE**

Ente gestore: cooperativa Ermes

Il campo di via di Salone si trova nel territorio del Municipio VIII. Per tanti anni è stato un campo di passaggio, ma nel 2006 è stato ristrutturato e attrezzato con circa 150 container (di 28 mq) composti da due camere, cucina e bagno. Il campo è dotato di elettricità e acqua corrente e gli abitanti pagano le utenze. Nel mese di giugno del 2006 sono stati assegnati i container alle famiglie di Rom romeni e Rom serbi.

Oltre ai container nello spazio vi sono tre tendoni, che costituiscono degli spazi comuni e una struttura centrale adibita a spazio bimbi (2-3 anni) e ludoteca.

**3.5.****LE INTERVISTE FACE TO FACE**

È stato scelto di intervistare in profondità, quindi con focus esclusivamente qualitativo, alcune donne Rom in condizioni abitative differenti dai campi attrezzati. Sono state quindi realizzate 12 interviste a donne tra i 18 e i 43 anni, metà romene e metà bosniache nelle seguenti situazioni abitative: 3 in casa assegnata dal Comune; 3 in case occupate, 6 in alloggi di fortuna (baracche o "baracchini", come vengono comunemente chiamate). Le interviste sono state realizzate in maggioranza nel luogo abitativo (10), 1 donna è stata intervistata dove svolgeva la sua attività di mendicizia, 1 donna è stata intervistata nella sede di Save the Children.

L'obiettivo è stato quello di cogliere eventuali particolarità e approfondire gli aspetti tramite l'intervista libera e nello stesso tempo rilevare eventuali differenze o similitudini nello stato di salute materno-infantile, nell'accesso ai servizi socio-sanitari e nelle condizioni di vita tra le donne residenti in insediamenti attrezzati e censiti e quelle in altre condizioni abitative. La metodologia seguita è stata duplice: da un lato è stata coinvolta per alcune interviste una giovane ragazza Rom bosniaca in qualità di *peer researcher*<sup>37</sup>, che ha realizzato sia in affiancamento alla ricercatrice che poi da sola le interviste alle donne di provenienza slava alloggiate in case occupate o assegnate.

Dall'altro si è lavorato insieme agli operatori e mediatori dell'unità mobile di contatto e mediazione sociale attiva negli insediamenti spontanei<sup>38</sup>. Il fatto che la ricercatrice fosse parte attiva dell'équipe ha permesso di entrare più agevolmente negli insediamenti, raccogliere informazioni dalle donne ma al tempo stesso darne (sui servizi attivi, sul diritto di accesso a tali servizi), orientare e includere da subito ove possibile nei percorsi già attivi i minori e le donne dei nuclei familiari contattati (dotazione di alcuni ausili di emergenza, inclusione nei percorsi scolastici di minori, orientamento alle vaccinazioni, etc.). In questo modo si è potuta realizzare una specifica modalità di ricerca-azione, eticamente e operativamente rilevante quando ci si accinge a studiare ed entrare in primo contatto con fenomeni emergenziali o di forte esclusione sociale che affliggono nel momento stesso della ricerca i soggetti che sono chiamati a rispondervi.

Descrizione delle diverse situazioni:

*Insediamento di M.*

*Ci sono tende e soprattutto baracche, nulla in muratura. Molte donne, pochi bambini piccoli (almeno*

*visibili), ci dicono che sono una quindicina (sotto i dodici anni). Circa una quarantina di nuclei familiari. C'è un "referente" del posto (che organizza un po' d'elettricità con gruppo elettrogeno). Acqua in prossimità (fontanelle), bar in prossimità, si trova di fronte alla stazione del treno (linea Fiumicino-Ostense) e fermata autobus. Raggiungibile agevolmente attraverso un sentiero, a circa 700 metri dalla strada.*

*Insediamento Largo P.*

*Piccolissimo insediamento spontaneo con 3 baracche, all'incrocio tra largo P. e Via della S., all'interno di una strada chiusa, molto isolato. Per raggiungere le baracche bisogna percorrere una scarpata, scendere degli scalini scavati nella terra. Il posto è stato assolutamente ripulito da sterpaglie e erba alta, così risulta pulito e c'è un piccolo salotto con poltroncine, sedie e tavolino davanti alle baracche. Non c'è acqua, né luce, neanche il gas per cucinare. Si cucina su grate di ferro con legna e cose raccolte.*

*In un baracchino, fatto di legno e lamiera, dormono i genitori e nell'altro i figli. Nel terzo baracchino vive un'altra persona. Camminando per andare via ci accorgiamo che c'è un buco nel terreno, vicino alle baracche, profondo circa due metri, pieno d'acqua, con delle gettate di cemento ai lati (tipo pozzo). C'è una lastra di cemento e proponiamo di coprirlo, perché è molto pericoloso per i bambini (è ancora semicoperto da arbusti, per cui non si vedeva neanche bene).*

<sup>37</sup> La giovane ricercatrice ha frequentato nel 2006 un percorso formativo (120 h) propedeutico alle attività di *peer education* e *peer support* rivolte ai minori stranieri, del progetto *Orizzonti a Colori* (promosso insieme al Centro di Giustizia minorile, il Comune di Roma Assessorato Politiche Pociali, il Cies e alcune strutture del terzo settore) ed è attualmente attiva nella animazione laboratoriale tra pari dello stesso progetto.

<sup>38</sup> Sempre all'interno del progetto *Orizzonti a Colori*, Save the Children implementa una unità mobile attiva nella mediazione sociale e nel contatto delle famiglie di minori a rischio di devianza o entrati già nel circuito penale.

LE SALUTE  
DELLE DONNE ROM



4.

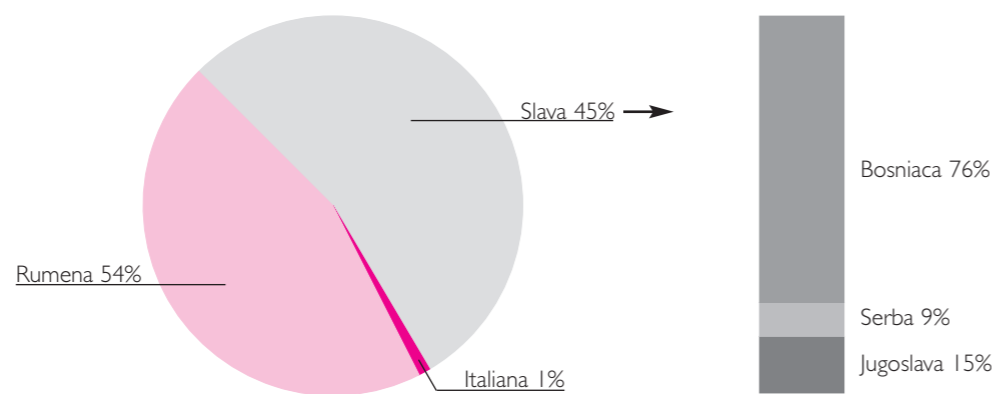
## LE SALUTE DELLE DONNE ROM

La ricerca condotta non fornisce dati generalizzabili, quanto piuttosto informazioni approfondite su spaccati di vita differenti che caratterizzano le comunità Rom presenti a Roma. Mettendo in atto il disegno della ricerca si è puntato a raccogliere dati relativi alle diverse dimensioni in cui è stato scomposto il concetto di salute: dimensione della cura, dimensione educativa, dimensione lavorativa, dimensione socio-familiare, dimensione abitativa.

### LE CARATTERISTICHE DELLE DONNE INTERVISTATE

Sono state realizzate 76 interviste a donne Rom, di cui 41 rumene, 34 slave e 1 italiana (figura 1).

FIGURA 1. LE NAZIONALITÀ DELLE INTERVISTATE

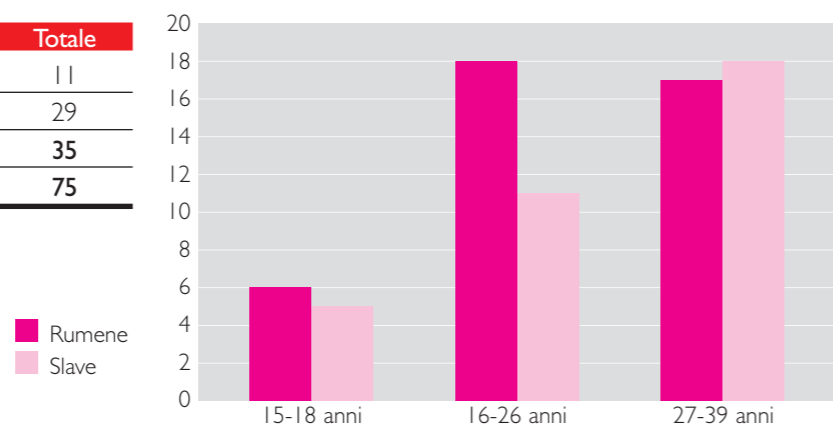


L'età delle intervistate è compresa nel range 15-39 anni, ma il gruppo delle ventenni è la moda della distribuzione ovvero il gruppo che presenta la frequenza maggiore. Alcune differenze contraddistinguono i due sotto campioni analizzati per nazionalità: il gruppo delle donne rumene è più giovane di quello delle slave, infatti l'età media è 25,66 nel primo e 27,18 nel secondo gruppo, tuttavia in entrambi i gruppi si rileva una altissima variabilità<sup>39</sup>. Aggregando il dato in classi di età, emerge che il gruppo più consistente delle intervistate ha tra i 27 e i 39 anni (35 intervistate), seguito dal gruppo delle 19-26enni (29 intervistate), ed infine il gruppo delle minorenni (11 intervistate) (tabella 2). Così come indicato dal valore dell'età media, tra le slave il gruppo maggioritario è quello delle over 27enni, mentre tra le rumene c'è maggiore equilibrio tra il gruppo delle donne con un'età compresa tra i 19 e i 26 anni e quello delle più grandi (27-39 anni) (figura 2). In entrambi i campioni (sia in quello delle donne rumene che in quello delle slave) la quota di minorenni è piuttosto esigua.

TABELLA 2. L'ETÀ DELLE INTERVISTATE. Va.

Classi di età	Totale
15-18	11
19-26	29
27-39	35
<b>Totale</b>	<b>75</b>

FIGURA 2. DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE PER ETÀ E NAZIONALITÀ. Va. (N=75)

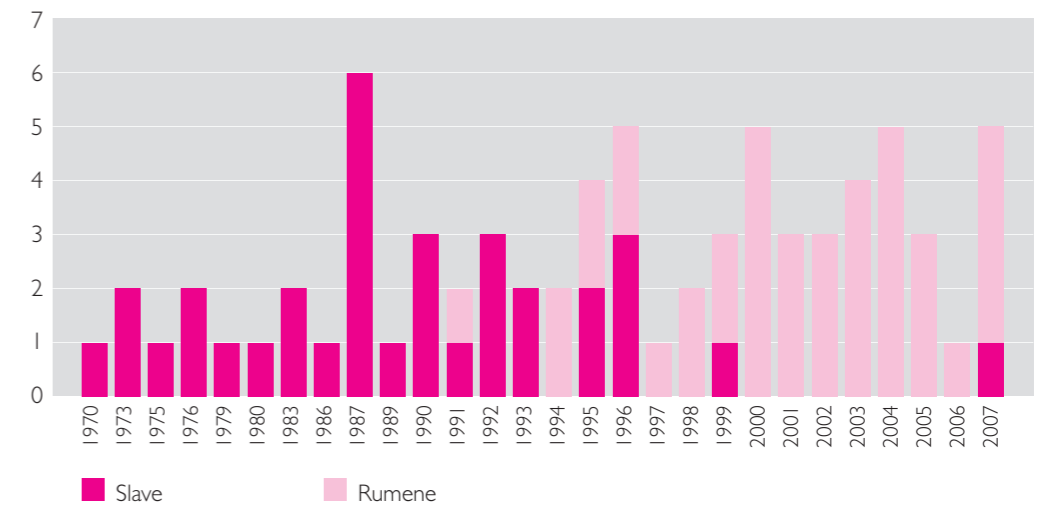


<sup>39</sup> La varianza, ovvero l'indice di dispersione che dà una misura della variabilità dai valori medi, è alta in entrambi i gruppi, in quello delle rumene è pari a 40,580 e in quello delle slave è uguale a 48,877.

Rispetto al luogo di nascita si rileva che 19 donne sono nate in Italia (la metà del gruppo delle slave), mentre 57 (75% dell'intero campione intervistato) sono nate nel paese di origine dei genitori.

I flussi migratori delle comunità Rom presenti a Roma sono stati diversi nel corso degli anni e, anche all'interno del campione intervistato, emergono storie migratorie distinte: le donne slave, che come si è visto per la metà sono nate in Italia, sono quelle che appartengono a famiglie di più antico insediamento (a partire dal 1970), al contrario le donne rumene intervistate sono presenti in Italia dagli anni '90, ad indicare una più recente tradizione migratoria (figura 3).

FIGURA 3. DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE PER ANNO DI PRESENZA IN ITALIA (PER MIGRAZIONE O PER NASCITA). Va. (N=74)

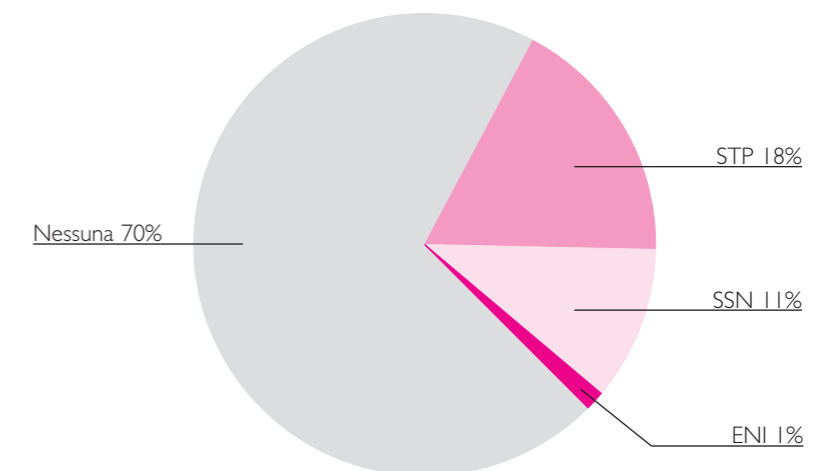


4.1.

## LA DIMENSIONE DELLA CURA

Prima di analizzare il tipo di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari è interessante rilevare che *il diritto di accedere a prestazioni sanitarie e sistemi di cura in modo gratuito non è affatto scontato*: 52 donne Rom non hanno nessun tipo di assistenza, 13 dichiarano di avere l'STP in corso di validità, 8 invece sono iscritte al SSN, mentre una sola donna ha dichiarato di avere il codice ENI (figura 4). Questo ultimo dato, seppur assolutamente marginale, è interessante perché dimostra che la normativa da poco approvata dalla Regione Lazio (vedi cap. 1) è in via di applicazione.

FIGURA 4. TIPOLOGIA DI ASSISTENZA SANITARIA. Val. %



Più in generale, l'assenza di assistenza sanitaria è da collegare allo status legale che contraddistingue molti Rom presenti in Italia: alta è la percentuale, infatti, di coloro che non godono di alcun titolo di soggiorno e di quanti dispongono unicamente di permessi validi per brevi periodi. Gli slavi, in particolare, sembrerebbe abbiano usufruito meno di altri gruppi di stranieri delle varie possibilità di regolarizzazione offerte in Italia negli ultimi decenni e, in parte, questo può essere motivato dal fatto che molti di loro non dispongono di documenti di riconoscimento validi rilasciati dal Paese di origine. Per quanto riguarda i rumeni, da poco entrati nell'Unione Europea, non è più richiesto il permesso di soggiorno, ma per beneficiare del servizio sanitario nazionale devono presentare i requisiti richiesti dal D. lgs. 30/2007, così come modificato dal D. lgs. 32/2008.

### ATTEGGIAMENTO VERSO I SERVIZI SANITARI

Anche senza il tesserino che dà diritto all'assistenza sanitaria, le donne usufruiscono ugualmente dei servizi. A chi si rivolgono le donne Rom quando hanno problemi di salute? E come curano i figli? Queste due domande sono state rivolte alle intervistate e dalle risposte raccolte (tabella 3) si rileva che 1 donna su 3, a fronte di un malessere più o meno grave, si rivolge al pronto soccorso sia per sé che per i propri figli. Molta fiducia viene riposta dalle donne nei medici generici (il medico di base, per chi è iscritta al SSN oppure il medico del campo) o nel "medico dei bambini" per la cura dei figli (21 intervistate). Proprio riguardo alla cura dei figli, si rileva una particolare sensibilità delle mamme, che prenotano per loro visite specialistiche: 11 donne su 76 hanno dichiarato di agire così, a dimostrazione del fatto che vi è un piccolo gruppo di donne Rom che non usa in modo indifferenziato il pronto soccorso, ma che al contrario utilizza i servizi appropriati alla cura di specifiche patologie.

Infine, i sistemi più tradizionali o di "auto-cura" vengono adoperati marginalmente nella cura dei figli (solo 4 intervistate dichiarano di curare così i propri figli), mentre sono più frequenti per la cura di sé (13 intervistate).

TABELLA 3. SERVIZI SANITARI DI RIFERIMENTO IN SITUAZIONI DI MALATTIA. Va.

	Cura per sé stessa	Cura dei figli
Vado al pronto soccorso	30	35
Mi rivolgo ad un medico (generico o pediatra)	21	21
Prenoto una visita specialistica	8	11
Li curo da sola o con l'aiuto della mia famiglia	13	4
<b>Totale*</b>	<b>72</b>	<b>71</b>

\* Alcune intervistate non hanno risposto alla domanda

Dall'analisi dell'atteggiamento delle donne nei confronti dei sistemi di cura per sé e per i propri figli emerge una maggiore predisposizione per l'ospedale (in particolare si sceglie il pronto soccorso) o verso il medico di fiducia.

La cura per sé e per i figli è la stessa oppure le donne mettono in atto comportamenti differenziati a seconda del "malato"?

Incrociando i dati precedentemente illustrati si osserva che tendenzialmente le donne Rom intervistate tendono ad avere gli stessi "sistemi di cura di riferimento" per sé e per i propri figli (tabella 4).

TABELLA 4. SERVIZI SANITARI UTILIZZATI PER LA CURA DI SÉ E PER LA CURA DEI FIGLI. Va.

CURA DEI FIGLI	CURA DELLA MADRE		
	Medico generico	Pronto soccorso	Visita specialistica
Medico generico	14	5	
Pronto soccorso	7	25	
Visita specialistica			7

Le aree in rosso evidenziano il numero di mamme Rom che hanno gli stessi "sistemi di cura di riferimento" per sé e per i propri figli

### LA FRUIZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Se fino ad ora è stato rilevato l'atteggiamento rispetto al sistema di cura e, quindi, l'indicazione della struttura nella quale si ripone maggiore fiducia, si esaminano di seguito le azioni concrete che vengono messe in atto per la cura.

Nel corso dell'ultimo anno 52 donne Rom (26 rumene e 26 slave) sono entrate in contatto con una struttura ospedaliera: 16 hanno partorito, mentre le restanti 36 si sono rivolte all'ospedale per effettuare visite e controlli per sé o per i propri familiari. Sempre in riferimento all'ultimo anno, si rileva che 44 donne su 76 hanno fatto un controllo ginecologico. Se storniamo dal computo le 16 intervistate che hanno partorito, e che quindi si presume fossero per la loro condizione obbligate a fare una visita ginecologica, restano 28 donne che si sono recate dal ginecologo per un controllo. Tra le intervistate, quindi, 1 donna su 3 si è sottoposta ad un controllo ginecologico nell'ultimo anno.

Decisamente meno diffusi risultano essere i controlli odontoiatrici - solo 6 donne hanno dichiarato di essere andate dal dentista nel corso dell'ultimo anno - e le altre visite mediche - le donne che hanno indicato di essere state visitate da medici specialistici, quali il cardiologo, il neurologo, l'ortopedico e l'otorino, sono 6.

Complessivamente il giudizio che le donne Rom danno dei servizi sanitari è positivo. Solo 9 intervistate (8 rumene e 1 slava) hanno dichiarato di aver avuto delle difficoltà: 3 indicano di essere state maltrattate dai medici, altre 3 donne segnalano di non essere state comprese dal personale ospedaliero, 1 intervistata ha segnalato di non essere stata ascoltata dai medici perché non creduta, 1 donna ha lamentato dei lunghi tempi di attesa, ed infine 1 intervistata ha rilevato, nei medici con cui è entrata in contatto, un atteggiamento negligente (tabella 5).

TABELLA 5. DIFFICOLTÀ DI ACCESSO AI SERVIZI SANITARI

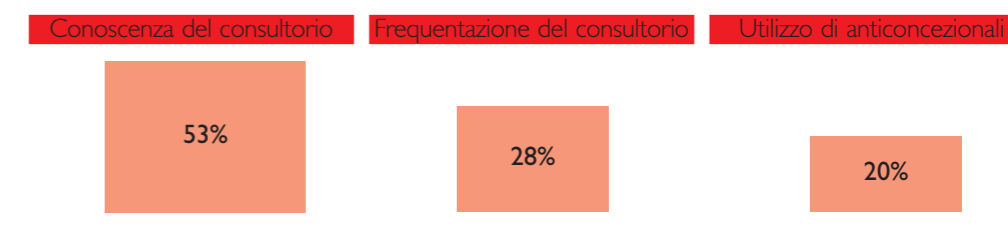
DIFFICOLTÀ RILEVATE	N. RICORRENZE
Maltrattamento da parte dei medici	3
Mancanza di comprensione	3
Non presa seriamente	1
Attese lunghe	1
Negligenza da parte dei medici	1

### LA SALUTE RIPRODUTTIVA

Non si può non rilevare che l'argomento della salute riproduttiva è un tabù tra le donne Rom: nel corso delle interviste si è notato un certo imbarazzo al momento della domanda su con chi avessero mai parlato di sesso e di salute riproduttiva. Oltre la metà delle intervistate che hanno risposto alla domanda (37 su 68) sostiene di non aver mai parlato con nessuno dell'argomento. Un piccolo gruppo (6), costituito da donne Rom rumene, ammette di essersi confidato con le amiche. Un gruppo più consistente (15), invece, ha dichiarato di aver avuto informazioni in famiglia dalla madre, dalle zie o da altre parenti. Se il tema della salute riproduttiva non viene trattato con le persone con le quali si ha maggiore confidenza, ancora più complesso può essere parlarne con medici ed in genere persone sconosciute.

Si rileva che 40 donne sul totale, ovvero più della metà delle intervistate, sostiene di sapere cosa è il consultorio (non vi sono oscillazioni significative sulla base dell'età). Tale conoscenza è più diffusa nel gruppo delle rumene che tra le slave. Nonostante il livello di conoscenza del consultorio sia alto, in concreto solo 21 donne dichiarano di frequentarlo. Ancora più esiguo risulta essere il numero di donne che mette in atto azioni di pianificazione familiare<sup>40</sup>: solo 15 donne su 76 (circa il 20% delle intervistate, contro il 39% delle italiane tra i 15 e i 49 anni sposate o conviventi, riportato nella scorsa edizione del *Mothers report*<sup>41</sup>).

FIGURA 5. SALUTE RIPRODUTTIVA: ATTEGGIAMENTI E COMPORAMENTI DELLE INTERVISTATE. Val. %.



<sup>40</sup> Otto donne usano la spirale, sei donne la pillola e una il preservativo.

<sup>41</sup> Il dato riportato nella tavola degli indicatori è stato estrapolato dalle statistiche internazionali ed è relativo al periodo 1995-1996. Riferimento web: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005.htm>.



Il livello di conoscenza della salute riproduttiva e dei metodi contraccettivi è basso tra le donne Rom intervistate e le conseguenze sono evidenziate dal seguente dato:

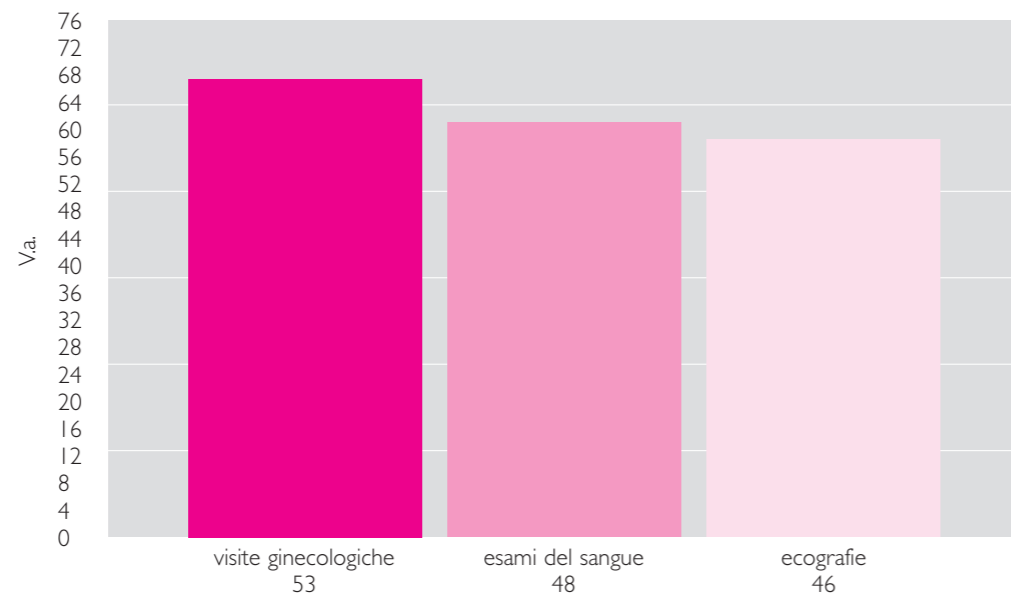
2 intervistate su 5 hanno praticato un'interruzione volontaria di gravidanza almeno una volta nella loro vita. Tutte le donne, eccetto una, hanno dichiarato di aver praticato l'IVG in ospedale.

### LA MATERNITÀ

Le donne Rom non seguono corsi di preparazione al parto: solo 3 intervistate hanno dichiarato di averne seguito uno. Molte delle donne intervistate affermano di non aver bisogno di seguire un corso pre-parto perché hanno già accumulato anni di "esperienza sul campo" assistendo i fratelli oppure i figli dei parenti.

Rispetto all'ultima gravidanza si rileva che 14 donne (il 18% delle intervistate) affermano di non aver eseguito nessun controllo. Al contrario, una parte rilevante delle intervistate ha eseguito dei controlli: 53 donne (il 68% delle intervistate) si sono sottoposte a visita ginecologica; 48 donne (il 63% delle intervistate) hanno eseguito gli esami del sangue; 46 donne (il 60% delle intervistate) hanno fatto almeno un'ecografia (figura 6). Si rileva, inoltre, che 37 donne (il 48% delle intervistate) hanno dichiarato di aver eseguito tutti e tre i controlli.

FIGURA 6. CONTROLLI MEDICI IN GRAVIDANZA. V.a. (N=76)



La quota di intervistate che non si sottopone a controlli per la gravidanza (pari al 18%) supera di molto la quota di italiane, che invece è pari all'0,5% così come riportato nel secondo capitolo di questo rapporto. In linea con i risultati della ricerca qui presentata, anche altri studi<sup>42</sup> sul tema rilevano che le donne Rom raramente seguono controlli in maternità, in genere per due ordini di motivi:

- il primo di tipo tradizionale-spirituale, poiché credono più nella fortuna o nel destino che nella prevenzione;
- il secondo di carattere pragmatico-organizzativo, spesso le donne se non accompagnate, in particolare dai mariti, non si attivano.

### IL PARTO E L'ALLATTAMENTO

Tutte le donne, eccetto una che ha partorito in casa aiutata dalla madre e dalla zia, hanno dichiarato di aver partorito l'ultimo figlio in ospedale. L'esperienza del parto in ospedale è stata, per la grande maggioranza dei casi, positiva. Solo 9 donne hanno dichiarato di aver incontrato alcune difficoltà al momento del parto: per problemi di comunicazione (7 intervistate) o per difficoltà di accesso alle strutture (2 intervistate) o per problemi economici (2 intervistate).

Un numero molto elevato di intervistate (l'87%) ha allattato al seno l'ultimo figlio. La tendenza è quella di allattare al seno tutti i figli fino a quando il latte c'è; a volte, quando i bambini nascono in tempi ravvicinati, si allattano contemporaneamente più figli. In quest'ultimo caso, però, si inizia anche prima lo svezzamento. Generalmente i figli si allattano per oltre 12 mesi (tabella 6), ma lo svezzamento inizia intorno al 5° o al 6° mese (tabella 7).

<sup>42</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, *Rompere le barriere. Le donne rom e l'accesso all'assistenza sanitaria*, 2003, p. 50.

TABELLA 6. TEMPI DI ALLATTAMENTO. V.a.

Tempo	V.a.
0-6 mesi	14
6-12 mesi	12
12-18 mesi	25
Più di 18 mesi	9
<b>Totale</b>	<b>60</b>

TABELLA 7. TEMPI DI SVEZZAMENTO. V.a.

Tempo	V.a.
0-6 mesi	51
6-9 mesi	11
9-12 mesi	4
<b>Totale</b>	<b>66</b>

### LE VACCINAZIONI

Rispetto alle vaccinazioni si rileva che, eccetto 2 donne, tutte le intervistate sono a conoscenza delle vaccinazioni obbligatorie. Le fonti informative risultano essere di tre tipi:

- fonti istituzionali, quali medici del consultorio o dell'ospedale;
- fonti di prossimità, costituite dagli operatori o i medici del campo e da altri soggetti che praticano la cosiddetta "promozione attiva" della salute;
- fonti familiari e parentali, cioè donne e amiche che vivono nel campo e che attraverso il passaparola fanno circolare l'informazione.

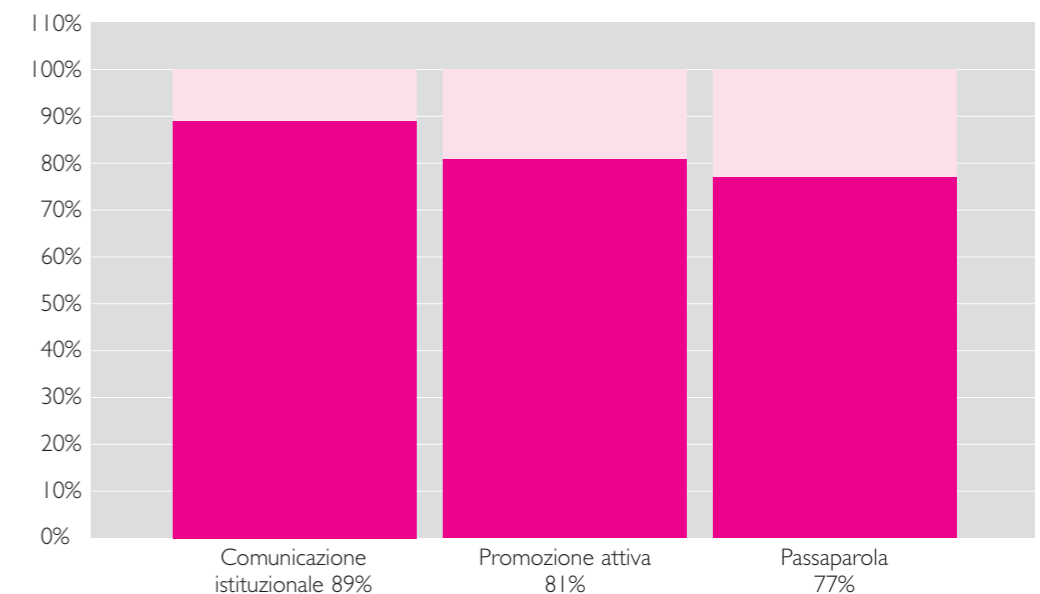
La quota maggiore di intervistate è stata informata circa le vaccinazioni obbligatorie dalle fonti di prossimità (32 donne); seguono le fonti istituzionali, indicate da 20 donne, ed infine 12 donne hanno dichiarato di aver avuto l'informazione dalla rete familiare parentale.

Nonostante questa buona copertura informativa, l'azione non risulta sempre efficace: infatti, le donne che hanno dichiarato di aver vaccinato l'ultimo figlio sono circa l'80% delle intervistate.

Possiamo tentare una stima dell'efficacia delle diverse modalità informative sulla base dell'incrocio tra le risposte alle domande "da chi ha avuto informazione sulle vaccinazioni obbligatorie" e se "ha vaccinato l'ultimo figlio" (nel computo non sono stati considerati i dati riferiti a due donne che sostengono di aver avuto informazioni una dall'ospedale e l'altra dagli operatori del campo, ma che non hanno ancora vaccinato il proprio figlio perché di età inferiore a quella prevista per il primo vaccino - ovvero 3 mesi).

La comunicazione di tipo istituzionale ad opera dei medici dell'ospedale o del consultorio sembra essere quella più efficace (l'89% delle intervistate che ha avuto le informazioni attraverso questo canale, ha vaccinato l'ultimo figlio): quando la donna si attiva per ottenere un'informazione, le probabilità che ne segua un'azione coerente sono maggiori. Lievemente meno efficace risulta essere la promozione attiva realizzata direttamente nel campo (l'81% delle intervistate che ha avuto le informazioni attraverso gli operatori o il medico del campo ha poi vaccinato l'ultimo figlio). Infine, la percentuale più alta di mancata vaccinazione si rileva tra coloro che hanno avuto informazioni dalle altre donne del campo (figura 7).

FIGURA 7. DONNE CHE HANNO VACCINATO L'ULTIMO FIGLIO PER CANALE INFORMATIVO. Val %



Secondo la Caritas<sup>43</sup>, il livello di copertura vaccinale varia a seconda della situazione abitativa: nei campi di sosta attrezzati si registrano tassi più alti rispetto agli insediamenti spontanei. Gli effetti di un'immunizzazione inadeguata si traducono in un rischio più elevato di infezioni che, a causa anche di alcune condizioni di vita, possono diffondersi rapidamente. Per questo motivo sono innumerevoli le esperienze internazionali e nazionali di campagne vaccinali condotte nei campi e negli insediamenti spontanei con l'ausilio di operatori sanitari pubblici e privati: nel 2002, la campagna vaccinale realizzata nel comune di Roma, promossa dal GrIS con il patrocinio della Regione Lazio e il coinvolgimento delle cinque ASL dell'area metropolitana, ha vaccinato circa 2.000 bambini sotto i 14 anni (oltre l'80% della popolazione bersaglio)<sup>44</sup>.

#### CONTROLLO DELLA CRESCITA

Solo 47 intervistate hanno fatto seguire il loro bambino da un medico nel corso dei primi anni di vita: 24 da un pediatra, 13 dal medico del campo, 9 da un medico del pronto soccorso e 2 dal medico di base. Nelle comunità Rom il bambino si porta dal medico solo in presenza di condizioni patologiche conclamate, al contrario è quasi del tutto assente la prevenzione, eppure la crescita e lo svezzamento sono passaggi critici per un bambino, che andrebbero compiuti assieme al pediatra.

#### 4.2.

### LA DIMENSIONE EDUCATIVA

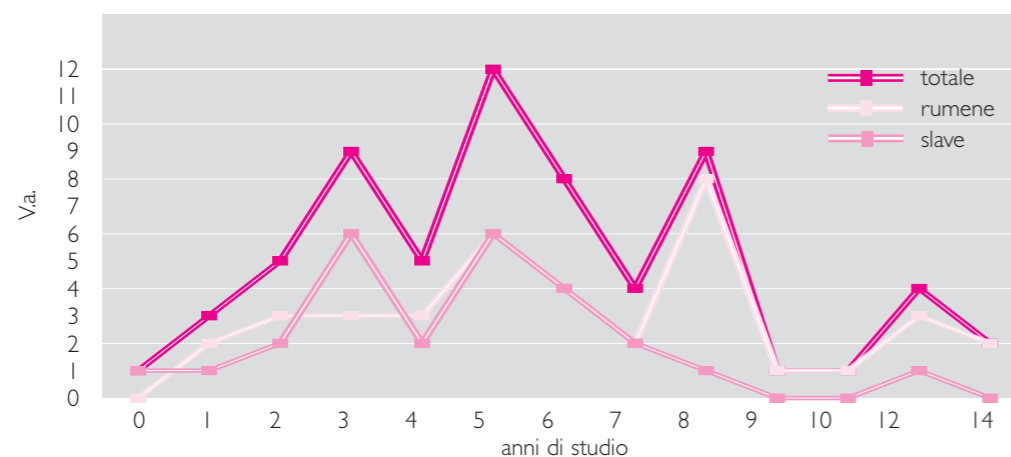
Nella popolazione italiana, ed in particolar modo tra le donne, il tasso di analfabetismo è prossimo allo zero, mentre tra le donne Rom vi è ancora una quota rilevante di analfabete. *Tra le intervistate, 11 (il 14%) dichiarano di non saper né leggere né scrivere in nessuna lingua.* Sono invece 38 le intervistate che leggono e scrivono sia in italiano che nella lingua madre<sup>45</sup>. Le donne Rom rumene intervistate, nel 90% dei casi, hanno dichiarato di saper leggere e scrivere nella lingua madre, mentre la quota di donne in grado di leggere e scrivere in italiano è pari al 69%. Al contrario, nel gruppo delle slave sono più numerose le donne che conoscono la lingua italiana (tabella 8), evidentemente perché vivono in Italia da più tempo.

TABELLA 8. INTERVISTATE CHE SANNO LEGGERE E SCRIVERE, PER NAZIONALITÀ. Val %

	Rumene	Slave	Totale
Lingua madre	90%	50%	75%
Italiano	69%	73%	71%

Il numero medio di anni dedicato allo studio dalle donne italiane, nel 2004<sup>46</sup>, era di 16 anni. La ricerca condotta ha rilevato un livello di scolarizzazione delle donne Rom piuttosto basso: solo 2 delle intervistate hanno studiato per 14 anni, mentre *circa il 55% delle intervistate ha studiato per massimo 5 anni.* Tra le rumene c'è un gruppo di 8 donne che ha frequentato la scuola per 8 anni. Tendenzialmente le rumene hanno studiato nel loro paese, mentre le slave, alcune delle quali come si è analizzato in precedenza sono nate in Italia, hanno frequentato le scuole italiane<sup>47</sup>.

FIGURA 8. DISTRIBUZIONE DEL CAMPIONE PER ANNI DI SCOLARIZZAZIONE. V.a.



<sup>43</sup> ASP Lazio, AAVV, *Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma*, 2003.

<sup>44</sup> *Ivi*, p. 59.

<sup>45</sup> Si rileva inoltre che le intervistate hanno una conoscenza della lingua italiana parlata molto buona, e che non è stato necessario utilizzare interpreti nel corso della somministrazione del questionario.

<sup>46</sup> Save the Children, *State of the World's Mother 2007. Saving the lives of children under 5*, maggio 2007.

<sup>47</sup> A pochi anni di istruzione non corrisponde nessun titolo di studio o al massimo la licenza media. Pochissime hanno finito le scuole medie (8) e ancor di meno hanno raggiunto un'istruzione superiore (5).

#### 4.3.

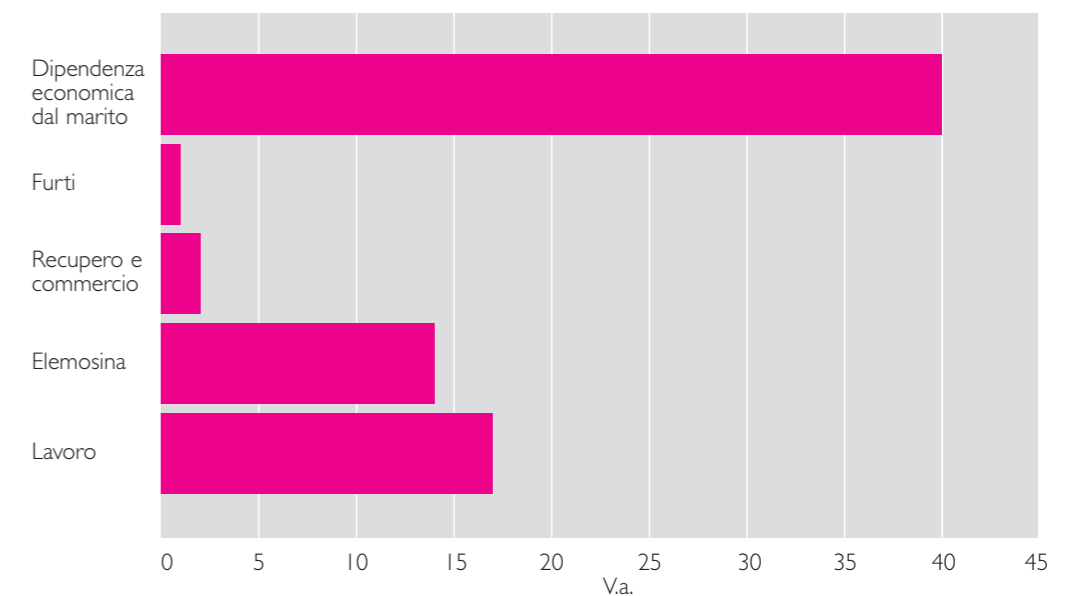
### LA DIMENSIONE LAVORATIVA

*La famiglia zingara costituisce un'unità economica in cui ogni membro è tenuto a svolgere un ruolo attivo*<sup>48</sup>. Sebbene la maggior parte delle donne abbia dichiarato di dipendere dal marito e quindi di non svolgere nessuna attività lavorativa o comunque remunerativa, si rileva che il ruolo di mamma è comunque un vero e proprio "lavoro", soprattutto quando i figli da seguire sono cinque, sei o ancora di più.

Le donne che lavorano sono 17 (figura 9), e riescono a guadagnare da un minimo di 100 ad un massimo di 1.000 euro svolgendo le seguenti attività:

- Accompagnatrice bambini nei progetti scolastici del campo
- Collaboratrice domestica
- Commessa
- Mediatrice culturale a scuola
- Operatore sociale
- Addetta alle pulizie
- Sarta
- Operatrice addetta mensa
- Vendita di generi alimentari all'interno del campo

FIGURA 9. PARTECIPAZIONE DELLA DONNA ALL'ECONOMIA FAMILIARE. V.a. (N=74)



In relazione alla gestione dei soldi, si rileva che 66 intervistate sostengono di poter scegliere cosa comprare senza dover consultare il marito. In questa quota evidentemente rientrano anche le donne che non svolgono alcuna attività remunerativa e che dipendono esclusivamente dal lavoro del marito. Il tema dell'autonomia della donna è stato solo sfiorato nel corso di questo lavoro. Per procedere ad ipotesi interpretative sarebbe necessario procedere ad ulteriori approfondimenti.

#### 4.4.

### LA DIMENSIONE SOCIO-FAMILIARE

Un primo elemento che caratterizza le comunità Rom è quello del matrimonio precoce<sup>49</sup>, ovvero moltissime ragazze si sposano prima di compiere la maggiore età. Subito dopo il matrimonio, inoltre, le donne-bambine presto restano incinte.

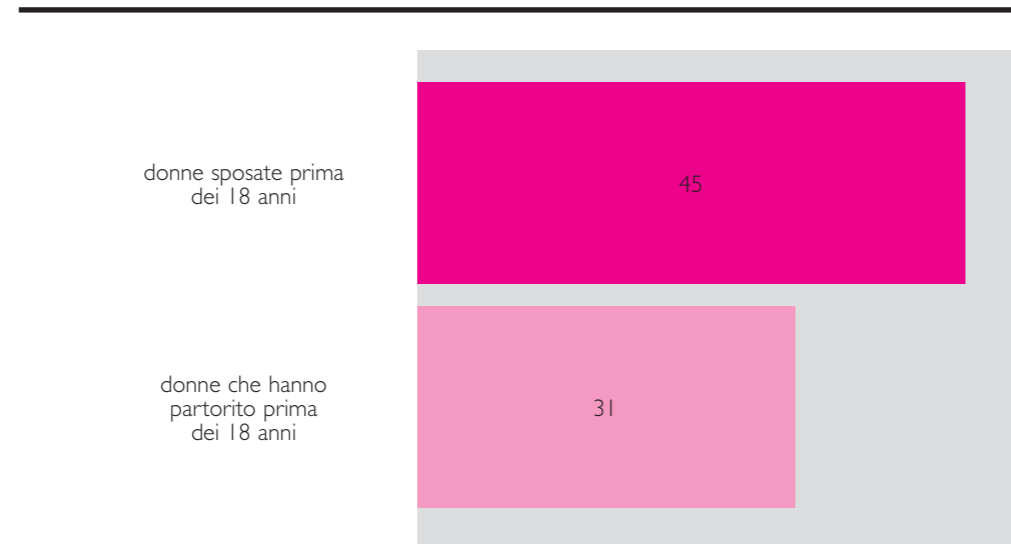
<sup>48</sup> Geraci S., Malsano B., Motta F. (a cura di), *Salute Zingara*, Edizioni Anterem, 1998.

<sup>49</sup> Solitamente quando si parla di matrimonio precoce ci si riferisce all'indicatore utilizzato dall'Unicef ovvero la quota di donne tra i 20 e i 24 anni che si sono sposate o hanno iniziato a convivere prima dei 18 anni.

Rispetto alla tutela della salute, si rileva che le minorenni hanno un rischio di mortalità materna 3 volte superiore a quello delle donne sopra i 18 anni<sup>50</sup>. Questo maggiore rischio è connesso alla minore maturità e alla mancanza di esperienza che a volte provoca comportamenti a rischio: ad esempio, la carenza di controlli sanitari.

Sulla base delle interviste effettuate si rileva che 45 donne (il 60% delle intervistate) si sono sposate prima di compiere i 18 anni e, tra queste, 31 hanno concepito un figlio prima di compiere la maggiore età (figura 10).

FIGURA 10. DONNE CHE SI SONO SPOSAE E HANNO AVUTO IL PRIMO FIGLIO PRIMA DEI 18 ANNI. V.a. (N=76)



In generale, tra le intervistate l'età media alla nascita del primo figlio è di 18 anni; tra le donne italiane, invece, è di 29 anni. Inoltre, secondo le stime più recenti riferite all'anno 2005, nel nostro Paese nascono in media 1,33 figli per ogni donna in età feconda (l'età feconda viene generalmente fissata negli studi demografici nell'intervallo di età 15-49 anni). Quello italiano è uno dei livelli più bassi di fecondità osservato nei paesi sviluppati, ed è il risultato di una progressiva diminuzione delle nascite che è in atto da circa un secolo<sup>51</sup>.

Tra le donne Rom, sia che ci si sposi ancora minorenni sia che ci sposi più tardi, la tendenza è quella di avere il primo figlio ad un anno dal matrimonio e, successivamente, ad intervalli ravvicinati (solitamente ogni due anni) gli altri figli.

Le 76 donne intervistate hanno complessivamente 224 figli, con una media di 3 figli a donna. Circa 1 donna su 2 dichiara, però, di voler avere altri figli.

La cultura e la tradizione fanno sì che la donna abbia tanti figli (le mamme delle donne intervistate hanno avuto mediamente 6 figli a testa, ma la distribuzione è molto varia, si va da donne Rom con un figlio a donne che ne hanno partoriti 13). In relazione al numero dei figli desiderati, però, si rileva una tendenza opposta a quella delle proprie madri, circa il 70% delle intervistate dichiara di voler avere massimo 4 figli<sup>52</sup>.

Nonostante l'intenzione dichiarata, pochissime donne mettono in atto azioni di pianificazione familiare.

#### SCOLARIZZAZIONE DEI FIGLI

Sono state raccolte alcune informazioni riferite ai bambini e in generale si rileva che:

- sotto i 5 anni, pochissimi bambini vanno a scuola;
- tra i 6 e i 10 anni, vanno tutti a scuola;
- tra gli 11 e i 14 anni, un buon 80% va a scuola;
- sopra i 15 anni, si registrano sporadici casi di frequenza scolastica.

I dati ufficiali sulla scolarizzazione dei bambini Rom nelle scuole romane riferiscono che tra gli anni scolastici 1999/2000 e il 2003/2004 le iscrizioni sono aumentate del 50%, passando da 1.161 a 2.157. Non sempre iscrizione vuol dire frequenza, infatti così come rilevato dal Comune di Roma - Dipartimento XI<sup>53</sup>, le frequenze regolari dei bambini Rom tendono a diminuire nel corso dell'anno, e specialmente con l'arrivo

della primavera si registrano i cali maggiori. Spesso i bambini non terminano l'anno scolastico e vengono riscritti per più anni nella stessa classe. Secondo il Comune di Roma, che da anni investe in progetti di scolarizzazione dei minori Rom con il coinvolgimento di enti ed associazioni del terzo settore, la frequenza scolastica può essere favorita:

- *dalla scolarizzazione precoce*, che può aumentare le possibilità di effettuare un percorso scolastico più regolare e facilitato rispetto alla socializzazione, ma soprattutto ai fini dell'apprendimento. Non esistono ancora ricerche sul fenomeno, ma sarebbe interessante avviare un monitoraggio sistematico dei bambini Rom, nel passaggio alle scuole elementari, per poter verificare con maggiore precisione i risultati relativi alla socializzazione e all'apprendimento;
- *dalle condizioni abitative*. Esiste una relazione tra tipologia abitativa e frequenza scolastica: i dati disponibili registrano che circa il 75% degli iscritti alle scuole medie che vivono in campi attrezzati frequenta regolarmente; tale frequenza scende al 58% tra i ragazzi che vivono in campi semi - attrezzati e si attesta sul 45% tra quanti vivono negli insediamenti abusivi. Tale minor frequenza appare addebitabile ancora una volta ai continui sgomberi che caratterizzano gli insediamenti abusivi. Il campo attrezzato, però, non costituisce il solo presupposto per una migliore frequenza, al contrario un ruolo rilevante è giocato dai fattori sociali e familiari.

#### 4.5.

### LA DIMENSIONE ABITATIVA

Tutte le donne intervistate vivono in campi attrezzati e dispongono di alcune soluzioni standard. Rispetto alle abitazioni, nei campi Candoni e Salone ci sono i container dotati di acqua corrente ed elettricità e servizi igienici; al Roman River, invece, vi sono diverse soluzioni abitative (case e bungalow).

Nel campo di via Candoni sono state intervistate le donne con nuclei familiari più numerosi (17 su 28 hanno dichiarato di dividere in più di 7 persone lo stesso spazio abitativo), di contro al Roman River la metà delle intervistate (8 su 16) ha dichiarato di vivere al massimo in tre nella stessa abitazione.

Nei campi attrezzati con i container, in generale, possono verificarsi casi di sovraffollamento poiché lo spazio abitativo a disposizione per una famiglia è di 27 mq.

Seppure in situazioni di sovraffollamento, le donne intervistate vivono comunque in ambienti dove sono assicurati gli standard igienici. In passato, però, molte delle intervistate hanno vissuto in contesti abitativi decisamente più precari.

Rispetto al passato, 29 intervistate hanno dichiarato di aver sempre vissuto in un campo di sosta attrezzato (22 nello stesso e 7 in campi diversi), tuttavia si deve rilevare che poiché il campo di via di Salone è stato attrezzato solo da 2 anni, 18 intervistate che hanno dichiarato di aver vissuto sempre nello stesso campo, in realtà, fino a due anni fa, si trovavano in un campo non attrezzato. Ne consegue che questa quota deve essere sommata a quante hanno indicato di aver vissuto precedentemente in insediamenti abusivi (in origine 34 intervistate). In conclusione, le donne Rom intervistate che hanno passato una parte della loro vita in un insediamento senza servizi sono complessivamente 52. Indipendentemente dall'anno di arrivo in Italia, 3 intervistate su 4 hanno vissuto, per più anni, in insediamenti o accampamenti in condizioni estremamente disagiate a causa dell'assenza di infrastrutture e di impianti di base, in particolar modo l'energia elettrica, il riscaldamento, l'illuminazione, la rete fognaria, nonché di attrezzature per lavare e per l'igiene personale, per lo smaltimento dei rifiuti, il drenaggio dei siti e i servizi di urgenza.

<sup>50</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, *Rompere le barriere. Le donne rom e l'accesso all'assistenza sanitaria*, 2003, p. 51.

<sup>51</sup> Istat, *Essere madri in Italia*, 2007 riferimento web: [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20070117\\_00/testointegrale.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070117_00/testointegrale.pdf).

<sup>52</sup> A titolo comparativo si riporta il dato Istat sul numero "atteso" di figli delle mamme italiane: 2,19 figli per donna.

<sup>53</sup> Comune di Roma, Dipartimento XI - Osservatorio sulla dispersione scolastica. Incontro del 12 maggio 2005.



CON **RDS CHRISTMAS TOUR**  
VINCI UN WEEKEND A LONDRA PER VIVERE  
IN 100 IL CONCERTO PIÙ SPICE DELL'ANNO.

CON **RDS CHRISTMAS TOUR**  
VINCI UN WEEKEND A LONDRA PER VIVERE  
IN 100 IL CONCERTO PIÙ SPICE DELL'ANNO.

Todis  
**MURATELLA**  
MA GUSTANO ARTURO, L'ALBUM

Baby-doll  
€ 4.90

**SPICE**  
WORLD

**EMI**  
L'album nei negozi di dischi e in digitale.

**SPICE**  
WORLD

di dischi e in digitale.

**LUCI ED  
OMBRE NEI  
RACCONTI  
DI VITA**

## 5.

## LUCI ED OMBRE NEI RACCONTI DI VITA

Realizzando le interviste in profondità è stato possibile affacciarsi nella vita di donne Rom che vivono in differenti contesti abitativi, per ascoltare la loro voce e le loro storie.

Abbiamo raccolto i racconti di 12 donne tra 21 e 43 anni presenti in Italia da diverso tempo: alcune di loro vivono in case assegnate dal comune, mentre altre sono riuscite ad arrangiarsi in situazioni di fortuna (chi in case fatiscenti occupate abusivamente, chi in piccoli baracchini costruiti in punti nascosti della città).

Così come rilevato anche dall'indagine realizzata nei campi attrezzati, la condizione delle donne Rom è contraddistinta da luci ed ombre. Tendenze positive si rilevano nell'accesso delle donne all'ospedale soprattutto per quanto riguarda il parto e la malattia, tuttavia la prevenzione non è molto diffusa.

Rispetto alle donne Rom intervistate nei campi attrezzati, emerge con più evidenza, nei racconti di quante vivono in situazioni abitative emergenziali, la precarietà esistenziale e le difficoltà che quotidianamente si affrontano per la sussistenza. Viceversa, le donne che vivono in case assegnate costituiscono un esempio di integrazione silenziosa. Sono donne presenti in Italia da molti anni che, nonostante le difficoltà economiche, organizzano il proprio futuro.

Si riportano di seguito le parole delle donne intervistate relativamente ad alcuni temi significativi: la maternità, i fattori di disagio, le esperienze di inclusione lavorativa, la scolarizzazione e la salute dei figli.

**LA MATERNITÀ TRA TRADIZIONE E MEDICALIZZAZIONE**

La maternità per una donna Rom è un evento naturale che si manifesta in età giovane e che viene condiviso con i familiari ed i parenti. Le donne Rom seguono le loro tradizioni e, soprattutto al primo parto, fanno tesoro di ciò che le mamme o le suocere raccontano loro in merito. Sebbene non vi sia una preparazione "di tipo occidentale" (controlli ripetuti, corsi di preparazione, ginnastiche di vario tipo, ecc.), le donne Rom ripongono piena fiducia nei medici dell'ospedale. Alcune gravidanze, però, si sono concluse con delle complicazioni, così come emerge dai loro racconti, ma questi episodi non sembrano inficiare la fiducia riposta nel sistema di cura italiano.

"Quando ero incinta della prima bambina mia madre mi ha detto di bere tanta acqua nei due giorni prima di partorire, di prendere un po' di olio di oliva, di massaggiarmi la schiena, e di non prendere medicine. La cosa più importante è avere un parto spontaneo".

*Donna bosniaca di 43 anni*

"Non ho fatto nessun corso per prepararmi per i figli, mia madre mi ha dato dei consigli".

*Donna rumena di 21 anni*

"All'ospedale mi conoscevano tutti, mi conoscevano le ostetriche, mi conosceva il mio medico. Mi chiamavano quasi per nome. Quando entravo dentro mi dicevano: "Ecco qui la nostra principessa zingara!" Avevo dei capelli lunghi e ricci, un fisico bellissimo, ero molto simpatica con le persone, cominciavo subito a parlare. Quando partorivo non disturbavo nessuno, i bambini venivano spontaneamente".

*Donna bosniaca di 43 anni*

"Quando ero più giovane, anche adesso sono giovane - sapete come siamo noi zingare ogni anno facciamo un figlio - ho partorito in ospedale e una volta mi è capitato di partorire dentro la baracca. Comunque tutti gli altri li ho partoriti in ospedale. Andavo sempre a farmi controllare e mi dicevano che era tutto a posto. Poi mi sono venute le contrazioni così sono andata in ospedale ma mi hanno rimandato indietro perché mi hanno detto che non era ancora tempo di partorire. Sono tornata nella mia baracca e ho partorito subito dopo il mio arrivo lì con tutti gli altri miei figli che erano piccoli. Avevo dolori fortissimi. Poi tutto il campo correva a vedere cosa era successo. Una mia vicina di baracca ha chiamato l'ambulanza. Sono venuti e mi hanno portato in ospedale, al S. Camillo".

*Donna bosniaca di 37 anni*

"In ospedale ogni volta che ci sono andata, tutto andava benissimo, tutto a posto però quando ho avuto il settimo figlio sono andata all'ospedale, i medici mi hanno visitato e poi ricoverato. Mi hanno dato la stanza e mi hanno detto che dovevo stare a letto. Poi mi visita un dottore che mi dice: "Questa signora non è pronta per partorire; deve aspettare ancora per un mese. Questa signora deve andare via". A me venivano dei dolori, io conosco i miei parti come sono. Io non ho niente e poi mi vengono d'un tratto dei dolori

forti e lo so che quando mi vengono questi dolori io partorisco subito. Dopo avermi fatto il foglio in cui diceva che potevo andare via, questo dottore si è spostato in altre stanze per fare le visite alle altre donne e a me ha detto che potevo prepararmi ad andare via visto che non ero pronta per partorire. Io sono rimasta zitta, non ho detto niente perché ho pensato che lui è medico e sa quello che fa. Allora ho preso le mie cose, mi sono preparata, mi sono vestita. Stavo quasi per firmare e andare via, quando in quel momento mi è venuto un dolore fortissimo. Io ho detto a un altro medico: "Lei mi potrebbe visitare che mi sento di partorire?" Lui mi dice: "Signora, ma come, l'ha visitata il medico e ha detto che lei deve uscire?" Io ho detto: "No, io voglio che Lei mi visiti e mi dica se devo partorire o no". È stato così gentile che ha accettato questa mia proposta. Mi fa salire di nuovo sul letto, mi toglie il vestito, mi mette in quel posto in cui si visita e mi dice: "Signora, Lei fra un po' partorisce, è pronta! Subito! Subito! Preparate che questa donna sta per partorire!" È stata una cosa allucinante. Se io scendevo le scale, io partorivo per le scale. Mi mettono di nuovo nella stanza. Mentre quel medico faceva le visite alle altre donne, io avevo già partorito. Questo medico non ci ha creduto quando lo hanno avvertito di questa cosa, tanto che ha aperto la porta per vedere, entra e guarda e io ho fatto: "Eh, Eh". Non ho voluto dire cose brutte perché mi trovavo ancora in ospedale ma lui ha capito".

*Donna bosniaca di 43 anni*

"Quando sono incinta, mi fanno ricetta rossa per le medicine e per analisi. I bambini hanno la ricetta rossa, ma per gli antibiotici devi pagare 1 euro per ricetta. Io prendo soldi in prestito per comprare le medicine"

*Donna bosniaca di 37 anni*

**AI MARGINI DELLA SOCIETÀ**

Tra le ombre che la ricerca ha rilevato vi è evidentemente la questione abitativa. Alcune donne, sole o con il marito, assieme ai propri figli, vivono in strutture abitative estremamente precarie senza acqua, luce, riscaldamento e servizi igienici.

"Sono venuta in Italia da sola. Una mia amica mi aveva detto che venendo in Italia per l'accattonaggio avrei potuto guadagnare. Ero incinta di 4 mesi quando sono venuta a Roma (...)

Non sono proprio sposata. Ero sposata in Romania, ma mio marito vero mi ha abbandonata. Io non avevo una famiglia, così ho deciso di venire in Italia. Quello con cui sto ora è un "concubino". Fino a due mesi fa ero in un altro baracchino sul Tevere, poi hanno sgomberato e ho costruito un altro vicino alla stazione del treno. L'ho costruito io, è 5 per 5 (metri). Il tetto è di lamiera, le pareti sono di cartone. So le misure perché ho preso le cose per strada. Ci vivo con mia sorella (arrivata da tre mesi) e mia figlia. Io dormo su una rete, mia figlia dorme su passeggino".

*Donna rumena di 26 anni*

"Vivo in una casa, vicino largo P. È una casa occupata e ci vive della gente da tanto tempo. Ci sono sette stanze, in cui vivono dieci famiglie (...) Chiedo l'elemosina a un semaforo di Trastevere"

*Donna rumena di 21 anni*

"Vivo sulla strada, come faccio a mandare i miei figli a scuola?"

*Donna bosniaca di 31 anni*

Quali sono le alternative che possono concretizzarsi per sfuggire a situazioni di tale degrado? Alcune soluzioni loro proposte si rivelano troppo dure per chi è abituato a trovare la forza per sopravvivere proprio nella coesione familiare.

"Ci hanno detto di dividerci, senza mio marito, dividere i grandi dai piccoli, ma non voglio, non va bene, io non posso. Siamo insieme da 17 anni, sai, non proprio sposati, ma è come se siamo sposati".

*Donna rumena di 34 anni*

Le condizioni di vita delle donne intervistate sono molto difficili: casa precaria, figli da mantenere, elemosina e accattonaggio, ed accanto a tutto questo il pregiudizio delle persone. Nella stampa, e più in generale nei media, quando si parla delle comunità Rom, spesso, gli argomenti correlati sono "la sicurezza", "il degrado urbano", "lo sfruttamento delle risorse sociali"<sup>54</sup>.

"Prima la gente era più affettuosa, non faceva discriminazioni, non faceva così tanta differenza tra gli esseri umani. Oggi come oggi, invece, la gente ha una malattia dei pregiudizi. Tutta colpa della televisione che fa vedere tante cose brutte. Questo è sbagliato secondo me, perché anche se noi vogliamo dare una cosa positiva, loro ci guardano in negativo. Perché ci sono tante donne Rom e tanti Rom che tu magari non lo sai nemmeno che sono Rom, però se ti dice il nome viene mal giudicato".

*Donna bosniaca di 43 anni*

<sup>54</sup> Osservazione (centro di ricerca azione contro la discriminazione di rom e sinti), *Ricerca sulla partecipazione politica e rappresentazione mediatica dei rom e dei sinti in Italia*. Riferimento web: [www.osservazione.org](http://www.osservazione.org).

**LE DONNE CHE LAVORANO**

Le storie positive e di integrazione sono meno sensazionali del degrado e dello sfruttamento, e quindi non trovano una cassa di risonanza. Eppure, alcune donne, forti delle proprie convinzioni, tenacemente negli anni sono riuscite ad emergere silenziosamente e a ridisegnare un loro ruolo positivo e trainante per l'intera famiglia.

“Non sono andata a scuola ma so leggere e scrivere. Nella mia famiglia siamo tutti così, anche mia sorella sa leggere e scrivere senza essere mai andata a scuola. Noi invece abbiamo imparato da soli; a noi bastava che ci dicessero le lettere una volta che ce le ricordavamo.

Adesso siamo in una cooperativa che si chiama “Occhio di Ciclone”. Abbiamo vinto un progetto della legge Bersani, che ci hanno dato un prestito di 90.000 euro. Abbiamo preso dei macchinari. Non ci hanno dato subito tutti i soldi ma un po' per volta, ratealmente”.

*Donna bosniaca di 43 anni*

“Sono sempre andata a chiedere l'elemosina, vendevo le rose, vendevo gli accendini e mi sono mantenuta assieme ai miei figli. Dopodiché sono passati prima cinque anni e ho visto una casa abbandonata, poi sono passati altri cinque anni e sono entrata in una casa del Comune. Poi con tutti i soldini che avevo, che ho guadagnato qui in Italia, che ho sofferto, mi sono fatta due stanze: una camera, una cucina e un bagno. Dopodiché non avevo più soldi per sistemare il tetto. Sono andata in Comune per fare il tetto e quindi poter vivere in questa casa. Se avevo ancora dei soldi, me lo facevo da sola il tetto perché non mi viene l'acqua dentro in casa, sui muri. Non mi hanno aiutato nonostante sia andata un paio di volte. Poi mi sono trovata un lavoretto. Vado a stirare. Parto la mattina alle 7.00 e torno alle 14.00. Ogni settimana vado due volte a lavorare. Prendo 170 euro al mese”.

*Donna bosniaca di 32 anni*

“In famiglia, decido quasi tutto io, mio marito decide poco. Nella mia famiglia siamo tutte così, cioè sono le donne che decidono. Mia nonna era una donna tosta e mio nonno la aiutava tanto. Lui stava proprio bene. Aveva più di 50 dipendenti, uomini che lavoravano per lui. Tutti Rom. E poi mio nonno aiutava tutte le famiglie, era proprio bravo. Io ho ancora la famiglia di mio padre che non vivono nei campi ma sono tutti laureati e lavorano. A Sarajevo avevano i loro uffici, i loro negozi, le loro ditte, la loro proprietà privata. Dopo la guerra però sono andati a vivere in Germania.

Tra noi Romià c'è una forza, un'energia enorme tra marito e moglie perché la moglie Rommì non riceve quasi niente dal Rom però ha questa qualità, questo valore suo di donna che non sbaglia. Anche se suo marito non lavora, non le fa nessun regalo, non la porta da nessuna parte a divertirsi. Le dà solo la sua vicinanza e i suoi figli. Per questo la donna Rom è disposta a tutto. Però la donna gagi è diversa, senza offendere nessuno. Io ho avuto tante amiche italiane e ho visto come funziona. Io sono più come gagi che come gali. Hanno mariti che lavorano, che portano loro regali, mariti che le portano fuori e che le apprezzano e ancora hanno l'amante. Questo non mi piace. Ecco perché dico che la zingara ha questo valore che è grande”.

*Donna bosniaca di 43 anni*

**L'INVESTIMENTO NEL FUTURO**

La letteratura sull'accesso alle cure, in particolare sulla medicina preventiva, riferisce di come, a volte, le donne Rom siano rassegnate rispetto al proprio futuro e a quello dei figli<sup>55</sup>: nulla può mutare e nulla si fa per costruire un futuro diverso.

Nelle storie raccolte, invece, emerge uno spirito positivo e costruttivo rispetto al futuro. Sono le donne che lavorano quelle che investono di più nell'istruzione dei figli.

“Ho avuto sette figli che frequentano le scuole, che vanno dal nido, all'asilo, alle medie e alle superiori. I miei bambini li mando a scuola e poi vado a lavorare”.

*Donna bosniaca di 32 anni*

“Avevo tanta voglia di mandare i miei figli a scuola, ma non sapevo come fare. Incontrai due maestre in autobus. Sono stata molto simpatica a queste maestre. Abbiamo cominciato a parlare e mi hanno chiesto se mandavo le bambine a scuola. Io ho detto di no, che volevo ma che non sapevo come si faceva. Allora mi hanno chiesto dove abitavo e io ho detto che vivevo a Viale Marconi. Loro mi dicono che avevano la scuola proprio lì e una di loro mi scrive l'indirizzo dicendomi di andarla a trovare. Subito il giorno dopo sono andata alla scuola tanto ero contenta. La maestra mi ha visto, mi ha fatto molta festa e mi ha dato due buste di cose per i bambini. Poi mi ha spiegato che dovevo portare i bambini a vaccinare, che dovevo andare al Comune, chiedere degli assistenti sociali, dare dei documenti e fare l'iscrizione a scuola. Io sono stata la prima zingara di Vico Savini che ha mandato i bambini a scuola. Dopo di me anche le altre. Ho chiesto alla

maestra cosa serviva, perché io non lo sapevo, non sono mai stata a scuola. La maestra mi scrive tutte le cose che devo comprare su un foglietto. Io sono andata a comprare tutto quello che serviva: zainetto, grembiule, quaderni, bicchierino. La mattina prendo la bambina più grande, la metto nella macchina. Mio marito aveva una Cinquecento, una piccola macchinina. Metto la bambina che avevo vestito, pettinato bene, le avevo anche tagliato le unghie. Per strada mi fermo a comprare le merendine e gliele metto nello zainetto insieme a qualcosa da bere. Tutti gli zingari mi guardano, non capiscono cosa stavo facendo. Dopo aver accompagnato la bambina io ero libera, ero contentissima. Ecco così ho cominciato a mandare tutti i miei figli a scuola. Un giorno una romni mi ha chiesto come avevo fatto e io ho cominciato a spargere la voce dentro il campo tra le altre romià. Ho spiegato loro come dovevano fare, le ho accompagnate dalle assistenti sociali. Poi anche loro hanno cominciato una dopo l'altra a mandare i loro figli a scuola. Era una cosa bellissima. Però c'erano le difficoltà dell'inverno perché le donne romnià vivevano in baracche non ben coperte, che avevano un po' di nylon e un pezzo di legno sopra, che quando faceva tanto freddo in pieno inverno e tirava troppo vento, il nylon volava via e entrava dentro la pioggia”.

*Donna bosniaca di 43 anni*

“Quattro dei miei figli vanno a scuola. Una fa la prima media, tre fanno le scuole elementari e poi ho una bambina di un anno e tre mesi”.

*Donna bosniaca di 29 anni*

Le donne Rom, seppur in condizioni abitative e lavorative incerte, riescono ad attivarsi e trovano soluzioni per la cura dei figli.

“Io ho avuto un grosso problema con la mia ultima figlia che oggi ha sei anni ed è malata, ha la sindrome di Down. Quando stavo nel campo, lei stava molto male perché ogni settimana andavo minimo due volte in ospedale perché le veniva la febbre e le veniva infezione ai polmoni. Vivevo ancora in una baracca. Poi i medici mi hanno consigliato di andare a vivere in un posto chiuso perché la bambina era molto delicata e non poteva prendere freddo. Allora cosa ho fatto? Ho cercato in tutta Roma un posto per salvare questa bambina che era il mio unico pensiero. Abbiamo visto questo posto ed è stata una fortuna perché era di fronte a Vico Savini. Questa casa era abbandonata da circa 20 anni. Ho fatto anche un film di come era questo posto, era solo un garage. Poi io ho sistemato il bagno per la lavatrice, poi ho fatto una, due, tre stanze poi il salotto. Ho fatto tutto perché i maschietti potessero dormire in una stanza, le femminucce in un'altra, io e mio marito in un'altra ancora; per avere un bagno dove lavare, un posto dove cucinare. Adesso siamo io e mio marito con 7 bambini. C'è abbastanza spazio per tutti. E poi c'è tutto: l'acqua, la luce. Ad aprile avremo l'udienza per l'assegnazione di questo posto. Non so cosa succederà, ma quello che mi interessa è stare insieme alla mia famiglia”.

*Donna bosniaca di 43 anni*

“Ho allattato fino a poco tempo fa. Poi i medici mi hanno detto che avevo una malattia del fegato che potevo passare a mia figlia e allora ho dovuto smettere. Mi figlia è stata male. A due anni e 1 mese pesava 9 kg, mi dicevano che era troppo piccola. Così una notte stava male, ho chiamato l'ambulanza e sono andata in ospedale. Mi hanno detto che aveva l'anemia, cioè un problema ai globuli rossi (ne aveva tantissimi ma piccoli piccoli, e i globuli bianchi normali). Non aveva vitamine, niente. Adesso la voglio curare”.

*Donna rumena di 21 anni*

“Il più piccolo è nato con un problema, così sta con una famiglia e con altri bambini. Lo curano, sta a Nettuno. In ospedale ci hanno detto che ha il morbo di \*\*\*\*\*, con idrocefalo, non può respirare. Noi lo andiamo a trovare, ma non è la stessa cosa... Lui ha bisogno di noi, ha bisogno della sua famiglia. Lì lo curano, è adottato da una signora che ha altri figli, ma quello che gli serve è il bene della sua famiglia”.

*Donna rumena di 34 anni*

<sup>55</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, *Rompere le barriere. Le donne rom e l'accesso all'assistenza sanitaria*, 2003, p. 49.



**ALCUNI SPUNTI  
DI RIFLESSIONE**

## 6.

## ALCUNI SPUNTI DI RIFLESSIONE

Lo studio realizzato da Save the Children Italia sullo stato di salute delle donne Rom a Roma vuole aggiungere un tassello di conoscenza su un tema ancora poco trattato nell'ambito della ricerca sociale. Obiettivo indiretto di questo primo studio è, inoltre, quello di stimolare un dibattito sul tema a partire dalle aree di criticità e dalle tendenze positive emerse nel corso della ricerca.

La salute materno infantile è un tema di assoluta priorità per le donne Rom, se si considera che l'età della procreazione è molto bassa e, soprattutto, che le donne Rom hanno un elevato tasso di prolificità. Sulla base delle informazioni raccolte nel corso di questo studio, si possono individuare alcuni dei principali aspetti problematici che richiedono interventi e *policy* mirate:

- **una limitata consapevolezza dei propri diritti:** in particolare, il diritto di accesso a prestazioni sanitarie e sistemi di cura in modo gratuito non è affatto scontato, infatti il 70% delle intervistate non possiede nessuna assicurazione sanitaria ed, inoltre, si rileva una parziale conoscenza del funzionamento dei servizi sanitari;
- **una scarsa conoscenza della salute riproduttiva:** l'argomento è un tabù, circa il 50% delle intervistate non ne ha mai parlato con nessuno;
- **un basso livello di prevenzione:** nonostante l'elevata fertilità delle donne Rom, si rileva che 2 su 3 non eseguono controlli ginecologici annualmente; inoltre, il 18% delle intervistate non ha eseguito alcun controllo medico in gravidanza.

Le criticità rilevate sono correlate principalmente a tre fattori:

- Il basso livello di istruzione delle donne (il 14% delle intervistate è analfabeta, e circa il 55% ha studiato al massimo per 5 anni).
- La scarsa emancipazione femminile (solo 17 donne lavorano, la maggior parte dipende economicamente dal marito).
- Il tipo di contesto abitativo (3 intervistate su 4 hanno vissuto per diversi anni in condizioni estremamente disagiate all'interno di insediamenti abusivi; oggi vivono in campi attrezzati ai margini della città).

Concludendo, oltre alle criticità sono emerse anche alcune tendenze positive che si evidenziano di seguito:

- il parto assistito: molte donne vivono la maternità come un evento naturale, ma il parto avviene sempre in ospedale;
- forme di pianificazione familiare: alcune donne utilizzano metodi contraccettivi;
- la scolarizzazione dei minori: il tasso di scolarizzazione degli under 14 è alto. Questo dato è da collegare ai progetti di scolarizzazione attivati nei campi attrezzati;
- le vaccinazioni: l'80% delle intervistate ha vaccinato l'ultimo figlio.

TAVOLA 3. TAVOLA SINOTTICA DELLE CRITICITÀ E DELLE TENDENZE POSITIVE

CRITICITÀ	
Limitata consapevolezza dei propri diritti	→ Il 70% delle intervistate dichiara di non avere assistenza sanitaria
Scarsa conoscenza della salute riproduttiva	→ Oltre il 50% delle intervistate sostiene di non aver mai parlato con nessuno di salute riproduttiva
	→ Il 72% non si è mai recata al consultorio prima di avere il primo figlio
	→ 2 donne su 3 non si sottopongono annualmente a controlli ginecologici
Basso livello di prevenzione	→ Solo il 27% delle intervistate utilizza il consultorio
	→ Il 18% delle intervistate non ha eseguito nessun controllo in gravidanza
	→ 2 intervistate su 5 hanno praticato un'interruzione volontaria di gravidanza almeno una volta nella loro vita
	→ L'81% vive in container mentre il 16% abita in bungalow o stanze in muratura
Condizione abitativa difficile	→ Il 21% delle donne intervistate non ha l'acqua potabile nella propria abitazione
	→ Il 34% delle intervistate condivide il proprio spazio abitativo con più di 7 persone.
TENDENZE POSITIVE	
Parto assistito	→ Tutte le donne partoriscono in ospedale
Pianificazione familiare	→ Alcune donne iniziano a fare pianificazione familiare: 15 donne su 76 fanno uso di anticoncezionali
Iscrizione dei bambini a scuola	→ Tutti i ragazzi tra i 6 e i 10 anni vanno a scuola
	→ L'80% dei ragazzi tra gli 11 e i 14 va a scuola
Vaccinazioni	→ L'80% delle intervistate ha vaccinato l'ultimo figlio